

ANA CAROLINA SOARES FRAGA ZAZE

**Análise do comportamento de pacientes atendidos na Bebê Clínica
da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de
Araçatuba-UNESP. Estudo longitudinal**

ARAÇATUBA

2005

ANA CAROLINA SOARES FRAGA ZAZE

**Análise do comportamento de pacientes atendidos na Bebê Clínica
da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de
Araçatuba-UNESP. Estudo longitudinal**

Dissertação apresentada à Faculdade
de Odontologia, Campus de Araçatuba
da Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, para obtenção do
Título de Mestre em Odontopediatria

Orientador: Robson Frederico Cunha

ARAÇATUBA

2005

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca da FOA / UNESP

Z39a

Zaze, Ana Carolina Soares Fraga

Análise do comportamento de pacientes atendidos na Bebê
Clínica da disciplina de odontopediatria da Faculdade de Odontolo-
gia de Araçatuba – UNESP. Estudo longitudinal / Ana Carolina
Soares Fraga Zaze. – Araçatubas: [s.n.], 2005
135 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista,
Faculdade de Odontologia, Araçatuba, 2005.

Orientador: Prof. Dr. Robson Frederico Cunha

1.Odontopediatria. 2.Comportamento infantil. 3.Sociologia.

Black D27
CDD 617.601

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho,

Aos meus pais, Sylvio e Regina, meus maiores incentivadores.

Graças a vocês, me tornei uma pessoa feliz e realizada. Seus ensinamentos estão gravados não só na minha mente, mas também no meu coração.

Mãe, você me provou que é possível ter uma carreira profissional bem sucedida, ser uma boa esposa e a melhor mãe do mundo. Espero um dia conseguir proporcionar aos meus filhos todo o amor e dedicação que você me proporcionou. Se é verdade que Deus nos escolhe um anjo na terra para chamarmos de mãe, saiba que eu agradeço todos os dias por Ele ter te escolhido para mim.

Pai, quando eu era criança, não entendia por que você trabalhava tanto. Ficava doze horas por dia no consultório e chegava tarde em casa. Sentia falta da sua presença, mas a alegria que sentia quando ouvia o carro entrando na garagem da nossa casa, era muito maior do que qualquer outro sentimento. Sabia que o “meu herói” havia chegado, e que apesar do cansaço, estava ansioso para brincar comigo e com o Natão. Hoje eu entendo que o seu esforço é a maior prova de amor que você poderia me dar.

Obrigada por tudo o que vocês me proporcionaram. Amo vocês!

Ao meu irmão Renato. Você sempre foi o meu maior companheiro. Apesar das diferenças, sempre fomos cúmplices, desde as artes cometidas na infância até a época da faculdade. Depois que a distância nos separou, percebi o quanto você é importante para mim, e passei a te amar ainda mais.

Ao Cesar, meu esposo. Você entrou na minha vida de uma maneira avassaladora, no momento menos esperado. Trouxe consigo uma grande felicidade e me proporciona, a cada dia, momentos inesquecíveis. Com você eu aprendi o verdadeiro sentido do amor. Nos últimos anos, estamos percorrendo um caminho sacrificante para nos tornarmos profissionais bem qualificados, mas saiba que ter você ao meu lado torna este caminho muito mais alegre e recompensador. Te amo!

Aos meus “segundos pais” Albino e Ana Maria.

Vocês são muito mais do que meus sogros. Desde o momento em que os conheci, me acolheram como uma verdadeira filha. Sem seu apoio, a realização deste curso não seria possível. Pessoas maravilhosas como vocês não encontramos todos os dias, obrigada por fazerem parte da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por me conceder a graça de viver, pelos ensinamentos diários, pelas pessoas que colocou no meu caminho e principalmente, por não me deixar desistir nunca, me dando forças para superar todos os momentos difíceis.

Agradeço aos meus avós Antônio, Sylvia, Wilson e Lourdes. Graças à vocês eu tenho pais maravilhosos. Obrigada por todos os ensinamentos que vocês me proporcionaram, mesmo na ausência, sempre aprendi muito com vocês, pois meus pais sempre fizeram questão de manter viva suas memórias. A experiência é uma dádiva associada ao tempo, mas podemos aprender muito com as experiências alheias, quando nos são passadas na forma de ensinamentos.

A todos os meus tios, tias, primos e primas. Sempre tão presentes na minha vida, incentivando e partilhando de todas as conquistas e dificuldades. Vocês são muito importantes para mim.

À Família Passanezi. Não somos parentes de sangue, mas de coração. Durante toda a minha vida, vocês estiveram ao meu lado e torceram por mim. Nos momentos de angústia e dificuldades, sempre pude contar com o carinho e ajuda de vocês, e nos momentos felizes, comemoramos juntos. Obrigada por tudo, espero que esta amizade perpetue na nova geração, afinal, somos praticamente irmãos.

Aos meus cunhados Pollyana e Edwaldo. Obrigada pelo incentivo e compreensão e desculpe-me pela ausência. Sinto por não poder acompanhar o desenvolvimento da Júlia mais de perto, mas a distância

não é capaz de diminuir o amor que sinto por ela. Juju, nunca se esqueça de uma coisa, a dinda ama muito você.

Aos amigos da faculdade, Mariana Montenegro Silva, Tatiana Nishioka, Máira Rocha, Vinicius Laranjeira, Lucas Zogheib e Tadeu Kirita. Espero que nada seja capaz de destruir nossa amizade. Tenho certeza de que o meu curso de graduação não teria sido tão maravilhoso se vocês não estivessem ao meu lado. Obrigada por fazerem parte da minha história.

Ao amigo Renato Baldan. Você é uma pessoa especial, amigo como você não se encontra facilmente, obrigada por tudo o que me ensinou e pelos momentos alegres que proporcionou a mim e ao Cesar.

Aos amigos e colegas de mestrado da turma de 2004. Nos conhecemos a pouco tempo, mas a convivência diária nos tornou verdadeiros irmãos. Márcio, agradeço por sua amizade, certamente não participarei novamente de um congresso tão divertido como o SBPqO deste ano. Luciana, nossa amizade surgiu aos poucos, espero que ela cresça a cada dia. Antonio, continue sendo esta pessoa maravilhosa que você é, sempre alegre e nos fazendo rir, mesmo nos momentos estressantes. Gracieli, seu carinho, amizade e compreensão foram essenciais durante a realização deste curso. Nossa amizade cresceu muito no último ano, espero um dia ser especial para alguém como você é para mim. Karina, considero você minha mais nova irmã. Conhecia você a muito tempo, mas não éramos amigas. Você foi minha primeira amiga no mestrado, com a convivência, percebi que você é uma pessoa muito especial. Estivemos unidas durante estes dois anos, passamos por dificuldades e alegrias juntas e, sinceramente, não sei o que seria da minha vida em Araçatuba sem você.

Cada um de vocês terá sempre um lugar especial no meu coração. Desejo que todos encerrem este curso de mestrado de maneira brilhante, e que nossa amizade nunca seja esquecida.

Aos demais amigos do curso de pós-graduação em odontopediatria, Daniela, Janaína, Max Douglas, Eliana Takeshita, Eliana Rodrigues, Taís, Alessandra, Fernanda, Karina Bianco, Karine, Kélio, Rebeca Mariana, Sueli, Edo, Fátima, Eduardo, Ana Elisa, Denise, Juliano e Ana Carolina. Foi muito bom ter convivido com vocês.

Aos professores da Universidade do Sagrado Coração. Vocês foram os responsáveis pela minha formação acadêmica, portanto, parte das minhas conquistas profissionais sempre serão suas também. Obrigada pelos ensinamentos e carinho que sempre me ofereceram.

À Universidade Estadual “Júlio de Mesquita Filho”-UNESP/Araçatuba, pela oportunidade da realização deste curso de pós-graduação.

Aos funcionários da biblioteca e da pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, pelos serviços prestados sempre com muita competência.

Aos professores da Disciplina de Odontopediatria da UNESP-Araçatuba, Professor Alberto, Professora Rosângela, Professor Célio e Professora Sandra. Obrigada por todos os ensinamentos e oportunidades. Vocês me acolheram de maneira gentil e educada, proporcionando oportunidades importantes para minha vida profissional. Não tenho palavras para agradecer tudo o que fizeram por mim.

Aos funcionários da Disciplina de Odontopediatria, Maria, Mário e Bertolina. Sempre solícitos e prontos para ajudar no que fosse preciso. Obrigada pela amizade. Vocês são pessoas especiais.

À Professora Maria Lúcia Sundfeld. Sua ajuda foi primordial para a realização deste trabalho, obrigada pelos ensinamentos e por toda a ajuda que me foi prestada.

À Universidade Paranaense, na pessoa do coordenador do curso de Odontologia Márcio Gramma Hoeppner, por ter me proporcionado a oportunidade de realizar um sonho, ser uma professora universitária. Agradeço pela confiança.

Às minhas colegas de trabalho, Fabíola Melhado, Sílvia Sossai e Jaqueline Garcia. É muito bom trabalhar com pessoas como vocês, sempre alegres e agradáveis, vocês me ensinaram muito. Obrigada pela confiança e por todas as oportunidades que me proporcionaram.

Aos meus alunos, obrigada por me incentivarem. Por vocês, procuro melhorar a cada dia.



Ao meu orientador Prof. Adjunto Robson Frederico Cunha.

Obrigada por fazer parte da minha formação profissional. Além de orientador e peça fundamental na elaboração deste trabalho, ensinou-me muito sobre a vida. Me acolheu de maneira paternal sem ao menos me conhecer e acreditou na minha capacidade. Proporcionou-me muitas oportunidades, às quais serei eternamente grata. Sempre esteve disponível à me ajudar, e me orientou sem nunca impor. Saiba que o senhor é um exemplo para mim. Agradeço a paciência e o carinho que me dispôs.



ZAZE, A.C.S.F. Análise do comportamento de pacientes atendidos na Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Estudo longitudinal. Araçatuba, 2003. 135p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)-Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Campus Araçatuba, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho".

RESUMO

O propósito do presente estudo longitudinal foi avaliar a manifestação comportamental frente a estímulos odontológicos em crianças atendidas na Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da F.O.A.-UNESP considerando-se a idade da mãe no momento do parto, o número de irmãos que o bebê possui, os diferentes tipos de estímulos odontológicos realizados nos bebês e a faixa etária no momento do atendimento. Foram incluídos na amostra deste estudo os prontuários que preencheram os seguintes requisitos: ficha clínica preenchida integralmente, crianças que entraram no programa de prevenção precoce ainda no primeiro ano de vida e crianças que apresentavam no mínimo 36 meses de idade completos no momento da avaliação de seu prontuário. Dos 1.103 prontuários avaliados, apenas 169 preencheram os requisitos de seleção para o estudo, onde obteve-se informações como: data de nascimento, gênero, idade da mãe, número de irmãos, número de consultas odontológicas e suas respectivas datas, estímulos oferecidos à criança e o comportamento apresentado perante os mesmos. Os prontuários selecionados foram divididos em 5 grupos, de acordo com os estímulos oferecidos às crianças sendo eles: grupo controle, falta, verniz fluoretado, restauração e traumatismo dentário. As informações obtidas foram classificadas de acordo com a faixa etária na qual as crianças encontravam-se no momento do atendimento. Os dados foram analisados descritiva e inferencialmente, por meio da aplicação do teste Qui-Quadrado ao nível de 5% . Segundo os resultados encontrados, a idade da mãe e o número de irmãos que o bebê possui não influenciam sua resposta comportamental frente a estímulos odontológicos. Os diferentes tipos de estímulos odontológicos provocaram alterações na resposta comportamental dos pacientes em determinadas faixas etárias e o comportamento apresentado durante as consultas foi influenciado pela idade da criança no momento do atendimento.

Palavras-chave: Comportamento infantil. Odontopediatria. Psicologia



ZAZE, A.C.S.F. Analysis of the patient's behavior assisted in Baby Clinic of Pediatric Dentistry at Araçatuba Dentistry School – São Paulo State University. A longitudinal study. Araçatuba, 2003. 135p. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)-Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Campus Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

ABSTRACT

The purpose of the present longitudinal study is to evaluate behavior manifestation in front of dental incentives in children assisted in Baby's Clinical of Pediatric Dentistry at Araçatuba Dentistry School – São Paulo State University being considered the mother's age in the moment of the childbirth, the number of baby's sibling, the different types of dental incentives accomplished in the babies and the age group in the moment of the service. It was included in the sample of this study handbooks that filled out the following requirements: clinic record filled out integrally, children that entered in the program of prevention still in the first year of life and children that presented at least 36 complete months of age in the moment of the evaluation of the handbook. Of the 1.103 appraised handbooks, only 169 filled out the selection requirements for the study, where it was obtained information as: date of birth, gender, mother's age, number of siblings, number of dental visits and their respective dates, incentives offered to the child and the behavior presented after the same ones. The selected handbooks were divided in 5 groups, in agreement with the incentives offered to the children as: group control, lacks, fluoride varnish, restoration and dental traumatism. The obtained information were classified in agreement with the age group in the which the children presented in the moment of the service. The data were analyzed descriptive through the application of the Qui-square test at the level of 5%. According to the findings, mother's age and the number of baby's siblings don't influence on behavior front to dental incentives. The different kinds of odontologic incentives provoked alterations in patients' behavior in certain age groups and this behavior presented during the appointments was influenced by the child's age in the moment of the service.

Keywords: Child Behavior. Pediatric Dentistry. Psychology



LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Distribuição do percentual das crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com relação ao gênero 72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Número e percentual da idade na qual as crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, entraram no programa educativo/ preventivo	73
TABELA 2 -	Número e percentual da idade da mãe das crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, no momento do nascimento de seu filho	74
TABELA 3 -	Número e percentual do comportamento apresentado pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, durante a primeira consulta, relacionado à idade de sua mãe	75
TABELA 4 -	Número e percentual do comportamento apresentado pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, relacionado ao número de irmãos que possui	76
TABELA 5 -	Número e percentual da distribuição do comportamento exibido pelas crianças matriculados na Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, de acordo com os Grupos aos quais foram distribuídas	77
TABELA 6 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Controle, de acordo com a idade	78
TABELA 7 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Falta, de acordo com a idade	79
TABELA 8 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Verniz, de acordo com a idade	80
TABELA 9 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Restauração, de acordo com a idade	81

TABELA 10 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Trauma, de acordo com a idade	82
TABELA 11 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 0 a 6 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	83
TABELA 12 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 7 a 12 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	84
TABELA 13 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 13 a 18 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	85
TABELA 14 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 19 a 24 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	86
TABELA 15 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 25 a 30 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	87
TABELA 16 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 31 a 36 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	88
TABELA 17 -	Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, maiores de 37 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem	89

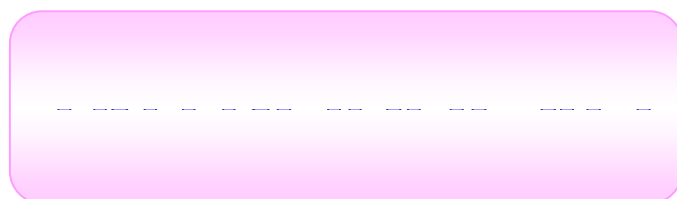
LISTA DE ABREVIATURAS

ATF =	Aplicação Tópica de Flúor
BES =	Behavior Evaluation Scale
BSQ =	Behavioral Style Questionnaire
C =	Colaborador
CR =	Colaborador com Reservas
CFSS-DS =	Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale
DAS =	Corah's Dental Anxiety Scale
et al.=	Et alli
EUA =	Estados Unidos da América
FISIOB =	Fisioterapia Bucal
FOA =	Faculdade de Odontologia de Araçatuba
ISS =	Inventory of Stressful Situations
NC =	Não Colaborador
OSUBRS =	Ohio State University Behavior Rating Scale
PROFI =	Profilaxia Profissional
UEL =	Universidade Estadual de Londrina
UNESP =	Universidade Estadual Paulista



SUMÁRIO

1	Introdução	21
2	Revisão da Literatura	25
2.1	Desenvolvimento Neuropsicológico	26
2.2	Comportamento relacionado ao tratamento odontológico	34
3	Proposição	62
4	Material e Método	64
4.1	Seleção da Amostra	68
4.2	Análise dos dados	70
5	Resultado	71
6	Discussão	90
7	Conclusão	108
	Referências	110
	Anexos	117



1 INTRODUÇÃO

O surgimento da Odontopediatria ocorreu quando houve o reconhecimento de que os problemas bucais na criança são específicos, e que esta difere do adulto não só nos aspectos fisiológicos, mas também no aspecto comportamental. A odontologia atual tem se preocupado com os aspectos psicológicos e o bem estar dos pacientes, principalmente quando se trata da assistência a pacientes infantis. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve estar atento e principalmente, aprender a observar a criança como um todo, considerando seu bem estar físico e emocional, além da necessidade de conhecer o mundo do ponto de vista infantil, permitindo uma melhor interação e compreensão entre as partes.

Walter e sua equipe da Universidade Estadual de Londrina (UEL) observaram em sua experiência profissional a necessidade de conscientizar a população quanto à prevenção da doença cárie em bebês. Devido ao reconhecimento desta necessidade, a Bebê-Clínica da UEL foi inaugurada em março de 1986, com o intuito de oferecer assistência odontológica a bebês por

meio de um programa de prevenção precoce (WALTER et al., 1996). Esta atitude pioneira incentivou outros profissionais, surgindo assim novos centros de atenção odontológica direcionados ao atendimento de bebês, como a Bebê-Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, inaugurada em 1996.

Conhecer o comportamento dos pacientes na faixa etária de 0 a 3 anos frente aos procedimentos dentários é primordial, até porque lidamos com a área de importante significado emocional nesta idade, que é a boca. (GIORDANO et al., 2000) Entretanto, os aspectos psicológicos envolvidos no atendimento odontológico nesta idade ainda são pouco estudados.

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.

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 a Odontopediatria, algumas relações entre características comportamentais e a idade da criança, entretanto isto é realizado com mais frequência na faixa etária dos 3 aos 12 anos de idade, abrangendo apenas uma parte da chamada “primeira infância”, período que vai do nascimento até o terceiro ano de vida. (CORRÊA, 1998)

Segundo Percinoto e 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 consequências comportamentais que os mesmos possam gerar futuramente.

Baseados no acima exposto, percebemos que o comportamento apresentado por bebês submetidos a 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.



REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

A escassez de pesquisas relacionadas ao comportamento exibido por crianças pertencentes à primeira infância, frente a estímulos odontológicos, e a complexidade do tema estudado, tornaram a elaboração desta revisão de literatura muito importante, sendo abordados assuntos relevantes para uma melhor compreensão do assunto.

Dessa forma, para tornar este capítulo mais claro ao entendimento, subdividimo-lo nos tópicos Desenvolvimento Neuropsicológico e Comportamento relacionado ao tratamento odontológico.

2.1 – DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOLÓGICO

Mussen et al. (1995) afirmam que o cérebro humano é resultado de uma longa evolução, que assegura a recepção e elaboração de estímulos além de criar, controlar e executar respostas. A grande imaturidade do sistema nervoso de

recém-nascidos caracteriza suas reações em relação ao mundo. A maturação refere-se a uma seqüência universal de eventos biológicos que ocorrem no cérebro e também no organismo, permitindo o aparecimento de uma função psicológica. Durante a maior parte do primeiro ano de vida do bebê, a maturação do cérebro ocorre muito rapidamente. Este período é marcado pelo estabelecimento de conexões mais firmes entre várias partes do cérebro. Juntas, estas mudanças permitem que a criança se sente, engatinhe e ande em estágios específicos do seu desenvolvimento.

Segundo Klatchoian (2002), após o nascimento ocorre um aumento do peso cerebral, resultante da diferenciação de tecido e fibras nervosas, mielinização de vias aferentes e eferentes e de um intenso desenvolvimento do córtex cerebral. Esta diferenciação de células nervosas ocorre principalmente até os 3 anos de idade, porém só se completa por volta dos 8 anos.

O funcionamento básico do cérebro infantil se dá por reflexos múltiplos que são estabelecidos de forma gradual de origens diversas, conforme a fase. Inicialmente são medulares, tornando-se gradualmente de controle cortical. O recém nascido apresenta o córtex pouco evoluído, tendo, porém reflexos natos como a sucção e a deglutição, chamados de reflexos de condução. Por volta do segundo mês de vida inicia-se a atividade cortical, com o surgimento dos reflexos condicionados relativos a estímulos externos (ambiente), entretanto estes reflexos podem ser perdidos temporariamente devido a qualquer estímulo

intenso. O desenvolvimento cortical proporciona novas condutas motoras e geralmente em torno dos 6 meses de idade, a criança começa a demonstrar certa capacidade de análise, o que é caracterizado pelo seu maior interesse em relação ao ambiente e demonstração de emoções como medo e prazer. A capacidade de análise e síntese se define razoavelmente por volta de um ano de idade, quando a criança já demonstra capacidade de perceber impressões vindas do ambiente, bem como de seu próprio córtex, definindo gostos e atitudes próprias. Dos 2 aos 3 anos a criança acumula uma grande quantia de impressões, porém não consegue analisá-las independentemente, solicitando a ajuda de outras pessoas. Entre 3 e 5 anos já consegue formar suas próprias opiniões. (KLATCHOIAN, 2002)

De acordo com Fitzgerald et al. (1983), o comportamento inicial é regulado por mecanismos subcorticais onde predominam os reflexos. Com o desenvolvimento, o córtex inibe estas funções comandando os centros subcorticais, tornando o comportamento voluntário.

Winnicott (1999) relata que devido ao fato dos bebês serem totalmente dependentes nos momentos iniciais de sua vida, são necessariamente afetados por tudo o que acontece. Sua compreensão é diferente quando comparada com a do adulto, contudo estão a todo o momento tendo experiências que se armazenam em seus sistemas de memória, de uma forma capaz de proporcionar-lhes ou não confiança. “Segurar” e manipular um bebê satisfatoriamente (no sentido amplo do termo segurar, que significa tornar seguro, amparar, tranquilizar, não se

desfazer, afirmar, apoiar) facilita os processos de maturação, segurá-lo mal significa uma interrupção inconstante destes processos devido às reações do bebê às quebras de adaptação.

De acordo com Gesell e Amatruda (1946), o desenvolvimento do bebê pode ser revelado por meio do seu comportamento, em todas as suas reações, sejam reflexas, voluntárias, espontâneas ou adquiridas. Os diferentes comportamentos não são arbitrários nem manifestações secundárias acidentais, são considerados resultados autênticos de um processo integrado de desenvolvimento que se realiza em ordenada sucessão.

A boca é o órgão fundamental para a sobrevivência desde o nascimento e provavelmente está associada às primeiras experiências de dor, frustração e prazer, sensação de fome e sua saciedade, e à sucção. A Psicanálise considera que o desenvolvimento psicosssexual começa pelo estágio oral, que ocorre aproximadamente durante os dois primeiros anos do bebê, quando ele obtém prazer por meio da cavidade oral e lábios. A sucção além de mantê-lo vivo, lhe fornece conforto e carinho. (KLATCHOIAN, 2002) Com o aparecimento dos dentes, o ato de morder e mastigar também proporcionam estas sensações e por meio destas atitudes o bebê libera sua agressividade. (BARRETO, 2002)

Walter et al. (1996) afirmam que ao nascer, a criança apresenta um mecanismo emocional pobre e se encontra na denominada fase oral, descrita por Freud. O início da primeira dentição, que ocorre por volta do sexto mês de vida, é

um período caracterizado por mudanças das atitudes infantis. A boca passa a apresentar também a função de trituração, tornando-se um órgão mais ativo, permitindo um melhor conhecimento do ambiente que o cerca. Por isto o bebê leva todos os objetos que lhe são oferecidos até a boca.

Outras teorias de desenvolvimento, como a de Piaget, consideram o reflexo de sucção, associado a outros reflexos, parâmetros iniciais para o desenvolvimento psicológico. Este desenvolvimento se processa por meio da influência mútua entre o bem estar físico e nutricional da criança além de suas experiências psicossociais. A criança adequadamente estimulada procura influenciar e interagir com o seu meio físico e social, aprendendo mais e respondendo melhor aos estímulos aos quais foi submetida. Se as experiências físicas e psicológicas (relacionadas ao bem estar físico e nutricional) forem insatisfatórias, determinando um sentido de desconfiança, a criança será conduzida de maneira temerosa diante de situações futuras. (FIEDLER, 2002)

Piaget e Inhelder (1986) afirmam que a criança entre 0 e 2 anos de idade está no período sensório-motor, quando as estruturas cognitivas são elaboradas e posteriormente servirão como parâmetros iniciais para suas construções perceptivas e intelectuais, bem como algumas reações afetivas elementares. O bebê começa a apresentar comportamentos resultantes do seu desenvolvimento físico associados à sua experiência com o meio ambiente.

Os processos de memória ajudam na orientação das ações do bebê. A capacidade de recordação parece ser aumentada após 8 meses de idade, quando o bebê também se torna mais capacitado a relacionar um evento ocorrido no presente a um evento passado. (MUSSEN et al. 1995).

Segundo Ainsworth (1979) o bebê utiliza principalmente a mãe como base de sua segurança para explorar o ambiente que a cerca. O autor acredita que se esta relação apresentar-se sólida durante o primeiro ano de vida, proverá uma importante estruturação para o posterior desenvolvimento psicológico. Uma condução equilibrada e segura das relações durante o primeiro ano de vida do bebê, acarretará em respostas mais positivas em momentos onde se torna necessário o afastamento da criança de seus pais, além de prover adolescentes socialmente mais competentes.

Apesar de saber da importância do conhecimento do desenvolvimento neuropsicológico, não se pode considerá-lo o único fator responsável pelo comportamento do bebê, pois a forma como lidam com novos e antigos estímulos, poderá ser determinada por suas características de temperamento. Considera-se como temperamento, a forma mais natural de uma pessoa reagir aos estímulos a ela oferecidos. O temperamento pode ser observado desde o início da vida, é variável entre os indivíduos e relativamente estável sobre o tempo e situação. (KLATCHOIAN, 2002)

Mussen et al. (1995) denominam como temperamento, certo tipo de humor e estilos de reações. Em sua obra relatam que nos estudos, são observados um conjunto de dimensões de temperamento, incluindo a atividade, a agitação, o medo e a sensibilidade a estímulos além da atenção. Os dois tipos de temperamento mais estáveis são a timidez e a sociabilidade, pois elas persistem por toda a infância e adolescência. Com o passar do tempo, os pais passam a reagir às crianças com temperamento difícil de forma especial, podendo afetar o comportamento delas e seu ajustamento posterior na vida.

Corrêa e Ulson (2002) afirmaram que desde as primeiras semanas de vida podem-se observar diferenças de temperamento entre bebês e sua capacidade de lidar com as adversidades. Muitos têm grande capacidade de recuperação com relação às instabilidades, enquanto outros são muito sensíveis e precisam de cuidados adicionais.

Venham et al. em 1979, realizaram um estudo com o intuito de avaliar a ansiedade de crianças entre 3 e 5 anos de idade frente ao tratamento odontológico. Os métodos utilizados para verificar o grau de ansiedade foram: análise dos batimentos cardíacos, padrões clínicos de ansiedade, (detectados por 3 observadores utilizando fitas de vídeo gravadas durante as consultas) e dados colhidos em uma visita à residência da criança, com o intuito de conhecer melhor a sua personalidade. Os autores concluíram que as crianças mais jovens

apresentam, já na primeira consulta odontológica, aspectos que irão facilitar ou dificultar a sua adaptação ao novo ambiente, de acordo com sua personalidade.

Radis et al. (1994) propuseram determinar se diferentes temperamentos estavam associados às respostas dos pais quando aplicado o BSQ (Behavioral Style Questionnaire), utilizado para identificar o temperamento de crianças de 3 a 7 anos. O questionário era composto por questões referentes à capacidade de adaptação, distração, concentração, intensidade de reações e nível de atividade/ inquietação das crianças. De acordo com as respostas, o temperamento da criança foi classificado em cinco categorias: fácil (aproximação do que é novo, fácil adaptação a mudanças, bom humor predominante), intermediário leve (difícil de classificar, mas a resposta não é tão favorável quanto o anterior), entusiasmo vagaroso (retração frente a situações novas, adaptação vagarosa, reações emocionais negativas de baixa intensidade) , intermediário intenso (semelhante ao anterior, porém a reação emocional negativa é moderada) e difícil (negação frente a situações novas, adaptação vagarosa e reações emocionais negativas muito intensas). Foram avaliadas 50 crianças, entre 36 e 60 meses de idade, durante sua consulta odontológica inicial no Hospital Infantil de Columbus-EUA. Durante a consulta, as crianças foram submetidas aos seguintes estímulos: separação do acompanhante, (pois durante o atendimento o mesmo não permanecia no interior do consultório odontológico), exame clínico utilizando sonda exploradora e espelho bucal, profilaxia profissional, aplicação tópica de

flúor e, se necessário, tomadas radiográficas. As três primeiras consultas foram filmadas e o comportamento exibido pela criança foi classificado de acordo com a escala comportamental da Universidade Estadual de Ohio (OSUBRS), que considera 4 tipos diferentes de comportamento: permanece quieta, chora sem se movimentar, movimenta-se de maneira perturbadora sem chorar e associação de choro e movimentação perturbadora. Os autores concluíram que os temperamentos fácil, intermediário leve e difícil podem ajudar a prever o comportamento durante o atendimento odontológico. Aproximação, retração e adaptação foram associadas ao comportamento positivo em crianças de 3 anos de idade e a inquietação foi associada ao choro em crianças de 5 anos.

2.2 COMPORTAMENTO RELACIONADO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Não é comum observar a preocupação com o que representa o relacionamento cirurgião 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)

Corrêa e Ulson (2002) relataram que o cirurgião dentista deve ter muita sensibilidade ao intervir na cavidade bucal de bebês, devido à importância da

oralidade presente nesta fase da vida. É preciso que o profissional tenha habilidade suficiente para proporcionar bem estar e tranquilidade durante o atendimento odontológico. Isto pode ser adquirido por meio da utilização de métodos adequados de comunicação e conhecimentos técnicos e científicos, pois todas as reações da criança estão limitadas e o choro representa uma forma de expressar angústia e tensão perante esta situação.

Percinoto e 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. Entretanto, um dos tipos de resposta global do recém nascido diante do complexo de estímulos que lhe são oferecidos pela situação ambiente é a reação afetuosa, que expressa uma adaptação “positiva” em relação ao ambiente, estabelecendo uma sintonia entre o indivíduo e o ambiente. Considerando uma criança emocionalmente tranqüila com uma mãe na mesma situação, é possível fazer com que ela perceba o consultório odontológico como um ambiente confiável, possibilitando que sua primeira consulta seja conduzida tranqüilamente, de maneira favorável. Não raramente, o bebê reage de uma maneira aparentemente desfavorável, chorando e solicitando a proteção da mãe, porém ao final da consulta se despede do profissional de maneira alegre. Nesta

situação, a criança adquire a experiência de ter sido bem cuidada e internaliza esta experiência de maneira positiva. Esta internalização é decisiva e fundamental para a continuidade dos seguintes atendimentos em uma atmosfera cada vez mais favorável. O recém nascido é de fácil manejo, porém, após o irrompimento dos primeiros dentes, mostra-se parcialmente rebelde em relação à manipulação de sua boca. Aos 2 anos de idade a dependência materna se acentua e por volta dos 3 anos torna-se possível a realização de um atendimento odontológico convencional, devido à possibilidade de um relacionamento interpessoal mais longo, que é resultado de uma maturação social mais ampla. Portanto, a assistência odontológica para bebês pode ser considerada um preparo importante para o desenvolvimento equilibrado no que se refere ao comportamento diante de possíveis tratamentos futuros.

Segundo Toledo (1996), 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.

Klatchoian (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.

Bee, em 1984, descreveu o desenvolvimento da ligação afetiva entre pais e seus bebês, dividindo-o em quatro fases. A primeira é chamada pré-ligação, ocorre por volta dos 3 a 4 meses de vida e é caracterizada pelo fato de que o bebê dirige seus comportamentos de ligação afetiva a qualquer pessoa que entre em seu campo visual. A segunda fase é a de ligação afetiva em processo, que ocorre entre os 4 e 6 meses de vida, quando o bebê percebe a diferença entre rostos distintos, respondendo mais favoravelmente a pessoas familiares. A terceira fase é denominada de ligação afetiva específica, ocorre por volta do sexto mês e se caracteriza pelo fato da criança expressar uma forte ligação afetiva com apenas uma pessoa a quem está primariamente ligada (geralmente a mãe), demonstrando grande insatisfação quando separada desta pessoa. A última fase é a da ligação afetiva múltipla, se inicia após o primeiro ano de vida e se estende até o terceiro. É caracterizada pela ampliação das ligações afetivas da criança em relação a outras pessoas que vê regularmente.

Estudos na área de Psicologia relatam que o comportamento do bebê é alterado ou influenciado por diversos fatores, dependendo da faixa etária na qual a criança se apresenta. Ainda no primeiro ano de vida, as principais influências

são: a separação da mãe e contato com ambientes e pessoas desconhecidas.(GARISON et al., 1974)

Castro et al. (2001) afirmam que a Psicologia fornece grande auxílio na compreensão da resposta comportamental do paciente infantil. Vários fatores devem ser avaliados no sentido de maximizar os aspectos positivos e evitar a ocorrência de situações indesejáveis durante a consulta odontológica. Fatores ligados à família, criança e profissional devem ser observados, possibilitando a orientação da conduta do profissional e preparação da família, para que a criança se sinta segura e tranqüila durante sua experiência odontológica, levando consigo estes aspectos para o futuro.

A literatura tem descrito diversas formas de classificação dos aspectos comportamentais destes pacientes, principalmente na avaliação do medo e ansiedade. Existem dois métodos distintos de medidas utilizados para esta avaliação, a observação das reações infantis por pessoas qualificadas e técnicas de relato verbal-cognitivo, como os questionários. O sistema de classificação de Frankl et al. (1962) é um dos mais freqüentemente empregados e é dividido em 4 categorias: definitivamente negativo, negativo, positivo e definitivamente positivo. A escala de Wright (1975) também considera 4 tipos de comportamento: negativo, indefinido, satisfatório e comportamento positivo. Todavia, a classificação descrita por McDonald e Avery (1986), considera 3 grupos: crianças colaboradoras, crianças incapazes de colaborar e crianças que

apresentam potencial colaborador. Walter (1996) também cita apenas 3 tipos de comportamento: negativo, indefinido e positivo. Todas estas classificações são obtidas por meio da avaliação de um profissional e são amplamente utilizadas para analisar o comportamento das crianças perante o tratamento odontológico, apesar de muitos pesquisadores considerarem crianças menores de 3 anos incapazes de colaborar.

Algumas técnicas de relato verbal-cognitivo empregadas por meio de questionários são a escala de Corahs (DAS) e a “Children`s Fear Survey Schedule- Dental Subscale” (CFSS-DS). A DAS foi desenvolvida para medir a ansiedade e o medo frente estímulos odontológicos, porém sua utilização não é indicada para crianças, pois apresenta questões um tanto complicadas para o entendimento infantil, sendo mais utilizada em estudos onde são avaliados o grau de ansiedade e medo dos responsáveis pela criança. Consiste de quatro itens com cinco respostas cada. O número de pontos varia de 4 (ausência de medo e ansiedade) até 20 (medo e ansiedade extremos). A CFSS-DS foi desenvolvida com o intuito de avaliar o medo infantil perante o ambiente odontológico. É composta por 15 itens, cada qual relacionado a diferentes aspectos da assistência odontológica. As crianças classificam seus níveis de medo e ansiedade na graduação de 1 a 5 pontos em cada um dos 15 itens, variando entre “nenhum medo”(número 1) até “muito medo”(número 5), entretanto sua utilização é mais indicada para crianças maiores de 6 anos.

Bönecker, Guedes-Pinto e Duarte (1995) realizaram um estudo com bebês menores de 30 meses, da clínica de especialização em odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Santo Amaro, que procuravam atendimento para realização de tratamento curativo. Dentre outros aspectos, avaliaram a resposta comportamental dos bebês durante a assistência odontológica. Os relatos deste estudo foram baseados em dois anos de experiência dos autores na referida clínica. Observaram que as atitudes comportamentais dos bebês podem ser descritas didaticamente de acordo com a faixa etária a que pertencem. Entre 6 e 12 meses de idade, apresentaram um comportamento relativamente positivo; aos 24 meses, o comportamento mais observado é o negativo, todavia, com o desenvolvimento da criança, observa-se uma regressão deste tipo de comportamento resultando em um comportamento positivo por volta dos 36 meses.

Em um estudo realizado no ano de 1997 na Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina, Melo e Walter^b analisaram o comportamento apresentado por bebês participantes do programa de prevenção precoce, nas consultas iniciais, intermediárias e finais do atendimento. Os autores observaram que 80,6% dos bebês apresentaram conduta positiva ou satisfatória nas consultas finais, sendo que apenas 29% apresentaram este tipo de conduta nas consultas iniciais, concluindo que o atendimento precoce pode despertar a cooperação da criança pelo fato de manter a saúde, sem que a mesma vivencie episódios de dor

ou desconforto durante sua primeira infância. Também constataram que alterações comportamentais bruscas surgem, principalmente, devido à mudança do profissional que realiza o atendimento e em casos de atendimento de emergência, devido a episódios de traumatismo dentário, onde geralmente ocorrem episódios dolorosos.

Melo e Walter (1997a) propuseram observar a mudança do comportamento infantil em dois momentos, primeiramente quando ocorre o irrompimento dos primeiros dentes decíduos e posteriormente quando ocorre o irrompimento dos primeiros molares decíduos. Para a realização do estudo, foram coletadas informações de 200 prontuários do arquivo da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina/ Brasil, além da aplicação de um questionário a 132 mães que se encontravam na sala de espera. As condutas comportamentais das crianças foram analisadas de acordo com o momento da higienização bucal levando-se em conta as técnicas utilizadas para sua realização preconizadas na referida clínica. A técnica recomendada para a realização da higiene bucal de crianças que possuem apenas dentes anteriores, o que ocorre em média até 18 meses de idade, é a utilização da gaze umedecida com solução de água oxigenada diluída. Já para crianças que possuem os molares, a técnica recomendada é a escovação associada ao uso de dentifrício. Os autores concluíram que bebês que ainda não possuem dentes apresentam predominantemente uma conduta positiva e não são submetidos a nenhum tipo de higiene bucal. Com o início da higiene com a gaze e a

solução de água oxigenada diluída, a conduta negativa ou indefinida prevalece, enquanto as crianças maiores de 18 meses e menores de 30, responderam positivamente ao uso da escova associada com o dentífrico.

Torriani (1999) verificou a relação entre o comportamento de bebês durante as consultas odontológicas e sua idade, o gênero e a presença de dentes irrompidos na cavidade bucal. Fizeram parte do estudo 254 crianças, matriculadas na Bebê Clínica na Faculdade de Odontologia de Araçatuba-Brasil, que compareceram no mínimo em 4 consultas e entraram no programa de prevenção precoce com idade máxima de 18 meses. O comportamento dos bebês foi anotado em seu prontuário após a realização de cada sessão, entretanto foram considerados apenas os atendimentos realizados antes do bebê completar 25 meses de idade. Os resultados deste estudo mostraram que o gênero do bebê não determina uma relação com o comportamento, entretanto a idade cronológica implicou em diferenças comportamentais devido ao aumento da conduta não colaboradora acompanhando o avanço da mesma. O número de dentes irrompidos também implicou em diferenças comportamentais, aumentando as reações de não colaboração na medida em que os dentes irrompiam.

Fraiz e Walter, em 2001, realizaram um estudo com o intuito de verificar se o relato materno com relação à conduta da criança durante a higiene bucal domiciliar está associado a outros fatores relacionados à cárie dental. Fizeram parte deste estudo 200 crianças de 24 a 48 meses de idade e suas respectivas

mães, integrantes do programa preventivo da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina. Os autores realizaram um exame clínico em todas as crianças onde foram avaliadas a presença de placa bacteriana e a experiência de cárie. Nos casos onde havia a presença de placa ou lesões cariosas, as crianças eram classificadas positivamente nestes aspectos. Também foi aplicado um questionário às mães, contendo questões sobre: hábitos dietéticos pregressos e atuais das crianças, hábitos de higiene bucal, dados socioculturais e comportamentais. Por meio dos prontuários das crianças foram obtidos dados referentes à sua primeira consulta (data e idade do bebê no momento de sua realização), frequência de consulta de retorno e avaliação comportamental atribuída durante as consultas. Os autores concluíram que as crianças, segundo relato materno, que se mantêm tranquilas durante a higiene bucal domiciliar participam ativamente de sua realização, sugerindo que este tipo de participação pode ser considerada uma estratégia para aumentar sua aceitação. Além disto, estas crianças apresentam menores índices de placa bacteriana, maior frequência de higiene bucal domiciliar, frequência menor de mamadas noturnas, e comportamentos mais satisfatórios durante as consultas odontológicas.

Cunha et al., em 2003, avaliaram a evolução comportamental dos bebês atendidos na Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-Unesp. Foram analisados 696 prontuários de pacientes de 0 a 36 meses, que ao final de cada atendimento, tiveram seu comportamento

classificado como “Colaborador” ou “Não Colaborador”. Foram avaliadas as respostas comportamentais frente aos estímulos: entrada no consultório, exame clínico e a denominada fisioterapia bucal, que consiste na limpeza com gaze umedecida em solução de água oxigenada diluída e a posterior aplicação tópica de solução fluoretada. Os autores concluíram que bebês com idades entre 0 e 6 meses apresentam comportamento colaborador, de 7 a 30 meses de idade o comportamento foi não colaborador e dos 31 aos 36 meses não foi observado um padrão comportamental definido, pois não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos de comportamento estudados.

Kleincknecht et al. (1973) utilizaram uma escala, contendo 27 itens para identificar e quantificar o medo e as reações dos pacientes frente a estímulos odontológicos específicos. Esta escala foi aplicada por meio de um questionário onde o paciente classificou seu medo de acordo com um código, sendo que o número 1 foi utilizado para representar a ausência de medo e o número 5 representa a sensação de grande medo onde a pessoa teria algum tipo de reação. A escala contém 2 itens que representam a preocupação em se esquivar ou fugir do tratamento odontológico, 6 itens abordando sobre alterações fisiológicas sentidas durante o atendimento odontológico, 14 itens avaliando o nível de medo sentido frente a diversos procedimentos odontológicos e avaliando o medo abrangente, sem especificações de estímulos ou situações e 4 itens solicitando informações a respeito da reação ao tratamento odontológico entre seus

familiares e amigos. Três questões abertas foram feitas para que os pacientes descrevessem situações ocorridas no passado que provocaram medo e/ou dor durante experiências odontológicas e a sua interpretação com relação ao modo como o indivíduo adquiriu esta reação que ele apresenta hoje, no momento do tratamento. O estudo foi realizado com 322 estudantes das universidades estaduais de Washington, 86 estudantes do segundo e terceiro ano do ensino fundamental e 79 estudantes do segundo, terceiro e quarto ano do ensino médio. Os resultados sugerem que a maioria das pessoas não apresenta reações de medo muito acentuadas, embora as respostas dos pacientes sejam muito variadas, alguns pacientes relacionam seu medo com estímulos específicos. Os pacientes do gênero feminino apresentaram mais medo do que os de gênero masculino e estudantes do ensino fundamental apresentaram mais medo do que universitários e estudantes do ensino médio, porém estas diferenças entre sexo e idade escolar são mais pronunciadas em relação a estímulos específicos, como a necessidade de anestesia e o uso de instrumentos rotatórios. Pessoas que relataram episódios de traumatismo dentário apresentam maiores índices de medo odontológico e os indivíduos que apresentam concepções positivas sobre o tratamento odontológico relataram que gostam de seus dentistas, enquanto pessoas que apresentaram concepções negativas relataram certa antipatia por seu dentista. Os autores concluíram que se o profissional estiver atento a seu paciente, conhecendo os estímulos específicos que lhe provocam medo e suas reações perante este fato,

pode tomar precauções para lidar com esta situação antes que o problema seja exacerbado durante o atendimento. Aplicando um questionário semelhante a este durante o contato inicial com o paciente, o profissional pode promover uma abordagem adequada e individualizada, o que facilitará o relacionamento entre as partes, respeitando os sentimentos e respostas comportamentais de cada indivíduo.

Em 1977 Venham e colaboradores analisaram 29 crianças entre 2 e 5 anos, sem experiência odontológica prévia, durante 6 consultas odontológicas sequenciais. Na primeira foi realizado um exame rotineiro para diagnóstico, nas quatro sessões seguintes foi realizado tratamento restaurador convencional, de acordo com a necessidade de cada paciente, e na sexta foi feita uma profilaxia profissional seguida de uma aplicação tópica de flúor. Os autores observaram que nas quatro primeiras visitas prevaleceu um comportamento considerado negativo, entretanto, com o decorrer das visitas, as crianças passaram a apresentar respostas mais favoráveis, colaborando mais durante o atendimento. Os autores concluíram que a experiência vivida durante as sessões foi fundamental na redução das respostas negativas, pois proporcionou a distinção entre procedimentos estressantes e não estressantes.

Brill (2002) realizou um estudo com pacientes de uma clínica odontopediátrica privada onde propôs avaliar o comportamento de crianças durante a primeira consulta odontológica (quando foi realizado algum tipo de

tratamento restaurador), e comparar este comportamento com os exibidos nas sessões seguintes. Os pacientes novos atendidos na clínica odontopediátrica fizeram parte da amostra estudada, inclusive os que já tinham alguma experiência odontológica. Estes pacientes foram submetidos ao tratamento necessário e remarcados para controle após 6 meses da última consulta de tratamento, os que compareceram na data estipulada foram incluídos na amostra, que foi composta por 271 crianças. O padrão de comportamento dos pacientes foi classificado de acordo com a escala de Sarnat como: cooperadores ativos (1), cooperadores passivos (2), neutros ou indiferentes (3), relutantes (4) e completamente não cooperativos (5). A cada paciente foi anotada em ficha específica para o estudo a visita, gênero, idade e a classificação de Sarnat. Os pacientes classificados com comportamento tipo 3, 4 ou 5 foram agrupados e este agrupamento foi usado como parâmetro para o comportamento negativo. Brill concluiu que as crianças de 3 a 6 anos de idade que receberam tratamento restaurador na consulta inicial, foram menos colaboradoras na consulta de retorno, e as crianças que apresentaram comportamento negativo na primeira consulta mantiveram este padrão comportamental no retorno.

A proposta do estudo de Yamada, em 2002, foi investigar o medo odontológico em crianças colaboradoras e não colaboradoras durante o tratamento e esclarecer a relação entre a adaptação e comportamento apresentado durante o atendimento, bem como os níveis observados por meio da

escala comportamental CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale), durante o exame regular de pacientes infantis na clínica dentária do hospital da Universidade de Niigata-Japão, em 2000. O comportamento de 1191 crianças de idade entre 5 a 12 anos foi avaliado de acordo com a escala comportamental de Frankl, que avalia os níveis de aceitação durante o atendimento dentário como: definitivamente negativo (nível 1), negativo (nível 2), positivo (nível 3) e definitivamente positivo (nível 4). As crianças com comportamento definitivamente negativo e negativo foram classificadas como pertencentes ao grupo não colaborador e as demais crianças foram classificadas como colaboradoras. Das 1191 crianças observadas, 100 foram classificadas de acordo com a escala de Frankl como não colaboradoras e 195 foram consideradas colaboradoras. Um questionário contendo a escala comportamental CFSS-DS foi aplicado a todas estas crianças. Do grupo não colaborador somente 61 destes questionários foram devolvidos aos pesquisadores corretamente preenchidos, enquanto no grupo colaborador este número foi 125. Os níveis da escala CFSS-DS foram mais altos no grupo não colaborador, o que significa que estas crianças apresentam mais medo do que as do grupo colaborador, entretanto também foram encontrados níveis considerados altos nas crianças deste grupo. Os autores concluíram que existem indícios de que o medo odontológico em crianças colaboradoras mais jovens diminui juntamente com seu crescimento e maior experiência em relação ao tratamento odontológico, entretanto afirmam que

existe a necessidade de definir o medo transitório em crianças colaboradoras e esclarecer a relação entre o medo odontológico e o comportamento apresentado durante a consulta.

Pereira e Freire (2004) propuseram descrever a relação de um programa de saúde oral com o comportamento exibido durante o atendimento odontológico depois de 3 anos de avaliações. Fizeram parte da amostra 100 crianças pertencentes ao Programa de Saúde Oral do Departamento Estadual de Saúde da cidade de Goiânia-Brasil. As crianças foram divididas em dois grupos. O grupo 1 foi composto por 45 crianças que entraram no programa até os 7 meses de idade e, o grupo 2, por 55 crianças que entraram no programa entre 8 e 12 meses de idade. A cada consulta, as crianças tiveram seu comportamento avaliado e classificado de acordo com a escala de Frankl. A maioria das crianças pertencentes ao grupo 1 apresentou comportamento positivo durante a primeira consulta. Nas consultas de retorno, quando as crianças estavam na faixa etária entre 8 e 24 meses, apenas 6,6 % apresentou um comportamento positivo, porém, na última consulta, quando a criança apresentava 25 a 48 meses de vida, 64% apresentaram comportamento positivo. Nas crianças pertencentes ao grupo 2, observaram que durante a primeira visita, quando a criança apresenta entre 8 a 12 meses, apenas 18,2% tiveram um comportamento positivo. Nas consultas de retorno, (crianças com 13 a 24 meses) 9,1% dos comportamentos observados foram positivos e na última consulta, quando as crianças apresentavam 25 a 48

meses de idade, 76,4% exibiram comportamentos positivos. Baseados em estudos da área de psicologia os autores concluíram que depois do sexto mês de vida, as crianças apresentam uma nova percepção relativa a pessoas e situações novas, o que acarreta no desenvolvimento de apreensão.

Shinohara et al. (2005) avaliaram o comportamento de crianças durante visitas odontológicas por meio da escala de Frankl associada à escala BES (Behavior Evaluation Scale), que também é utilizada para avaliar o comportamento de crianças frente a estímulos odontológicos. É composta de vários itens que avaliam o comportamento negativo, como: movimentação de pernas e braços, choro alto, movimentação do tronco, gritos, entre outros. Fizeram parte do estudo as crianças que iniciaram o atendimento odontológico em um período de 4 meses, no Departamento de Odontopediatria da Universidade de Tsurumi, totalizando 33 crianças com idade entre 3 e 9 anos. A consulta inicial foi filmada e posteriormente analisada por 6 odontopediatras, com mais de 8 anos de experiência, de acordo com as escalas de Frankl e BES. Os autores ressaltam que a observação das variações comportamentais principais pode ser utilizada pelo profissional durante o atendimento odontológico infantil, sendo que três variações comportamentais foram predominantes, a reação de fuga, autodefesa e a expressão facial.

Klingberg et al. (1994) realizaram um estudo com o intuito de verificar o perfil do medo apresentado por crianças durante o atendimento odontológico,

bem como a influência de fatores como: idade, gênero, outros tipos de medo apresentados pela criança (denominado de medo generalizado), ansiedade ou medo frente aos estímulos odontológicos relatados pelos pais e fatores sócio econômicos. Foram enviados questionários para as residências de 4.505 crianças da cidade de Göteborg-Suécia, selecionadas de acordo com diferentes padrões sócio econômicos, determinados pelo bairro onde a família reside. Foi utilizada a escala comportamental CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule- Dental Subscale, proposta por Cuthbert e Melamed em 1982) para avaliar o medo da criança e a escala de ansiedade proposta por Corah em 1969 (denominada D.A.S.) para avaliar o medo e a ansiedade dos pais. Foram recebidas 3.204 respostas que compuseram a amostra do trabalho. Os autores observaram que a idade influencia o comportamento de crianças entre 4 e 6 anos e de 9 a 11 anos de idade e que os maiores níveis de medo relacionado ao atendimento odontológico foram observados em crianças mais jovens, sem distinção entre gênero. Entretanto, os níveis de medo e ansiedade diminuíram com o passar do tempo. Os autores afirmam que existe uma correlação entre os medos apresentados pela criança de uma maneira geral e o medo relacionado ao atendimento odontológico, portanto o medo odontológico não pode ser considerado um medo específico, apenas reflete uma realidade de insegurança generalizada. Também ficou evidente neste estudo que existe uma grande correlação entre medo e ansiedade frente aos estímulos odontológicos apresentada pela criança quando sua mãe

também apresenta estas características. Quanto ao fator sócio econômico, crianças pertencentes a classes sociais mais baixas apresentam valores mais altos na escala de medo.

Klingberg et al. (1995) realizaram um estudo na cidade de Göteborg-Suécia com o objetivo de avaliar a relação entre o medo odontológico infantil e seus possíveis efeitos clínicos como, problemas de comportamento, condições de saúde bucal e procedimentos preventivos empregados e, além disso, suas relações com o medo odontológico infantil, por meio de um modelo de análise regressiva. Foram analisadas 3.204 crianças residentes na área urbana da cidade com idades de 4 a 6 anos e 9 a 11 anos de idade. O teste CFSS-DS foi aplicado em todas as crianças a fim de se conhecer o nível de medo odontológico que cada uma delas apresenta. Outras informações tais como, presença de medos gerais e pais que apresentam medo odontológico, foram obtidas por meio de questionários, e as informações referentes à saúde dental, problemas de comportamento durante as consultas e tipo de tratamento realizado foram obtidas após a análise dos prontuários. Os resultados mostraram que crianças que demonstram medo durante o atendimento odontológico apresentam cárie dental e costumam faltar em consultas agendadas. A análise regressiva mostrou que a presença de medos gerais, medo odontológico apresentado pela mãe e a idade da criança no momento do atendimento são fatores etiológicos importantes para o desenvolvimento de medo odontológico infantil.

Rousset et al. em um estudo realizado em 1997 na cidade de Toulouse-França analisaram o comportamento de crianças (entre 30 e 36 meses) e de seus pais frente ao atendimento odontológico. Foram avaliados 40 pares de indivíduos, compostos pela criança e seu acompanhante. As consultas odontológicas foram filmadas para que a análise do comportamento exibido pela criança fosse realizada. Os pais responderam a um questionário, que continha perguntas à respeito do ambiente familiar no qual a criança vivia. Enquanto os procedimentos odontológicos eram realizados e filmados, os responsáveis respondiam ao questionário. Os autores concluíram que estas crianças exibem um comportamento de insegurança quando separadas de seu acompanhante. Os meninos mostram-se mais ansiosos do que as meninas (quando se comparam crianças da mesma idade), e as meninas mostraram uma tendência maior de se distanciarem voluntariamente de seus responsáveis em direção ao profissional que realizou o atendimento odontológico. Também foi observado que o gênero do acompanhante interfere no comportamento da criança. As crianças acompanhadas por seu pai demonstraram maior insegurança, principalmente quando a criança era do gênero masculino.

Ramos-Jorge et al. (1999) em uma revisão de literatura concluiu que a ansiedade e o medo que afetam o comportamento da criança no consultório odontológico estão relacionadas principalmente com as experiências e/ ou atitudes familiares, observando-se uma grande associação entre o

comportamento infantil durante o atendimento e a ansiedade materna. Outros fatores como a idade da criança, história médica pregressa, presença de problemas odontológicos e condições sócio-econômicas também são fatores influenciadores no comportamento infantil durante a assistência odontológica.

Brill (2000) propôs em seu estudo analisar o padrão comportamental infantil frente a estímulos odontológicos utilizando uma escala comportamental para quantificar o desenvolvimento do comportamento de crianças assistidas em uma clínica odontológica privada na cidade de Baltimore-E.U.A. O autor também observou a possível relação entre padrão sócio-econômico, idade, gênero, experiências odontológicas prévias e o comportamento apresentado nas mesmas. Todos os pacientes que procuraram atendimento odontológico na clínica privada em um período de três meses foram incluídos no estudo, totalizando 539 crianças. Os pacientes foram divididos em quatro grupos de acordo com a faixa etária, 0 a 5 anos, 5 a 8 anos, 8 a 12 anos e maiores de 12 anos de idade. O comportamento apresentado durante o atendimento foi avaliado e classificado de acordo com a escala de Sarnat como: cooperadores ativos (1), cooperadores passivos (2), neutros ou indiferentes (3), relutantes (4) e completamente não cooperativos (5). Com o intuito de fornecer uma estimativa do comportamento de seus pacientes de diferentes idades perante o mesmo estímulo odontológico, foram comparados as respostas comportamentais entre os diferentes grupos. O autor concluiu que existem relações entre idade e tipo de procedimento realizado

no comportamento apresentado pelas crianças, pois crianças menores e as que foram submetidas a procedimentos mais invasivos apresentaram maiores índices de comportamento negativo. Crianças pertencentes ao padrão sócio-econômico mais baixo também apresentaram maiores índices de comportamento negativo, porém, não foram observadas diferenças de comportamento entre os gêneros, exceto no grupo de 8 a 12 anos, onde os meninos apresentaram-se menos cooperativos quando comparados com as meninas da mesma idade.

O objetivo do estudo de Berge et al. (2001) foi avaliar convicções de pais a respeito do medo perante a consulta odontológica. Este estudo foi realizado nos Países Baixos (Holanda) e foi composto por 123 pais de crianças que receberam assistência odontológica. Foram divididos em dois grupos de acordo com o nível de medo apresentado por seus filhos. Esta classificação de medo foi realizada com o auxílio da aplicação da escala comportamental “Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale” (CFSS-DS), sendo que 67 crianças apresentaram altos índices, o que sugere que as mesmas apresentam medo, e 56 apresentaram índices baixos, o que sugere que as crianças apresentam pouco ou nenhum medo frente aos estímulos odontológicos. As crianças foram subdivididas de acordo com a idade, sendo um subgrupo de crianças de 4 ou 5 anos e outro de 8 ou 9 anos. Os pais foram entrevistados em suas residências (por estudantes de psicologia) e foram abordados sobre assuntos como: causas do medo que seus filhos apresentam, experiências odontológicas anteriores e medos gerais que a

criança apresenta (para os pais de crianças medrosas). Para pais de crianças que não apresentam medo, as perguntas foram parecidas, entretanto quando abordados sobre as origens do medo frente a estímulos odontológicos, foram questionados sobre as razões de seus filhos não apresentarem este tipo de medo. Os pais atribuíram o medo odontológico de seus filhos a fatores como: tratamentos invasivos com experiência dolorosa, problemas de saúde geral que acarretaram na internação hospitalar da criança, temperamento da criança, abordagem e comportamento do dentista e medo geral muito acentuado. Os autores concluíram que os pais de crianças que apresentam baixo índice de medo parecem mais aptos a influenciar e controlar o comportamento de seus filhos. Porém, ambos os grupos de pais acreditam que o seu próprio medo não influencia o comportamento de seu filho.

Peixoto et al. (2001) realizaram um estudo com a finalidade de investigar os fatores que poderiam influenciar o comportamento da criança em sua primeira consulta odontológica. Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionários, direcionados a cirurgiões dentistas de duas cidades diferentes que realizam o atendimento odontológico infantil, sendo especialistas ou não. Os fatores influenciadores estudados foram: ansiedade materna, presença de dor, fatores socioeconômicos, história médica pregressa da criança e o conhecimento do problema dentário. Concluiu-se que cada fator mencionado tem seu grau de influência no comportamento da criança, entretanto os principais seriam a

ansiedade materna e a presença de dor, enquanto os menos significativos foram os fatores socioeconômicos e o conhecimento do problema dentário pela criança. Porém não podemos deixar de esclarecer que este estudo não se refere a uma faixa etária específica, e sim à experiência clínica de diferentes profissionais.

Klaassen et al. (2002) em seu estudo realizado nos Países Baixos (Holanda), avaliaram se situações estressantes ocorridas em idades precoces podem ser relacionadas com ansiedade frente a estímulos odontológicos em idades maiores. Para isto os autores avaliaram a resposta comportamental das crianças frente a atividades rotineiras diárias e seu comportamento no ambiente odontológico. A amostra deste estudo foi composta por 60 pais de crianças de 3 anos de idade que já tiveram contato com estímulos odontológicos. Quando seus filhos tinham 3 anos, os pais responderam a dois testes, um contendo a escala comportamental CFSS-DS e outro com o “Inventory of Stressful Situations” (ISS), um questionário utilizado para avaliar os níveis de ansiedade apresentados por crianças durante a realização de tarefas rotineiras, como: cortar as unhas e cabelos, tomar banho, ingerir medicamentos, dentre outras. Após o intervalo de um ano, quando as crianças já haviam completado 4 anos de idade, os mesmos testes foram reaplicados. Os autores concluíram que crianças que demonstram ansiedade perante situações rotineiras diárias na idade de 3 anos geralmente apresentam ansiedade frente a estímulos odontológicos aos 4 anos, entretanto

tanto a ansiedade odontológica como a ansiedade provocada por situações diárias diminuem entre o terceiro e quarto ano de vida.

Ramos-Jorge e Paiva (2003) asseguram que o odontopediatra deve favorecer o desenvolvimento psicológico saudável, procurando conhecer o paciente como um todo, inserido no seu ambiente familiar e social.

Fayle e Tahmassebi (2003) afirmou que uma das habilidades mais importantes de um cirurgião dentista é fazer com que seus pacientes sintam-se confortáveis e seguros. Este é um grande desafio na Odontopediatria, estabelecer uma relação de confiança com a criança e seu acompanhante. Muitas vezes a criança entra em contato com o ambiente odontológico pela primeira vez sob grande estado de ansiedade, que pode ser gerada por vários fatores e acarretará em um comportamento indesejável. Alguns destes fatores são: atitudes de pessoas que convivem com a criança e nas quais ela confia (pais, irmãos, colegas de escola e outros adultos em geral) e impressões negativas que a mídia expõe quando se refere ao tratamento odontológico. Deve ser considerado também o temperamento de cada criança, pois algumas crianças são mais sensíveis e apresentam níveis de ansiedade mais altos, isto pode ser identificado por meio de um diálogo com os pais, perguntando sobre o comportamento de seu filho durante uma consulta médica. Tais informações podem ajudar a identificar o potencial da criança apresentar ansiedade, o que permite que o profissional utilize métodos para evitar ou diminuir este processo. Alguns dos métodos

citados pelo autor são: a adaptação do ambiente odontológico, para que o mesmo se torne menos ameaçador, e a comunicação da equipe odontológica com a criança, fazendo com que a mesma sinta-se confortável e compreenda o que está acontecendo ao seu redor. Estes métodos são efetivos para a adaptação da criança e geralmente favorecem um comportamento adequado durante a assistência odontológica.

Molinari e DeYoung (2002) asseguraram que a maioria dos adultos e adolescentes que apresentam medo ou ansiedade perante o tratamento odontológico relataram experiências negativas a respeito deste tipo de tratamento durante sua infância. Na maioria dos casos esta experiência negativa está relacionada com procedimentos invasivos e episódios dolorosos. No mesmo trabalho os autores discorrem a respeito do manejo do comportamento de paciente infantil. Uma boa comunicação e relação entre o dentista, criança e seus responsáveis são os fatores de maior importância para um resultado satisfatório do tratamento dentário, pois resulta em uma administração adequada do comportamento da criança e esclarecimento de sua necessidade perante os responsáveis, evitando traumas e problemas comportamentais futuros. As técnicas recomendadas pelos autores são divididas em dois grupos. O primeiro é chamado de “técnicas comunicativas de administração do comportamento” e é composto pelas técnicas falar-mostrar-fazer, reforço positivo, distração, comunicação não verbal, controle de voz e presença ou ausência dos pais durante

o atendimento. O segundo grupo é formado pelas chamadas “técnicas avançadas de administração do comportamento”, como o exercício de mão sobre a boca e a sedação medicamentosa.

Weinstein et al. (1982) relata que a maioria das pesquisas em relação ao comportamento de crianças são baseadas na suposição de que o comportamento da criança pode se tornar um problema e deve ser controlado, entretanto o autor avaliou o efeito causado pelo comportamento do dentista perante o comportamento da criança, analisando a eficácia dos métodos de controle do comportamento. Os autores concluíram que geralmente os dentistas respondem ao relato ou demonstração de medo com comportamentos improdutivos e ineficazes para reduzir este problema, são eles: a imposição de regras, a repressão, persuasão e o uso de sedativos. Em situações de falta de colaboração durante o atendimento devido a episódios de medo, os dentistas dificilmente utilizam estratégias como o reforço positivo e o questionamento relacionado aos sentimentos da criança com relação ao medo, recursos que demonstram uma maior probabilidade de reduzir o medo vivenciado por elas.

Pinkham (2000) afirma que o sucesso das técnicas de manejo do comportamento atualmente empregadas em odontologia permanece baseado na efetividade da utilização de uma abordagem psicológica. Indiscutivelmente, profissionais que têm sucesso no manejo do comportamento da criança sem o auxílio de agentes farmacológicos ou métodos mais rigorosos de restrição física,

estão bem treinados, são versáteis e habilidosos na utilização das técnicas psicológicas indicadas.



PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho longitudinal foi avaliar a manifestação comportamental em bebês durante a assistência odontológica, desde o ingresso na Bebê Clínica, até o momento em que recebem alta deste atendimento, considerando os seguintes fatores:

- a) Idade da mãe no momento do parto
- b) Número de irmãos
- c) Diferentes tipos de estímulos odontológicos realizados no bebê ao longo das consultas
- d) Faixa etária do bebê no momento do atendimento



MATERIAL E MÉTODO

4 MATERIAL E MÉTODO

Previamente à realização deste estudo, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução Nº 01 de 13/06/1889 do Conselho Nacional de Saúde) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, para apreciação, o qual foi aprovado. (Protocolo FOA 753/2004) (Anexo 1)

Para melhor entendimento deste capítulo é necessária a descrição da rotina de atendimento da Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP. Este protocolo de atendimento foi publicado por Cunha et al. em 2000.

Inicialmente os pais participam de uma palestra de orientação sobre cuidados básicos de saúde bucal e funcionamento da Bebê Clínica. A seguir, em consulta agendada, os bebês recebem o primeiro atendimento, em ambiente apropriado, e são acompanhados com uma periodicidade de retorno bimestral. Nas consultas seguintes os pais recebem orientações individualizadas de acordo com as necessidades que seu filho apresenta e com as dúvidas que podem

ocorrer. Também são realizados os procedimentos clínicos de rotina e reavaliação dos fatores de risco à cárie e má oclusão.

Os procedimentos odontológicos duram em média 10 minutos e constituem-se de higiene bucal (FISIOB), exame clínico e aplicação tópica de solução fluoretada (ATF). Ao completarem 36 meses de idade os bebês são encaminhados ao atendimento em consultório odontológico convencional onde são realizadas a profilaxia profissional (PROFI) e aplicação tópica de solução fluoretada.

Todos os atendimentos são realizados por cirurgiões dentistas (estagiários ou pós-graduandos) que seguem este protocolo de atendimento. Os mesmos recebem orientações prévias sobre o desenvolvimento físico e psicológico da faixa etária em questão e sobre a classificação comportamental do paciente frente cada procedimento, sendo que o comportamento dos bebês é observado durante a realização dos procedimentos clínicos rotineiros.

A classificação utilizada no presente estudo é uma adaptação da escala comportamental proposta por Walter em 1996, baseada na observação do comportamento frente aos estímulos empregados, a qual é utilizada na referida clínica desde sua implantação. Os bebês são classificados como:

- ✓ **Colaborador:** bebê que não chora quando está nos braços do operador, não tenta impedir a execução dos procedimentos, reage favoravelmente,

e age normalmente quando está na cadeira odontológica ou macri sem demonstrar medo do que é novo;

✓ **Colaborador com reservas:** bebê que não chora quando está nos braços do operador, na cadeira odontológica ou macri, não tenta impedir a execução dos procedimentos podendo chorar durante a execução dos mesmos;

✓ **Não colaborador:** bebê que chora quando está nos braços do operador, quando é deitado na cadeira odontológica ou macri, mantém seus lábios fechados no momento da higiene bucal, e tenta impedir a realização dos procedimentos odontológicos.

Imediatamente após o atendimento e realização dos procedimentos clínicos, as anotações referentes ao comportamento exibido pelo bebê e o estímulo ao qual foi submetido são registradas em uma ficha específica do prontuário.(Anexo 2)

Quando a criança completa no mínimo 3 sessões no consultório e apresenta um comportamento colaborador, mostrando-se adaptada ao novo ambiente, é então encaminhada para o atendimento na Clínica de Prevenção da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, onde o atendimento é feito pelos alunos do curso de graduação até a criança completar 9 anos de idade.

4.1 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi obtida por meio da análise individual de 1.103 prontuários de todas as crianças matriculadas na Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, entre os anos de 1998 e 2001, obedecendo os seguintes critérios:

- ✓ Ficha clínica preenchida integralmente, inclusive com a autorização por escrito do responsável para o atendimento.
- ✓ Crianças que ingressaram no programa de atenção precoce ainda no primeiro ano de vida.
- ✓ Crianças que apresentaram no mínimo 36 meses de idade completos até o dia da análise do seu prontuário ou que foram dispensadas da Bebê Clínica para iniciar o atendimento na clínica de prevenção.

Foram excluídos da amostra os prontuários que apresentavam a associação de episódios de falta e estímulos diferentes do exame clínico, higiene bucal e aplicação tópica de flúor.

Dos prontuários foram obtidas as seguintes informações referentes ao bebê: data de nascimento, gênero, idade da mãe no momento do parto, número de irmãos, número de consultas odontológicas e suas respectivas datas, estímulos oferecidos à criança e o comportamento apresentado perante os mesmos.

Cada prontuário selecionado foi analisado, classificado e inserido em um grupo, determinado pelos estímulos aos quais o bebê foi submetido ao longo dos atendimentos, caracterizados da seguinte forma:

- ✓ **Grupo Controle:** crianças que foram submetidas somente aos estímulos higiene bucal (FISIOB), aplicação tópica de flúor (ATF) e exame clínico.
- ✓ **Grupo Verniz:** crianças que foram submetidas aos estímulos FISIOB, ATF, exame clínico e aplicação tópica de verniz fluoretado
- ✓ **Grupo Restauração:** crianças que foram submetidas aos estímulos FISIOB, ATF, exame clínico e procedimentos restauradores.
- ✓ **Grupo Trauma:** crianças que foram submetidas aos estímulos FISIOB, ATF, exame clínico, que sofreram algum tipo de traumatismo dentário.

Neste grupo, foram incluídas crianças que receberam tratamentos restauradores, desde que o mesmo tenha sido realizado no dente traumatizado.

As crianças que compuseram os grupos controle, verniz, restauração e trauma necessariamente não poderiam apresentar falta às consultas, mantendo a periodicidade indicada para os retornos.

- ✓ **Grupo Falta:** crianças que foram submetidas somente aos estímulos FISIOB, ATF e exame clínico, e que faltaram em algum momento do

atendimento, alterando a periodicidade estabelecida pelo protocolo, a qual é bimestral.

Todos os dados de interesse dos pesquisadores foram anotados em uma ficha elaborada especificamente para este trabalho. (Anexo 3)

Posteriormente, as informações coletadas de cada criança foram analisadas de acordo com as seguintes faixas etárias, em meses: 0 a 6, 7 a 12, 13 a 18, 19 a 24, 25 a 30, 31 a 36 e maiores de 37.

4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Foi construído um banco de dados e o mesmo foi processado e analisado pelo software EPI INFO versão 6.04.

- a) Nível descritivo: processamento de dados fornecendo tabelas e gráficos de frequência absoluta e percentual.
- b) Nível inferencial: verificação de associações através do teste de Qui-Quadrado, ao nível de significância de 5%.



RESULTADO

5 RESULTADO

A análise dos 1.103 prontuários de crianças matriculadas na Bebê Clínica entre os anos de 1998 e 2001 permitiu-nos selecionar 169 fichas, sendo estas distribuídas da seguinte maneira: 40 para o Grupo Controle, 40 para o Grupo Falta, 29 para o Grupo Verniz, 24 para o Grupo Restauração e 36 para o Grupo Trauma.

Dos pacientes analisados houve predomínio do gênero masculino (54%) em relação ao feminino (46%). (Figura 1)

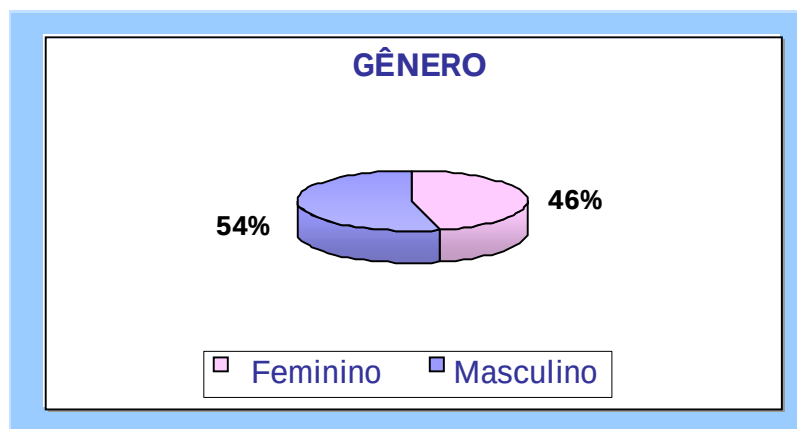


FIGURA 1- Distribuição do percentual das crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com relação ao gênero

Na tabela 1 observamos a idade com que os bebês entram na Bebê Clínica.

Isto ocorre em média aos 8 meses de idade e o desvio padrão é de 3,275.

Tabela 1 – Número e percentual da idade na qual as crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, entraram no programa educativo/ preventivo.

IDADE BEBÊ PRIMEIRA SESSÃO		
IDADE (meses)	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
1	1	0,6
2	10	6,0
3	15	9,0
4	14	8,4
5	16	9,6
6	12	7,2
7	10	6,0
8	16	9,6
9	21	12,6
10	19	11,4
11	11	6,6
12	24	14,0
TOTAL	169	100

A Tabela 2 mostra a idade da mãe no momento do parto. A média foi de 28 anos e o desvio padrão de 5,509.

Tabela 2 – Número e percentual da idade da mãe das crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, no momento do nascimento de seu filho.

IDADE MÃE		
IDADE (anos)	NÚMERO	PORCENTAGEM (%)
14-19	11	6,6
20-24	30	17,7
25-29	59	34,9
30-34	46	27,3
35-40	20	11,9
+ 40	3	1,8
TOTAL	169	100

De acordo com a Tabela 3, o Comportamento Colaborador (C) predominou durante o primeiro atendimento do bebê, independente da idade da mãe, destacando-se os maiores valores na faixa etária acima de 35 (70%) e abaixo de 20 anos (82%).

Tabela 3 – Número e percentual do comportamento apresentado pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, durante a primeira consulta, relacionado à idade de sua mãe.

IDADE MÃE x COMPORTAMENTO				
IDADE (anos)	NC	CR	C	TOTAL
14-19	1 (9%)	1 (9%)	9 (82%)	11 (100%)
20-24	3 (10%)	10 (33%)	17 (57%)	30 (100%)
25-29	11 (19%)	16 (27%)	32 (54%)	59 (100%)
30-34	7 (15%)	14 (30%)	25 (54%)	46 (100%)
35-40	2 (10%)	4 (20%)	14 (70%)	20 (100%)
+ 40	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	3 (100%)
TOTAL	24 (14%)	45 (27%)	100 (59%)	169 (100%)

A Tabela 4 mostra que o número de filhos em uma mesma família não interfere no comportamento da criança durante o atendimento odontológico, pois independente do número de irmãos, prevaleceu o comportamento Colaborador (C).

Tabela 4 – Número e percentual do comportamento apresentado pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, relacionado ao número de irmãos que possui.

NÚMERO IRMÃOS x COMPORTAMENTO				
IRMÃOS	NC	CR	C	TOTAL
0	17 (16%)	30 (28%)	59 (56%)	106 (100%)
1	4 (8%)	9 (20%)	33 (72%)	46 (100%)
2	3 (21%)	5 (36%)	6 (43%)	14 (100%)
3	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)
4	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1 (100%)
TOTAL	24 (14%)	45 (27%)	100 (59%)	169 (100%)

Na Tabela 5 podemos verificar a distribuição dos comportamentos dos bebês de acordo com o Grupo ao qual pertencem. Nota-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) (59%), seguido do comportamento Colaborador com Reservas (CR) (27%) e do Comportamento Não colaborador (NC) (14%).

Tabela 5 – Número e percentual da distribuição do comportamento exibido pelas crianças matriculadas na Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, de acordo com os Grupos aos quais foram distribuídas.

COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	89 (13%)	98 (14%)	87 (17%)	60 (13%)	88 (14%)	422 (14%)
CR	187 (29%)	149 (22%)	130 (25%)	134 (28%)	206 (32%)	806 (27%)
C	379 (58%)	439 (64%)	298 (58%)	285 (59%)	351 (54%)	1752 (59%)
TOTAL	655 (100%)	686 (100%)	515 (100%)	479 (100%)	645 (100%)	2980 (100%)

$\chi^2 = 23,59$

p valor= 0,0027 (significativo ao nível 5%)

Os diferentes estímulos aos quais as crianças foram submetidas podem ter influenciado influenciaram seu comportamento, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Nas Tabelas de 6 à 10 propusemo-nos avaliar a influência dos grupos de estímulos sobre o comportamento apresentado pelos bebês, separadamente em cada faixa etária. Nas referidas tabelas, a porcentagem foi calculada baseada no

número de ocorrências do estímulo selecionado em cada faixa etária, seguido da aplicação do teste de Qui-quadrado.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Controle de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias de 0 a 6 meses (76%), 7 a 12 (51%), 19 a 24 (45%), 25 a 30 (75%), 31 a 36 (89%) e maiores de 37 meses (81%). O comportamento Colaborador com Reservas (CR) prevaleceu apenas na faixa etária entre 13 a 18 meses (49%). A faixa etária influenciou o comportamento dos bebês pertencentes ao Grupo Controle, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 6 – Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Controle, de acordo com a idade

GRUPO CONTROLE								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	Total
NC	2 (6%)	26 (22%)	37 (33%)	11 (11%)	7 (6%)	3 (3%)	3 (3%)	89 (14%)
CR	6 (18%)	41 (35%)	55 (49%)	44 (44%)	21 (19%)	7 (8%)	13 (16%)	187 (28%)
C	25 (76%)	51 (43%)	21 (18%)	46 (45%)	84 (75%)	85 (89%)	67 (81%)	379 (58%)
TOTAL	33 (100%)	118 (100%)	113 (100%)	101 (100%)	112 (100%)	95 (100%)	83 (100%)	655 (100%)

$\chi^2 = 175,67$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

De acordo com a Tabela 7, verificamos a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Falta de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias de 0 a 6 (96%), 7 a 12 (58%), 25 a 30 (61%), 31 a 36 (70%) e maiores de 37 meses (83%) bem como do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 13 a 18 (39%) e 19 a 24 (46%) meses.

Tabela 7 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Falta, de acordo com a idade

GRUPO FALTA								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	Total
NC	1 (1%)	18 (16%)	27 (32%)	22 (24%)	14 (17%)	12 (15%)	4 (4%)	98 (14%)
CR	5 (3%)	29 (26%)	32 (39%)	42 (46%)	18 (22%)	12 (15%)	11 (13%)	149 (22%)
C	144 (96%)	64 (58%)	24 (29%)	28 (30%)	50 (61%)	57 (70%)	72 (83%)	439 (64%)
TOTAL	150 (100%)	111 (100%)	83 (100%)	92 (100%)	82 (100%)	81 (100%)	87 (100%)	686 (100%)

$\chi^2=178,04$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

A faixa etária influenciou o comportamento dos bebês do Grupo Falta, pois houve diferença estatisticamente significante.

Na Tabela 8 verificamos a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Verniz de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se

uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias de 0 a 6 (96%), 19 a 24 (36%) 25 a 30 (60%), 31 a 36 (78%) e maiores de 37 meses (81%) bem como do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 7 a 12 (43%) e 13 a 18 (44%) meses.

Tabela 8 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Verniz, de acordo com a idade

GRUPO VERNIZ								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	Total
NC	1 (4%)	12 (16%)	16 (21%)	27 (32%)	18 (22%)	9 (10%)	4 (5%)	87 (17%)
CR	0 (0%)	32 (43%)	34 (44%)	27 (32%)	15 (18%)	11 (12%)	11 (14%)	130 (25%)
C	23 (96%)	30 (41%)	27 (35%)	31 (36%)	50 (60%)	73 (78%)	64 (81%)	298 (58%)
TOTAL	24 (100%)	74 (100%)	77 (100%)	85 (100%)	83 (100%)	93 (100%)	79 (100%)	515 (100%)

$\chi^2 = 102,60$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

A faixa etária influenciou o comportamento dos bebês pertencentes ao Grupo Verniz, pois houve diferença estatisticamente significativa.

A Tabela 9 mostra a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Restauração de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Nota-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias entre 0 a 6 (91%), 19 a 24 (44%), 25 a 30 (71%), 31 a 36 (80%) e maiores de 37

meses (86%), e do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 7 a 12 (45%) e 13 a 18 meses (47%).

Tabela 9 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Restauração, de acordo com a idade

GRUPO RESTAURAÇÃO								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	Total
NC	0 (0%)	12 (17%)	21 (30%)	15 (20%)	4 (5%)	2 (2%)	6 (7%)	60 (12%)
CR	1 (9%)	32 (45%)	33 (47%)	27 (36%)	20 (24%)	15 (18%)	6 (7%)	134 (28%)
C	10 (91%)	27 (38%)	16 (23%)	33 (44%)	60 (71%)	69 (80%)	70 (86%)	285 (60%)
TOTAL	11 (100%)	71 (100%)	70 (100%)	75 (100%)	84 (100%)	86 (100%)	82 (100%)	479 (100%)

$\chi^2 = 115,61$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

A faixa etária influenciou o comportamento dos bebês pertencentes ao Grupo Restauração, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Por meio da Tabela 10 verificamos a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Trauma de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias entre 0 a 6 (87%), 25 a 30 (61%), 31 a 36 (69%) e maiores de 37 meses (80%), e do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 7 a 12 (48%), 13 a 18 (55%) e 19 a 24 meses (45%).

Tabela 10 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Trauma, de acordo com a idade

GRUPO TRAUMA								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+ 37	Total
NC	1 (3%)	12 (11%)	18 (18%)	20 (20%)	14 (14%)	10 (10%)	13 (11%)	88 (14%)
CR	3 (10%)	51 (48%)	54 (55%)	44 (45%)	24 (25%)	20 (21%)	10 (9%)	206 (32%)
C	27 (87%)	44 (41%)	26 (27%)	34 (35%)	59 (61%)	67 (69%)	94 (80%)	351 (54%)
TOTAL	31 (100%)	107 (100%)	98 (100%)	98 (100%)	97 (100%)	97 (100%)	117 (100%)	645 (100%)

$\chi^2 = 119,00$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

A faixa etária influenciou o comportamento dos bebês pertencentes ao Grupo Trauma, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Nas Tabelas de 11 à 17 propusemo-nos avaliar a influência da idade da criança, no momento do atendimento, sobre o comportamento apresentado, separado-as por grupo. Nas referidas tabelas, a porcentagem foi calculada baseada no número de ocorrências dos padrões comportamentais, seguido da aplicação do teste de Qui-quadrado.

De acordo com a Tabela 11 verificamos a distribuição dos bebês de 0 a 6 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Destaca-se o número de bebês Colaboradores (C)

(92%), independente do estímulo oferecido. O tipo de estímulo influenciou o comportamento dos bebês, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 11 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 0 a 6 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

FAIXA ETÁRIA 0-6 MESES						
COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (20%)	5 (100%) (2%)
CR	6 (40%)	5 (33%)	0 (0%)	1 (7%)	3 (20%)	15 (100%) (6%)
C	25 (11%)	144 (63%)	23 (10%)	10 (4%)	27 (12%)	229 (100%) (92%)
TOTAL	33 (13%)	150 (60%)	24 (10%)	11 (4%)	31 (13%)	249 (100%)

$\chi^2 = 18,58$

p valor= 0,0173 (significativo ao nível 5%)

Na Tabela 12 observa-se a distribuição dos bebês de 7 a 12 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Destaca-se o número de bebês Colaboradores (C) (45%), sendo o número de bebês que Colaboram com Reserva (CR) de (38%), bem como o de Não Colaboradores (NC) (17%).

Tabela 12 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade

entre 7 a 12 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

FAIXA ETÁRIA 7-12 MESES						
COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	26 (33%)	18 (22%)	12 (15%)	12 (15%)	12 (15%)	80 (100%) (17%)
CR	41 (22%)	29 (16%)	30 (16%)	32 (18%)	51 (28%)	183 (100%) (38%)
C	51 (24%)	64 (30%)	30 (14%)	27 (12%)	44 (20%)	216 (100%) (45%)
TOTAL	118 (25%)	111 (23%)	74 (15%)	71 (15%)	107 (22%)	481 (100%)

$$\chi^2 = 17,89$$

p valor= 0,0220 (significativo ao nível 5%)

O tipo de estímulo influenciou o comportamento dos bebês de 7 a 12 meses, pois houve diferença estatisticamente significativa.

A tabela 13 mostra a distribuição dos bebês de 13 a 18 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Nota-se que o número de bebês Colaboradores com Reserva (CR) foi prevalente (47%).

Tabela 13 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 13 a 18 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

FAIXA ETÁRIA 13-18 MESES						
COMPORTAMENTO	GRUPO					

	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	37 (31%)	27 (23%)	16 (13%)	21 (18%)	18 (15%)	119 (100%) (27%)
CR	55 (27%)	32 (15%)	34 (16%)	33 (16%)	54 (26%)	208 (100%) (47%)
C	21 (18%)	24 (21%)	27 (24%)	16 (14%)	26 (23%)	114 (100%) (26%)
TOTAL	113 (26%)	83 (19%)	77 (17%)	70 (16%)	98 (22%)	441 (100%)

$$\chi^2 = 14,58$$

p valor= 0,0678 (não significativo ao nível 5%)

O tipo de estímulo não influenciou o comportamento dos bebês de 13 a 18 meses de idade.

Por meio da Tabela 14 verifica-se a distribuição dos bebês de 19 a 24 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Destaca-se um maior número de bebês Colaboradores com Reserva (CR) (41%), seguido pelos Colaboradores (C) (38%) e Não Colaboradores (NC) (21%).

Tabela 14 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 19 a 24 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

FAIXA ETÁRIA 19-24 MESES						
COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	11 (12%)	22 (23%)	27 (28%)	15 (16%)	20 (21%)	95 (100%)

						(21%)
CR	44 (24%)	42 (22%)	27 (15%)	27 (15%)	44 (24%)	184 (100%) (41%)
C	46 (27%)	28 (16%)	31 (18%)	33 (19%)	34 (20%)	172 (100%) (38%)
TOTAL	101 (22%)	92 (20%)	85 (19%)	75 (17%)	98 (22%)	451 (100%)

$$\chi^2 = 17,17$$

p valor= 0,0284 (significativo ao nível 5%)

O tipo de estímulo influenciou o comportamento dos bebês de 19 a 24 meses, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Na Tabela 15 observa-se a distribuição dos bebês de 25 a 30 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Destaca-se o número de bebês Colaboradores (C) (66%), independente do estímulo oferecido.

Tabela 15 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 25 a 30 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

FAIXA ETÁRIA 25-30 MESES						
COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	7 (12%)	14 (24%)	18 (32%)	4 (7%)	14 (25%)	57 (100%) (12%)
CR	21 (22%)	18 (18%)	15 (15%)	20 (20%)	24 (25%)	98 (100%) (21%)
C	84	50	50	60	59	303

	(28%)	(16%)	(16%)	(20%)	(20%)	(100%) (66%)
TOTAL	112 (25%)	82 (18%)	83 (18%)	84 (18%)	97 (21%)	458 (100%)

$$\chi^2 = 19,26$$

p valor= 0,0135 (significativo ao nível 5%)

O tipo de estímulo influenciou o comportamento dos bebês de 25 a 30 meses, pois houve diferença estatisticamente significativa.

A tabela 16 mostra a distribuição dos bebês de 31 a 36 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Destaca-se o número de bebês Colaboradores (C) (77%), independente do estímulo oferecido.

Tabela 16 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, com idade entre 31 a 36 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

FAIXA ETÁRIA 31-36 MESES						
COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	3 (8%)	12 (33%)	9 (25%)	2 (6%)	10 (28%)	36 (100%) (8%)
CR	7 (11%)	12 (18%)	11 (17%)	15 (23%)	20 (31%)	65 (100%) (14%)
C	85 (24%)	57 (16%)	73 (21%)	69 (20%)	67 (19%)	350 (100%) (77%)
TOTAL	95 (21%)	81 (18%)	93 (21%)	86 (19%)	97 (21%)	452 (100%)

$$\chi^2 = 22,10$$

p valor= 0,0047 (significativo ao nível 5%)

O tipo de estímulo influenciou o comportamento dos bebês de 31 a 36 meses, pois houve diferença estatisticamente significativa.

Por meio da Tabela 17 verifica-se a distribuição dos bebês maiores de 37 meses de idade de acordo com o comportamento apresentado e o tipo de estímulo ao qual foi submetido. Destaca-se o número de bebês Colaboradores (C) (82%), independente do estímulo oferecido.

Tabela 17 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, maiores de 37 meses, de acordo com o grupo ao qual pertencem

COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA - MAIORES DE 37 MESES					
	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	3 (10%)	4 (14%)	4 (14%)	6 (20%)	13 (42%)	30 (100%) (7%)
CR	13 (25%)	11 (22%)	11 (22%)	6 (11%)	10 (20%)	51 (100%) (11%)
C	67 (18%)	72 (20%)	64 (17%)	70 (19%)	94 (26%)	367 (100%) (82%)
TOTAL	83 (19%)	87 (19%)	79 (18%)	82 (18%)	117 (26%)	448 (100%)

$\chi^2 = 9,62$

p valor= 0,2925 (não significativo ao nível 5%)

O tipo de estímulo não influenciou o comportamento das crianças maiores de 37 meses.



DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O conhecimento do desenvolvimento psicológico ocorrido durante a primeira infância, torna-se fundamental para o entendimento de alguns aspectos comportamentais relacionados ao atendimento odontológico e a resposta comportamental apresentada por bebês submetidos a este tipo de situação.

As reações de recém-nascidos em relação ao mundo são resultado da imaturidade do seu sistema nervoso. Durante a maior parte do primeiro ano de vida do bebê, a maturação do cérebro ocorre muito rapidamente. Este período é marcado pelo estabelecimento de conexões mais firmes entre várias regiões cerebrais. Juntas, estas mudanças permitem que a criança se sente, engatinhe e ande em estágios específicos do seu desenvolvimento. (MUSSEM et al., 1995) O comportamento inicial é regulado por reflexos, considerados mecanismos subcorticais. Como consequência do desenvolvimento do córtex, ocorre a inibição destas funções dos centros subcorticais, tornando o comportamento voluntário. (FITZGERALD et al., 1983)

Em meados da década passada, neurocientistas apresentaram extraordinárias descobertas relacionadas à resposta cerebral frente a estímulos tão simples quanto o carinho da mãe. Durante a vida intra-uterina, o cérebro fetal produz o dobro de neurônios que irá utilizar, é como uma margem de segurança para seu perfeito desenvolvimento. Ao nascer, a criança tem cerca de 100 bilhões de células cerebrais, mas a maioria delas não é interligada. Como resposta a um gesto considerado simples como o acima citado, novas sinapses se formam e milhares de neurônios se conectam, todavia elas podem continuar ativas ou simplesmente serem desativadas, de acordo com as necessidades de seu uso. Sua permanência é determinada pelos estímulos oferecidos ao bebê, portanto, quanto mais se estimula uma criança, maiores e mais estáveis são as conexões entre seus neurônios, o que potencializa sua resposta cerebral, facilitando seu desenvolvimento no presente e no futuro, pois quanto maior a atividade cerebral, menor é o esforço exigido do cérebro para processar informações e aprender novas funções. Portanto, as experiências adquiridas na infância ajudam a formar a arquitetura cerebral, com reflexos na vida adulta. Da mesma maneira que ocorre com o número de neurônios, as sinapses formadas durante a infância podem representar até o dobro das encontradas na vida adulta, dependendo dos estímulos que a criança recebe. A rede neuronal formada torna-se densa, até diminuir drasticamente na puberdade, período no

qual as conexões pouco utilizadas tornam-se inativas, com o intuito de otimizar a atividade cerebral. (GÓIS, 2004)

O comportamento infantil é influenciado tanto por traços individuais como variáveis situacionais, entretanto, diferentes tipos de comportamento são fruto do ambiente, que proporciona oportunidades distintas para cada indivíduo, que é a denominada experiência individual. (MUSSEN et al., 1995)

Embasado na literatura Psicológica, o comportamento está mais relacionado ao desenvolvimento mental do que com a idade cronológica. Todavia, nós, cirurgiões-dentistas e odontopediatras, não temos formação para avaliar o desenvolvimento cerebral de um indivíduo, porém observamos diariamente as diferentes respostas comportamentais apresentadas por diversas crianças frente estímulos odontológicos padronizados, o que nos permite observar padrões comportamentais distintos. A maneira freqüentemente utilizada na odontopediatria para descrever estes padrões comportamentais, em crianças consideradas “normais”, é a associação dos mesmos com a idade da criança, baseada nos conceitos de desenvolvimento psicossocial e psicomotor, amplamente descritos pela literatura psicológica. Todavia, não se conhece concretamente o impacto emocional e as possíveis conseqüências comportamentais que o tratamento odontológico pode gerar quando iniciado durante a primeira infância, (KLEIN, 1967; PERCINOTO; CUNHA, 2002) pois a assistência odontológica a bebês é uma área em franco desenvolvimento que foi amplamente difundida

recentemente. A escassez de estudos relacionados ao comportamento dos indivíduos que receberam este tipo de assistência é explicada pela falta de interesse de pesquisadores com relação ao tema e à falta de fonte de informações para a elaboração deste tipo de estudo, como as clínicas direcionadas ao atendimento odontológico especificamente para bebês.

A Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP pode ser considerada uma importante fonte de informações a respeito da assistência odontológica na primeira infância, pois completará uma década de existência dentro de pouco tempo. Neste período, milhares de crianças foram atendidas, e todas as informações referentes aos bebês foram cuidadosamente descritas e arquivadas em seus prontuários. Este fato proporcionou a realização de várias pesquisas abordando diversas áreas da odontologia, inclusive a observação comportamental frente aos estímulos odontológicos. Um destes trabalhos foi desenvolvido por Torriani (1999), onde foi constatado que o gênero do bebê não determina uma relação com seu comportamento durante a assistência odontológica, entretanto a idade cronológica implicou em diferenças comportamentais devido ao aumento da conduta não colaboradora acompanhando o avanço da mesma. O número de dentes irrompidos também implicou em diferenças comportamentais, aumentando as reações de não colaboração na medida em que os dentes irrompiam.

Desde a implantação da referida Bebê Clínica, várias observações foram realizadas e algumas dúvidas e suspeitas surgiram, em consequência, alguns trabalhos estão sendo desenvolvidos, com o intuito de esclarecer estes fatores.

Existem suspeitas, embasadas na rotina clínica, de que a idade da mãe ou o número de filhos em uma mesma família influencia a relação mãe/ filho, resultando em crianças mais manhosas, mimadas ou até mesmo tímidas, apesar de não termos encontrado trabalhos abordando este assunto relacionado com o comportamento no consultório odontológico, Ainsworth (1979) afirma que a mãe tem uma grande importância na relação do bebê com o ambiente. Se a relação mãe/ bebê apresentar-se sólida durante o primeiro ano de vida, proverá uma importante estruturação para o posterior desenvolvimento psicológico. Uma condução equilibrada e segura das relações durante o primeiro ano de vida do bebê, acarretará em respostas mais positivas frente adversidades futuras.

Todavia, os resultados de nossa pesquisa não foram analisados profundamente nem comparados com outros estudos, devido ao fato de não terem demonstrado grande importância com relação à resposta comportamental dos bebês frente os estímulos odontológicos. No presente estudo foi observado que o Comportamento Colaborador predominou durante a realização da primeira consulta das crianças na Bebê Clínica, independente da idade da mãe no momento do parto de seu bebê, (Tabela 3) ou do número de irmãos que o bebê possui.(Tabela 4)

Quanto aos resultados referentes aos diferentes grupos de estímulos que são oferecidos aos bebês na rotina odontológica, e o comportamento apresentado perante os mesmos (Tabelas de 5 a 10), observamos a princípio que em todos os grupos, os comportamentos Colaborador e Colaborador com Reservas predominaram. Porém, quando avaliamos individualmente cada um dos grupos, analisamos a influência da idade do bebê no momento do atendimento e observamos que existe um padrão comportamental muito semelhante entre os diferentes grupos, o que nos leva a afirmar que independente do estímulo oferecido, o fator determinante na resposta comportamental dos bebês foi a faixa etária na qual se encontrava, pois todos os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa.

No Grupo Controle (Tabela 6), o Comportamento Colaborador predominou em todas as faixas etárias, exceto na de 13 a 18 meses de idade, onde o comportamento predominante foi o Colaborador com Reservas. Já no Grupo Falta (Tabela 7) o Comportamento colaborador continuou predominante, todavia as faixas etárias entre 13 a 18 e 19 a 24 meses apresentaram maior prevalência do comportamento Colaborador com Reservas. O Grupo Verniz (Tabela 8) também apresentou a prevalência do comportamento Colaborador na maioria das faixas etárias, exceto nas de 7 a 12 e 13 a 18 meses, onde o comportamento predominante foi o Colaborador com Reservas, resultado que também foi encontrado no Grupo Restauração (Tabela 9). O Grupo Trauma destacou-se por

apresentar um padrão de resultados distinto dos demais grupos, pois o comportamento Colaborador com Reservas foi prevalente em três faixas etárias, (7 a 12, 13 a 18 e 19 a 24 meses), enquanto os demais grupos apresentaram a prevalência deste tipo de comportamento em no máximo duas faixas etárias. Este resultado pode ser compreendido quando avaliamos outros trabalhos publicados na literatura internacional, como o de Pugliesi (2004) onde se observou que a faixa etária mais acometida por episódios de traumatismo dentário é a de 13 a 18 meses, seguida pela faixa etária de 19 a 24 meses. Embasados nestes resultados podemos suspeitar de que a ocorrência do traumatismo dentário influencia o comportamento dos bebês na assistência odontológica rotineira, e podemos considerá-la um estímulo mais intenso. Outros trabalhos, como os de Kleincknecht et al., (1973) e Weinstein et al. (1982) citam que pessoas que sofreram algum tipo de traumatismo dentário tendem a desenvolver medo perante estímulos odontológicos, portanto, o episódio do traumatismo dentário pode acarretar em problemas comportamentais observados no ambiente odontológico futuramente.

Embasados em nossos resultados, podemos afirmar que as crianças de 7 a 18 meses apresentam uma tendência de Colaborar com Reservas durante a assistência odontológica, o que demonstra uma certa desadaptação. Este fato é explicado pela literatura psicológica, pois existem teorias que relatam que o

comportamento do bebê é alterado ou influenciado por diversos fatores, dependendo da faixa etária na qual a criança se apresenta.

Ainda no primeiro ano de vida, as principais influências são: a separação da mãe e contato com ambientes e pessoas desconhecidas, (GARRISON et al., 1974; WALTER, 1996) fatores presentes durante o atendimento odontológico. No estudo da ligação afetiva entre pais e seus bebês, Bee (1984), afirma que a fase de ligação afetiva específica ocorre por volta do sexto mês, e se caracteriza pelo fato da criança expressar uma forte ligação afetiva com a mãe, demonstrando grande insatisfação quando separada da mesma. Após o primeiro ano de vida, se inicia a fase da ligação afetiva múltipla, que se estende até o terceiro ano. Esta é caracterizada pela ampliação das ligações afetivas da criança em relação a outras pessoas que vê regularmente, portanto, neste momento, a frequência das visitas anteriores ao consultório odontológico apresenta influência no comportamento da criança diante deste ambiente. (MELO; WALTER, 1997b; PERCINOTO; CUNHA, 2002) Bebês recém- nascidos são de fácil manejo (PERCINOTO; CUNHA, 2002; WALTER, 1996) e, para contatos mais prolongados, necessitam da presença de suas mães.

Percinoto e 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.

Cunha e colaboradores (trabalho enviado para publicação) descreveram que a experiência vivida durante as sessões foi fundamental na redução progressiva dos comportamentos não colaboradores, pois permitiram aos pacientes verificar que os procedimentos executados não eram estressantes. É interessante ressaltar que os estímulos oferecidos aos pacientes analisados neste trabalho

permaneceram os mesmos, entretanto à medida que o bebê toma maior consciência psicológica do seu corpo aliada à capacidade motora em desenvolvimento, ele passa a apresentar maior interação com o meio, daí decorrerem as manifestações contrárias ao atendimento, muito embora não sejam consideradas como reações negativas.

A capacidade de análise é iniciada por volta do sexto mês de vida, e é resultante do desenvolvimento do córtex cerebral, nesta fase a criança começa a apresentar maior interesse tanto por si mesma quanto pelo ambiente e pessoas que a cercam. Ela explora intensamente todo o ambiente no qual vive e está adaptada, porém é comum a criança demonstrar medo do que desconhece, principalmente pessoas e locais novos. (KLATCHOIAN, 2002; PEREIRA; FREIRA, 2004) Se o bebê for submetido a estímulos odontológicos antes deste período, quando adquirir a capacidade de análise, o ambiente odontológico e o profissional não lhe serão desconhecidos, o que pode facilitar sua adaptação, resultando em uma resposta comportamental favorável.

Esta suposição pode ser confirmada pelo trabalho de Klingberg et al. (1994), onde os autores observaram que os maiores níveis de medo relacionado ao atendimento odontológico foram observados nas crianças mais jovens (4 anos) analisadas em seu estudo, sem distinção entre gêneros. Entretanto, os níveis de medo e ansiedade diminuíram com o passar do tempo. Portanto o medo odontológico, em alguns casos, pode ser considerado subjetivo, ou seja, a criança

tem medo de uma situação que ainda não vivenciou, mas as impressões a respeito desta situação lhe foram transmitidas por outra pessoa. Em todos os lugares que a criança frequenta, ela ouve relatos de dor associada ao tratamento odontológico, principalmente dentro de sua casa, por meio de seus irmãos, pais e avós. (PINKHAM, 1997)

Verificamos em nosso estudo que quando a criança foi apresentada aos estímulos odontológicos precocemente, ao atingir uma faixa etária inferior à referida neste trabalho, já apresenta sinais de adaptação e um comportamento favorável. Acreditamos que o medo subjetivo é minimizado, pois antes que a criança seja influenciada por impressões negativas advindas de relatos ou atitudes de terceiros, ela já conhece o ambiente odontológico e está adaptada a ele.

No estudo realizado previamente ao presente, os resultados de Cunha et al. (2003) confirmam os nossos em relação à faixa etária de 0 e 6 meses, entretanto quando comparamos os resultados das demais faixas etárias os resultados são diferentes, nos bebês de 7 a 30 meses de idade, o comportamento foi não colaborador, e dos 31 aos 36 meses não foi observado um padrão comportamental definido. Esta divergência com relação aos nossos dados pode ser explicada devido ao fato do estudo realizado em 2003 não ser longitudinal, pois avaliou crianças diferentes em cada faixa etária, outro fator a ser considerado é que Cunha e colaboradores consideraram apenas dois tipos de

comportamento, o colaborador e o não colaborador, as crianças que colaboraram com reservas foram consideradas não colaboradoras, se este agrupamento não tivesse sido realizado, provavelmente os resultados seriam um pouco mais semelhantes aos encontrados em nosso estudo.

Baseado nos resultados deste estudo de 2003, Cunha et al. verificaram a necessidade de novas pesquisas abordando este tema e realizou um segundo trabalho, que terá seus resultados publicados em breve (trabalho enviado para publicação). No referido estudo, os autores avaliaram o comportamento apresentado por crianças pertencentes ao programa de prevenção precoce da Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba nas 10 primeiras sessões de atendimento. Observou que na décima sessão, a faixa etária que apresentou maiores índices de comportamento não colaborador foi a de 13 a 18 meses, com uma porcentagem de 25% da população estudada pertencentes à referida faixa etária, todavia não foi avaliada a resposta comportamental frente a estímulos considerados mais agressivos ou a alteração da periodicidade de retorno, como em nosso estudo, pois apenas os estímulos referentes ao grupo controle do nosso trabalho foram avaliados. A avaliação do comportamento foi realizada da mesma maneira que no trabalho realizado por este autor em 2003, considerando apenas dois tipos de comportamento, o colaborador e o não colaborador.

Outro fato que pode estar relacionado com nossas observações é que a capacidade de recordação parece ser aumentada após 8 meses de idade, quando o bebê também se torna mais capacitado a relacionar um evento ocorrido no presente a um evento passado, (MUSSEN et al., 1995) portanto ele se recorda de uma consulta anterior e dos estímulos e sensações que sentiu, se os mesmos lhe foram desagradáveis, pode responder de maneira negativa. Talvez este dado explique os nossos achados referentes ao Grupo Falta, que juntamente com o Grupo Trauma apresentou altos níveis de Colaboração com Reservas na faixa etária de 19 a 24 meses, padrão diferente dos demais grupos, onde na referida faixa etária já ocorre o predomínio do comportamento Colaborador. Porém a literatura nos ampara no entendimento deste fato relacionado com a ocorrência de trauma, mas em relação à falta, que leva a uma alteração na periodicidade considerada ideal para o retorno da criança, não encontramos dados para nos amparar. Nossas suspeitas relacionam o fato da criança demorar mais para se adaptar aos estímulos odontológicos que a ela são oferecidos, devido ao nível de desenvolvimento psicomotor. Acreditamos que se a falta ocorrer em torno dos primeiros 6 meses de vida, onde o comportamento é regido por reflexos, não irá influenciar tanto como se este evento vier a ocorrer em uma faixa etária mais avançada, onde a criança interage mais com o meio e necessita estar familiarizada com ele para demonstrar adaptação e responder favoravelmente, portanto, a idade se torna soberana em relação ao comportamento apresentado

se a criança for afastada do ambiente odontológico por um período prolongado, o que dificulta sua adaptação.

Quando observamos os resultados de nosso estudo separando as crianças de acordo com as faixas etárias no momento do atendimento, considerando os diferentes grupos, (Tabelas 11 a 17) verificamos se estímulos de intensidades diferentes alteram o comportamento de crianças pertencentes à mesma faixa etária.

Os resultados mostraram que crianças de 0 a 6 meses são predominantemente Colaboradoras (Tabela 11). Nas crianças de 7 a 12 meses (Tabela 12) também predominou o comportamento Colaborador, contudo as porcentagens de Colaboradores com Reservas aumentaram consideravelmente. O Comportamento Colaborador com Reservas prevaleceu nas crianças pertencentes à faixa etária de 13 a 18 meses e os resultados (Tabela 13) não apresentaram diferença estatisticamente significativa, o que nos leva a crer que nesta faixa etária não houve influência dos diferentes estímulos oferecidos à criança, portanto, a idade da criança no momento do atendimento mostra-se soberana em relação ao estímulo que ela recebe, quando se analisa seu comportamento. Na faixa etária de 19 a 24 meses também houve uma prevalência do comportamento Colaborador com Reservas, porém as porcentagens de Colaboradores foram mais próximas e os resultados estatísticos nos levam a afirmar que os estímulos

podem ter influenciado a resposta comportamental (Tabela 14). Nas faixas etárias de 25 a 30 (Tabela 15) e 31 a 36 meses (Tabela 16) o comportamento Colaborador voltou a prevalecer, apesar de ser observado um aumento destas porcentagens com o aumento da idade. Já nas crianças maiores de 37 meses (Tabela 17), observamos que o comportamento Colaborador foi prevalente, quase se equiparando aos níveis percentuais de colaboração das crianças da primeira faixa etária, todavia não houve significância estatística, o que nos leva a crer que nesta faixa etária, assim como na faixa etária entre 13 e 18 meses, a idade da criança no momento do atendimento mostra-se soberana em relação ao estímulo que ela recebe, quando se analisa seu comportamento, determinando um comportamento favorável em crianças mais velhas e um comportamento pouco favorável no início do segundo ano de vida.

Alguns trabalhos publicados na literatura estudam o comportamento de pessoas frente a estímulos odontológicos, porém sua maioria se refere a indivíduos mais velhos que os avaliados no presente estudo. (KLAASSEN et al., 2002; KLEINCKNECHT et al., 1973; KLINGBERG et al., 1994; KLINGBERG 1995; MOLINARI; DEYOUNG 2002; RAMOS-JORGE et al., 1999; ROUSSET et al., 1977; VEHNAM et al., 1977; WEINSTEIN et al. 1982; YAMADA 2002)

Alguns estímulos específicos são capazes de gerar um maior grau de medo e ansiedade, como a necessidades do uso de anestesia e instrumentos rotatórios, (KLEINCKNECHT et al., 1973) e a maioria dos adultos e adolescentes que

apresentam medo ou ansiedade perante o tratamento odontológico, relata experiências negativas a respeito deste tipo de tratamento durante sua infância. Na maioria dos casos esta experiência negativa está relacionada com procedimentos invasivos e episódios dolorosos. (MOLINARI; DEYOUNG, 2002)

Existem relações entre idade e tipo de procedimento realizado no comportamento apresentado pelas crianças, pois crianças menores e as que foram submetidas a procedimentos mais invasivos apresentaram maiores índices de comportamento negativo. (BRILL 2000)

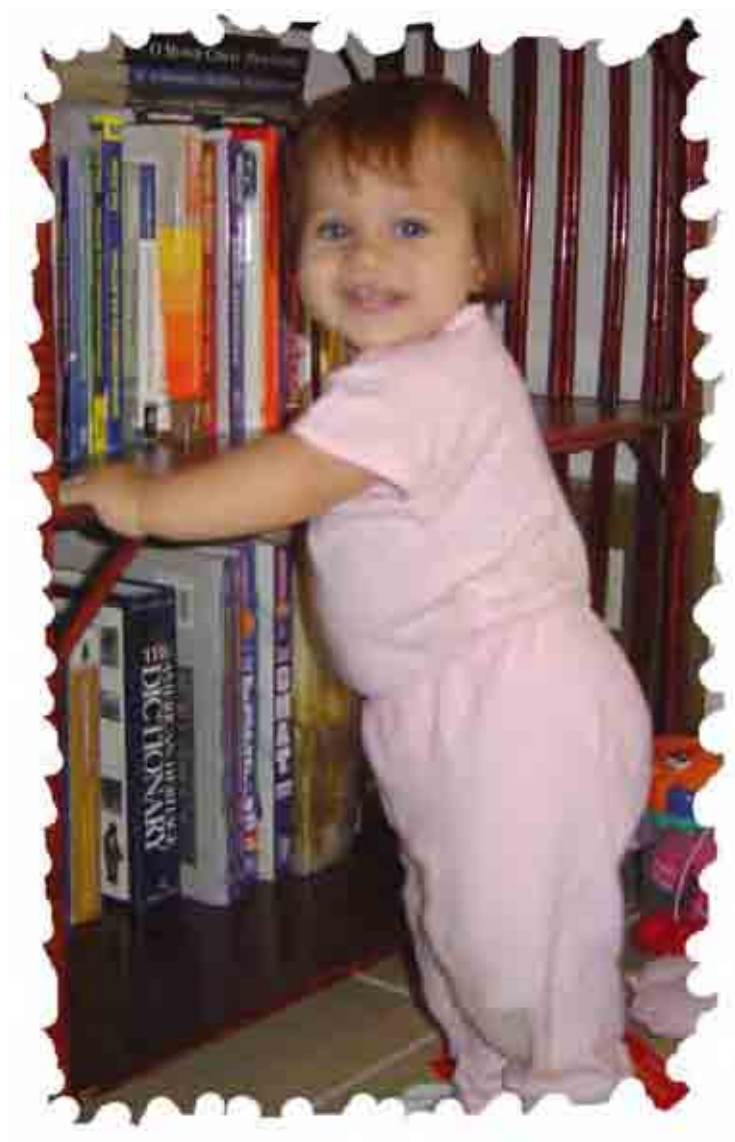
Crianças apresentam comportamento menos favorável na consulta de retorno do que na consulta na qual foi realizado o tratamento restaurador, e as que exibiram um comportamento negativo na primeira sessão, tenderam a exibir o mesmo tipo de comportamento na primeira consulta de retorno. (BRILL 2002)

Estes dados nos permitem afirmar que após o contato com estímulos mais agressivos, a criança tende a demonstrar um comportamento de negação à situação, ou mantém seu padrão comportamental, ao menos nas primeiras sessões seguintes à realização do atendimento. Entretanto, nosso estudo mostra que independente do estímulo oferecido à criança, quando a mesma é submetida a sessões periódicas, o comportamento apresentado se torna equivalente ao de crianças que foram submetidas apenas a estímulos considerados menos agressivos, o que ocorre no início do terceiro ano de vida. O estudo de Klaassen et al. (2002) mostra que crianças que demonstram ansiedade perante situações

rotineiras diárias na idade de 3 anos geralmente apresentam ansiedade frente a estímulos odontológicos aos 4 anos, entretanto tanto a ansiedade odontológica como a ansiedade provocada por situações diárias diminuem entre o terceiro e quarto ano de vida. Novamente percebemos que a adaptação da criança ao ambiente odontológico depende de sua experiência prévia, se a mesma for submetida a estímulos odontológicos precocemente, independente do grau de intensidade deste estímulo, aos 3 anos seu comportamento já é favorável, ao contrário das crianças que não fazem parte de um programa de prevenção precoce.

A experiência vivida durante as sessões parece ser fundamental na redução das respostas negativas, pois proporciona a distinção entre procedimentos estressantes e não estressantes. (VENHAM et al., 1977)

Embasados em nossos resultados, acreditamos que o fator determinante no comportamento apresentado pelos bebês analisados, tenha sido a faixa etária na qual os mesmos se encontravam no momento do atendimento, todavia, não podemos deixar de ressaltar que os estímulos influenciaram a resposta comportamental das crianças, principalmente quando as mesmas apresentaram algum episódio de traumatismo dentário.



CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Baseados na metodologia utilizada e resultados observados, considerando as limitações deste estudo, podemos concluir que:

- ✓ A idade da mãe e o número de irmãos que o bebê possui não influenciaram a resposta comportamental do mesmo durante sua primeira consulta na Bêbe-Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba.
- ✓ Os diferentes tipos de estímulos odontológicos, avaliados no presente estudo, provocaram alterações na resposta comportamental dos pacientes em determinadas faixas etárias, ainda que na análise geral tenha prevalecido o comportamento colaborador
- ✓ O comportamento apresentado durante as consultas foi influenciado pela idade da criança no momento do atendimento, apesar do comportamento colaborador ter sido prevalente na maioria das faixas etárias estudadas, entre o décimo terceiro e o vigésimo quarto meses de vida, foi observada uma redução da colaboração.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AINSWORTH, M.D.S. Infant-mother attachment. **Am Psychol.**, Washington, v. 34, n. 10, p. 932-937, Oct. 1979.

BARRETO, R.A. O desenvolvimento humano e suas interfaces com a odontopediatria. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 31-35.

BEE, H.A. **A criança em desenvolvimento**. 3.ed.Trad. Rosane A. Pereira. São Paulo: Harbra, 1984. p.271-299.

BERGE, M. et al. Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v. 68, n. 1, p. 51-54, Jan./Feb. 2001.

BÖNECKER, M.J.S.; GUEDES-PINTO, A.C.; DUARTE, D.A. Abordagem odontopediátrica integral em clínica de bebês. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v.49, n.4, p. 307-310, jul./ago. 1995.

BRILL, W.A. Child behavior in a private pediatric dental practice associated with types of visits, age and socio-economic factors. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v. 25, n. 1, p. 1-7, Fall 2000.

BRILL, W.A. The effect of restorative treatment on children's behavior at the first recall visit in a private pediatric dental practice. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v. 26, n. 4, p. 389-393, Summer 2002.

CALDANA, R,H,L,; BIASOLI ALVES, Z.M.M. Psicologia do desenvolvimento: contribuição à odontopediatria. **Rev. Odontol. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 256-260, jul./set. 1990.

CASTRO, M.E. et al. Fatores determinantes e influenciadores do comportamento da criança durante o atendimento odontológico. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 21, p. 387-391, set./out. 2001.

CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Ed. Santos, 1998. 679p.

- CORRÊA, M.S.N.P.; ULSON, R.C.B. Desenvolvimento psicológico da criança e sua aplicação na clínica odontopediátrica. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 69-87.
- CROLL, T.P. The three-year-myth. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.9, n.1, p. 86-87, Jan./ Feb. 1987.
- CUNHA, R.F. et al. Behavioral evaluation during dental care in children aged 0 to 3 years. **J. Dent. Child.**, Chicago, v. 70, n. 2, p. 100-103, May/ Aug. 2003.
- CUNHA, R.F. et al; Dentistry for babies: a preventive protocol. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 89-92, Mar./ Apr. 2000.
- FAYLE, S.A.; TAHMASSEBI, J.F. Paediatric dentistry in the new millenium: 2. Behaviour management-Helping children to accept dentistry. **Dent. Update**, Londres, v. 30, n. 6, p.294-298, July/ Aug. 2003.
- FIEDLER, A.J.C.B.P. O desenvolvimento humano: aspectos conceituais e processos socioafetivos cognitivos. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 1-11.
- FITZGERALD, H.E.; STROMMEN, E.A.; McKINNEY, J.P. Crescimento físico e desenvolvimento motor. In:____. **Psicologia do desenvolvimento: o bebê e a criança pequena**. Rio de Janeiro: Campus, 1983. p. 81-102.
- FRAIZ, F.C.; WALTER, L.R.F. O comportamento infantil durante a higiene bucal domiciliar e alguns fatores associados à cárie. **J. Bras. Odontopediatr. e Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 21, p. 398-404, set./out. 2001.
- FRANKL, S.N.; SHIERE, F.R.; FOLGELS, H.R. Should the parent remain with the child in the dental operatory? **J.Dent. Child.**, Chicago, n.29, p.150-163. 1962
- GARRISON, K.C.; KINGSTON, A.J.; BERNARD,H.W. **Psicologia da criança: estudo geral e meticoloso do desenvolvimento e da socialização**. 2. ed. São Paulo: Ed. IBRASA, 1974. 527p.
- GESELL, A.L.; AMATRUDA, C.S. El desarrollo de la conducta. In: _____. **Diagnóstico dela desarrollo normal y anormal del niño: métodos clínicos y aplicaciones prácticas**. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1946. p. 33-43.

GIORDANO, D.C. et al. Oralidade em odontopediatria. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v.57, n. 2, p. 84-89, mar./abr. 2000.

GOIS, A. Menor é melhor. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 27 jan. 2004. Caderno Sinapse, p. 8

KLAASSEN, M.A. et al. Stressful situations for toddlers: indications for dental anxiety? **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.69 , n. 3, p. 306-309, Sep./Dec. 2002.

KLATCHOIAN, D.A. **Psicologia odontopediátrica**. 2. ed. São Paulo: Ed. Santos, 2002. 375p.

KLEIN, H. Psychological effects of dental treatment on children of different ages. **J. Dent. Child.**, Chicago, v.34, n.1, p.30-36, Jan. 1967.

KLEINKNECHT, R.A.; KLEPAC, R.K.; ALEXANDER, L.D. Origins and characteristics of fear of dentistry. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 86, n.4, p. 842-848, Apr. 1973.

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.L.F.; NÓREN, J.G. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. **Community Dent. Health**, Londres, v. 11, n. 4, p. 208-214, Dec. 1994.

KLINGBERG, G. et al. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. **Eur. J., Oral Sci.**, Copenhagen, v. 103, n. 6, p. 405-412, Dec. 1995.

MCDONALD, R.E.; AVERY, D.R. **Odontopediatria**. 4.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. p.675.

MELO, M.M.; WALTER, L.R.F. Mudança do comportamento infantil diante do hábito de escovar os dentes. **Semina**, Londrina, v. 18, n. esp., p.63-68, fev. 1997a.

MELO, M.M.; WALTER, L.R.F. Relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. **Semina**, Londrina, v. 18, n. esp., p.43-46, fev. 1997b.

MOLINARI, G.E.; DEYOUNG, A.K. Non- pharmacologic behavior management techniques used with pediatric dental patients. **J. Mich. Dent. Assoc.**, Lansing, v.84, n. 1, p. 30-33, Jan. 2002.

MUSSEN, P.H. et al. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3. ed. São Paulo: Ed. Harbra, 1995. 641p.

PEIXOTO, L.F. S.; FRAUCHES, M.B., COSTA, A. Estudo sobre as variáveis que podem influenciar o comportamento da criança na primeira consulta de um tratamento odontológico. **J. Bras. Odontopediatr. e Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 137-141, mar./abr. 2001.

PERCINOTO, C.; CUNHA, R.F. A influência positiva da assistência odontológica para bebês no comportamento do futuro paciente. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 609-615.

PEREIRA, D.B. Educação dentária da criança. Rio de Janeiro, 1929. 79p. Apud WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. Estudo das relações paciente/ambiente. In: _____. **Odontologia para o bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.9-31.

PEREIRA, M.B.B.; FREIRE, M.C.M. An infant oral health programme in Goiânia-GO, Brazil: results after 3 years of establishment. **Braz. Oral Res.**, São Paulo, v.18, n.1, p. 12-17, Jan./Mar. 2004

PIAGET, J.; INHLEDER, B. **A psicologia da criança**. 9.ed. São Paulo: Ed. Difel, 1986. 135p.

PINKHAM, J.R. Behavior management of children in the dental office. **Dent. Clin. North Am.**, Philadelphia, v. 44, n. 3, p. 471-86, Jul. 2000.

PINKHAM, J.R. Linguistic maturity as a determinant of child patient behavior in the dental Office. **J. Dent. Child.**, Chicago, v.64, n.5, p. 322-326, Set./Out. 1997.

PUGLIESI, D.M.C. et al. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: a study in patients aged 0-3 years. **Dent. Traumatol.** Copenhagen, v.20, n.3, p.139-142, Jun. 2004.

RADIS, F.G. et al. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. **Pediatr. Dent.**, Chicago, v.16, n.2, p. 121-127, Mar./Apr. 1994

RAMOS-JORGE, M.L. et al. A ansiedade materna como fator de influência na adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. **Arq. Odontol.**, v. 35, n. 1/ 2, p. 61-70, jan./dez. 1999.

RAMOS-JORGE, M.L.; PAIVA, S.M. Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. **J. Bras. Odontopediatr. e Odontol. Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 70-74, jan./fev. 2003.

ROUSSET, C.; LAMBIN, M.; MANAS, F. The ethological method as a means for evaluating stress in children two to three years of age during a dental examination. **ASDC J. Dent. Child.**, Chicago, v.64, n.2, p. 99-106, Mar./Apr. 1997.

SHINOHARA, S. et al. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. **J., Oral Sci.**, Tokyo, v. 47, n. 2, p. 91-96, Jul. 2005.

TOLEDO, O.A.; ROCCA, R.A. Manejo da criança na clínica odontológica. In: TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2.ed. São Paulo: Premier, 1996. p.65-78.

TORRIANI, D.D. **Análise do comportamento de bebês durante atendimento odontológico**: relação entre sexo, idade e dentes irrompidos. 1999. 139 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria)- Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba,1999.

VENHAM, L.L.; BENGSTON, D.; CIPES, M. Childrens responses to sequential dental visits. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 56, n.5, p.454-459, May 1977.

VENHAM, L.L.; MURRAY, P.; GAULIN-KREMER,E. Personality factors affecting the preschool child`s response to dental stress. **J. Dent. Res.**, Chicago, v.58, n.11,p. 2046-2051, Nov. 1979.

WALTER, L.R.F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. Estudo das relações paciente/ ambiente. In:____. **Odontologia para o bebê**.São Paulo: Artes Médicas, 1996. p.9-31.

WEINSTEIN, P. et al. Dentist's responses to fear-and nonfear-related behaviors in children. **J. Am. Dent. Assoc.**, Chicago, v. 104, n.1, p.38-40, Jan. 1982.

WINNICOTT, D.W. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 98 p.

WRIGHT, G.Z. Children's behavior in the dental office. In:_____. **Behavior management in dentistry for children**. Philadelphia: Ed. Saunders, 1975. p. 55-72

YAMADA, M.K.M. et al. Cooperation during dental treatment: the children's fear survey schedule in Japanese children. **Int. J. Paediatr. Dent.**, Oxford, v. 12, n. 6, p. 404-409, Nov. 2002.



ANEXOS



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



OF. 045/04
CEP
ACBD/mbc

Araçatuba, 16 de abril de 2004.

Referência Processo FOA 753/2004

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável da relatora que analisou o projeto "**Análise do comportamento de pacientes atendidos na Bebê-Clinica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Estudo longitudinal**", expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, **deverá ser apresentado relatório parcial até 16/04/05 e relatório final até 16/01/06.**


Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilmo. Senhor
Prof. Dr. Robson Frederico Cunha
Campus de Araçatuba

Faculdade de Odontologia e Curso de Medicina Veterinária - DIRETORIA - - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Rua José Bonifácio, 1193 CEP 16015-050 Araçatuba - SP
Tel (18) 620-3203 E-mail: diretor@foa.unesp.br

[illegible]

COMPORTAMENTO (C)

1. Não colaborador
2. Colabora com reservas
3. Colaborador

Criança pertence ao grupo: ☐ CONTROLE ☐ FALTA ☐ VERNIZ
 ☐ RESTAURAÇÃO ☐ TRAUMA

Nº Pg: _____ NºPBb: _____ Nasc.: ____/____/____ Sexo: _____

Idade Mãe (parto): _____ Nº Irmãos: _____

Consulta	Data	E	C
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Consulta	Data	E	C
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Obs: (internações, exames laboratoriais, problemas de saúde que possam ter causado alterações no comportamento)

ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL LONGITUDINAL DE CRIANÇAS DE 0 A 3 ANOS DE IDADE SUBMETIDAS A DIFERENTES ESTÍMULOS DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.**RESUMO**

O propósito do presente estudo longitudinal foi avaliar a manifestação comportamental frente a estímulos odontológicos em crianças atendidas na Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da F.O.A.-UNESP considerando-se os diferentes tipos de estímulos odontológicos aos quais o bebê pode ser submetido durante a assistência odontológica. Foram incluídos na amostra deste estudo os prontuários que preencheram os seguintes requisitos: ficha clínica preenchida integralmente, crianças que entraram no programa de prevenção precoce ainda no primeiro ano de vida e crianças que apresentavam no mínimo 36 meses de idade completos no momento da avaliação de seu prontuário. Dos 1.103 prontuários avaliados, apenas 169 preencheram os requisitos de seleção para o estudo, onde obteve-se informações como: data de nascimento, gênero, número de consultas odontológicas e suas respectivas datas, estímulos oferecidos à criança e o comportamento apresentado perante os mesmos. Os prontuários selecionados foram divididos em 5 grupos, de acordo com os estímulos oferecidos às crianças sendo eles: grupo controle, falta, verniz fluoretado, restauração e traumatismo dentário. As informações obtidas foram classificadas de acordo com a faixa etária na qual as crianças encontravam-se no momento do atendimento. Os dados foram analisados descritiva e inferencialmente, por meio da aplicação do teste Qui-Quadrado ao nível de 5% . Segundo os resultados encontrados, os diferentes estímulos oferecidos influenciaram a resposta comportamental das crianças, principalmente quando as mesmas apresentaram algum episódio de traumatismo dentário.

Palavras-chave: Comportamento infantil. Odontopediatria. Psicologia

INTRODUÇÃO

O surgimento da Odontopediatria ocorreu quando houve o reconhecimento de que os problemas odontológicos infantis são específicos, e que a criança difere do adulto não só nos aspectos fisiológicos, mas também no aspecto comportamental. Walter e sua equipe da Universidade Estadual de Londrina observaram em sua experiência profissional a necessidade de conscientizar a população quanto à prevenção da doença cárie em bebês. Devido ao reconhecimento desta necessidade, a Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina foi inaugurada em março de 1986, com o intuito de oferecer assistência odontológica a bebês por meio de um programa de prevenção precoce¹. Desde o início do século XX, existem relatos de estudiosos preocupados com a manutenção da saúde oral de bebês², entretanto a assistência odontológica dirigida a esta faixa etária só foi recomendada em maio de 1986, quando membros da American Academy of Pediatric Dentistry sugeriram que a primeira consulta odontológica da criança deveria ocorrer ainda no primeiro ano de vida, por volta dos 6 meses de idade³. A atenção odontológica a bebês (0 a 36 meses de idade) apresentou grande crescimento a partir da década de 80, o que levou a um aumento no número de profissionais que prestam assistência odontológica a crianças ainda em seu primeiro ano de vida. Esta assistência precoce é justificada não somente pela manutenção da saúde bucal, mas também pela possibilidade de permitir à criança habituar-se à rotina dos procedimentos odontológicos⁴.

Esta atitude pioneira de Walter e colaboradores incentivou outros profissionais brasileiros, surgindo assim novos centros de atenção odontológica direcionados ao atendimento de bebês, como a Bebê-Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, inaugurada em 1996.

A odontologia atual preocupa-se com os aspectos psicológicos e o bem estar dos pacientes, principalmente quando se trata da assistência a pacientes infantis. Sabe-se que o conhecimento sobre o comportamento do ser humano permite melhor integração entre os indivíduos envolvidos no atendimento odontológico.

Porém, os aspectos psicológicos envolvidos no atendimento odontológico nesta idade ainda são pouco estudados. Klein⁵, afirma que a maneira com que a criança assimila sua experiência com o dentista pode ser decisiva para a formação das atitudes e expectativas a respeito do tratamento dentário, apesar de não se conhecer concretamente o impacto emocional que o tratamento odontológico produz.

Baseados no acima exposto percebemos 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 objetivo deste trabalho longitudinal foi avaliar a manifestação comportamental frente a estímulos odontológicos em bebês, desde o ingresso na Bebê Clínica, que ocorre no primeiro ano de vida, até o momento em que recebe alta deste atendimento, após o mesmo completar 36 meses de vida, considerando os diferentes tipos de estímulos odontológicos realizados ao longo das consultas.

MÉTODO

A amostra foi obtida por meio da análise individual de 1.103 prontuários de todas as crianças matriculadas na Bebê Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, entre os anos de 1998 e 2001, obedecendo os seguintes critérios: Ficha clínica preenchida integralmente, crianças que ingressaram no programa de atenção precoce ainda no primeiro ano de vida, crianças que apresentaram no mínimo 36 meses de idade completos até o dia da análise do seu prontuário ou que foram dispensadas da Bebê Clínica para iniciar o atendimento na clínica de prevenção, onde são acompanhadas até os oito anos de idade. Foram excluídos da amostra os prontuários que apresentavam a associação de episódios de falta e estímulos diferentes do exame clínico, higiene bucal e aplicação tópica de flúor, procedimentos considerados rotineiros que são repetidos a cada sessão de atendimento na referida clínica, segundo o protocolo de atendimento proposto por Cunha et al⁶.

Dos prontuários foram obtidas as seguintes informações referentes ao bebê: data de nascimento, gênero, número de consultas odontológicas e suas respectivas datas, estímulos oferecidos à criança e o comportamento apresentado perante os mesmos, que é avaliado e registrado pelo profissional ao final de cada sessão, em uma folha específica do prontuário.

A classificação comportamental utilizada no presente estudo é uma adaptação da escala proposta por Walter em 1996¹, baseado na observação do comportamento frente aos estímulos

empregados, a qual é utilizada na referida clínica desde sua implantação. Os bebês são classificados como:

- ✓ **Colaborador:** bebê que não chora quando está nos braços do operador, não tenta impedir a execução dos procedimentos, reage favoravelmente, e age normalmente quando está na cadeira odontológica ou macri sem demonstrar medo do que é novo;
- ✓ **Colaborador com reservas:** bebê que não chora quando está nos braços do operador, na cadeira odontológica ou macri, não tenta impedir a execução dos procedimentos podendo chorar durante a execução dos mesmos;
- ✓ **Não colaborador:** bebê que chora quando está nos braços do operador, quando é deitado na cadeira odontológica ou macri, mantém seus lábios fechados no momento do procedimento de higiene bucal, e tenta impedir os procedimentos odontológicos com as mãos.

Cada prontuário selecionado foi analisado, classificado e inserido em um grupo, determinado pelos estímulos aos quais o bebê foi submetido ao longo dos atendimentos, caracterizados da seguinte forma:

- ✓ **Grupo Controle:** crianças que foram submetidas somente aos estímulos higiene bucal, aplicação tópica de flúor e exame clínico.
- ✓ **Grupo Verniz:** crianças que foram submetidas aos estímulos higiene bucal, aplicação tópica de flúor, exame clínico e aplicação tópica de verniz fluoretado.
- ✓ **Grupo Restauração:** crianças que foram submetidas aos estímulos higiene bucal, aplicação tópica de flúor, exame clínico e procedimentos restauradores.
- ✓ **Grupo Trauma:** crianças que foram submetidas aos estímulos higiene bucal, aplicação tópica de flúor, exame clínico e que sofreram algum tipo de traumatismo dentário. Neste grupo, foram incluídas crianças que receberam tratamentos restauradores, desde que o mesmo tenha sido realizado no dente traumatizado.

As crianças que compuseram os grupos controle, verniz, restauração e trauma necessariamente não poderiam apresentar falta às consultas, mantendo a periodicidade indicada para os retornos, que é bimestral, segundo o protocolo de atendimento proposto por Cunha et al. em 2000⁶.

- ✓ **Grupo Falta:** crianças que foram submetidas somente aos estímulos higiene bucal, aplicação tópica de flúor, exame clínico, e que faltaram em algum momento do atendimento, alterando a periodicidade indicada.

Todas as informações de interesse dos pesquisadores foram anotadas em uma ficha elaborada especificamente para este trabalho, e posteriormente, foram analisados de acordo com as seguintes faixas etárias, em meses: 0 a 6, 7 a 12, 13 a 18, 19 a 24, 25 a 30, 31 a 36 e maiores de 37.

Os dados coletados foram processados e submetidos ao teste Qui-quadrado para verificação da associação entre as variáveis. O nível de significância adotado nas análises foi de 5%.

RESULTADO

Os 169 prontuários selecionados foram distribuídos da seguinte maneira: 40 para o Grupo Controle, 40 para o Grupo Falta, 29 para o Grupo Verniz, 24 para o Grupo Restauração e 36 para o Grupo Trauma.

Na Tabela 1 podemos verificar a distribuição dos bebês de acordo com o Grupo ao qual pertencem e o comportamento apresentado. Nota-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) (59%), seguido do comportamento Colaborador com Reservas (CR) (27%) e do Comportamento Não colaborador (NC) (14%).

Nas Tabelas de 2 à 6 propusemo-nos avaliar a influência dos grupos de estímulos sobre o comportamento apresentado pelos bebês, separadamente em cada faixa etária. Nas referidas tabelas, a porcentagem foi calculada baseada no número de ocorrências do estímulo selecionado em cada faixa etária, seguido da aplicação do teste de Qui-quadrado.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Controle de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias de 0 a 6 meses (76%), 7 a 12 (51%), 19 a 24 (45%), 25 a 30 (75%), 31 a 36 (89%) e maiores de 36 meses (81%). O comportamento Colaborador com Reservas (CR) prevaleceu apenas na faixa etária entre 13 a 18 meses (49%).

De acordo com a Tabela 3, verificamos a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Falta de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do

Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias de 0 a 6 (96%), 7 a 12 (58%), 25 a 30 (61%), 31 a 36 (70%) e maiores de 37 meses (83%) bem como do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 13 a 18 (39%) e 19 a 24 (46%) meses.

Na Tabela 4 verificamos a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Verniz de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias de 0 a 6 (96%), 19 a 24 (36%) 25 a 30 (60%), 31 a 36 (78%) e maiores de 37 meses (81%) bem como do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 7 a 12 (43%) e 13 a 18 (44%) meses.

A Tabela 5 mostra a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Restauração de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Nota-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias entre 0 a 6 (91%), 19 a 24 (44%), 25 a 30 (71%), 31 a 36 (80%) e maiores de 37 meses (86%), e do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 7 a 12 (45%) e 13 a 18 meses (47%).

Por meio da Tabela 6 verificamos a distribuição dos bebês pertencentes ao Grupo Trauma de acordo com o comportamento apresentado e a faixa etária. Observa-se uma predominância do Comportamento Colaborador (C) nas faixas etárias entre 0 a 6 (87%), 25 a 30 (61%), 31 a 36 (69%) e maiores de 37 meses (80%), e do comportamento Colaborador com Reservas (CR) nas faixas etárias entre 7 a 12 (48%), 13 a 18 (55%) e 19 a 24 meses (45%)

A faixa etária no momento do atendimento influenciou o comportamento dos bebês independente do Grupo ao qual foram incluídos, pois houve diferença estatisticamente significante em todas as tabelas apresentadas.

DISCUSSÃO

O conhecimento do desenvolvimento psicológico ocorrido durante a primeira infância, torna-se fundamental para o entendimento de alguns aspectos comportamentais relacionados ao atendimento odontológico e a resposta comportamental apresentada por bebês submetidos a este tipo de situação.

O comportamento inicial é regulado por reflexos, considerados mecanismos subcorticais. Como consequência do desenvolvimento do córtex, ocorre a inibição destas funções dos centros subcorticais, tornando o comportamento voluntário⁷.

O comportamento infantil é influenciado tanto por traços individuais como variáveis situacionais, entretanto, diferentes tipos de comportamento são fruto do ambiente, que proporciona oportunidades distintas para cada indivíduo, que é a denominada experiência individual⁸.

Embasado na literatura Psicológica, o comportamento está mais relacionado ao desenvolvimento mental do que com a idade cronológica. Todavia, cirurgiões-dentistas e odontopediatras, não recebem a formação necessária para avaliar o desenvolvimento cerebral de um indivíduo, porém observam diariamente as diferentes respostas comportamentais apresentadas por diversas crianças frente estímulos odontológicos padronizados, o que permite observar padrões comportamentais distintos. A maneira freqüentemente utilizada na odontopediatria para descrever estes padrões comportamentais, em crianças consideradas “normais”, é a associação dos mesmos com a idade da criança, baseada nos conceitos de desenvolvimento psicossocial e psicomotor, amplamente descritos pela literatura psicológica. Todavia, não se conhece concretamente o impacto emocional e as possíveis consequências comportamentais que o tratamento odontológico pode gerar quando iniciado durante a primeira infância,^{5, 9} pois a assistência odontológica a bebês é uma área em franco desenvolvimento que foi amplamente difundida recentemente.

Quanto aos resultados referentes aos diferentes grupos de estímulos que são oferecidos aos bebês na rotina odontológica e o comportamento apresentado perante os mesmos (Tabelas de 1 a 6), observamos a princípio que em todos os grupos, os comportamentos Colaborador e Colaborador com Reservas predominaram. Porém, quando avaliamos individualmente cada um dos grupos, analisamos a influência da idade do bebê no momento do atendimento e observamos que existe um padrão comportamental muito semelhante entre os diferentes grupos, o que nos leva a afirmar que independente do estímulo oferecido, o fator determinante na resposta comportamental dos bebês foi a faixa etária na qual se encontrava no momento do atendimento, pois todos os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa.

No Grupo Controle (Tabela 2), o Comportamento Colaborador predominou em todas as faixas etárias, exceto na de 13 a 18 meses de idade, onde o comportamento predominante foi o Colaborador com Reservas. Já no Grupo Falta (Tabela 3) o Comportamento colaborador continuou

predominante, todavia as faixas etárias entre 13 a 18 e 19 a 24 meses apresentaram maior prevalência do comportamento Colaborador com Reservas. O Grupo Verniz (Tabela 4) também apresentou a prevalência do comportamento Colaborador na maioria das faixas etárias, exceto nas de 7 a 12 e 13 a 18 meses, onde o comportamento predominante foi o Colaborador com Reservas, resultado que também foi encontrado no Grupo Restauração (Tabela 5). O Grupo Trauma destacou-se por apresentar um padrão de resultados distinto dos demais grupos, pois o comportamento Colaborador com Reservas foi prevalente em três faixas etárias, (7 a 12, 13 a 18 e 19 a 24 meses), enquanto os demais grupos apresentaram a prevalência deste tipo de comportamento em no máximo duas faixas etárias. Este resultado pode ser compreendido quando avaliamos outros trabalhos publicados na literatura internacional, como o de Pugliesi¹⁰ onde foi observado que a faixa etária mais acometida por episódios de traumatismo dentário é a de 13 a 18 meses, seguida pela faixa etária de 19 a 24 meses. Embasados nestes resultados podemos suspeitar de que a ocorrência do traumatismo dentário influencia o comportamento dos bebês na assistência odontológica rotineira, e podemos considerá-la um estímulo mais intenso. Outros trabalhos, como os de Kleincknecht et al.¹¹ e Weinstein et al.¹² citam que pessoas que sofreram algum tipo de traumatismo dentário tendem a desenvolver medo perante estímulos odontológicos, portanto, o episódio do traumatismo dentário pode acarretar em problemas comportamentais observados no ambiente odontológico futuramente.

De acordo com nossos resultados, podemos afirmar que as crianças de 7 a 18 meses apresentam uma tendência de Colaborar com Reservas durante a assistência odontológica, o que demonstra uma certa desadaptação. Este fato é explicado pela literatura psicológica, pois existem teorias que relatam que o comportamento do bebê é alterado ou influenciado por diversos fatores, dependendo da faixa etária na qual a criança se apresenta.

Percinoto e Cunha⁹ e Cunha et al.⁴ 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 tranquilidade. 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.

Cunha (trabalho enviado para publicação) descreve que a experiência vivida durante as sessões foi fundamental na redução progressiva dos comportamentos Não Colaboradores, pois permitiram aos pacientes verificar que os procedimentos executados não eram estressantes. É interessante ressaltar que os estímulos oferecidos aos pacientes analisados neste trabalho permaneceram os mesmos, entretanto à medida que o bebê toma maior consciência psicológica do seu corpo aliada à capacidade motora em desenvolvimento, ele passa a apresentar maior interação com o meio, daí decorrerem as manifestações contrárias ao atendimento, muito embora não sejam consideradas como reações negativas.

No estudo realizado previamente ao presente, os resultados de Cunha et al.⁴ confirmam os nossos em relação à faixa etária de 0 e 6 meses, entretanto quando comparamos os resultados das demais faixas etárias os resultados são diferentes, nos bebês de 7 a 30 meses de idade, o comportamento foi não colaborador, e dos 31 aos 36 meses não foi observado um padrão comportamental definido. Esta divergência com relação aos nossos dados pode ser explicada devido ao fato do estudo realizado em 2003 não ser longitudinal, pois avaliou crianças diferentes em cada faixa etária, outro fator a ser considerado é que Cunha considerou apenas dois tipos de comportamento, o colaborador e o não colaborador, as crianças que colaboraram com reservas foram consideradas não colaboradoras, se este agrupamento não tivesse sido realizado, provavelmente os resultados seriam um pouco mais semelhantes aos encontrados em nosso estudo.

Outro fato que pode estar relacionado com nossas observações é que a capacidade de recordação parece ser aumentada após 8 meses de idade, quando o bebê também se torna mais capacitado a relacionar um evento ocorrido no presente a um evento passado,⁸ portanto ele se recorda de uma consulta anterior e dos estímulos e sensações que sentiu, se os mesmos lhe foram

desagradáveis, pode responder de maneira negativa. Talvez este dado explique os nossos achados referentes ao Grupo Falta, que juntamente com o Grupo Trauma apresentou altos níveis de Colaboração com Reservas na faixa etária de 19 a 24 meses, padrão diferente dos demais grupos, onde na referida faixa etária já ocorre o predomínio do comportamento Colaborador. Porém a literatura nos ampara no entendimento deste fato relacionado com a ocorrência de trauma, mas em relação à falta, que leva a uma alteração na periodicidade considerada ideal para o retorno da criança, não encontramos dados para nos amparar. Nossas suspeitas relacionam o fato da criança demorar mais para se adaptar aos estímulos odontológicos que a ela são oferecidos, devido ao nível de desenvolvimento psicomotor. Acreditamos que se a falta ocorrer em torno dos primeiros 6 meses de vida, onde o comportamento é regido por reflexos, não irá influenciar tanto como se este evento vir a ocorrer em uma faixa etária mais avançada, onde a criança interage mais com o meio e necessita estar familiarizada com ele para demonstrar adaptação e responder favoravelmente, portanto, a idade se torna soberana em relação ao comportamento apresentado se a criança for afastada do ambiente odontológico por um período prolongado, o que dificulta sua adaptação.

Embasados em nossos resultados, acreditamos que o fator determinante no comportamento apresentado pelos bebês analisados, tenha sido a faixa etária na qual os mesmos se encontravam no momento do atendimento, todavia, não podemos deixar de ressaltar que os estímulos influenciaram a resposta comportamental das crianças, principalmente quando as mesmas apresentaram algum episódio de traumatismo dentário.

CONCLUSÃO

Baseados na metodologia utilizada e resultados observados, considerando as limitações deste estudo, podemos concluir que:

- ✓ O comportamento apresentado durante as consultas é influenciado pela idade da criança no momento do atendimento, apesar do comportamento colaborador ter sido prevalente na maioria das faixas etárias estudadas, entre a o décimo terceiro e o vigésimo quarto meses de vida, foi observada uma maior falta de colaboração.

- ✓ Os diferentes tipos de estímulos odontológicos avaliados no presente estudo, influenciaram a resposta comportamental das crianças, destacando-se as que sofreram algum episódio de traumatismo dentário.

REFERÊNCIAS

1. Walter LRF, Ferelle A, Issao M. *Odontologia para o Bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos*. São Paulo: Artes Médicas; 1996.
2. Pereira DB Educação dentária da criança. Rio de Janeiro; 1929. Apud Walter, L.R.F.; Ferelle, A.; Issao, M. Estudo das relações paciente/ ambiente. In:__. *Odontologia para o bebê Odontopediatria do nascimento aos 3 anos*..São Paulo: Artes Médicas, 1996.
3. Croll TP. The three-year-myth. *Pediatr. Dent.* 1987; 9:86-87.
4. Cunha RF et al. Behavioral evaluation during dental care in children aged 0 to 3 years. *J. Dent. Child.*2003; 70: 100-103.
5. Klein H. Psychological effects of dental treatment on children of different ages. *J. Dent. Child.*1967; 34: 30-36.
6. Cunha RF et al. Dentistry for babies: a preventive protocol. *ASDC J. Dent. Child.* 2000; 67: 89-92.
7. Fitzgerald HE, Strommen EA, McKinney JP. Crescimento físico e desenvolvimento motor. In: *Psicologia do desenvolvimento: o bebê e a criança pequena*. Rio de Janeiro: Campus; 1983.
8. Mussen PH et al. *Desenvolvimento e personalidade da criança*. 3th ed. São Paulo: Ed. Harbra; 1995.

-
9. 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.
 10. Pugliesi DMC, Cunha RF, Delben ACB, Sundefeld MLMM. Influence of the type of dental trauma on the pulp vitality and the time elapsed until treatment: a study in patients aged 0-3 years. *Dental Traumatology* 2004; 20: 139-142.
 11. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J. Am. Dent. Assoc.* 1973; 86: 842-848.
 12. Weinstein P et al. Dentist's responses to fear-and nonfear-related behaviors in children. *J. Am. Dent. Assoc.* 1982; 104: 38-40.

TABELAS

Tabela 1 – Número e percentual da distribuição do comportamento exibido pelas crianças matriculadas na Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para este estudo, de acordo com os Grupos aos quais foram distribuídas.

COMPORTAMENTO	GRUPO					
	Controle	Falta	Verniz	Restauração	Trauma	Total
NC	89 (13%)	98 (14%)	87 (17%)	60 (13%)	88 (14%)	422 (14%)
CR	187 (29%)	149 (22%)	130 (25%)	134 (28%)	206 (32%)	806 (27%)
C	379 (58%)	439 (64%)	298 (58%)	285 (59%)	351 (54%)	1752 (59%)
TOTAL	655 (100%)	686 (100%)	515 (100%)	479 (100%)	645 (100%)	2980 (100%)

$\chi^2 = 23,59$
p valor = 0,0027 (significativo ao nível 5%)

Tabela 2 – Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Controle, de acordo com a idade

GRUPO CONTROLE								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							Total
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	
NC	2 (6%)	26 (22%)	37 (33%)	11 (11%)	7 (6%)	3 (3%)	3 (3%)	89 (14%)
CR	6 (18%)	41 (35%)	55 (49%)	44 (44%)	21 (19%)	7 (8%)	13 (16%)	187 (28%)
C	25 (76%)	51 (43%)	21 (18%)	46 (45%)	84 (75%)	85 (89%)	67 (81%)	378 (58%)
TOTAL	33 (100%)	118 (100%)	113 (100%)	101 (100%)	112 (100%)	95 (100%)	83 (100%)	655 (100%)

$\chi^2 = 175,67$
pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

Tabela 3 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Falta, de acordo com a idade

GRUPO FALTA								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							Total
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	
NC	1 (1%)	18 (16%)	27 (32%)	22 (24%)	14 (17%)	12 (15%)	4 (4%)	98 (14%)
CR	5 (3%)	29 (26%)	32 (39%)	42 (46%)	18 (22%)	12 (15%)	11 (13%)	149 (22%)
C	144 (96%)	64 (58%)	24 (29%)	28 (30%)	50 (61%)	57 (70%)	72 (83%)	439 (64%)
TOTAL	150 (100%)	111 (100%)	83 (100%)	92 (100%)	82 (100%)	81 (100%)	87 (100%)	686 (100%)

$\chi^2=178,04$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

Tabela 4 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Verniz, de acordo com a idade

GRUPO VERNIZ								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							Total
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	
NC	1 (4%)	12 (16%)	16 (21%)	27 (32%)	18 (22%)	9 (10%)	4 (5%)	87 (17%)
CR	0 (0%)	32 (43%)	34 (44%)	27 (32%)	15 (18%)	11 (12%)	11 (14%)	130 (25%)
C	23 (96%)	30 (41%)	27 (35%)	31 (36%)	50 (60%)	73 (78%)	64 (81%)	298 (58%)
TOTAL	24 (100%)	74 (100%)	77 (100%)	85 (100%)	83 (100%)	93 (100%)	79 (100%)	515 (100%)

$\chi^2= 102,60$

pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

Tabela 5 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Restauração, de acordo com a idade

GRUPO RESTAURAÇÃO								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							Total
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+37	
NC	0 (0%)	12 (17%)	21 (30%)	15 (20%)	4 (5%)	2 (2%)	6 (7%)	60 (12%)
CR	1 (9%)	32 (45%)	33 (47%)	27 (36%)	20 (24%)	15 (18%)	6 (7%)	134 (28%)
C	10 (91%)	27 (38%)	16 (23%)	33 (44%)	60 (71%)	69 (80%)	70 (86%)	285 (60%)
TOTAL	11 (100%)	71 (100%)	70 (100%)	75 (100%)	84 (100%)	86 (100%)	82 (100%)	479 (100%)

$\chi^2 = 115,61$
pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)

Tabela 6 - Número e percentual do comportamento exibido pelas crianças da Bebê Clínica da FOA-UNESP selecionadas para o Grupo Trauma, de acordo com a idade

GRUPO TRAUMA								
COMPORTAMENTO	FAIXA ETÁRIA (meses)							Total
	0-6	7-12	13-18	19-24	25-30	31-36	+ 37	
NC	1 (3%)	12 (11%)	18 (18%)	20 (20%)	14 (14%)	10 (10%)	13 (11%)	88 (14%)
CR	3 (10%)	51 (48%)	54 (55%)	44 (45%)	24 (25%)	20 (21%)	10 (9%)	206 (32%)
C	27 (87%)	44 (41%)	26 (27%)	34 (35%)	59 (61%)	67 (69%)	94 (80%)	351 (54%)
TOTAL	31 (100%)	107 (100%)	98 (100%)	98 (100%)	97 (100%)	97 (100%)	117 (100%)	645 (100%)

$\chi^2 = 119,00$
pvalor < 0,0001 (significativo ao nível 5%)