UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Elaboração e padronização de escala avaliativa do comportamento de crianças em sua primeira consulta Odontológica

Marcela Maia Tambellini

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Elaboração e padronização de escala avaliativa do comportamento de crianças em sua primeira consulta Odontológica

Marcela Maia Tambellini

Ricardo Gorayeb

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP
2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Maia Tambellini, Marcela

Elaboração e padronização de escala avaliativa do comportamento de crianças em sua primeira consulta odontológica.

171p. : il. ; 30 cm

Dissertação, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP – Dep. de Psicologia e Educação.

Orientador: Gorayeb, Ricardo

1. Odontopediatria. 2. Escalas. 3. Comportamento infantil

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcela Maia Tambellini
Elaboração e padronização de escala
avaliativa do comportamento de crianças
em sua primeira consulta Odontológica.

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão
Preto da USP para obtenção do título
de Mestre.
Área de Concentração: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

*À minha mãe Leila, minha força e
mola propulsora de toda minha vida.*

*Ao meu pai Wagner, que durante todo
tempo foi meu apoio e grande incentivador.*

*Rebecca e Polyana, minhas filhas,
obrigada pela ajuda e paciência.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Gorayeb, pela confiança depositada durante todo este tempo, pela disposição e vocação de lapidar a pedra bruta, estando disponível e nunca se negando a dividir seus conhecimentos e experiências. A ele, que coloca acima de tudo a sua vocação de educador, o meu muito obrigada.

À minha Avó Nona, pelo carinho.

À grande amiga Luciana Maria da Silva, sem a qual este mestrado não teria sido possível.

À Professora Delsa Deise Machetti Kanaan e à Professora Sonia Regina Pasian, pelas valiosas contribuições durante minha qualificação.

Às colegas Elke Tiegui Baldo, Karin A. Casarini, Andreza Cristiana Ribeiro e Fernanda Moschiar Micotti, pela disposição em ajudar sempre que necessário.

À Telma Valença pela ajuda e disponibilidade (in memoriam).

À minha secretária Vivian e às colaboradoras voluntárias Luciana, Juliana, Nanayra e Flávia, pela participação na coleta de dados e preenchimento de todas as fichas.

Ao estatístico Cássio e Professor Dr. Antonio Carlos Pereira Martins pela ajuda com análise dos dados e ao programador Gilmar Mazzer pela ajuda com o programa estatístico.

À bibliotecária Milena Celere pela conferência das referências bibliográficas.

Às Prefeituras de Batatais e Brodowski e também à UNAERP, que disponibilizaram os locais de atendimento, consultórios e listagem das crianças que participaram da pesquisa.

Ao senhor Laércio, que ajudou no convite às crianças da Pastoral da Criança em Batatais.

À Radio e TV Educadora e Radio Difusora de Batatais, nas pessoas de Waldir Massarão e Osvaldo Batista, pela ajuda na divulgação da pesquisa e convite às crianças.

A todas as mães e às crianças que participaram de maneira voluntária desta pesquisa, contribuindo assim para o seu engrandecimento.

*“Procurando o bem para os nossos semelhantes,
encontramos o nosso”*

Platão

RESUMO

MAIA TAMBELLINI, M. **Elaboração e padronização de escala avaliativa do comportamento de crianças em sua primeira consulta Odontológica.** 2005. 171f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

A Odontopediatria e a Psicologia se inter-relacionam e completam, principalmente quando existe necessidade de atendimento odontopediátrico. Quando o paciente é criança em idade pré-escolar, torna-se imperioso uma interação entre estas áreas, para que o resultado final traga benefícios para o paciente. A observação do comportamento das crianças em Odontopediatria é ferramenta importante para a elaboração do plano de tratamento. Levantamento bibliográfico sobre instrumentos para avaliação do comportamento de crianças em ambiente odontológico, mostrou que escalas eram o instrumento mais utilizado, porém, não se encontrou escalas aplicáveis às faixas etárias abaixo de 36 meses. Predominantemente, escalas para avaliação de comportamento estavam direcionadas a medir medo e ansiedade, pressupondo sua existência. Nesta pesquisa buscou-se elaborar e aplicar uma escala observacional para avaliação do comportamento, em primeira consulta odontológica, em crianças entre um e três anos de idade. A escala foi denominada EOCI – Escala de Observação do Comportamento Infantil. A finalidade era avaliar o comportamento em todas as etapas do primeiro atendimento, identificando o grau de cooperação e participação, e não quantificar ou classificar a presença de medo ou ansiedade. A escala foi aplicada em 398 sujeitos de ambos os sexos, oriundos de classes sociais e estruturas familiares diversas, freqüentando creches, pré-escolas ou no próprio lar. Os materiais utilizados foram: vestimenta seguindo as normas para profissionais de saúde; o ambiente foi sempre um consultório odontológico com o equipamento mínimo necessário para atendimento sem procedimento; como instrumental foi utilizado um espelho clínico e o material impresso constou de: convite aos pais, questionário de dados demográficos e sociais do paciente, termo de consentimento informado para pais ou responsáveis e folheto de orientação aos pais sobre como se comportar durante o atendimento. O procedimento consistiu em uma seqüência de atendimento simples, desde a entrada da criança na sala, apresentação aos equipamentos básicos, exame clínico e saída da criança, sempre acompanhada por um dos pais. A EOCI – Escala de Observação do Comportamento Infantil foi desenvolvida seguindo critérios de padronização e normatização. Consta de dez itens, com cinco possíveis respostas para cada um, relacionados ao ambiente, equipamentos, instrumentais e à própria pessoa do Odontopediatra e as respostas estão relacionadas a tipos de comportamentos que as crianças podem apresentar durante este primeiro contato. Após a avaliação da criança somaram-se as pontuações, obtendo-se um escore final. Com a análise estatística dos dados em quartis, chegou-se a uma classificação dividida em quatro níveis, correspondentes a quatro padrões de comportamentos de cooperação / não cooperação. Estes padrões são também apresentados em tabelas divididas por idade, sexo e comportamento, onde é possível localizar o escore individual e comparar com a classificação da amostra. Observou-se que a maioria das crianças sem experiência prévia com situação odontológica não apresenta medo. Também se pode afirmar que a maioria das crianças apresenta um comportamento cooperativo com o dentista durante seu atendimento, quando este é realizado nestas circunstâncias. Concluiu-se que a escala pode ser uma ferramenta útil para auxiliar o odontopediatra na realização de um exame clínico completo e como preditor do comportamento de cooperação futura.

Palavras – chave: Odontopediatria, Escalas, Comportamento infantil, Psicologia.

ABSTRACT

MAIA TAMBELLINI, M. **Elaboration and standardization of evaluating children's behavior scale in the first pediatric dentistry attendance.** 2005. 171p. Dissertation (Master's Degree) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Pedodontology and the Psychology are interrelated and complementary areas, mainly when the need of interventionist treatment exists. When the patient is a preschool age child, an interaction among these areas becomes imperious so that the final result brings benefits to the patient. The observation of the children's behavior in Pedodontics is an important tool for the elaboration of the treatment plan. Gathering of bibliographical data showed that the scales were the most commonly used instrument to evaluate children's behavior. However, it was not found any that could be applicable in the age groups below 36 months. Predominantly, the behavior evaluating scales were focused on measuring fear and anxiety, presupposing their existence. In this research, we elaborated and applied an observacional scale for evaluation of the behavior, in a first attendance, in children between one and three years. The scale was denominated CBOS – Children's Behavior Observation Scale. The purpose was to evaluate the behavior in all the stages of the first attendance, identifying the cooperation degree and participation, and not to quantify or classify the presence of fear or anxiety. The scale was applied in 398 subjects of both sexes, with all sort of social and family backgrounds, frequenting day cares, pre-schools or at their own home. The materials used were: clothes following the rules for health professionals; the environment was always an odontological clinic with the minimum equipment necessary for the attendance without procedure; as the instrumental a clinical mirror was used and the printed paper material consisted of: invitation to the parents, questionnaire of the patient's demographic and social data, term of informed consent for the parents or the person responsible for the child and orientation pamphlet to the parents on how they should behave during the attendance. The procedure consisted of a sequence of simple attendance, from the child's entrance in the room, presentation to the basic equipments, clinical exam and the child's exit always together with one of the parents. The CBOS – Children's Behavior Observation Scale was developed following criteria of standardization and normatization. It consists of ten items, with five possible answers for each one, related to the atmosphere, equipment, instrumental and to the own person of Pediatric Dentistry and the answers are related to types of behaviors that the children could present during this first contact. After the child's evaluation the obtained punctuations were added being obtained a final score. With the statistical analysis of the data in quartis, we came to a classification divided in four levels corresponding to four patterns of cooperation behaviors / no cooperation. These patterns are also presented in tables divided by age, sex and behavior, where it is possible to locate the individual score and to compare with the classification of the sample. It was observed that most of the children inexperienced with odontological situation don't present fear. We can also affirm that most of the children present a cooperative behavior with the dentist during his attendance, when this is done under these circumstances. As a conclusion it was observed that the scale can be a useful tool to aid pediatric dentistry to perform a complete clinical exam and as a predictor of the future cooperation behavior.

Key – words: Pediatric dentistry, Scales, Child behavior, Psychology.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Datas de atendimento e localização dos consultórios odontológicos	45
Tabela 2 -	Distribuição dos sujeitos segundo idade e sexo.....	77
Tabela 3 -	Descrição do sexo dos sujeitos segundo a faixa etária	78
Tabela 4 -	Posição do filho na família com relação ao total de crianças analisadas.....	78
Tabela 5 -	Locais de permanência das crianças durante o dia	79
Tabela 6 -	Estágios de pré-escolas particulares e creches.....	79
Tabela 7 -	Condições de saúde da criança	80
Tabela 8 -	Dados demográficos descritivos dos pais	81
Tabela 9 -	Resultados da EOCI quando avaliado o primeiro item “Odontopediatra”	83
Tabela 10 -	Resultados da EOCI quando avaliado o segundo item “Sala”	84
Tabela 11 -	Resultados da EOCI quando avaliado o terceiro item “Cadeira”	85
Tabela 12 -	Resultados da EOCI quando avaliado o quarto item “Luva”	86
Tabela 13 -	Resultados da EOCI quando avaliado o quinto item “Máscara”	87
Tabela 14 -	Resultados da EOCI quando avaliado o sexto item “Refletor”	88
Tabela 15 -	Resultados da EOCI quando avaliado o sétimo item “Espelho”	89
Tabela 16 -	Resultados da EOCI quando avaliado o oitavo item “Exame”	90
Tabela 17 -	Resultados quando avaliado o nono item “Cadeira em movimento”	91
Tabela 18 -	Resultados da EOCI quando avaliado o décimo item “Saída”	92
Tabela 19 -	Médias, medianas e desvios padrões para idade e sexo.....	93
Tabela 20 -	Média, mediana e desvio padrão para escala total EOCI.....	93
Tabela 21 -	Percentis para ambos os sexos	94
Tabela 22 -	Percentis para sexo feminino	95
Tabela 23 -	Percentis para sexo masculino	96
Tabela 24 -	Percentis para ambos os sexos [12-24 meses]	97

Tabela 25 - Percentis para ambos os sexos [25-36 meses]	98
Tabela 26 - Percentis para ambos os sexos [37-48 meses]	99
Tabela 27 - Percentis para sexo feminino [12-24 meses]	100
Tabela 28 - Percentis para sexo feminino [25-36 meses]	101
Tabela 29 - Percentis para sexo feminino [37-48 meses]	102
Tabela 30 - Percentis para sexo masculino [12-24 meses]	103
Tabela 31 - Percentis para sexo masculino [25-36 meses]	104
Tabela 32 - Percentis para sexo masculino [37-48 meses]	105
Tabela 33 - Descrição dos resultados da EOCI e as frequências	108
Tabela 34 - Classificação dos sujeitos quando aplicada a escala EOCI por sexo e idade	109
Tabela 35 - Classificação diagnóstica dos sujeitos quando aplicada a escala EOCI por sexo e idade e descrição dos comportamentos	111
Tabela 36 - Distribuição em porcentagens dos indivíduos nas classes diagnósticas da EOCI em função do sexo e idade	111
Tabela 37 - Aplicação do coeficiente de correlação de Spearman.....	114
Tabela 38 - Aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney	115
Tabela 39 - Aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis	116
Tabela 40 - Análise multivariada entre Espelho e variáveis demográficas	118
Tabela 41 - Análise multivariada entre Exame e variáveis demográficas	119
Tabela 42 - Análise multivariada Cadeira em movimento e variáveis demográficas.....	120
Tabela 43 - Análise multivariada entre EOCI e variáveis demográficas	121

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	41
3 MATERIAL E MÉTODOS	43
3.1 PARTICIPANTES	43
3.2 MATERIAL	45
3.3 PROCEDIMENTOS.....	65
4 RESULTADOS	77
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA	77
4.2 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	113
5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	123
REFERÊNCIAS	143
APÊNDICES	155
ANEXOS	163

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia existe como prática há mais tempo do que se imagina, segundo a literatura especializada, porém carrega um estigma junto ao imaginário popular que a relaciona ao medo e ansiedade. Uma revisão histórica, segundo Ring (1998), mostra que a primeira citação da distinção entre Medicina e a Odontologia remonta o Egito Antigo. Têm-se registros de citações sobre os dentes e sua importância em povos tanto do Oriente como do Ocidente, desde antes de Cristo. Os achados arqueológicos mostram o quanto as civilizações antigas e povos primitivos tinham preocupação com os dentes, sua preservação, manutenção de estética e função. Em vários documentos é possível visualizar, através de pinturas ou figuras, que a Odontologia sempre estava ligada a expressões de medo e dor. Sabe-se que os povos Incas foram pioneiros em tratamentos gengivais e os índios norte-americanos em extrações de modo rápido. Em livros bíblicos são feitas várias citações relacionadas aos dentes, sua importância tanto estética como social e religiosa. No decorrer dos séculos a Odontologia evoluiu de maneira lenta e, em cada época, um profissional, comumente ligado à área médica, se destacava com alguma nova descoberta com relação à técnica, manejo e reabilitação. Devido a isto, novas especialidades foram surgindo e a Odontologia gradualmente foi se tornando uma área independente da Medicina. Avanços nas áreas de Anatomia e Farmacologia, bem como o surgimento de instrumentais próprios para a realização de procedimentos e também de auxiliares para realização de higiene bucal, contribuíram para que a Odontologia adquirisse o status de ciência e se popularizasse.

No século XX a Odontologia teve um grande desenvolvimento tecnológico, ademais foram criados e popularizados os cursos na área junto às universidades. Além da ênfase nas

partes estrutural e de materiais, a questão psicológica do paciente foi também levada em consideração, surgindo pesquisadores de técnicas de manejo e comportamento, com o intuito de diminuir a relação medo / ansiedade - Odontologia. As especialidades surgiram no início do século passado. Em 1923, um grupo de dentistas americanos se reuniu e formou uma associação para estudar mais profundamente a Odontologia infantil, nascendo a Odontopediatria, que, como especialidade, foi oficializada no ano de 1949 (RING, 1998).

Segundo Issao e Guedes-Pinto (1988, p. 1) “[...] A Odontopediatria é a especialidade da Odontologia que se preocupa com os cuidados buco-dentários da criança. Estes cuidados não devem se restringir ao campo curativo, mas especialmente à prevenção no seu âmbito mais amplo, envolvendo educação do paciente e núcleo familiar [...]”.

A Odontopediatria tem como objetivo o atendimento e o preparo de crianças, desde seu nascimento até a adolescência, segundo Guedes-Pinto, Correa e Giglio (1991). Segundo Pansani, Bausells e Rocca (1997), a Odontopediatria está destinada ao atendimento da criança que é um ser em crescimento e desenvolvimento, com características físicas e psicológicas específicas que necessitam de atendimento especializado. Odontopediatra é o responsável pelo primeiro contato entre a criança e o ambiente odontológico, atuando de maneira que o relacionamento entre eles seja o mais natural possível, livre do medo e ansiedade. Este contato deve conter os procedimentos necessários ao tratamento dentário à criança, associando-se uma técnica específica de manejo para cada fase do desenvolvimento, permitindo assim que a criança possa crescer como um paciente cooperativo, tranquilo e não temeroso (SILVA; AMMON; VIEIRA, 1994; ARAÚJO, 1990; COLARES; RICHMAN, 2002; OLSEN, 1964; SANDRINI, 1995; USBERTI, 1991; MC DONALD, AVERY, 1986;

TOLLENDAL, 1985; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996; PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997).

Segundo Melo e Walter (1997, p.44) “[...] aos odontopediatras interessa que, com o decorrer do tratamento, a criança se torne cooperativa, por isso o atendimento precoce é fundamental, tanto para a manutenção da saúde bucal como para a sua adaptação aos tratamentos odontológicos futuros.”

Cunha, Percinoto e Delbem (2003) afirmam que a assistência odontológica para crianças na primeira infância é um mundo novo para os odontopediatras, já que sua prática requer conhecimentos mais profundos sobre dos diversos setores do conhecimento científico sobre saúde como um todo. Dentre estes conhecimentos está o entendimento da criança nos seus primeiros anos de vida: neste aspecto a Psicologia tem contribuído com a apresentação das características da primeira infância.

A primeira infância abrange desde o nascimento até os três anos de idade, segundo Corrêa et al. (2003). Durante esta fase ocorrem diversas modificações de um mês para o outro, assim o Odontopediatra deve ter conhecimentos psicológicos das etapas do desenvolvimento da criança e também saber quais são os meios pelos quais elas se expressam. Também deve ter conhecimento das técnicas de abordagem para auxiliá-lo na realização do tratamento odontológico.

A Odontopediatria também possui pontos em comum com a Psicologia, segundo Guedes-Pinto, Correa e Giglio (1991), porém ainda não se aproximaram o suficiente para que exista uma produtiva interação entre elas. Assim, segundo este autor, o Odontopediatra não

deve interpretar os problemas inerentes à Psicologia Infantil assim como o Psicólogo não pode interpretar as reações da criança à Odontopediatria por não vivenciar o trabalho clínico efetivo. Se os Odontopediatras pudessem registrar material de observação de sua interação com as crianças, forneceriam aos Psicólogos subsídios para pesquisas em assuntos relevantes: relações interpessoais, motricidade, medo, fantasias, etc. Segundo Cunha, Percinoto e Delbem (2003), o ideal seria esta aproximação, pois deste modo a interdisciplinaridade possibilitaria o surgimento de um profissional com postura de prevenção integral e uma melhor atuação.

[...] a observação do comportamento da criança e sua subsequente análise são importantes atividades para o odontopediatra. Uma interpretação acurada do comportamento observado da criança assegurará o sucesso da técnica de manejo utilizada, em particular para aquela criança durante o atendimento clínico. O sucesso de tratar as crianças está diretamente relacionado ao conhecimento que o profissional tem de crianças, seu comportamento, personalidade e outras características psicológicas. (PINKHAM, 1979, p. 21).

A Psicologia pode contribuir com a Odontopediatria, no sentido de compreender e explicar as relações humanas, especificamente as relações de saúde e detalhar as relações de ajuda entre criança e dentista, segundo Issao e Guedes-Pinto (1988).

A avaliação psicológica, segundo Meyer et al. (2001), se coloca como um elemento fundamental no contexto de investigação dos fenômenos comportamentais, uma vez que possibilita a mensuração sistematizada de determinado comportamento ou processo comportamental. De acordo com este autor, consiste de procedimentos estruturados de acesso a determinados comportamentos, delimitados a partir de uma concepção teórica e de uma circunscrição definida de variáveis, permitindo sua compreensão em um contexto específico.

Toledo e Rocca (1986) definem comportamento com sendo o “conjunto de ações fisiológicas, mentais, verbais e motoras pelas quais o sujeito às voltas com um ambiente, procura resolver as tensões que o motivam a realizar suas possibilidades”.

A avaliação psicológica, segundo Anastasi e Urbina (2000), busca a sistematização do conhecimento, por meio do estabelecimento de relações entre os diversos elementos estudados, resultando assim em classificações do comportamento humano. Dentro das necessidades, surgiram instrumentos psicológicos que servem para avaliar estes comportamentos, como técnicas de observação, testes, questionários, escalas, entrevistas estruturadas, semi estruturadas ou não estruturadas, entre outros.

A abordagem de aspectos psicológicos se faz necessária e importante para melhor condicionamento e “rapport”, segundo Pinheiro (1991), Olsen (1964), Sandrini (1995), McDonald e Avery (1986), Tollendal (1985), Fonseca e Toledo (1986) e Wright (1975), porque o ambiente odontológico é fonte de tensões emocionais que requer ajuste gradual de acordo com a capacidade do paciente. Os autores relatam que a ida da criança pela primeira vez a um Odontopediatra pode significar uma situação de stress pelo ambiente que lhe é desconhecido, novo e imprevisível e que o processo de estabelecimento do diagnóstico deve ser individual, onde podemos observar a idade e também outros aspectos relacionados ao paciente, tanto físicos como emocionais.

Segundo Anastasi e Urbina (2000) o medo é uma das reações comportamentais humanas. O comportamento humano pode ser definido como um fenômeno complexo, amplo e multi - determinado, implicando na contribuição de múltiplas variáveis para sua ocorrência. Seu estudo acurado está diretamente relacionado ao grau de acesso das variáveis que o

compõem, ou seja, ao quanto uma determinada técnica pode representar e explicar estas diferentes variáveis.

Como o medo e ansiedade são dois achados constantes em levantamentos bibliográficos sobre comportamento em ambiente odontológico, principalmente com crianças (GONÇALVES; SAGRETTI; BORGES, 1993; TAGUCHI et al., 1993; USBERTI, 1991; MC DONALD; AVERY, 1986), a literatura traz vasto material sobre avaliação e quantificação do medo ou ansiedade, sendo que os métodos mais comumente empregados são a aplicação de escalas ou questionários. As escalas são instrumentos psicológicos padronizados que servem para acessar comportamentos.

O medo implica em um comportamento insatisfatório por parte do paciente, que resulta em prejuízo na qualidade do tratamento odontológico, segundo Silva, Ammon e Vieira, (1994), Araújo (1990), Mc Donald e Avery (1986), Usberti (1991) e Castilhos (1979). Ten Berge et al. (1999) relatam que a etiologia do medo de situação odontológica na infância é considerada multifatorial e que vários estudos postularam ou sustentaram empiricamente que o traço da personalidade ou o desenvolvimento emocional-social ou cognitivo da criança são fatores importantes no desenvolvimento de medo em situação odontológica na criança. De acordo com Pinkham (1996) e Collares e Richman (2002) o medo de estranhos é quase um achado universal após o sétimo até doze meses de idade, embora sua intensidade varie de criança para criança. Outro medo é a separação dos pais, este começa por volta dos seis meses, tem seu pico entre 13/18 meses e depois declina. Segundo Finn (1976), Castilhos (1979) e Mc Tighe (1990) existem dois tipos de medo; o objetivo, que em situação odontológica pode ser descrito como uma experiência negativa anterior vivida pelo próprio

paciente, ou o medo subjetivo que está baseado em informações recebidas de outras pessoas sem que o paciente as tenha vivido pessoalmente.

O medo e a ansiedade provocados pela prática odontológica em um paciente fazem parte do cotidiano, contudo o profissional iniciante também pode apresentar uma certa preocupação em lidar com os pacientes. A faixa etária do paciente que provoca mais ansiedade por parte do profissional é a compreendida entre um a três anos de idade, segundo Araújo, (1990). Esta autora descreveu como atender especificamente crianças de um a três anos e forneceu com detalhes os aspectos psicológicos e comportamentais de cada faixa etária, orientou a sequência desde o primeiro contato: como examinar, a duração do exame e o próprio tratamento, bem como sugestões para orientar os pais e métodos para padronizar o comportamento do odontopediatra e seus auxiliares. No entanto, recomendou que não se tivesse uma rotina fixa de atendimento e sim que ela variasse de indivíduo para indivíduo e para isto era necessária uma análise tanto clínica quanto psicológica do paciente. Também Silva, Ammon e Vieira (1994) e Corrêa et al. (2003) pesquisaram crianças de três anos de idade e recomendaram que o profissional que tivesse interesse nesta área deveria possuir conhecimento de vários aspectos psicológicos e sociológicos do comportamento infantil e estabelecer uma relação positiva e de confiança que permitisse a realização do tratamento e manutenção da saúde oral da criança.

Klingberg et al, (1995) encontraram que o medo em relação à situação odontológica na criança estava relacionado à idade, medos gerais e medo em situação odontológica na mãe. Relataram que os outros autores associaram o medo em situação odontológica a: experiências prévias negativas de tratamentos dentais, ansiedade em encontrar estranhos e medo na família com relação à situação odontológica, medos gerais, condição emocional e experiências

medicas traumáticas. Resolveram estudar se o medo ou ansiedade frente a uma situação odontológica estava relacionado a problemas de comportamento, condição de saúde oral e impedimento em cuidar da saúde oral. Utilizaram sujeitos entre quatro e 11 anos e a Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS-DS), Corah Dental Anxiety (DAS) and CFSS – Short Form. Concluíram que o medo dental em crianças está associado ao impedimento em cuidar da saúde oral, aos problemas de comportamento e maior quantidade de superfícies cariadas. Os fatores etiológicos que mais influenciaram foram: medos gerais, ansiedade materna em relação à situação odontológica e idade do paciente. Os autores sugeriram que é importante que se enfatize a introdução precoce ao tratamento odontológico e aos tratamentos sem dor nos pacientes jovens.

Também Shoben e Borland (1954) discutiram sobre o medo e assumiram que o mesmo não é nato e sim adquirido. Relataram quatro hipóteses, também citadas por Bernstein, Kelinknecht e Alexander (1979), relacionadas à origem do medo: relação com a tolerância à dor, relação com experiências traumáticas, relação com atitudes dos pais ou herança familiar e relação com certos aspectos da personalidade. Bernstein, Kelinknecht e Alexander (1979) analisaram os antecedentes do medo dental em um estudo com 225 adultos mediante aplicação da Geer's Fear Survey Schedule (FSS-II) que é uma lista de estímulos e situações que podem gerar reações de medo avaliadas em uma escala que varia de um (nenhum medo) até sete (terror) associada a Dental Fear Survey (DFS) e Conceptions of Dentistry (CD). DFS é um questionário de 20 itens que pede descrições de reações físicas e emocionais durante tratamentos dentais e CD contém somente quatro itens, sendo que os itens um e três são analisados em uma escala de cinco pontos que varia de altamente positivo a altamente negativo e os itens dois e quatro que são descritivos. Ambos analisam a percepção do paciente

com relação a “dentistas em geral” e o “dentista pessoal/particular”. Concluíram que experiências negativas precoces influenciam o comportamento do paciente no futuro.

Klatchoian (1993) relata que o aumento das capacidades físicas e mentais relacionados a mudanças em complexidade e função, caracterizam o desenvolvimento da criança. Quando discorre sobre desenvolvimento, a autora relata algumas características das faixas etárias entre um e três anos de idade, salientando que na criança, entre nove e 18 meses, ocorre um aprendizado de normas e aparece o medo de estranhos. Entre dois e três anos, a criança ainda não sabe analisar suas impressões e solicita ajuda de outras pessoas, aumenta sua capacidade de atenção e permanece o medo de estranhos, barulhos e movimentos bruscos. Estas faixas etárias foram analisadas pela autora, devido a sua proximidade de desenvolvimento, já que a partir dos três anos a criança forma suas próprias opiniões e vai aumentando sua capacidade analítica, havendo menor grau de dificuldade em se utilizar as técnicas de manejo.

Brunner et al (1981) afirmam que, à medida que os estágios de desenvolvimento se sucedem, a criança se torna mais capaz enfrentar os problemas por meio de símbolos e idéias. Também citam os estágios de desenvolvimento de CASTILHOS, com suas características que são de grande importância para o odontopediatra, sendo que os mais expressivos para este trabalho são os três primeiros: do nascimento aos 15 meses, dos 12 meses aos três anos e dos três aos seis anos. Segundo Brunner et al. (1981), ao conhecer os estágios do desenvolvimento psicológico infantil, o Odontopediatra terá condições de educar a criança, fazendo-a crescer sem traumas.

Para Araújo (1990) e Silva, Ammon e Vieira (1994), quando se lida com seres humanos, não se podem estabelecer padrões rígidos e fixos de condutas e nem se pode esperar

respostas idênticas, já que a individualidade existe e se manifesta de maneiras distintas para cada faixa etária, classe social, origem, etc.. O que se pode fazer é estabelecer um padrão previsível de comportamento e trabalhar com uma margem de erro, utilizando a associação de técnicas, meios de avaliação e também a própria sensibilidade e bom senso profissional. Para estes autores e também para Issao e Guedes-Pinto (1988), Tollendal (1985), Fonseca e Toledo (1986), Toledo e Rocca (1986) e Cunha, Percinoto e Delbem (2003), a pronta aceitação da experiência odontológica para crianças antes de quatro anos de idade é difícil, pois a boca é uma região muito sensível e íntima e também nesta fase as crianças têm uma certa dificuldade de comunicação, são dependentes dos pais física e emocionalmente e costumam manifestar medo ante o inesperado e o desconhecido.

Assim é possível afirmar, segundo Corkey e Freeman (1994) e Taguchi et al. (1993), que o acesso à ansiedade durante atendimento odontológico é importante na prática odontológica para permitir a identificação dos pacientes que necessitam de cuidados especiais relacionados a seu estado emocional. Corkey e Freeman (1994) avaliaram 60 crianças com seis anos de idade e suas mães e concluíram que não houve relação entre gênero do paciente e condição social da família com medo e ansiedade apresentados durante atendimento. Porém esta relação ocorreu relacionada à maturidade emocional do paciente; quanto mais imaturo, maior o medo e ansiedade apresentados durante o atendimento.

Manter o paciente calmo e cooperativo é uma qualidade importante para o dentista, segundo Holst e Ek (1988). Em seu estudo avaliaram 2400 crianças com idades entre três e 16 anos de idade que foram atendidas por dentistas submetidos a treinamento prévio, adquirindo assim técnicas adequadas de manejo. Conforme relataram, o “medo de dentista” foi diagnosticado em crianças entre quatro e 16 anos e estava relacionado a: impedir tratamento,

não aceitar procedimentos e apresentar problemas de comportamento quando havia referências verbais à clínica de odontopediatria. Esta definição não se aplicava às crianças de três anos, que eram imaturas e não estavam habituadas à situação odontológica. A principal razão de problemas comportamentais, segundos os autores, estava relacionada com experiência negativa dental anterior.

Segundo Glennon e Weisz (1978), historicamente os principais métodos para medir ansiedade têm sido medidas fisiológicas, técnicas projetivas, auto-relatos e avaliações de comportamentos por observadores. Os autores discorrem sobre as possíveis falhas e limitações destes métodos, porém justificam a escolha para seu trabalho das escalas de observação de comportamento com tendo vantagens e um número pequeno de desvantagens. Eles criaram uma lista mais detalhada de itens de comportamentos, depois de uma busca sistemática na literatura e a utilizaram para formar a POSA – Escala Observacional de Ansiedade para Pré-escolares. Testaram a validade e fidedignidade do instrumento e depois o utilizaram em um estudo dividido em duas etapas: com e sem a presença da mãe. As crianças tinham entre 32 a 59 meses, com média de idade de 47 meses e desvio padrão de 7,7 meses. O total de crianças atendidas foi de 21 meninas e 15 meninos. A escala continha 30 itens com comportamentos e suas descrições. A escala não foi utilizada em situação odontológica e nem aplicada por dentistas. Destacou-se o fato dos autores demonstrarem como foi sua construção.

Winer (1982) estudou escalas de diversos autores para avaliar comportamento e realizou comparações entre elas por meio de tabelas simples e objetivas. Um dado interessante, citado na parte do estudo que versa sobre a incidência do medo dental e mudanças da idade, aponta para diminuição da ansiedade em anos pré-escolares. Aplicaram-se três tipos de questionários: de dados demográficos e sociais, de auto-avaliação e de

avaliação de pais ou professores sobre as crianças. O autor encontrou que: um número substancial de crianças apresentou comportamento positivo, mesmo nas faixas etárias mais baixas, a maioria das crianças está se comportando melhor por volta dos quatro ou cinco anos de idade e há indícios de aumento do comportamento positivo entre as idades de três a seis anos.

Goodman (1997) comparou o "*Strenghts and Difficulties Questionnaire*" (SDQ) (ANEXO F), com o "*Rutter's Questionnaire*" (RQ). Foram aplicados os questionários em pais e professores e resultados preliminares demonstraram que o SDQ foi considerado tão confiável e válido e com credibilidade em vários contextos, quanto o RQ, enquanto oferecia as seguintes vantagens: formato compacto, direcionamento nos aspectos positivos bem como nas dificuldades, abrangendo também a falta de atenção, relacionamentos semelhantes e comportamento pró-social e um único formato que se adaptava tanto aos pais como aos professores. O SDQ é um questionário que abrange vários comportamentos, emoções e relacionamentos de crianças e pessoas jovens, segundo o autor. Seu planejamento segue às especificações: ser compacto (um só lado da folha), ser aplicável às crianças e jovens (idades entre quatro e 16 anos), a mesma versão ser usada por pais e professores, uma versão similar estar disponível para auto-relato, forças e dificuldades estarem bem representadas, haver o mesmo número de itens para cada uma das cinco dimensões relevantes (problemas de conduta, sintomas emocionais, hiperatividade, relacionamento fixo/direto e comportamento pró – social). Uma das dificuldades de se trabalhar com questionários é que os mesmos não podem ser aplicáveis em crianças com menos de três anos já que sua capacidade de compreensão ainda é pequena, porém podem ser aplicáveis aos pais.

Goodman e Scott (1999) compararam o “*Strengths and Difficulties Questionnaire*” (SDQ) com “*Child Behavior Checklist*” (CBCL) (ACHENBACH; ELDELBROCK, 1991; BORDIN et al., 1995). O SDQ é utilizado em pesquisas clínicas bem como em rotina clínica e prática educacional e sua maior vantagem é a ênfase aos aspectos positivos da criança, fator este que faz aumentar sua aceitabilidade junto aos entrevistados. Também foi o mais sensível em detectar desatenção-hiperatividade e internalização-externalização de problemas, porém o mesmo só pode ser aplicado nos pais ou escolares. O CBCL é um instrumento empregado para avaliar o funcionamento psicossocial de crianças e adolescentes de 4 a 18 anos, muito utilizado em pesquisas na área de Psicologia Infantil. Contém 138 itens sendo que 20 avaliam competência social e 118 avaliam problemas de comportamento. É um instrumento a ser respondido pelos pais ou responsável, que são solicitados a comparar o comportamento do filho com o comportamento de crianças da mesma faixa etária.

Os questionários têm sua importância na coleta de dados, porém, nem sempre são viáveis para qualquer tipo de população, uma vez que exigem participação direta da pessoa avaliada e esta pode ou não estar apta a respondê-los. Taguchi et al. (1993) trabalharam com questionários com pacientes com faixa etária acima de 15 anos. Talvez este seja um dos argumentos que levaram a maioria dos autores a trabalhar com escalas; sua simplicidade e facilidade de aplicação permitiram que fossem utilizadas nas mais diversas situações, avaliando diferentes variáveis e se revelaram instrumentos muito úteis para avaliação de medo e ansiedade.

Frankl, Shiere e Fogels (1962) desenvolveram uma escala, a “*Children’s Fear Survey Schedule*” (CFSS), para observação do comportamento que serviu de protótipo para estudos futuros sobre a aplicação de escalas em situação odontológica. A mesma consistiu de quatro

categorias de comportamento que variavam do mais positivo ao mais negativo. Utilizaram 112 crianças de três anos e meio a cinco anos e meio e que não tinham experiência de tratamento dental anterior. Observaram que fatores tais como: raça, sexo, condição sócio-econômica e frequência a creches ou berçários não alteraram a resposta das crianças ao medo dental. Também contrariaram a maioria das pesquisas já realizadas afirmando que os meninos eram mais ansiosos do que meninas e sugeriram que a idade ideal para um primeiro atendimento seria de quatro anos. A simplicidade da escala estimulou vários estudos que confirmaram sua confiabilidade e validade. Em seu artigo disseram que a idade pré – escolar, que varia de dois anos e meio a cinco anos e meio, é um período que compreende um desenvolvimento emocional e físico grande. Este é o período em que também ocorre o aumento do medo, já que aumenta a capacidade mental com maior poder de imaginação da criança. Novos contatos sociais surgem na vida da criança e entre estes contatos podemos citar o contato inicial com o dentista. Em uma sala de atendimento odontológico encontra-se, geralmente: barulhos e movimentos inesperados, possibilidade de dor, pessoas novas, imagens ou cheiros estranhos e ausência de uma figura conhecida de apoio (quando a criança entra sozinha no consultório). Todas estas situações externas podem produzir medo e ansiedade. A criança deve aprender a lidar com estes medos, caso contrário irá reagir: chorando, chutando, ou “lutando”. Apesar deste ser um trabalho pioneiro, também só se utilizou da faixa etária acima de três anos de idade.

Somente após a década de 30 iniciaram-se estudos que detalhavam as reações das crianças à prática da odontologia (WRIGHT, 1975). Uma nova forma de pesquisa começou a se formar, com vários autores estudando as escalas de avaliação de comportamento em situação odontológica na década de 60, comparando-as, aplicando-as em várias faixas etárias, diferentes sexos, raças e grupos sociais.

Corah (1969) desenvolveu uma escala denominada “*Corah Dental Anxiety Scale*” (CDAS), para medir ansiedade do paciente enquanto aguardava seu atendimento, que serviu de base para diversos trabalhos que relacionaram escalas de avaliação e tratamento odontológico efetuados em datas posteriores. Sua importância está na simplicidade, objetividade e facilidade de aplicação. A mesma consiste de quatro perguntas com cinco possíveis respostas, sendo que somente uma delas será assinalada e cada uma destas terá um escore individual que será somado aos outros três para, no final da avaliação, se obter o resultado. O menor valor irá indicar um possível “paciente sem medo”, e o maior valor indicará o correspondente oposto.

Wright et al. (1973) relataram que na década de 60 foi dada ênfase nas pesquisas sobre comportamento em odontopediatria e que algumas destas pesquisas foram direcionadas ao acesso dos efeitos de alguns procedimentos sobre o comportamento das crianças. Outras foram direcionadas a certas variáveis antecedentes ao comportamento das crianças durante suas visitas ao consultório odontológico. Scherer e Nakamura (1968) compararam a “*Fear Survey Schedule for Children*” (FSS-FC) com a “*Children’s Manifest Anxiety Scale*” (CMAS) de Castenda, Mc Candless e Palermo (1956), em 99 crianças com idade média de dez anos, para verificar se as mesmas eram válidas e confiáveis para a população infantil e concluíram que os índices de correlação foram suficientes para tanto. Outros autores citados por Wright (1975) também iniciaram seus estudos com escalas para avaliação do comportamento em situação odontológica, com destaque para o trabalho de Frankl, Shiere e Fogels (1962) que ainda hoje é utilizado como base para pesquisas nesta área (WRIGHT et al., 1973; COLLARES; RICHMAN, 2002; MC DONALD; AVERY, 1986). Sua escala é válida e confiável e pode ser utilizada para validação de outras. Klorman et al. (1978) também se utilizaram de várias escalas e afirmaram que as mesmas são úteis para predizerem

cooperação no tratamento dental, trabalharam com ansiedade materna e concluíram que a mesma não é responsável pelo medo adquirido da criança.

Em um estudo com o intuito de revisar uma escala de ansiedade, Reynolds e Richmond (1978) removeram 28 dos 73 itens da "*Children's Manifest Anxiety Scale*" (CMAS) e associaram a nove itens de uma Escala de Mentira, após critérios pré-estabelecidos, totalizando 37 itens da nova escala. Aplicaram em 329 alunos de várias idades, em uma escola com a supervisão de professores e obtiveram como resultado que a ansiedade era maior nas meninas que nos meninos. Até esta data, esta escala não havia sido aplicada em ambiente odontológico, fato que só ocorreria mais tarde com o trabalho de Alwin, Murray e Niven (1994). Esta escala foi traduzida e adaptada para o português por Gorayeb (1997).

Nas pesquisas com escalas, levantou-se a hipótese de haver diferença com relação a ansiedade entre filhos únicos, primogênitos e os demais. Sears (1949) afirmou que a ordem de nascimento da criança poderia ser uma variável psicológica e a relacionou com ansiedade. Também Schachter (1959), apud De Fee e Himmelstein (1969) relatou que o primeiro filho e o filho único tinham tendência a serem mais sensíveis à dor que os outros filhos. Em seu trabalho utilizou 146 crianças entre cinco e dez anos de idade e famílias que tinham até três filhos. Os primogênitos e filhos únicos foram reunidos em um único grupo e três dentistas aplicaram um questionário de dados sociais e uma escala simples de cinco itens e outra visual analógica. Como resultado, foi possível comprovar as duas hipóteses: que os filhos únicos ou primogênitos são mais medrosos e também mais sensíveis à dor que os outros filhos.

Nazif (1971) realizou um estudo basicamente farmacológico, testando medicações pré-operatórias em 24 crianças com idades entre três e seis anos, sem distinção de sexo ou raça, e

observando suas reações após a realização de procedimentos. Foram utilizadas três seqüências aleatórias em que as drogas obtiveram chances iguais de serem administradas em primeiro, segundo e terceiro lugares; sendo produzidas cápsulas com Thioridazine, Secobarbital Sódico* e placebo. Os resultados obtidos não mostraram diferenças significativas entre as duas drogas, porém mostraram diferenças entre elas e o placebo. Foi utilizada uma escala simples de quatro pontos, em que o grau de cooperação ou comportamento de uma criança foi classificado como: excelente, bom, médio ou pobre. Cada criança foi avaliada três vezes durante 15 minutos em cada situação: anestesia, preparo cavitário e escultura, sempre nesta mesma ordem. A escala demonstrou ser simples e confiável, já que a dificuldade em medir precisamente as respostas subjetivas, tais como ansiedade, medo e apreensão tem sido um grande problema.

Segundo Sonnenberg e Venham (1977), a visita ao dentista era uma experiência estressante para as crianças pequenas e quantificar sua resposta era difícil, porém necessário, já que métodos para reduzir medo e ansiedade estavam sendo desenvolvidos. Também citaram a preferência por escalas de comportamento e ansiedade como formas para se quantificar medo. Realizaram dois estudos utilizando o “*Human Figure Drawing*” (HFD), que embora ainda não tivesse sua validade comprovada, permitia sua aplicação em crianças pequenas com vocabulário limitado e relutantes em falar com estranhos. Os autores trabalharam com 60 crianças em idade pré-escolar, selecionadas randomicamente, sem experiência dental prévia. Na primeira visita realizaram exame clínico, índice de higiene oral, profilaxia, aplicação tópica de flúor e exame radiográfico. Outras sessões para realização de tratamento foram realizadas e após cada uma delas foram aplicadas o HFD e uma combinação

* Thioridazine: é um antipsicótico. bloqueador dos receptores dopamínicos
Secobarbital sodium; substância controlada que causa dependência, da família dos barbitúricos, sedativo, hipnótico, pré-anestésico (The Merck Index, 1989).

de cinco medidas adicionais. Comprovaram a eficiência do método, porém o mesmo se mostrou extenso e de difícil aplicação por parte dos dentistas, já que necessitava de um conhecimento e de profissional específico da área de Psicologia.

A necessidade de se avaliar comportamentos fez com que vários pesquisadores desenvolvessem escalas específicas para uso em situação odontológica e também fizessem comparações entre elas e validações pertinentes. Venham et al. (1980) validaram a “*Anxiety Scale*” (AS) e a “*Uncooperative Behavior Scale*” (UBS) utilizando o “Método de Comparação aos Pares”, descrito por Guilford em 1954, associado a gravações em fitas de vídeo. Nestas gravações as crianças eram mostradas sendo submetidas a várias fases do tratamento odontológico e as fitas eram avaliadas por observadores, que anotavam as reações das crianças nas escalas. Concluíram que ambas escalas eram confiáveis e válidas para serem aplicadas em odontologia e também facilmente integradas em atividades clínicas ou de pesquisa odontológica.

Estudos de Parkin (1988; 1989) sobre o assunto tratam da avaliação da ansiedade em situação odontológica, porém de formas distintas. Primeiramente realizou um trabalho em que foram utilizadas uma Escala Simples e uma Complexa para verificar a ansiedade em crianças em idade escolar. A Escala Simples, baseada na Aitken’s Scale (apud Parkin, 1988), consistia de uma linha de cem milímetros com suas extremidades denominadas: “*ansiedade*” e “*não ansiedade*”, enquanto que na Escala Complexa, baseada em Frankl, Shiere e Fogels (1962), se utilizava pares de comportamentos extremos de ansiedade. Ambas eram utilizadas por profissionais da área odontológica após a visualização de fitas de vídeo gravadas de 40 crianças com idade média de sete anos e meio, filmadas enquanto estavam na cadeira odontológica sendo submetidas a tratamento. No segundo estudo, observou que a ansiedade

dental havia sido avaliada através de vários métodos: medidas psicológicas, técnicas projetivas, questionários, observação sistemática e, mais comumente, por escalas utilizando a criança e o dentista. Parkin (1989) aplicou uma adaptação da Escala de Corah desenvolvida em 1968, a “*Child’s Dental Anxiety Scale*” (CDAS) juntamente com uma Escala Simples em 36 crianças, com idades que variavam de nove a 15 anos. Esta adaptação foi obtida com a modificação das perguntas à linguagem simples e compreensível para uma criança de nove anos de idade. A forma das respostas, ao invés de cinco alternativas possíveis, solicitava-se à criança uma graduação ao longo da linha já descrita. Os resultados mostraram que a Escala Simples, quando aplicada por um observador experiente, no caso um Odontopediatra, resultou em uma medida válida de ansiedade dental, já a CDAS não foi tão eficiente.

Greenbaum et al. (1990), relataram em seu trabalho que os Odontopediatras utilizam comumente um tipo de estímulo aversivo quando a criança não colabora ou não coopera durante o tratamento odontológico, na forma do *controle da voz*. Também Benfatti (1984), afirmou utilizar a técnica de controle de voz com a justificativa de que “a criança responde de forma favorável a uma ordem autoritária”. Segundo Corrêa et al. (2003) e Pansani, Bausells e Rocca (1997) o controle de voz ajuda a direcionar o tratamento, deste modo dever-se-ia alterar o volume e o tom de voz quando necessário. Greenbaum et al. (1990) avaliaram 40 crianças de três anos e meio a sete anos de idade. Quando a criança chegava à clínica eram aplicados quinze itens da CFSS-DS, “*Dental Subscale of the Children’s Fear Survey Schedule*” e depois era solicitado que ela expressasse como se sentia em estar no dentista, através do “*Self-Assessment Mannequin*” (SAM). O mesmo consistia de três etapas de desenhos de uma figura humana esquematizada, sendo que cada desenho correspondia a uma escala bipolar e quantificava três dimensões independentes da emoção: prazer, excitação e dominância. Esta versão foi utilizada para medir o afeto na criança, sendo que o medo foi

caracterizado por alta excitação, pouco prazer e pouca dominância. A técnica do controle de voz consistia em utilizar-se do estímulo aversivo, ou seja, quando o comportamento da criança começava a perturbar o bom andamento do tratamento, o dentista utilizava comando de voz mais alto, com a finalidade de parar o processo antes que ele se tornasse incontrolável. Diversos dentistas relataram que quando a técnica foi utilizada as crianças responderam bem, parando o comportamento alterado. É necessário lembrar que este tipo de técnica exige uma avaliação prévia comportamental do paciente para que a mesma não cause futuros "traumas" que possam piorar o tratamento posterior. Segundo Levy e Domoto (1979), o uso de técnicas aversivas cria uma falsa impressão de que houve mudança de comportamento, já que interrompe o comportamento negativo em curto prazo, mas em longo prazo pode criar uma relação negativa entre paciente e o profissional. Deve-se ressaltar que não é prudente recomendar o uso desta técnica, pois a literatura psicológica é farta ao contra indicar o uso de punição (SIDMAN, 1995; USBERTI, 1991). Já o sistema de avaliação do SAM se mostrou eficiente, válido e confiável, sendo utilizado em outros artigos por outros pesquisadores.

Também Alwin, Murray e Niven (1994) trabalharam com escalas: a "*Child Manifest Anxiety Scale*" (CMAS) de Castenda, Mc Candless e Palermo (1956) utilizada para medir ansiedade geral e a "*Venham Picture Scale*" (VPS) de Venham (1979) para ansiedade dental aplicadas nos pacientes, e "*Weinstein Dentist Behavioural Scale*" de Weinstein et al. (1982) aplicada no profissional. As crianças foram divididas em dois grupos, sendo um controle com 42 indivíduos e o experimental com 65, cujas idades variavam entre seis e 18 anos, sendo avaliadas antes do exame clínico pela CMAS e depois do exame pela VPS. Os autores concluíram que a criança que se mostrava ansiosa no ambiente odontológico não o era em todas as situações gerais. Porém observaram que o dentista mudava de atitude quando lidava com crianças ansiosas, aumentando as explicações, a qualidade de atenção, tinha menor

contato físico e questionava mais. A cada passo durante o tratamento perguntava como a criança estava se sentindo, se tinha alguma dúvida, se gostaria de receber alguma explicação.

Uma variedade de escalas semelhantes foi surgindo e, com a evolução na área, foram ocorrendo adaptações para a área de Odontopediatria com as respectivas validações posteriores. Alvesalo et al. (1993) validaram a “*Dental Fear Survey Schedule for Children*” (DFSS-C) de Cuthbert e Melamed (1982) na Finlândia e sugeriram que o medo ao odontólogo e aos procedimentos ditos invasivos era maior em meninos do que em meninas e maior nos que tinham cáries do que nos que não tinham. Utilizaram para este estudo uma população com 828 adolescentes com idade média de 13 anos.

A avaliação da ansiedade em crianças é amplamente baseada em observação do comportamento, utilizando-se de escalas de classificação. Hosey e Blinkhorn (1995), baseados em Cuthbert e Melamed (1982), realizaram um estudo em 29 crianças ansiosas com idades entre três e 16 anos e aplicaram as seguintes escalas: “*Frankl Behavioral Scale*” de Frankl, Shiere e Fogels (1962), “*Houpt Scale*” de Nazif (1971), “*Visual Analogue*” de Aitken (1969) e “*Global Rating*” de Hasty et al. (1981). Utilizaram dois juizes e quatro dentistas, além de 64 sessões gravadas em vídeo. Sugeriram o uso de questionários para pesquisas com adultos e adolescentes e escalas para pré-escolares, devido às limitações de vocabulário, compreensão e desenvolvimento emocional. Indicaram o uso da “*Houpt Scale*” de Nazif (1971) para avaliar itens específicos do tratamento, a “*Visual Analogue*” de Aitken (1969) e a “*Global Rating*” de Hasty et al. (1981) para avaliar as respostas de crianças ansiosas ao tratamento e a “*Frankl Behavioral Scale*” de Frankl, Shiere e Fogels (1962) para selecionar os pacientes da amostra.

Tentando buscar uma melhor compreensão do comportamento infantil Quinonez et al. (1997), pesquisaram 55 crianças saudáveis entre dois e cinco anos de idade, que iriam ser submetidas ao tratamento odontológico sob anestesia geral por três motivos: comportamentos totalmente não cooperativos, jovens demais para cooperar na cadeira odontológica e pacientes que necessitavam de tratamento extenso. Utilizaram como protocolo a aplicação da CMAS - “*Children’s Manifest Anxiety Scale*” de Castenda, Mc Candless e Palermo (1956) e utilizaram a versão para pais, já que as crianças eram jovens demais e incapazes de relatar suas experiências internas. Concluíram que as crianças em geral são tímidas e tendem a apresentar comportamentos inadequados na cadeira odontológica.

Liddell e Locker (1997) realizaram um estudo com 2609 adultos de 18 anos utilizando-se de questionários de dados demográficos e das escalas: “*The Corah Dental Anxiety Scale*” (CDAS) e “*The Pain Anxiety Symptoms Scale*” (PASS) e encontraram que mulheres são mais ansiosas que os homens, que pessoas mais jovens são mais ansiosas que os mais velhos e que o medo da dor é um importante preditor de ansiedade dental. Locker et al. (1999) trabalharam com 1420 adultos e investigaram a respeito de qual fase da vida tinha dado origem à ansiedade dental; encontraram que 50,9% dos pacientes relataram que a origem estava na infância.

Ten Berge et al. (1998) utilizaram a “*Dental Subscale of the Children’s Fear Survey Schedule*” (CFSS-DS), desenvolvida em 1982, com a finalidade de verificar a validade da mesma. A CFSS-DS era uma variação da “*Children’s Fear Survey Schedule*” (CFSS, FRANK1; SHIERE; FOGELS, 1962; MC DONALD; AVERY, 1986). A escala era utilizada para registrar diferenças do medo dental entre grupos controle e experimental, para identificar crianças “medrosas” e “corajosas” de uma grande parcela da população, para

calcular a prevalência do medo dental em crianças. Constava de 15 itens relacionados aos vários aspectos do tratamento dental. Foram selecionadas 150 crianças entre quatro e 12, anos, porém a escala foi aplicada nos pais, já que era inviável a aplicação nas próprias crianças. Os resultados mostraram a validade da escala CFSS-DS na mensuração do medo do tratamento dentário.

Wong, Humphris e Lee (1998) avaliaram 314 crianças entre oito e 15 anos, aplicando simultaneamente a DFSS-FC, a CDAS e “*Modified Child Dental Anxiety Scale*” (MCDAS), sendo que a última havia sido desenvolvida para acessar a opinião das crianças sobre procedimentos dentais específicos. A mesma exigia um grau de compreensão médio por parte do avaliado, tanto é que a faixa etária mínima foi de oito anos. A MCDAS foi aplicada com as DFSS-FC e CDAS, porque eram válidas e confiáveis. Com relação às qualidades psicométricas, os resultados foram favoráveis, sendo a escala recomendada para o estudo da ansiedade dental quando o pesquisador tem como objetivo avaliar a ansiedade associada aos procedimentos dentais.

Cunha et al. (2003) realizaram um estudo no qual foram atendidas 696 crianças entre zero e 36 meses, divididas em seis grupos de acordo com a idade, durante quatro sessões de atendimento. A análise mostrou o comportamento das crianças frente aos seguintes estímulos: entrada na sala de atendimento, exame bucal e higiene bucal. Os profissionais foram devidamente treinados, seguiram um protocolo e utilizaram a escala elaborada por Walter (1996) que divide as crianças em colaboradoras e não colaboradoras. Os autores concluíram que crianças entre zero e seis meses tendem a ser colaboradoras, entre sete e 30 meses são preferencialmente não colaboradoras e as de 31-36 meses não mostram diferenças entre comportamento quando do seu atendimento odontológico.

Segundo Venham et al. (1980), para a Odontopediatria o comportamento de uma criança e suas possíveis reações é material importante para a prática e há necessidade de ser estudado com cuidado. A primeira reação de uma criança a um tratamento dental pode facilitar ou impedir o curso e a qualidade do tratamento proposto. As reações das crianças, principalmente as pequenas, podem ser um sinal de que tipos de atitudes deverão ser tomados para que ela tenha disposição em aceitar procedimentos de rotina durante o atendimento odontológico e possíveis tratamentos restauradores. Clínicos e pesquisadores estão intensificando seus esforços para entender e otimizar as respostas de crianças pequenas ao tratamento dental. Um componente essencial para um programa de pesquisa neste campo é uma ferramenta válida e confiável que permita avaliar tais respostas. O desenvolvimento de técnicas de avaliação confiáveis e válidas é um dos maiores pré-requisitos para refinar a pesquisa de comportamento infantil e, ultimamente, para melhorar o controle / manejo clínico da ansiedade, permitindo, assim, a redução de respostas adversas ao tratamento. Segundo Venham et al. (1980) as escalas são relativamente fáceis de administrar, existe um bom uso delas neste campo e suas qualidades devem ser:

Quanto à confiabilidade = uma escala altamente confiável produz resultados similares quando usada para avaliar a mesma amostra de comportamento em tempos diferentes ou por observadores diferentes.

Quanto à validade = reflete o grau para o qual a escala mede o que é proposto medir. Uma escala válida é aquela que mede com especificidade e acuidade o traço que foi designado medir.

Quanto às propriedades mensuráveis = refere-se à natureza das categorias da escala e o relacionamento entre os pontos da escala. Somente podem ser determinadas através de um estudo empírico da performance da escala em situações de julgamento.

Ainda segundo Venham et al. (1980), o procedimento de classificação é simples, rápido e não intrusivo e por este motivo é facilmente integrado em atividades clínicas rotineiras ou projetos de pesquisa.

Pode-se notar uma grande preocupação entre os diversos estudos referidos anteriormente quanto a se utilizar escalas ou questionários como uma forma de avaliação, quantificação ou classificação do medo e ansiedade durante o tratamento odontológico. Porém não foi encontrado nenhum estudo que verificasse a presença ou ausência do medo e/ou ansiedade frente a uma situação nova, a primeira consulta odontológica. Não se encontraram trabalhos que pesquisassem uma avaliação prévia ao tratamento, quais os procedimentos ou quais as situações que provocavam a reação de medo na sequência do atendimento e também não se avaliaram as reações iniciais da criança em uma primeira visita a um ambiente odontológico.

Também não foram encontrados na literatura sobre Odontologia e Psicologia, instrumentos tais como escalas e questionários para avaliação de comportamento em situação de primeira consulta odontológica para crianças menores de três anos. Segundo Cunha et al. (2003) os dados existentes sobre esta faixa etária são escassos. Com a finalidade de preencher estas lacunas, vê-se a necessidade de trabalhar com uma faixa etária baixa, com idade mínima de um ano e idade máxima de quatro anos de idade, faixa esta onde é impossível usar as escalas citadas anteriormente. Evidencia-se a necessidade de elaborar uma escala simples especialmente para esta finalidade: avaliar as reações da criança em seu primeiro contato com o ambiente odontológico e os procedimentos clínicos.

Para este estudo optou-se por utilizar a idade máxima de quatro anos que correspondeu ao limite de idade em que os autores trabalharam nos artigos comentados na revisão bibliográfica. Existia um mito sobre a idade de três anos e o argumento era de que nesta fase a criança estaria apta a cooperar durante o tratamento odontológico, porém o mesmo já ficou ultrapassado (CROLL, 1987). Já a escolha da idade mínima teve como justificativas: a oficialização em 1986 pela “American Academy of Pediatric Dentistry” de que a primeira visita ocorresse antes dos 12 meses de idade (BÖNECKER; PINTO; DUARTE, 1995; CUNHA et al., 2003, GOEPFERD, 1996; FERREIRA; KRAMER; LONGONI, 1999) e a mudança de atitude por parte das mães que buscam pelo atendimento odontológico precoce, já no primeiro ano de vida (MOURA et al., 2001; BACON, 1957; PAIVA, 1994; BÖNECKER, FONSECA; DUARTE, 1999; GOEPFERD, 1996). Optou-se por não atender crianças menores de um ano, não só pela diferença de comportamento muito grande, mas também pelo baixo grau de compreensão da criança.

Pinkham (1996) relata que a primeira visita deve consistir em levar a criança ao consultório dental para realizar um passeio e uma orientação, mas reconhece que atualmente isto não é possível por limitações de tempo do dentista e dos pais. Sugere que esta deve ser o mais agradável e simples possível, para que a criança possa desfrutá-la ao máximo. Tollendal (1985) afirma que a primeira consulta é um marco decisivo para a boa continuidade do tratamento. Pansani, Bausells e Rocca (1997, p. 27) relatam que as “impressões emocionais da primeira visita ao consultório odontológico podem gerar marcas indeléveis na mente infantil que, mais tarde, repercutirão na personalidade adulta”. Law et al. (1969), Fonseca e Toledo (1986) e Corrêa et al. (2003) afirmam que a primeira visita deve ser planejada e sem realização de tratamento e Bönecker et al. (1999) sustentam que a mesma deve ocorrer no

primeiro ano de vida, uma vez que a prevalência de cárie nesta idade é baixa, mas aumenta no segundo e terceiro anos de vida.

Segundo Pinkham (1979), a informação obtida desde a observação do paciente na sala de espera, somada aos dados sociais e demográficos, entrevista com pais, primeiro contato com a criança, depois de analisada, permite a predição do comportamento e a escolha da técnica de manejo adequada àquele paciente. A confiabilidade desta predição depende das qualidades técnicas do profissional, seus conhecimentos, e utilização de instrumentos apropriados.

Walter, Ferelle e Issao (1996) afirmam que o planejamento do tratamento em odontopediatria deve ser realizado após a obtenção de todas as informações sobre as condições gerais e bucais complementadas por exames clínicos, laboratoriais e radiográficos. Um plano de tratamento bem elaborado deve levar à uma racionalização e organização dos procedimentos, promovendo um relacionamento promissor com a criança e conseqüentemente com os pais.

Buscando um atendimento precoce das crianças com finalidade preventiva e uma melhora na realização do tratamento odontológico, procurou-se reforçar a necessidade de um preparo do odontopediatra com relação à parte psicológica da criança. Tendo como base a literatura, concluiu-se que o melhor método para analisar a criança, do ponto de vista comportamental seria o uso de um instrumento de avaliação psicológica. Não se encontrou instrumento disponível na literatura nas condições pretendidas: crianças menores de quatro anos, em primeira consulta odontológica e avaliação do comportamento sem estar relacionado diretamente ao “medo”.

2 OBJETIVOS

O objetivo desta pesquisa foi elaborar, padronizar e normatizar uma escala para avaliação do comportamento das crianças (entre um e quatro anos de idade), em sua primeira visita ao consultório odontológico, por meio da observação de suas reações espontâneas frente a determinados procedimentos executados pelo odontopediatra, sem a realização de tratamento (CORRÊA et al., 2003; USBERTI, 1991). A análise final dos dados deverá permitir a elaboração de uma classificação diagnóstica que auxilie o odontopediatra a prever o comportamento da criança, para que possa escolher a técnica de manejo mais adequada e planejar melhor seu atendimento.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Participantes

Foram recrutadas para este estudo 436 crianças, com idades entre um ano a quatro anos, que ficavam durante o dia no próprio lar, em creches, centros comunitários ou pré-escolas públicas ou particulares, das cidades de Batatais, Brodowski e Ribeirão Preto e que não tinham experiência anterior com odontopediatra.

3.1.1) Os critérios para inclusão dos sujeitos nesta pesquisa foram:

Idade entre 12 a 47 meses

Ambos os sexos

Sem experiência prévia com dentista em situação de consulta odontológica.

3.1.2) Os critérios de exclusão adotados foram:

Ter relatado durante o atendimento vivência anterior com situação de consulta odontológica.

Adormecer durante a consulta.

Finalizaram o processo de coleta de dados 398 sujeitos, os quais atendiam aos critérios de inclusão e exclusão.

3.1.3) O convite para participação na pesquisa foi feito aos pais das crianças nas escolas, centros comunitários, creches e em suas próprias casas (com auxílio de voluntários da Pastoral da Criança), por meio de comunicados escritos explicitando os objetivos gerais da pesquisa e as instruções para a participação dos sujeitos (**APÊNDICE A**). Todos os pais que concordaram com a participação de seus filhos assinaram o Termo de Consentimento Informado (**APÊNDICE B**).

3.1.4) Previamente o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sendo aprovado. (Processo nº 6791/2001)

3.2 Material

3.2.1) Locais de atendimento

O local de atendimento que sempre foi um consultório odontológico, também foi padronizado (TOLEDO e ROCCA, 1986). Foram utilizados consultórios odontológicos de escolas e unidades básicas de saúde, além do consultório particular do autor. Os mesmos eram constituídos de: uma sala de espera para preenchimento de fichas, com mobiliário que incluía cadeiras e mesas e uma sala de atendimento com equipamento mínimo para procedimentos odontológicos, além de pia e bancadas de apoio.

Os atendimentos foram realizados em 14 datas distintas no período de março a novembro de 2002. Os consultórios odontológicos utilizados estavam localizados em: Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade de Batatais, escola pública de ensino fundamental da cidade de Brodowski, clínica odontológica de faculdade de odontologia da cidade de Ribeirão Preto e consultório particular da pesquisadora. As datas e locais estão descritos na tabela abaixo.

Tabela 1 – Datas de atendimento e localização dos consultórios odontológicos

Nome	Cidade	Datas
UBS-Vila Cruzeiro	Batatais	23/03/2002 - 27/04/2002
UBS – CAIC	Batatais	06/04/2002
UBS-Vila Lopes	Batatais	13/04/2002
Consultório particular	Batatais	20/04/2002
UBS-Vila Lídia	Batatais	15/06/2002
UNAERP	Ribeirão Preto	01/08/2002
UBS-Altino Arantes	Batatais	24/08/2002
Colégio Elvira	Brodowski	13/09/2002 - 20/09/2002 27/09/2002 - 04/10/2002 18/10/2002 - 08/11/2002

Também foram incluídas no estudo as crianças de Batatais cujos pais procuraram espontaneamente o consultório particular do profissional e se interessaram pelos objetivos da pesquisa, divulgados pela imprensa local, e que se enquadravam no perfil necessário. Em todas os atendimentos o material e o procedimento eram os mesmos.

3.2.2) O equipamento e instrumental utilizados foram:

Uma cadeira odontológica para atendimento do paciente, com acionamento manual ou automático.

Dois mochos odontológicos, que são banquetas especiais com rodízios, sendo um para o profissional e outro para sua auxiliar.

Um equipo odontológico do tipo “cart” para colocação do espelho e bandeja clinica. Obs: os equipos são unidades móveis (tipo cart) ou fixas onde estão localizados: os motores de alta e baixa rotação, a seringa tríplice e onde se colocam os instrumentais clínicos para realização de procedimentos odontológicos.

Um refletor odontológico do tipo “reflex”, onde a luz que reflete no rosto do paciente é indireta.

3.2.3) O profissional responsável era um odontopediatra. A vestimenta utilizada pelo profissional era composta de:

Máscara descartável branca.

Luvras descartáveis para procedimentos, de látex e não-cirúrgicas.

Gorro branco descartável.

Sapatos brancos.

Jaleco branco de mangas longas.

3.2.4) A auxiliar era realmente uma auxiliar de consultório odontológico, com treinamento para preenchimento da escala EOCI feito pelo próprio pesquisador. A vestimenta utilizada pela auxiliar era composta de:

Jaleco branco de mangas longas de material descartável.

Gorro branco descartável.

Sapatos brancos.

3.2.5) Colaboradoras

Quatro colaboradoras voluntárias foram treinadas pelo profissional para padronizar os registros e realizaram: o preenchimento da ficha de identificação e dados demográficos, recolheram a assinatura dos pais no termo de consentimento informado, leram o folheto de orientação dos pais quando necessário e também preencheram uma ficha odontológica quando os atendimentos foram realizados em ambientes públicos. As mesmas possuíam vínculo informal com o profissional, sendo estudantes do ensino médio.

Sempre estiveram presentes duas colaboradoras para cada dia de atendimento.

3.2.6) Kit de higiene bucal:

Foram entregues para cada criança que participou da pesquisa, uma escova dental e um creme dental, com as devidas orientações sobre prevenção e higiene bucal.

3.2.7) Material impresso:

3.2.7.1) Comunicado aos pais – destinado ao recrutamento dos sujeitos, contendo os objetivos gerais da pesquisa e instruções para a participação (**APÊNDICE A**).

3.2.7.2) Termo de Consentimento Informado – texto que esclarecia o caráter científico da pesquisa e as condições de participação dos sujeitos (**APÊNDICE B**). Nos casos em que foram verificadas necessidades de tratamento odontológico, foram realizados os encaminhamentos pertinentes.

3.2.7.3) Ficha de Identificação do Paciente (FIP) e Dados Demográficos dos Pais (DDP) – consistiram de um questionário detalhado com o objetivo de colher dados sociais da criança e de seus pais e informações sobre medo e ansiedade apresentados pelos pais frente ao tratamento odontológico. A ficha de identificação foi preenchida por colaboradoras voluntárias treinadas. O treino das colaboradoras foi realizado pelo profissional, por meio de orientações que visavam à padronização do preenchimento da ficha e do fornecimento de esclarecimentos sobre a pesquisa (**APÊNDICES C e D**).

3.2.7.4) Informativo aos pais – folheto elaborado tendo como base as informações obtidas em Araújo (1990), Benfatti (1984), Toledo e Rocca (1986), Walter, Ferelle e Issao (1996) e Finn (1976), contendo orientações sobre como os pais deveriam proceder na sala de espera, no consultório e no final do atendimento, para interferir o mínimo possível nas reações da criança (**APÊNDICE E**).

3.2.7.5) Escala de Observação do Comportamento Infantil – EOCI.

3.2.8) EOCI – Escala de Observação do Comportamento Infantil

Inicialmente, para a construção de uma escala são necessários *procedimentos teóricos* que devem ser elaborados dependendo da literatura existente sobre o construto psicológico

que o instrumento pretende medir. A parte teórica consiste de todo um conjunto de passos que vão desde a reflexão sobre o assunto, o interesse, até a revisão da literatura para que se possa levantar toda a evidência empírica sobre o construto (PASQUALI, 1999).

Para esta pesquisa desenvolveu-se uma escala para avaliação do comportamento observável das crianças, elaborada com base em outras já existentes, porém não aplicáveis à faixa etária pretendida. A construção da EOCI é o resultado da análise das seguintes escalas:

Escala de Medo (CFSS, FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962; MC DONALD; AVERY, 1986) com suas categorias de comportamento (**ANEXO A**).

Sub - escala do Medo (CFSS-DS, TEN BERGE et al., 1998; MILGROM et al., 1995) pela descrição de itens (**ANEXO D**).

Escala Houpt (HS, HOSEY; BLINKHORN, 1995) pelo comportamento observado (**ANEXO B**).

Escala de Ansiedade Dental (DAS, CORAH, 1969), que para cada item apresentava cinco possíveis respostas (**ANEXO C**).

Escalas Simples e Complexa (SS, CS, PARKIN, 1988) onde eram encontrados extremos de comportamento.

Escalas de Classificação de Ansiedade (ARS) e de Comportamento Não Cooperativo (UBRS, VENHAM et al., 1980) onde as pontuações eram de um a cinco.

Preschool Observation Scale of Anxiety (POSA), escala apresentada por Shoben e Boreland (1954) e a Escala Comportamental de Wright (MELO e WALTER, 1997), com os quatro tipos de conduta e suas caracterizações (**ANEXO E**).

A definição de construto foi operacional, ou seja, o mesmo foi definido em termos de operações concretas, isto é, a partir de comportamentos físicos através dos quais o próprio construto se expressava. Vários passos metodológicos foram definidos para que houvesse uma padronização, ou seja, uma uniformidade dos procedimentos de aplicação e uma aferição, que é a determinação da pontuação do teste, seguida de normatização para que escores obtidos por diferentes pessoas sejam comparáveis. A seqüência descrita é baseada em Pasquali (1999).

O modelo inicial da escala EOCI foi elaborado e aplicado em um estudo piloto (WEINSTEIN et al. 1996) feito com dez crianças convidadas, com idades que variam de um a cinco anos. Foi observado durante os atendimentos que o item “cadeira em movimento” era o que provocava reações mais fortes na criança (TAGUCHI et al., 1993), portanto optou-se por colocá-lo depois do item “exame”, ou seja, examinar e depois movimentar a cadeira. Cabe ao profissional interromper esta “cadeia” ou seqüência de eventos que podem provocar o medo ou ansiedade. Verificou-se a necessidade de condicionamento da criança ao movimento da cadeira, já que quando se realiza o tratamento odontológico, a criança passa por um processo de condicionamento e dessensibilização tanto ao ambiente como aos equipamentos e instrumentais; portanto a versão final da escala foi modificada para melhor se enquadrar à rotina de atendimento.

Segundo Lechner (1966), as evidências empíricas vêm sendo usadas para guiar o protocolo de atendimento de pacientes de faixa etária baixa (pré-escolares). Os dentistas que trabalham nesta área devem estar sempre em contato com novas técnicas de manejo através de cursos, artigos e livros.

Optou-se pela idade máxima de quatro anos para facilitar a obtenção de sujeitos sem experiência odontológica prévia, já que mesmo nas classes sociais mais baixas a procura pelo atendimento odontológico está cada vez mais precoce. A escala que se apresenta na página 57 é a versão final que foi utilizada no estudo.

Esta escala foi denominada Escala de Observação do Comportamento Infantil (EOCI) e consta de dez itens, que descrevem a reação da criança aos procedimentos a serem realizados com ela durante seu primeiro contato com o Odontopediatra. Este primeiro contato consistiu de uma consulta breve, com duração de aproximadamente 15 minutos, com exame clínico superficial e geral da condição dental, sem avaliar estruturas adjacentes, com a apresentação à criança da cadeira, refletor, equipamento e instrumental mínimo (espelho) além de luva e máscara. Não se julgou prudente aglutinar vários procedimentos em um mesmo passo, já que para uma criança a mudança de uma etapa para outra, desperta curiosidade e gera uma reação (WRIGHT et al., 1973). A simplicidade desta primeira consulta deveu-se ao objetivo de somente avaliar e familiarizar a criança com o ambiente odontológico (ROSENGARTEN, 1961; KLATCHOIAN, 1993; MC DONALD; AVERY, 1986; USBERTI, 1991; TOLLENDAL, 1985; FONSECA; TOLEDO 1986; FERREIRA, KRMAER; LONGONI, 1999). O exame clínico completo e detalhado foi deixado para uma segunda sessão.

A construção da EOCI realizou-se em várias fases:

- 1) Seleção dos itens
- 2) Pontuação
- 3) Ordenação dos resultados da escala
- 4) Classificação dos comportamentos das crianças

Optou-se por utilizar a técnica de observação direta intensiva, já que para coleta dos dados eram utilizados os sentidos de visão e audição, além do exame das reações da criança. A observação foi sistemática, ou seja, planejada, já que foi utilizado um instrumento, no caso uma escala, para coleta dos dados observados; participante, já que houve interação do pesquisador com o sujeito, e individual, já que ele observava as reações sozinho, sem interferências e transmitia sua avaliação à auxiliar. Por fim definiu-se a escolha do tipo de escala a ser construída, como sendo do tipo Lickert, já que as reações corresponderiam a valores numéricos que depois de somados resultariam em uma pontuação (MARCONI e LAKATOS, 1986).

3.2.8.1) A seleção dos itens (expressão da representação comportamental do construto), que direcionariam a observação do comportamento das crianças, foi realizada com base em Pasquali (1999) e também na experiência profissional do autor. Esta introdução hierárquica da criança à situação dental foi baseada em resultados de investigações precoces da aceitação da criança ao tratamento dental, segundo Holst et al. (1993). Os itens deveriam seguir alguns critérios de Pasquali que dizem respeito a escalas verbais. Para a seleção dos itens da EOCI foram usados os seguintes critérios:

- a) Comportamental – o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto.
- b) Objetividade – o item deve cobrir comportamentos observáveis na situação odontológica.
- c) Simplicidade – o item deve expressar uma única idéia.
- d) Clareza - o item deve ser inteligível e não conter ambigüidades.
- e) Relevância – o item deve ter pertinência e correspondência em relação à situação estudada.

- f) Precisão – o item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo.
- g) Tipicidade – observar aspectos relevantes (típicos, próprios, inerentes) ao atributo.

3.2.8.2) A descrição de cada um dos itens para os quais se avaliou a reação da criança:

1. **Odontopediatra** – odontopediatra devidamente paramentado com roupas, jaleco, sapatos e gorro brancos.
2. **Sala** – ambiente odontológico completo que necessariamente deve ter: cadeira, equipo, mocho, refletor, luva e máscara e o instrumental necessário visível, (espelho).
3. **Cadeira** – cadeira odontológica específica, automática (com acionamento do encosto pelo pedal) ou manual (com acionamento por alavanca). Quando foi utilizada a cadeira com acionamento manual em duas UBS, o profissional procurou realizar o movimento de maneira suave e semelhante à cadeira automática.
4. **Luva** – luva de látex branco para procedimentos.
5. **Máscara** – máscara descartável branca.
6. **Refletor** – do tipo Reflex, que utiliza iluminação indireta.
7. **Espelho** – espelho clínico com cabo de metal esterilizável.
8. **Exame clínico bucal visual** – dos dentes, sem avaliação da mucosa, tecido gengival, lábios e estruturas adjacentes.
9. **Cadeira em movimento** - acionamento da cadeira levando a criança de uma posição de 90° para 170°, após o término do exame.
10. **Saída** – despedida da criança e sua saída do consultório.

Cada item foi formulado seguindo uma seqüência de atendimento padrão. O item “Odontopediatra” foi escolhido por ser o primeiro contato que a criança tem quando chega ao consultório. O profissional que lida com crianças deve convidá-la a entrar na sala de atendimento, procurando com isto manter um vínculo. Portanto o item “sala” foi escolhido como segunda opção. Como o próximo passo seria convidar a criança a se sentar, para que fosse realizado o atendimento, o item escolhido foi “cadeira”. O mesmo raciocínio levou o profissional a adotar, na seqüência, a colocação de “luvas” e “máscara” como os itens seguintes. Estando devidamente paramentado e havendo a necessidade de se realizar o exame clínico, o próximo passo foi o ato de acender o “refletor” e mostrar à criança o “espelho”. Para a realização do “exame” seria necessário o “acionamento da cadeira”, mas o estudo piloto mostrou que este procedimento provocava reações negativas na criança, então se optou por realizar este movimento após o exame. Ao término deste, o ato da criança sair da cadeira não despertou curiosidade do profissional, mas sim o ato de sair da sala, e este foi o décimo e último item escolhido para compor a escala.

3.2.8.3) A descrição operacional das atitudes do profissional foi ordenada da seguinte forma:

1. **Odontopediatra** - Convidava a criança a entrar na sala sorrindo e se apresentando como dentista que estava ali para "ver seus dentinhos", porém sem ser efusivo e sem contato físico, mostrando-se calmo e confiante. (BENFATTI, 1984; FINN, 1976; HOLST et al. 1993; ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988).

2. **Sala** - apresentava a sala à criança como sendo o lugar em que ela iria "mostrar seus dentinhos" ao dentista para que ele os conhecesse, buscando se utilizar de uma “linguagem compatível com o nível de desenvolvimento da criança, evitando palavras que pudessem produzir medo ou temor, e com o vocabulário o mais simples possível“, segundo Benfatti

(1984) e Corrêa et al. (2003). O uso de uma linguagem adequada favorece a aproximação e o contato entre o paciente e o profissional.(SARNAT, 2001; WRIGHT; ALPERN, 1971; CUNHA et al., 2003; WRIGHT et al., 1973; CORRÊA et al., 2003).

3. **Cadeira** - Para as crianças que andavam sozinhas, era solicitado à mãe que ajudasse a criança a se sentar na cadeira odontológica, para que ela "descansasse" e para as crianças que não andavam, era solicitado à mãe que já sentasse com ela no colo (HOLST et al. 1993; WRIGHT et al., 1973). Foi observado que isto ocorreu com crianças com um ano ou crianças que já entravam na sala chorando ou gritando (WRIGHT; ALPERN, 1971).

4. **Luva** - Durante o ato de calçar as luvas, olhava sempre nos olhos da criança enquanto dava as explicações necessárias, sempre utilizando um tom de voz baixo e tranquilo (CORRÊA et al., 2003; ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990), sem aparentar pressa ou ansiedade.

5. **Máscara** - Mostrava a máscara dos dois lados e os elásticos. Durante a colocação permanecia de frente para a criança para que ela não perdesse nenhum movimento. Para estes procedimentos foi utilizado sempre um tom de voz baixo para que a criança não se assustasse ou ficasse ansiosa (CORRÊA et al., 2003; ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990). A máscara foi colocada e não mais removida durante os procedimentos seguintes.

6. **Refletor** - O refletor era abaixado e colocado na altura dos olhos da criança, e depois aceso, virado para baixo com explicações de que "era a luzinha que iria deixar os dentinhos mais brilhantes" (WRIGHT; ALPERN, 1971; WRIGHT et al., 1973).

7. **Espelho** - O espelho era mostrado à criança, de frente e em posição vertical de modo que ela visse seu rosto refletido, para depois explicar que o mesmo servia para ver também “os dentinhos” (WRIGHT; ALPERN, 1971; WRIGHT et al., 1973).

8. **Exame clínico bucal visual** - O profissional solicitava que a criança “abrisse a boca” para que ele pudesse ver “os dentinhos” e lentamente introduzia o espelho, iniciando assim o exame propriamente dito (HOLST et al. 1993; WRIGHT; ALPERN, 1971; CUNHA et al., 2003; WRIGHT et al., 1973; JOHNSON; BALDWIN, 1969). Verificava quantos e quais dentes a criança tinha e que tipo de lesões de cárie ou ausências dentais apresentava. Não foram observados: agenesias e seus motivos, supranumerários, displasias, problemas ortodônticos, lesões de mucosa bem como doenças da boca ou sistêmicas em estágio inicial. Este procedimento não teve duração longa, já que o exame era realizado de maneira rápida e superficial, devido ao fato da criança menor, na maioria das vezes, oferecer resistência para abrir a boca e também não ficar muito tempo com a boca aberta (CORRÊA et al., 2003; ISSAO e GUEDES- PINTO, 1988; FONSECA; TOLEDO, 1986).

9. **Cadeira em movimento** - terminado o exame, era explicado à criança que a cadeira iria se movimentar “como um brinquedo de parque de diversões”, para cima e depois para baixo, como “deitar no sofá para descansar”. Acionava-se a cadeira de forma manual ou automática, primeiro levantando e depois deitando, até que atingisse a posição próxima de 90° em relação à vertical.

10. **Saída** - Convidava-se a criança a sair da cadeira, dizendo que o exame havia terminado e que o profissional já tinha visto seus dentinhos. O profissional agradecia a cooperação, orientava quanto ao hábito de higiene oral, entregava uma escova dental com o

creme dental e então se despedia com um aceno, mantendo-se próximo à cadeira sem chegar até a porta. OBS: Este procedimento foi realizado para que as crianças que se encontravam do lado de fora não vissem o profissional antes do seu próprio exame.

3.2.8.4) Os itens de um a nove foram avaliados segundo uma escala de respostas do tipo Lickert de cinco pontos tal como a que se segue:

- 1) **Não aceitou e fez birra** – negação em cooperar, participar ou olhar, choro acompanhado ou não de gritos, agitação psicomotora e necessidade de contenção.
- 2) **Não aceitou** – negação em cooperar, participar ou olhar, choro constante e inclinação para o lado oposto ao profissional.
- 3) **Aceitou com restrição** – cooperou, participou ou olhou, sem choro, com olhos arregalados, acompanhamento com os olhos de todos os movimentos do profissional.
- 4) **Aceitou** – cooperou, participou ou olhou, sem choro, atendimento de todas as solicitações do profissional, demonstrando tranquilidade.
- 5) **Aceitou sorrindo** – cooperou, participou ou olhou, sem choro, apresentando boa interação com o profissional, colaboração e manuseio do instrumental.

O item dez foi pontuado separadamente, porque ofereceu uma avaliação adicional sobre a qualidade do relacionamento da criança com o profissional durante a consulta odontológica. Este dado é importante porque pode sugerir a necessidade de procedimentos de dessensibilização com relação à figura do dentista.

O item dez foi avaliado segundo uma escala do tipo Lickert de cinco pontos:

- 1) **Saiu correndo** – saída da sala sem olhar para trás, sem se despedir do profissional, expressão infeliz, choro constante.
- 2) **Saiu apressado** – saída sem olhar para trás, sem se despedir do profissional, expressão séria, sem choro.
- 3) **Saiu e não prometeu voltar** – saída com despedida do profissional, expressão indiferente, sem choro.
- 4) **Saiu e prometeu voltar** – saída sorridente com despedida do profissional.
- 5) **Saiu com alegria, acenando, prometeu voltar** – saída eufórica, contato físico com o profissional (abraço), sorriso e acenos.

Estas respostas foram passadas à auxiliar em voz baixa e durante o atendimento, sem interrupção, já que a mesma foi treinada para seguir a sequência já descrita. Quando não foi possível que a auxiliar entendesse o valor numérico, no caso de crianças que gritaram demais, o profissional mostrava o número com a mão esquerda.

Para cada item da escala de avaliação EOCI foi atribuído um valor numérico e após o término do exame, todos foram somados, obtendo uma pontuação final. Esta pontuação, após a análise de percentis e quartis, permitiu o estabelecimento de normas para resultado total da escala e também para cada item, por idade e sexo. Foram realizadas também as análises correlacionais para que fossem estabelecidas as qualidades psicométricas do instrumento (WEINSTEIN et al., 1996). Deste modo presume-se que foi possível classificar o paciente de acordo com o comportamento apresentado durante todo o tempo. A forma de classificação foi explicitada após a análise de dados.

Escala de Observação do Comportamento Infantil (EOCI)

ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

1) Odontopediatra	_____
2) Sala	_____
3) Cadeira	_____
4) Luva	_____
5) Máscara	_____
6) Refletor	_____
7) Espelho	_____
8) Exame	_____
9) Cadeira em movimento	_____
10) Saída	_____
TOTAL	_____

Ítems de 1 a 9

	Pontuação
a) Não aceitou e fez birra	1
b) Não aceitou	2
c) Aceitou com restrição	3
d) Aceitou	4
e) Aceitou sorrindo	5

Item 10

a) Saiu correndo	1
b) Saiu apressado	2
c) Saiu e não prometeu voltar	3
d) Saiu e prometeu voltar	4
e) Saiu com alegria, acenando, prometeu voltar.	5

A. Descrição de cada um dos dez itens da escala EOCI
--

1. **Odontopediatra** – Odontopediatra devidamente paramentado com roupas, jaleco, sapatos e gorro brancos.
2. **Sala** – ambiente odontológico completo que necessariamente deve ter: cadeira, equipo, mocho e refletor.
3. **Cadeira** – cadeira odontológica automática (com acionamento do encosto pelo pedal) ou manual (com acionamento por alavanca). Quando for utilizada a cadeira com acionamento manual o profissional deve realizar o movimento de maneira suave e semelhante à cadeira automática.
4. **Luva** – luvas de látex branco para procedimentos.
5. **Máscara** – máscara descartável branca.
6. **Refletor** – do tipo Reflex, que utiliza iluminação indireta.
7. **Espelho** – espelho clínico com cabo de metal esterilizável.
8. **Exame clínico bucal visual** – exame dental, superficial, sem avaliação da mucosa, tecido gengival, lábios e estruturas adjacentes.
9. **Cadeira em movimento** - acionamento da cadeira levando a criança de uma posição de 90° para aproximadamente 170°, após o termino do exame.
10. **Saída** – despedida da criança e sua saída do consultório.

B. Descrição operacional das atitudes do profissional:
--

1. **Odontopediatra** - Convida a criança a entrar na sala sorrindo e se apresentando como o dentista que vai "ver seus dentinhos", porém sem ser efusivo, sem contato físico, mostrando-se calmo e confiante (BENFATTI, 1984; FINN, 1976; ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988).

2. **Sala** - apresenta a sala à criança como sendo o lugar em que ela vai "mostrar seus dentinhos" ao dentista para que ele os conheça, buscando se utilizar de uma "linguagem compatível com o nível de desenvolvimento da criança, evitando palavras que possam produzir medo ou temor e com vocabulário o mais simples possível", segundo Benfatti (1984) e Corrêa et al., 2003. O uso de uma linguagem adequada favorece a aproximação e o contato entre o paciente e o profissional (SARNAT, 2001).

3. **Cadeira** - Para as crianças que andam sozinhas deve-se solicitar à mãe que ajude a criança a se sentar na cadeira odontológica para que ela "descanse" e para as crianças não andam deve-se solicitar à mãe que se sente com ela no colo.

4. **Luva** - Durante o ato de calçar as luvas, olhar sempre nos olhos da criança enquanto se dá a explicação necessária, sempre utilizando um tom de voz baixo e tranquilo (CORRÊA et al., 2003; ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990), sem aparentar pressa ou ansiedade.

5. **Máscara** - Mostrar a máscara dos dois lados e os elásticos. Durante a colocação permanecer de frente para a criança para que ela não perca nenhum movimento. Para estes procedimentos utilizar sempre um tom de voz baixo para que a criança não se assuste ou fique ansiosa (CORRÊA et al., 2003; ISSAO e GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990). A máscara deve ser colocada e não mais removida durante os procedimentos seguintes.

6. **Refletor** - O refletor deve ser abaixado e colocado na altura dos olhos da criança e depois virado pra baixo e aceso com explicações de que "é a luzinha que vai deixar os dentinhos mais brilhantes".

7. **Espelho** – O espelho deve ser mostrado à criança, de frente e em posição vertical, de modo que ela veja seu rosto refletido, para depois explicar que o mesmo serve para ver também “os dentinhos”.

8. **Exame clínico bucal visual** – O profissional deve solicitar que a criança “abra a boca” para que ele possa ver “os dentinhos” e lentamente deve introduzir o espelho, iniciando assim o exame propriamente dito. Deve verificar quantos e quais dentes a criança tem e que tipo de lesões de cárie ou ausências dentais apresenta. Não deve observar: agenesias e seus motivos, supranumerários, displasias, problemas ortodônticos, lesões de mucosa bem como doenças da boca ou sistêmicas em estágio inicial. Este procedimento deve ser realizado de maneira rápida e superficial.

9. **Cadeira em movimento** – Após terminar o exame, explicar à criança que a cadeira irá se movimentar “como um brinquedo de parque de diversões”, para cima e depois para baixo, como “deitar no sofá para descansar”. Acionar a cadeira de forma manual ou automática, primeiro levantando e depois deitando, até que fique em uma posição próxima de 170° em relação à vertical.

10. **Saída** – Convidar a criança a sair da cadeira, dizendo que o exame terminou e que o “dentista já viu seus dentinhos”. Deve-se agradecer a cooperação, orientar a mãe / acompanhante quanto aos hábitos de higiene oral, se despedir com um aceno, mantendo-se próximo à cadeira.

C. Descrição do significado das respostas para cada item:

ITENS 1 a 9

- a) **Não aceitou e fez birra** – negação em cooperar, participar ou olhar, choro acompanhado ou não de gritos, agitação psicomotora e necessidade de contenção.

Valor correspondente = 1.

- b) **Não aceitou** – negação em cooperar, participar ou olhar, choro constante e inclinação para o lado oposto ao profissional.

Valor correspondente = 2.

- c) **Aceitou com restrição** – cooperou, participou ou olhou, sem choro, com olhos arregalados, acompanhamento com os olhos de todos os movimentos do profissional.

Valor correspondente = 3.

- d) **Aceitou** – cooperou, participou ou olhou, sem choro, atendimento de todas as solicitações do profissional, demonstrando tranquilidade.

Valor correspondente = 4.

- e) **Aceitou sorrindo** – cooperou, participou ou olhou, sem choro, apresentando boa interação com o profissional, colaboração e manuseio do instrumental.

Valor correspondente = 5.

ITEM 10

- a) **Saiu correndo** – saída da sala sem olhar para trás, sem se despedir do profissional, expressão infeliz, choro constante.

Valor correspondente = 1.

- b) **Saiu apressado** – saída sem olhar para trás, sem se despedir do profissional, expressão séria, sem choro.

Valor correspondente = 2.

- c) **Saiu e não prometeu voltar** – saída com despedida do profissional, expressão indiferente, sem choro.

Valor correspondente = 3.

- d) **Saiu e prometeu voltar** – saída sorridente com despedida do profissional.

Valor correspondente = 4.

- e) **Saiu com alegria, acenando, prometeu voltar** – saída eufórica, contato físico com o profissional (abraço), sorriso e acenos.

Valor correspondente = 5.

3.3 Procedimentos

3.3.1) Solicitou-se à Secretaria da Educação de Batatais uma listagem com os nomes das crianças, com idades entre um e quatro anos, de todas as pré-escolas, centros comunitários e creches municipais e também uma listagem com o nome das pré-escolas particulares. A faixa etária pretendida permitiu a emissão de comunicados somente para as creches municipais, em uma primeira etapa.

3.3.2) Das 398 crianças atendidas, 299 eram crianças que permaneciam em casa durante o dia, portanto solicitou-se a colaboração de voluntários da Pastoral da Criança na distribuição de comunicados nos bairros.

3.3.3) Em uma terceira etapa, para atingir-se um número maior de crianças, foram emitidos comunicados para as creches particulares e também pré-escolas particulares da cidade de Batatais.

3.3.4) As crianças das creches municipais e da Pastoral da Criança foram atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município e as de creches e pré-escolas particulares em consultório particular. Para os atendimentos nas UBS, solicitou-se a permissão à Secretaria da Saúde do Município com a justificativa de haver uma maior proximidade com as crianças, facilitando assim sua colaboração e aumentando o número de atendimentos. A Secretaria da Saúde, na pessoa do chefe dos cirurgiões dentistas, solicitou em troca que se preenchesse uma ficha odontológica para cadastramento na rede pública de cada criança. Como o atendimento odontológico

público se inicia por volta de quatro anos nos centros comunitários, elas não se encontravam cadastradas. Após reunião para discutir como seriam agendados os pacientes e quais seriam as disponibilidades das UBS, optou-se por realizar uma doação de uma escova dental e um creme dental, em nome da Prefeitura Municipal, para cada criança que participasse da pesquisa. O mesmo critério foi adotado para as crianças de pré-escolas e creches particulares, por iniciativa do profissional.

3.3.5) No município de Brodowski, a participação da criança na pesquisa estava vinculada não só ao cadastramento na rede pública, como à manutenção do recebimento de um litro de leite diário, que faz parte de um programa social do Governo do Estado de São Paulo. Os atendimentos foram confirmados pelo Serviço Social da Prefeitura Municipal, mediante a entrega, após o término do exame, de uma carta de comparecimento, fornecida pela Secretaria Municipal da Promoção Social, que é responsável pelo programa, e assinada pelo dentista. Os pais ou responsáveis deveriam entregar a carta no Departamento competente para manter o recebimento diário de leite.

3.3.6) Na cidade de Ribeirão Preto foi realizado um dia de atendimento na Faculdade de Odontologia UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto. As crianças foram agendadas pelos funcionários da triagem e deveriam seguir os critérios de inclusão. Foram realizados os atendimentos e também foram preenchidas fichas da própria universidade para agendamento e posterior tratamento das crianças.

3.3.7) Foram confeccionados os comunicados aos pais, com adaptações pertinentes quanto à data e local, com o motivo e esclarecimentos sobre a pesquisa. Os

mesmos foram pessoalmente entregues, pelo profissional, nas creches e depois recolhidos, com a solicitação que fossem assinados para confirmar a presença na data do exame, permitindo assim uma otimização de atendimento.

A auxiliar do profissional foi previamente treinada durante o estudo piloto para padronizar os registros obtidos durante a aplicação da escala EOCI e informada de quais seriam os materiais utilizados e como deveriam ser acondicionados para serem transportados para os locais de atendimento (FINN, 1976; HOLST et al. 1993). Para anotação dos dados das fichas foram levadas várias canetas, impressos diversos, além de fichas odontológicas da Prefeitura. Como folheto de orientação aos pais foram feitas duas cópias que, depois de plastificadas, permaneciam com as colaboradoras para que as mesmas lessem juntamente com eles e pudessem esclarecer dúvidas.

Em uma caixa eram acondicionados: caixas de luvas descartáveis, jalecos brancos de manga longa, gorros brancos e máscaras brancas embalados em sacos plásticos, uma caixa metálica previamente esterilizada com os espelhos clínicos e uma bandeja de aço inoxidável.

3.3.8) A divulgação da pesquisa na cidade de Batatais, visando a conseguir maior participação, foi efetuada através da colaboração da imprensa local. Foram gravadas duas entrevistas na emissora de televisão local, TV Educadora, com explicações do motivo da pesquisa, como seria realizada, quais eram os locais de atendimento, os dias e o horário. Enfatizou-se a necessidade da colaboração materna e de verificação do estado da saúde oral de seu filho. Entre as duas entrevistas, foi gravado um convite com dia e hora para dar ênfase aos comunicados, que era veiculado intermitentemente, e também foram feitas várias chamadas pelo apresentador da televisão durante seu

programa diário. Houve também a participação em dois programas de grande audiência da Radio Difusora AM, ao vivo, antes dos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

O horário em que ocorreram os atendimentos foi o mesmo nas três cidades. Quando aconteciam no período da manhã, iniciavam às 8:00 e terminavam às 11:00 horas e quando aconteciam no período da tarde, iniciavam às 13:00 e terminavam às 17:00 horas.

3.3.9) A sala de atendimento era preparada colocando-se o equipo ao lado da cadeira odontológica, com a bandeja e um espelho clínico. A cadeira permanecia em posição 90°, o mocho do profissional ao seu lado direito e o da auxiliar ficava atrás da cadeira, ao lado do profissional. A caixa de luvas e a caixa metálica com espelhos permaneceram sobre a bancada. Não foram utilizados: o compressor, seringa tríplice, os motores de baixa e alta rotação, que permaneceram desligados durante a pesquisa, já que envolviam condicionamento ao equipamento odontológico. Não foi colocado o protetor ou babadouro, já que este ato necessitava de um contato maior do odontopediatra com a criança.

3.3.10) A seqüência de atendimento descrita foi padronizada desde o preenchimento das fichas na sala de espera (QUINONEZ et al., 1997; TEN BERGE et al., 1998), até o efetivo atendimento da criança e anotação de suas reações, seguindo critérios pré-estabelecidos (HOSEY; BLINKHORN, 1995; ARAÚJO, 1990; PAIVA, 1994) e teve como base a experiência profissional da autora e informações obtidas em publicação de Guedes-Pinto, Correa e Giglio (1991), Issao e Guedes-Pinto (1988) Walter, Ferelle e Issao (1996). O tempo de atendimento, segundo Lenchner (1966),

para pré-escolares, é de no máximo 15 minutos. Com base neste autor procurou-se trabalhar com um tempo de aproximadamente 15 minutos, contrariando Issao e Guedes-Pinto (1988) que sugeriram a duração das consultas de 25 a 30 minutos. Finn (1976) e Mc Donald e Avery (1986) também preconizaram o tempo de duração pequeno para as sessões.

As colaboradoras, previamente orientadas pelo profissional, submetiam aos pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Informado e aplicavam a Ficha de Identificação do Paciente (FIP) e Dados Demográficos dos Pais (DDP) **(APÊNDICES B, C e D).**

As colaboradoras liam com os pais o folheto “Informativo aos Pais” e esclareciam dúvidas sobre como se comportarem, para evitar uma interferência negativa durante o exame clínico sobre o relacionamento paciente - profissional (ARAÚJO, 1990; FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962; BRUNNER et al, 1981; CASTILHOS, 1979; ROSENGARTEN, 1961; TOLEDO; ROCCA, 1986; PAIVA, 1994; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996) **(ANEXO E)**.

Um dos pais ou o responsável era encaminhado para a sala de atendimento pela colaboradora, que entregava suas fichas para a auxiliar do profissional. Caso a criança estivesse acompanhada de ambos os pais, a preferência recaía sempre sobre a mãe para permanecer com a criança, deixando os demais acompanhantes na sala de espera (FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962; FINN, 1976).

A criança era recebida na sala de atendimento odontológico pelo odontopediatra que a cumprimentava e chamava pelo nome, depois a levava pela mão, sempre acompanhada pela mãe, e mostrava a sala de atendimento, convidando-a a se sentar na cadeira odontológica (QUINONEZ et al., 1997; FINN, 1976; ISSAO e GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990; TAGUCHI et al. 1993; PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997). Somente Mc Donald e Avery (1986) sugeriram que fosse a auxiliar a responsável pela recepção da criança. No caso de crianças muito pequenas, até 18 meses, as mesmas poderiam se sentar no colo de sua mãe (SILVA; AMMON; VIEIRA, 1994; BÖNECKER; PINTO; DUARTE, 1995; MC DONALD; AVERY, 1986). No caso de crianças maiores de 18 meses o indicado, segundo Bönecker, Pinto e Duarte (1995), era que as mesmas fossem colocadas diretamente na cadeira e que a mãe permanecesse ao lado, dentro do campo visual da criança. O profissional manifestava alegria em conhecer o cliente, porém sem exaltação (ARAÚJO, 1990; LAW et al. 1969).

Na sala de atendimento estavam presentes: a criança, sua mãe ou responsável, a auxiliar, que iria preencher a escala EOCI, e o profissional que iria realizar o atendimento odontológico.

Para obter a familiarização do paciente com o profissional, com o equipamento e o exame clínico foi adotado o Método de Addelston “DIGA, MOSTRE, FAÇA” (SILVA; AMMON; VIEIRA, 1994; BENFATTI, 1984; LEVY; DOMOTO, 1979; MC TIGUE, 1990; PINKHAM 1996; PINHEIRO, 1991; OLSEN, 1964; SANDRINI, 1995; TAVARES, 2000; WRIGHT et al., 1973;

MC DONALD; AVERY, 1986; TOLLENDAL, 1985; CORRÊA et al., 2003; WALTER; FERELLE; ISSAO, 1996; PANZANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997).

O Odontopediatra buscou se utilizar sempre de uma linguagem adequada e que favorecesse o contato para se comunicar com a criança. Foram utilizados como auxiliares para as explicações histórias infantis e fantasia, bem como assuntos educativos (ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990; WALTER, FERELLE; ISSAO, 1996). Foram feitos elogios contínuos para todos os comportamentos de cooperação da criança, utilizando-se da Técnica do Reforço Positivo (SILVA et al., 1994; GUEDES-PINTO; CORREA; GIGLIO, 1991; ARAÚJO, 1990; LEVY; DOMOTO, 1979; SARNAT, 2001; PINKHAM 1996; KLATCHOIAN, 1993; LAW; LEWIS; DAVIS, 1969; OLSEN, 1964; SANDRINI, 1995; USBERTI, 1991; WEINSTEIN et al., 1982; PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997).

Com a criança sentada na cadeira e utilizando-se de explicações compreensíveis à sua faixa etária, o profissional iniciava o exame clínico. Segundo Klatchoian (1993) e Corrêa et al. (2003), o vocabulário não deveria ser inadequado e segundo, Brunner et al, (1981), a terminologia adotada deveria ser simples, honesta. Sandrini (1995) afirmou que as explicações a cada passo evitavam surpresas desagradáveis e Klatchoain (1993) que gestos mal empregados poderiam ser mal interpretados.

Após sua apresentação e observando a reação da criança, o profissional dirigia-se de modo discreto à sua auxiliar e reportava o código numérico que representava aquela reação demonstrada pela criança. Durante as etapas consecutivas que eram sala e cadeira, o procedimento também foi o mesmo, com o profissional de pé e acomodando a criança. Os próximos passos já foram feitos com o profissional sentado e próximo à criança. As luvas eram calçadas, uma de cada vez, com explicações de que “*as mãos precisavam estar limpas e branquinhas*”, outras vezes era necessária a associação com bexigas de aniversário para diminuir o impacto negativo da situação nova. A máscara era então colocada, sem movimentos bruscos, de modo que a criança não perdesse o profissional de vista e nem se assustasse. Depois de colocada no rosto era novamente retirada, para depois ser recolocada, adotando uma semelhança com brincadeiras de “*Cute, ahou!*”. Deste modo a criança apresentaria menos reações adversas. Após esta explicação a máscara não era mais retirada, permanecendo no rosto do profissional até o término do exame. A luz do refletor era acesa e, caso a criança se assustasse, era então apagada para depois ser acesa novamente. A explicação dada era de que “*na boca estava escuro e que não dava para enxergar os dentinhos*”. Tanto as alças do refletor quanto o botão do interruptor estavam protegidos seguindo as normas de biosegurança em todos os consultórios utilizados. O espelho era mostrado à criança e, quando solicitado, era permitido a ela que o segurasse um pouco, sendo utilizado outro espelho para realização do exame. Era explicada sua finalidade, “*contar quantos dentinhos a criança tinha e se eram bonitinhos*”.(SANDRINI, 1995; MC TIGUE, 1990; PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997).

Os itens seguintes da escala EOCI eram os que demandavam maior cuidado e perícia, já que aumentavam o contato físico com a criança e conseqüentemente a tendência a reações negativas (HOLST; EK, 1988).

O primeiro exame clínico bucal carrega uma grande carga emocional, pois o profissional vai penetrar no esquema mais primitivo de vida da criança, já que a cavidade oral nesta faixa de idade é o principal meio de relação com a vida (ARAÚJO, 1990; PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997).

O exame clínico bucal visual da criança foi realizado sem se preocupar com outras estruturas adjacentes à cavidade bucal, tais como tecidos moles e glândulas, bem como não foram avaliados problemas de fala ou respiração. Optou-se por não seguir o protocolo proposto por Bönecker, Fonseca e Duarte (1999) que preconizava um exame clínico intra e extra bucal detalhado. O mesmo teve como finalidade a orientação aos pais e preenchimento da ficha de cadastramento de pacientes das Prefeituras de Batatais e Brodowski, das fichas de triagem da UNAERP e a construção da escala. Durante a seqüência foram examinados primeiro os dentes inferiores esquerdos, passando pelos direitos e depois os superiores direitos terminando com os esquerdos, sendo a ordem dos anteriores para os posteriores.

Durante a realização do exame clínico, na seqüência já descrita, não foram realizados comentários negativos quando eram detectadas cáries ou outras lesões. Posteriormente, caso o responsável demonstrasse interesse, era orientado a procurar o tratamento odontológico preventivo ou curativo.

Não foi realizado nenhum tratamento (TEN BERGE et al., 1998; WINER, 1982; ARAÚJO, 1990; CUNHA et al., 2000; ROSENGARTEN, 1961; CORRÊA et al., 2003).

A cadeira era então movimentada para trás e explicava-se que a mesma era semelhante aos “*brinquedos dos parques de diversões, subindo e descendo como os*” *aviõezinhos* “, indo para frente e para trás como as” *gangorras* “. Foi dito também para a criança que, no momento de acionar a cadeira” *dever-se-ia “segurar a barriga”* sendo que uma das mãos era a da criança, sob a outra que era a do profissional. O movimento era lento e depois a cadeira era recolocada na posição inicial de 90°. Os passos foram necessários, porque de acordo com Holst e Ek (1988) e Pinkam (1996) o ato de “deitar” a cadeira era a pior experiência para crianças menores.

A máscara do dentista era removida por ele após o término do exame clínico bucal visual.

Por fim a criança era convidada a sair da cadeira, explicava-se que o exame já havia terminado, era então agradecida sua cooperação, mesmo que não houvesse, e entregava-se a escova e o creme dental, levando-a até a porta e despedindo, avaliando o último item da escala.

As fichas de dados demográficos, a autorização dos pais, as fichas de cadastramento ou triagem eram conferidas e contabilizava-se a pontuação final da escala EOCI.

As luvas eram descartadas e as mãos lavadas.

A auxiliar, com luvas, substituíva o espelho por outro limpo.

A sala estava pronta para mais um atendimento.

O Odontopediatra avaliou a criança desde seu primeiro contato na entrada da sala de atendimento até a saída da sala através de uma escala, que foi denominada de Escala de Observação do Comportamento Infantil. Para a construção desta escala, vários passos metodológicos foram definidos para que houvesse uma padronização, ou seja, uma uniformidade dos procedimentos de aplicação e da determinação da pontuação para que escores obtidos por diferentes pessoas fossem comparáveis segundo Pasquali (1999).

Os valores obtidos pela criança no desempenho durante a avaliação foram passados à auxiliar por meio de um código numérico, de modo discreto, que impossibilitou à criança entender o que foi observado a seu respeito. Foi feito de modo simples, rápido e objetivo. Conforme as etapas se sucediam, os números eram ditos em voz baixa, entre as explicações que eram dadas à criança e a auxiliar, previamente treinada, anotava na escala, em silêncio e sem interromper ou questionar o Odontopediatra.

Quando a criança saía, o profissional tinha em mãos sua Ficha de Identificação do Paciente (FIP) e Dados Demográficos dos Pais (DDP) juntamente com a Escala de Observação do Comportamento Infantil (EOCI) e uma visão geral da condição bucal da criança.

4 RESULTADOS

4.1) Análise descritiva

Os dados provenientes da FIP e DDP foram descritos / tabulados com a utilização do programa estatístico Epi Info 6.04 (1996). A análise preliminar permitiu a caracterização demográfica dos sujeitos e de suas famílias.

4.1.1) Descrição dos Sujeitos

Na Tabela 2 são apresentadas as variáveis sexo e idade dos participantes deste estudo, com suas frequências e porcentagens. Os participantes foram, em sua maioria, do sexo feminino (52.80%) e 47,20% foram do sexo masculino. Em relação à faixa etária observou-se que 152 crianças apresentavam idades entre 12 e 24 meses (38.20%), 131 apresentavam idades entre 25 e 36 meses (32,90%) e 115 apresentavam idades entre 37 e 48 meses (28,91%).[†]

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos segundo idade e sexo

Variável	Especificação	Frequência	Porcentagem
Sexo	Feminino	210	52,8%
	Masculino	188	47,2%
Idade em meses	12-24	152	38,2%
	25-36	131	32,9%
	37-48	115	28,9%

[†] A distribuição entre os sexos assemelha-se à distribuição da cidade de Batatais onde 50,4% da população é do sexo feminino e 49,6% é do sexo masculino, segundo o IBGE, censo de 2000.

A descrição das crianças segundo gênero e idade é apresentada na Tabela 3, onde é possível notar que das 152 crianças situadas na faixa etária compreendida entre 12 e 24 meses 21,85% do total eram meninas e 16,08% eram meninos. Das 131 situadas na faixa etária compreendida entre 25 e 36 meses 15,07% do total eram meninas e 17,33% eram meninos e, das 115 situadas na faixa etária que compreendia os meses de 37 a 48, 15,82% do total eram meninas e 13,06% eram meninos.

Tabela 3 - Descrição do sexo dos sujeitos segundo a faixa etária

Idade (Meses)	Sexo				Total
	Feminino	Porcentagem	Masculino	Porcentagem	
12-24	87	21,85%	65	16,80%	152
25-36	60	15,07%	71	17,83%	131
37-48	63	15,82%	52	13,06%	115
Total	210	52,8%	188	47,2%	398

Na Tabela 4 descreve-se a posição do filho na família e percebe-se que 50.30% do total de crianças atendidas eram filhos caçulas, seguidos de filhos únicos (32.90%). As outras faixas etárias apresentaram números menos expressivos.

**Tabela 4 - Posição do filho na família com relação
ao total de crianças analisadas**

Posição do filho na família	Frequência	Porcentagem
Caçula	200	50,3%
Único	131	32,9%
Primogênito	33	8,3%
Filho do meio	18	4,5%
Outros	16	4,1%
Total	398	100,00%

Na Tabela 5 apresentam-se dados relativos aos locais onde as crianças permaneciam durante o dia. É possível notar que 75,1% das crianças permaneciam em casa durante o dia, 16,3% ficavam em creches particulares ou municipais e apenas 8,0% estavam em pré-escolas. O baixo índice observado em Centro Comunitário pode ser explicado pelo fato de que, nas cidades pesquisadas, os mesmos funcionavam como pré-escolas municipais e aceitavam predominantemente crianças acima de 48 meses de idade.

Tabela 5 – Locais de permanência das crianças durante o dia

Procedência	Frequência	Porcentagem
Lar	299	75,1%
Creche	65	16,3%
Pré-escola particular	32	8,0%
Centro comunitário	2	0,5%
Total	398	100,0%

Na Tabela 6 foram tabulados os dados relativos aos estágios das pré-escolas particulares e creches. Das crianças que se encontravam em pré-escolas particulares e creches, os dados mostram que 36,08% delas se encontravam no estágio Maternal 1, que normalmente corresponde à faixa etária de dois anos de idade. Nota-se que alguns pais não informaram o estágio em que se encontravam seus filhos.

Tabela 6 – Estágios de pré-escolas particulares e creches

Estágio	Frequência	Porcentagem
Berçário	26	26,80%
Maternal 1	35	36,08%
Maternal 2	10	10,30%
Sem informação	26	26,82%
Total	97	100,0%

Na Tabela 7 foram descritas as condições de saúde da criança, como: a presença ou ausência de qualquer tipo de deficiência física, a existência ou não de consulta médica anterior e a ocorrência ou não de internação hospitalar por qualquer motivo. Entre todas as crianças atendidas, 95,50% não apresentaram nenhum tipo de deficiência física, 98,70% já tinham sido atendidas em consultas médicas e 23,60% já haviam passado por experiência hospitalar de natureza variada, desde internações por desidratação, pneumonia até pequenas cirurgias.

Tabela 7 - Condições de saúde da criança

Deficiência Física	Frequência	Porcentagem
Presença	18	4,5%
Ausência	380	95,5%
Total	398	100,00%
Experiência com médico	Frequência	Porcentagem
Sim	393	98,7%
Não	5	1,3%
Total	398	100,00%
Experiência hospitalar	Frequência	Porcentagem
Sim	94	23,6%
Não	304	76,4%
Total	398	100,00%

4.1.2) Características Demográficas dos Pais

As crianças atendidas vieram de famílias com origens e status social diversos. Observou-se que 80,50% das famílias eram constituídas por casais legalmente casados ou amasiados e 19,50% por pessoas que criavam seus filhos sem a presença de um companheiro ou companheira. Nesta categoria estão incluídos: viúvos, separados, desquitados, divorciados e solteiros. Os dados que relatam os outros aspectos demográficos dos pais constam da Tabela 8.

Tabela 8 - Dados demográficos descritivos dos pais

Idade	Pai		Mãe	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
<20	5	02,25%	44	11,05%
21-30	143	35,92%	193	48,49%
31-40	122	30,65%	111	27,88%
41 e +	34	08,54%	14	03,51%
Sem informação	94	23,61%	36	09,04%
Instrução				
0-2 anos de estudo	27	06,78%	37	09,29%
3-4 anos de estudo	78	19,59%	86	21,60%
5-8 anos de estudo	106	26,63%	114	28,64%
9-11 anos de estudo	69	17,33%	89	22,36%
12 ou + anos de estudo	29	07,28%	38	09,54%
Sem informação	89	22,36%	34	08,54%
Renda				
0-2 salários	116	29,14%	273	68,59%
2,1-5 salários	142	35,67%	44	11,05%
5,1-10 salários	33	08,29%	17	04,27%
10,1-15 salários	15	03,76%	5	01,25%
15,1 ou + salários	3	00,75%	1	00,25%
Sem informação	89	22,36%	58	14,57%
Situação de trabalho				
Empregado	291	73,11%	156	39,19%
Desempregado	18	04,52%	205	51,50%
Sem informação	89	22,36%	37	09,29%
Religião				
Católico	241	60,55%	282	70,73%
Espírita	51	12,81%	59	14,82%
Evangélico	5	01,25%	10	02,51%
Sem informação	101	25,37%	47	11,80%

De acordo com a tabela, a variável idade dos pais mostra uma maior concentração tanto de pais (35,92%) como de mães (48,49%) na faixa etária situada entre 21-30 anos de

idade. Mostra também que, quanto à escolaridade, tanto pais (26,63%) quanto mães (28,64%), ficaram situados predominantemente entre 5-8 anos de estudo, que correspondem ao atual Ensino Fundamental (5ª a 8ª séries).

Com relação à renda, houve predomínio de pais (35,67%) com salários maiores (2.1-5 salários) e de mães (68,59% para 0-2 salários) com salários menores, porém em ambos os casos, a renda familiar foi sempre baixa. Na categoria “situação de trabalho” os resultados mostram que 73,11% dos pais estão empregados, contra 39,19% das mães. Foram agrupadas algumas variáveis descritivas para permitir uma melhor análise estatística. As categorias foram agrupadas em: “*empregados*” = autônomos / liberais, assalariados, empresários / comerciantes, funcionários públicos e “*desempregados*” = estudantes, donas de casa, aposentados. O resultado mostra 51,50% de mães desempregadas, provavelmente devido ao fato da categoria “dona de casa” estar incluída entre “desempregados”.

O predomínio da religião católica sobre as outras, aparece tanto para pais (60,55%) como para mães (70,73%). Nenhum outro tipo de religião foi citado pelos pais ou responsáveis durante a aplicação do questionário.

Devido ao fato de muitas mães serem solteiras, viúvas ou separadas, notou-se uma maior desinformação com relação aos dados relativos aos pais.

Quando se perguntou aos pais ou responsáveis sobre ter ou não “medo de dentista”, 79,39% dos respondentes (pai ou mãe) disseram que não tinham medo e 19,09% deles disseram que tinham medo de dentista sendo que 1,5% não responderam.

4.1.3) Descrição dos resultados para cada item da escala

As tabelas seguintes mostram as frequências e porcentagens de cada resultado da escala EOCI, com cada uma das faixas etárias pesquisadas e sexo. Serão apontados em destaque os resultados das maiores frequências e as respostas enumeradas com valores um a cinco, correspondem às pontuações obtidas, quando observados os comportamentos durante cada fase do atendimento.

Na Tabela 9, o item descrito é o número um da escala “Odontopediatra”, que corresponde ao momento em que a criança é chamada para entrar no ambiente odontológico pelo Odontopediatra e este registra o comportamento observado sobre ela.

Tabela 9 – Resultados da EOCI quando avaliado o primeiro item “Odontopediatra”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	9	13,8	14	19,7	3	5,8	12	13,8	2	3,3	5	7,9
2	8	12,3	10	14,0	3	5,8	15	17,8	4	6,7	1	1,6
3	25	38,5	17	23,9	5	9,6	28	32,2	21	35,3	12	19,0
4	17	26,2	23	32,4	29	55,8	23	26,4	24	40,0	19	30,2
5	6	9,2	7	9,9	12	23,1	9	10,3	9	15,0	26	41,3
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 38,5% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 32,2% para um total de 87 do sexo feminino. Já na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou” teve maior frequência com valores de 32,4% para um total de 71 crianças do sexo masculino e 40,0% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a mesma pontuação aparece com 55,8% em 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco, que corresponde a “aceitou sorrindo”, com 41,3% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 10, o item descrito é o número dois da escala, “Sala”, que corresponde ao momento em que a criança entra no ambiente para atendimento odontológico.

Tabela 10 – Resultados da EOCI quando avaliado o segundo item “Sala”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	8	12,3	13	18,3	3	5,8	13	14,9	2	3,3	5	7,9
2	8	12,3	9	12,7	3	5,8	14	16,1	2	3,3	0	0,0
3	25	38,5	19	26,5	5	9,6	29	33,3	22	36,7	12	19,0
4	18	27,7	24	33,8	29	55,8	23	26,4	26	43,3	20	31,7
5	6	9,2	6	8,5	12	23,1	8	9,2	8	13,3	26	41,3
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 38,5% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 33,3% para um total de 87 do sexo feminino. Já na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, teve maior frequência com valores de 33,8% para um total de 71 crianças do sexo masculino e 43,3% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro que corresponde a “aceitou” aparece com 55,8%, entre as 52 crianças do sexo masculino, e a pontuação cinco, que corresponde a “aceitou sorrindo”, aparece com 41,3% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 11, o item descrito é o número três da escala, “Cadeira”, que corresponde ao momento em que a criança é colocada sobre a mesma e avaliado o impacto que este ato causa sobre ela.

Tabela 11 – Resultados da EOCI quando avaliado o terceiro item “Cadeira”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	11	16,9	14	19,7	3	5,8	13	14,9	2	3,3	5	7,9
2	10	15,4	9	12,7	2	3,8	16	18,4	5	8,3	1	1,6
3	23	35,4	20	28,2	6	11,5	31	35,6	22	36,7	11	17,5
4	15	23,1	22	31,0	29	55,8	20	23,0	24	40,0	21	33,3
5	6	9,2	6	8,5	12	23,1	7	8,0	7	11,7	25	39,7
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 35,4% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 35,6% para um total de 87 do sexo feminino. Já na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, teve maior frequência com valores de 31,0% para um total de 71 crianças do sexo masculino e 40,0% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro que corresponde a “aceitou” aparece com 55,8% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco que corresponde a “aceitou sorrindo” aparece com 39,7% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 12, o item descrito é o número quatro da escala, “Luva”, que corresponde ao momento em que a criança visualiza o profissional calçando as luvas de procedimentos.

Tabela 12 – Resultados da EOCI quando avaliado o quarto item “Luva”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	8	12,3	12	16,9	3	5,8	14	16,1	2	3,3	6	9,5
2	10	15,4	8	11,3	2	3,8	11	12,6	1	1,7	1	1,6
3	24	36,9	23	32,4	5	9,6	32	36,8	25	41,7	11	17,5
4	17	26,2	20	28,2	30	57,7	23	26,4	26	43,3	22	34,9
5	6	9,2	8	11,3	12	23,1	7	8,0	6	10,0	23	36,5
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 36,9% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 36,8% para um total de 87 do sexo feminino. Também na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação três teve maior frequência com valores de 32,4% para um total de 71 crianças do sexo masculino e as pontuações quatro com 43,3% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, aparece com 57,7% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco, que corresponde a “aceitou sorrindo”, aparece com 36,5% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 13, o item descrito é o número cinco da escala, “Máscara”, que corresponde ao momento em que a criança visualiza o profissional colocando a máscara descartável.

Tabela 13 – Resultados da EOCI quando avaliado o quinto item “Máscara”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	9	13,8	12	16,9	3	5,8	14	16,1	3	5,0	7	11,1
2	9	13,8	7	9,9	3	5,8	10	11,5	4	6,7	0	0,0
3	21	32,3	25	35,2	5	9,6	31	35,6	23	38,3	11	17,5
4	19	29,2	20	28,2	30	57,7	25	28,7	24	40,0	21	33,3
5	7	10,8	7	9,9	11	21,2	7	8,0	6	10,0	24	38,1
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 32,3% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 35,6% para um total de 87 do sexo feminino. Esta tendência de respostas se repetiu na faixa etária entre 25 e 36 meses, com maior frequência de respostas três, com valores de 35,2% para um total de 71 crianças do sexo masculino e de 40,0%, para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, aparece com 57,7% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco, que corresponde a “aceitou sorrindo”, aparece com 38,1% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 14, o item descrito é o número seis da escala, “Refletor”, que corresponde ao momento em que o profissional acende o mesmo em frente à criança.

Tabela 14 – Resultados da EOCI quando avaliado o sexto item “Refletor”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	10	15,4	15	21,1	3	5,8	15	17,2	5	8,3	6	9,5
2	12	18,5	9	12,7	2	3,8	13	14,9	3	5,0	1	1,6
3	21	32,3	20	28,2	5	9,6	30	34,5	23	38,3	12	19,0
4	15	23,1	21	29,6	32	61,5	18	20,7	22	36,7	18	28,6
5	7	10,8	6	8,5	10	19,2	11	12,6	7	11,7	26	41,3
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 32,3% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 34,5% para um total de 87 do sexo feminino. Neste item ocorreu o inverso do anterior, já que na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação quatro teve maior frequência com valores de 29,6% para um total de 71 crianças do sexo masculino e a pontuação três com 38,3% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, aparece com 61,5% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco, que corresponde a “aceitou sorrindo”, aparece com 41,3% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 15, o item descrito é o número sete da escala, “Espelho”, que corresponde ao momento em que o profissional apresenta o espelho clínico à criança.

Tabela 15 – Resultados da EOCI quando avaliado o sétimo item “Espelho”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	13	20,0	15	21,1	4	7,7	22	25,3	6	10,0	6	9,5
2	9	13,8	11	15,5	2	3,8	10	11,5	4	6,7	3	4,8
3	21	32,3	19	26,8	5	9,6	22	25,3	24	40,0	10	15,9
4	13	20,0	19	26,8	30	57,7	22	25,3	18	30,0	18	28,6
5	9	13,8	7	9,9	11	21,2	11	12,6	8	13,3	26	41,3
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação número três, que corresponde a “aceitou com restrição”, teve suas maiores frequências com valores de 32,3% para um total de 65 crianças do sexo masculino, porém nas 87 crianças do sexo feminino ocorreu uma igualdade de porcentagens de 25,3% com relação às pontuações um, três e quatro que correspondem sucessivamente a “não aceitou e fez birra”, “aceitou com restrição” e “aceitou”. Já na faixa etária entre 25 e 36 meses, as pontuações três e quatro tiveram uma igualdade de frequências com valores de 26,8% para um total de 71 crianças do sexo masculino e 40,0% para um total de 60 crianças do sexo feminino, neste item houve um declínio de respostas favoráveis. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro aparece com 57,7% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco aparece com 41,3% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 16, o item descrito é o número oito da escala, “Exame”, que corresponde ao momento em que o profissional realiza o exame clínico da criança.

Tabela 16 – Resultados da EOCI quando avaliado o oitavo item “Exame”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	30	46,2	24	33,6	5	9,6	36	41,4	9	15,0	8	12,7
2	12	18,5	10	14,1	1	1,9	21	24,1	6	10,0	2	3,2
3	11	16,9	13	18,3	7	13,5	10	11,5	17	28,3	6	9,5
4	7	10,8	16	22,5	26	50,0	15	17,2	19	31,7	19	30,2
5	5	7,7	8	11,3	13	25,0	5	5,7	9	15,0	28	44,4
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação um, que corresponde a “não aceitou e fez birra”, teve maior frequência com valores de 46,2% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 41,4% para um total de 87 do sexo feminino. Também na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação um teve maior frequência com valores de 33,6% para as um total de 71 crianças do sexo masculino e a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, teve 31,7% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses a pontuação quatro, que corresponde a “aceitou”, aparece com 50,0% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco, que corresponde a “aceitou sorrindo”, aparece com 44,4% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 17, o item descrito é o número nove da escala, “cadeira em movimento”, que corresponde ao momento em que o profissional aciona a cadeira fazendo com que ela atinja aproximadamente 170°.

**Tabela 17 – Resultados da EOCI quando avaliado o nono item
“Cadeira em Movimento”**

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	10	15,4	17	23,9	4	7,7	16	18,4	6	10,0	6	9,5
2	13	20,0	8	11,3	2	3,8	23	26,4	4	6,7	2	3,2
3	25	38,5	24	33,8	7	13,5	26	29,9	19	31,7	12	19,0
4	12	18,5	17	23,9	28	53,8	16	18,4	26	43,3	19	30,2
5	5	7,7	5	7,0	11	21,2	6	6,9	5	8,3	24	38,1
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três teve suas maiores frequências com valores de 38,5% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 29,9% para um total de 87 do sexo feminino. Também entre 25 e 36 meses, a pontuação três teve maior frequência com valores de 33,8% para um total de 71 crianças do sexo masculino, já a pontuação quatro mostrou valores maiores com 43,3% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a mesma tendência se observa com pontuação quatro (53,8%) entre as 52 crianças do sexo masculino e pontuação cinco com 38,1% entre as 63 crianças do sexo feminino.

Na Tabela 18, o item descrito é o número dez da escala, “Saída”, que corresponde ao momento em que a criança deixa a sala de atendimento.

Tabela 18 – Resultados da EOCI quando avaliado o décimo item “Saída”

Pontuação	Masculino						Feminino					
	12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)		12-24 (Meses)		25-36 (Meses)		37-48 (Meses)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	8	12,3	13	18,3	4	7,7	10	11,5	1	1,7	3	4,8
2	12	18,5	10	14,1	3	5,8	18	20,7	5	8,3	1	1,6
3	20	30,8	14	19,7	4	7,7	28	32,2	17	28,3	7	11,1
4	12	18,5	19	26,8	25	48,1	17	19,5	20	33,3	22	34,9
5	13	20,0	15	21,1	16	30,8	14	16,1	17	28,3	30	47,6
TOTAL	65	100	71	100	52	100	87	100	60	100	63	100

Na faixa etária entre 12 e 24 meses, a pontuação três, que corresponde a “saiu e não prometeu voltar”, teve maior frequência com valores de 30,8% para um total de 65 crianças do sexo masculino e 32,2% para um total de 87 do sexo feminino. Já na faixa etária entre 25 e 36 meses, a pontuação quatro, que corresponde a “saiu e prometeu voltar”, teve maior frequência com valores de 26,8% para um total de 71 crianças do sexo masculino e 33,3% para um total de 60 crianças do sexo feminino. Na faixa etária entre 37 e 48 meses, a pontuação quatro apareceu com 48,1% entre as 52 crianças do sexo masculino e a pontuação cinco, que corresponde a “saiu com alegria, acenando, prometeu voltar”, aparece com 47,6% entre as 63 crianças do sexo feminino.

4.1.4) As médias e desvios padrões obtidos nos resultados por sexo e idade, relacionados com a somatória dos valores dos itens da escala, são descritos na tabela abaixo:

Tabela 19 – Médias, medianas e desvios padrões para idade e sexo relacionados à escala EOCI

	Sexo Feminino			Sexo Masculino		
	12 - 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses	12 - 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses
Média	28,74	34,07	39,35	29,38	29,44	38,36
Mediana	28	33	40	28,5	30	40
Desvio Padrão	10,96	9,37	11,43	10,95	11,66	10,02

As médias das respostas obtidas pelas crianças do sexo feminino mostraram uma progressão com o aumento da idade, já com relação ao sexo masculino somente houve progressão entre 25 e 36 meses e 37 e 48 meses. A mediana aumentou com a idade em ambos os sexos.

Tabela 20 – Média, mediana e desvio padrão para escala total EOCI

Média	32,73
Mediana	33
Desvio Padrão	11,59

A Tabela 20 mostra a média geral obtida pelas crianças na escala total com valor de 32,73. Os cálculos da mediana e do desvio padrão mostraram valores de 33 e 11,59 respectivamente.

4.1.5) Normatização: Distribuição dos Dados por Percentis e Quartis

Foi realizada a análise de percentis e quartis utilizando as variáveis: idade, sexo e também os resultados da escala EOCI com seus dados brutos.

A) Os dados se encontram distribuídos em tabelas por sexo:

Tabela 21 - Percentis para ambos os sexos

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	35	8,8	8,8
11,00	2	0,5	9,3
13,00	3	0,8	10,1
15,00	2	0,5	10,6
16,00	2	0,5	11,1
17,00	2	0,5	11,6
18,00	3	0,8	12,3
19,00	6	1,5	13,8
20,00	12	3,0	16,8
21,00	4	1,0	17,8
22,00	6	1,5	19,3
23,00	7	1,8	21,1
24,00	2	0,5	21,6
25,00	5	1,3	22,9
26,00	9	2,3	25,1
27,00	10	2,5	27,6
28,00	18	4,5	32,2
29,00	16	4,0	36,2
30,00	38	9,5	45,7
31,00	8	2,0	47,7
32,00	4	1,0	48,7
33,00	7	1,8	50,5
34,00	5	1,3	51,8
35,00	9	2,3	54,0
36,00	6	1,5	55,5
37,00	3	0,8	56,3
38,00	4	1,0	57,3
39,00	10	2,5	59,8
40,00	72	18,1	77,9
41,00	16	4,0	81,9
42,00	8	2,0	83,9
43,00	3	0,8	84,7
44,00	1	0,3	84,9
45,00	2	0,5	85,4
46,00	1	0,3	85,7
47,00	2	0,5	86,2
48,00	2	0,5	86,7
49,00	4	1,0	87,7
50,00	49	12,3	100,0
Total	398	100,0	

O 1º quartil (25,1%) mostrou uma variação dos resultados da EOCI entre 10 e 26, já no 2º quartil (50,5%) os resultados variaram entre 27 e 33 e no 3º quartil (77,9%) ficaram entre 34 e 40. O 4º quartil mostrou resultados que variaram entre 41 e 50.

Tabela 22 - Percentis para sexo feminino

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	13	6,2	6,2
11,00	1	0,5	6,7
13,00	3	1,4	8,1
15,00	2	1,0	9,0
16,00	2	1,0	10,0
17,00	1	0,5	10,5
18,00	2	1,0	11,4
19,00	3	1,4	12,9
20,00	3	1,4	14,3
21,00	2	1,0	15,2
22,00	2	1,0	16,2
23,00	5	2,4	18,6
24,00	2	1,0	19,5
25,00	2	1,0	20,5
26,00	4	1,9	22,4
27,00	3	1,4	23,8
28,00	10	4,8	28,6
29,00	11	5,2	33,8
30,00	21	10,0	43,8
31,00	4	1,9	45,7
32,00	3	1,4	47,1
33,00	5	2,4	49,5
34,00	3	1,4	51,0
35,00	4	1,9	52,9
36,00	4	1,9	54,8
37,00	2	1,0	55,7
38,00	2	1,0	57,6
39,00	5	2,4	59,0
40,00	36	17,1	76,2
41,00	4	1,9	78,1
42,00	5	2,4	80,5
43,00	2	1,0	81,4
44,00	1	0,5	81,9
45,00	1	0,5	82,4
46,00	1	0,5	82,9
47,00	1	0,5	83,3
48,00	2	1,0	84,3
49,00	3	1,4	85,7
50,00	30	14,3	100,0
Total	210	100,0	

O 1º quartil (28,6%) mostrou resultados que variaram entre 10 e 28 pontos, já o 2º quartil (51,0%) os resultados ficaram entre 29 e 34 e no 3º quartil (76,2%) entre 35 e 40. O 4º quartil novamente variou entre 41 e 50 pontos na escala .

Tabela 23 - Percentis para sexo masculino

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	22	11,7	11,7
11,00	1	0,5	12,2
17,00	1	0,5	12,8
18,00	1	0,5	13,3
19,00	3	1,6	14,9
20,00	9	4,8	19,7
21,00	2	1,1	20,7
22,00	4	2,1	22,9
23,00	2	1,1	23,9
25,00	3	1,6	25,5
26,00	5	2,7	28,2
27,00	7	3,7	31,9
28,00	8	4,3	36,2
29,00	5	2,7	38,8
30,00	17	9,0	47,9
31,00	4	2,1	50,0
32,00	1	0,5	50,5
33,00	2	1,1	51,6
34,00	2	1,1	52,7
35,00	5	2,7	55,3
36,00	2	1,1	56,4
37,00	1	0,5	56,9
38,00	2	1,1	58,0
39,00	5	2,7	60,6
40,00	36	19,1	79,8
41,00	12	6,4	86,2
42,00	3	1,6	87,8
43,00	1	0,5	88,3
45,00	1	0,5	88,8
47,00	1	0,5	89,4
49,00	1	0,5	89,9
50,00	19	10,1	100,0
Total	185	100,0	

No caso do sexo masculino o 1º quartil (25,5%) ficou situado entre 10 e 25 pontos, sendo que o 2ºquartil (50,0%) variou entre 26 e 31 pontos, seguido do 3º quartil (79,8%) entre 32 e 40 pontos. Novamente o 4º quartil ficou situado entre 41 e 50 pontos.

B) A distribuição por idades para ambos os sexos:

Tabela 24 - Percentis para ambos os sexos [12-24 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	16	10,5	10,5
11,00	2	1,3	11,8
13,00	2	1,3	13,2
15,00	1	0,7	13,8
17,00	1	0,7	14,5
18,00	3	2,0	16,4
19,00	5	3,3	19,7
20,00	6	3,9	23,7
21,00	3	2,0	25,7
22,00	3	2,0	27,6
23,00	3	2,0	29,6
24,00	1	0,7	30,3
25,00	4	2,6	32,9
26,00	5	3,3	36,2
27,00	8	5,3	41,4
28,00	10	6,6	48,0
29,00	8	5,3	53,3
30,00	12	7,9	61,2
31,00	1	0,7	61,8
32,00	2	1,3	63,2
33,00	5	3,3	66,4
34,00	2	1,3	67,8
35,00	4	2,6	70,4
36,00	2	1,3	71,7
37,00	2	1,3	73,0
38,00	3	2,0	75,0
39,00	3	2,0	77,0
40,00	19	12,5	89,5
41,00	3	2,0	91,4
42,00	1	0,7	92,1
43,00	1	0,7	92,8
45,00	1	0,7	93,4
48,00	1	0,7	94,1
49,00	1	0,7	94,7
50,00	8	5,3	100,0
Total	152	100,0	

Nesta análise procurou-se evidenciar a diferença entre as idades, e o 1º quartil (25,7%) ficou situado entre 10 e 21 pontos, o 2º quartil (53,3%) entre 22 e 29 pontos e o 3º quartil (75,0%) entre 30 e 38 pontos. O último quartil ficou entre 39 e 50.

Tabela 25 - Percentis para ambos os sexos [25-36 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	13	9,9	9,9
16,00	2	1,5	11,5
17,00	2	0,8	12,2
20,00	5	3,8	16,0
21,00	1	0,8	16,8
22,00	3	2,3	19,1
23,00	3	2,3	21,4
24,00	1	0,8	22,1
25,00	1	0,8	22,9
26,00	2	1,5	24,4
27,00	2	1,5	26,0
28,00	5	3,8	29,8
29,00	7	5,3	35,1
30,00	19	14,5	49,6
31,00	4	3,1	52,7
32,00	2	1,5	54,2
33,00	1	0,8	55,0
34,00	3	2,3	57,3
35,00	3	2,3	59,5
36,00	2	1,5	61,1
37,00	1	0,8	61,8
39,00	3	2,3	64,1
40,00	21	16,0	80,2
41,00	7	5,3	85,5
42,00	5	3,8	89,3
43,00	1	0,8	90,1
45,00	1	0,8	90,8
47,00	1	0,8	91,6
49,00	2	1,5	93,1
50,00	9	6,9	100,0
Total	131	100,0	

O 1º quartil (26,0%) teve seus valores situados entre 10 e 27, o 2º quartil (52,7%) entre 28 e 31 e o 3º quartil (80,2%) entre 32 e 40. O 4º quartil variou entre 41 e 50 pontos.

Tabela 26 - Percentis para ambos os sexos [36-48 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	6	5,2	5,2
13,00	1	0,9	6,1
15,00	1	0,9	7,0
19,00	1	0,9	7,8
20,00	1	0,9	8,7
23,00	1	0,9	9,6
26,00	2	1,7	11,3
28,00	3	2,6	13,9
29,00	1	0,9	14,8
30,00	7	6,1	20,9
31,00	3	2,6	23,5
33,00	1	0,9	24,3
35,00	2	1,7	26,1
36,00	2	1,7	27,8
38,00	1	0,9	28,7
39,00	4	3,5	32,2
40,00	32	27,8	60,0
41,00	6	5,2	65,2
42,00	2	1,7	67,0
43,00	1	0,9	67,8
44,00	1	0,9	68,7
46,00	1	0,9	69,6
47,00	1	0,9	70,4
48,00	1	0,9	71,3
49,00	1	0,9	72,2
50,00	32	27,8	100,0
Total	115	100,0	

O 1º quartil (26,1%) ficou situado entre 10 e 35 pontos, o 2º quartil (60,0%) variou entre 36 e 40 e o 3º quartil, assim como o 4º quartil, tiveram seus resultados igualmente determinados pelo valor mais próximo entre 41 e 50.

As análises seguintes foram separadas por sexo e idade. Primeiro foram analisados os dados relativos ao sexo feminino entre 12- 24 meses, 25-36 meses e 37-48 meses, e depois os dados relativos ao sexo masculino.

Tabela 27 - Percentis para sexo feminino [12-24 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	9	10,3	10,3
11,00	1	1,1	11,5
13,00	2	2,3	13,8
15,00	1	1,1	14,9
17,00	1	1,1	16,1
18,00	2	2,3	18,4
19,00	3	3,4	21,8
20,00	3	3,4	25,3
21,00	1	1,1	26,4
22,00	2	2,3	28,7
23,00	2	2,3	31,0
24,00	1	1,1	32,2
25,00	2	2,3	34,5
26,00	2	2,3	36,8
27,00	3	3,4	40,2
28,00	6	6,9	47,1
29,00	6	6,9	54,0
30,00	7	8,0	62,1
32,00	1	1,1	63,2
33,00	3	3,4	66,7
34,00	2	2,3	69,0
35,00	1	1,1	70,1
36,00	1	1,1	71,3
37,00	1	1,1	72,4
38,00	2	2,3	74,7
39,00	2	2,3	77,0
40,00	11	12,6	89,7
41,00	1	1,1	90,8
42,00	1	1,1	92,0
43,00	1	1,1	93,1
45,00	1	1,1	94,3
48,00	1	1,1	95,4
49,00	1	1,1	96,6
50,00	3	3,4	100,0
Total	87	100,0	

O 1º quartil (25,3%) permaneceu entre 10 e 20, já o 2º quartil (54,0%) ficou entre 21 e 29 e o 3º quartil (77,0%) entre 30 e 39. O 4º quartil apresentou resultados entre 40 e 50.

Tabela 28 - Percentis para sexo feminino [25-36 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	1	1,7	1,7
16,00	2	3,3	5,0
21,00	1	1,7	6,7
23,00	2	3,3	10,0
24,00	1	1,7	11,7
28,00	2	3,3	15,0
29,00	5	8,3	23,3
30,00	9	15,0	38,3
31,00	3	5,0	43,3
32,00	2	3,3	46,7
33,00	1	1,7	48,3
34,00	1	1,7	50,0
35,00	1	1,7	51,7
36,00	2	3,3	55,0
37,00	1	1,7	56,7
39,00	2	3,3	60,0
40,00	11	18,3	78,3
41,00	3	5,0	83,3
42,00	2	3,3	86,7
43,00	1	1,7	88,3
47,00	1	1,7	90,0
49,00	1	1,7	91,7
50,00	5	8,3	100,0
Total	60	100,0	

O 1º quartil (38,3%) ficou entre 10 e 30 pontos e o 2º quartil (50,0%) entre 31 e 34 pontos. O 3º quartil (78,3%) oscilou entre 35 e 40 pontos. O 4º quartil se manteve com 41 e 50 pontos.

Tabela 29 - Percentis para sexo feminino [37-48 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	3	4,8	4,8
13,00	1	1,6	6,3
15,00	1	1,6	7,9
23,00	1	1,6	9,5
26,00	2	3,2	12,7
28,00	2	3,2	15,9
30,00	5	7,9	23,8
31,00	1	1,6	25,4
33,00	1	1,6	27,0
35,00	2	3,2	30,2
36,00	1	1,6	31,7
39,00	1	1,6	33,3
40,00	14	22,2	55,6
42,00	2	3,2	58,7
44,00	1	1,6	60,3
46,00	1	1,6	61,9
48,00	1	1,6	63,5
49,00	1	1,6	65,1
50,00	22	34,9	100,0
Total	63	100,0	

Nesta tabela o 1º quartil (25,4%) e o 2º (55,6%) tiveram como resultados respectivamente 10 a 31 e 32 a 40. O 3º e 4º quartis tiveram seus valores sobrepostos variando entre 42 e 50.

Os dados seguintes estão relacionados ao sexo masculino e sua divisão por faixa etária.

Tabela 30 - Percentis para sexo masculino [12-24 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	7	10,8	10,8
11,00	1	1,5	12,3
18,00	1	1,5	13,8
19,00	2	3,1	16,9
20,00	3	4,6	21,5
21,00	2	3,1	24,6
22,00	1	1,5	26,2
23,00	1	1,5	27,7
25,00	2	3,1	30,8
26,00	3	4,6	35,4
27,00	5	7,7	43,1
28,00	4	6,2	49,2
29,00	2	3,1	52,3
30,00	5	7,7	60,0
31,00	1	1,5	61,5
32,00	1	1,5	63,1
33,00	2	3,1	66,2
35,00	3	4,6	70,8
36,00	1	1,5	72,3
37,00	1	1,5	73,8
38,00	1	1,5	75,4
39,00	1	1,5	76,9
40,00	8	12,3	89,2
41,00	2	3,1	92,3
50,00	5	7,7	100,0
Total	65	100,0	

O 1º quartil (26,2%) teve seus resultados situados entre 10 e 22 e o 2º quartil (52,3%) entre 23 e 29 pontos. Já o 3º quartil (75,4%) ficou entre 30 e 38 e o 4º entre 39 e 50 pontos.

Tabela 31 - Percentis para sexo masculino [25-36 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	12	16,9	16,9
17,00	1	1,4	18,3
20,00	5	7,0	25,4
22,00	3	4,2	29,6
23,00	1	1,4	31,0
25,00	1	1,4	32,4
26,00	2	2,8	35,2
27,00	2	2,8	38,0
28,00	3	4,2	42,3
29,00	2	2,8	45,1
30,00	10	14,1	59,2
31,00	1	1,4	60,6
34,00	2	2,8	63,4
35,00	2	2,8	66,2
39,00	1	1,4	67,6
40,00	10	14,1	81,7
41,00	4	5,6	87,3
42,00	3	4,2	91,5
45,00	1	1,4	93,0
49,00	1	1,4	94,4
50,00	4	5,6	100,0
Total	71	100,0	

O 1º quartil com 25,4% teve seus resultados entre 10 e 20, o 2º (59,2%) entre 21 e 30, o 3º quartil (81,7%) entre 31 e 40 e o 4º quartil teve seus valores situados entre 41 e 50 pontos.

Tabela 32 - Percentis para sexo masculino [37-48 meses]

Escala	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Acumulada
10,00	3	5,8	5,8
19,00	1	1,9	7,7
20,00	1	1,9	9,6
28,00	1	1,9	11,5
29,00	1	1,9	13,5
30,00	2	3,8	17,3
31,00	2	3,8	21,2
36,00	1	1,9	23,1
38,00	1	1,9	25,0
39,00	3	5,8	30,8
40,00	18	34,6	65,4
41,00	6	11,5	76,9
43,00	1	1,9	78,8
47,00	1	1,9	80,8
50,00	10	19,2	100,0
Total	52	100,0	

Nesta última tabela o 1º quartil (25,0%) ficou com entre 10 e 38 com uma diferença muito grande de valores, ao passo que o 2º quartil (65,4%), com uma porcentagem acumulada maior, ficou entre 39 e 40 e o 3º quartil (76,9%) apenas com 41. O 4º quartil variou entre 42 e 50.

4.1.6) Ocorrência de viés.

[...] Toda a pesquisa tem aspectos positivos e negativos. Alguns são próprios ao tipo de método utilizado e outros à forma como a metodologia foi empregada. A aceitação das conclusões de uma pesquisa baseia-se na consideração detalhada de numerosas questões metodológicas atinentes a estes pontos. (PEREIRA, 2001a, p.326).

Em uma investigação, o grupo a ser estudado é reduzido, pela própria impossibilidade prática de se estudar a população inteira. Após a seleção do grupo e das variáveis de interesse, os dados colhidos são analisados, interpretados e com os resultados obtidos, conclusões são formuladas e extrapoladas para um universo maior de pessoas (PEREIRA, 2001a).

Ainda segundo PEREIRA (2001a), a validade de um estudo diz respeito ao grau de correção das conclusões alcançadas e existem dois tipos de validade:

Validade interna – as conclusões de uma investigação são corretas para a amostra estudada.

Validade externa – as conclusões encontradas em uma investigação, cujos dados foram obtidos em uma amostra, são aplicáveis a uma população de onde a amostra proveio ou a de outras populações.

As limitações referentes as validades interna e externa podem ser discutidas em termos de viés. Viés é sinônimo de erro sistemático, vício, tendenciosidade, desvio, deturpação, distorção ou bias (do original em inglês). É um erro sistemático, não intencional, introduzido em qualquer fase de um estudo.

Os tipos de vieses com maior ocorrência são:

Viés de seleção (da população ou da amostra): erro na identificação da população ou grupos de estudo.

Viés de aferição (da informação ou da observação): erro sistemático de diagnóstico de um evento.

Viés de confundimento: erro sistemático que ocorre quando os resultados de uma associação entre dois fatores podem ser imputados, totais ou parcialmente, a um terceiro fator não levado em consideração.

Segundo Pereira (2001b), a suspeita da presença do viés de aferição pode significar que os resultados encontrados podem estar distorcidos para mais ou para menos com relação ao seu valor real. Existem alguns tipos destes vieses: viés do observador, de suspeita diagnóstica, por uso de informante inadequado, do instrumento de coleta de dados, da forma de detecção, de recordação ou memória e de processamento da informação.

Essa busca na literatura teve como finalidade auxiliar a análise dos dados de forma mais criteriosa e também demonstrar estes conceitos. Apesar de terem sido tomadas várias precauções durante toda a elaboração dos passos metodológicos, notou-se após a aplicação da escala EOCI a ocorrência em maior quantidade de resultados totais com final zero. Ex: 10,20... O que poderia sugerir uma tendência do observador em rotular o comportamento da criança, atribuindo notas iguais para as várias etapas da aplicação da EOCI.

A análise estatística mostra que a suposição da chance do resultado ser um valor X é equivalente dentre uma determinada amplitude [Ex: 10-15,15-25,25-35,35-45,45-50]. A partir daí testa-se os valores obtidos pra ver se aconteceram em porcentagem semelhantes. Neste estudo aplicou-se o teste qui quadrado para verificação destas porcentagens e obteve-se como resultados que as mesmas não foram semelhantes, indicando que os valores de 10, 20, 30, 40 e 50 ocorreram com frequência acima da esperada.

Optou-se pela descrição dos resultados na forma de frequência em que o mesmo ocorreu.

Tabela 33 – Descrição dos resultados da EOCI e as frequências

EOCI	FREQ	EOCI	FREQ	EOCI	FREQ	EOCI	FREQ
10	35	20	12	30	38	40	72
11	2	21	4	31	8	41	16
12	0	22	6	32	4	42	8
13	3	23	7	33	7	43	3
14	0	24	2	34	5	44	1
15	2	25	5	35	9	45	2
16	2	26	9	36	6	46	1
17	2	27	10	37	3	47	2
18	3	28	18	38	4	48	2
19	6	29	16	39	10	49	4
-	-	-	-	-	-	50	49

Estes resultados podem sugerir um viés de aferição do observador, como foi explicado anteriormente, mas também podem demonstrar que o comportamento das crianças observadas seguiu uma tendência linear desde o momento do primeiro contato até o final da observação, sem sofrer alterações, seguindo um padrão de comportamento.

4.1.7) Classificação dos sujeitos quando aplicada a escala.

Para uma classificação das crianças após a aplicação da escala EOCI optou-se pela utilização dos dados obtidos e distribuídos em quartis. Esta classificação pode ser feita utilizando-se uma tabela com os dados totais sem distinção de sexo e idade, ou pode se utilizar os dados distribuídos de uma forma específica por sexo e idade. Optou-se por esta divisão como mostra a Tabela 34.

**Tabela 34 – Classificação dos sujeitos quando aplicada
a escala EOCI por sexo e idade**

Quartis	Sexo Feminino			Sexo Masculino		
	12 – 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses	12 - 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses
1º Quartil	10 a 20	10 a 30	10 a 31	10 a 22	10 a 20	10 a 38
2º Quartil	21 a 29	31 a 34	32 a 40	23 a 29	21 a 30	39 a 40
3º Quartil	30 a 39	35 a 40	41 a 50	30 a 38	31 a 40	41
4º Quartil	40 a 50	41 a 50	50	39 a 50	41 a 50	42 a 50

Para cada procedimento foi atribuída uma nota e, após o termino do exame, todas foram somadas obtendo uma pontuação final que classificou o paciente de acordo com o comportamento apresentado durante todo o tempo. A forma de classificação se baseia na experiência do autor e nos relatos de Lenchner (1966), Sarnat (2001), Klein (1967), Mc Tigue (1990), Walter, Ferelle e Issao (1996) e Holst et al. (1993).

Optou-se por denominar os pacientes que estavam situados no 4º quartil como “altamente cooperativos”. Os que estavam situados no 3º quartil como “cooperativos”. Os que estavam situados no 2º quartil como “moderadamente cooperativos” e os que estavam no 1º quartil como “não cooperativos”.

Abaixo estão as definições das classificações usadas.

1. **Altamente cooperativo** = paciente que cooperou totalmente com o tratamento e interagiu com o profissional. Os procedimentos foram aceitos pelo paciente sem nenhuma resistência.
2. **Cooperativo** = paciente que se comportou bem durante o tratamento. Os procedimentos foram aceitos com pequena tendência a resistência.
3. **Moderadamente cooperativo** = paciente que precisou de explicações repetidas para cada procedimento e permaneceu com expressão tensa demonstrando insegurança. Paciente que apresentou pequena resistência.
4. **Não cooperativo** = paciente que foi atendido sob contenção, chorou o tempo todo e não ouviu nenhuma explicação do profissional. Paciente que apresentou resistência física ativa, protestos, apelos e nenhuma colaboração.

Espera-se que, com esta classificação, seja possível ao odontopediatra planejar o tratamento odontológico, de maneira obtenha sucesso tanto ao número de sessões que não deve ficar aquém, nem além do necessário e também possa planejar como deve ser feito o condicionamento da criança, utilizando para isso das técnicas de manejo adequadas.

Localiza-se na Tabela 35 qual o sexo e a idade da criança, além de verificar em que quartil se encontra o resultado obtido após aplicação da escala EOCI, obtendo-se assim uma classificação.

Tabela 35 – Classificação diagnóstica dos sujeitos quando aplicada a EOCI por sexo e idade e descrição dos comportamentos

Quartis	Classificação diagnóstica	Sexo Feminino			Sexo Masculino		
		12 – 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses	12 - 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses
1º Quartil	Não Cooperativo	10 a 20	10 a 30	10 a 31	10 a 22	10 a 20	10 a 38
2º Quartil	Moderadamente Cooperativo	21 a 29	31 a 34	32 a 40	23 a 29	21 a 30	39 a 40
3º Quartil	Cooperativo	30 a 39	35 a 40	41 a 50	30 a 38	31 a 40	41
4º Quartil	Altamente Cooperativo	40 a 50	41 a 50	50	39 a 50	41 a 50	42 a 50

As porcentagens por sexo e idade podem ser vistas na Tabela 36.

Tabela 36 – Distribuição em porcentagens dos indivíduos nas classes diagnósticas da EOCI em função do sexo e idade.

Quartis	Classificação diagnóstica	Sexo Feminino			Sexo Masculino		
		12 – 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses	12 - 24 meses	25 - 36 meses	37 - 48 meses
1º Quartil	Não Cooperativo	25,3%	38,3%	25,4%	26,2%	25,4%	25,0%
2º Quartil	Moderadamente Cooperativo	28,7%	11,7%	30,2%	26,1%	33,8%	40,4%
3º Quartil	Cooperativo	23,0%	28,3%	44,4%	23,1%	22,5%	11,5%
4º Quartil	Altamente Cooperativo	21,0%	21,7%	---	24,6%	18,3%	23,1%

Levando-se em conta os critérios atribuídos acima pode-se afirmar que 25% das crianças apresentaram comportamentos não cooperativos.

A maioria das crianças apresentou comportamentos que variaram de moderadamente cooperativo ao altamente cooperativo, podendo-se afirmar, baseado nestes dados, que a maioria das crianças sem experiência prévia com situação odontológica, não apresenta medo na primeira consulta. Também pode-se afirmar que a maioria das crianças apresenta um comportamento cooperativo, sendo favorável ao dentista durante seu atendimento, quando este é realizado nestas circunstâncias.

4.2) Análises estatísticas

4.2.1) Análise Univariada

Os resultados da escala EOCI foram categorizados e analisados em conjunto com os dados da ficha de identificação do paciente e dados demográficos e sociais dos pais, inicialmente no programa Graph Pad Prism 3.02 (c2005). Na análise da distribuição dos resultados se verificou a não normalidade dos dados, portanto, os testes utilizados foram os não paramétricos, a variável dependente foi o comportamento da criança e as demais variáveis foram as variáveis independentes. (DUNN; CLARK, 1974; SIEGEL, 1975).

Através da análise de regressão múltipla observou-se que, dentre as meninas, a única variável afetada pela idade foi o item “Exame” que se mostrou estatisticamente menor ($p \leq 0,0001$) do que os outros itens. Dentre os meninos, a análise mostrou que as variáveis afetadas pela idade foram os itens “Exame” ($p \leq 0,0001$) e “Cadeira em Movimento” ($p \leq 0,0431$) (DUNN e CLARK, 1974). Quando analisados ambos os sexos, as variáveis afetadas pela idade foram os itens “Espelho” ($p \leq 0,0364$) e “Exame” ($p \leq 0,0001$).

Portanto, para aplicar os testes estatísticos pertinentes durante a análise univariada, foram utilizados: os resultados obtidos com a escala EOCI total e os itens da escala EOCI “Espelho”, “Exame” e “Cadeira em movimento” que apresentaram valor de p significativo com as variáveis independentes.

Para a variável Idade da criança, que consta da Tabela 37, calculou-se o coeficiente de correlação de Spearman com a EOCI e obteve-se $r = 0.37$, demonstrando que há uma correlação razoável entre a Idade da criança e o resultado total da EOCI. À medida que

aumenta a Idade tendem a aumentar os valores para EOCI. Quando foi calculado com o item “Espelho” o valor obtido foi de $r = 0.28$, que mostrou uma correlação fraca entre a Idade e apresentação do espelho. Quando do cálculo com o item “Exame” o valor de $r = 0.43$ mostrou uma boa correlação, significando que há uma relação direta entre a Idade da criança e seu comportamento cooperativo durante o exame. Finalmente o cálculo com o item “Cadeira em movimento” mostrou uma correlação razoável ($r = 0.34$), significando haver uma relação entre a Idade e o comportamento cooperativo apresentado pela criança durante a movimentação da cadeira.

Analizamos também as Idades dos pais que mostraram correlações fracas, apresentadas na tabela abaixo, significando que as mesmas não influenciam no comportamento da criança durante aplicação da escala total ou mesmo durante a avaliação dos itens em separado “Espelho”, “Exame” e “Cadeira em Movimento”.

Tabela 37 – Aplicação do coeficiente de correlação de Spearman

	EOCI	Espelho	Exame	Cadeira em movimento
Idade da Criança	0,37	0,28	0,43	0,34
Idade do pai	0,036	0,026	0,042	0,046
Idade da mãe	-0,004	-0,020	-0,002	0,002

Os coeficientes obtidos com a aplicação do coeficiente Idade do pai mostraram valores de correlação não significativos para escala total $r = 0,036$, para o item Espelho $r = 0,026$ e também para os itens Exame $r = 0,042$ e Cadeira em movimento $r = 0,046$, podendo se afirmar que a idade do pai não tem relação direta com o comportamento apresentado pela criança.

O mesmo aconteceu quando correlacionados os mesmos itens com Idade da mãe. Os resultados para escala total $r = -0,004$ e demais itens Espelho $r = -0,020$, Exame $r = -0,002$ e

Cadeira em movimento $r = 0,002$ mostraram que não existe correlação entre a idade da mãe e o comportamento apresentado pela criança.

Para comparações entre duas variáveis, foi utilizado o teste não paramétrico de Mann – Whitney. Abaixo se apresenta a Tabela 38 que compara as variáveis relativas ao paciente (sexo, deficiência física e experiência com hospital), aos pais (situação de trabalho e medo) com a escala EOCI e as variáveis mais estatisticamente significativas.

Tabela 38 – Aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney
(valores de p)

	EOCI	Espelho	Exame	Cadeira em movimento
Dados da criança				
Sexo	0,182	0,277	0,123	0,257
Deficiência física	0,224	0,354	0,261	0,175
Experiência com médico	0,480	0,460	0,408	0,365
Experiência com hospital	0,010	0,005*	0,009*	0,091
Dados dos pais				
Situação de trabalho do pai	0,478	0,693	0,608	0,582
Medo dos pais	0,802	0,871	0,933	0,849

A comparação com a variável Sexo mostrou que não há diferença estatística significativa para as variáveis dependentes analisadas. As variáveis Deficiência física e Experiência anterior com médico também não mostraram diferença estatística significativa para as variáveis dependentes analisadas.

A variável Experiência com hospital mostrou diferença estatística significativa, sendo que as crianças que tiveram esta experiência, apresentaram comportamentos mais cooperativos do que as que não tiveram.

Para a análise da variável Situação de trabalho do pai agrupou-se; autônomo, assalariado, estudante, empresário e funcionário público em “ocupados” e aposentados e desempregados em “não ocupados” e também não houve diferença estatística significativa. A variável Medo dos pais também não mostrou diferença significativa.

Para comparações entre três ou mais variáveis foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal – Wallis. Abaixo se apresenta a Tabela 39 que mostra as variáveis relativas ao paciente (procedência, estágio e posição do filho), aos pais (estado civil, instrução pai e mãe, renda pai e mãe, situação de trabalho da mãe e religião do pai e mãe) com a escala EOCI e as variáveis “Espelho”, “Exame” e “Cadeira em movimento”.

Tabela 39 – Aplicação do teste não paramétrico de Kruskal-Wallis
(valores de p)

	EOCI	Espelho	Exame	Cadeira em movimento
Dados da criança				
Procedência	0,022*	0,004*	0,022*	0,048*
Estágio	0,098	0,363	0,014*	0,017*
Posição do filho	0,114	0,091	0,014*	0,101
Dados do pais				
Estado civil pais	0,707	0,804	0,754	0,573
Instrução pai	0,705	0,533	0,216	0,630
Instrução mãe	0,015*	0,057	0,413	0,055
Renda pai	0,599	0,742	0,779	0,492
Renda mãe	0,742	0,796	0,576	0,411
Situação de trabalho mãe	0,640	0,431	0,505	0,941
Religião pai	0,830	0,838	0,236	0,658
Religião mãe	0,754	0,769	0,702	0,743

A análise da variável Procedência mostrou diferença estatisticamente significativa, sendo que as crianças da creche apresentaram comportamentos mais cooperativos, portanto

com maior valor na escala EOCI e nos itens “Espelho”, “Exame” e “Cadeira em movimento”, ao contrário das crianças que ficavam no lar.

A comparação com a variável Estágio mostrou uma diferença estatística significativa nos itens “Exame” e “Cadeira em movimento” onde os dados mostram que as crianças que estavam no estágio Maternal 1 apresentaram comportamentos mais cooperativos que as que estavam no Berçário, nestes momentos do exame.

A variável Posição do filho mostrou uma diferença estatística significativa quando houve a comparação com o item “Exame”, onde os filhos primogênitos apresentaram comportamentos mais cooperativos do que os filhos caçulas.

As variáveis, Estado civil dos pais e Instrução do pai, não apresentaram diferença estatística significativa. Já a variável Instrução da mãe apresentou diferenças estatisticamente significativas com relação à escala EOCI e ao item “Cadeira em movimento”, onde as crianças que tinham mães com 0-2 anos de estudo apresentaram comportamentos menos cooperativos do que as que tinham mães com 12 anos de estudo ou mais.

As variáveis Renda do pai e Renda da mãe não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Para a variável Situação de trabalho da mãe o agrupamento foi o mesmo que para os pais, com mães ocupadas e não ocupadas, porém o item Trabalho no Lar constituiu uma categoria isolada, mas mesmo assim não mostrou resultados estatisticamente significativos, ou seja, não houve influência no comportamento apresentado entre crianças filhas de mães desempregadas, empregadas e do lar.

As variáveis Religião do pai e Religião da mãe não mostraram resultados estatisticamente significativos. As crianças que tinham pais praticantes das religiões católica, evangélica ou seguiam a filosofia espírita, não apresentaram diferenças significativas no comportamento apresentado durante a aplicação da escala EOCI.

4.2.2) Análise Multivariada

Para a realização da análise multivariada foram cruzadas as quatro variáveis dependentes: “Espelho”, “Exame”, “Cadeira em movimento” e EOCI com as variáveis independentes. Para a seleção das variáveis independentes adotou-se o critério de inclusão no modelo estatístico inicial, além das variáveis que forneceram $p < 0.30$, as variáveis Idade (contínua) e Sexo (classificatória) por serem biologicamente importantes, segundo a literatura. O item Estágio foi excluído da análise estatística multivariada por ter um número muito pequeno de sujeitos. O programa utilizado foi SPSS.

Na Tabela 40 estão ordenados os dados da análise multivariada com a variável dependente Espelho e as variáveis independentes: Idade, Sexo, Procedência, Posição do filho na família, Experiência anterior com hospital e Instrução da mãe.

Tabela 40 - Análise multivariada entre Espelho e variáveis demográficas (valores de p)

Espelho	1ª análise	2ª análise	3ª análise
Dados da criança			
Idade	0.000*	0.000*	0.000*
Sexo	0.15	0.14	-
Procedência	0.002*	0.002*	0.003*
Posição do filho	0.81	-	-
Experiência com hospital	0.04*	0.04*	0.05*
Dados dos pais			
Instrução da mãe	0.008*	0.008*	0.004*

Nas análises foram sendo excluídos os valores de p não significativos ($p > 0.05$) até restarem, no modelo estatístico, variáveis com $p \leq 0.05$. Portanto o modelo para análise final do item “Espelho” foi composto de **Idade, Procedência, Experiência anterior com hospital e Instrução da mãe.**

Portanto os dados mostraram que:

Crianças mais velhas

Crianças que permanecem em creches durante o dia

Crianças que já passaram por algum tipo de internação

Crianças filhas de mães com maior grau de instrução

apresentaram comportamentos mais cooperativos quando foram apresentadas ao espelho durante sua primeira consulta odontológica.

Na Tabela 41 estão ordenados os dados da análise multivariada com a variável dependente Exame e as variáveis independentes: Idade, Sexo, Procedência, Posição do filho na família, Presença de deficiência física, Experiência anterior com hospital, Instrução da mãe e Religião do pai.

Tabela 41 – Análise multivariada entre Exame e variáveis demográficas
(valores de p)

Exame	1 ^a análise	2 ^a análise	3 ^a análise	4 ^a análise	5 ^a análise	6 ^a análise	7 ^a análise
Dados da criança							
Idade	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Sexo	0.44	0.41	0.37	-	-	-	-
Procedência	0.14	0.12	0.11	0.12	0.15	0.16	-
Posição do filho	0.44	0.43	-	-	-	-	-
Deficiência física	0.24	0.24	0.24	0.19	-	-	-
Experiência hospital	0.14	0.14	0.18	0.19	0.15	-	-
Dados dos pais							
Instrução da mãe	0.14	0.13	0.08	0.07	0.10	0.12	0.25
Religião do pai	0.88	-	-	-	-	-	-

Nas análises foram sendo excluídos os valores de p não significativos ($p > 0.05$) até restarem no modelo estatístico, variáveis com $p \leq 0.05$. Portanto o modelo para análise final do item “Exame” foi composto por **Idade**.

Portanto os dados mostraram que:

Crianças mais velhas apresentaram comportamentos mais cooperativos durante a realização do exame bucal visual em primeira consulta odontológica.

Na Tabela 42 analisou-se a variável dependente Cadeira em movimento e as variáveis independentes: Idade, Sexo, Procedência, Posição do filho na família, Presença de deficiência física, Experiência anterior com hospital e Instrução da mãe.

Tabela 42 - Análise multivariada entre Cadeira em movimento e variáveis demográficas (valores de p)

Cadeira em Movimento	1ª análise	2ª análise	3ª análise	4ª análise	5ª análise
Dados da criança					
Idade	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.0008
Sexo	0.25	0.24	0.24	-	-
Procedência	0.04*	0.04*	0.04*	0.05*	0.05*
Posição do filho	0.82	-	-	-	-
Deficiência física	0.10	0.09	0.08	0.06	-
Experiência hospital	0.53	0.57	-	-	-
Dados dos pais					
Instrução da mãe	0.006*	0.004*	0.004*	0.004*	0.004*

Nas análises foram sendo excluídos os valores de p não significativos ($p > 0.05$) até restarem no modelo estatístico, variáveis com $p \leq 0.05$. Portanto o modelo para análise final do item “Cadeira em movimento” foi composto de **Idade, Procedência e Instrução da mãe**.

Portanto os dados mostraram que:

Crianças mais velhas

Crianças que permanecem em creches durante o dia

Crianças filhas de mães com maior grau de instrução

apresentaram comportamentos mais cooperativos durante o acionamento da cadeira, levando a criança de uma posição de 90° para aproximadamente 170°, após o termino do exame em sua primeira consulta odontológica.

Na Tabela 43 estão os dados da análise multivariada com a variável dependente EOCI e as variáveis independentes: Idade, Sexo, Procedência, Posição do filho na família, Presença de deficiência física, Experiência anterior com hospital e Instrução da mãe.

Tabela 43 – Análise multivariada entre EOCI e variáveis demográficas
(valores de p)

EOCI	1ª análise	2ª análise	3ª análise	4ª análise	5ª análise
Dados da criança					
Idade	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*
Sexo	0.11	0.10	0.06	0.07	-
Procedência	0.008*	0.007*	0.007*	0.008*	0.012*
Posição do filho	0.89	-	-	-	-
Deficiência física	0.14	0.13	-	-	-
Experiência hospital	0.12	0.13	0.10	-	-
Dados dos pais					
Instrução da mãe	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*	0.000*

Nas análises foram sendo excluídos os valores de p não significativos ($p > 0.05$) até restarem no modelo estatístico, variáveis com $p \leq 0.05$.

Após a análise de todos os itens acima apresentados foi verificado que os apresentaram maior significância estatística e constaram do modelo para análise final foram: **Idade, Procedência e Instrução da mãe.**

Portanto os dados mostraram que:

Crianças mais velhas

Crianças que permanecem em creches durante o dia

Crianças filhas de mães com maior grau de instrução

apresentaram comportamentos mais cooperativos após a aplicação da escala EOCI na sua primeira consulta odontológica.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Trabalhar com crianças em Odontopediatria exige muito conhecimento de materiais e técnicas restauradoras ou cirúrgicas, para a realização de procedimentos rápidos e precisos, mas o mais importante é o conhecimento psicológico e emocional que permite a boa realização do tratamento (Pinkham, 1996; Silva et al., 1994).

Objetivando buscar uma maior compreensão do comportamento das crianças em tratamento odontológico, elaborou-se uma escala de avaliação de comportamento, a EOCI e verificou-se qual era sua relação com outras variáveis observadas após sua aplicação.

Este estudo foi bem sucedido porque, após a análise do comportamento de 398 crianças entre um e quatro anos de idade, atendidas em sua primeira consulta odontológica, foi possível obter resultados descritivos do padrão de comportamento das mesmas e assim elaborar tabelas descritivas dos mesmos que podem ser utilizadas por outros odontopediatras em condições semelhantes às descritas anteriormente.

A EOCI – Escala de Observação do Comportamento Infantil foi elaborada e normatizada neste trabalho, com o objetivo de verificar o comportamento de crianças em sua primeira consulta odontológica. Estipulou-se que quanto maior o escore obtido pela criança mais cooperativa ela se apresenta nesta situação.

Os resultados mostraram que 75% das crianças apresentaram comportamento que variaram de “altamente cooperativos” a “moderadamente cooperativos”, nesta situação de primeira consulta, contrariando Sonnemberg e Venham (1977) que afirmaram ser a visita ao dentista uma experiência estressante para as crianças e Tavares (2000), que relatou que comportamentos cooperadores foram encontrados nas crianças entre seis e oito anos e de

quatro e três anos normalmente não cooperavam. Porém Collares e Richman (2002) encontraram 60% de crianças que apresentaram comportamento positivo.

Law et al. (1969) afirmam que o sucesso no atendimento de crianças pequenas é uma base importante para aceitação da odontologia como um serviço essencial de saúde e que, quando as mesmas se sentem confortáveis no ambiente odontológico na infância, serão, com certeza, bons pacientes na idade pré-escolar e adolescência.

Bönecker et al. (1995) relataram que bebês entre seis e 12 meses de idade tiveram comportamento relativamente positivo, que entre 13 e 24 meses iniciavam um comportamento negativo que progredia até os 24 meses de idade e depois ia sendo substituído por um comportamento positivo por volta de 36 meses. Relataram também que entre 31 e 36 meses o comportamento era totalmente cooperativo, porém não apresentaram dados, não descreveram qual foi a forma de avaliação nem se foram utilizados instrumentos de avaliação.

Torriani[‡] (1999) apud Cunha, Percinoto e Delbem (2003, p.75) analisou a relação entre o comportamento com gênero, idade e presença de dentes na cavidade bucal, de bebês entre zero e 24 meses. Concluiu que gênero não foi uma variável que determinasse relação com o comportamento dos bebês, já a idade implicou em diferenças comportamentais, com aumento de comportamentos não colaboradores com aumento da idade.

A EOCI possui uma quantidade de itens maior, é mais detalhada e específica para acessar o efeito de alguns procedimentos sobre o comportamento das crianças e tem seus

[‡] TORRIANI, D. T. **Análise do comportamento de bebês durante atendimento odontológico: relação entre sexo, idade e dentes irrompidos**. 1999. 139 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, Araçatuba, 1999.

resultados tabulados por idade e sexo em uma tabela quartis, não generalizando os mesmos para toda e qualquer criança.

A categorização dos resultados da escala EOCI mostrou que apenas 25,0% das crianças em média, apresentaram comportamento não cooperativo durante sua primeira consulta odontológica. Este fato contraria os autores que trabalharam com medo em situação odontológica mesmo levando-se em consideração o fato de terem trabalhado com crianças maiores, com maior grau de compreensão e, na maioria das vezes, com experiência anterior (QUINONEZ et al., 1997). Estes resultados contrariam Pinheiro (1991), Olsen (1964), Sandrini (1995) e Wright (1975) que afirmaram ser o ambiente odontológico fonte de tensões emocionais e stress.

Collares e Richman (2002) encontraram em seu trabalho, com crianças entre três e seis anos, de ambos os sexos e utilizando a escala de Frankl, para avaliação do comportamento em situação odontológica, 40% de comportamento menos cooperativo. A diferença de resultados obtidos entre este trabalho, no qual somente 25% das crianças se mostraram não cooperativas, e Cunha et al. (2003) se deva ao fato da não realização de nenhum procedimento no presente estudo, somente uma consulta para conhecimento e aproximação com a criança. Para um efetivo atendimento é necessária a aplicação de técnicas de manejo e numa primeira consulta isto não é recomendado.

Collares e Richman (2002) reforçam a importância do comportamento do paciente em idade pré-escolar para a odontopediatria. Relatam que as crianças que possuem comportamento não cooperativo tornam o tratamento mais difícil de ser realizado, exigindo do odontopediatra o conhecimento e aplicação de adequadas técnicas de manejo. O tratamento

de crianças não cooperativas, sem o efetivo manejo do comportamento, pode parecer cruel para a criança, pode ser percebido pelos pais como insatisfatório e pode ser exaustivo para o dentista. A execução de técnicas adequadas de manejo é provavelmente a maior responsabilidade do dentista que pratica a odontopediatria.

Melo e Walter (1997) aplicaram a Escala Comportamental de Wright em 300 bebês atendidos na Universidade Estadual de Londrina, para analisar a conduta inicial e final, com o objetivo de observar se a atenção odontológica no primeiro ano de vida era benéfica ou não para o desenvolvimento da criança quanto ao condicionamento e adaptação ao tratamento executado. Os autores trabalharam com faixa etária de um ano, realizaram atendimento e disseram que 71% das crianças apresentaram conduta negativa inicial e, com o transcorrer do tratamento e com a conseqüente adaptação, mostraram 80% de condutas positivas na última consulta.

Finn (1979), afirma que o comportamento pouco cooperativo da criança em ambiente odontológico está motivado por desejos de evitar o desagradável e doloroso e também o que ela pode interpretar como uma ameaça a seu bem estar. O autor afirmou também que a criança se comportará no consultório de alguma forma que no passado serviu para se libertar de algo desagradável. Este comportamento de casa pode ser trazido para o consultório na forma de: birra, ataques de mau humor e resistência em cooperar para se obter o que deseja. Como as crianças temem o desconhecido, esta reação negativa pode ser desencadeada no momento em que ela se encontrar em um ambiente novo frente a um desconhecido, no caso, o dentista.

Segundo Carson e Freeman (1997), os dentistas devem estar aptos a identificar crianças ansiosas de uma maneira rápida e fácil, para que possam atendê-las de maneira

adequada, utilizando técnicas de manejo e motivação. Entretanto existem dificuldades em acessar o medo dental em crianças pequenas porque alguns dos testes psicológicos estão direcionados para as mães ou para crianças maiores. Portanto existe a necessidade de um método alternativo de acesso ao estado de ansiedade das crianças pequenas, para que possa ser feita uma reflexão sobre a expectativa diante de situações novas, principalmente em meio odontológico.

Uma das maneiras para este acesso à ansiedade infantil se dá por meio da observação das respostas das crianças ao tratamento dental (JOHNSON; BALDWIN, 1969). O que é necessário, segundo estes autores, é a validação de observações clínicas por meio de algum instrumento que possa ser comparável a outro pré-existente, como a CFSS – “*Children’s Fear Survey Schedule*” (FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962). Este argumento foi uma das motivações para a construção da escala EOCI, direcionada a crianças em estágio pré-escolar e sem nenhum contato prévio com situação odontológica, para deste modo, poder avaliar suas repostas frente a estímulos novos, porém sem realizar o tratamento, já que para a realização do mesmo são necessárias as aplicações de várias técnicas de manejo e condicionamento (CORRÊA et al., 2003).

Após a aplicação da escala EOCI notou-se que alguns pontos poderiam ter sido mais bem trabalhados como, por exemplo, a coleta de dados demográficos. A intenção inicial era de se colherem dados de crianças de várias classes sociais para se obter uma amostra da população, mas apesar do convite, o comparecimento foi baixo nas classes sociais mais altas e o resultado prático mostrou que houve um maior interesse em colaborar por parte das camadas mais baixas, talvez pelo incentivo do cadastramento na rede de saúde pública para a obtenção de tratamento dental gratuito.

Durante a aplicação da escala optou-se pela manutenção das mães ou responsáveis junto da criança durante todo o atendimento (WRIGHT;ALPERN, 1971; WRIGHT et al., 1973). Olsen (1965) sugere que os pais devem entrar e permanecer em uma cadeira atrás da cadeira de exame e que é importante observar a expressão deles quando a criança está sendo introduzida nesta nova experiência.

A informação obtida em Levy e Domoto (1979), onde foi constatado, em uma pesquisa com odontopediatras realizada através de questionários, que a permanência da mãe na sala de atendimento era autorizada por 88% dos profissionais e que havia uma predominância deste procedimento quando o paciente possuía três anos ou menos, reforçou a idéia de manter a mesma. Frankl (1961) relatou que as crianças menores sentem mais necessidade da mãe. Wright e Alpern (1971) afirmaram que quanto mais jovem a criança, maior a influência materna. Também no trabalho de Ceccarelli (2001) foram atendidas 50 crianças entre cinco e sete anos, com a exigência para seleção de mães de que as mesmas permanecessem na sala de espera espontaneamente. As mesmas responderam a dois questionários para avaliação do seu grau de ansiedade. O autor concluiu que 84% das mães se mostraram ansiosas, principalmente com relação aos procedimentos invasivos e também que, mães que eram ansiosas com relação ao seu próprio tratamento, o eram em relação ao tratamento do filho, provavelmente por não o terem acompanhado.

Faraco Jr (1994) fez um extenso levantamento com vários autores com opiniões contraditórias. Os argumentos dos autores que se posicionaram favoravelmente à presença da mãe na sala de atendimento foram mais convincentes e a faixa etária baixa também foi outro argumento forte. Cunha et al. (2003) relataram que a separação da mãe é uma variável que afeta o comportamento. Com a presença da mãe na primeira consulta de seu filho, diminui-se

a ansiedade que ela possa ter por não saber o que o que vai ser feito, deste modo trabalha-se com mães menos ansiosas e mais dispostas a cooperar.

Analisando os trabalhos sobre este assunto foi permitida a presença da mãe na sala (SANDRINI, 1995; ISSAO; GUEDES-PINTO, 1988; MC TIGUE, 1990; USBERTI, 1991; PANSANI; BAUSELLS; ROCCA, 1997) e também que ela segurasse a criança no colo quando a mesma não conseguia sentar sozinha (por volta de 18 meses segundo Bönecker et al 1995).

Um dos pontos principais neste trabalho foi a escolha da faixa etária a ser trabalhada. Esta fase exigiu muito conhecimento da literatura sobre crescimento e desenvolvimento da criança, tanto do aspecto físico quanto emocional e psicológico. Um neonato desdentado irá aos três anos ter uma dentição decídua completa consistindo de vinte dentes, segundo Pinkham (1996). A saúde oral do bebê e atenção ao paciente odontológico menor de três anos tem sido amplamente discutida didática, mas não clinicamente. Hoje em dia busca-se um tratamento preventivo, pois as crianças são recrutadas para o consultório odontológico antes do primeiro ano de vida. Este atendimento odontológico precoce possui impacto positivo sobre a saúde bucal da criança. (CUNHA; PERCINOTO; DELBEM, 2003).

Buscou-se na literatura (MILGROM et al., 1995; HOLST et al., 1988; HOLST et al., 1993; CUNHA et al., 2000; CUNHA et al., 2003; CUNHA; PERCINOTO; DELBEM, 2003; GOEPFERD, 1996; WRIGHT et al., 1973; MEDEIROS, 1993) quais seriam as características dos sujeitos que melhor se aplicariam a esta exigência e concluiu-se que as faixas etárias para serem trabalhadas seriam as menores que quatro anos, não só pela dificuldade de se encontrar crianças sem experiência prévia, com idade acima do estipulado, como também por ser uma

fase em que a criança é mais espontânea em suas reações. Pretendeu-se ter uma equivalência entre as faixas etárias, porém como os atuais programas de saúde incentivam o atendimento odontológico precoce, houve uma diminuição do número de crianças atendidas com o aumento da idade. O limite máximo de idade para atendimento já havia sido alterado após a realização do estudo piloto, passando de 60 meses para 48 meses, tendo como base este fato e também a revisão bibliográfica que apontava a idade mínima dos trabalhos como sendo três anos. Já o limite mínimo de doze meses (CUNHA et al., 2003), foi escolhido por ser uma idade em que normalmente a criança já está andando, tem coordenação de seus movimentos, não necessitando que a mãe a segure na cadeira, além de ter uma maior compreensão para as explicações e também de possuir uma maior quantidade de dentes.

Para que a impressão sobre o comportamento da criança tivesse o mínimo de interferências externas possíveis, optou-se pela aplicação da EOCI em primeira consulta. (HOLST; EK, 1988; HOLST et al., 1993; MILGROM et al. 1995; MILGROM et al., 1995; WRIGHT; ALPERN, 1971; WRIGHT et al., 1973; MC DONALD; AVERY, 1986; FONSECA e TOLEDO (1986); FERREIRA; KRAMER; LONGONI, 1999)

Olsen (1965) discorre sobre a primeira consulta como sendo uma sessão de avaliação mútua. Afirmar que, apesar de existirem características próprias para cada estágio de maturação da criança, não existem duas crianças que se desenvolvam de maneira idêntica. A razão pela qual a maioria dos profissionais não tem interesse em atender as crianças de faixa etária baixa, se deve ao não conhecimento das características particulares de cada estágio de crescimento e desenvolvimento. Quando o profissional esclarece para os pais que a criança pequena possui um vocabulário limitado e limitada habilidade de expressar o que pensa e sente, os pais aceitam melhor o choro durante a visita ao dentista, principalmente durante a

primeira consulta. Olsen (1965) concorda com Tollendal (1985) quando afirma que a primeira consulta tem fundamental importância, porque deixará para sempre uma impressão gravada na memória do paciente, seja ela favorável ou desfavorável. O contato paciente-profissional se estabelece não só por meio de palavras, mas também, por meio de expressões e segundo Olsen (1965), a criança é capaz de perceber as expressões de medo, sinceridade e dúvida, manifestadas pelo profissional.

Rosengarten (1961) obteve em sua pesquisa a confirmação de que crianças submetidas a uma preparação inicial, sem tratamento, apresentaram um aumento de cooperação com relação às crianças que receberam diretamente o tratamento odontológico.

Faraco Jr et al. 1994 e Fonseca et al. (1992) relataram a importância da psicologia infantil na Odontopediatria, visto que, o primeiro contato com a criança é o marco na vida odontológica do indivíduo e faz parte da busca do seu bem-estar no âmbito maior: as saúdes bucal e geral.

A primeira visita da criança ao consultório odontológico constitui, segundo Bönecker e Côrrea (2003), uma oportunidade ímpar para melhor conhecê-la, coletar dados pessoais e informações relativas aos hábitos de higiene, alimentares e de sucção não nutritiva que possui.

Uma quantidade grande de informações pertinentes será obtida durante a primeira visita bem como a vontade da criança para aceitar suas futuras experiências odontológicas. Rantavuori et al. (2002) enfatizaram que a primeira visita deve ser importante no desenvolvimento de atitudes ou crenças da criança sobre os dentistas e o tratamento dentário. Se o relacionamento entre dentista - paciente se desenvolve de uma maneira positiva, isto tem

um efeito positivo sobre a sua satisfação e uso dos serviços de prevenção e cuidados com a saúde oral. Ao contrário, uma primeira visita negativa influencia negativamente o bom andamento do tratamento e leva o paciente a desenvolver uma ansiedade dental. Medeiros (1993) sugere que as visitas devem ser agradáveis e livres de ansiedade.

Durante a primeira visita o dentista pode determinar seu modo de abordagem com a criança nas futuras sessões. Quando realizamos os procedimentos básicos também trabalhamos a parte psicológica do paciente. Esta foi a proposta do primeiro atendimento: simplicidade para não chocar a criança ou submetê-la a uma série de procedimentos ou novos conhecimentos que suscitasse um excesso de informações, com prejuízo para o tratamento posterior. Procurou-se seguir as orientações de Rosengarten (1961), Usberti (1991), Pansani, Bausells e Rocca (1997) Ferreira, Kramer e Longoni (1999), Fonseca e Toledo (1986) e Corrêa et al. (2003) que trabalharam com uma primeira visita simples, com a finalidade de conhecer o paciente e não as de Bönecker et al. (1999) e Fonseca e Toledo (1986) que preconizaram um protocolo de atendimento mais complexo e que demandava maior tempo com a realização de exames extra e intrabucais.

Procurou-se utilizar a primeira visita para avaliação da criança para verificar se o atendimento sem experiências negativas ou dolorosas anteriores estaria relacionado a ansiedade ou medo. Baseado em Rantavuori et al. (2002) e Tollendal (1985), que mostraram que uma primeira visita mal planejada pode ser traumática e predispor a criança ao medo e ansiedade, buscou-se realizar um atendimento simples, somente para verificar o comportamento da criança, para que as visitas onde fosse realizado o efetivo atendimento fossem bem planejadas e introduzissem a criança ao ambiente odontológico sem traumas.

Neste trabalho, discordando da opinião de Cunha et al. (2000), não foi realizado nenhum procedimento na primeira consulta. Também não se julgou prudente aglutinar vários procedimentos de avaliação em uma mesma etapa, já que segundo Wright et al. (1973), para uma criança, a mudança de uma etapa para outra desperta curiosidade e gera uma reação. Optou-se pela não realização do exame radiográfico, já que o objetivo não era realizar um exame clínico criterioso e sim uma avaliação do comportamento (WRIGHT et al., 1973).

A amostra pretendida e ideal seria o equivalente em números de sujeitos do sexo feminino e do sexo masculino em todas as faixas etárias, porém, como o convite foi feito de maneira aleatória, não foi possível obter esta amostra. Os dados obtidos mostraram que com relação ao Sexo, a amostra correspondeu ao censo do IBGE de 2000, com maior porcentagem de crianças do sexo feminino sobre o masculino. Na análise multivariada o gênero sempre apresentou valores maiores de p, sendo excluído do modelo estatístico final, significando que o mesmo não foi uma variável que influenciou o resultado da escala, confirmando Corkey e Freeman (1994), Taguchi et al. (1993), Frankl et al. (1962), Torriani (1999) apud Cunha, Percinoto e Delbem (2003, p.75) e Collares e Richman, (2002). Sua utilização na elaboração da tabela final de classificação diagnóstica se deveu ao fato de ser uma variável classificatória biologicamente importante, segundo a literatura.

Outras variáveis analisadas, antecedentes ao comportamento das crianças durante suas visitas ao consultório, não se mostraram importantes com relação a alteração do comportamento da criança durante o atendimento. Após a análise estatística, o item do questionário Posição do filho na família mostrou resultados contrários aos trabalhos de Sears (1949) que afirmou que a ordem de nascimento da criança poderia ser uma variável psicológica importante e a relacionou com ansiedade. Sears (1949) também confirmou o

trabalho de Schachter (1959), apud De Fee e Himelstein (1969) que relatou que o primeiro filho e o filho único tinham tendência a serem mais sensíveis à dor que os outros filhos. Os dados obtidos neste estudo, porém, concordam com Collares e Richman (2002) que afirmaram esta não ser uma variável significativa.

As variáveis: Presença de Deficiência física, Experiência anterior com médico, Estado civil dos pais, Idade dos pais, Nível de instrução do pai, Renda dos pais, Situação de trabalho dos pais e Religião dos pais também não se mostraram influentes no comportamento, mais ou menos cooperativo, apresentado pela criança durante a aplicação da escala EOCI.

Neste trabalho não houve influência da renda da família sobre o comportamento apresentado pela criança. Corkey e Freeman (1994), Taguchi et al. (1993) e Frankl, Shiere e Fogels (1962) confirmam que a condição social da família não interfere no comportamento da criança, contrariando Brill (2000) que afirmou que crianças com nível sócio econômico menor exibiram comportamento negativo.

Não houve influência da presença de Deficiência física sobre o comportamento apresentado pela criança, comprovada pela análise estatística multivariada. A frequência de crianças nesta condição foi baixa, somente 18, das 398 crianças avaliadas, apresentaram algum tipo de deficiência.

Neste trabalho a variável Experiência anterior com médico não apresentou resultados que indicassem ser a mesma causadora de alterações de comportamento na criança e não houve experiência dental anterior. Collares e Richman (2002) afirmaram que as crianças que tiveram experiência médica anterior positiva, tendem a ser mais cooperativas no atendimento

odontológico. Brill (2000), Holst et al. (1988) e Holst et al. (1993) relataram que marcadores não dentais podem gerar ansiedade, sendo que “problemas em visitar um médico” é um deles. Wright et al. (1973) afirmaram que a experiência médica anterior piora o comportamento das crianças.

Segundo Holst et al. (1988) e Holst et al. (1993) os marcadores não dentais têm maior significância estatística como preditores, o que também foi relatado por Wright (1975). Dentre os marcadores mais frequentes estão: problemas quando visitam o médico, medo do pai ou da mãe em relação a situação odontológica e ansiedade quando conhecem um estranho. Holst trabalhou, em 1988, com crianças entre três e 16 anos e, em 1993, com crianças entre três e seis anos e notou que quando alguma destas variáveis foi encontrada, problemas de comportamento eram esperados. Também afirmou que fatores não dentais têm grande influência no comportamento de crianças entre três e 16 anos, mais do que experiências dentais negativas precoces.

Os itens Renda e Situação de trabalho dos pais não mostraram correlação forte com relação a comportamentos mais ou menos cooperativos apresentados pela criança durante a aplicação da escala EOCI, concordando com Collares e Richman (2002).

No presente estudo a variável Medo de dentista (dos pais) não mostrou influência estatística significativa nas respostas das crianças, contrariando a maioria da literatura, onde vários autores discorrem principalmente sobre ansiedade materna e sua influencia no comportamento da criança. Klinberg et al. (1995), Brill (2000), Hoslt et al. (1988), Holst et al. (1993), Rantavuori et al. (2002) e Collares e Richman (2002) concluíram que a ansiedade materna ou o medo de um dos pais influencia negativamente o comportamento da criança.

Porém, no trabalho de Klinberg et al. (1995) seus sujeitos tinham entre quatro e 11 anos e no de Holst et al. (1988) tinham entre três e 16 anos. Wright et al. (1973) relataram que a ansiedade materna influenciava negativamente com maior frequência as crianças com idade entre 36-47 meses. Johnson e Baldwin (1969) afirmaram que as mães que eram ansiosas tinham filhos com comportamento negativo. Já Ceccarelli (2001) relatou que o medo e ansiedade sentidos pelas crianças durante o tratamento esteve relacionado com o comportamento observado durante o tratamento e não com a ansiedade manifestada pela mãe. No trabalho de Holst et al. (1993), a provável influência do medo dos pais sobre o comportamento das crianças foi devido ao fato dos pacientes serem mais velhos e conseqüentemente possuírem mais maturidade e discernimento, sendo mais susceptíveis às influências dos pais.

Outras variáveis analisadas foram os itens da escala EOCI. Pretendeu-se analisar estatisticamente qual era o efeito de alguns procedimentos sobre o comportamento das crianças. A análise estatística mostrou que durante a apresentação da criança ao odontopediatra, sua entrada na sala, o ato de sentar-se na cadeira odontológica, o ato de colocar a luva feito pelo odontopediatra, bem como a máscara e o acendimento do refletor houve uma tendência nas crianças em apresentar comportamentos mais cooperativos. Os dados podem ser revistos nas tabelas de números nove a 14.

Pinkham (1996) e Collares e Richaman (2002) relataram que o medo de estranhos é um achado constante em pesquisas com comportamentos de crianças, mas a figura do Odontopediatra não provocou esta reação nas crianças contrariando a literatura. Cunha et al. (2003) relatam que o medo de pessoas e ambientes estranhos é uma variável que afeta o comportamento, além da influência direta sobre o corpo. Não foram observadas tendências a

comportamentos negativos quando a criança foi apresentada ao odontopediatra nem quando foi introduzida na sala de atendimento. Milgrom et al. (1995) também trabalharam com crianças entre cinco e 11 anos e avaliaram o medo através da CFSS-DS “*Dental Subscale of the Children’s Fear Survey Schedule*” (TEN BERGE et al., 1988) concluindo que, medo de estranhos era um achado freqüente, dentre os que provocavam este sentimento nas crianças. Não foi possível seguir a orientação de Olsen (1965) que diz que o odontopediatra deve buscar o paciente na sala de espera, pois como a intenção era avaliar o impacto que a figura do mesmo causaria na criança, era impossível que o mesmo buscasse uma criança na sala de espera sem que outras o vissem, deste modo esta função foi repassada para a auxiliar.

Quando foi apresentado o espelho, feito o exame e acionada a cadeira houve uma mudança no comportamento apresentado pelas crianças, com a obtenção de escores mais baixos indicando comportamento menos cooperativo.

Araújo (1990), Silva et al. (1994), Milgrom et al. (1995), Issao e Guedes-Pinto (1988) Tollendal (1985) e Toledo e Rocca (1986) confirmam que o exame é um procedimento invasivo porque a boca é uma região muito sensível e íntima. Tavares (2000) trabalhou com crianças entre três e oito anos de idade e como resultados a autora encontrou: menor cooperação entre pacientes de menor idade com relação ao uso de radiografias [baseou seus resultados nas afirmações de Klatchoian (1993) e Finn (1973)] e que o ato de examinar foi o que apresentou resultados negativos somente entre as crianças de três anos.

Três variáveis se mostraram importantes após a análise estatística: Procedência das crianças, Instrução da mãe e Idade das crianças.

A Procedência das crianças mostrou que as crianças que ficam nas creches durante o dia apresentaram um comportamento mais cooperativo do que as que ficam em casa. Estas evidências contrariam Frankl et al. (1962) que afirmaram não ser esta uma variável que altera a resposta da criança ao medo dental.

O item Instrução da mãe mostrou significância estatística, quanto maior o grau de instrução da mãe, melhor o comportamento apresentado pela criança durante o atendimento odontológico. As crianças, filhas de mães com instrução maior que doze anos de estudo, apresentaram comportamento melhor do que as filhas de mães com instrução equivalente a dois anos de estudo. Collares e Richman (2002) encontraram em seu estudo uma associação forte entre educação dos pais e comportamento das crianças.

O item Idade da criança foi o que apresentou maior importância com relação à aplicação da escala EOCI. Quanto mais velha a criança, aumenta a tendência de apresentar comportamento cooperativo em uma situação de primeira consulta odontológica. Brunner et al. (1981) relataram que, à medida que os estágios de desenvolvimento se sucedem, a criança se torna mais capaz de se comportar frente aos problemas, por meio de símbolos e idéias. Pansani, Bausells e Rocca (1997) disseram ser a idade da criança um fator que pode influenciar seu comportamento na situação odontológica. Winer (1982) e Collares e Richman (2002) também afirmaram que o comportamento da criança se torna mais cooperativo com a idade durante o atendimento odontológico. A maturidade e a vivência da criança, segundo Tavares (2000), foram fatores que propiciaram maior compreensão e aceitação dos procedimentos. Klein (1967) também afirmou que o comportamento da criança durante o atendimento odontológico melhora com o aumento da idade. O estudo de Brill (2000) teve como objetivo avaliar o comportamento de crianças em consultório particular. Segundo o

autor, o manejo do paciente pediátrico é a maior dificuldade para o odontopediatra. Ele citou vários artigos em que o comportamento das crianças foi avaliado e relatou que as crianças tendem a diminuir o comportamento negativo conforme aumenta a idade. Discordou-se dos trabalhos de Torriani (1999) apud Cunha, Percinoto e Delbem (2003, p.75) que afirmou que crianças entre zero e 24 meses tiveram aumento de condutas não colaboradoras com o aumento da idade e Cunha et al. (2003) que obtiveram os seguintes resultados: entre sete e 30 meses, comportamento não colaborador e 31 e 36 meses o comportamento observado foi estatisticamente não significante.

Diante dos dados apresentados neste trabalho concluiu-se que as variáveis que se mostraram mais importantes e que devem ser consideradas na aplicação da escala EOCI foram: Idade, Procedência e Instrução da mãe. Isto demonstra que: quanto mais velha a criança, quanto maior o grau de instrução da mãe e a permanência da criança em creches durante o dia, maiores serão os resultados obtidos na escala, o que significa maior comportamento cooperativo em situação odontológica.

Concluiu-se também que a criança em situação de primeira consulta e com faixa etária abaixo de quatro anos de idade tem 75% de probabilidade de apresentar um comportamento cooperativo, favorável a realização do atendimento.

Procurou-se aplicar a escala EOCI para realizar um melhor planejamento do atendimento e assim diminuir a quantidade de crianças não colaboradoras, segundo Cunha et al. (2003).

Uma seqüência coerente para este trabalho seria a validação da EOCI, sendo necessário que a mesma seja aplicada conjuntamente com outra já estabelecida e aceita no meio científico de pesquisa (WEINSTEIN et al., 1996), por outros profissionais devidamente treinados quanto ao uso das escalas e em um número suficiente de crianças que permitam análise estatística e aplicação de testes estatísticos de validade e fidedignidade.

Concluiu-se ser possível elaborar, padronizar e normatizar uma escala para avaliação do comportamento das crianças, entre um e quatro anos de idade, em sua primeira visita ao consultório odontológico, por meio da observação de suas reações espontâneas frente a determinados procedimentos executados pelo odontopediatra, sem a realização de tratamento. Esta escala foi denominada EOCI – Escala de Observação do Comportamento Infantil.

Os resultados mostraram ser possível elaborar também, uma classificação diagnóstica das crianças após a aplicação da escala por sexo, idade e descrição dos comportamentos observados. Esta classificação auxiliará o Odontopediatra a compreender o comportamento da criança de maneira que possa escolher a técnica de manejo mais adequada, organizar e racionalizar os procedimentos, manter um relacionamento mais seguro e confiável com os pais e a própria criança e assim otimizar o tratamento odontológico aumentando as possibilidades de sucesso profissional.

*“O homem só envelhece quando nele
os lamentos substituem os sonhos”*

John Barrimore

REFERÊNCIAS §

ACHENBACH, T. M.; EDELBROCK, C. S. **Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile**. Burlington: University Associates in Psychiatry, 1991.

AITKEN, R.C.B. Measurement of feelings using Visual Analogue Scales. **Proceedings of the Royal Society of Medicine, London**, v. 62, p. 989-996, 1969.

ALVESALO, I.; MURTOMAA, H.; MILGRON, P.; HONKANEN, M.; KANJALAINEN, M.; TAY, K. M. The dental fear survey schedule: a study with Finnish children. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 3, n. 4, p. 193-198, 1993.

ALWIN, N.; MURRAY, J. J.; NIVEN, N. The effect of children's dental anxiety on the behavior of a dentist. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 4, n. 1, p. 19-24, 1994.

ANASTASI, A.; URBINA, S. **Testagem Psicológica** 7.ed. Tradução: Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 575 p.

ARAÚJO, G.B.C. Aspectos psicológicos no atendimento de crianças de um a três anos de idade. **Odontólogo Moderno**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11/12, p. 17-20, 1990.

BACON, E. S. Anticipando la primera visita. In: _____. **Los dientes del niño: guía para los padres**. Buenos Aires: E.P. Dutton, 1957. Cap. IV, p. 25-34.

BENFATTI, S. N. 5ª aula – Manejo da criança no consultório odontológico. 3ª parte. **Odontólogo Moderno**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 5, p. 46-52, 1984.

BERNSTEIN, D. A.; KLEINKNECHT, R. A.; ALEXANDER, L. D. Antecedents of dental fear. **Journal of Public Health Dentistry**, Raleigh, v. 39, n. 2, p. 113-124, 1979.

BÖNECKER, M. I. S.; PINTO, A. C. G.; DUARTE, D. A. Abordagem odontopediátrica integral em clínica de bebês. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 307-310, 1995.

§ *ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**; informação e documentação: referências ; elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BÖNECKER, M. I. S.; FONSECA, Y. P. C.; DUARTE, D. A. Protocolo básico de orientação para exame clínico em bebês. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 103-107, 1999.

BÖNECKER, M.; CORRÊA, M. S. N. P. Medidas educativas e preventivas para tratamento integral do bebê. In: RIELSON, J. A. MANOEL, E. L. **Livro do Congresso – Odontologia, Arte e Conhecimento: odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. cap. 3, p.31-38.

BORDIN, I. A. S.; MARI, J. J.; CAIERO, M. F. Validação da versão brasileira do “Child Behavior Checklist” (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria – Asociación Psiquiátrica de la América Latina**, São Paulo. v. 17, n. 2, p. 55-66, 1995.

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

BRUNNER, V.; ARAÚJO, F. B.; VASQUEZ, G. E. F.; MOREIRA, J. H.; CARDOSO, L. B.; DUARTE, R. C. A importância da psicologia e relações humanas em odontologia, particularmente na Odontopediatria. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 279-284, 1981.

CARSON, P.; FREEMAN, R. Accessing child dental anxiety: the validity of clinical observations. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 7, n. 3, p. 171-176, 1997.

CASTENDA, A. C.; McCANDLESS, R. B.; PALERMO, D. S. The children's form of the Manifest Anxiety Scale. **Child Development**, Malden, v. 27, p. 317-326, 1956.

CASTILHOS, J.R.L. O desenvolvimento psicológico da criança e o relacionamento com o Odontopediatra. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 27, n. 4, p. 216-221, 1979.

CECCARELLI, A. P. B. **Relação entre ansiedade materna e o comportamento da criança e seu medo/ansiedade frente ao tratamento odontológico**. 2001. 60 p. Monografia. (Trabalho de conclusão de curso) – Faculdade de Odontologia - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

COLARES, V.; RICHMAN, L. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 69, n. 1, p. 87-91, 2002.

CORAH, N.L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 48, n. 4, p. 596, 1969.

CORKEY, B.; FREEMAN, R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 61, n. 4, p. 267-271, 1994.

CORRÊA, M. S. N. P.; BONECKER, M.; BERGAMASCO, G. N.; CORREA, F. N. P. Tratamento integral do bebê: abordagem curativa. In: RIELSON, J. A.; MANOEL, E. L. **Livro do Congresso – Odontologia, Arte e Conhecimento: odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. cap. 6, p.77-96.

CROLL, T. P. The three – year – myth. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 9, n. 1, p. 86-87, 1987.

CUNHA, R. F.; DELBEM, A. C.; PERCINOTO, C.; SAITO, T. E. Dentistry for babies: a preventive protocol. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 67, n. 2, p. 89-92, 2000.

CUNHA, R.F.; DELBEM, A.C.B.; PERCINOTO, C.; MELHADO,F.L. Behavioral evaluation during dental care in children ages 0 to 3 years. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 70, n. 2, p. 100-103, 2003.

CUNHA, R. F.; PERCINOTO, C.; DELBEM, A. C. B. Tratamento integral do bebê: manipulação e controle. In: RIELSON, J. A. MANOEL, E. L. **Livro do Congresso – Odontologia, Arte e Conhecimento: odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. cap. 5, p.71-76.

CUTHBERT, M. I.; MELAMED, B. G. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 49, n. 6, p. 432-436, 1982.

DE FEE, J. F.; HIMELSTEIN, P. Children's fear in a dental situation as a function of birth order. **The Journal of Genetic Psychology**, Washington, v. 115, n. 2d half, p. 253-255, 1969.

DUNN, O. J.; CLARK, V. A. Applied Statistics: analysis of variance and regression. New York: John Wiley & Sons, 1987.

EPI INFO™, Version 6.04a, a word processing, database, and statistics program for public health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 1996. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/Epi6/ei6.htm>>. Acesso em: 01 fev. 2003.

FARACO, I. M.; DELBEM, A. C. B.; PERCINOTO, C. A influência do acompanhante. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 42, n. 6, p. 323-325, 1994.

FERREIRA, S. H.; KRAMER, P. F.; LONGONI, M. B. Idade ideal para a primeira consulta odontológica. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 47, n. 4, p. 236-238, 1999.

FINN, S. B. **Odontología Pediátrica**. 4. ed. México: Interamericana, 1976. Cap. 1-3, p. 1-39.

FONSECA, Y. P.; SANT'ÁNNA, G. R.; SUGA, S. S. Caso clínico: a 1ª visita ao consultório dentário. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 825-827, 1992.

FONSECA, G.D.; TOLEDO, O. A. Diagnóstico e plano de tratamento em clínica odontológica infantil. In: TOLEDO, O. A. **Fundamentos para a Prática Clínica**. São Paulo: Editorial Médica Panamericana, 1986. Cap. 2, p. 45-61.

FRANKL, S. N. An evaluation of the effects of separation of the mother and preschool child in the dental office. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 40, p. 673, 1961.

FRANKL, S.N.; SHIERE, F. R.; FOGELS, H. R. Should the parents remain with the child in the dental operatory? **Journal of Dentistry for Children**, Fulton, v. 29, p. 150-163, 1962.

GOEPFERD, S. Exame do bebê e da criança que está aprendendo a andar. In: PINKHAM, J. R. **Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. Cap. 13, p. 202-211.

GLENNON, B.; WEISZ, J. An observational approach to the assessment of anxiety in young children. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 46, n. 6, p. 1246-1257, 1978.

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

GOODMAN, R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, Cambridge, v. 38, n. 5, p. 581-586, 1997.

GOODMAN, R.; SCOTT, S. Comparing the strengths and difficulties questionnaire and the child behavior checklist: is a small beautiful? **Journal of Abnormal Child Psychology**, New York, v. 27, n. 1, p. 17-24, 1999.

GORAYEB, M.A.M. **Adaptação, normatização e avaliação das qualidades psicométricas da RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) para uma amostra de escolares de oito a 13 anos, de Ribeirão Preto – SP.** 1997. 59 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

GRAPH PAD PRISM 3.02. Basic biostatistics, curve fitting and scientific graphing in one comprehensive program. San Diego, c2005. Disponível em: <<http://www.graphpad.com/prism/Prism.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2004.

GREENBAUM, P. E.; TURNER, C.; COOK, E. W. 3RD; MELAMED, B.G. Dentist's Voice Control: effects on children's disruptive and affective behavior. **Health Psychology**, Washington, v. 9, n. 5, p. 546-558, 1990.

GUEDES-PINTO, A. C.; CORRÊA, M. S. N. P.; GIGLIO, E. M. **Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica.** 3.ed. São Paulo: Santos, 1991.

HASTY, M. F.; VANN, W. F.; DILLEY, D. C.; ANDERSON, J. A. Conscious sedation of pediatric dental patients: an investigation of chloral hydrate, hydroxyzine pamoate, and meperidine vs. chloral hydrate and hydroxyzine pamoate. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 13, n. 1, p. 10-19, 1991.

HOLST, A.; EK, L. Effect of systematized "behavior shaping" on acceptance of dental treatment in children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 16, n. 6, p. 349-355, 1988.

HOLST, A.; SCHRODER, U.; EK, L.; HALLONSTEN, A. L.; CROSSNER, C. G. Prediction of behavior management problems in children. **Scandinavian Journal of Dentistry Research**, Copenhagen, v. 96, n. 5, p. 457-465, 1988.

HOLST, A.; HALLONSTEN, A. L.; SCHRODER, U.; EK, L.; EDLUND, K. Prediction of behavior - management problems in 3 – year – old children. **Scandinavian Journal of Dentistry Research**, Copenhagen, v. 101, n. 2, p. 110-114, 1993.

HOSEY, M. T.; BLINKHORN, A. S. An evaluation of four methods of assessing the behavior of anxious child dental patients. **International Journal of Paediatric Dentistry**, Oxford, v. 5, n. 2, p. 87-95, 1995.

ISSAO, M.; GUEDES- PINTO, A. C. **Manual de Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1988. cap. 1, p.1-24.

JOHNSON, R.; BALDWIN, D. C. Maternal anxiety and child behavior. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 36, n. 2, p. 87-92, 1969.

KLATCHOIAN, D. A. O desenvolvimento neuropsicológico da criança. In: KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 11-26.

KLEIN, H. Psychological effects of dental treatment on children of different ages. **Journal of Dentistry for Children**, Fulton, v. 34, p. 30-36, 1967.

KLINGBERG, G. BERGGREN, U.; CARLSSON, S. G.; NOREN, J. G. Child dental fear: cause – related factors and clinical effects. **European Journal of Oral Science**, Copenhagen, v. 103, n. 6, p. 405-412, 1995.

KLORMAN, R.; RATNER, J.; ARATA, C. L. G.; KING JR, J. B.; SVEEN, O. B. Predicting the child's uncooperativeness in dental treatment from maternal trait state, and dental anxiety. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 45, n. 1, p. 62-67, 1978.

LAW, D.B.; LEWIS, T. M.; DAVIS, J. M. **An atlas of pedodontics**. Philadelphia: Saunders, 1969. cap. 16, p. 319-323.

LENCHNER, V. The effect of appointment length on behavior of the pedodontic patient and his attitude toward dentistry. **Journal of Dentistry for Children**, Fulton, v. 33, n. 2, p. 61-74, 1966.

LEVY, M. S. W.; DOMOTO, P. K. Current techniques for behavior management: a survey. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 1, n. 3, p. 160-164, 1979.

LIDDELL, A.; LOCKER, D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. **Community Dentistry Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 25, n. 4, p. 314-318, 1997.

LOCKER, D.; LIDDELL, A.; DEMPSTER, L.; SHAPIRO, D. Age of onset of dental anxiety. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 78, n. 3, p. 790-796, 1999.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnica de pesquisa, elaboração e análise**. São Paulo: Atlas, 1986. Cap. 3, p. 65-96.

MC DONALD, R. E.; AVERY, D. R. Orientação psicológica no controle de comportamento. In: _____. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. Cap. 2, p. 24-33.

MC TIGUE, D. J. Controle do comportamento infantil. In: Spedding, R.H. **Odontopediatria - Clínicas Odontológicas da América do Norte**. São Paulo: Roca, 1990. Cap. 7, p. 91-106.

MEDEIROS, U. V. Atenção odontológica para bebês. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, n. 10, p. 18-27, 1993.

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

MEYER, G.J.; FINN, S. E.; EYDE, L. D.; KAY, G. G.; MORELAND, K. L.; DIES, R. R.; EISMAN, E. J.; KUBISZYN, T. W.; REED, G. M. Psychological Testing and Psychological Assessment: a review of evidences and issues. **The American Psychologist**, Washington, v. 56, n. 2, p. 128-165, 2001.

MILGROM, P.; MANCL, L.; KING, B.; WEINSTEIN, P. Origins of childhood dental fear. **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 313-319, 1995.

MOURA, L. F. A. D.; LIRA, D. M. M. P.; MOURA, M. S.; BARROS, S. S. L. V.; LOPES, T. S. P.; LEOPOLDINO, V. D.; MOURA, M. D. Apresentação do programa preventivo para gestantes e bebês. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 17, p. 10-14, 2001.

NAZIF, M. Therioridazine and secobarbital as a premedicating agents. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 38, n. 3, p. 206-210, 1971.

OLSEN, N. H. Behavior control of the child dental patient. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 68, p. 873-877, 1964.

OLSEN, N.H. The first appointment – a mutual evaluation session. **Journal of Dentistry for Children**, Foulton, v. 32, n. 4, p. 208-211, 1965.

PAIVA, S. M.; PERÉT, L. R. C. A.; GONÇALVES, D. H. A. Atendimento a bebês – um programa para saúde pública. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 42, n. 3, p. 174-175, 1994.

PANSANI, C. A.; BAUSELLS, J.; ROCCA, R. A. Psicologia e motivação. In: BAUSELLS, J. **Odontopediatria – Procedimentos Clínicos**. São Paulo: Premier, 1997. Cap. 4, p. 27-38.

PARKIN, S. F. The assessment of two dental anxiety rating scales for children. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 55, n. 4, p. 269-272, 1988.

PARKIN, S.F. Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 56, n. 1, p. 40-43, 1989.

PASQUALI, L. Testes referentes a Construto: teoria e modelo de construção. In: _____. **Instrumentos Psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999. Cap. 3, p.37-71.

PEREIRA, M.G. Validade de uma investigação. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap. 15, p. 326-336.

_____. Aferição dos eventos. In: PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. Cap. 17, p. 358-375.

PINHEIRO, G. A. Considerações acerca da abordagem psicológica na clínica odontopediátrica. **Odontólogo Moderno**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 10-14, 1991.

PINKHAM, J. R. Observation and interpretation of the child dental patient's behavior. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 1, n. 1, p. 21-26, 1979.

_____. **Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 661p.

QUINONEZ, R.; SANTOS, R. G.; BOYAR, R.; CROSS, H. Temperament and trait anxiety as predictors of child behavior prior to general anesthesia for dental surgery. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 19, n. 6, p. 427-431, 1997.

RANTAVUORI, K.; ZERMAN, N.; FERRO, R.; LAHTI, S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto region of Italy. **Acta odontologica Scandinavica**, Oslo, v. 60, n. 5, p. 297-300, 2002.

REYNOLDS, C. R.; RICHMOND, B. O. What I think and feel: a revised measure of Children's Manifest Anxiety. **Journal of Abnormal Child Psychology**, New York, v. 6, n. 2, p. 271-280, 1978.

RING, M. E. **História Ilustrada da Odontologia**. São Paulo: Manole, 1998.

ROSENGARTEN, M. The behavior of the preschool child at the initial dental visit. **Journal of Dental Research**, Chicago, v. 40, p. 673, 1961.

SANDRINI, J.C. Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica. **Revista de Odontopediatria Atualização e Clínica**, São Paulo, v. 3, n. 4, p. 109-118, 1995.

SARNAT, H.; ARAD, P.; HANAUER, D.; SHOHAMI, E. Communications strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 23, n. 4, p. 337-342, 2001.

SCHERER, M. W.; NAKAMURA, C. Y. Fear survey schedule for children (FSS-FC): a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). **Behaviour Research and Therapy**, Oxford, v. 6, p. 173-182, 1968.

SEARS, R.R. Ordinal position in the family as a psychological variable. **American Sociological Review**, New York, p. 397-401, 1949.

SHOBEN, E. J.; BORLAND, L. An empirical study of the etiology of dental fears. **Journal of Clinical Psychology**, New York, v.10, n. 2, p. 171-174, 1954.

SIDMAN, M. **Coerção e suas Implicações**. São Paulo: Editorial Psy, 1995.

SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica**: para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1975.

SILVA, H. C.; AMMON, I. O. N.; VIEIRA, R. S. Adaptação do comportamento de uma criança de 3 anos para o tratamento odontológico. **Revista de Odontopediatria**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 115-123, 1994.

SONNENBERG, E.; VENHAM, L. Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visits. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 44, n. 6, p. 438-442, 1977.

TAGUCHI, M. F.; ARAÚJO, I. C.; SILVA, A. J.; SHIMONO, T. O medo frente ao tratamento odontológico. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 41, n. 3, p. 138-142, 1993.

TAVARES, F. C. S. **Avaliação do comportamento infantil frente a diferentes procedimentos clínicos**. 2000. 46 p. Monografia, (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Odontologia - Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2000.

TEN BERGE, M.; HOOGSTRATEN, J.; VEERKAMP, J. S. J.; PRINS, P. J. M. The dental subscale of the Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in the Netherlands. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 26, n. 5, p. 340-343, 1998.

TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J. S. J.; HOOGSTRATEN, J.; PRINS, P. J. M. Behavioral and emotional problems in children referred to a centre for special dental care. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, v. 27, n. 3, p. 181-186, 1999.

THE MERCK INDEX: an encyclopedia of chemicals, drugs and biologicals. 11. ed. Rahway: Merck, 1989.

TOLEDO, O. A.; ROCCA, R. A. Manejo da criança na clínica odontológica. In: TOLEDO, O. A. **Fundamentos para a Prática Clínica**. São Paulo: Editorial Médica Panamericana, 1986. Cap. 3, p. 63-74.

TOLLENDAL, M. E. **Psicologia em Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1985. Cap. 5, p. 121-131.

USBERTI, A. C. A criança e o medo do tratamento odontológico. In: _____. **Odontopediatria Clínica**. São Paulo: Santos, 1991. Cap.12, p. 113-118.

VENHAM, L.I. The effect of mother's presence on child's response to dental treatment. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 46, n. 3, p. 219-225, 1979.

VENHAM, L. L.; GAULIN-KREMER, E.; MUNSTER, E.; BENGSTEN-AUDIE, D.; COHAN, I. Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 2, n. 3, p. 195-202, 1980.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. Introdução. In: WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. Cap. 1, p. 3-5.

_____. Estudo das relações paciente / ambiente. In: WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. Cap. 2, p. 9-31.

_____. Educação odontológica: necessidades educativas. In: WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. Cap. 5, p. 75-92.

WEINSTEIN, P.; GETZ, T.; RATENER, P.; DOMOTO, P. The effect of dentist's behaviors on fear - related behaviors in children. **Journal of the American Dental Association**, Chicago, v. 104, n. 1, p. 32-38, 1982.

WEINSTEIN, P.; HOSKULDSSON, O.; GOLLETZ, D.; JEFFCOTT, E.; KODAY, M. Situation specific child control: a visit to the dentist. **Behavior Research and Therapy**, Oxford, v. 34, n. 1, p. 11-21, 1996.

WINER, G. A. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. **Child Development**, Malden, v. 53, n. 5, p. 1111-1133, 1982.

WONG, H. M.; HUMPHRIS, G. M.; LEE, G. T. R.; Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. **Psychological Reports**, Louisville, v. 83, n. 3, p. 1179-1186, 1998.

WRIGHT, G. Z.; ALPERN, G. D. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 38, n. 2, p. 124-128, 1971.

WRIGHT, G. Z.; ALPERN, G. D.; LEAKE, J. L. A cross - validation of variables affecting children's cooperative behavior. **Journal Canadian Dental Association**, Canada, v. 39, n. 4, p. 268-273, 1973.

WRIGHT, G. Z. Children's behavior in the dental office. In: WRIGHT, G. Z. **Behavior management in dentistry for children**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1975. Cap.3, p. 55-72.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Comunicado Aos Pais**COMUNICADO AOS PAIS**

Convido _____,aluno (a) da Escola _____ para que participe de uma pesquisa que tem como finalidade avaliar crianças durante sua primeira visita ao odontopediatra.

Será uma pesquisa sem fins lucrativos, totalmente gratuita, que não oferece nenhum risco à saúde da criança, que não exige nada a não ser a participação espontânea da criança acompanhada de seus pais ou responsáveis.

Não será realizado nenhum tratamento ou qualquer outro procedimento, que não seja o exame clínico.

Esta pesquisa será um pequeno passo, que trará benefícios futuros às novas gerações de crianças que freqüentarão os consultórios odontológicos.

Para participar basta ter entre 1 e 3 anos de idade, nunca ter freqüentado um consultório odontológico e nem ter sido examinado em clínicas particulares ou em qualquer outra unidade de saúde.

É necessário agendar um horário para consulta no seguinte número de telefone: 3761-4208 em horário comercial e comparecer no seguinte endereço: Rua Carlos Gomes 251 – Centro na data escolhida, acompanhado(a) de seus pais ou responsáveis, ou apenas de um deles.

A consulta terá no máximo duração de 15 minutos e ao final será oferecida á criança que participar uma escova dental e um creme dental.

Caso seja de seu interesse, por favor, devolva este convite assinado para que seja agendada sua visita.

Caso não seja de seu interesse, por favor, devolva em branco.

Desde já agradeço sua atenção,

Dra Marcela Maia Tambellini

Odontopediatra

Crosp : 43.528

Concordo _____

Assinatura do pai / mãe / responsável

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Eu _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecido sobre todas as condições que constam do documento "Convite aos Pais", de que trata o Projeto de Pesquisa intitulado "**Elaboração de uma escala simples para avaliar e classificar a reação emocional de pré escolares à primeira visita ao odontopediatra**" que tem como pesquisadora responsável a Dra Marcela Maia Tambellini especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, ao exame clínico que meu filho/minha filha será submetido(a), declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

- 1.A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito do preenchimento da ficha padrão, e também de quando meu filho (a) for submetido ao exame clínico para aplicação da escala.
- 2.A liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo nenhum ao meu filho (a).
- 3.A segurança de as informações que eu colocar no questionário serão mantidas em total sigilo, bem como, não serão associadas à minha pessoa ou à de meu filho (a), servindo apenas como dados estatísticos.
- 4.O compromisso de que ele /ela será devidamente acompanhado(a) e terá toda a assistência necessária durante todo o período em que durar o exame clínico.
- 5.A certeza de que não será realizado nenhum procedimento odontológico, bem como, não serão cobrados honorários de qualquer espécie, nem receberei qualquer tipo de pagamento por participar da pesquisa, sendo tudo gratuito e voluntário.

Declaro, ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade em participar do referido projeto.

Batatais, ____ de _____ de 2001.

assinatura do pai/mãe/responsável

APÊNDICE C - Ficha de Identificação do Paciente - (FIP)

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CRIANÇA

Nome da Criança: _____

Endereço: _____ n.º _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Telefone: _____

Sexo: () F () M

Procedência:

Escola Particular () Creche () Centro Comunitário ()

Estágio/Nível: _____

Nome Do Estabelecimento: _____

Único	Primogênito	Do meio	Caçula	Outro

Presença de Deficiência Física:

() Sim

() Não

QUAL? _____

Experiência anterior com:

	Sim	Não
Médico		
Dentista		
Hospital/Internação		

PAIS

Nome Pai/Mãe/Responsável: _____

Estado Civil:

() Casado

() Separado / Desquitado

() Divorciado

() Viúvo

() Amasiado

() Solteiro

APÊNDICE D - Dados Demográficos dos Pais – (DDP)**DADOS DEMOGRÁFICOS DOS PAIS****Idade:**

Pai	Mãe	Responsável

Nível de Instrução Anos de Estudo	Pai	Mãe	Responsável
0 – 2			
3 – 4			
5 – 8			
9 – 11			
12 – ou mais			

Renda em Salário Mínimo	Pai	Mãe	Responsável
\$ 0 - 360 (0 a 2)			
\$ 361 - 900 (2,1 a 5)			
\$ 901 – 1.800 (5,1 a 10)			
\$ 1.801 - 2.700(10,1 a 15)			
\$ 2.701 e+ (15,1 e +)			

Situação De Trabalho	Pai	Mãe	Responsável
Autônomo/Liberal			
Assalariado			
Estudante			
Empresário/Comerciante			
Func.Público			
Dona de Casa			
Aposentado			
Desempregado			

	Religião	Pratica	
		Sim	Não
Pai			
Mãe			
Responsável			

O Pai, a Mãe ou o Responsável tem medo de Dentista? Descreva.

APÊNDICE E - Informativo aos Pais

INFORMATIVO AOS PAIS

- 1º) Preencher a ficha sem conversar com a criança ou estando próximo a ela.
- 2º) Aguardar sua vez lendo ou conversando sobre assuntos que não sejam relativos a odontologia.
- 3º) Entrar com a criança na sala de atendimento sem conversar com ela ou explicar o que vai acontecer e aguardar que o odontopediatra dê os esclarecimentos necessários, utilizando-se para isto de uma linguagem própria e adequada a idade dela.
- 4º) Não interferir durante o exame nem demonstrar medo ou aflição. Nada será realizado sem seu consentimento.
- 5º) Terminado o exame leve a criança sem perguntar ou falar sobre dor ou qualquer comportamento negativo.

Agradeço a atenção e colaboração.

Dra. Marcela Maia Tambellini

ANEXOS

ANEXO A - Escala de Classificação de Frankl (CFSS)

CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO

Tipo 1:

Definitivamente negativo. Rejeição do tratamento, chorando vigorosamente, receoso ou alguma outra evidência patente de negativismo extremo.

Tipo 2:

Negativo. Relutância em aceitar o tratamento, não cooperação alguma, evidência de atitude negativa mas não pronunciada, isto é, emburrado, retraído.

Tipo 3:

Positivo. Aceitação do tratamento, às vezes admoestações, boa vontade para obedecer ao dentista, às vezes com reservas, mas o paciente segue as instruções do dentista cooperativamente.

Tipo 4:

Definitivamente positivo. Boa comunicação com o dentista, interessado nos procedimentos odontológicos, rindo e apreciando a situação.

*Extraída do livro “Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica”

ANEXO B - Houpt Scale

Escala de Classificação Categórica

Chorando –	1 - gritando
	2- choro continuo
	3- choro brando
	4- sem choro
Cooperação -	1- resiste violentamente, interrompe o tratamento
	2- movimentação dificulta o tratamento
	3- movimentação menor
	4- sem movimentação
Apreensão -	1- histérico, não obedece a instruções
	2- extremamente ansioso, desobedece algumas instruções
	3- menos ansioso, consente com a ajuda
	4- calmo, relaxado, segue as instruções
Sono-	1- totalmente acordado
	2- sonolento
	3- adormecido
	4- parece adormecido

*Extraída do livro “Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica”

ANEXO C - Escala de Ansiedade Dental de CORAH (DAS)

1. Se você tem que ir ao dentista amanhã, como você se sente à respeito?
Eu consideraria isto com uma experiência razoavelmente agradável
Eu não me importaria nem com uma coisa nem com outra.
Eu ficaria um pouco ansioso com isto.
Eu ficaria com medo que pudesse ser desagradável e dolorosa.
Eu ficaria muito assustado com o que o dentista pudesse fazer.

2. Quando você está esperando na recepção pela sua vez de ser atendido, como você se sente?
Relaxado.
Um pouco ansioso.
Tenso.
Ansioso
Tão ansioso que algumas vezes eu começo a transpirar ou me sinto fisicamente doente(mal).

3. Quando você está na cadeira do dentista esperando enquanto ele deixa seu alta rotação pronto para começar a trabalhar no seu dente, como você se sente?
Relaxado.
Um pouco ansioso.
Tenso.
Ansioso.
Tão ansioso que às vezes eu começo a transpirar ou me sinto fisicamente doente.

4. Você está na cadeira do dentista para ter seus dentes limpos. Enquanto você está esperando e o dentista está retirando os instrumentos que ele usará para raspar seus dentes ao redor das gengivas, como você se sente?
Relaxado.
Um pouco ansioso.
Tenso.
Ansioso.
Tão ansioso que às vezes eu começo a transpirar ou me sinto fisicamente doente.

A escala varia de 4 a 20 pontos sendo que para respostas:

- a) 1 ponto
- b) 2 pontos
- c) 3 pontos
- d) 4 pontos
- e) 5 pontos

*Extraída do livro "Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica"

ANEXO D - Tabela de Pesquisa de Medo Infantil (CFSS- DS)

NOME		Criança foi:				
IDADE	SEXO	Cooperativa	sim	não		
SESSÃO		Ansiosa para responder	sim	não		
		Responder perguntas	sim	não		
		Entender perguntas	sim	não		
		Sem medo	Pouco	Regular	Muito	Excessivo
		1	2	3	4	5
ITENS						
		1. Dentistas				
		2. Médicos				
		3. Injeções				
		4. Alguém examinando sua boca				
		5. Abrir a boca				
		6. Estranho te tocar				
		7. Uma pessoa te olhar				
		8. Uso de motor pelo dentista				
		9. Ver o dentista usar o motor				
		10.O barulho do motor				
		11.Alguém colocar instrumentos na sua boca				
		12.Sufocação				
		13.Ter que ir ao hospital				
		14.Pessoas com uniforme branco				
		15.Alguém limpando seus dentes				

*Extraída do livro “Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica”

ANEXO E - Escala Comportamental de Wright (1975)

<u>SÍMBOLO</u>	<u>TIPOS DE CONDUTAS</u>	<u>CARACTERIZAÇÃO DAS</u> <u>CONDUTAS</u>
A	Conduta negativa	<ul style="list-style-type: none"> - Recusa ao tratamento - Resistência - Choro forte
B	Conduta indefinida	<ul style="list-style-type: none"> - Pequena resistência - Medo
C	Conduta satisfatória	<ul style="list-style-type: none"> - Nervosismo - Choramingo - Adaptação cautelosa - Reserva ao tratamento - Relutância
D	Conduta positiva	<ul style="list-style-type: none"> - Bom relacionamento - Interesse ao tratamento

ANEXO F - Questionário SDQ

Nome

Data de nascimento

m f

	falso	Um tanto quant o verda -de	Certa - ment e verda -de
1) Considerar o sentimento de outras pessoas.			
2) Irrequieto, superativo, não para quieto.			
3) Sempre se queixa de dores de cabeça, dores de estomago ou doenças.			
4) Divide prontamente com outras crianças.			
5) Sempre tem humor ou temperamento explosivo.			
6) Geralmente solitário tende a brincar só.			
7) Geralmente obediente frequentemente faz o que os adultos pedem.			
8) Muitas preocupações, sempre parece preocupado.			
9) Prestativo/solidário se alguém se machuca, sente mal ou fica doente.			
10) Constantemente remexendo – se ou retorcendo –se.			
11) Tem somente um bom amigo.			
12) Sempre briga com outras crianças ou as maltrata.			
13) Sempre infeliz ou deprimido, ou choroso.			
14) Geralmente amado por outras crianças.			
15) Facilmente distraída concentração vaga.			
16) Medroso em situações novas, facilmente perde a confiança.			
17) Delicado / gentil com crianças mais novas.			
18) Sempre mente ou engana.			
19) Sempre amedrontado por outras crianças.			
20) Sempre se oferece para ajudar os outros.			
21) Pensa antes de agir.			
22) Rouba em casa, na escola, em qualquer lugar.			
23) Se relaciona melhor com outros adultos do que com outras crianças.			
24) Muitos medos, facilmente assustado.			
25) Vê as coisas de antemão.			

ASSINATURA____/____/____
PAI/ PROFESSOR/ OUTRO

CONTAGEM/ SCORE

PAI	NORMAL	MÉDIA	ANORMAL
Dificuldades	0 – 13	14 – 16	17 – 40
Sint. Emoc.	0 – 3	4	5 – 10
Probl. Cord.	0 – 2	3	4 – 10
Hiperativ.	0 – 5	6	7 – 10
Probl. Fix.	0 – 2	3	4 – 10
Comp. Pros.	6 – 10	5	0 - 4

PROFESSOR	NORMAL	MÉDIA	ANORMAL
Dificuldades	0 – 11	12 – 15	16 – 40
Sint. Emoc.	0 – 4	5	6 – 10
Probl. Cord.	0 – 2	3	4 – 10
Hiperativ.	0 – 5	6	7 – 10
Probl. Fix.	0 – 3	4	5 – 10
Comp. Pros.	6 – 10	5	0 - 4

*Extraída do livro “Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica”