



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - FOP



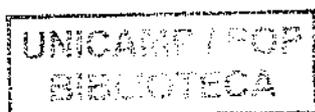
## CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de final de curso

**Aluno:** Leonardo Caldeira

**Orientador:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana de Fátima Possobon

Ano de conclusão do curso: 2009



A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line.

assinatura da orientadora



1290004998

TCC/UNICAMP  
C127c  
FOP

**Leonardo Caldeira**

**COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS DE 06 A 60 MESES DURANTE  
O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.**

Monografia apresentada ao Curso de Odontologia da  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP,  
como parte dos requisitos para obtenção do diploma  
de Cirurgião Dentista.

Orientadora:

**Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Rosana de Fátima Possobon**

**Piracicaba 2009**

Unidade - FOP/UNICAMP  
FCC / UNICAMP  
C127c Ed.....  
Vol..... Ex.....  
Tombo 4998  
C  D   
Proc. 16P-159/10  
Preço ~~R\$~~ 11,00  
Data 13/08/10  
Registro 77 2074

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª / 6159

C127c Caldeira, Leonardo.  
Comportamento de crianças de 06 a 60 meses durante o atendimento odontológico. / Leonardo Caldeira. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.  
35f. : il.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.  
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Ansiedade nas crianças. 2. Odontopediatria. I. Possobon, Rosana de Fátima. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)

Dedico esse trabalho a meus pais, Adilson e Rosane,

fundamentais na realização desse sonho.

## AGRADECIMENTOS

À Deus em primeiro lugar, por não ter me abandonado nos momentos de angústia e solidão e ter me proporcionado diversos momentos alegres.

Aos meus pais que me ensinaram durante toda vida a importância de ser correto apesar das circunstâncias, pela doutrina que me passaram e pela confiança depositada em mim.

Aos meus irmãos Márcio, Eduardo e Kathya pelos conselhos e motivação.

À Solange e Paulo, por acreditarem no meu potencial e pela confiança dispensada a mim. Sem eles esse caminho teria sido muito mais doloroso.

À Paula que, sem dúvida, tem a maior participação na concretização desse sonho.

A professora Rosana de Fátima Possobon pela paciência e dedicação e a quem sempre lembrarei com um carinho especial.

À Ludmila Tavares, quem me ajudou na execução desse trabalho.

Aos amigos que, apesar de poucos, supriram a saudade de casa nas horas difíceis.

Aos professores que acreditaram no meu potencial e me deram a oportunidade de me tornar uma pessoa melhor. Aos funcionários da faculdade, que sem dúvida, ajudaram no meu desempenho.

E por último, mas não menos importante, à todos aqueles que duvidaram da minha capacidade intelectual e financeira para a conclusão desse curso, aos que me humilharam, caluniaram e ameaçaram por inúmeras vezes e de diversas formas. Deles vieram a inspiração e a motivação pra que eu chegasse até aqui. Eles me fizeram compreender que a felicidade depende somente da nossa capacidade de superar obstáculos.

## **SUMÁRIO**

<b>Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>Objetivo.....</b>	<b>14</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>15</b>
<b>Resultados e Discussão.....</b>	<b>18</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>27</b>
<b>Referencias bibliográficas.....</b>	<b>28</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>34</b>

## RESUMO

Episódios de não-colaboração são freqüentes na clínica odontológica. Alguns estudos sugerem que cerca de 1/4 das crianças apresentam comportamentos inadequados na cadeira odontológica, que precisam ser manejados para garantir um mínimo de qualidade técnica ao tratamento. Tal experiência pode ser muito estressante tanto para o dentista quanto para a criança e resultar em esquivas do tratamento, acarretando, ainda, um impacto negativo sobre a saúde bucal do paciente. O objetivo deste estudo foi observar a manifestação de comportamentos de não-colaboração entre crianças de 0 a 5 anos de idade, durante a realização de práticas odontológicas preventivas, investigando os procedimentos com maior potencial de eliciar medo ou ansiedade e as fases etárias de maior freqüência de não-colaboração. As crianças foram observadas antes da consulta e durante procedimentos de exame clínico, evidenciação de placa, uso de fio dental e escovação. Concluiu-se que a faixa etária de maior freqüência de emissão de comportamentos não-colaboradores é entre 13 e 30 meses e que todos os procedimentos mostraram ter potencial para desencadear comportamentos de não-colaboração de forma semelhante.

## **ABSTRACT**

Episodes of uncooperative behaviors are common in dental practice. Some studies suggest that about 1/4 of children have bad behavior in the dental chair, that must be managed to ensure a minimum of technical quality treatment. This experience can be very stressful for both the dentist and the child elusive and result in treatment, leading to even have a negative impact on the patient's oral health. The aim in this study was to observe uncooperative behaviors among children aged 0 to 5 years of age during the performance of preventive dental practices, investigating the procedures with greater potential to elicit fear or anxiety and the phases of age increased frequency of uncooperative behaviors. The children were observed before and during the consultation procedures of clinical examination, plaque disclosure, flossing and brushing. It was conclude that the age of higher frequencies of behavior non-employees is between 13 and 30 months and that all procedures have proved to have potential to trigger uncooperative behaviors in a similar way.

## INTRODUÇÃO

O medo constitui uma expressão emocional, um componente da subjetividade humana, que tem função adaptativa, isto é, dentro de limites considerados aceitáveis, é necessário à sobrevivência (Silvares & Souza, 1999). Observado durante o tratamento odontológico, o medo pode conduzir a diversas conseqüências adversas, como a manifestação de comportamentos que atrapalham ou impedem a atuação do profissional.

Episódios de não-colaboração são freqüentes na clínica odontológica. Alguns estudos sugerem que cerca de 1/4 das crianças apresentam comportamentos inadequados na cadeira odontológica, que precisam ser manejados para garantir um mínimo de qualidade técnica ao tratamento (Kuhn & Allen, 1994; Ayer & Corah, 1987). Tal experiência pode ser muito estressante tanto para o dentista quanto para a criança e resultar em esquivas do tratamento, acarretando, ainda, um impacto negativo sobre a saúde bucal do paciente (Ten Berge *et al.*, 1999).

A visita ao dentista é aguardada, por muitas crianças, com ansiedade. Ansiedade e medo são eventos interdependentes e, mesmo podendo ser conceitualmente diferenciados, enquanto vivência psicológica, aparecem de forma bastante associada: medo e ansiedade se potencializam (Klatchoian, 2002).

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

É interessante observar que, quando um paciente procura um dentista, recomendado por outro paciente, as informações sobre o profissional que incentivam o novo paciente a procurá-lo, baseiam-se principalmente na relação profissional-paciente e não somente na competência técnica. Ou seja, o paciente relata de que forma recebeu o tratamento, se o profissional preocupou-se ou não com o seu bem estar, se foi amigável ou distante, destacando questões afetivas mais do que questões técnicas. Corah (1988), em estudo sobre a relação profissional-paciente, investigaram os comportamentos dos dentistas que auxiliavam na redução da ansiedade, na percepção de 250 pacientes adultos. Os dois comportamentos apontados com maior frequência foram "dedicação explícita do dentista para prevenir a dor" e "mostrar amizade ou amabilidade", confirmando a importância da atuação do dentista além do âmbito restrito da técnica.

Oferecer amparo afetivo não é bom somente para o paciente, que está momentaneamente vulnerável e dependente, e se sentirá mais seguro e confortável, mas também para o profissional, que pode contar com um paciente mais relaxado e potencialmente mais colaborador. Isto é especialmente importante quando o paciente é uma criança (Costa Jr. & Coutinho, 2000).

Estudos em análise do comportamento têm investigado estratégias de manejo de ansiedade e, por conseguinte, de comportamentos de não-colaboração (Melamed *et al.*, 1975; Milgrom *et al.*, 1985; Aitken *et al.*, 2002). Outros autores, investigaram estratégias farmacológicas, empregando sedação consciente por inalação e por vias intra-venosa e oral (Healy & Hamilton, 1971; Ram *et al.*, 1999; Berge, 1999). Há trabalhos que sugerem que a interação de estratégias farmacológicas e psicológicas apresenta resultados mais satisfatórios sobre o comportamento do paciente do que quando as estratégias são empregadas separadamente (Dworkin, 1985; Weinstein, 1986; Possobon, 2001). Nenhuma técnica, porém, parece ter se mostrado 100% eficaz na redução da ansiedade do paciente e no controle dos comportamentos de não-colaboração.

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

### ***O desenvolvimento da criança***

O desenvolvimento caracteriza-se principalmente por mudanças que ocorrem na criança quando, gradualmente, suas capacidades físicas e mentais vão aumentando, isto é, mudando em complexidade e função (Klatchoian, 1992). Desenvolvimento e crescimento não são a mesma coisa, embora estejam inter-relacionados e, muitas vezes, um termo seja usado em lugar do outro (Myers 1990).

Entende-se por desenvolvimento o fluxo rítmico de transformação quantitativa e qualitativa que prossegue em direção específica e em seqüência previsível (Garrison, 1979 apud Toledo, 1996).

O desenvolvimento psicológico é, segundo Osterrieth (1979) apud Toledo (1996), determinado pela seqüência constituída pelo crescimento físico e mais particularmente nervoso, e pela sucessão das exigências que a sociedade impõe ao indivíduo e das oportunidades que lhe oferece.

O desenvolvimento da criança é um processo de mudanças em que a criança aprende a lidar com níveis mais complexos de movimentos,

pensamentos, sentimentos e de relacionamentos com os outros. O desenvolvimento psicológico altera a resposta a estímulos (Myers, 1990).

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

De acordo com Giglio, Guedes-Pinto e Duarte (1997), é possível ressaltar dois conceitos importantes no desenvolvimento psicológico: maturidade e aprendizagem. O conceito da maturidade está relacionado às habilidades inatas, ou seja, à hereditariedade; já o conceito de aprendizagem, envolve a habilidade de absorver o meio ambiente e de interagir com ele. No entanto, sabe-se que no cotidiano tanto a maturidade como a aprendizagem, estão inter-relacionadas, que quase não se distinguem. Entretanto, as diversas teorias de desenvolvimento psicológico dão ênfase a diferentes aspectos desses atributos. Alguns autores afirmam que o meio ambiente exerce pouca influência sobre o desenvolvimento humano. Já Piaget contradiz esta teoria, considerando que o ser humano obtém sucesso quando interagem duas tendências: a de se adaptar ao meio ambiente e a de organizar experiência e conhecimento (Piaget 1974).

Sabe-se que o conhecimento de processos psicossomáticos e a visão correta do desenvolvimento humano permitem ao profissional um diagnóstico mais preciso e um tratamento eficiente, sendo isto, na verdade, condição para a obtenção de um resultado favorável, principalmente para aquele que lida com crianças que por vezes tornam-se imprevisíveis, com recusas freqüentes ao tratamento (Macerou 2004).

Giordano et al. (2000) afirmam que a personalidade da criança é influenciada por sua constelação familiar e suas experiências anteriormente vividas em outras fases da vida, principalmente na fase oral, que podem modificar suas reações frente à Odontopediatria. A Psicologia ressalta a

importância fundamental da oralidade, destacando a boca como o primeiro órgão de contato com o mundo.

Sandrini (1991) apud Sandrini et al. (1998) concluiu em seu trabalho que todo odontopediatra deve ter em mente que sua tarefa não será muito fácil. Isto porque, de acordo com os princípios aceitos, o exercício da odontopediatria não pode e não deve limitar-se à prevenção e solução dos problemas buco-dentais, pois supõe também um importante papel nos setores psicológico e educacional, possibilitando a ampliação dos benefícios do atendimento, pois além de facilitar a execução de uma odontologia de alto padrão, permite evitar o estabelecimento de possíveis traumas psicológicos.

O odontopediatra trata com algo mais do que meros dentes e sua reparação realiza um intercâmbio ativo com um ser humano imaturo e em desenvolvimento (Dezan & Punhagui, 2002)

Os padrões típicos de comportamento em diferentes níveis de idade dependem, pois, do desenvolvimento somático e das influências do meio ambiente. Um dos conceitos mais aceitos, atualmente é aquele que salienta que o desenvolvimento é contínuo, que se inicia no nascimento e só termina com a morte, identificando-se fases, etapas diferentes não só ao longo dos primeiros anos mas também da juventude até o fim da vida (Giglio; Guedes-Pinto; Duarte; 1997).

Embora as crianças apresentem peculiaridades, pode-se prever que, de uma maneira geral, de um a três anos de idade é a fase em que a criança começa a se movimentar no espaço físico e a desenvolver a linguagem, embora ainda predomine atividade motora. A criança aqui não consegue discernir o pensamento da atividade, ela age antes de pensar. De três a seis anos é a idade em que a criança pode apresentar uma série de transtornos como os temores noturnos e pesadelos. A partir dos quatro anos a criança descobre outras crianças e começa a se socializar. A imaginação dessa criança é bastante fértil. Basicamente, é uma criança imaginadora e criativa (SANDRINI, 1995). A criança, nessa fase, pode sentar para tratamento e concentrar-se por até meia

hora. O elogio quanto à aparência é importante e as correções deverão ter conotação positiva; agora ela é capaz de usar a imaginação e entender metáforas (Giglio; Guedes-Pinto; Duarte; 1997).

O conhecimento sobre as fases de desenvolvimento podem contribuir para a escolha da estratégia de manejo do comportamento mais adequada à cada situação.

## **OBJETIVO**

O objetivo deste estudo foi observar a manifestação de comportamentos de não-colaboração entre crianças de 0 a 5 anos de idade, durante a realização de práticas odontológicas preventivas, investigando os procedimentos com maior potencial de eliciar medo ou ansiedade e as fases etárias de maior frequência de não-colaboração.

## **METODOLOGIA**

O projeto desse estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp, antes do início do seu desenvolvimento (Protocolo: 124/2005) (Anexo 1).

### **Participantes**

Os participantes deste estudo foram 454 crianças na faixa etária entre 06 e 60 meses, de ambos os sexos. A amostra foi selecionada dentre o universo de crianças participantes do Programa de Atenção Precoce à Saúde desenvolvido pelo Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae - FOP – Unicamp.

Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- a) Idade: crianças na faixa etária entre 06 a 60 meses;
- b) Condição de saúde bucal: os participantes deveriam apresentar somente necessidade de tratamento preventivo, ou seja, não foram observadas crianças em tratamento curativo;
- c) Crianças sem deficiências física, sensorial ou motora;

### **Local da pesquisa**

Esse trabalho foi conduzido nas dependências do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae - FOP – Unicamp.

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

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

Os atendimentos odontológicos foram realizados na Sala de Atendimento Regular do Cepae, onde funcionam 3 consultórios (equipamento odontológico convencional - cadeira com refletor e unidade auxiliar), pias com espelho, utilizadas para treino de escovação e uma mesa e cadeiras de tamanho infantil, utilizadas para a realização da atividade lúdica.

### **Procedimentos clínicos observados**

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

- Antes da sessão: criança na Sala de Espera e sua entrada no consultório;
- Evidenciação de placa: criança deitada na macri ou na cadeira odontológica; dentista aplica corante de placa bacteriana sobre os dentes da criança, utilizando uma haste flexível de algodão.
- Escovação: mãe e dentista escovam os dentes da criança, deitada na cadeira ou na macri ou em frente ao espelho;
- Uso do fio dental: mãe e dentista passam o fio dental nos dentes da criança;
- Exame Clínico: dentista utiliza luz do refletor, ar da seringa tríplice, sonda exploradora e espelho intra-bucal para examinar os dentes da criança.

## Comportamentos registrados

A observação e o registro dos comportamentos emitidos pelos participantes foram realizados com base na Escala OSDB (*Observational Scale of Distress Behavior*), proposta por Jay et al. (1983), modificada por Costa Jr (2001) e adaptada para a situação odontológica por Possobon (2003). Os comportamentos foram agrupados em quatro categorias, descritas a seguir:

- **Recusa:** quando a criança emitia comportamentos como esconder o rosto com as mãos, virar-se de costas para o dentista, não deitar-se, sair da cadeira, tampar a boca, cerrar os lábios, virar o rosto, ou seja, comportamentos que impediam o início da atuação do dentista;
- **Fuga:** quando a criança interrompia um procedimento por meio de um movimento brusco de cabeça ou de corpo como, por exemplo, afastando a mão da dentista;
- **Movimentar-se de modo nervoso:** ações físicas pouco intensas e repetidas (por exemplo, apertar as mãos, esfregar os pés, balançar as pernas, etc.), enquanto a criança permitia a realização do procedimento;
- **Choro alto e/ou Gritos:** sons de alta intensidade, agudos e não verbais acompanhados de lágrimas ou não.

Os comportamentos foram observados por uma psicóloga que assistia às sessões e fazia os registros utilizando a "Folha de Registro de Comportamentos" (Anexo 2). Esta é uma prática regular nos atendimentos do Cepae, cujo resultado auxilia o dentista a escolher estratégias de ação a fim de aumentar o nível de colaboração da criança.

Após o registro dos comportamentos, estes dados foram transferidos para uma planilha no programa Excel, para possibilitar o tratamento das informações.

O tratamento dos dados permitiu a confecção de gráficos e tabelas, apresentados na secção Resultados e Discussão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

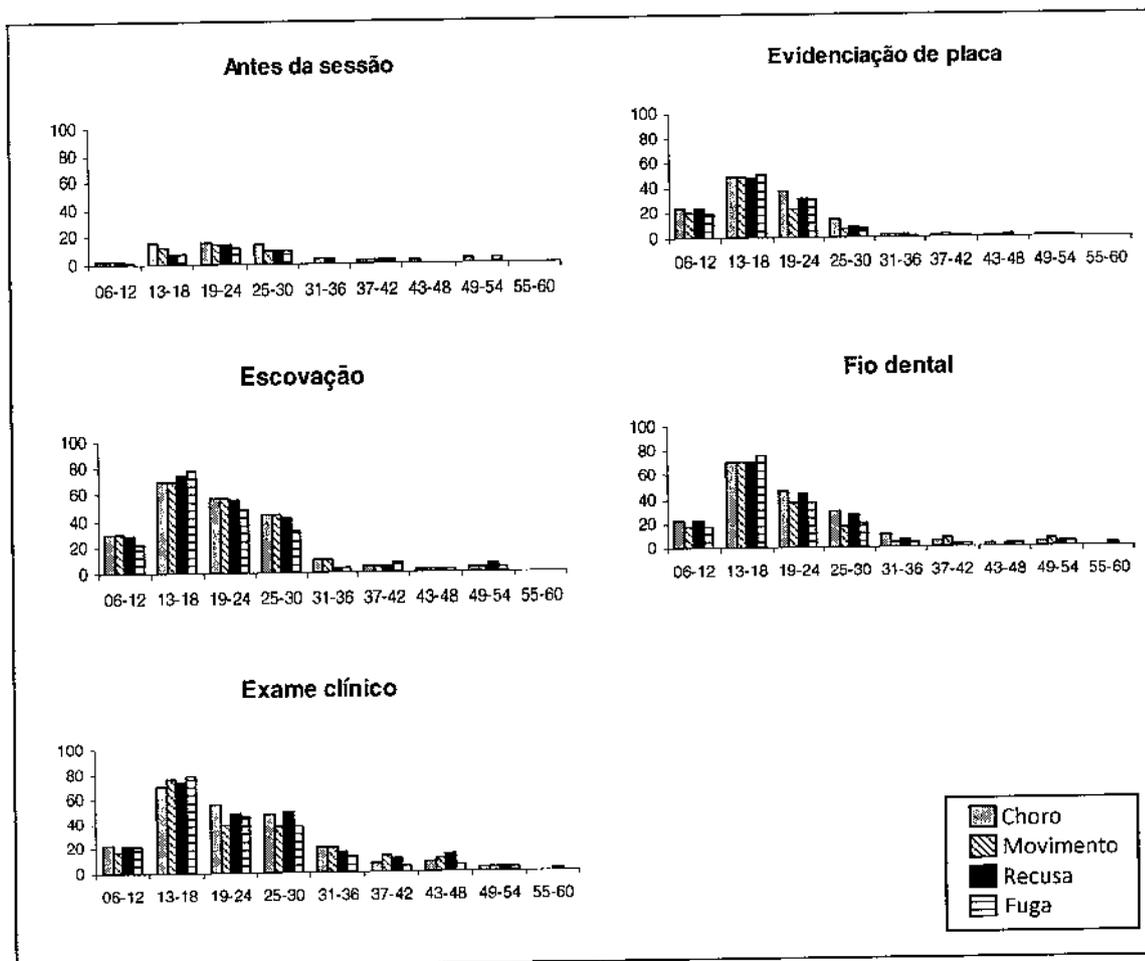
Foram observadas 454 crianças, na faixa etária entre 06 e 60 meses de idade, de ambos os sexos (Tabela 1).

**Tabela 1:** Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária.

Idade (meses)	Número de crianças
06-12	102
13-18	72
19-24	68
25-30	40
31-36	30
37-42	39
43-48	36
49-54	32
55-60	35
Total	454

Observando a Tabela 1, pode-se notar que houve maior prevalência de crianças na faixa etária entre 06 e 12 meses.

A Figura 1 mostra a frequência relativa de comportamentos de não-colaboração ocorridos durante os cinco momentos observados (antes da sessão, evidenciação de placa, escovação, fio dental e exame clínico), distribuídos por faixa etária.



**Figura 1:** Frequência relativa de comportamentos de não-colaboração ocorridos antes da sessão e durante os procedimentos de evidenciação de placa, escovação, fio dental e exame clínico, distribuídos por faixa etária.

Os comportamentos observados antes da sessão de atendimento, quando nenhum procedimento clínico estava sendo realizado, parecem indicar que a criança percebe o ambiente como aversivo. Neste caso, comportamentos como choro e recusa em entrar no consultório, que ocorreram especialmente nas crianças entre 13 e 30 meses de idade, podem ser uma manifestação da

ansiedade da criança em relação ao tratamento que se seguirá. Nesta faixa etária, a criança é capaz de reconhecer o ambiente e fazer associações com situações sentidas por ela como desagradáveis (deitar-se na cadeira, receber escovação, etc.) que foram vivenciadas neste ambiente. Vale lembrar que os pacientes do Cepae são submetidos a tratamento odontológico preventivo desde os 6 meses de idade. Cardoso & Louveiro (2005) sugerem que a situação de tratamento odontológico, em geral, está relacionada à ansiedade, medo e estresse, podendo ser percebida, pelo paciente, como um evento potencialmente ameaçador ao seu bem-estar.

Para a Psicologia, o comportamento da criança está mais relacionado com o desenvolvimento mental do que com a sua idade cronológica. Porém, é comum observarmos na literatura referente à Odontopediatria, algumas relações entre características comportamentais e a idade da criança (Correa, 1998).

Conhecer o comportamento das crianças frente aos procedimentos dentários é primordial (Giordano et al., 2000). Entretanto, os aspectos psicológicos envolvidos no atendimento odontológico na faixa etária de 0 a 60 meses ainda são pouco estudados.

Segundo Percinoto & Cunha (2002), pelo fato do bebê estar em pleno desenvolvimento físico e psicológico, é necessário realizar novas pesquisas, para que não existam dúvidas sobre as reações destes bebês diante dos estímulos aplicados no consultório odontológico e as possíveis conseqüências comportamentais que os mesmos possam gerar futuramente.

Não é comum observar a preocupação com o que representa o relacionamento dentista/paciente ou a maneira como transcorre o tratamento odontológico como fatores que influenciarão a evolução comportamental do paciente dentro do contexto odontológico (Caldana & Biasoli-Alves, 1990).

Percinoto & Cunha (2002) sugerem que a aceitação da experiência odontológica pelas crianças na faixa etária de 0 a 3 anos é difícil, devido ao fato da criança apresentar dificuldade de comunicação e ser instável emocionalmente. Sua independência, segurança, socialização e linguagem

estão em desenvolvimento, sendo comum demonstrar medo ante o inesperado e o desconhecido.

Segundo Walter (1996), bebês recém-nascidos são de fácil manejo e, para contatos mais prolongados, necessitam da presença de suas mães. Algumas variáveis afetam seu comportamento, como a separação da mãe, ambientes estranhos e a interferência de pessoas por meio de contatos físicos.

Do nascimento até os 2 anos de idade existem fortes laços emocionais entre o bebê e a mãe, por isso, ele só se sente seguro quando está em seus braços. Diante do tratamento odontológico, sua reação natural é muito choro e resistência. Compreendendo isto, o atendimento deve ser o mais rápido possível, não se preocupando com que o bebê pare de chorar (Toledo, 1996).

Percinoto & Cunha (2002) e Cunha et al. (2003) observaram que ao longo dos 3 primeiros anos de vida, bebês que participam de um programa de prevenção precoce da cárie dentária, experimentam um processo de amadurecimento das reações comportamentais que pode ser dividido em três fases. Na primeira delas, que se refere ao primeiro ano de vida, o paciente exibe um comportamento colaborador aos procedimentos odontológicos. Nesta fase o bebê manifesta fortemente um dos tipos de resposta global diante do complexo de estímulos que lhe são oferecidos pelo meio, que se chama reação afetuosa. Ela procura estabelecer uma adaptação positiva entre o indivíduo e o ambiente. Reconhecendo este conceito, e ainda mais, considerando uma criança emocionalmente tranqüila, com uma mãe na mesma situação, é possível fazer com que ela encontre no consultório odontológico um ambiente confiável, o que possibilita a realização da primeira consulta com relativa tranqüilidade. Na segunda fase, entre o primeiro e fim do segundo ano de vida do bebê, ocorre um amadurecimento das suas possibilidades motoras. Portanto, os episódios de choro, fechar a boca, ação da língua e a introdução de outras partes do corpo que adquiriram noção de movimento, como os braços, agora podem tentar impedir a ação do profissional. Finalmente, na terceira fase, correspondente ao terceiro ano de vida do bebê, com as visitas periódicas, as respostas apresentaram-se mais favoráveis e as crianças passaram a cooperar com o tratamento.

O presente estudo apresenta dados semelhantes ao de Cunha et al. (2003). Para todos os procedimentos clínicos, a faixa etária em que houve maior prevalência de emissão de comportamentos de não-colaboração foi entre 13 e 18 meses, mantendo-se alta ainda entre 19 e 30 meses. A partir dos 31 meses de idade, percebe-se uma diminuição bastante acentuada na frequência de comportamentos de não-colaboração. Segundo Cunha et al. (2003) a experiência vivida durante as sessões é fundamental na redução progressiva dos comportamentos não-colaboradores, pois permitem aos pacientes verificar que os procedimentos executados não são estressantes.

Klatchioian (2002) afirma que quando o paciente é ainda incapaz de verbalizar e mantém dependência estreita da mãe, o relacionamento dentista-criança depende de um terceiro indivíduo (geralmente a mãe), formando uma relação triangular. As visitas periódicas são uma ótima oportunidade de se estabelecer um bom relacionamento com as crianças, bem como aprofundar o relacionamento com os pais, criando e fortalecendo vínculos imprescindíveis para um bom relacionamento entre as partes.

Para efeito de atuação do dentista, não houve diferença entre os procedimentos clínicos, ou seja, durante a realização de todo o tratamento houve manifestação de não-colaboração numa frequência bastante semelhante.

Baseados no acima exposto, pode-se perceber que o comportamento apresentado por bebês submetidos à assistência odontológica deve ser cuidadosamente estudado, já que a Odontologia para bebês é uma área em franco desenvolvimento, que necessita de subsídios científicos para assegurar não só o bem estar físico, mas também emocional do paciente, no presente e, principalmente, no futuro.

O controle de comportamento da criança é pré-requisito para a realização de um adequado tratamento odontológico. Geralmente, os profissionais temem o atendimento de uma criança com história de comportamento negativo, com receio de traumatizá-la ou de não finalizar o tratamento. A falta de cooperação do paciente durante a consulta odontológica pode ser justificada pelo medo ou ansiedade transmitidos pelos pais,

experiência anterior desagradável ou traumática ou uma primeira consulta ao dentista mal conduzida (Corrêa, 1998).

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

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

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

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

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

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

Controle de voz é uma modificação controlada do volume, tom e ritmo para influenciar e direcionar adequadamente o comportamento do paciente. O objetivo desta técnica é atrair a atenção durante o comportamento negativo e de recusa, estabelecendo autoridade e vínculo para a continuação do procedimento proposto (American Academy of Pediatrics Dentistry, 2002/2003).

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

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

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

Berenie e Ripa (1977 apud Mastrantonio et al., 2004) classificaram os reforços positivos como sendo material, social e de atividade. Os reforços materiais são brinquedos e presentes. Segundo Guedes-Pinto (1997), a recompensa deve ser sempre de pequeno valor, e dada caso o comportamento da criança tenha sido satisfatório, ou se, mesmo tendo chorado, permitiu o tratamento. Este presente não deve servir de suborno e sim de prêmio, portanto, só deve ser oferecido após a consulta e sem que a criança saiba

anteriormente. Em geral, deve-se solicitar aos responsáveis, que não prometam qualquer tipo de recompensa para a criança ir ao dentista. Após o atendimento, a "recompensa" poderá surgir como uma surpresa agradável, que não terá relação com o que ocorreu durante o atendimento (Colares; Pinkham, 2001 apud Mastrantonio et al., 2004).

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

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

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

A técnica de falar-mostrar-fazer deve ser iniciada logo que a criança entra no consultório; a sala de espera deve ser atrativa, criando um ambiente amigável para que ela possa se distrair e se ocupar (Corrêa; Zardetto; Ramires-Ramito, 2002).

A maneira de conduzir a consulta varia, principalmente, de acordo com a idade da criança e características comportamentais da mãe e filho. Não se pode ter uma mesma conduta indiscriminadamente para todos os pacientes.

Dependendo da reação e de seu acompanhante, a seqüência previamente estabelecida, muitas vezes, é modificada (Corrêa; Zardetto; Ramires- Ramito, 2002).

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

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

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

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

Cabe ao profissional empregar a técnica que melhor se adapta, no procedimento clínico, ao paciente, atendendo às suas necessidades individuais. Ressalta-se que há várias classificações na forma de apresentação destas técnicas, porém estas não modificam o objetivo principal, que é o de familiarizar o paciente infantil quanto aos aspectos importantes da consulta odontológica para proporcionar-lhe um tratamento bem sucedido (Oliveira et al., 2003).

Assim, o odontopediatra deveria lançar mão de estratégias específicas e sistemáticas para familiarizar a criança ao tratamento e ensiná-la como se

comportar durante a sessão, minimizando a aversividade da situação (Costa, 2009). Observa-se, no entanto, que muitos profissionais ainda desconhecem a importância de identificar as necessidades psicossociais da criança e de seu acompanhante e de disponibilizar suporte psicológico específico que os preparem para a situação de tratamento. Piko e Kopp (2004) ressaltam que o profissional de odontologia nem sempre tem acesso, desde a graduação, ou ao longo de sua atuação, a informações e treinamento sobre a aplicação de técnicas psicológicas promotoras de comportamento colaborativo em situação de tratamento de saúde.

## **CONCLUSÃO**

Concluiu-se que a faixa etária de maior frequência de emissão de comportamentos não-colaboradores é entre 13 e 30 meses e que todos os procedimentos mostraram ter potencial para desencadear comportamentos de não-colaboração de forma semelhante.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA\*

Aitken, J.C. *et al.* The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. Pediatr Dent, Chicago. 2002; 24(2): 114-8, Mar/Apr.

Allen, K.D.; Stanley, R.; Mc'pherson, K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. Pediatr Dent, Chicago.1990; 12(2): 79-82, Apr/May.

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; 2: 267-322.

Berge, T.I. Acceptance and side effects of nitrous oxide oxygen sedation for oral surgical procedures. Acta Odontol Scand, Oslo. 1999; 57(4):.201-6, Aug.

Corah, N.L. Dental anxiety: assessment, an increasing patient satisfaction. Dent Clin N Am, Philadelphia. 1988; 32(4): 779-90, Oct.

Costa JR., A.L.; Coutinho, S.M.G. Você tem medo de dentista? A psicologia pode ajudar-lhe. Leia: Informação e Crítica, Brasília. 2000; 1(12): 20-4, set.

Costa Junior, A.L. Psicologia aplicada à Odontopediatria: uma Introdução. Estudos e Pesquisas em Psicologia. 2002; 2: 67-78.

Cunha RF et al. Behavioral evaluation during dental care in children aged 0 to 3 years. J. Dent. Child. 2003; 70: 100-103.

Cunha RF et al. Dentistry for babies: a preventive protocol. ASDC J. Dent. Child. 2000; 67: 89-92.

DE Jongh, A. *et al.* Acquisition and maintainece of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitives factors. Beh Res Ther, Oxford. 1995; 33(2): 205-10, Feb.

Dezan,C.C;Punhagui,M.F; Manejo da criança no consultório odontológico – Parte II Atitudes do profissional. AONP. 2002; 12.

Duarte, M. J.M.; Guedes-Pinto, A. C. Técnica de mão sobre a boca da criança: um estudo sobre a utilização pelos odontopediatras. RGO. 1990; 38(4): 167-70, 272-4, jul/ago.

Dworkin, S.F. Psychological considerations for facilitating anesthesia and sedation in dentistry. Issue prepared for "Consensus Development Conference on Anesthesia and Sedation in the Dental Office, of the National Institutes of Health, of Bethesda – Maryland. 1985: 22-24, April.

Finn, S. B. Behavior child management. In: Clinical pedodontics. 4° ed. Philadelphia: Saunders.1973: 15-31.

Giglio, E. M.; Guedes-Pinto, A. C.; Duarte,L. M. A. Princípios de psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: Guedes-Pinto, A. C. Odontopediatria. 5° ed. São Paulo, Santos. 1997:139-45.

Giordano, D. V. et al. oralidade em odontopediatria. Revista Brasileira de Odontologia. 2000; 57(2): 84-9, mar/abr.

Guedes-Pinto, A. C. Correa, M. S. N. P. influencias familiares e conselhos aos pais in: Guedes-Pinto, A. C. Odontopediatria. 5° ed. São Paulo, Santos. 1997: 157-63.

Healy. T.E.J. & Hamilton, M.C. Intravenous Diazepam in the apprehensive child. British Dental Journal. 1971; 130: 25-7.

Klatchoian, D.A.; Hirata, R.A. O estresse psicológico na prática odontológica. *In:* Klatchoian, D.A. Psicologia Odontopediátrica. 2.ed. São Paulo: Santos. 2002: 375. Klatchoian, D A. O comportamento da criança como elemento chave em odontopediatria. Jornal brasileiro de Odontopediatria Odontológica Bebê. 1998; 1(4): 102-9.

Kuhn, B.R.; Allen, K.D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. Pediatr Dent, Chicago. 1994; 16(1): 13-7, Jan/Feb.

Liddell, A.; Gosse, V. Characteristics of early unpleasant dental experiences. J Behav Ther Exper Psychiatry, New York 1998; 29(3): 227-37, Sept.

Macerou R. T. P. Representação social do cirurgião dentista e o comportamento infantil frente ao tratamento odontopediátrico. [dissertação]. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco/ UCDB; 2004.

Maggirias, J. & Locker, D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 2002; 30: 151-159.

Melamed, B.G.; Hawes, R.R.; Heiby, E. & Glick, J. Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. Journal Dental Research. 1975b; 54: 797-801.

Melamed, B.G.; Weinstein, D.; Hawes, R. & Katin-borland, M. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. Journal of American Dental Association. 1975a; 90: 822-6.

Milgrom, P. et al. Origins of childhood dental fear. Behav Res Ther, Great Britain. 1995; 33(3): 313-9, Mar.

Milgron, P.; Fiset, L.; Melnick, S.; Weinstein, P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a mayor U.S. City. Journal of Amer Dental Assoc. 1988; 116: 641-7.

Melamed, S.M.; Williamson, D.J. Programs for the treatment of dental disorders Dental anxiety and temporomandibular disorders. In: Sweet, J.J.; Rozensky, R.H.; Tavian, S.M. Handbook of Clinical Psychology in Medical settings. New York: Plenum Press, 1994. 29: 539-65.

Moraes, A.B.A., Costa Junior, A.L. & Rolim, G.S. Medo de dentista ainda existe? Em M.Z.S. Brandão (Org.), Sobre comportamento e cognição. São Paulo: Esetec. 2004; 17: 171-178.

Nabuco de Abreu, C.R.F. Relaxamento. Em L. Seger e cols. (Orgs.), Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora. São Paulo Santos Livraria e Editora. 2002: 297-317.

O'shea, R.M. *et al.* Managing anxiety in the dental office. Dental Assistant, New York.1986; 55(6): 7-10, Nov/Dec.

Percinoto C, Cunha RF. A influência positiva da assistência odontológica para bebês no comportamento futuro do paciente. In: Corrêa MSNP. Sucesso no Atendimento Odontopediátrico: Aspectos Psicológicos. São Paulo: Ed. Santos; 2002.

Piaget, J. e Greco, P. Aprendizagem e conhecimento. São Paulo: Freitas Bastos, 1974

Possobon, R.F.; Caetano, M.E.S. & Moraes, A.B.A. Odontologia para crianças não - colaboradoras: relato de casos. Revista Brasileira de Odontologia. 1998; 55: 80-3.

Possobon, R.F. Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não - colaborativos de crianças em atendimento odontológico. Tese de Doutorado, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, SP. 2003.

Possobon, R.F., Moraes, A.B.A., Costa Junior, A.L. & Ambrosano, G.M.B. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. Psicologia:

Teoria e Pesquisa. 2003; 19: 5-64.

Possobon, F.R. Psicofarmacologia comportamental em odontopediatria. *In*: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL. Caderno de resumos. Campinas: ABPMC. 2001: 147.

Possobon R.F. Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não – colaboradora durante o atendimento odontológico. Piracicaba. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. 2000: 339.

Piedalue, R.J. & Milnes, A. Nonpharmacological techniques help practitioners manage young patients. J.Mass. Dent. Soc. 1994; 43: 231-5, 247-51.

Piko, B.F. & Kopp, M.S. Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioural sciences and behavioural medicine. European Journal of Dental Education. 2004; 8: 25-31.

Ram, D. *et al.* The effect of metoclopramide and hydroxyzine in sedation of infants undergoing dental treatment. J Dent Child, Chicago. 1999; 66(1): 49-52, Jan/Feb.

Sandrini, J. C.; Bonacin, J. P.; Christoforo, L.R. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. JBO. Odontologia Bebê. 1998; 1(3): 75-89.

Sandrini, J. C. Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica. Revista de Odontopediatria. 1995; 4(3): 109-18, jul/ago/set.

Seger, L., Banaco, R.A. & Garcia, I. Técnicas de controle do comportamento. Em Seger, L. e cols. Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora.

São Paulo: Santos Livraria e Editora. 200: 57-78.

Silvares, E.F.M.; Souza, C.L. Medos infantis. Pediatria Moderna, São Paulo. 1999; 35(7): 546-50, jul.

Singh, K.A.S. Uma descrição funcional do comportamento do cirurgião – dentista no contexto de sua atuação profissional. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". 2001: 176.

Ten Berge, M.; Veerkamp, J.; Hoogstraten, J. Dentists' behavior in response to child dental fear. J Dent Child, Chicago. 1999; 66(1): 36-40, Jan/Feb.

Toledo, o. A. Odontopediatria: fundamentos para a pratica clinica. 2º ed. São Paulo: Premier. 1996.

Townend E.; Dimigen, G.; Fung, D. A clinical study of child dental anxiety. Behav Res Ther, Oxford. 2000; 38(1): 31-46, Jan.

Walter LRF, Ferelle A, Issao M. Odontologia para o Bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

Weinstein, P. Integrating behavioral methodologies into Dental Pharmacological Research. Anesth Prog, Welleslwy. 1986; 33(1): 55-9, Jan/Feb.

Wilson, S. Aspectos não farmacológicos na percepção e controle da dor in: Pinkham, J. R, et al. Odontopediatria: da infância à adolescência, 2, ed. São Paulo, Artes Médicas. 1996: cap.23: 101-12.

## ANEXOS

Anexo 1:



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**



### CERTIFICADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP certifica que o projeto de pesquisa "Redução de estresse e de não-colaboração em pacientes odontopediátricos: Avaliação da eficácia de intervenção psicológica", protocolo nº 124/2005, dos pesquisadores ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON e LUDMILA DA SILVA TAVARES COSTA, satisfaz as exigências do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde para as pesquisas em seres humanos e foi aprovado por este comitê em 15/02/2006.

The Research Ethics Committee of the School of Dentistry of Piracicaba - State University of Campinas, certify that project "Stress and uncooperative behavior reduction in dental children patients: Evaluation of psychological intervention's effectiveness", register number 124/2005, of ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON and LUDMILA DA SILVA TAVARES COSTA, comply with the recommendations of the National Health Council – Ministry of Health of Brazil for researching in human subjects and was approved by this committee at 15/02/2006.

  
**Cecília Gatti Guirado**  
Secretária  
CEP/FOP/UNICAMP

  
**Jacks Jorge Júnior**  
Coordenador  
CEP/FOP/UNICAMP

Nota: O título do protocolo aparece como fornecido pelos pesquisadores, sem qualquer edição.  
Notice: The title of the project appears as provided by the authors, without editing.

## Anexo 2:

Nome: \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_ data: \_\_\_\_\_  
 Tratamento: ( ) preventivo ( ) curativo

**Antes da consulta, a criança:**

( ) Chora. ( ) Recusa-se entrar na sala de atendimento  
 ( ) Mostra-se calma. ( ) Outro: \_\_\_\_\_  
 ( ) Interage com a dentista

**Comportamento da criança durante a consulta:**

**Choro alto e ou gritos**  
 ( ) Antes da sessão  
 ( ) Durante evidencição de placa: ( ) colo da mãe ( ) macri ( ) cadeira odontológica ( ) pia  
 ( ) Durante escovação: ( ) colo da mãe ( ) macri ( ) cadeira odontológica ( ) pia  
 ( ) Durante utilização do fio dental: ( ) colo da mãe ( ) macri ( ) cadeira odontológica ( ) pia  
 ( ) Durante exame clínico. ( ) colo da mãe ( ) macri ( ) cadeira odontológica ( ) pia

**Movimentar-se de modo nervoso (apertar as mãos, esfregar os pés, balançar as pernas)**  
 ( ) Antes da sessão  
 ( ) Durante evidencição de placa  
 ( ) Durante escovação  
 ( ) Durante utilização do fio dental  
 ( ) Durante exame clínico

**Recusa (esconder o rosto com as mãos, virar-se de costas para a dentista, não seguir instruções, não interagir com a dentista).**  
 ( ) Antes da sessão  
 ( ) Durante evidencição de placa  
 ( ) Durante escovação  
 ( ) Durante utilização do fio dental  
 ( ) Durante exame clínico

**Fuga (movimentos bruscos de cabeça ou de corpo, afastando a mão da dentista)**  
 ( ) Antes da sessão  
 ( ) Durante evidencição de placa  
 ( ) Durante escovação  
 ( ) Durante utilização do fio dental  
 ( ) Durante exame clínico

**Após a consulta, a criança:**

( ) Chora. ( ) Interage com a dentista  
 ( ) Mostra-se calma. ( ) outro: \_\_\_\_\_

