

Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil

Evaluation of the dental procedures and child behavior

Radamés B. MELO¹, Felipe C. LIMA², Giovanna M. MOURA³, Paulo G. B. SILVA⁴, Juliana O. GONDIM⁵, José J. S. MOREIRA-NETO⁵

1 - Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará; Mestrado em Cirurgia pela Universidade Federal do Ceará.

2 - Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará; Especialista em Ortodontia pela Universidade Estadual Vale do Acaraú.

3 - Graduada em Odontologia da Universidade Federal do Ceará.

4 - Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará; Mestrado em Estomatologia pela Universidade Federal do Ceará.

5 - Doutorado em Ciências Odontológicas pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; Professor Adjunto da Universidade Federal do Ceará.

RESUMO

Objetivo: Avaliar se existe relação entre os diferentes procedimentos odontológicos e o comportamento infantil.

Material e método: Em crianças com idade entre oito e dez anos, pacientes da Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Ceará foram utilizados para aferição de dor e desconforto: o questionário CFSS-DS, a classificação de Frankl, a Escala Visual Analógica, a Escala SOM, a Escala de Ansiedade da Face, e aferição dos batimentos cardíacos da criança. A amostra foi estratificada de acordo os procedimentos clínicos, grupo 1: procedimentos invasivos e grupo 2: procedimentos não invasivos.

Resultados: No questionário CFSS-DS a amostra ficou caracterizada como de pouco medo para os dois grupos. Foi encontrado

maior desconforto para procedimentos invasivos na Escala Analógica Facial, Escala Analógica Visual e Escala SOM. Por outro lado não foi encontrado um padrão para os batimentos cardíacos dentro de cada grupo.

Verificou-se que não há grande diferença entre procedimentos invasivos e procedimentos não invasivos do ponto de vista comportamental da criança. Pois, nos parâmetros utilizados, como: Batimentos Cardíacos, Escala Visual Analógica, Escala Analógica Facial Depois e Escala SOM, houve uma sensação de desconforto em ambos os procedimentos. Percebe-se então, a necessidade constante da utilização de técnicas de controle e condicionamento comportamental e psicológico para a realização do atendimento ao paciente pediátrico.

Palavras-chave: Odontopediatria, Dor, Ansiedade.

INTRODUÇÃO

O conceito de medo e ansiedade odontológica confundem-se. Podendo ser definido como conjunto de sentimentos negativos provocados pelo atendimento odontológico.¹

Quando o tratamento odontológico é realizado em crianças, além dos aspectos técnicos, atenção especial deve ser dada às questões psicológicas. Dependendo da idade da criança e de seu desenvolvimento psicológico, a abordagem do cirurgião dentista deve ser diferente, podendo utilizar uma linguagem mais lúdica na primeira infância até explicações mais lógicas e racionais no início da adolescência.^{2,3} Várias técnicas psicológicas são propostas para o manejo do comportamento infantil, como a dizer, mostrar e fazer, controle da voz, linguagem não verbal, entre outras. Estas técnicas capacitam a crianças a receber o tratamento odontológico, ajudando-as, em muitas situações, a superar medos e fobias.⁴

Entretanto, por melhor que seja o manejo psicológico da criança, parecem existir outros fatores, inerentes ao tratamento odontológico e ao cirurgião dentista, que influenciam o seu comportamento, sendo comum, em uma clínica de Odontopediatria, problemas de comportamento.⁵ Assim é importante um maior entendimento desses fatores com o objetivo de melhorar o atendimento infantil.

A partir de observações clínicas verifica-se que procedimentos como: profilaxia, aplicação tópica de flúor não geram problemas

de comportamento, porém anestesia, exodontia, preparos cavi-tários estão frequentemente associados à rejeição ao tratamento odontológico, independente da característica psicológica do paciente. Assim, é importante estabelecer de forma sistemática quais procedimentos odontológicos que mais geram problemas de comportamento. Identificando que características comuns esses procedimentos apresentam no sentido de transformá-los. Poucos trabalhos correlacionam o comportamento infantil e os procedimentos odontológicos. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho foi o de avaliar a relação entre procedimentos odontológicos e o comportamento infantil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esse estudo trata-se de um trabalho observacional analítico e transversal. Foi realizado na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Amostra:

A pesquisa foi realizada na clínica de odontopediatria com pacientes de cinco a doze anos, presumivelmente saudáveis, que seus responsáveis concordaram em participar da pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina com protocolo n. 151-10, e que se apresentaram na

clínica para iniciar o tratamento odontológico. Participaram da pesquisa 11 meninos e 13 meninas para realização de Procedimentos invasivos (grupo 1): preparo cavitário, anestesia ou exodontia e 14 meninos e 10 meninas para a realização de Procedimentos não invasivos (grupo 2): exame clínico, Profilaxia, sendo portanto 24 crianças para cada grupo, totalizando 48.

Operador:

Os operadores foram os acadêmicos do Curso de Odontologia que cursaram ou estivessem a cursar a disciplina de Odontologia Ortodôntico Pediátrica 2 e que concordassem em participar da pesquisa.

Coleta de dados – Avaliações realizadas:

Foram realizados os testes a seguir para avaliar o grau de ansiedade, medo e desconforto dos pacientes selecionados e, ao final, serem comparados e analisados.

Escala comportamental de Frankl:

O comportamento da criança foi classificado de acordo com a escala de Frankl – definitivamente negativo, negativo, positivo e definitivamente positivo (Quadro 1).⁶ Tal procedimento foi averiguado por dois examinadores com taxa de concordância de 95,83%.

Quadro 1 - Escala comportamental de Frankl.

I – Definitivamente negativo	A criança recusa-se a ser tratada, choro forçado, expressando de medo ou qualquer outra característica de negativismo. É o pior comportamento possível.
II – Negativo	Relutante em aceitar o tratamento, não coopera. A criança fica emburrada ou retraída. Há evidência de atitude negativa, mas não constante.
III – Positivo	Aceitação do tratamento: às vezes cautelosa, a criança tem boa vontade de cooperar com o dentista, às vezes reclama, mas segue as instruções. Atitude meio reservada.
IV. Definitivamente positivo	É a criança completamente colaboradora. Tem boa comunicação com o dentista. Interessa-se pelos procedimentos odontológicos. Ri e sorri e aprecia a situação.

Teste do medo da criança:

Avaliação do estado emocional da criança: Teste de medo da criança (Tabela 1): Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS-DS).^{7,8} Este questionário é formado por 15 perguntas a cerca de situações odontológicas ou hospitalares e uma escala de medo referente a cada item. Foi aplicado verbalmente através da leitura em voz alta, oferecendo oportunidade para que a criança se definisse de acordo com a escala. Foi aplicado antes da criança entrar na clínica, na sala de espera. A escala varia de acordo com o nível do medo, sendo dividido em cinco graus que vão de “nenhum medo” a “com muito medo” e aos quais são aplicados escores de 1 a 5. No final, os escores foram somados sendo um mínimo de 15 e um máximo de 75, que seguem a seguinte classificação: 15-32 “pouco medo”, 32-38 “certo medo”, acima de 38 “muito medo” identifica o indivíduo com medo odontológico.

Monitoramento da frequência cardíaca:

Partindo-se da premissa que a frequência normal de uma criança de 8-10 anos é igual a 90 batimentos por minuto.⁹ Um aumento observado em determinados momentos pode ser considerado um sinal de aumento de ansiedade.¹⁰ Em cada criança foi instalado um frequencímetro (*Techline Z-40*), antes da consulta, na sala de espera. Foi anotado o número de batimentos cardíacos por minuto (bpm) mostrado no frequencímetro durante algumas etapas: na sala de espera, ao sentar na cadeira odontológica, durante o procedimento, imediatamente após o procedimento.

Tabela 1 – Teste do medo da criança – Subescala dental (CFSS – DS).

O que você sente nessas situações:	Nenhum medo	Pouco medo	Com medo	Bastante medo	Com muito medo
Dentistas					
Médicos					
Injeções					
Alguém examinar sua boca					
Ter que abrir a sua boca					
Um estranho te tocar					
Alguém te olhar					
O motor do dentista					
Ver o motor do dentista					
O barulho do motor do dentista					
Ter alguém colocando instrumentos na sua boca					
Engasgar					
Ter que ir ao hospital					
Pessoas usando uniforme branco					
O dentista faz limpeza nos seus dentes					

Escala Sons, Olhos, Movimentos:

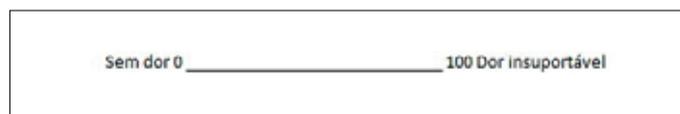
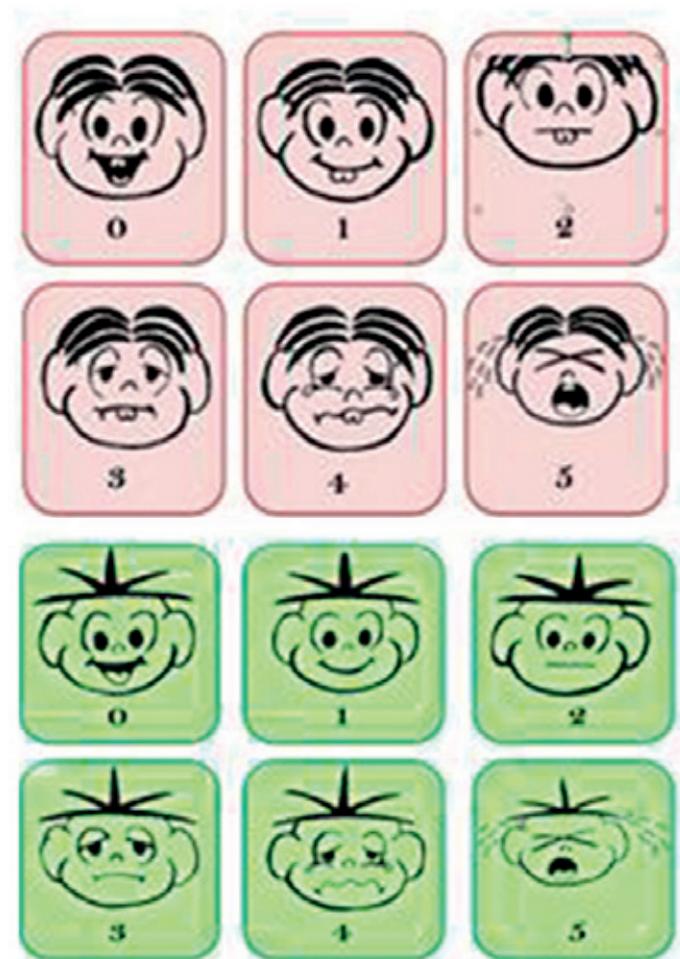
Em relação ao grau de ansiedade, de dor e desconforto gerado durante os procedimentos, as crianças foram avaliadas de acordo com três escalas: a primeira, SOM (SONS, OLHOS e MOVIMENTOS – Tabela 2);

Escala Analógica Visual:

A segunda, ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EAV) – composta por uma linha horizontal com 100mm de comprimento com as seguintes frases: sem dor na região mais esquerda da linha e dor insuportável mais a direita da linha (Figura 1)¹¹;

Tabela 2 – Escala SOM para determinar o comportamento do paciente durante o procedimento odontológico. (SONS, OLHOS E MOVIMENTOS).

Parâmetro	Conforto	Desconforto leve	Desconforto moderado	Desconforto severo
Grau	1	2	3	4
Sons	Sem som	Som não específico (provavelmente dor)	Reclamação verbal e sons altos	Reclamação verbal e choro
Olhos	Sem sinais	Olhos dilatados sem lágrimas (sinal de ansiedade)	Lágrimas e movimentos inesperados dos olhos	Choro, lágrimas por toda a face
Movimentos	Corpo relaxado e mãos paradas	Contração muscular e das mãos	Movimentos inesperados do corpo e das mãos	Movimentos das mãos para defesa torcendo a cabeça para o lado oposto

**Figura 1** - EAV (Escala Analógica Visual).**Figura 2** - EAF (Escala Analógica Facial).**Escala Analógica Facial:**

A terceira, ESCALA ANALÓGICA FACIAL (EAF) representada por faces com números que variam de 0 a 5, com 6 expressões faciais.^{12,13} (Figura 2)

Antes de iniciar o procedimento foi solicitado ao paciente que indicasse a EAF inicial e após a realização do procedimento foi solicitada a indicação da EAF final, foi solicitado também a criança que marcasse a escala EAV ao final do procedimento, após explicação da escala com linguagem adequada para a criança. Para o estabelecimento da escala SOM foi realizada uma filmagem (*Sony Handycam DCR-DVD108*) de todos os pacientes.¹⁴ A avaliação dos vídeos foi realizada por dois examinadores, identificando os graus para: sons, olhos e movimentos. A taxa de concordância dos examinadores foi de 97,91%.

RESULTADOS

A tabela 3 oferece uma caracterização da amostra utilizada neste estudo.

Tabela 3 - Caracterização da amostra de crianças submetidas a procedimentos invasivos e não invasivos.

Procedimento	Procedimento		
	Procedimentos não invasivos	Procedimentos invasivos	Total
Anestesia	0 0.0%	12 50.0%	12 25.0%
Exame Clínico	15 62.5%	0 0.0%	15 31.3%
Exodontia	0 0.0%	4 16.7%	4 8.3%
Preparo Cavitário	0 0.0%	8 33.3%	8 16.7%
Profilaxia	9 37.5%	0 0.0%	9 18.8%
Total	24 100.0%	24 100.0%	48 100.0%

A partir dos dados evidenciados na tabela 4, pode-se observar que a média dos valores dos questionários relativos ao medo, Teste do medo da criança, foi de 29,5 e 27,4 para os grupos com procedimentos invasivos (Grupo I) e não invasivos (Grupo II) respectivamente, enquadrando-se como pouco medo. Do total da amostra 70% dos pacientes enquadraram-se no valor de pouco medo, 20% com muito medo e 10% certo medo. Não houve também diferença estatisticamente significativa.

Batimentos cardíacos

Em relação aos batimentos cardíacos foi possível verificar através da análise estatística que antes de a criança entrar no consultório há diferença significativa entre os grupos, pois as crianças que iriam realizar procedimentos invasivos apresentaram batimentos cardíacos mais acelerados, demonstrando maiores níveis de medo e ansiedade. Nos outros tempos que foram avaliados, ao sentar, durante e ao fim do atendimento não houve uma diferença significativa entre os dois grupos, pois a partir do momento em que há o contato do cirurgião-dentista com o paciente pediátrico e se inicia o exame clínico e os procedimentos há um grande nível ansiedade em ambos os grupos.

Tabela 4 - Perfil de medo e ansiedade de crianças submetidas a procedimentos invasivos e não invasivos.

	Procedimento		p-Valor
	Procedimentos não invasivos	Procedimentos invasivos	
Teste de medo	27.4±14.4	30.0±16.8	0.534
	20.5 (15-71)	21.0 (15-75)	
Batimentos antes de entrar	88.4±8.5	94.5±16.4	0.148
	88.0 (75-108)	93.0 (68-134)	
Batimentos ao sentar	85.2±10.9	97.2±18.7	0.009
	84.0 (66-114)	99.0 (66-153)	
Batimentos durante atendimento	83.1±8.4	102.6±11.2	<0.001
	83.5 (70-101)	102.5 (84-140)	
Batimentos ao fim do atendimento	81.0±8.9	89.6±15.1	0.007
	77.5 (71-103)	91.5 (58-120)	
EAF Antes	0.8±1.0	0.9±.7	0.228
	0 (0-4)	1 (0-2)	
EAF Depois	0.4±0.9	1.3±1.1	0.001
	0 (0-4)	1 (0-3)	
Escala Franklin	3.7±0.5	3.4±0.7	0.155
	4 (3-4)	3.5 (2-4)	
Escala SOM	1.1±.3	2.1±0.9	<0.001
	1 (1-2)	2 (1-4)	
EAV (mm)	14.7±11.6	50.9±33.6	<0.001
	16.5 (0-34)	50.0 (0-96)	

*p < 0.05, Teste de Mann-Whitney; Dados expressos em forma de média±desvio padrão e mediana (mínima-máxima).

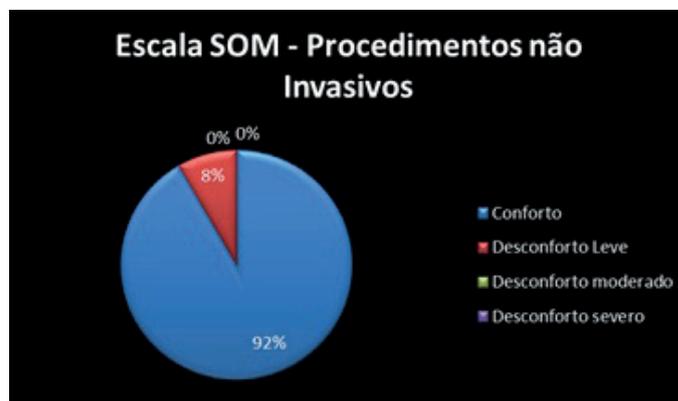
**Figura 3** - Gráfico com grau de desconforto e conforto aferidos pela Escala SOM em percentual nos procedimentos invasivos.

Escala SOM

Os resultados após a avaliação dos vídeos demonstram maiores achados relacionados a desconforto ou dor no grupo de

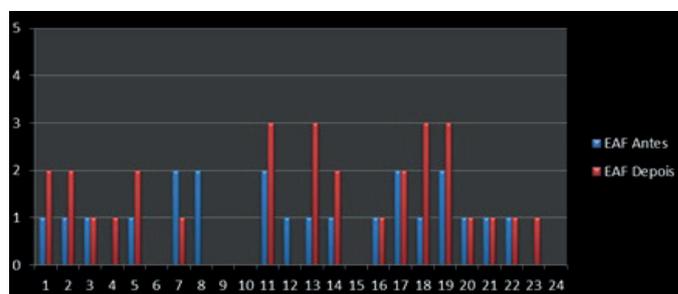
procedimentos invasivos (Figura 4), sendo esses: 2 desconforto severo, 5 desconforto moderado, 11 desconfortos leve, ou seja 18 desconforto e apenas 6 conforto; enquanto no grupo de procedimentos não invasivos (Figura 5) foram: nenhum desconforto severo ou moderado, 1 desconforto leve, e 10 conforto.

Estatisticamente, os dois grupos não demonstraram diferença significativa.

**Figura 4** - Gráfico com grau de desconforto e conforto aferidos pela Escala SOM em percentual nos procedimentos não invasivos.**Figura 5** - Gráfico com média dos valores em procedimentos invasivos e não invasivos assinalados pelos pacientes na EAV.

Escala Analógica Visual

A escala visual analógica apontou para um maior desconforto no Grupo I com a média de 50,87 mm enquanto para o Grupo II a média foi de 14,66 mm (Figura 6), porém não houve diferença estatística neste parâmetro de comparação.

**Figura 6** - Gráfico com valores das faces assinaladas no início e após o procedimento para cada paciente em procedimentos invasivos.

Escala Analógica Facial

Em relação a escala analógica facial, os resultados demonstram o desconforto ou dor ocasionado pelo tratamento odontológico em procedimentos invasivos (Figura 7), pois 10 pacientes relataram uma face de maior número, que demonstra maior tris-

teza, após o procedimento em comparação com a escala escolhida antes do procedimento e 3 pacientes escolheram uma escala que demonstra menor nível de tristeza após o procedimento em comparação com a primeira escala escolhida. Enquanto que em procedimentos não invasivos, foi observado uma melhoria em relação à face escolhida ao final do tratamento em 8 casos e somente 2 optaram por uma face com representação de maior tristeza. Os demais pacientes da amostra mantiveram-se com a mesma face escolhida no início do tratamento, não sofrendo alteração no estado emocional por conta do tratamento odontológico.

Estatisticamente, houve diferença entre os valores encontrados entre os grupos antes do procedimento, confirmando que o paciente pediátrico demonstra ansiedade e medo ao saber que procedimento será realizado. Já após o procedimento, não há diferença estatística entre os grupos.

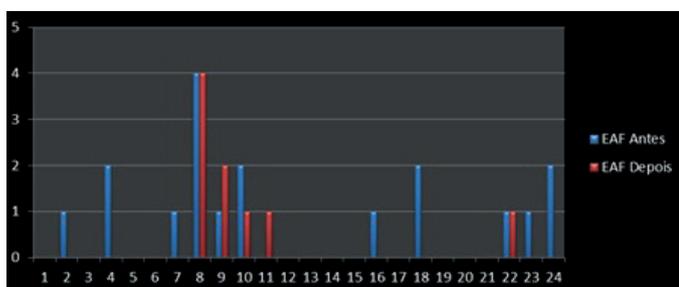


Figura 7 - Gráfico com valores das faces assinaladas no início e após o procedimento para cada paciente em procedimentos não invasivos.

DISCUSSÃO

O medo e ansiedade são fatores inatos da defesa humana relacionados ao instinto de sobrevivência e conservação, promovendo um estado de alerta e perigo, sendo uma reação provida ou desprovida de conteúdo intelectual.¹⁵

Com relação ao perfil das crianças de nossa amostra, foi utilizado o questionário CFSS-DS, padrão ouro no que se refere à medição de medo odontológico em crianças e adolescentes.¹⁶ O referido questionário pode ser aplicado aos pais em conjunto com a criança ou diretamente à criança, sendo em nosso estudo aplicado diretamente à criança, com o objetivo de diminuir a interferência dos pais nas respostas.¹⁷ A avaliação da ansiedade e do medo antes do procedimento pelo questionário demonstrou que a amostra foi homogênea, relatando baixos níveis de medo e ansiedade para procedimentos odontológicos. Tendo como média 29,9 e 27,4 para procedimentos invasivos e não invasivos respectivamente, ou seja, ambos abaixo de 38. Entretanto questionários com escores baixos, demonstrando pouco ou nenhum medo não devem ser ignorados, pois o medo é de difícil quantificação e um único item pode ser um fator desencadeador de medo e estresse por parte da criança durante o atendimento odontológico.¹⁸

O monitoramento da frequência cardíaca como mecanismo de verificação dos batimentos cardíacos é uma forma involuntária de avaliação de ansiedade e medo, pois, quando se tem esses sentimentos, observa-se um aumento da frequência cardíaca.¹⁹ Foi observado nos resultados uma grande diferença estatística entre os grupos no tempo de aferição antes de entrar na clínica, demonstrando uma variação no grau de ansiedade destes pacientes. Já nos outros tempos de aferição, ao sentar na cadeira, antes

do procedimento e depois do procedimento, não houve grandes diferenças entre os dois grupos, indicando medo generalizado ao se iniciar o contato direto com o cirurgião-dentista.

No que diz respeito à comparação dos grupos com a Escala Analógica Facial após o procedimento, não foi encontrada diferença, demonstrando que após o desconforto causado pelo ato do atendimento, há semelhança entre os grupos. Houve diferença significativa, porém, entre os grupos, quanto à Escala Analógica Facial antes do atendimento, indicando que há desconforto e ansiedade variáveis prévios ao tratamento odontológico em pacientes pediátricos, sugerindo que o medo enfrentado por crianças em procedimentos invasivos e não invasivos, dependendo da técnica utilizada pelo cirurgião-dentista pode levar o atendimento a fluir de maneira agradável e confortável para a criança, sendo encarado como um momento divertido, em alguns casos, sem levar em consideração a invasividade do procedimento que virá a seguir.

A avaliação da sensação de desconforto por meio da Escala SOM e Escala Visual Analógica em nossa amostra demonstram que não existe uma diferença comportamental importante motivada pelo desconforto do procedimento invasivo sendo observados no comportamento durante o atendimento e no relato da sensação dolorosa, respectivamente nas escalas em procedimentos invasivos quando comparado à procedimentos não invasivos.

O que demonstra a dificuldade na execução de qualquer procedimento odontológico em uma criança, pois quando se acredita na possibilidade de passar por uma sensação de dor ou desconforto, a criança passa a impedir e dificultar o atendimento. Há um aumento da necessidade de envolver os pais no processo de decisão/realização do tratamento. Pois, já no consultório odontológico, a criança dependerá não só do preparo prévio efetuado pelos pais, como também da habilidade do odontopediatra e sua equipe em manejá-la.²²

O medo e ansiedade ainda podem ser despertados pelo contato visual, como demonstraram Daniel et al. (2000) em uma pesquisa que as crianças apontaram a carpule, baixa rotação, perfurador de dique de borracha e isolamento absoluto como os instrumentais mais ameaçadores para as crianças, sendo demonstrado que os materiais odontológicos inerentes aos procedimentos são os que mais geram medo e ansiedade nas crianças.²³

CONCLUSÃO

Tendo em vista os resultados apresentados na pesquisa, verificou-se que não há grande diferença entre procedimentos invasivos e procedimentos não invasivos do ponto de vista comportamental da criança, frente ao atendimento odontológico. Pois, nos parâmetros utilizados, como: Batimentos Cardíacos, Escala Visual Analógica, Escala Analógica Facial Depois e Escala SOM, houve uma sensação de desconforto em ambos os procedimentos.

Percebe-se ainda a necessidade constante da utilização de técnicas de controle e condicionamento comportamental e psicológico no momento da realização do atendimento ao paciente pediátrico, pois independentemente do procedimento, é notório que estes desenvolvem sentimentos como medo e ansiedade, fazendo-se necessária a busca por atualização neste tipo de atendimento, sendo indispensável que se preste atenção à opinião dos pais a respeito das diversas opções de técnicas oferecidas, e dinamização do processo para que se diminua a ansiedade do

paciente infantil por parte dos especialistas em odontopediatria e dos clínicos gerais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent.* 2007; 17: 449-59.
02. Colares V, Richman L. Factors associated with uncooperative by Brazilian preschool children in the dental office. *ASDC J Dent Child.* 2002; 69: 87-91.
03. Possobon RF, Moraes ABA, Junior ALC, Ambrosano GMB. O Comportamento de Crianças durante Atendimento Odontológico. *Psicol Teor Pesqui.* 2003; 19: 59-64.
04. Albuquerque CM, Depes CVG, Martins Moraes RC, Barros RN, Couto CF. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arq Cent Estud Curso Odontol Univ Fed Minas Gerais.* 2010; 46: 110-15.
05. Shinohara S, Nomura Y, Shingyouchi K, Takase A, Ide M, Moriyasu K et al. Structural relationship of child behavior and its evaluation during dental treatment. *J Oral Sci.* 2005; 47: 91-96.
06. Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operator? *ASDC J Dent Child.* 1962; 29: 150-163
07. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc.* 1973; 86: 842-8.
08. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *J Dent Child.* 1982; 49: 432-6.
09. Marcondes E. *Pediatria Básica.* São Paulo: Savier; 1992. p. 919.
10. Klaassen MA, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Changes in children's dental fear: a longitudinal study. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008; 9 (Suppl 1):29-35.
11. Chapman CR, Casey KL, Dubner R et al. Pain measurement: an overview. *Pain* 1985;22:21-31
12. Buchanan H, Niven N. Validation of facial image scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent.* 2002; 12: 47-52.
13. Kudo M. Initial injection pressure for dental local anesthesia: effects on pain and anxiety. *Anesth Prog.* 2005; 52 95-101.
14. Versloot J, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Pain behaviour and distress in children during two sequential dental visits: comparing a computerised anaesthesia delivery system and a traditional syringe. *Brit Dent J* 2008; 205: 1-5.
15. Correa MSNP. Sucesso no atendimento odontopediátrico Aspectos psicológicos. São Paulo: Santos; 2002. p. 653.
16. Klingberg G, Broberg A. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paed Dent.* 2007; 17: 301-406.
17. Singh KA, Moraes ABA, Bovi Ambrosano GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq Odont Bras.* 2000; 14: 131-6.
18. Holmes RD, Girdler NM. A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *Int J Paediatr Dent.* 2005; 15: 169-76.
19. Topaloglu AK, Eden E, Frencken JE. Perceived dental anxiety among schoolchildren treated through three caries removal approaches. *J Appl Oral Sci.* 2007; 15: 235-40.
20. Aartman IH. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 26: 350-4.
21. de Jongh A, Muris P, Horst G, Duyx PMA. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behav Res Ther.* 1995; 33: 205-10.
22. Sandrini JC, Bonacin Júnior, P. Christóforo, LR. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê.* 1998; 3:75-89.
23. Daniel TS, Guimarães MS, Long SM, Marotti NRL, Josgrillberg EB. Percepção do paciente infantil frente ao ambiente odontológico. *Odontol Clín-Cient.* 2008; 7: 129-32.

ABSTRACT

Objective: To evaluate whether there is a relationship between the different dental procedures and child behavior.

Methods: In children aged eight and ten, patients of the Clinic of Pediatric Dentistry of the Federal University of Ceará Dentistry Course were used to measure pain and discomfort: the CFSS-DS questionnaire, the Frankl classification, the scale Visual Analog, Scale SOM, the Face Anxiety Scale, and measurement of the child's heartbeat. The sample was stratified by clinical procedures, group 1: invasive procedures and group 2: non-invasive procedures.

Results: In the CFSS-DS questionnaire sample was characterized as little scared for both groups. It found greater discomfort

for invasive procedures in Facial Analogue Scale, Visual Analogue Scale and Scale SOM. On the other hand it was not found a pattern to the heartbeat within each group.

Conclusion: It was found that no great difference between invasive and non-invasive procedures behavioral point of view of the child. For the used parameters, such as: Heart Rate, Visual Analogue Scale, Analog Scale and Scale Facial After SOM, there was a sense of discomfort in both procedures. It can be seen then, the constant need to use control techniques and behavioral and psychological conditioning for the realization of care to pediatric patients.

Keywords: Pediatric Dentistry, Pain, Anxiety.

CORRESPONDÊNCIA:

Radamés Bezerra Melo
Endereço: Rua Jacinto Botelho, 120, apt 1000,
Fortaleza, CE, CEP – 60810050.
Telefone: (85) 99858691 (85)32413694.
Email: radamesbmelo@hotmail.com