

Cardoso, C. L. (2002). *Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica – escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil).

1.5.2. O ATENDIMENTO ODONTOPEDIÁTRICO – MANEJO TÉCNICO PRECONIZADO

JACOB (1998) afirma que o estresse vivenciado pelo paciente amplia o seu medo e a sua percepção da dor, diminuindo a sua capacidade de colaborar com o tratamento.

O estudo conduzido por WEINSTEIN et al (1982) avaliando a relação entre a criança e o comportamento do dentista, conclui que frente ao comportamento de medo da criança, o profissional responde mais frequentemente com comportamentos baseados no estilo pessoal do que com comportamentos que utilizam estratégias de manejo que tem maior probabilidade de reduzir o medo. Os comportamentos apontados por estes autores como eficazes são: oferecer orientações e informações (regras, controle, instruções claras); questionar os sentimentos e utilizar reforço. Por outro lado os comportamentos que não favorecem a diminuição do medo são tranquilização, explicação, coerção e parar o tratamento.

KUHN & ALLEN (1994) apontam que os dentistas consideram que atender crianças não colaboradoras é um dos maiores problemas a ser enfrentado na clínica.

A importância do uso de técnicas de manejo do comportamento infantil tem sido enfatizada na literatura visando obter condutas comportamentais

adequadas que permitam realizar um bom tratamento (WEINSTEIN & NATHAN, 1988; LAWRENCE et al, 1991; ELI, 1992; FESTA et al, 1993; REYES, 1993; KUNH & ALLEN, 1994; MILGROM et al, 1995; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996).

QUEROLO & PICASSO (1996) realizaram uma revisão bibliográfica de 1990 até 1994, e encontraram que, de maneira geral, os objetivos dos odontopediatras são: ajudar a criança a compreender o tratamento odontológico e cooperar com ele; orientar condutas apropriadas ao atendimento; oferecer um tratamento seguro e eficaz; deixar a criança em condições de receber normalmente futuros tratamentos.

Objetivando detalhar as técnicas de manejo comportamental comumente utilizadas por cirurgiões dentistas, principalmente pelos odontopediatras, sob o referencial da abordagem comportamental, pretende-se apresentar de forma sucinta, um rol de técnicas sem a pretensão de ser exaustiva no que se refere a descrição das mesmas ou ainda de suas variações. A maioria dos autores subdividem as técnicas em aversivas e não aversivas, manter-se-á aqui tal distinção visando facilitar a compreensão.

- TÉCNICAS NÃO AVERSIVAS -

a) *COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL* (controle da voz, expressão facial, tom de voz, entre outros) – Objetiva estabelecer uma interação adequada com a criança e uma relação de confiança, o que facilita a cooperação e a aceitação do tratamento. É importante que se reconheça a criança como única, com características próprias.

As formas de comunicação não verbal, como, a postura, a expressão facial, os gestos, contatos do olhar, demonstração de afeto e amizade, são

importantes para desenvolver um sentimento de segurança e atitudes positivas para com o tratamento.

A comunicação envolve a dupla, ou seja, é essencial que o profissional possa transmitir suas mensagens a criança, mas que também esteja capacitado para receber as mensagens dos seus pacientes. Recomenda-se adequar a linguagem ao nível de desenvolvimento da criança (ELI, 1992; KLATCHOIAN, 1993; FESTA et al, 1993; REYES, 1993; MILGROM, 1995; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996).

Segundo WEINSTEIN & NATHAN (1988) é importante que a criança tenha alguma sensação de controle sobre o que acontece com ela aumentando a capacidade de enfrentamento das situações e diminuindo o sentimento de vulnerabilidade; para tanto, o profissional pode oferecer a criança pequenas escolhas, estimular a sua participação no tratamento (manipulando objetos dentários), dando a criança a sensação de que os seus julgamentos e pensamentos são importantes para o profissional.

SINGH et al (2000) em estudo realizado no Brasil verificaram que o controle percebido pela criança reduz o medo melhorando a capacidade de enfrentamento das situações estressantes. Estes autores sugerem que na situação de tratamento odontológico a percepção de controle é um recurso a ser utilizado visando a redução da ansiedade.

MILGROM et al (1995) afirmam que, questionar os sentimentos, permitindo que a criança expresse os seus temores, ajuda a criar uma relação de confiança e reduz ansiedades. Por outro lado, ignorar ou contradizer os sentimentos da criança tem como consequência aumentar a probabilidade de ocorrência da ansiedade. Estes autores enfatizam que o

uso da coerção, da ameaça e da persuasão são pouco eficazes para controlar o comportamento e podem aumentar a ansiedade. Sugerem, ainda, que dar orientações e instruções específicas, bem como reforço específico é mais eficaz para reduzir o medo do que oferecer regras gerais e reforço inespecífico.

Estudando a aceitação pelos pais do uso das técnicas manejo de comportamento da criança LAWRENCE et al (1991) assinalaram que oferecer informações sobre as técnicas auxiliam numa maior aceitação das mesmas.

- b) DIZER - MOSTRAR – FAZER: Esta técnica foi desenvolvida por ADDELSTON (1959) objetivando um maior conhecimento pela criança da situação de tratamento odontológico. Consiste em apresentar para a criança cada um dos equipamentos e procedimentos a serem utilizados, demonstrando como funciona de forma visual e tátil e a sua finalidade e só então realizar os procedimentos. É importante adequar a linguagem ao nível de compreensão da criança, utilizando elementos lúdicos quando necessário e também realizando somente os procedimentos descritos e mostrados visando o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional e a criança. Esta técnica pode ser utilizada tanto em consultas iniciais familiarizando a criança com a situação nova que irá experimentar, ou como uma técnica para reduzir o medo já existente. (WEINSTEIN & NATHAN, 1988, KLATCHOIAN, 1993; FESTA et al, 1993; REYES, 1993; MILGROM et al, 1995; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996);
- c) REFORÇAMENTO POSITIVO – Objetiva aumentar a frequência de um comportamento positivo emitido pela criança e diminuir a apresentação de

comportamentos inadequados. O reforço positivo pode ser qualquer evento agradável para a criança, como, por exemplo, ser verbalmente elogiada, sorrir, piscar, demonstrar fisicamente afeição, agradecer a ajuda, oferecer um prêmio (ALLARD & STOKES, 1980; ALLEN & STOKES, 1987; WEINSTEIN & NATHAN, 1988; ELI, 1992; KLATCHOIAN, 1993; REYES, 1993; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996).

d) DISTRAÇÃO – Objetiva tirar a atenção da criança da situação de tratamento dentário através da introdução de estímulos no ambiente e com isto distraí-la, diminuindo a percepção de procedimentos desagradáveis. Podem ser utilizados vídeos, jogos eletrônicos, televisão, músicas, histórias infantis, conversas, entre outros. (CORAH et al, 1979; VENHAM et al, 1981; WEINSTEIN & NATHAN, 1988; KLATCHOIAN, 1993; REYES, 1993; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996).

WEINSTEIN & NATHAN (1988) afirmam que a escolha de temas de interesse para a criança, ou seja, com melhor capacidade para distraí-la, está vinculado ao quanto o profissional conhece o seu paciente, enfatiza a necessidade de o ambiente físico ser apropriado para crianças.

MILGROM et al (1995) apontam que pacientes com muita ansiedade têm dificuldade em se distrair principalmente nas consultas e procedimentos iniciais e que pacientes desconfiados não gostam do uso desta técnica. Estes autores afirmam que decorar o consultório de forma não convencional e tentar minimizar odores e sons associados ao atendimento odontológico é uma estratégia de distração que ajuda a minimizar ansiedades.

e) **MODELAÇÃO** – objetiva ensinar a criança através da observação e imitação do comportamento de um modelo. Os modelos podem ser apresentados através de filmes, slides, brinquedos ou mesmo observar o tratamento de um outro paciente. A efetividade desta técnica está intimamente ligada ao modelo escolhido, preconiza-se o uso de crianças de mesma faixa etária, ou ainda pessoas significativas para a criança, como parentes ou amigos. Há muitas variações na forma de apresentação do modelo, desde inicialmente apreensivo até a chegada do estímulo temido, a modelos bem adaptados a situação. Esta técnica se mostrou eficaz para redução do medo e para a aquisição de novos comportamentos. (MELAMED et al, 1975; ALLARD & STOKES, 1980; WEINSTEIN & NATHAN, 1988; ELI, 1992; KLATCHOIAN, 1993; KUHN & ALLEN, 1994; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996; CADAVID, 1999).

f) **DESSENSIBILIZAÇÃO** – Objetiva a redução de algum medo específico, como por exemplo, a ansiedade odontológica. O paciente precisa estar em estado de relaxamento, e a partir daí se expõem gradualmente o paciente à situações imaginárias que lhe causam medo, seguindo uma hierarquia, ou seja, das situações de pouco medo até as de muito medo. Minimiza-se o desconforto causado pela situação, substituindo respostas de ansiedade por respostas de relaxamento. (WEINSTEIN & NATHAN, 1988; MORAES & PESSOTI, 1985; ELI, 1992; KLATCHOIAN, 1993; MILGROM et al, 1995).

- TÉCNICAS AVERSIVAS -

g) TÉCNICA DA MÃO SOBRE A BOCA – objetiva restabelecer a comunicação com a criança e a sua cooperação com o tratamento

odontológico. A aplicação desta técnica é indicada a crianças com comportamento birrento, “histérico” ou potencialmente perigosos na cadeira odontológica.

O dentista coloca a mão firmemente sobre a boca da criança interrompendo o seu choro e diz calmamente o comportamento que é esperado da criança. Se a criança apresenta um comportamento mais adequado é dado um reforço positivo e retirada a mão da boca. Caso ela volte a apresentar o comportamento negativo, utiliza-se novamente esta técnica.

Recomenda-se que o HOM (Hand-Over-Mouth) deve utilizado após todas as outras tentativas de modificação do comportamento da criança terem falhado. É preconizado o uso da técnica da “mão sobre a boca” em crianças que já possuem capacidade para se comunicarem verbalmente. Quando esta técnica foi desenvolvida havia a orientação de tapar inclusive o nariz da criança, impedindo a respiração. (MORAES & PESSOTI, 1985; KLATCHOIAN, 1993; FESTA et al, 1993; REYES, 1993; MILGROM et al, 1995; MAIA et al, 1996; QUEROLO & PICASSO, 1996).

Apesar de existir a recomendação de que o profissional deva estar emocionalmente controlado ao fazer uso desta técnica MILGROM et al (1995) afirmam que sendo utilizada como último recurso é muito difícil que o dentista não esteja perturbado, frustrado e/ou irritado. O paciente tende a responder negativamente nestas situações. MORAES & PESSOTI (1985) destacam que esta técnica tem um aspecto punitivo, e recomendam a eliminação de procedimentos punitivos da pratica odontopediátrica.

h) RESTRIÇÃO FÍSICA – Visa a imobilização total ou parcial da criança, que apresenta comportamentos inapropriados durante o tratamento dentário.

A restrição pode ser feita, pelo dentista e auxiliares, pelos acompanhantes e pelo uso de aparelhos de restrição como o “papoose board” que é um tecido conectado a uma prancha semiflexível com fechamento em velcro. O uso da restrição física tem como indicações, crianças muito jovens (menos de 30 meses) que não conseguem permanecer com a boca aberta por períodos extensos; pacientes que não podem cooperar por problema mental ou físico; quando há risco para o paciente e/ou dentista e em casos de emergência (pacientes com dor). Preconiza-se que esta técnica seja aplicada quando as outras formas de gerenciamento do comportamento falharam. (FESTA et al, 1993; REYES, 1993; MAIA et al, 1996);

Não há um consenso sobre o uso da restrição física, QUEROLO & PICASSO (1996) afirmam que “a odontopediatria deve garantir a criança afeto, qualidade e eficiência. Considera-se que as técnicas de restrição física em quaisquer de suas formas devem estar proscritas da atenção odontológica a criança e deveriam ser eliminadas de quaisquer textos de odontopediatria” (p.97).

MILGROM et al (1995) apontam que as técnicas aversivas visam forçar a submissão do paciente e não o manejo do comportamento. Estes autores afirmam que é indicado finalizar uma consulta quando o profissional percebe que a criança esta ficando cansada e/ou aborrecida, entretanto, reconhecem que os dentistas se sentem frustrados e/ou derrotados quando não conseguem finalizar um procedimento planejado.

Segundo WEINSTEIN & NATHAN (1988) a criança apresenta vários sinais de medo ou desconforto, antes de manifestar comportamentos histéricos ou de risco que são ignorados pelos profissionais e concluem que o uso da restrição física é feito prematuramente e poderiam ser quase que totalmente evitados, exceto em situações particulares como as emergências. Avaliam os benefícios de se utilizar técnicas farmacológicas para sedação como alternativas para as técnicas aversivas. Esses autores enfatizam ainda, que o uso de técnicas aversivas podem ter como resultado a evitação do tratamento odontológico.

Por outro lado, TEN BERGE et al (1999) consideram que quando a criança se recusa a cooperar com o tratamento odontológico fica praticamente impossível tratá-las sem o uso da contenção física. Afirmam que para essas crianças ser empático e tranquilizá-las pode não ser suficiente para ajudá-las a enfrentar o tratamento

- i) USO DE FARMACOLOGIA (SEDAÇÃO) – Objetiva através do uso da medicação diminuir os níveis de ansiedade do paciente. Recomenda-se que sejam administrados por profissionais experientes e com treino adequado, preparados para lidar com complicações advindas do uso dos medicamentos. Faz-se necessário uma avaliação cuidadosa do paciente, para se determinar qual o medicamento mais indicado, o nível de sedação necessário, e as regras de administração. O uso de técnicas farmacológicas não substitui o manejo comportamental do paciente (WEINSTEIN & NATHAN, 1988; ELI, 1992; KLATCHOIAN, 1993; FESTA et al, 1993; REYES, 1993; MILGROM et al, 1995; QUEROLO & PICASSO, 1996).

Segundo KLATCHOIAN (1993) no Brasil os cirurgiões dentistas não recebem uma formação mais aprofundada sobre o uso destes medicamentos, nem de outros utilizados no tratamento de reações adversas provocadas pela sedação e não há um treino para procedimentos de emergência. A prescrição, administração e monitoramento dessas medicações estão na sua maioria estritamente reservados aos médicos. A anestesia geral é vista como último recurso, após terem falhado outras tentativas de sedação ou estas serem inapropriadas, a execução deste procedimento requer a presença de um médico anestesista.

Preconiza-se o uso de uma combinação de técnicas para manejar os comportamentos das crianças. Enfatiza-se a necessidade da observação dos comportamentos dos pacientes mesmo antes da consulta e durante os procedimentos o que fornece ao dentista indicações do nível de aceitação e tolerância ao estresse provocado pela situação, podendo estabelecer uma expectativa de comportamento realista e o controle apropriado (WEINSTEIN & NATHAN 1988).

Quadro 5 - Situação de tratamento odontológico – Comportamentos das crianças categorizados quanto às manifestações de ansiedade.

COMPORTAMENTOS DAS CRIANÇAS	SEM MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE DESADAPTATIVA
	COM MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE – TENTANDO CONTÊ-LA
	COM MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE – EXTERNALIZADAS

SEM MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE DESADAPTATIVA

- Entrar sozinho;
- Pedir explicação dos procedimentos;
- Atenção a tudo o que é feito pelo aluno;
- Sinalizar incômodo ou dor com a mão;
- Informar procedimentos que não gosta;
- Negociar etapas da execução dos procedimentos;
- Auxiliar o aluno nos procedimentos.

COM MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE – TENTANDO CONTÊ-LA

- Não permitir que a mãe saia de perto;
- Reclamar;
- Chorar baixinho;
- Encolher-se;
- Fechar/tapar a boca;
- Apertar as mãos;
- Fechar os olhos para não ver o procedimento;
- Virar a cabeça em direção contrária a localização do aluno;
- Colocar a mão sobre a mão do aluno.

COM MANIFESTAÇÕES DE ANSIEDADE – EXTERNALIZADAS

- Recusar entrar na clínica/sentar;
- Empurrar a mão do aluno;
- Chorar alto;
- Chutar;
- Xingar;
- Gritar;
- Morder;
- Debater-se;
- Inquietar-se na cadeira;
- Tentar tirar o isolamento;
- Fugir/escapar.

Os comportamentos das crianças frente a situações de atendimento odontológico foram agrupados tendo em conta três categorias de enfrentamento da ansiedade: sem manifestação de ansiedade desadaptativa; com manifestação de ansiedade tentando contê-la; com manifestação de

ansiedade externalizada, dirigida para o meio. Para melhor descrevê-las utilizar-se-á de exemplos retirados das observações relativas aos dois grupos.

Os **comportamentos sem manifestação de ansiedade desadaptativa** ocorreram principalmente no Grupo 2, como exemplos têm-se:

Grupo 2

- (P 39) A criança pede explicações de tudo o que será realizado. A criança pergunta o que o aluno irá fazer, qual dente irá tratar, se vai usar o motorzinho.
- (P 33) A aluna havia informado a criança que a mãe não poderia mais entrar na clínica. Na sessão seguinte a criança trouxe consigo como acompanhante a irmã mais velha e diz para aluna “a minha irmã pode entrar, não pode?” (referindo ser a irmã e não a mãe)
- (P 23) A criança chega dizendo que não gosta da anestesia e do isolamento, mas aceita o tratamento.

Com base nas observações das crianças Grupo 2 foi possível categorizar comportamentos que facilitam o atendimento odontológico, já em relação as crianças do Grupo 1 não se identificou anotações que indicassem tais comportamentos.

As **manifestações de ansiedade contidas** foram apresentadas pelas crianças dos dois grupos, têm-se como exemplos:

Grupo 1

- (P 9) A criança abre a boca quando solicitado, mas se encolhe, mostrando-se apreensiva e resmunga baixinho.
- (P 12) A criança recusa-se a abrir a boca e vira a cabeça para o lado contrário

- (P 14) Não deixa realizar nenhum procedimento sem a presença da mãe.

Grupo 2

- (P 22) Criança se mostra apreensiva, segura firme com as mãos os braços da cadeira durante a maior parte do tratamento.
- (P 27) No momento da anestesia, a criança se encolhe e fecha os olhos.

Observa-se pelos exemplos acima que as crianças dos dois grupos experimentam ansiedade frente a determinadas situações e procedimentos, manifestando comportamentos sugestivos de sentimentos e de esforço de conter-se e de inibir-se na tentativa de controlar-se frente à situação de tratamento odontológico.

As **manifestações de ansiedade externalizadas** foram apresentadas exclusivamente pelas crianças do Grupo 1, como exemplos têm-se:

Grupo1

- (P 7) A criança chora muito, grita, dizendo que o tratamento é muito ruim, que ela quer ir embora, se debate, dá chutes, quase derruba a mesa auxiliar.
- (P 1) A criança morde o dedo do aluno, empurra a mão, xinga. "Não gosto de voce, sai daqui"; "Ela é ruim não quero mais vim aqui".
- (P 20) A criança estava sendo segurada quando consegue escapar e se agarra à haste do refletor e aos gritos diz que quer sair da clínica.

Grupo 2

Não foram observadas manifestações de ansiedade externalizadas neste grupo de crianças.

Observa-se que as crianças do Grupo 1, que necessitaram de contenção física para a realização do tratamento odontológico, manifestaram a sua

ansiedade principalmente através de comportamentos que dificultam as intervenções odontológicas, como, gritar, chutar e xingar. Essas crianças frente a situações de dificuldade expressam diretamente a ansiedade, o medo, a raiva, a irritação no ambiente expressando seu desagrado frente a situação e as pessoas. A insatisfação é, portanto, dirigida para fora e não contida em si.

O Quadro 6 apresenta os comportamentos dos alunos em situações de dificuldade categorizados de acordo com a forma de manejo utilizada.

Quadro 6 - Situação de tratamento odontológico – Comportamentos dos alunos frente a situações de dificuldade no atendimento à crianças

COMPORTAMENTOS
DOS ALUNOS FRENTE
AS SITUAÇÕES DE
DIFICULDADE

MANEJOS QUE FACILITAM O ATENDIMENTO

- Utilizar a presença da mãe como estratégia;
- Aceitar colaboração da mãe;
- Dizer mostrar fazer;
- Distrair a criança;
- Reforçar;
- Conversar com a criança, dialogar;
- Fazer solicitações diretas;
- Acolher as demandas da criança com tolerância;
- Retirar a criança da situação momentaneamente;
- Negociar etapas do atendimento;
- Oferecer informações e regras;
- Pedir ajuda à criança, envolvê-la como participante.

MANEJOS QUE DIFICULTAM O ATENDIMENTO

- Sub utilizar as sessões de familiarização;
 - Estabelecer conversa baseada em interrogatório;
 - Desconsiderar os sinais de desconforto apresentado pela criança;
 - Comunicação centrada na dor;
 - Fazer solicitações indiretas;
 - Imposição das etapas planejadas;
 - Ênfase em recompensas futuras;
 - Usar ameaças;
 - Usar punição;
 - Apressar-se para terminar a sessão;
 - Ocultar procedimentos visando ludibriar;
 - Enganar/Mentir;
 - Dispensar a criança alegando “mau comportamento”;
 - Manipular instrumentos e materiais, como seringas, de forma visível a criança;
-

Os comportamentos dos alunos identificados nas sessões de atendimento foram agrupados em duas categorias, ou seja, comportamentos

que facilitam e que dificultam o manejo da situação de atendimento odontopediátrico.

Apresentar-se-á em seguida, para os dois grupos, exemplos de **comportamentos facilitadores do manejo da situação de atendimento odontopediátrico:**

Grupo 2

- (P - 35) *Dizer mostrar fazer* – O aluno explica para a criança o que será realizado no atendimento, diz como fará e executa o procedimento combinado. “Vou colocar essa borboletinha (mostra para a criança o grampo) e ela vai abraçar o seu dentinho, para não deixar os bichinhos entrarem e aí vou por a máscara azul”.
- (P 38) *Distração* - A criança começa a chorar não querendo permitir o tratamento a aluna conversa sobre a festa de aniversário da criança que será nos próximos dias, a criança se envolve na conversa, enquanto a aluna dá continuidade ao procedimento.
- (P 24) *Reforçamento* – O aluno elogia a colaboração da criança parabenizando-a pelo seu comportamento. “Você está de parabéns, me ajudou bastante, espero que continue sempre assim”.
- (P 25) *Conversar com a criança; acolher as demandas da criança* - A criança resmunga, o aluno para, conversa, explica o procedimento.
- (P 36) *Fazer solicitação direta* – O aluno solicita a criança o que ele quer que ela faça, de forma direta, não dando margem a dúvidas ou questionamentos. “Segure firme o filme com o dedo”, “não feche a boca agora”.
- (P 28) *Acolher as demandas da criança com tolerância* - A criança é colaboradora e no final começa a chorar aparentando cansaço, o aluno

finaliza a sessão com material provisório e relata - "A criança só chorou no final por que estava cansada, aí nós decidimos selar o dente com material provisório".

- (P 26) *Oferecer informação e regras* - O aluno explica para a criança algumas regras, como por exemplo levantar a mão para sinalizar incomodo ou dor. A criança utiliza a regra estabelecida.
- (P 30) *Pedir ajuda à criança, envolvê-la como participante* – O aluno pede que a criança segure o sugador.

Grupo 1

- (P 6) *Distração* – A criança está chorando muito, gritando, o aluno começa a falar sobre o seu time de futebol, mas a criança não lhe dá atenção.
- (P 2) *Reforçamento* – A criança pára de chorar por uns minutos e o aluno elogia, mostrando satisfação com a situação. "Que legal parou de chorar, hein"!

Observa-se que embora mais freqüente e diversificado nas anotações referentes ao Grupo 2, o manejo que favorece o atendimento em odontopediatria, ocorreu também em relação ao Grupo 1.

Os comportamentos que dificultam o manejo da situação de atendimento odontopediátrico foram identificados principalmente em relação ao Grupo 1, conforme mostram os exemplos abaixo:

Grupo 1

- (P 16) *Sub utilização das sessões de familiarização* - (a) No primeiro dia de atendimento o aluno relata na ficha de observação - "paciente com história de não colaborar, perfil não favorável ao atendimento" e realiza duas sessões de familiarização, sem levar em conta as dificuldades já apresentadas pela criança iniciando o tratamento odontológico

propriamente dito; (b) No primeiro dia de atendimento o aluno realiza a entrevista de anamnese e após esse procedimento dispensa a dupla (acompanhante - criança), não utilizando o tempo disponível para interagir com a criança, ou familiarizá-la com a situação.

- (P 5) *Estabelece interrogatório, na tentativa de interagir com a criança* - Conversa com a criança fazendo várias perguntas seguidas sobre vários aspectos da vida da criança, como: que idade tem, se têm amigos, como se chamam os seus amigos, se quer tratar os dentes, como escova os dentes. A criança responde de forma lacônica, pouco interessada.
- (P 9) *Não se detém aos sinais de desconforto apresentados pela criança/ Apressa-se para terminar a sessão* - Criança com história de não colaborar apresenta indicadores de medo da situação, mostra-se tensa, se encolhe, resmunga baixinho e o aluno desconsiderando os indicadores vai executando rapidamente o procedimento planejado, como que não observando a criança.
- (P 14) *Comunicação centrada na dor ou na ausência de dor e em recompensas futuras* - A criança se debate, chora muito. O aluno tenta convencê-la de que não irá doer que é melhor ela cooperar para ter dentes saudáveis. "Não vai doer nada, e depois os seus dentes vão ficar fortes, bonitos, limpos e sem bichinhos".
- P 12) *Fazer solicitações indiretas* - A criança diz que não quer que utilize o motorzinho, o aluno tenta convencê-la a permitir o uso. "Fulano, deixa eu usar é só um pouquinho".
- (P 18) *Usa ameaças e dispensa da criança* - A criança chora muito gritando que quer ir embora. O aluno perde a paciência e de forma ríspida, bravo,

dispensa a criança por mau comportamento dizendo que irá ficar com os dentes feios. "Vai embora, o azar é seu vai ficar com os dentes feios!"

- (P 10) *Usa punição* - A criança não permite o tratamento, chora, grita, tapa a boca, o aluno tenta convencê-la a colaborar quando percebe que não conseguirá realizar o planejado começa a fazer uso de ameaças, fica bravo com a criança, compara o comportamento dela com de outras crianças que estão em tratamento, depreciando-a pelo seu medo e/ou recusa, dizendo que a mãe irá sair da situação de atendimento caso ela não coopere. "Para com isso, olha o seu tamanho! Olha aí, vê se tem alguém fazendo essa gritaria". "Se você continuar assim vou pedir para a sua mãe sair".
- (P 19) *Ocultar procedimentos (ludibriar)* - O aluno não informa e a criança não percebe que estava sendo anestesiada. Após o procedimento quando a criança percebe que estava anestesiada começa a chorar muito, dizendo que não ia deixar continuar, grita sem parar.
- (P 17) *Enganar/mentir* - A criança chega dizendo que não quer tratar os dentes que veio só para brincar. O aluno pede para ver os seus dentes e inicia o procedimento de anestesia sem dar qualquer informação.
- (P 3) *Manipular instrumentos de forma visível* - A criança se recusa a permitir a anestesia. O aluno conversa e diz que não irá doer, que é só uma picadinha. A criança insiste que quer ver a injeção, o aluno então "negocia" - "se eu deixar voce ver, voce promete que deixará eu tratar" a criança concorda e ele mostra a injeção pronta para a criança que chora muito e se recusa a permanecer na situação.

Não foram observados comportamentos que dificultam o manejo da situação de atendimento odontopediátrico com relação as crianças do Grupo 2.