

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ODONTOPEDIATRIA**

**TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO-ART
EM BEBÊS AFETADOS PELA
CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA-ECC:
A PERCEPÇÃO DA MÃE**

MIRCELEI SALDANHA SAMPAIO

Agosto de 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO

**TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO-ART
EM BEBÊS AFETADOS PELA
CÁRIE PRECOCE DA INFÂNCIA-ECC:
A PERCEPÇÃO DA MÃE**

MIRCELEI SALDANHA SAMPAIO

Dissertação apresentada como parte dos requisitos obrigatórios para
obtenção do título de Mestre em Odontologia, na Área de Concentração em
Odontopediatria.

Profa. Dra. MÁRCIA CANÇADO FIGUEIREDO
ORIENTADORA

Profa. Dra. LEDA LÍZIA FRANCIOSI PORTAL
CO-ORIENTADORA

Porto Alegre, agosto de 2005.

DEDICATÓRIAS

*Ao meu eterno namorado, Silvio,
pelo estímulo, amor, carinho, apoio
e disponibilidade constante
para digitar esta investigação,
mesmo depois de um laborioso dia.
Obrigada por estar sempre ao meu lado.*

*Aos meus amados filhos Helena e Gabriel,
que vieram para dar plenitude ao meu viver.*

***Aos meus amados pais Heleida e Derly,
pelo exemplo de trabalho e incentivo.***

***Aos meus irmãos, Mari, Tibe e Bira;
mesmo longe, algo em comum nos aproxima.***

Obrigada pelo amor de vocês.

***Aos meus amados dindos Tereza e Nilo Galvão,
obrigada por estarem sempre ao meu lado, me aplaudindo.***

Mães Guerreiras, são como flores

Todos os cheiros, todas as cores

Todos os credos

Grandes amores

Nossas mães, nossos valores.

Gabriel Saldanha Sampaio

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. Márcia Cançado Figueiredo**, obrigada pela acolhida e o apoio, pelas oportunidades proporcionadas e pela liberdade na construção dessa investigação qualitativa. Reitero meu respeito e admiração ao seu exemplo de profissional dedicada à Odontologia.

À **Profa. Dra. Leda Lísia Franciosi Portal**, pelo exemplo singular de pessoa e Mestre, por ser capaz de reconhecer em cada indivíduo sua luz e suas capacidades. Obrigada pela disponibilidade em ajudar-me a desvelar este desconhecido e belo caminho da pesquisa qualitativa.

Ao **Programa de Pós-Graduação** em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul da Faculdade de Odontologia, por viabilizar a realização do Curso de Mestrado em Odontologia, na Área de Concentração de Odontopediatria.

Ao meu eterno Mestre **Prof. Dr. João Jorge Diniz Barbachan**, amigo que despertou-me a consciência para olhar o paciente holisticamente. Obrigada por demonstrar o quanto à relação professor-aluno pode ser algo maravilhoso.

Ao **Corpo Docente** do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, nível Mestrado, da UFRGS, minha gratidão pelos ensinamentos.

Ao Prof. **Jorge Artur Michel**, pelo exemplo, pelo apoio e pela compreensão demonstrada para tornar realidade este sonho.

A querida colega **Cintha Guarienti**, pela colaboração na realização das restaurações atraumáticas e pelo companheirismo.

Aos meus **alunos do Curso de Extensão Universitária Bebê Clínica UFRGS**, pela atenção e trabalho com todos os bebês e mães dessa pesquisa.

Aos **meus pequenos pacientes e mães**, anjos e flores sem os quais não teria sido possível realizar esta investigação, muito obrigada.

Aos **meus colegas de Pós-Graduação**, em especial **Adriana Corsetti, Ezimar Cayana e Andréa Gomes**, agradeço pela preciosa presença e pela troca de experiências, que muito me ajudou.

A querida secretária do Programa de Pós-graduação **Adriana Féres de Aguiar** pelo carinho e atenção em todas as etapas do mestrado.

Aos colegas **Andréia Centeno Rosa e Rafael Gustavo Dal Moro**, pela disponibilidade no desenvolvimento da investigação.

À querida **Iara Pires**, agradeço por poder estudar e trabalhar, sabendo que minha casa e família estavam bem cuidados.

À minha competente secretária **Daiane Guimarães Albeche**, agradeço pela presteza e organização da minha agenda, profissional e estudantil.

À **Dra. Luciane Nascimento Cruz Gerson**, pelos maravilhosos *insight*, que o Poder Superior continue te iluminando.

À **minha turma de estudos das terças-feiras**, colorida, bonita, companheira, sincera e amiga, por apostarem no meu sucesso.

RESUMO

RESUMO

Na literatura odontológica, a maioria das pesquisas sobre Tratamento Restaurador Atraumático (ART), utilizam uma metodologia quantitativa que tem por objetivo avaliar as performances das restaurações. Esta pesquisa, diferentemente, faz uma abordagem qualitativa de cunho descritivo-interpretativo, na busca do desvelamento das percepções de mães de bebês portadores de ECC, sobre as restaurações atraumáticas realizadas em seus bebês, durante e após o tratamento. De um grupo inicial de 20 mães de bebês afetados pela ECC, da Bebê Clínica UFRGS, foram selecionadas 8 mães que participaram de entrevista individual. Após a gravação, análise e interpretação dos depoimentos, conclui-se que as mães desconhecem que a ECC seja uma doença e sentem-se, em sua maioria, culpadas e negligentes pela doença de seus bebês. Traumatizadas pelo tratamento odontológico convencional, “brocas e injeções”, trazem seus bebês para o atendimento somente quando a dor passa a ser uma constante. Mostrando-se surpresas e felizes ao observarem que a Técnica ART não utiliza equipamentos elétricos nem anestesia e constataram que a técnica resolve o problema de dor de seus bebês. As restaurações atraumáticas na avaliação das mães foram realizadas rapidamente; não causaram dor durante o preparo; são esteticamente boas e, mesmo tendo sido realizadas com o uso de técnicas de manejo comportamental, não causaram traumas nos seus bebês. O ART é uma solução indicada para a doença ECC, contudo, o profissional deve enfatizar o orientar e, o ouvir as mães dos bebês, inspirando-as ao diálogo à troca de informações, que irão gerar novas idéias e soluções, que naturalmente tendem a diminuir os fatores etiológicos da ECC.

Palavras-chave: 1. Tratamento Restaurador Atraumático - ART 2. Cárie Precoce da Infância - ECC 3. Percepção materna.

ABSTRACT

ABSTRACT

Most dental literature studies about Atraumatic Restorative Treatment (ART) use a quantitative methodology with the objective of evaluating the performance of the restorations. This research, however, uses a qualitative, descriptive-interpretative, approach, in an effort to discover the perception of mothers with babies with Early Childhood Caries (ECC) during and after the treatment with ART. From the initial group of Bebê Clínica UFRGS of twenty mothers with babies affected by ECC, eight mothers were selected to participate in the interview. From analysis and interpretation of the mothers' interviews records about the ART treatment, it can be concluded that the mothers do not know that ECC is a disease, and most of them feel guilty and careless because of the babies' disease. Traumatized by the conventional dental treatment of "injections and drills", they just bring their babies for treatment when the pain is constant. They were happily surprised when they realize that ART does not use electronic equipment or anesthesia and that this technique successfully resolved the babies' pain. Mother's response to the ART treatment confers that the technique is quick, painless, positively aesthetic, and avoids unnecessary trauma for the baby using behavioral management such as specific ways to hold the baby. The Atraumatic Restorative treatment is the proposed solution for the ECC disease. The professional, however, needs to talk to, guide, and listen to mothers of babies, to stimulate a dialogue, and exchange information creating further ideas and solutions that naturally tend to reduce the ethologic factors of the ECC.

Key Words: Atraumatic Restorative Treatment – ART.
Early Childhood Caries - ECC. Perception of mothers.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

FIG. 1 – Pseudônimo das mães entrevistadas utilizados na pesquisa	40
FIG. 2: - Relação entre as perguntas da entrevista e os tópicos geradores	47

LISTA DE SIGLAS

LISTA DE SIGLAS

ART	Atraumatic Restorative Treatment
ARTs	Restaurações Atraumáticas
CIV	Cimento de Ionômero de Vidro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ECC	Early Childhood Caries
AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry
ceod	Dentes decíduos, cariados, extraídos e obturados
MBA	Mancha Branca Ativa

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO, PROBLEMA E OBJETIVOS	21
2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	38
3 CONSTRUINDO RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
3.1 O DESVELAR DAS ENTREVISTAS	53
3.1.1 AS PERCEPÇÕES MATERNAS DURANTE O PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS BEBÊS	53
3.1.1.1 A exteriorização dos sentimentos	53
3.1.1.2 O vislumbrar das percepções	68
3.1.1.3 O julgamento de valor da aplicação da técnica ART	75
3.1.2 AS PERCEPÇÕES MATERNAS APÓS O TÉRMINO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS BEBÊS	81
3.1.2.1 A reavaliação dos sentimentos	81
3.1.2.2 O processo de aprendizagem: hábitos alimentares e higienização bucal	84
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
APÊNDICES	113
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	114
APÊNDICE B: DEGRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS DAS OITO MÃES.....	117
ANEXOS	138
ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DA UFRGS	139
ANEXO 2 : FICHA CLÍNICA DO CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA BEBÊ CLÍNICA UFRGS.....	140

INTRODUÇÃO, PROBLEMA E OBJETIVOS

1 INTRODUÇÃO, PROBLEMA E OBJETIVOS

Consciente do risco a que se expõe, atreve-se a pesquisadora a sugerir uma reflexão à Sociedade Científica Odontológica sobre o Tratamento Restaurador Atraumático, (ART), sigla do Inglês *Atraumatic Restorative Treatment*, ao focar este tema, sob outro prisma, no intuito de construir conhecimentos que venham a aprimorar o atendimento prestado por profissionais a bebês portadores da Cárie Precoce da Infância.

Para discorrer sobre esse assunto, julga-se necessária uma conceituação do que se entende por ART. O Tratamento Restaurador Atraumático pode ser entendido como um sistema, plano ou programa que tem como escopo a promoção da educação para a saúde bucal, com uma mínima intervenção na estrutura dentária, através de sua técnica. Inserido no Tratamento Restaurador Atraumático, que é abrangente, uma vez que preconiza aspectos preventivos e curativos, existe uma técnica, que comumente é denominada como Técnica ART.

Essa técnica envolve a remoção da dentina infectada, amolecida e desmineralizada, com o uso apenas de instrumentos manuais, sem necessidade de anestesia infiltrativa e sob isolamento relativo. Esse procedimento é seguido pela restauração da cavidade com material biocompatível, adesivo e liberador de flúor, o Cimento de Ionômero de Vidro (CIV), de acordo com Frencken; Holmgren (2001).

A restauração atraumática (restauração ART), finalizada, vem apresentando o potencial de paralisar a atividade da doença cárie no paciente (FRENCKEN, 1997).

Já em 1943, Besic realizou uma avaliação clínica e microbiológica após o selamento de lesões de cáries, na qual constatou, após um ano e seis meses de acompanhamento, presença significativa de tecido dentinário com aspecto seco e com características de inatividade.

Evidências científicas demonstram uma diminuição da quantidade de microorganismos após o selamento de restaurações, pois esse procedimento impede o acesso destes aos nutrientes, de forma a torná-los inviáveis (MALTZ; RUPPENTHAL; JARDIM, 1999; WEERHEIJM *et al.*, 1999; BANĒRJEE; WATSON; KIDD, 2001; MALTZ *et al.*, 2002; TUICHINSKI; FRAGA; ZARIFE, 2004). Assim, as pesquisas apontam que esta técnica tem relevância, desde que a adesão do material ao tecido dentário tenha sido bem estabelecida e haja um acompanhamento da mesma.

É importante salientar que a Técnica ART estabelece procedimentos simplificados e conservadores, dispensa a utilização da alta-rotação, baixa-rotação, anestesia infiltrativa, isolamento absoluto e, conseqüentemente, exige um menor tempo no processo de preparo da restauração. Desse modo, várias pesquisas relatam que os pacientes têm aceitado melhor esse tipo de abordagem, quando o comparam com a técnica de tratamento restaurador convencional (van AMERONGEN; RAHIMTOOLAS, 1999; BAIA; SALGUEIRO, 2000; LO; HOLMGREN, 2001; FRENCKEN; HOLMGREN, 2001; SCHRIKS; van AMERONGEN, 2003; NAVARRO *et al.*, 2004; WAMBIER, 2005).

Isto posto, justifica-se a Técnica ART estar sendo indicada, em várias pesquisas, para um grande número de pessoas que, tendo ou não passado por traumas no consultório odontológico, não se deixam atender, pois não suportam o ruído da alta rotação, nem a vibração do micro motor, principalmente pacientes que temem a agulha ou a sensação da anestesia e que não suportam o uso do isolamento absoluto por terem a sensação de muito desconforto. Dentro deste mesmo grupo poder-se-ia incluir os pais que se sentem mal ao ver o filho pequeno sendo submetido a este tipo de isolamento que, embora dê ao profissional melhores condições de trabalho, pode causar reações desagradáveis ao paciente, como relata Slavutzky (2000).

Ao eliminar a anestesia e os equipamentos elétricos, a Técnica ART reduz o coeficiente de rejeição entre os pacientes e facilita o trabalho com aqueles que têm ansiedade e medo frente a todos os procedimentos odontológicos. Esta técnica também tem sido indicada para pacientes portadores de necessidades especiais, hospitalizados, bebês e geriátricos (PARAJARA; LEAL, 2002; FIGUEIREDO; SAMPAIO, 2005; IMPARATO *et al.*, 2005).

Autores como Frencken; Holmgren (2001) destacam que essa técnica, quando apoiada por um bom controle de higiene bucal e outras medidas educativas e preventivas, tem o potencial de controlar a evolução da doença cárie, aumentando, assim, a longevidade das estruturas dentárias.

Em acréscimo, Imparato *et al.* (2005), referem que a técnica ART deve ser realizada em paralelo com um programa educativo e preventivo, que contemple informações relacionadas com cuidados de saúde geral e bucal, olhando o indivíduo no seu contexto de vida.

Notadamente, inúmeros estudos atestam o sucesso e a eficácia do Tratamento Restaurador Atraumático, tanto em países desenvolvidos, como em países subdesenvolvidos, principalmente com relação a pesquisas realizadas em dentes permanentes, de jovens e adultos, de acordo com os autores (Frencken *et al.*, 1994; Phantumvanit *et al.*, 1996; Frencken *et al.*, 1997; Wan *et al.*, 1999; Ho, Smales; Fang, 1999; Holmgren *et al.*, 2000; Lo *et al.*, 2001, Yip, Smales, 2002; Gao *et al.*, 2003; Mandari, Frencken e van't Hof, 2003; Frencken *et al.*, 2004; Navarro *et al.*, 2004 e Imparato *et al.*, 2005).

As pesquisas com a técnica ART em dentes decíduos de crianças são, no entanto, em menor número, segundo Frencken; Holmgren (2001). Ao se buscar parâmetros em trabalhos realizados em pacientes bebês, com idade inferior a três anos, o número é ainda mais reduzido.

Esse fato científico acontece, provavelmente, no olhar da pesquisadora, porque o paciente adulto ou jovem, sabedor do seu problema dentário, através das manifestações de desconforto, dor e problema estético, e desejando solucioná-lo, torna-se mais cooperador nos procedimentos odontológicos, o que resulta num tratamento mais fácil e tranquilo de ser realizado.

Por outro lado, o tratamento realizado em bebês, que não têm a compreensão e o entendimento dos procedimentos odontológicos, devido a sua tenra idade e ou ainda pela influência negativa, medo e ansiedade da mãe ou responsável que o acompanha, na maior parte das vezes, não apresenta um comportamento colaborador, o que dificulta o atendimento odontológico de acordo com Cunha *et al.* (2003). Dessa forma, provavelmente, pode ser justificada a razão do maior aporte de pesquisas encontradas na literatura odontológica realizadas em pacientes jovens e adultos, comparadas as executadas em bebês.

Não obstante, pesquisas publicadas com o uso da Técnica ART em dentes decíduos, também referem um sucesso dessa Mínima Intervenção para o controle da doença cárie, em crianças, em que pese as evidências de melhores resultados para dentes permanentes (PHANTUMVANIT *et al.*, 1996; FIGUEIREDO *et al.*, 1999; BAIA; SALGUEIRO, 2000; SAMPAIO, FIGUEIREDO; ROSITO, 2001; TAIFOUR *et al.*, 2002; FRENCKEN; HOLMGREN, 2004).

Todas essas evidências científicas estão a indicar que a Técnica ART vem demonstrando resultados clínicos bastante promissores na resolução do problema doença cárie, no mundo, principalmente nas populações mais carentes.

Observa-se que grande parte das pesquisas publicados sobre ART têm um delineamento quantitativo, voltado à avaliação da performance das restaurações realizadas com a Técnica ART. Assim sendo, os resultados dessas pesquisas mostram ser essa uma técnica: eficaz, segura, viável, rápida, de baixo custo e de alto índice de aceitação pelos pacientes, pois causa leve ou nenhum desconforto durante sua execução, sendo factível como um tratamento restaurador definitivo, para lesões da doença cárie, conforme contribuição dos autores Frencken *et al.*, 1994; Lo *et al.*, 2001; Louw *et al.*, 2002; Taifour *et al.*, 2002; Yip, Smales, 2002; Mandari; Frencke; van't Hof, 2003; Schriks; van Amerongen, 2003; Frencken, Holmgren, 2004; Wang *et al.*, 2004; Navarro *et al.*, 2004; Cruz *et al.*, 2005; Imparato *et al.*, 2005.

Considerando-se a evidência das pesquisas no que se refere à maior incidência de utilização da técnica ART em pacientes jovens e adultos, importante se faz lançar um olhar sensível à referida técnica, principalmente quando realizada em bebês.

Sugere-se, para melhor entendimento dessa abordagem, investimento na relação profissional, paciente e pais, como possível elo propulsor do êxito nos procedimentos da Técnica ART realizada em bebês.

Relevante gizar que, no Curso de Extensão Universitária Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Bebê Clínica UFRGS), geralmente, na primeira consulta odontológica, quem acompanha o bebê é sua mãe, sendo poucas as ocasiões em que o pai está presente. Deste modo, o enfoque a seguir abordado envolverá a tríade: Odontopediatra - Bebê - Mãe.

Para que se possa entender uma situação de relacionamento interpessoal, faz-se necessário o estudo das partes envolvidas separadamente, contudo sem esquecer a intrínseca e dinâmica existência que as unem em dada situação.

O Cirurgião-dentista, que optou por se dedicar à clínica odontológica de bebês, o Odontopediatra, deve ter consciência que tem em suas mãos uma grande responsabilidade. Vai lidar com um indivíduo em crescimento e desenvolvimento físico e psicológico, que foi trazido para o atendimento odontológico, quase sempre, pelas observações feitas pela pessoa mais próxima e, provavelmente, a mais exigente e mais atenta que, em geral, é sua mãe. Dessa forma, essa não pode ser considerada uma opção de trabalho tranqüila ou fácil.

De acordo com Toledo (1996), grande parte dos cirurgiões-dentistas que atendem crianças aprendem a usar certa “psicologia” com seus pacientes e, em geral, essas atitudes são qualidades inatas que eles possuem. Esse é um recurso valioso, quando aliado ao fato desse profissional sentir-se bem no relacionamento com as crianças, ter bom senso e, principalmente, gostar delas. Mas é óbvio que, se ao dom for acrescentado um conhecimento sobre Psicologia Infantil, os resultados poderão ser ainda mais compensadores.

Através de uma exigência cada vez maior, calcada em evidências científicas e numa necessidade de compreensão do mundo infantil, o Odontopediatra prepara-se para deixar de ser tão técnico para tornar-se, a cada dia que passa, mais ouvinte, observador, educador e motivador de práticas que promovam saúde em seus pequenos pacientes e nas suas comunidades.

Quando o profissional vai atender um bebê, por exemplo, é muito importante que tenha conhecimentos do desenvolvimento físico, psíquico e social relacionado à idade em que o paciente se encontra, pois isso irá facilitar o seu entendimento sobre o comportamento e a conduta que se pode esperar do bebê na consulta odontológica.

De um modo geral, a teoria de desenvolvimento infantil de Freud¹ (1946, *apud* Klein, 1996), aborda que um bebê, do nascimento aos três anos de idade, passa por duas fases: a fase oral e a fase anal.

¹ FREUD, A The psychoanalytical treatment of Children. Londres: Imago, 1946. *apud* KLEIN (1996).

Na fase oral, a zona bucal é a parte do corpo que concentra a maior parte de sensações prazerosas sentidas pelo bebê. A boca é onde se dão as primeiras trocas com o mundo externo, que nesse momento é representado pelo seio da mãe. Assim, a boca serve de modelo das trocas de dentro e de fora do corpo do bebê. O contato com o seio e o corpo da mãe, serão os herdeiros do vínculo que existia entre o feto e a mãe, de acordo com Pereira *et al.* (2001).

No contexto da cabeça, a boca, na posição de órgão de inter-relação com o meio, e por constituir parte do tubo digestivo, intervém, respectivamente, em três funções gerais: comunicação, nutrição e função sensorial. Essas funções se interligam a emoções psíquicas. Isso nos faz ver que a boca participa tanto em funções primárias como nas atividades intelectuais superiores. Serve para satisfazer necessidades instintivas e, também, para expressar nossa participação no mundo. Por isso, é um órgão pleno de carga emocional e de simbolismo. Constata-se que a falta de gratificação oral satisfatória pode atrasar o desenvolvimento infantil e fazer com que a criança demore, por exemplo, a andar e falar.

Não é difícil, portanto, aceitar a prioridade e a singularidade da boca. Ao nascermos, a primeira manifestação de vitalidade é dada pelo choro, comunicando ao mundo que aquele indivíduo vive. Após o corte do cordão umbilical, a sensação de fome é manifestada em forma de dor, o que determina o choro do bebê e essa mensagem é decodificada pela mãe, que leva o bebê ao seio, enquanto o instinto ordena que ele sugue. Com a repetição da situação, esta relação é reforçada e outras respostas, emoções e sentimentos são acrescentados e incorporados a ela (TOLLENDAL, 1985).

Por volta dos seis meses, acontece o fenômeno da irrupção dentária, que traz consigo alguns transtornos emocionais (s) e físicos ao bebê. É freqüente que um bebê que dormia bem até os cinco ou seis meses comece a apresentar distúrbios do sono, pavores e sono intranquilo. Podem aparecer transtornos somáticos como salivação abundante, diarreia, bem como outros de menor incidência, como irritabilidade, coriza, erupção cutânea, febre, vômito, perda de apetite, tosse e resfriados, segundo Sampaio e Figueiredo (2005).

A irrupção dentária, afirma Giron (1988), modifica qualitativa e quantitativamente as ansiedades depressivas. A agressão, que até este momento tinha existido apenas na fantasia, torna-se possível, já que o bebê se sente possuidor

de instrumentos capazes de destruir: seus dentes. Esta etapa é denominada como oral canibalística, na qual o bebê apresenta tendências destrutivas e fantasias, como devorar, triturar e aniquilar objetos.

Para Melaine Klein (1996), no fim dessa fase o bebê já possui um ego suficiente para estabelecer relações objetivas na fantasia e na realidade. Assim, as experiências do bebê vividas em nível corporal, tais como a fome e a sua satisfação, as mudanças de temperatura, as excitações auditivas e luminosas, o aconchego do corpo materno ou sua ausência, produzem sensações físicas agradáveis ou desagradáveis. Essas interpretações subjetivas do bebê constituem-se em fantasias compatíveis com o grau de desenvolvimento mental e corporal e, como seu aparelho perceptual é imaturo, a compreensão da realidade ainda é deformada.

O aparecimento dos dentes, conforme a mesma autora, determina o início do desmame, e o abandono do seio impulsiona à busca de outra forma de união do bebê com a mãe. Com a substituição da boca e do peito ou mamadeira, ocorre à eclosão da fase genital prévia. É o momento em que o lactente orienta-se para o pai e fecha o triângulo edípico.

Pereira *et al.* (2001) relataram que o desejo de desmamar o bebê deve partir da mãe, que deve ser muito corajosa para suportar a brabeza do filho. Por outro lado, o bebê fica feliz se o desmame for efetivado no devido tempo. Isso deve ser feito de maneira gradativa, na medida em que outros alimentos vão sendo a ele oferecidos. Na maioria das vezes, é a mamada noturna a mais difícil de ser retirada. O bebê pode reagir com perda de apetite, irritação profunda e depressão. É prudente, então, esperar um pouco mais para desmamá-lo. Mas num determinado momento isso deverá ser feito, e mesmo que para o bebê os seios da mãe tornem-se maus naquele momento, logo ele saberá que aquela mãe dos seios maus é a mesma mãe boa que o cuida e lhe dá carinho e proteção. O desmame é importante não só porque é uma substituição de um tipo de alimentação para outra, mas, principalmente, porque faz parte do processo gradual de demolição das ilusões, e os pais são os responsáveis por isso.

Ao redor dos dois anos, o bebê entra na fase anal, que, segundo Gesell² (1972, *apud* Giron, 1988, p.19), é como se ele fosse “um agressivo Jeep pondo à

² GESSEL. A. El Nino de 1a 4 Anos. Buenos Aires: Paidós, 1972. *apud* GIRON (1988).

prova todas as suas condições de marcha”, pois é uma idade de precipitações, pressa e choques.

Durante essa fase, a região anal torna-se a zona erógena proeminente, e as atividades associadas com a eliminação das fezes tornam-se o foco da sua atenção. É através da discriminação entre o que é realmente seu corpo e o que é um resíduo que deve ser eliminado, somado às respostas absorvidas do ambiente, que o bebê formará os conceitos: dentro e fora, meu e teu, sim e não, bonito e feio, bom e mau, conforme os autores Colares; Rosenbatt (1998) e Pereira *et al.* (2001).

Deve-se salientar que cada situação parental é única, bem como a história do bebê, da mãe ou de outro indivíduo da família. Assim, a carga de emoções é sempre considerável em se tratando de atendimento odontológico para bebês. Por conseguinte, o Odontopediatra deve observar e perceber o que está acontecendo dentro e fora do ambiente do consultório, a fim de adquirir instrumentos que o auxiliem a nortear um desfecho satisfatório de seu trabalho nessa interação mãe, bebê e família.

Referindo - se a isso, não se pretende sugerir que os conhecimentos da área da Psicologia venham a substituir os conhecimentos técnicos e científicos, que são o esteio da ciência Odontológica. Em verdade, o objetivo é ressaltar a relevância desses fundamentos psicológicos para que se possa atuar na clínica infantil, olhando o paciente como um todo e, assim, cuidar da sua saúde, buscando caminhos que possibilitem ao paciente infantil ter uma melhor qualidade de desenvolvimento e crescimento, e não apenas enfatizando “o palestrar”, “o aplicar flúor”, “o arrancar” ou “o fechar dente de leite”.

No caso da consulta odontopediátrica para bebês, pela imaturidade do seu desenvolvimento lingüístico e social, é recomendado que a mãe ou responsável acompanhe seu filho durante todo o procedimento, de acordo com estudos realizados por Pinkham (1997).

Os bebês necessitam, em especial, a presença da mãe ao seu lado, no atendimento odontológico, pois ela lhe oferece conforto e segurança. Sua separação física poderia lhe trazer sofrimento, impedindo, inclusive, sua colaboração no tratamento a ser realizado, segundo os autores (Faraco Jr.; Delbem; Percinoto, 1994;

Guedes-Pinto, 1995; Walter, Ferelle; Issao, 1996; Colares; Roseblatt, 1998; Corrêa, 2002 e Ramos-Jorge; Paiva 2003).

Entretanto, tomando-se como referência Falcão (2005), é conveniente salientar que a mãe do bebê menor de três anos de idade tem um sentimento de rivalidade em relação à equipe odontológica, pois esta, durante a consulta, é mais importante que ela. Este quadro se modifica na medida em que a mãe continua próxima ao bebê.

A autora ainda relata que a mãe de um bebê doente expressa um sentimento de fracasso potencial, que tem uma ambivalência normal que está presente em toda a relação mãe-bebê. Dessa forma, os aspectos negativos tornam-se maiores e ligam-se ao sentimento de culpa inconsciente. Isto a faz ter comportamentos menos cooperadores, instalando-se na relação entre ela e o bebê um sentimento de culpa por não ter conseguido cumprir o papel de boa mãe, muitas vezes acompanhado de eventuais recriminações silenciosas, ou não, do pai, que a olha como uma mãe que não soube conduzir bem a saúde do bebê.

Dentro desse contexto, no olhar da pesquisadora, o Odontopediatra, em seu atendimento, poderá interferir, dificultar ou impedir a aproximação da mãe com o bebê e esse fato, provavelmente, será desfavorável para a futura relação dele com seu pequeno paciente e mãe.

Existe, assim, a necessidade de que a equipe odontológica possa manter uma distância relativa, pois quanto maior a aproximação, maior o risco dos pais se dissociarem e se perturbarem com a equipe. É necessário haver um equilíbrio para não interferirmos nessa relação mãe-bebê, diminuindo, assim, o nível de ansiedade nessa consulta odontológica, de acordo com Falcão (2005).

Baseando-se nestes trabalhos, o tratamento odontopediátrico deixa de ser solitário e passa a ser solidário, co-participativo, uma vez que exige o auxílio direto da mãe durante o tratamento restaurador e, depois, durante os procedimentos educativos e preventivos, para a manutenção da saúde do bebê, conforme Figueiredo; Sampaio (2005).

Necessário se faz, ainda, uma compreensão do tema Cárie Precoce da Infância, uma vez que essa severa doença constitui-se, provavelmente, no mais evidente motivo de procura de atendimento odontológico curativo para bebês.

O bebê tem seu primeiro dente irrompendo por volta dos seis meses de idade e, se nenhuma medida educativa e preventiva com relação à dieta e higiene bucal for transmitida à sua mãe ou responsável, esse bebê será um provável candidato a uma severa doença denominada Cárie Precoce da Infância, (ECC), sigla do Inglês *Early Childhood Caries*.

A cárie pode ser definida como uma doença de natureza infecciosa transmissível entre humanos, decorrente da interação de uma série de fatores, resultando na perda de estruturas mineralizadas do elemento dentário. Na história da civilização, a doença cárie tem sido responsável por mais dor e sofrimento que qualquer outra doença infecciosa (MALTZ, 1996).

Cabe aqui referir Bratthal (1996), quando afirma que a cárie é uma doença multifatorial. Essa expressão é usada para explicar que vários fatores podem determinar a ocorrência da cárie. Contudo, a utilização não crítica dessa expressão pode ser enganosa, já que multifatorial pode ser entendida a partir da idéia de que vários fatores podem causar a doença isoladamente. Este não é o caso, pois a placa bacteriana (o biofilme) é o único fator que diretamente pode ser o causador da doença. Porém, um número de fatores distintos determina o nível de atividades das bactérias, sendo que, para a doença cárie, a dieta (o açúcar) é o fator principal. Além disso, o resultado da atividade bacteriana, em termos de causar danos ao dente, é controlado por outros fatores, como os fluoretos, e a composição da saliva, por exemplo, que coletivamente podem ser ditos como representantes da resistência do indivíduo ao desenvolvimento da doença cárie. Como alternativa, o autor usa a palavra suscetibilidade do hospedeiro, onde uma baixa suscetibilidade é igual à alta resistência à doença, e vice-versa.

A cárie apresenta-se como uma doença infecto-contagiosa que pode ser descrita por meio de um processo dinâmico que ocorre nos depósitos bacterianos, resultando em alteração no equilíbrio entre a superfície dentária e o fluido da placa, o que, com o passar do tempo, leva à perda mineral dessa estrutura (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

De acordo com Fass (1962, p. 245), “nada é mais chocante para o Dentista do que examinar uma criança sofrendo com cárie rampante.” Esse autor assim descreveu as características da doença cárie em crianças de tenra idade: “todos os dentes decíduos anteriores superiores, primeiros molares superiores e inferiores,

caninos superiores e inferiores são afetados. Além disso, observou que: "... apenas os incisivos inferiores raramente são afetados, pois existe a proteção da língua sobre eles e o contato direto do lábio que os cobrem do líquido açucarado". Num registro sobre a dieta o autor assinalou "... todas as crianças iam para o berço com a mamadeira e mamavam até dormirem."

Em crianças de tenra idade, a doença cárie se manifesta de forma agressiva, levando à destruição completa das coroas dentárias em um curto período de tempo, podendo evoluir para quadros tão severos que interferem negativamente no crescimento e no desenvolvimento dos bebês afetados, segundo Walter; Ferelle; Issao (1996) e Ismail (1999).

Diferentemente de outras doenças, como a Tuberculose ou o Sarampo, que dependem exclusivamente da colonização do hospedeiro pelo microorganismo causador, a cárie dentária requer uma interação de vários fatores, caracterizando, assim, sua etiologia multifatorial. Deste modo, não basta ter isoladamente uma dieta cariogênica ou a presença de bactérias cariogênicas na cavidade bucal, ou ainda, fatores intrínsecos que predisponham à doença. É necessária a inter-relação desses fatores, motivo pelo qual se explica a conotação ecológica dada à cárie dentária, segundo Sant'Anna *et al*³ (2001 *apud* Braga; Mendes; Imparato 2005).

Vale lembrar que o padrão das lesões de cárie em bebês tem características peculiares. Estas se desenvolvem com rapidez, freqüentemente logo após a irrupção dos dentes, envolvendo superfícies que normalmente apresentam um baixo risco à sua instalação, como as superfícies vestibulares dos incisivos superiores e vestibulares e palatinas dos molares superiores e inferiores. Os primeiros molares inferiores e superiores nas superfícies oclusais também podem ser afetados pela estagnação de alimentos cariogênicos. A evolução das lesões de cárie em bebês, normalmente, inicia-se nos incisivos superiores com uma mancha branca opaca ao longo da margem gengival. Com a continuidade da condição cariogênica, esta desmineralização vai aumentando até causar a destruição completa da coroa de todos os incisivos superiores, remanescendo apenas restos radiculares (CORRÊA *et al.*, 1991; MILNES, 1996; HOROWITZ, 1998; RAMOS e MAIA, 1999).

³ SANT'ANNA, G. R. *et al.*, Caderno de Odontopediatria – Cariologia: Diagnóstico e Controle. 1^a ed. São Paulo: Santos, 2001. *apud* BRAGA; MENDES; IMPARATO (2005).

Cárie Precoce da Infância, *Early Childhood Caries* (ECC) foi a nomenclatura sugerida, em 1994, na Conferência do *Center for Disease Control and Prevention*, em Maryland, USA. Em 1999 foi sugerido que se acrescentasse a palavra *severe* antes de *early childhood caries*, para denominar a cárie que acomete crianças de tenra idade. Hoje, essa nomenclatura é universalmente aceita e preferida a outras terminologias como: cárie de mamadeira e cárie de peito, que são nomenclaturas que podem enganar os profissionais e a população sobre a etiologia e sobre os fatores de risco associados a esta doença. A cárie de mamadeira enfocaria uma prática imprópria de alimentação com o uso exclusivo da mamadeira, o que, equivocadamente, sugeriria que a doença fosse somente causada pelo seu uso inadequado. Já a cárie de peito poderia conduzir a população, igualmente, para uma redução da amamentação ao peito, acreditando-se que esta prática alimentar seria o único e exclusivo fator etiológico desta doença, de acordo com Tinanoff, 1998; Tinanoff, Kaste e Corbin, 1998; Ismail, 1999; Drury *et al.*, 1999 e *American Academy of Pediatric Dentistry* no Manual de 2004-2005. Entretanto, alguns autores brasileiros a nomeiam como cárie severa da infância, como Azevedo e Toledo (2002).

Com relação à epidemiologia da ECC, Milnes (1996) observou que, enquanto a sua prevalência é de 1% a 12% em países desenvolvidos, em países em desenvolvimento e populações carentes de países desenvolvidos, esta prevalência é de 70%. Considerando-se o tempo com que os dentes decíduos ficam expostos ao desafio cariogênico, a prevalência da ECC apresenta índices assustadores em determinadas populações.

Wambier *et al.* (2004) observaram, em seu estudo com bebês de 6 meses a 3 anos de idade, uma prevalência de lesões de cárie de 21,6% lesões de Mancha Branca Ativas, 18% lesões de Mancha Branca Ativas e cavidades e 7,2% cavidades. Sendo a superfície vestibular a mais afetada.

Em uma avaliação de sete anos de um programa odontológico para bebês, Figueiredo; Rosito; Michel (1998) relataram que o motivo prevalente que levou as mães a procurarem a Bebê Clínica UFRGS foi a doença cárie (51%), seguido da prevenção (30%), traumatismo (12%), anomalias (5%) e doenças da cavidade bucal (2%), sendo que (61,5%) das crianças iniciaram o tratamento no programa com atividade de cárie. Em outro levantamento realizado, em 2004, na Bebê Clínica UFRGS, a porcentagem de bebês que tinham a doença cárie por faixa etária foi de:

(5,66%) de zero a um ano de idade; (37,74%) de um a dois anos de idade e (52,04%) de dois a três anos de idade (GUARIENTI *et al.*, 2005).

Com relação à etiopatogenia da ECC, esta envolve inúmeros fatores que agem simultaneamente. Várias pesquisas relacionam o desenvolvimento da ECC a um padrão dietético desequilibrado, no qual ocorre uma predominância de carboidratos fermentáveis, amamentação noturna, ausência ou prática deficiente de higienização bucal. Entretanto, a quantidade e a qualidade da saliva, defeitos de esmalte como as hipoplasias e hipocalcificações, fatores imunológicos do paciente, parecem ser fatores relevantes para o desenvolvimento desta doença (CORRÊA *et al.*, 1991; HOROWITZ, 1998; SEOW, 1998; MILGROM *et al.*, 2000; KING, WU e TSAI, 2003; PERETZ *et al.* 2003).

Nos pacientes bebês podem existir, ainda, outros fatores de risco adicionais que são exclusivos a este grupo, como a precoce aquisição e estabelecimento dos *Streptococcus* do grupo *mutans* em sua cavidade bucal, denominado por Caufield, Cutter e Dasanayake (1993), como janela de infectividade da cárie (HOROWITZ, 1998).

Contudo, segundo Kramer, Feldens e Romano (1997), a transmissão de hábitos e de costumes de uma geração para outra parece ser mais importante que a transmissão de microrganismos cariogênicos na expectativa futura da doença cárie.

A partir disso, a prevenção da Cárie Precoce da Infância deve enfatizar a educação dos pais ou responsáveis pelo bebê, no que tange à transmissibilidade do microorganismo cariogênico, à suscetibilidade do hospedeiro, à higienização bucal e às orientações dietéticas, como, por exemplo: não permitirem que o bebê durma tomando mamadeiras contendo formulados açucarados, ou proporcionarem amamentação noturna em livre demanda, além de não oportunizarem chupetas adocicadas.

A Constituição Federal do Brasil, além de expressar que saúde e educação são direitos de todos e dever do Estado, põe em relevância as ações e os serviços de saúde e afirma a garantia do direito à educação mediante programas suplementares de assistência à saúde. Ao discriminar os executores das ações e dos serviços de saúde, o texto constitucional se mostra aberto a que o pessoal habilitado na área da saúde possa se comprometer com a promoção, proteção e recuperação da saúde (HILGERT, 2001).

Do ponto de vista de Ismail (1998), os planos de ação para a prevenção e tratamento da ECC exigem programas de ações básicas na comunidade, envolvendo profissionais e familiares. Uma vez que a ECC deve ser enfocada como um aspecto social, político, comportamental, médico-pediátrico e dentário, podendo ser apenas controlado através da compreensão das mudanças dinâmicas que estão tendo lugar na sociedade, particularmente as concernentes à estrutura familiar, à educação das crianças e às questões sócio-econômicas. O autor, neste estudo, também conclui que as intervenções restauradoras tradicionais quando comparadas com as intervenções comportamentais, não são tão efetivas para o tratamento desta doença.

Considerando-se as características peculiares dessa severa doença, nos estudos anteriormente expostos, pode-se dizer que a ECC é reconhecida como uma doença dentária sócio-comportamental, que afeta bebês e que tem uma influência direta do estilo de vida da família. Em razão disso, o profissional deve estabelecer um plano de tratamento que contemple o bebê e a família, e uma das opções para esse caso é o Tratamento Restaurador Atraumático.

Quando identificada à doença Cárie Precoce da Infância, a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) sigla do inglês *American Academy of Pediatric Dentistry*, em seu manual de 2004-2005, recomenda uma intervenção imediata do Odontopediatra para prevenir novas destruições dentárias no bebê, bem como outros problemas de saúde. Afirma, também, que esses pacientes têm um risco maior de desenvolverem cárie em dentes permanentes. Nesses casos, a utilização de medidas preventivas e terapêuticas é indicada, tais como, a fluoroterapia e a utilização da Técnica ART, além de outros procedimentos mais agressivos, como colocação de coroas de aço.

Observa-se que o atendimento odontológico na Bebê Clínica UFRGS para crianças de tenra idade, menores de três anos de idade, normalmente, é realizado com a presença da mãe. Tal prática é fundamentada e justificada facilmente por muitos autores, que consideram a presença da mãe essencial para o atendimento do bebê (Guedes-Pinto, 1995; Toledo, 1996; Colares; Rosenblatt, 1998; Feitosa; Colares, 2003; Ramos-Jorge e Paiva, 2003).

A partir dessa premissa e pela vivência da pesquisadora ao constatar que, nas orientações oferecidas às mães pelos profissionais da Bebê Clínica UFRGS no que se refere aos procedimentos a serem realizados em seus bebês, há, ainda, ênfase

em uma abordagem bem mais técnica, deixando uma lacuna no que diz respeito à preocupação com o maior desvelamento de suas angústias, anseios, medos e traumas, propôs-se a presente investigação, que veio comprovar ser de vital importância essa abordagem para o sucesso da qualidade dos serviços prestados.

Entendendo o papel preponderante das mães neste contexto, conclui a pesquisadora, que seria de grande valia para o Odontopediatra uma pesquisa, que investigasse e buscasse compreender qual a percepção da mãe em relação ao Tratamento Restaurador Atraumático, realizado em seu filho bebê. Além disso, com os resultados da pesquisa, poder-se-ia aumentar a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a satisfação do paciente e de sua família.

Com base na experiência e nas pesquisas acima mencionados, inferiu-se para essa investigação, a seguinte questão/problema:

Quais as percepções das mães, em relação ao processo de atendimento de seus bebês, portadores de ECC, na Bebê Clínica UFRGS, utilizando-se Tratamento Restaurador Atraumático como metodologia terapêutica?

A pesquisa foi estruturada para produzir conhecimento numa área normalmente não visitada pela Odontologia, pois seus profissionais dedicam maior parte do seu tempo para o restabelecimento da saúde bucal por meio de procedimentos técnicos, ficando as questões de sentimento relegadas a um segundo plano.

Estabelecidos estes parâmetros, apresenta-se os objetivos desta pesquisa:

- descrever e interpretar as percepções das mães em sua experiência, durante e após o processo do Tratamento Restaurador Atraumático realizado em seu filho bebê;
- propiciar pontos de referência, objetivando produzir conhecimentos e evidências científicas úteis aos profissionais que trabalham com bebês portadores da ECC e aos cursos de formação desses profissionais, a partir dos resultados emergentes da análise das experiências das mães desta pesquisa.

Para Ballone (2003), o termo percepção, utilizado na questão/problema dessa pesquisa, designa o ato pelo qual tomamos conhecimento de um objeto do meio exterior. A maior parte de nossas percepções conscientes provém do meio externo, pois as sensações dos órgãos internos não são conscientes, na maioria das vezes, e

desempenham papel limitado na elaboração do conhecimento do mundo. Trata-se da percepção, da apreensão de uma situação objetiva, baseada em sensações, acompanhada de representações e, freqüentemente, de juízos. A percepção, ao contrário da sensação, não é uma fotografia dos objetos do mundo, determinada exclusivamente pelas qualidades objetivas do estímulo. Na percepção, acrescentamos aos estímulos elementos da memória, do raciocínio, do juízo e do afeto. Portanto, acoplamos às qualidades objetivas dos sentidos outros elementos subjetivos e próprios de cada indivíduo.

Lobato⁴ (1981, *apud* Ponzoni 2001) afirma que o paciente, quando procura um profissional de saúde, raramente tem apenas um problema. No conjunto de seus problemas traz um incontável número de sentimentos, direta ou indiretamente ligados, como: medo, ansiedade, ignorância, ressentimento e, muitas vezes, desconfiança em relação ao próprio profissional. Cumpre ressaltar que a recepção que o profissional faz ao paciente marca a abertura da relação.

Neste sentido, cabe ao Odontopediatra ter sensibilidade para entender e aceitar esses sentimentos no comportamento do seu pequeno paciente e, também, de seu acompanhante, na maioria das vezes, sua própria mãe, conforme já anteriormente mencionado.

De acordo com Ponzoni (2001), o relacionamento entre o profissional de saúde e o paciente é de natureza particular. Inicialmente, é uma relação-de-ajuda, um encontro de pessoas, orientado por exigências precisas existentes antes do próprio encontro. De um lado, um indivíduo que confia seus problemas, e de outro, um profissional capaz de auxiliá-lo a superar suas dificuldades e a recuperar sua saúde. A necessidade de segurança é uma exigência fundamental da pessoa, tanto mais requerida quanto mais frágil a condição em que ela se encontra. Responder a esse pedido de segurança significa, antes de tudo, dar a certeza da presença.

Esta certeza da presença se dá a partir do comprometimento do Odontopediatra com seu papel de responsabilidade social, de cuidados com a educação e prevenção da saúde de seus pequenos pacientes, muitas vezes através da tradução da mãe.

⁴ LOBATO, O. Consulta clínica: início da relação médico-paciente. In: MARTINS, C. Perspectivas da relação médico-paciente, 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. cap. 2. p.25-39. *apud* PONZONI (2001).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa caracterizou-se por uma abordagem qualitativa, descritiva e interpretativa, segundo Minayo (2000), por ser a que melhor se adequou a questão/problema a ser investigada.

O método qualitativo não procura fornecer respostas quantitativas para as perguntas da pesquisa. O importante é o desenvolvimento de conceitos que nos ajudem a entender o fenômeno social, o indivíduo (melhor do que dados experimentais), dando ênfase aos significados dos participantes, suas experiências, suas crenças e visões. A abordagem qualitativa permite aos participantes especificarem suas próprias prioridades, quando discutem o problema, segundo a pesquisa de Newsome e Wright (2000) realizada no norte da Inglaterra.

Os bebês participantes desta pesquisa e suas respectivas mães foram selecionados de um grupo representativo que procurou o atendimento odontológico no Curso de Extensão Universitário Bebê Clínica, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no ano de 2004.

Foram selecionados (20) vinte bebês, de ambos os sexos, pacientes da Bebê Clínica UFRGS, com menos de três anos e seis meses de idade, portadores da doença Cárie Precoce da Infância, com as seguintes características:

- edêntulos;
- com um índice mínimo de ceod 2, podendo os dentes cariados serem: incisivos, caninos ou molares decíduos, desde que tivessem apenas cavidades rasas ou médias no início da realização das restaurações atraumáticas (restaurações ARTs).

Cumprir salientar ter sido elaborado o projeto dessa pesquisa e submetido, à avaliação da Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do qual obteve aprovação (Anexo 1).

Com relação às mães dos bebês incluídos nessa pesquisa, a pesquisadora realizou, *a priori*, uma anamnese norteada pela Ficha Clínica do Curso de Extensão

Universitária Bebê Clínica UFRGS (Anexo 2). O objetivo desse primeiro contato foi observar as mães que teriam as melhores condições de perceberem e expressarem a realidade do problema investigado em seus vários aspectos, com relação aos seus bebês:

- interesse demonstrado no seu processo saúde/doença;
- acompanhamento no seu desenvolvimento;
- desenvoltura nas respostas;
- tempo disponível para a investigação.

Foram selecionadas intencionalmente 8 (oito) mães, através do método não probabilístico intencional no qual, de acordo com Olabuénaga (1999), o investigador seleciona os informantes que irão compor a amostra seguindo um critério estratégico pessoal, aquelas que, por seu conhecimento da situação ou do problema a investigar, lhe parecem os mais idôneos e representativos da população a ser estudada.

As mães estudadas atenderam às seguintes particularidades:

- tinham bebês afetados pela ECC;
- assistiram à palestra introdutória ao Programa da Bebê Clínica UFRGS;
- eram assíduas às consultas odontológicas de seus filhos;
- estavam inseridas no Programa de Promoção de Saúde da Bebê Clínica UFRGS;
- tinham tempo disponível para a investigação;
- apresentavam as melhores condições de explicitação da problemática da investigação, segundo Ficha Clínica da Bebê Clínica UFRGS;
- aceitaram voluntariamente a participação na pesquisa;
- assinaram o Termo de Consentimento Informado (Apêndice A).

Importante salientar que a pesquisadora teve um cuidado especial no que se refere à manutenção do sigilo total quanto à identificação das mães. Para tanto, foram escolhidos pseudônimos, assegurando, desta maneira, o anonimato (Figura 1).

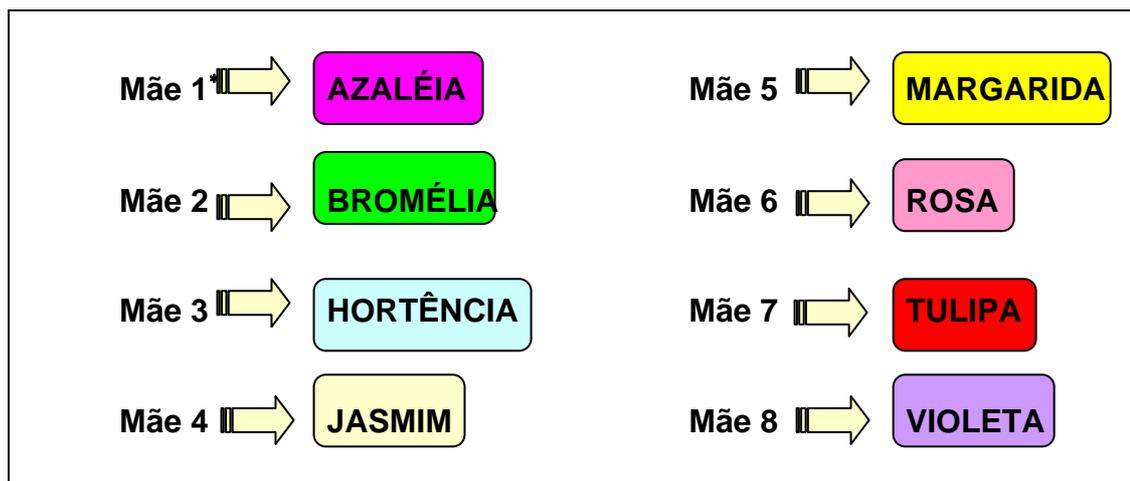


FIG. 1 – PSEUDÔNIMO DAS MÃES ENTREVISTADAS A SEREM USADOS DURANTE A PESQUISA

O instrumento aplicado nessa investigação qualitativa foi a entrevista semi-estruturada, de acordo com Minayo (1997; 2000) e Olabuénaga (1999), por constituir-se em uma das técnicas mais adequadas e sugeridas nesse tipo de abordagem.

Este instrumento favorece a revelação das percepções de fatos vivenciados pelas mães durante e após as consultas odontológicas de seus bebês, propiciando condições para a elaboração de possíveis pontos referenciais sinalizadores de suas avaliações com relação às restaurações atraumáticas.

As mães selecionadas receberam um convite oral para participarem da pesquisa, sendo informadas sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, ao que prontamente aceitaram. Logo após, assinaram o Termo de Consentimento Informado, que autorizava a participação dos bebês na pesquisa com a realização das restaurações necessárias como parte do tratamento da ECC.

As entrevistas foram agendadas, realizadas e gravadas, tendo aproximadamente a duração de uma hora e trinta minutos. A seguir, foram transcritas (Apêndice B) e, *a posteriori*, foram analisadas e interpretadas em conformidade com os princípios propostos por Moraes (2000), respeitando as etapas:

* A mãe Azaléia é designada de mãe 1 porque foi a primeira a ser entrevistada. A ordem de apresentação das mães segue a seqüência cronológica das entrevistas realizadas.

- Desmontagem dos textos: denominado de processo de unitarização, o que implica examinar os elementos em seus detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades constituintes.
- Estabelecimento de relações: processo denominado de categorização, o que implica construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as no sentido de compreender como esses elementos unitários podem ser reunidos na formação de conjuntos mais complexos, as categorias.
- Captando o novo emergente: impregnação intensa nos materiais da análise, desencadeada pelos dois estágios anteriores, e que possibilita a emergência abduktiva ou intuitiva de uma compreensão renovada do todo. O investimento na comunicação dessa nova compreensão, assim como sua crítica e validação, constitui o último elemento do ciclo de análise proposto, o metatexto. O metatexto representa o esforço em explicitar a compreensão resultante de uma nova combinação dos elementos construídos ao longo dos passos anteriores.
- Um processo auto-organizado: os resultados finais, criativos e originais não podem ser vistos de antemão. É essencial o esforço de preparação e de impregnação, para que a emergência do novo possa concretizar-se.

Realizados esses procedimentos obteve-se como resultado da análise e interpretação, a emergência de cinco categorias, sendo que as três primeiras ocorreram durante o processo de atendimento do bebê e as duas últimas após o término desse processo.

- A exteriorização de sentimentos frente ao atendimento.
- O vislumbrar das percepções.
- O julgamento de valor da aplicação da Técnica ART.
- A reavaliação dos sentimentos.
- O processo de aprendizagem: hábitos alimentares e higienização bucal.

Antes do atendimento odontológico dos bebês, as mães dessa pesquisa receberam orientações do profissional sobre os procedimentos que seriam realizados em seu filho. Foram convidadas a permanecer ao lado deles durante todo o processo de atendimento, o que pode ser corroborado por Colares e Pinkham (2001), quando observaram que 69% dos pais acham que sempre devem acompanhar seus filhos no tratamento odontológico, com o objetivo de minimizar sua ansiedade.

O grupo selecionado de oito bebês e de oito mães foi acompanhado pela pesquisadora em todas as etapas dos procedimentos educativos, preventivos e invasivos.

Em cada bebê foram realizadas, no mínimo, duas restaurações atraumáticas. O grupo inicial de vinte bebês recebeu, ao todo, 104 restaurações ARTs.

Foram testados dois cimentos de ionômero de vidro, em cada um dos vinte pacientes; portanto, cada bebê do grupo estudado recebeu, no mínimo, uma restauração atraumática com um dos cimentos de ionômero. O método utilizado para a realização das restaurações atraumáticas foi do tipo ensaio clínico, randomizado, *split mouth*, duplo-cego, de acordo com Susin e Rösing (1999).

Os tratamentos realizados foram:

Tratamento A: Técnica ART, usando como material restaurador o Cimento de Ionômero de Vidro **KETAC-MOLAR EASY MIX (3M)**, mais aplicação do **Alfa Bond (DFL)** nas superfícies dentárias restauradas.

Tratamento B: Técnica ART, usando como material restaurador o Cimento de Ionômero de Vidro **VITRO-MOLAR (DFL)**, mais aplicação do **Alfa Bond (DFL)** nas superfícies dentárias restauradas.

Além dos tratamentos preventivos e curativos dos bebês, as mães, dentro do Programa de Promoção de Saúde Bebê Clínica, em consultas individuais, acompanhando seus bebês, receberam informações e orientações do Cirurgião-dentista¹ sobre:

- amamentação e sua relação com o sistema estomatognático;
- dieta;
- problemática da introdução precoce do açúcar na dieta do bebê;

¹ CIRURGIÃO DENTISTA aluno do Curso de Extensão Universitária da Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- doença cárie;
- doença periodontal;
- hábitos deletérios mais comuns: chupeta, dedo, entre outros;
- traumatismo e outras informações pertinentes.

Os bebês participantes dessa pesquisa, após a realização dos tratamentos odontológicos necessários, que tinham num primeiro momento o objetivo de sanar a dor e controlar a gengivite, ficavam aptos a receber, em uma segunda etapa, as restaurações atraumáticas, com a finalidade de paralisar a progressão da doença ECC.

O Cirurgião-dentista antes da realização das restaurações atraumáticas, realizava uma deplacagem no bebê, com ajuda do auxiliar e da mãe, para a desorganização do biofilme presente e, também, para verificar se havia algum sítio de sangramento gengival.

Para uma melhor compreensão de como foram realizadas as restaurações atraumáticas, os passos clínicos são descritos a seguir:

- isolamento relativo do campo operatório com rolos de algodão;
- limpeza do dente a ser restaurado, remoção do biofilme com algodão umedecido em água;
- ampliação das margens da cavidade com uma colher de dentina, quando necessário;
- remoção do tecido cariado, dentina infectada, com movimentos circulares e horizontais na união esmalte-dentina, com o uso de instrumentos manuais do tipo escavadores ou curetas dentinárias. É importante observar que a remoção da dentina infectada mais profunda foi feita até quando, sob o ponto de vista clínico, o operador julgasse necessário, de modo que não ocorresse sensibilidade dolorosa no bebê ou exposição pulpar. Este é o passo mais difícil das etapas da técnica ART, quando realizada em bebê, pois não se tem a cooperação dele e sua imobilização é difícil;
- limpeza da cavidade com bolinhas de algodão umedecidas em água, seguida de secagem com bolinhas de algodão;
- condicionamento da dentina com uma solução de ácido poliacrílico a 10%, aplicado com um *microbrush*, por 10 (dez) segundos.

Imediatamente depois, a cavidade era lavada, pelo menos duas vezes, com bolinhas de algodão umedecidas em água e, em seguida, realizava-se a secagem da cavidade com bolinhas de algodão. Concomitantemente, trocavam-se os rolos de algodão, para manter o campo o mais seco possível. Este é outro momento sensível da Técnica ART, quando realizada em bebês, pois como referi anteriormente, por não existir cooperação do paciente, o isolamento relativo é muito difícil de ser mantido. Nesta etapa do trabalho, o auxiliar odontológico, outro aluno da Bebê Clínica UFRGS, espatulava o CIV, de acordo com as recomendações do fabricante;

- inserção do material:

Tratamento A - Inserção do material restaurador CIV VITRO-MOLAR (DFL) na cavidade, com auxílio de uma espátula de inserção ou seringa centrix, quando era mais de uma restauração por hemi-arcada;

Tratamento B - Inserção do material restaurador CIV KETAC-MOLAR EASY MIX (3M) na cavidade, com auxílio de uma espátula de inserção ou seringa centrix, quando era mais de uma restauração por hemi-arcada;

- compressão digital na restauração por 30 segundos, depois da perda do brilho na superfície do CIV foi realizada uma;
- ajuste oclusal e remoção dos excessos do material com um instrumento cortante manual;
- aplicação do Alfa Bond (DFL) em todas as superfícies restauradas, com o objetivo de proteger o cimento ionômero de vidro da umidade;
- remoção do isolamento relativo;
- orientação para a mãe no sentido de não oferecer alimentos duros para o bebê, por pelo menos uma hora após o término da sessão (FRENCKEN; HOLMGREN, 2001; FIGUEIREDO; SAMPAIO, 2005).

Após o término do tratamento ART, a pesquisadora marcou, com cada uma das oito mães, uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas, que buscava evidenciar suas percepções em relação ao tratamento recebido por seu filho, durante a realização das restaurações atraumáticas e após o término do tratamento.

Os dados coletados nas entrevistas gravadas foram analisados conforme sugestão de Moraes (2000). As entrevistas foram gravadas aproximadamente de sete a quatorze dias após o término do tratamento de cada bebê.

Para compreender melhor a percepção do tema ART na vida das mães de bebês com ECC, foram delimitadas, com base em oito tópicos norteadores (FIGURA 2). Entretanto, esta pesquisa teve como pano de fundo para análise e interpretação somente os tópicos 5, 6 e 7, objetos desta investigação.

Num primeiro momento foi realizada a transcrição das entrevistas, que representa o *corpus* da análise de conteúdo, isto é, a sua matéria-prima. Esses textos não carregam um significado a ser apenas identificado; são significantes, exigindo que o pesquisador construa significados a partir de suas teorias e pontos de vista. Isso exige do pesquisador que, em seu trabalho, se assuma autor das interpretações que constrói a partir dos textos que analisa, segundo Moraes (2000) e Minayo (2000).

Um envolvimento intenso é necessário na análise das informações do *corpus* para a produção de compreensões aprofundadas e criativas com relação ao tema que se vai abordar.

Num segundo momento do ciclo de análise, foi realizado o processo de categorização. A categorização, além de reunir elementos semelhantes, também implicou nomear e definir as categorias, cada vez com maior precisão, na medida em que foram sendo construídas. Essa explicitação das categorias se deu por meio do retorno cíclico aos mesmos elementos, no sentido da construção gradativa do significado de cada categoria emergente da pesquisa.

Para a produção dos argumentos em torno do sistema de categorias, a pesquisadora desafiou-se, na medida em que avançava em sua explicitação, expressando em forma de argumentos seus principais *insight* em relação a cada categoria que foi construindo.

De acordo com Moraes (2000), observou-se que, no primeiro momento da análise textual qualitativa, se processou a uma separação, o isolamento e a fragmentação de unidades de significado; no segundo momento da análise, o trabalho deu-se no sentido inverso: estabelecer relações, reunir semelhanças, construir categorias, o que resultou na produção de uma nova ordem, uma nova compreensão, uma nova síntese, um novo texto, que foi a construção do metatexto. Esse constituiu-se em um conjunto de argumentos descritivo-interpretativos capaz de expressar a

compreensão atingida pela pesquisadora em relação ao fenômeno pesquisado, sempre a partir do *corpus* de análise.

Quanto à validade e à confiabilidade dos metatextos, são resultados do rigor da análise do processo. O desafio foi ir de uma fotografia estática para um filme com seu movimento dinâmico, mesmo que este também se constitua em uma seqüência de tomadas estáticas. Captar esse movimento e expressá-lo foi um permanente desafio, que é corroborado por Moraes (2000). Os autores Newsome e Wright (2000) relatam que a validade da pesquisa qualitativa, resumidamente se dá quando o pesquisador vê o que os pesquisados pensam que vêem.

No olhar da pesquisadora esse tipo de abordagem de análise colaborou na realização das transcrições das entrevistas das mães, na interpretação e na construção das unidades de significado e nas categorizações, de maneira que possibilitou a construção do metatexto. Tendo como referência a questão/problema apresentada, sendo necessária, para sua compreensão, a exigência de uma interpretação e de uma leitura que foi além da habitual.

PERGUNTAS DA ENTREVISTA

1. Por que você trouxe seu filho para ser atendido na Bebê Clínica UFRGS?

2. O que é cárie para você?

3. Qual a importância do cuidado dos dentes de leite do seu filho?

4. Qual era a sua percepção antes de termos realizado o Tratamento Restaurador Atraumático em seu filho?

5. Qual foi sua percepção durante a realização das restaurações atraumáticas?

6. Qual é sua percepção agora depois de termos finalizado o Tratamento Restaurador Atraumático em seu filho?

7. O que mais você gostaria de dizer?

8. O que você achou da entrevista?

TÓPICOS GERADORES

MOTIVO DA CONSULTA

CONCEITOS DA DOENÇA CÁRIE

IMPORTÂNCIA DO CUIDADO DOS DENTES

PERCEPÇÃO ANTES DO TRATAMENTO

*PERCEPÇÃO DURANTE O TRATAMENTO

*PERCEPÇÃO APÓS O TRATAMENTO

*RELATO FINAL

AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA

FIG. 2: RELAÇÃO ENTRE AS PERGUNTAS DA ENTREVISTA E OS TÓPICOS GERADORES

*OBJETOS DA PESQUISA

CONSTRUINDO RESULTADOS E DISCUSSÃO

3 CONSTRUINDO RESULTADOS E DISCUSSÃO

A interpretação e a compreensão do material deram-se através de um árduo trabalho de leitura e releitura dos textos transcritos das entrevistas realizadas com as mães. Nesta etapa, a pesquisadora procurou manter-se atenta e sensível às peculiaridades sutis da realidade de cada mãe expressas em suas respostas para, através de uma reflexão construtiva desses dados para definir quais as unidades de significância e as categorias emergentes do texto.

O produto final dessa pesquisa está apresentado em forma de artigo relatório, que mostra os resultados tecidos com a discussão e o referencial teórico pertinente. Portanto, considerou-se necessário iniciar esta abordagem esclarecendo ao leitor como são realizados os procedimentos preventivos e invasivos no Curso de Extensão Universitária da Bebê Clínica UFRGS, para se ter uma compreensão de como as mães enfrentaram esta rotina de atendimentos.

Na Faculdade de Odontologia da UFRGS, mensalmente, realiza-se uma palestra coordenada pela Bebê Clínica UFRGS, direcionada a pais de bebês com menos de três anos de idade. O propósito é levar uma gama de informações sobre a prevenção da doença cárie, doença periodontal e de outras alterações que possam ocorrer na cavidade bucal do bebê. A palestra, de aproximadamente uma hora, é realizada de maneira expositiva e interativa com a população, constituindo-se em pré-requisito para o cadastramento dos bebês. É o primeiro contato das mães com a Odontologia direcionada a bebês. Ao término da palestra, os Pais agendam seus bebês para uma primeira consulta individual com os alunos da Bebê Clínica UFRGS.

Para o estabelecimento de um programa específico de promoção de saúde bucal, deve-se levar em consideração o estado de saúde em que se encontra essa população que procura a Bebê Clínica UFRGS.

Quando saudável, a preocupação deve estar voltada à manutenção dessa saúde, trabalhando-se nos fatores de risco presentes que possam vir a determinar a

perda deste estado. Isso é proposto gradativamente, por meio de consultas educativas e preventivas direcionadas às mães e aos bebês participantes.

Entretanto, nem sempre a população que chega a Bebê Clínica UFRGS é saudável. Dessa forma, algumas vezes há que se recorrer a tratamentos odontológicos invasivos, concomitantemente às propostas educativas e preventivas. O propósito desses tratamentos é evitar a progressão das lesões cavitadas da doença Cárie Precoce da Infância, e suas conseqüentes seqüelas no bebê.

Antes de ser realizado qualquer procedimento invasivo no paciente, as mães entrevistadas recebem as informações dos passos clínicos que serão adotados no decorrer do tratamento odontológico de seus filhos, bem como das possíveis reações que eles poderão ter durante o atendimento. O objetivo dessa conduta é minimizar a ansiedade materna frente às desconhecidas situações da consulta odontológica realizada em bebês. Quando as mães são preparadas técnica e emocionalmente para o que virá a acontecer, muitas vezes é possível contar com a sua cooperação nos procedimentos a serem realizados. Essa conduta é sugerida por vários autores, como Faraco Jr., Delbem; Percinoto (1994); Guedes-Pinto (1995); Corrêa (1998); Colares; Rosenblatt (1998); Colares; Richman (2002) e Feitosa; Colares (2003).

A rotina do trabalho clínico na Bebê Clínica UFRGS é dinâmica e intensa, pois são atendidos, por dez alunos do curso, aproximadamente sessenta bebês a cada aula semanal. Cada paciente é tratado individualmente, e vem sempre acompanhado por sua mãe ou responsável. Depois da consulta inicial, na qual é feita a anamnese, realiza-se um planejamento odontológico para aquele bebê, conforme necessidade apresentada.

Nessa rotina clínica são realizados, dentre outros procedimentos: exodontias, tratamentos endodônticos, restaurações com resinas fotopolimerizáveis, restaurações com cimentos ionoméricos, restaurações com a Técnica ART, aplicações de cariostáticos, aplicações tópicas de flúor, orientações sobre alimentação, higienização bucal, orientações sobre outros hábitos perniciosos. Esses procedimentos são executados após uma deplacagem profissional e uma avaliação junto à mãe sobre a dieta do bebê e a higiene bucal. Além disso, é feito um treinamento de escovação com a mãe, visando à calibragem dela quanto à eficiência da qualidade da higienização bucal do bebê.

Vale registrar, mais uma vez que, todos os pacientes pesquisados nesta pesquisa estavam inseridos no Programa de Promoção de Saúde da Bebê Clínica, que tem como base medidas educativas e preventivas para a doença cárie e periodontal.

O tratamento odontológico tem como norte um protocolo clínico coerente com o grau de severidade a que o paciente está sendo acometido, conforme sua classificação: paciente cárie ativo sem necessidade restauradora e paciente cárie ativo com necessidade restauradora, de acordo com Araújo *et al.* (2002).

As condutas clínicas frente aos diferentes graus de severidade da patologia ECC são exemplificadas a partir da exposição dos seguintes casos clínicos, mais frequentes, que são:

A presença de lesões de Manchas Brancas Ativas (MBA) que determinavam aplicações sistemáticas de terapia tópica de fluoretos (flúor géis 2%; verniz de flúor 5%), acompanhadas das orientações alimentares e de controles profissionais do biofilme, segundo Kramer, Feldens; Romano (1997); Tinanoff; Douglas (2001); Araújo *et al.* (2002) e Carvalho; Maltz (2003).

A abordagem invasiva, segundo Araújo *et al.* (2002), deve permear a avaliação das seguintes variáveis: atividade da lesão cariiosa, sintomatologia dolorosa, viabilidade de controle da placa, extensão da lesão, grau de importância do dente em questão, envolvimento estético e funcional. Tais critérios, muitas vezes, serão determinados durante o tratamento, uma vez que a primeira intenção será sempre o procedimento não invasivo.

No caso do aparecimento da descontinuidade da estrutura dentária, como: lesões cariosas em esmalte e dentina que não possam ser controladas, destruições coronárias, envolvimento pulpare ou traumatismos com fraturas, um tratamento invasivo é planejado e realizado para o restabelecimento do equilíbrio da saúde bucal do bebê.

Para o bebê que apresenta dor e lesões cariosas em dentina, com dificuldade para se alimentar e a mãe relatar impossibilidade de realizar a higienização bucal, decorrentes da dor, opta-se, num primeiro momento, pela aplicação de um caristático, à base de Diamino Fluoreto de Prata, segundo Walter, Ferelle; Issao (1996) e Braga; Mendes; Imparato (2005). Esse medicamento tem ação de cariostase, isto é, controla a progressão da lesão cariiosa, pois os íons de prata do caristático

precipitam-se e obliteram os canalículos dentinários, resultando na diminuição significativa da dor dentária. Essa aplicação tem, por outro lado, uma grande desvantagem, a de manchar de preto todas as lesões cariosas ativas. Em outro momento, são planejadas as restaurações necessárias.

Se um bebê apresenta lesões cariosas em dentinas com envolvimento pulpar, e se no dente há condições estruturais de se realizar a restauração, *a posteriori*, realiza-se o tratamento endodôntico e depois a restauração necessária, o que é respaldado por Guedes-Pinto (1995); Toledo (1996) e Araújo *et al.* (2002)

Contudo, quando o paciente apresenta apenas restos radiculares e fístulas, o que acontece freqüentemente com os dentes incisivos superiores nos bebês portadores da ECC, a opção são as exodontias múltiplas e o planejamento de mantenedores de espaço para uma segunda etapa.

Quando o bebê apresenta lesões cariosas pequenas e médias, com envolvimento dentinário, sem fístulas, sem mobilidade dentária, sem dor aguda e intermitente, realizam-se restaurações com a Técnica ART. O propósito desse tratamento é a adequação do meio bucal por meio da paralisação da progressão das lesões e do restabelecimento da integridade da estrutura dentária, com um material adesivo, biocompatível, estético, pois tem cor semelhante a do dente, e possui capacidade de liberar flúor. (FIGUEIREDO; SAMPAIO, 2005).

Essa técnica vem ao encontro das necessidades requisitadas e exigidas no tratamento odontológico para bebês: atendimento, rapidez, eficiência e ser o menos traumática possível. A Técnica do Tratamento Restaurador Atraumático é simples e rápida de se executar, utiliza apenas instrumentos manuais, não necessita de anestesia, nem equipamentos elétricos como a alta e a baixa rotação. Conseqüentemente, não tem seringa nem ruídos que poderiam causar desconforto e assustar o bebê.

Além disso, autores como Baia; Salgueiro (2000); Frencken; Holmgren, (2001) e Parajara; Leal (2002), consideram o ART um tratamento barato e eficaz para a doença cárie.

O trabalho odontológico realizado nos bebês portadores da ECC, no Curso de Extensão Universitária Bebê Clínica UFRGS, sempre é executado por uma equipe formada por dois cirurgiões dentistas e um professor orientador, acompanhados pela mãe ou responsável pelo paciente bebê. Quando, em alguns momentos, há enorme

falta de cooperação do paciente frente ao tratamento, faz-se necessária a presença de mais um aluno ou professor do curso para auxiliar na sua contenção física.

A realidade do outro não está naquilo que ele revela a você, mas naquilo que ele não lhe pode revelar. Portanto, se você quiser compreendê-lo, escute não o que ele diz, mas o que ele não diz.

Kalil Gibran Kalil

3.1 O DESVELAR DAS ENTREVISTAS

Tendo o entendimento de como são os procedimentos clínicos realizados no ambulatório, passa-se a apresentar a interpretação dos relatos das mães com relação ao questionamento sobre sua percepção durante e após a realização do tratamento odontológico com as restaurações atraumáticas realizada em seus bebês, desenvolvendo cada uma das cinco categorias emergentes da investigação.

3.1.1 AS PERCEPÇÕES MATEERNAS DURANTE O PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS BEBÊS

3.1.1.1 A exteriorização dos sentimentos

Os sentimentos das mães com o que se passou com seus filhos durante o atendimento odontológico foram expressos, inicialmente, por meio de manifestações como: aflição, medo, ansiedade, nervosismo, pânico e emoção.

A dimensão emocional foi assim relatada pela mãe Rosa, ao exteriorizar seus sentimentos:

Fiquei com medo, fiquei olhando ela chorando e fiquei nervosa, ela ficava chorando e vomitando e eu pensava que podia dar alguma coisa nela ali na cadeira. Eu achava que ela podia engolir aquele mordedor. Eu também tinha medo daquela coisa, a cureta que podia cortar a sua boca... ela fazia muita força para não deixar eles trabalharem, não colaborava.

As emoções que emergiram dessa situação difícil e estressante puderam também ser observadas na fala da mãe Azaléia:

... eu fiquei sentida. A gente não gosta de ver o filho da gente chorando ali. No dia da extração eram quatro pessoas segurando ele, eu estava tentando ajudar.

Complementou, dizendo que não pode controlar sua ansiedade tendo que sair para se recompor emocionalmente.

... me emocionei, fiquei ansiosa e comecei a chorar e tive que sair para a rua.

Quando se busca compreender porque essas mães expressaram sentimentos de medo e de ansiedade durante os procedimentos odontológicos, embora tivessem sido informadas dos procedimentos que seriam realizados em seus bebês, deve-se entender, *a priori*, que elas estavam vivenciando situações novas e desconhecidas de suas realidades, o que normalmente pode provocar os sentimentos e emoções exteriorizados.

Além disso, muitas vezes a mãe projeta no seu filho suas próprias experiências negativas com relação ao atendimento odontológico, o que pode resultar numa resistência ao tratamento, tanto por parte dela como do bebê.

Para Jung¹ (1991 *apud* Stolz, 2003), cada pessoa possui quatro funções fundamentais que animam a vida psíquica do seu ser: o pensamento, o sentimento, a sensação e a intuição, buscando sempre um predomínio de uma delas sobre as outras. O autor entende o pensamento e o sentimento como funções sociais, pois fazem o uso da razão, da abstração e da generalização. Considera a sensação e a intuição funções irracionais, por estarem baseadas na percepção do concreto, do particular e do acidental. O pensamento é a função fundamental psicológica que estabelece conexões com o conteúdo das representações dadas. O sentimento é a função que valoriza as coisas para o indivíduo, no sentido de aceitá-las ou recusá-las ou, até mesmo, convertê-las em estado de ânimo. É o sentimento que outorga ao ser humano a experiência de prazer ou dor, alegria ou tristeza, raiva, medo ou amor. A sensação é a função que transmite os estímulos físicos percebidos, quer do interior quer do exterior, produzindo fatos concretos ou representações do mundo. É a intuição que transmite as percepções por meio do inconsciente, além dos fatos, sentimentos e idéias.

¹ JUNG, C.G. Tipos Psicológicos. Petrópolis: Vozes, 1991. *apud* STOLZ (2003).

O sentimento de medo para Colares e Rosenblatt (1998) pode ser entendido como uma reação a uma situação que causa, de alguma forma, ameaça ao indivíduo.

Há estudos que afirmam que todo o ser humano nasce com medo, denominado medo ancestral. Este medo pode ser aumentado, transformado ou eliminado, dependendo dos diferentes fatores que atuam ou atuaram sobre ele, através das mais diversas circunstâncias. Isto nos leva a dizer que o medo é circunstancial, e que todo ser humano, quando se sente agredido, cria uma contra-agressão. Para a determinação do medo e dos temores deve-se considerar as predisposições e as causas que levaram a ele. O medo está em torno de nós ou em nós; não há drogas para curá-lo, a não ser o conhecimento da causa. O importante é conhecê-lo, conscientizá-lo, desse modo anular-se-ia seu agente causador e, conseqüentemente, o medo seria eliminado, segundo Tollendal (1985).

Importante salientar que, para Slavutzky (1984), todo o paciente, seja adulto ou criança, tem medo do Dentista, mesmo que diga o contrário. O que varia são as formas de manifestação, as intensidades e os meios de controle desse medo. Todo adulto volta a ser criança quando está sentado numa cadeira odontológica. Segundo a autora, há um sentimento de desamparo, de estar indefeso frente ao perigo de serem penetrados numa cavidade carregada de significados, muitos dos quais inconscientes. O fato de o Cirurgião-dentista colocar espelhos, sondas, pinças, brocas, provoca medo de que se lhes corte a língua, se lhes perfure a bochecha e que percam seus dentes. Sentem-se agredidos pelo Cirurgião-dentista e não têm nem mesmo controle visual da situação. Como meio de defender-se usam, principalmente as crianças, fechar a boca. Essa desconfiança é normal, pois a entrega exigida para um tratamento dentário é muito grande e depende da confiança que se estabelece entre o profissional e o paciente.

Nesta investigação, as mães, quando trouxeram seus bebês para o atendimento, na sua maioria, apresentavam um quadro tão severo da ECC, que a presença da dor foi uma constante. Neste sentido corrobora Slavutzky (1984), quando refere que a forma mais comum dos pacientes procurarem o atendimento é quando existe uma dor de dentes. Para a autora, somente quando estamos frente a comunidades mais esclarecidas, o Cirurgião-dentista é procurado não só para cura, mas, também, para prevenir e manter a saúde bucal.

Com relação ao medo que Rosa expressou de que sua filha poderia engolir o “mordedor”, isto é, o abridor de boca, é importante que o profissional, imediatamente, esclareça à mãe sobre a função e necessidade de seu uso. Além disso, para tranquilizá-la, deve informar que ele é grande suficiente para o bebê não ingeri-lo, e sempre que é colocado na boca é amarrado em um fio dental, para aumentar a segurança caso o bebê vomite e se engasgue, possibilitando, que o profissional possa puxá-lo.

Ainda analisando a fala dessa mãe, quanto ao medo da cureta cortar a mucosa da sua filha, não se pode dizer a ela que isso não irá acontecer, pois como não se tem, muitas vezes, a colaboração do paciente no atendimento, isso é um risco iminente. Entretanto, pede-se à mãe sua cooperação no sentido de manter o filho o mais imobilizado possível durante a remoção da dentina infectada, para minimizar risco de acidentes.

Colares e Rosenblatt (1998) citam que um relacionamento saudável deve se basear na verdade e na confiança mútua.

Desse modo, na visão da pesquisadora, o sentimento de medo provavelmente será total ou parcialmente neutralizado se o profissional, através de adequadas atitudes, desmistifique as “fantasias” que são manifestadas pela mãe. Tais ações teriam por objetivo diminuir o medo, tensão e ansiedade que a mãe está sentindo, e que poderão “contaminar” seu bebê.

Os autores Milgrom; Weinstein² (1993 *apud* Moraes, 2003), comentam que em todos os pacientes, em todas as partes do mundo se observa a existência da fobia dentária, que se constitui num obstáculo ao tratamento dentário. Esse medo pode ser adquirido na infância, até mesmo por relatos assustadores de parentes ou amigos, não necessitando ter havido uma experiência traumática pessoal. Logo, seria um medo que se adquire apenas por sugestão.

Guedes-Pinto (1995) considera que, apesar do grau de ansiedade materna determinar o maior ou menor grau de ansiedade da criança, é preciso estender essa avaliação ao meio familiar. Em casos de crianças com idade menor de três anos, o

² MILGROM, P; WEINSTEIN, P. Dental Fears in General Practice: New Guidelines for Assessment and Treatment. *Int Dent J. London*, v.43, n.3 suppl. 1, p. 288-293, June 1993. *apud* MORAIS (2003).

autor relata que a separação física da mãe pode trazer sofrimento para a criança, impedindo-a inclusive de colaborar e ser atendida.

Para os casos de mães “inconvenientes”, o autor sugere um truque combinado anteriormente com a mesma, de acordo com o qual ela deverá se retirar após a criança ter sido acomodada na cadeira odontológica. No entanto, a mãe deixará propositamente sua bolsa visível à criança e pedirá que a criança cuide desse objeto, enquanto ela espera na sala ao lado. O autor acredita que, dessa forma, tranqüiliza a criança, que sabe que sua mãe não pode ir embora sem sua bolsa. O truque se completa com diálogos esporádicos entre o profissional e a mãe, confirmando, assim, a presença da mesma.

No referido caso da mãe Azáleia, que teve de sair da sala, pois não conseguiu controlar seus sentimentos, também foi usado um truque a mãe foi orientada a deixar sua bolsa perto do seu bebê, para que ele soubesse que ela teve que sair um pouquinho para ir ao banheiro, mas já iria voltar, fato que efetivamente aconteceu após sua estabilização emocional, para continuar ao seu lado.

Esse é um procedimento de rotina nos atendimentos da Bebê Clínica UFRGS. A mãe que não consegue controlar suas emoções junto ao seu filho é convidada a sair da sala, por um tempo, até que se recomponha emocionalmente. Dessa forma, ao retornar, poderá transmitir maior segurança e tranqüilidade ao seu bebê.

Essas reações emocionais como: choro, aperto, aflição, mal estar, podem ser associadas a uma reação psicossomática inerente a um estado tensional limite, de acordo com Seger (1988) e Giron (1988).

Entretanto, a “inadequação ou inconveniência” do comportamento materno apresentado por algumas mães nesta investigação pode ser atribuída, em parte, pela pouca atenção com relação às emoções da mãe e aos esclarecimentos dados pelo profissional ao preparo psicológico delas antes do início do tratamento invasivo?

Segundo Colares e Rosenblatt (1998), a orientação fornecida à mãe não deve se limitar à solicitação de que permaneça quieta e calada. O Odontopediatra deve esclarecer a ela sobre a saúde bucal da criança, os procedimentos odontológicos necessários e, em especial, discutir com ela o comportamento da criança e as medidas e técnicas necessárias para seu adequado atendimento.

Os autores ainda acrescentam que os fatores sociais e econômicos precisam ser avaliados para uma análise mais profunda do comportamento materno e a possível participação da mãe no processo de atendimento odontológico. Mas a mãe não pode ser esquecida ou hostilizada pelos profissionais que se propõem a atender crianças.

O episódio anteriormente relatado por Azaléia, de sair da sala, foi comum entre as mães que acompanharam seus filhos durante os procedimentos odontológicos, o que provavelmente pode ser associado ao sentimento de medo e *stress*.

Na pesquisa em questão, o sentimento de medo apareceu em vários momentos nas falas das mães, notadamente nos relatos referentes ao início do tratamento odontológico realizado nos bebês. Desse modo, na visão da pesquisadora, os diálogos, os esclarecimentos e as orientações da equipe odontológica, acrescidos do acompanhamento permanente das mães nas consultas subseqüentes de seus filhos, provavelmente ajudaram-nas a superar esse sentimento.

A mãe Azaléia finalizou seu relato fazendo uma comparação do comportamento de seu filho:

Depois, quando fizeram as restaurações, ele também não ajudou, e a gente teve que continuar segurando ele, mas foi mais fácil porque ele cooperou um pouquinho. Eu pensava também que ele podia estar sentindo medo.

Ficou claro, nesse depoimento, que, independente da natureza do procedimento, o bebê necessitou de contenção física para a realização dos trabalhos. Contudo, nas restaurações atraumáticas, ele foi um pouco mais colaborador, em comparação com as exodontias múltiplas dos quatro incisivos superiores, que, sem dúvida alguma, foi um procedimento mais agressivo e traumático.

Quanto à aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo do comportamento utilizadas na Bebê Clínica UFRGS, alguns estudos observaram que, quando os pais são esclarecidos sobre a necessidade da intervenção, eles aprovam e cooperam com o procedimento, mesmo sentindo-se infelizes com a situação (BRILL, 2002; FÚCCIO *et al.*, 2003).

Em relação ao medo da mãe de que seu bebê estivesse sentindo dor, o profissional, tendo convicção de que não há dor, mas sim um comportamento condizente com sua tenra idade, por não ter a compreensão do que está sendo

realizado, deverá tranquilizar a mãe, explicando que esse comportamento não colaborador, é considerado normal em bebês conforme Borges (2002) e Feitosa; Colares (2003). É pertinente informar à mãe que essa situação pode ser um reflexo do que ela esteja sentindo, devido sua ansiedade e medo; portanto, quanto mais segura estiver, provavelmente será melhor para seu filho.

Da mesma forma que o medo apresenta componentes subjetivos, a manifestação da dor também provoca algo semelhante, conforme discorre Tollendal (1985). Falando dos parâmetros, a autora registra que, diversamente de outras experiências sensoriais, como a visão ou a audição, a dor não pode ser avaliada quanto a sua real existência, intensidade, qualidade, e até localização, não permitindo facilmente distinguir a verdadeira dor, que deriva da estimulação das terminações dolorosas periféricas ou da lesão das vias aferentes e centrais, da dor imaginária. A dor leva a reações motoras reflexas e a reações psíquicas. As reações psíquicas à dor são mais sutis e incluem variados aspectos, tais como angústia, ansiedade, choro, depressão, náuseas, medo, excitabilidade exagerada em todo o corpo.

Salienta-se a importância da mãe e do profissional observarem se o choro mantém-se no mesmo tom e se o bebê não modifica suas reações de resistência ao tratamento, pois, havendo alteração, pode-se estar diante de um quadro de manifestação de dor do bebê.

Em outro relato, a mãe Bromélia também manifesta seu medo de que seu filho estivesse sentindo dor, além de recordar que, mesmo sem o uso de anestesia ou equipamentos odontológicos elétricos, como a caneta de alta e baixa rotação, ela sentiu pânico, medo e aflição.

O trabalho tem que ser feito, não adianta eu dizer - não, não toca, não mexe. Foi uma aflição, um certo pânico, isso que era sem fazer anestesia, sem nada. Eu não podia impedir o trabalho, tinha que ficar ali sentada, mesmo com aquela aflição assim (a mãe põe a mão no peito), tinha que ficar segurando e eles mexendo, e com medo que ele sentisse dor e eu não pudesse pegar ele, porque não tem como.

Emergiu dessa fala a ansiedade da mãe que, segundo Giron (1988), se caracteriza por uma atitude de expectativa ante um perigo iminente, acompanhando-se de desordens mais ou menos profundas.

Segundo a mesma autora, a ansiedade é uma experiência individual que invade o ser até o seu âmago, sendo difícil de compartilhar com os outros. Os

sinônimos que podem expressar ansiedade são: angústia, aperto, aflição, agonia, preocupação, receio e inquietação.

Os sentimentos de medo, preocupação e receio que foram descritos acima, estavam relacionados à possibilidade de dos seus bebês sentirem dor ou se machucarem, por não estarem colaborando durante os procedimentos invasivos.

No caso de bebês que necessitam de um pronto atendimento odontológico, sabe-se que a maneira de expressarem sua insatisfação com o que está sendo realizado é, normalmente, através do choro ininterrupto, da tentativa de fugir da cadeira odontológica e da manifestação de agressão aos profissionais e aos pais. O procedimento apropriado neste momento é o uso de técnicas de manejo de comportamento, conforme Guedes-Pinto (1995); Corrêa (1998); *American Academy of Pediatric Dentistry* (2004-2005).

A equipe de profissionais da Bebê Clínica UFRGS, quando necessitou fazer uso do manejo comportamental em um bebê não colaborador, o fez com o domínio da técnica de forma consistente e previsível, isto é, com conhecimentos básicos de psicologia infantil que fundamentaram a necessidade do manejo.

Reforçam tais posicionamentos Fúccio *et al.* (2003), quando ressaltam que o manejo do comportamento é uma metodologia de compreensão. O manejo comportamental ajuda a promover uma construção no relacionamento entre o Odontopediatra e a criança, que vai sentindo-se cada vez mais confiante em cada consulta subsequente, repercutindo no desenvolvimento de um maior autocontrole por parte da criança. Além disso, o manejo do comportamento diminui o medo e a ansiedade dela frente ao tratamento odontológico.

Entretanto, esses autores relatam que esse autocontrole das emoções desenvolve-se mais após os quatro anos de idade, pelo fato de as crianças, nessa etapa, terem uma maior noção da realidade em que vivem e, também, do tratamento odontológico.

Ramos-Jorge e Paiva (2003) afirmam que o quadro de ansiedade infantil vai se alterando na medida em que a criança amadurece e, nesse processo de amadurecimento psicológico, a criança passa comumente a aceitar melhor o tratamento, sobretudo se tiver tido a oportunidade de familiarizar-se com os elementos do consultório e de desenvolver contatos positivos com o Cirurgião-dentista. As

técnicas de manejo comportamental para crianças, de acordo com Pinkham³ (1995 *apud* Colares; Pinkham, 2001) são classificadas em cinco campos de ação: físicas, aversivas, farmacológicas, compensatórias e lingüísticas.

As técnicas físicas podem ser classificadas em: ativa ou passiva. Na contenção passiva, a criança é imobilizada por meio de um lençol, maca tipo *macri* ou *papoouse*. Na contenção ativa, os movimentos intempestivos da criança são inibidos pelo auxiliar do Dentista, pelos pais ou pelo próprio Cirurgião-dentista, por meio de uma ação conjunta. Também é considerada física ativa a técnica “Joelho-Joelho”, para Corrêa; Maia (1998).

Na literatura, as técnicas aversivas incluem o controle do comportamento infantil com a voz austera ou com o uso da técnica “mão-sobre-a-boca.”

As técnicas farmacológicas incluem o uso de medicamentos pré-anestésicos aplicados por via oral, intramuscular ou intravenosa, além do uso de óxido nitroso/oxigênio e, em último caso, a anestesia geral.

As técnicas compensatórias baseiam-se na recompensa, como promessa de um presente por parte do Dentista ou um tratamento especial por parte da mãe ou do responsável, quando termina a consulta odontológica, com o objetivo de elevar a auto-estima da criança.

A técnica “falar-mostrar-fazer” é um reforço positivo e é considerada uma técnica de linguagem, as Quais são mais passíveis de utilização após os três anos de idade, quando a criança apresenta um maior domínio da linguagem, segundo Colares; Pinkham (2001).

Nas consultas odontológicas da Bebê Clínica UFRGS, as técnicas de manejo comportamentais mais utilizadas em ordem de frequência são: linguagem “falar-mostrar-fazer”, recompensa e contenção física ativa.

Quando, nessa pesquisa, as mães relataram que tiveram que auxiliar na contenção de seus filhos estavam referindo-se à técnica de manejo comportamental do tipo contenção física ativa.

³ PINKHAM, J. Personality development: managing behavior of the cooperative preschool child. Dent Clin North Am, Philadelphia, v. 39, n.4, p. 771-778. oct.1995 *apud* COLARES; PINKHAM (2001).

Para que se possa compreender, corretamente, o quadro descrito pelas mães quando comentaram sua participação na contenção dos filhos, deve-se imaginá-lo a partir de um bebê que chorava alto, gritava ininterruptamente, debatia-se, suava, muitas vezes vomitava e urinava na roupa. O tratamento feito sob essas condições depende da cooperação efetiva da mãe na contenção. Na presente pesquisa, a mãe era orientada a subir na cadeira odontológica, onde ficava de joelhos, com o bebê entre suas pernas, e, com suas mãos, segurava seus bracinhos, imobilizando-o.

Nesse momento, outro profissional segurava a cabeça do bebê, enquanto o Cirurgião-dentista fazia o procedimento odontológico com ajuda do seu auxiliar.

Entretanto, mesmo sendo a contenção física uma situação agressiva e traumática nela os profissionais demonstram atenção e respeito ao paciente. Falam alternadamente palavras firmes e agradáveis, explicando a ele e à sua mãe o que está sendo realizado. A equipe reconhece que o bebê não está colaborando e o tranqüiliza, dizendo que, se ele ajudar, o tratamento terminará mais rápido.

A mãe Hortência ressaltou que se sentiu segura em colaborar com a contenção de seu filho; contudo, mais uma vez relatou seu receio com a possibilidade do bebê sentir dor.

A única coisa que eu ficava preocupada era se estava doendo, porque eu não estava sentindo nada. Será que quando o Dentista metia aquela cureta ali estava doendo? Será que está muito sensível? Eram os meus maiores receios.

Mas de segurá-la e ela chorar não tinha problema nenhum para mim.

Ficou evidenciada nessa fala que o correto esclarecimento destinado à mãe sobre a necessidade da contenção de seu bebê deixou-a segura e tranqüila.

Abushal; Adnubi (2003); Fúccio *et al.* (2003); Ramos-Jorge; Paiva (2003), concluem, em seus estudos, que informar aos pais sobre as técnicas de manejo comportamental é de fundamental importância. É importante esclarecer aos pais, principalmente, como é a técnica e porque está sendo indicada para o tratamento odontológico de seu filho, especialmente quando o profissional fará uso de técnicas físicas ou farmacológicas.

A mãe Azaléia observou que os profissionais ficaram preocupados com ela e com o bebê durante o procedimento odontológico, pois ela não conseguiu cooperar na contenção e teve de sair da sala para se recompor emocionalmente.

Então, eram eles preocupados com meu filho e comigo lá na rua. Um pouco eu espiava, olhava, e via que ele estava bem, sendo bem tratado, mas é que mãe é mãe, tu vês teu filho chorando ali e sofre em dobro. Tu estás passando aquilo com ele.

Quando se interpreta o que Azaléia expressou em sua fala, observa-se a presença da íntima interação mãe-filho, que pode ser identificada como a Teoria do Apego, do psiquiatra e psicanalista inglês John Bowlby (1989).

Quando o referido autor estudou o vínculo entre mãe e filho, concluiu que essa ligação era parte de um sistema de comportamento que servia à proteção da espécie, já que os bebês humanos são indefesos e incapazes de sobreviverem sozinhos por um longo período de tempo. Deste modo, o apego dos bebês às suas mães ou cuidadores é o que possibilitaria a sobrevivência da espécie.

Um pressuposto largamente aceito diz respeito à ligação do bebê com sua mãe, por ser esta a fonte de satisfação de suas necessidades biológicas. A partir da primeira relação, segundo Bowlby (1989), estabelece-se no indivíduo um modo de funcionamento, chamado Modelo Funcional Interno. A criança que tem em sua experiência um modelo seguro de apego vai desenvolver expectativas positivas em relação ao mundo, acreditando na possibilidade de satisfação de suas necessidades. Já uma outra, com um modelo menos seguro, poderá desenvolver em relação ao mundo expectativas menos positivas. O estabelecimento de um modelo de apego seguro ou inseguro fornece a base para a formação de um Modelo Funcional Interno, uma lente a partir da qual o indivíduo vai ver o mundo e a si próprio.

Winnicott (1988) nos chama a atenção para a capacidade da mãe em dedicar a seu filho, no momento em que este necessita, toda a atenção, suprimindo suas necessidades de alimentação, higiene, acalanto ou no simples contato sem atividades, o que cria condições necessárias para que se manifeste o sentimento de unidade entre duas pessoas.

As mulheres, desde épocas remotas, têm função primordial para a sobrevivência da espécie. Badinter (1985), em seus estudos sobre o amor materno, afirma que este sentimento existe desde a origem dos tempos, mas não necessariamente em todas as mulheres e, sendo um sentimento humano, como tal é incerto, frágil e imperfeito.

No próximo relato, observa-se que, ao enfrentar a situação de ficar junto à sua filha, a mãe Margarida faz uma “identificação” com a equipe para colaborar e “reparar” o que ela pensa que causou, isto é, a Cárie Precoce da Infância em sua filha.

Eu fiz o maior esforço. A gente como mãe se sente culpada, mas eu fiz de tudo para trazer ela e fazer todas as restaurações nos dentinhos dela.

Eu acho muito importante as mães fazerem de tudo no momento em que a criança está chorando, não importa, a mãe tem que fazer o maior esforço para que os Dentistas possam fazer o trabalho deles, para que isto possa ocorrer na maior normalidade.

Na visão da pesquisadora, ser mãe significa ser responsável por alguém, e assegurar o seu desenvolvimento e formação moral e ética. Muitos fatores terão influência direta neste processo, sendo palavras-chave emoção, amor e doação. Pôde-se observar que, neste depoimento, o amor e a doação materna superam o sofrimento de ter que ajudar na contenção de sua filha.

A culpa materna foi descrita por Badinter (1985), assinalando que a responsabilidade da família e da mãe para com seus filhos foi difundida no século XIX. Transformou-se em culpa materna no século seguinte, quando, por algum impedimento, ela não desempenhava o papel de boa mãe, ou seja, não permanecia em tempo integral ao lado do filho, cuidando de sua saúde, educação e futuro.

Em outros relatos avultaram também os sentimentos de culpa e de negligência. Esses sentimentos foram manifestados por meio de uma dor profunda, quase sempre acompanhada de lágrimas.

A mãe Hortência falou:

Eu acho que eu fui negligente e me sinto muito culpada, a maior culpa é minha. Na hora eu não sentia, mas quando chegava em casa eu pensava: porque não fui antes? Porque eu não vim antes? Poderia ter ajudado. (A mãe chora).

A mãe Jasmim disse:

Eu tive um pouco de sentimento de culpa, porque em uma época que eu trabalhava para fora e ele comia bala. Houve um pouco de falta de cuidado, uma falha minha. (A mãe chora).

No entender de Badinter (1985), a sensação de culpa das mulheres é um sentimento associado ao papel de boa mãe e às responsabilidades maternas com o filho. Os séculos se passaram, os avanços tecnológicos surgiram, mas a concepção da boa mãe, dedicada, que pensa no seu filho, atualmente mescla-se, também, com a

da mulher independente que cuida, nutre e educa, mas que trabalha no mundo público, desenvolvendo atividades fora da esfera do lar.

No olhar da pesquisadora, a mãe que trabalha fora de casa sente a necessidade de estar presente e participar. A preocupação com os filhos é uma constante em seu cotidiano. Dessa forma, embora valorize o trabalho remunerado, como uma forma de manter sua independência e sobrevivência, sofre quando não consegue conciliar as atividades dos dois mundos, o de profissional e o de mãe.

Na realidade, a inserção da mulher no mercado de trabalho, em nossa sociedade, não a desvinculou das funções do mundo familiar e do seu importante papel materno. Ao contrário, as cobranças são cada vez maiores, tanto profissionais como familiares, no mundo moderno.

A mãe Margarida relatou que sofreu durante o atendimento de sua filha, como se o tratamento estivesse sendo realizado nela.

A gente como mãe sente dor como se tivesse acontecendo com a gente. Se pergunta por que acontece isto com meu filho?

Mas na hora a gente tem que saber que aquilo ali vai ser bom para ele. A gente tem que fazer o maior esforço para que possa acontecer o tratamento. Sente dor, fica meio abatida, mas eu acho que a mãe deve fazer o maior esforço para que o filho se sinta seguro através da mãe.

Giron (1988), em seu estudo, cita que, para as mães, é mais difícil o tratamento dentário quando realizado em seus filhos, porque esse tratamento mobiliza nelas vários sentimentos. O tratamento dentário representa uma situação extrema de perigo, que tem a ver com um sentimento de impotência e de desamparo do sujeito para enfrentá-la.

De acordo com Bowlby (1989), segurança e amor parecem ser essenciais para garantir a sanidade mental da pessoa, daí a enorme importância atribuída a uma ligação saudável mãe-bebê, uma vez que ela representa a fonte de todo cuidado e amor. Essa relação vai determinar, no decorrer da vida, a imagem interna que a pessoa terá de si e do outro, bem como suas ligações com os outros parentes, amigos e cônjuges. Nesse vincular-se ao outro, a criança ganha gradativamente autonomia da figura afetiva.

Algumas mães, nessa pesquisa, ao manifestarem seus sentimentos, chegaram ao extremo de desejarem estar no lugar de seus filhos no tratamento, pois vê-los sofrer era algo quase inaceitável.

O sentimento de impotência vivido por algumas das mães é o sinal de que aquilo que o bebê está esperando dela transcende a sua capacidade, e, por não poder ajudá-lo, necessita então buscar apoio do Odontopediatra.

A mãe Violeta assim expressou sua dor:

A princípio, para toda mãe é muito doloroso, é difícil segurar um filho. Como eu acompanhei tudo de perto, para mim foi muito ruim... eu passei mal, ele estava chorando, pedindo ajuda e eu não podia ajudá-lo. Tinha que segurá-lo, porque era necessário fazer aquilo. Foi muito difícil, foi muito difícil mesmo. Eu achei que iria conseguir segurá-lo, mas não foi o que aconteceu. Eu caí junto com ele, eu desmaiei.

Segundo Melaine Klein (1996), a natureza da relação da mãe com os filhos propicia a capacidade na mãe de se pôr no lugar da criança e encarar a situação por ela vivida, do seu ponto de vista. A habilidade de fazer isso com amor e compreensão está intimamente ligada ao sentimento de culpa e de fazer reparação. Porém, se o sentimento de culpa for forte demais, essa identificação pode levar a uma atitude de total abnegação, o que é muito prejudicial à criança. Todos sabem que a criança criada pela mãe que despeja amor sobre ela, sem esperar nada em troca, muitas vezes se torna uma pessoa egoísta. O excesso de indulgência da mãe tende a aumentar o sentimento de culpa e não dá espaço para as tendências da própria criança de fazer reparação, de fazer sacrifícios e de desenvolver certa consideração pelos outros.

Depois das consultas iniciais, foi observada pela pesquisadora uma alteração positiva com relação aos sentimentos maternos. Na minha visão, essa alteração poderia estar relacionada com o tipo de abordagem que foi preconizada na Bebê Clínica UFRGS. Neste curso, o paciente bebê é visto holisticamente, é tratado com humanidade, respeito e entendimento quanto às suas limitações de cooperação no tratamento odontológico que se pretende realizar. Essa mudança desvelou-se nos depoimentos que seguem, nos Quais as mães reconheceram a atenção e o cuidado que a equipe dispensou a seus filhos.

É importante frisar que Tulipa foi a única mãe que, no início desta pesquisa, quase desistiu do tratamento; mas, com o passar do tempo, pela vivência no processo, aceitou o tratamento, manifestando sua satisfação.

No início, eu estava a fim de largar tudo, porque tinha que tratá-la com muita firmeza, e achava a Doutora muito autoritária. Ela falava: fica quieta, cala a boca.

Eu achava que não deveria ser assim. Depois eu vi que alguém tinha que ter controle sobre ela e vi que nem eu tinha controle, aí ficou tudo bem melhor. Nas primeiras consultas fiquei com medo, depois foi ficando normal, e eu gostei.

Há que se salientar, com relação à situação anterior, que o profissional soube diagnosticar, nesse caso, o quadro emocional da criança, apresentado como birra, o que requer dele uma postura mais autoritária e o uso de palavras firmes, além da necessidade de técnicas de manejo comportamental, por meio da contenção física ativa.

Para Colares e Rosenblatt (1998), crises de birra são explosões de cólera durante as quais a criança grita, agita os braços, esperneia, quebra os objetos, agride os circunstantes, atira-se ao solo e dá pontapés. Essas manifestações são freqüentes em crianças de tenra idade, constituindo uma reação normal do chamado período de resistência ou oposição.

No atendimento da Bebê Clínica UFRGS, essas crises de birra são comuns. Contudo, cabe ao Odontopediatra diagnosticar corretamente o quadro emocional do bebê, pois a assertiva de sua conduta trará um relacionamento futuro provavelmente positivo com esse pequeno paciente e sua mãe. Por outro lado, se houver uma conduta equivocada, agravará o comportamento não colaborador do bebê e sua mãe poderá desistir do tratamento.

Apenas uma das mães entrevistadas relacionou o início do tratamento odontológico com sentimentos positivos como: carinho, amor, proteção, ajuda, confiança, tranquilidade e segurança. Mesmo sendo difícil o atendimento do seu filho, pois não houve colaboração do bebê, a mãe passou para ele a confiança que tinha na equipe e só teve palavras de elogio.

A mãe Jasmim assim relatou como se sentiu, durante os procedimentos restauradores realizados em seu bebê:

Eu senti uma proteção, um carinho e um amor, porque aquilo ali era dar amor. Eu estava protegendo ele, eu estava fazendo um bem pra ele e vocês também. É como se ele tivesse correndo e caísse, tu vais e o socorre, chama a atenção, e isso é para o bem dele.

Era aquilo ali, eu sei, tinha três, quatro, cinco mãos ali ajudando a segurá-lo, mas era para o bem dele, para não acontecer com ele o que aconteceu comigo.

Essa mãe teve uma história odontológica muito triste, pois extraíram todos os seus dentes superiores com apenas treze anos de idade. O “profissional” que realizou este trabalho não fazia restaurações, apenas extrações e próteses e, como ela mesma relatou, tinha cárie apenas nos dois incisivos superiores. Mesmo assim, extraíram todos os seus dentes da arcada superior para colocação de uma prótese parcial superior.

Dessa forma, Jasmim sublimou sua triste história, reconheceu a postura de atenção e de carinho que a equipe tinha com seu bebê, principalmente controlando suas emoções para cooperar com o objetivo de recuperar e manter sua saúde bucal.

Sublimação é o mecanismo de defesa mais evoluído e maduro do ser humano. Significa uma troca e uma modificação progressiva no objeto, no problema, na frustração, como na direção do instinto. Tais trocas podem permitir uma descarga e satisfação parcial do instinto inconsciente, mas de uma forma útil e socialmente aceitável. Com isso, essas ações obtêm reações positivas dos demais, do meio ambiente, reforçando-as, conforme constatou Giron (1988).

3.1.1.2 O vislumbrar das percepções

Os relatos tratarão agora das interpretações das percepções das mães quanto ao comportamento dos bebês durante o atendimento.

Dember e Warm⁴ (1990 *apud* Cancino, 2004) definiram a percepção como um processo psíquico ativo e dinâmico, que permite a elaboração, a interpretação e a significação das informações provenientes de estímulos externos. Ao perceber, infere-se instantânea e inconscientemente a natureza dos estímulos, produzindo uma resposta ou conduta que depende da experiência anterior de quem percebe, sendo influenciada pela motivação e pela emoção. Segundo os autores, a motivação compreende impulsos fisiológicos primários (fome, sede e dor), impulsos adquiridos ou sociais (necessidade de alcançar metas e prestígio social) e impulsos derivados do

⁴ DEMBER, W. N. WARM, J. S. *Psicología de la Percepcion*. Madrid: Alianza, 1990. *apud* CANCINO (2004).

medo e da ansiedade (defesa). A motivação permite extrair a informação suficiente para classificar um estímulo como relevante ou irrelevante, gratificante ou ameaçador.

Analisando-se os depoimentos das mães entrevistadas, percebeu-se uma convergência na compreensão de que seus filhos não aceitariam o tratamento proposto sem a contenção física realizada pela equipe e auxiliado por elas.

A mãe Violeta assim se expressa:

Olha, eu acho que ele levou um choque na primeira consulta, foram mais de duas ou três consultas, e eu sempre conversando, explicando para ele que não tem mais judiação e digo: Filho, a tia já tirou todos os bichinhos da tua boca, agora vamos tratar direitinho, a tia só vai escovar os dentes. Então ele ficava mais seguro quanto a isso de não mais machucarem ele. Para ele, sempre iriam machucar, mas eu colocava que não, ele ficava mais tranqüilo.

Entretanto, precisava ser contido para a realização das restaurações atraumáticas.

Nesse relato, observou-se que a mãe emitiu juízos sobre o comportamento do bebê, revelando que suas intervenções contribuíram para que ele ficasse mais calmo.

Na visão de Hortência, sua filha não sentiu dor durante a remoção da dentina infectada das cavidades cariosas para a realização das restaurações atraumáticas, mas não aceitava que o Cirurgião-dentista mexesse em sua boca. O bebê não gostava do que estava acontecendo.

... o Doutor mexia com a cureta, mexia um pouquinho e ela não fazia nada e aí, quando ele começava a mexer, ela se agitava, porque não queria que ele mexesse, mas não porque ela estava sentindo dor. Porque eu via quando ele estava mexendo ela não estava com dor. É porque ela não gostava mesmo.

Tendo esta segurança de que sua filha não tinha dor, a referida mãe colaborava com a contenção física ativa.

Então ali, na hora, se ela chorasse, eu pegava ela, com força, para ela não escapar, para eles poderem fazer o tratamento, para que não desse problema, que ficasse alguma coisa e eles não pudessem arrumar, isso era o mais importante.

O princípio que norteia a remoção do tecido cariado na Técnica ART é a retirada apenas da camada de dentina infectada. Isto é, aquela dentina que, observada histologicamente, apresenta as seguintes características: uma zona necrótica, com destruição dos processos odontoblásticos, desmineralização avançada e degradação das fibras colágenas pela ação dos ácidos e enzimas proteolíticas

produzidas pelas bactérias. Clinicamente, caracteriza-se por ter uma consistência amolecida, coloração amarelo-acastanhado, aspecto umedecido e de fácil remoção com curetas de dentina. Além disso, várias pesquisas relatam que a remoção dessa dentina é indolor, pois se trata de um tecido morto, sem capacidade de remineralização, segundo Thylstrup; Fejerskov, (1995); Maltz *et al.* (2002) e Wambier (2005).

As manifestações dos bebês observadas e relatadas pelas mães foram que eles, durante o atendimento, choraram, gritaram, espernearam, vomitaram, solicitaram sua ajuda e fizeram manha para saírem da cadeira odontológica. Entretanto, mesmo tendo sido extremamente penoso presenciarem seus filhos reagindo ao tratamento odontológico, nenhuma mãe retirou o bebê da cadeira ou deixou de retornar para a próxima consulta.

Rosa reconheceu durante o tratamento no seu bebê a manifestação de um comportamento manhoso e isto exteriorizava-se como uma crise de birra.

Segundo Pereira *et al.* (2001), a birra é uma das formas mais comuns da criança descarregar seus sentimentos de raiva e de impotência. Se os pais ajudarem, ela poderá lidar com seus limites, tanto internos como externos, mesclando-se no seu psiquismo sentimentos de amor e de ódio pela mesma pessoa. A elaboração do sentimento do ódio, que permite a preponderância do sentimento amoroso dos pais, lhe auxiliará a diferenciar a fantasia e a realidade, o amor e o ódio, o sujeito e o objeto, fazendo com que tenha maior tolerância às frustrações inerentes dessa etapa de crescimento.

Eu sabia que ela não estava com dor na hora, aquilo era manha, estava assustada porque todo mundo ficava segurando ela para fazer o tratamento. Eu sabia que não tinha dor nenhuma, estava fazendo manha, disto eu estava segura, tanto é que ela fazia isto lá em Pinhal, e a Doutora não atendeu mais ela, chegava na hora e esperneava, chorava e eu não conseguia segurá-la.

Então, eu fiquei feliz que aqui nós a seguramos e fomos em frente. Conseguimos; às vezes, não conseguíamos mais tratar na consulta, porque ela vomitava, e tínhamos que parar.

A mãe, no momento que compreendia que seu filho estava fazendo manha, fiasco, birra, sempre era estimulada pelo Odontopediatra a demonstrar uma atitude firme e carinhosa para que o bebê percebesse que deveria respeitar os limites durante a consulta odontológica.

Algumas mães refletiram sobre o sentimento de medo que observaram em seus filhos. Os sofrimentos contidos em suas experiências odontológicas anteriores pareceram estar intimamente ligados às reações de medo e de insegurança manifestadas nos bebês.

A mãe Tulipa reconheceu esse fato em sua fala.

Durante o tratamento eu senti medo, insegurança podia machucar ela. A gente fica insegura, mas, depois, eu vi que seu choro era o medo que eu passava para ela.

A autora Tollendal (1985), em estudos sobre o medo que a criança pode manifestar no atendimento odontológico, considera que 67% dos medos da criança sobrevivem da influência recebida dos adultos.

Colares e Richman (2002) reforçam que crianças menores de 4 anos podem ser afetadas pela ansiedade e o medo da mãe, que é o resultado da proximidade que existe na relação mãe e filho. Essa interação vai diminuindo com o passar do tempo. Nesse estudo, os autores observaram que os pais que sentiam medo e dor nos tratamentos odontológicos eram pais de crianças não colaboradoras.

Outros pesquisadores corroboram com a evidência observada por Tulipa, que o seu sentimento de medo havia se transferido para sua filha, pois existe uma significativa correlação entre a ansiedade e o medo materno e a manifestação do bebê durante o atendimento, de acordo com Brunner (1981); Faraco Jr., Delben; Percinoto (1994); Colares; Rosenblatt (1998); Colares; Richman (2002); Corrêa (2002) e Fúccio *et al.* (2003).

A assertiva acima é reforçada pelo depoimento da mãe Margarida.

Ela só chorava porque estava com medo, porque eu também tinha medo. Ela não dizia que estava doendo, se estivesse doendo ela iria falar.

Já o sofrimento e a não aceitação do que estava acontecendo surgem quando Margarida relatou:

A gente como mãe sente dor como se tivesse acontecendo com a gente. Eu me pergunto: por que aconteceu isso com meu filho?

Mas na hora, a gente tem que saber que aquilo ali vai ser bom para ele. A gente tem que fazer o maior esforço para que possa acontecer o tratamento. Sente dor, fica meio abatida, mas eu acho que a mãe deve fazer o maior esforço para que o filho se sinta seguro através dela.

Isso foi o que realmente aconteceu, quando se estava frente a uma mãe segura e tranqüila. Mesmo quando seu bebê estava relutante em aceitar o tratamento

no início, com o decorrer da consulta ele ficava mais tranqüilo e, muitas vezes, cansado, adormecia em decorrência do esforço físico realizado inicialmente para impossibilitar o atendimento.

A notória mudança do comportamento infantil observado pelas mães, provavelmente foi resultado de um trabalho de equipe, baseado na dedicação, diálogo, preocupação e reforço do comportamento positivo do bebê e da mãe. Esse fenômeno foi sinalizado pelas mães com as expressões: ficou mais calmo, cooperou abrindo a boca ficou mais tranqüilo, veio mais feliz, não chorou tanto, gostou mais do tratamento, olhou para tudo e conversou com todo mundo.

Além disso, de acordo com Bönecker⁵ (2000 *apud* Feitosa; Colares, 2003), o paciente que é submetido à contenção física por não cooperar, geralmente apresenta rápido amadurecimento comportamental, não precisando mais ser contido durante as sessões subseqüentes.

Esse foi um fato que se repetiu, principalmente no início da investigação, quando houve muitas intervenções com relação ao comportamento dos bebês. Contudo, mais cedo do que se esperava, as manifestações emocionais dos bebês se alteraram significativamente. Ao final, a maioria deles tornou-se colaborador, facilitando sobremaneira a realização das restaurações atraumáticas.

Como recordou a mãe Azaléia:

Ele foi muito bem em vista das primeiras vezes. Bom, por ele dá para ver agora. Nos primeiros dias ele entrava aqui chorando, tremendo assim a cabeça (mãe mexe a cabeça de um lado para o outro), e agora está aí! Oh! Olha tudo! Vai conversar com todo mundo, vê tudo. Também, com a atenção que ele teve!

Ele foi bem tratado, sempre tudo bem. Não é assim, arruma o dente e tchau! Aqui tem umas pessoas que puxam conversa, dão atenção, dão carinho, vêem a gente.

O relato dessa mãe pode servir como um alerta ao Odontopediatra, pois quando ela revela que na Bebê Clínica UFRGS seu bebê recebeu atenção, carinho e realmente olharam para ele é porque provavelmente ela já teve alguma experiência negativa na qual “só arrumaram o dente e tchau.” Cabe aqui uma reflexão da prática usual cirúrgico restauradora, que não considera o paciente holisticamente, tratando

⁵ BÖNECKER, J. S. *et al.* Comportamento da criança. Formas de tratamento. Caderno de odontopediatria. São Paulo: Com Imp Ltda.2000. cap. 3, p. 15-33. *apud* FEITOSA; COLORES (2003).

apenas o dente que está dentro da boca. Esse tipo de abordagem desumana, infelizmente ainda faz parte da nossa realidade, mesmo com toda a ênfase dada ao modelo atual que preconiza a promoção de saúde.

Nesta investigação, o principal objetivo foi interpretar qual a percepção da mãe frente ao Tratamento Restaurador Atraumático realizado em seus filhos. Isso emergiu quando da finalização das respostas das mães quanto a essa questão.

Mais uma vez, giza-se que as mães sofreram muito no início do tratamento ao acompanharem seus filhos. Sentiram insegurança e medo do desconhecido, pois a Técnica ART não fazia parte do seu universo. Temeram por seus filhos, neles projetando seus traumas, provavelmente associados ao tratamento odontológico convencional que vivenciaram com o uso de brocas, anestésias. Entretanto, foram surpreendidas quando a realidade dos fatos não atendeu a suas expectativas, pois, ao contrário dos medos iniciais, a Técnica ART foi realizada sem que seus bebês fossem submetidos ao barulho “torturante” da broca e muito menos ao “pavor” da agulha e da anestesia.

As mães perceberam que houve mudança nos seus sentimentos, possivelmente relacionada ao alívio de acompanhar seus filhos em um tratamento diferenciado, no qual os fatores que causavam medo e ansiedade não estavam presentes.

Esta diminuição da tensão emocional inicial produziu um efeito benéfico no relacionamento mãe-bebê, fazendo com que elas se sentissem mais seguras com o que estavam vivenciando. Calavam-se e, carinhosamente, apoiavam seus filhos, com gestos de carícias, beijos e, principalmente, com expressões faciais que exteriorizavam descontração e tranquilidade.

Trata especificamente deste tema Harris⁶ (1996 *apud* Colares; Rosenblatt, 1998), dizendo que a criança não só reage de modo apropriado a uma expressão emocional em diálogo social, como também é dirigida pela emoção de um adulto em seu comportamento relativo a objetos ou ocorrências em seu ambiente. A expressão facial do adulto funciona como comentário acerca de determinado objeto ou

⁶ HARRIS, P. Criança e Emoção. São Paulo: Martins Fontes, 1996. 239 P.*apud* COLARES; ROSENBLATT (1998).

ocorrência. A criança, então, regula seu comportamento social segundo a emoção expressa por quem cuida dela.

Falcão (2005) referiu que o Odontopediatra deve instaurar boas condições no ambiente de trabalho, facilitando a comunicação sensorial da mãe com o bebê, pois ele é sensível à voz materna, temperatura, cheiro e batimentos cardíacos dela, e essa relação mãe-bebê deve ser preservada.

Como confirma a mãe Azaléia, quando fez seu relato:

O nervosismo ficou todo no começo tanto para ele como para mim. Cada vez que o tempo passava, eu ficava mais tranqüila, as pessoas conversando, explicando aquilo tudo, tu só fica acompanhando e se acostumando com aquelas coisas, e agora é tudo normal. Mesmo tendo que continuar a segurar ele.

Eu acho melhor sem anestesia o tratamento. Ele aceitou bem, ele não sentiu dor, não. Senão, ele chorava, foi bem melhor assim. Gostei do tratamento, foi bem melhor.

Vale repetir Harris (*idem, ibidem*), para quem as emoções do adulto, em especial, de sua mãe, são visíveis para a criança através da expressão facial. A criança pode saber o que as pessoas sentem porque, muitas vezes, os sentimentos são visíveis no rosto. O bebê conhece instintivamente o significado da expressão facial e esse reconhecimento produz uma reação emocional nele.

Segundo Abdushal e Adenubi (2003), os pais que recebem as informações acerca das técnicas de manejo e as orientações sobre os procedimentos clínicos tendem a aceitar melhor e cooperar, comparados aos pais que não recebem essas informações.

Foram também observados nos depoimentos das mães que, em outras oportunidades, em casa ou a caminho da consulta, elas reforçaram os comportamentos positivos dos seus bebês. Conversaram com eles sobre a importância do tratamento, enfatizando que a equipe, os “tios”, eram amigos e só desejavam “tirar os bichinhos dos seus dentes”, para eles não terem mais dor. Argumentaram que não haveria uso de agulha, barulho de broca e o tratamento seria rápido.

A mãe Margarida instintivamente incentivava sua filha, que não colaborou em nada com o tratamento endodôntico, a aceitar o tratamento restaurador.

Quando fizeram o tratamento de canal foi bem difícil, ele teve que fazer duas vezes, porque ela não parou da primeira vez e não deu certo, e o Doutor teve que abrir de novo.

Na hora da anestesia é horrível para a gente, eu senti bastante, a gente que é adulta, sente. Mas acho importante a gente incentivar a criança a aceitar este tipo de coisa para que eles, no futuro, saibam como devem se comportar na hora que precisarem ir ao Dentista.

Com ela, eu fui explicando, conversei muito em casa: o tio vai fazer isto, os tios e as tias vão mexer na tua boquinha. Então, ela vinha mais preparada, e também eu dizia que tudo iria dar certo.

Finaliza-se esta parte da investigação, citando o renomado autor Dr. Içami Tiba, (1996, p.16), quando diz “a força dos pais está em transmitir aos filhos a diferença entre o que é aceitável ou não, adequado ou não, entre o que é essencial e supérfluo, assim por diante.”

Por meio destes relatos, entende-se que é fundamental para o profissional que pretenda trabalhar ou que trabalhe com bebês, não se esquivar da tarefa de apontar, na justa medida, os limites para o seu pequeno paciente, a fim de que ele se coloque, na relação paciente-profissional, de maneira prazerosa e respeitosa.

3.1.1.3 O julgamento de valor da aplicação da Técnica ART

Com base nos depoimentos das mães a seguir registrados, passa-se a comentar as avaliações por elas feitas sobre as restaurações realizadas com a técnica ART em seus bebês.

Falar em avaliação, segundo Oliveira (1997), nos leva a pensar em educação e em aprendizagem, tendo sempre presente que aprender implica atribuir sentido, dar sentido à experiência.

De acordo com Anastasiou e Alves (2003), a avaliação está sempre presente em nossa prática e em nosso cotidiano. Os princípios que comandam a avaliação são: a existência de padrões culturais que funcionam como referências que são muitas vezes inconscientes, portanto muito mais fortes por estarem incorporados; o julgamento que é efetivado sem constrangimento pelo avaliador com base nos padrões existentes; a comunicação espontânea. Conforme essas autoras, é vital considerar a avaliação como um processo interativo, por meio do quais seus participantes aprendem sobre si mesmo. A reflexão sobre o desempenho é mais rica quando é realizada por todos os envolvidos no processo.

Segundo Falcão (2005), a equipe de saúde que trabalha com a presença dos pais é de excepcional coragem, pois aceitam trabalhar sob o olhar e avaliação deles.

As avaliações das mães foram abrangentes e significativas, uma vez que abordaram da minúcia da cor do material até o relato de que, graças às restaurações ARTs, os bebês não tiveram mais dor.

Foi mencionado, no depoimento da mãe Hortência, que o mais importante da Técnica ART, para ela, é que este procedimento sanou a dor de sua filha. Demonstrou sua emoção falando e chorando.

Depois sim, quando eu chegava em casa eu pensava: Ai meu Deus, como é que eu consegui segurar ela e não fiquei nervosa. A gente fica nervosa quando os filhos começam a chorar, mas o mais importante era poder arrumar os dentes.

E também quando ela chegava em casa o principal era que ela não se queixava de dor, podia se alimentar, podia até tomar mamadeira, que é a coisa mais simples que tem, e antes ela se queixava de dor.

Complementou, dizendo:

As restaurações foram rápidas, e também bem feitas, porque quando ela chegava em casa não tinha dor. Foi o mais importante para mim e valeu a pena.

Para Melaine Klein (1996), o sentimento de sofrimento e de culpa surge como um novo elemento na emoção do amor. Eles se tornam parte integrante do amor, influenciando-o profundamente em termos de qualidade e quantidade.

Hortência, nesse relato, revelou seu sofrimento e amor. Além disso, como as outras mães, reconheceu que as restaurações foram bem feitas e executadas rapidamente. O tempo médio da realização das restaurações traumáticas foi de 15 a 20 minutos.

A mãe Margarida comparou o tratamento endodôntico com o restaurador e concluiu sua fala dizendo:

O tratamento de restauração foi bem melhor porque não precisou de anestesia e nem broca. A minha filha se sentiu bem mais confortável, porque o outro tratamento, o de canal, é muito "inconfortável".

As mães da pesquisa refletiram e consideraram vários aspectos dessa técnica. Em verdade, suas avaliações foram construídas a partir de suas próprias experiências traumáticas, resultantes de uma prática curativa e mutiladora.

Estas vivências fundamentaram suas avaliações e, da mesma forma, foram projetadas no atendimento de seus filhos.

Como pôde ser observado na fala de Rosa, quando constatou que seu bebê, nas outras consultas, retornou mais feliz para continuar o tratamento, pois não teve o mesmo atendimento odontológico que ela havia tido.

Eu gostei que eles não usaram a broca nem a anestesia. Achei melhor porque eu já usei broca e sei que dói, e o barulho também dói. Por isso, eu achei melhor assim, porque sei que ela não estava tendo dor, tanto é que depois ela veio novamente e não chorou tanto, gostou mais do tratamento. Ela veio mais feliz.

Segundo Winnicott (1988), o bebê não precisa mais sentir angústia, quando descobre que já consegue superar, sem medo, uma situação que antes o teria esmagado de angústia, e experimenta certo tipo de prazer.

Os passos da Técnica ART foram minuciosamente observados pelas mães, e o resultado dessas “fiscalizações” do desempenho da técnica foi uma crítica positiva, referendando o sucesso das restaurações.

A mãe Violeta afirmou com ênfase.

Eu prefiro esta nova técnica! Ela é muito boa, não tem stress, nem problema nenhum, mais tranqüila e rápida. Tu removes ali com agilidade e com segurança toda a cárie. Eu fiquei tranqüila com essa técnica, porque eu acompanhei tudo de perto, ficava olhando e tinha a visão de tudo que estava sendo feito.

Com essa técnica eu não tive preocupação se iria dar errado, se ficaria alguma coisa de cárie. Eu vi nitidamente que saía tudo, era um sucesso garantido. Ele ficou calmo e também porque não teve a parte da injeção e do barulho da broca, então ele ficou muito mais calmo.

Segundo Giron (1988), a anestesia local é o motivo mais freqüente do rechaço ao tratamento odontológico.

Morais (2003), tratando o assunto medo do paciente no tratamento odontológico afirmou que a maioria das queixas verbalizadas se referiam ao uso de anestesia e de instrumentos rotatórios.

Para se entender o que a anestesia “injeção” pode provocar como reação no paciente, é mister que o comportamento respondente seja um comportamento eliciado por estímulos antecedentes. Por exemplo, as pessoas salivam ao ingerirem alimentos e sentem dor e desconforto quando um objeto pontiagudo pressiona e fere sua pele. A dor é o que se considera como resposta incondicionada a esse estímulo. Entretanto, outros estímulos associados a essa situação, como a visão da seringa anestésica ou a própria figura do Cirurgião-dentista, podem adquirir a propriedade de eliciar a resposta

dor e outras reações reflexas, como tremor, palidez, aceleração do ritmo cardíaco, por exemplo. A dor ou mesmo o medo produzido por tais estímulos eliciadores que as provocam são respostas condicionadas, conforme Moraes e Pessotti (1985).

Tollendal (1985) salienta que semelhante resposta condicionada ocorre com o uso dos instrumentos como a alta e a baixa rotação, que são pontiagudos, acrescidos do agravante ruído. A resposta normal dos pacientes frente a esses estímulos é de esquiva e de aversão.

Corroborando Moraes (2003), relatando que o Cirurgião-dentista não desconhece o quanto usa de equipamentos estranhos ao dia a dia das pessoas que não são da área odontológica; logo, deve considerar como este simples fato do desconhecido pode ocasionar receios em sua clientela.

A mãe Violeta, elogiando a Técnica ART, por não ser necessário utilizar anestesia e broca, sugere que se use a técnica em adultos, pois é rápida, indolor e fácil.

Depois veio a parte das restaurações que foram mais fáceis, como eu já falei, eu achava que iriam usar a broca que é muito ruim, então eu não queria vir. Mas aqui foi tudo ótimo, foi maravilhosa essa nova técnica, eu não conhecia, vim conhecer aqui.

Acho que até para adulto seria melhor esta técnica, porque tem até adulto que se assusta com a broca. Tipo eu não vou ao Dentista porque tem broca. Pena que eu só vi como era essa técnica na hora que estavam fazendo a raspagem da cárie, senão eu teria ficado mais tranqüila.

A propósito desta fala, onde a mãe expressa sua opinião, lamentando o seu desconhecimento dos passos clínicos da Técnica ART, estaria ela sugerindo à equipe odontológica da Bebê Clínica UFRGS a necessidade de elaboração e construção de um instrumento visual tipo um MANEQUIM BUCAL ART, com o objetivo de facilitar a demonstração da execução da Técnica ART, para as mães dos bebês?

A mãe Violeta complementou seu depoimento avaliando o passo clínico da Técnica ART, a remoção da dentina infectada.

Esta parte da raspagem que foi feita foi ótima, ele ficou mais calmo. Se ligassem aquele barulho alto da broca, ele iria se assustar, e teria sido mais trabalhoso com ele. O trabalho ficou perfeito, a mesma coisa, porém, mais fácil raspando, foi bem mais fácil tanto para vocês quanto para nós, conseguirmos fazer o trabalho nele.

Eu gostei bem mais desta técnica. Com ela não precisa de anestesia, tem esta parte da raspagem que não precisa de anestesia, foi muito bom, bem mais fácil, saía toda a sujeirinha, ficou limpinho, tudo muito bom e mais rápido.

A mãe que acompanha seu bebê, como já foi referido, traz toda sua vivência para a consulta e, através dos seus relatos, ficou claro que tiveram muitas experiências traumáticas, as Quais não desejavam reviver. Tais situações podem se constituir em um dos possíveis fatores agravantes para os bebês terem chegado ao atendimento com um grau severo da doença ECC, acrescido de outros, como a pouca ou nenhuma orientação sobre essa doença.

Esse foi o questionamento de Hortência, que mesmo reconhecendo a técnica como boa, manifestou em sua fala que se arrependeu de não ter detectado a doença cárie em sua filha e não ter procurado ajuda antes.

O tratamento foi bom. Está tudo ótimo, só que eu fico me cobrando porque eu não vim antes, porque eu não vi antes, e detectei este problema antes. Porque teria sido mais fácil de controlar e não teria chegado ao ponto que chegou. Tanto assim, que os dentinhos de baixo dela só foram restaurados e arrumados, porque estavam com início de cárie. O Doutor arrumou, colocou o remédio, a restauração e pronto. Os de baixo estão perfeitos iguais aos outros dentes que não tiveram cárie do mama. Até a cor é igualzinha, essa técnica é um sucesso, mas eu espero que dure.

A mãe, em sua avaliação, relatou que as restaurações atraumáticas ficaram perfeitas, iguais aos dentes que não tiveram lesão de cárie. Isto é, esteticamente satisfatórias. Quanto ao sucesso destas restaurações, cabe neste momento apresentar os dados da avaliação quantitativa da performance, após um ano, das 104 restaurações atraumáticas realizadas nos vinte bebês portadores da ECC. Foram analisadas 98 das 104 restaurações e o resultado obtido foi de 55 restaurações presentes íntegras e 43 restaurações presentes com leve desgaste, mas sem necessidade de reparo, sendo que, das 98 restaurações, apenas uma apresentou cárie secundária. Esses resultados corroboram os achados de Taifour *et al.* (2002), que relatam um sucesso de 85% e Yip; Smales (2002), com um resultado de 93% de sucesso das restaurações atraumáticas em dentes decíduos.

Um dos sentimentos mais importantes relatados pelas mães foi que os bebês, mesmo sendo contidos com vigor por vários profissionais, não ficaram traumatizados, o que foi salientado em algumas de suas declarações.

A mãe Violeta disse:

Ele está sem trauma, mesmo tendo passado pelas extrações. Também, já de cara, na primeira consulta que ele teve um baque.

Eu pensei que ele não iria deixar escovar os dentes em casa, não iria deixar botar a mão na boca dele, ou mostrar os dentes. Mas eu o incentivo para mostrar os dentinhos arrumados para os outros, ele mostra.

Ele não ficou com trauma nenhum. E está se comportando muito bem, chega, deita, abre a boca direitinho e a Doutora examina. Também, nessa técnica não tinha nada que traumatizasse.

Violeta, em sua avaliação, concluiu que a contenção física não causou traumas. Este fato pode ser fundamentado nos estudos de Ramos-Jorge; Paiva (2003), com relação ao comportamento infantil no ambiente odontológico, e corroborado por Corrêa (1998), com relação às técnicas de abordagem de crianças de zero a três anos de idade.

A mãe Jasmim reconheceu a necessidade da contenção física, e fez uma comparação relevante e inteligente com a situação na qual se leva o bebê para ser vacinado. Todos sabem que a “injeção” dói, isto é, a vacina, mas é necessária, e culturalmente acredita-se que não trará nenhum trauma ao bebê.

Eu não acho que ficou nenhum trauma nele, porque nós o seguramos, porque eu e o pai dele temos segurança do que foi feito.

É como quando ele vai tomar vacinas, nós dizemos vai doer um pouquinho, mas é preciso fazer e dá para agüentar, aí depois ele vai mostrar para os amiguinhos e o pior já passou!

A mãe Margarida, comparando o Tratamento Restaurador Atraumático com as exodontias realizadas em sua filha, concluiu que também não houve traumas.

Todos os dois tratamentos foram importantes. Ela chorou igual nos dois. A gente sente, fica preocupada com a criança. Mas ela não ficou traumatizada, isso eu tenho certeza. Porque agora mesmo, quando a gente fala que tem que vir ao Dentista, ela vem bem feliz da vida. Todos a seguraram e ela não ficou traumatizada, e isso foi muito importante para mim.

Em verdade o que se constatou foi a projeção, pura e simples, em seus filhos, de traumas anteriormente sofridos pelas mães ao serem tratadas pela Odontologia convencional, cirúrgico-restauradora.

Ao focar os sentimentos relatados pelas mães resultantes de seus traumas odontológicos, concluí-se, nessa interpretação, que seria uma grande contribuição para o tratamento odontológico de bebê perceber e tratar o paciente como um todo, com dignidade e consideração. Para isso, deve-se, *a priori*, captar atentamente todos os sentimentos e impressões que a mãe traz consigo para a consulta odontológica, fugindo, assim, da arcaica concepção de apenas restaurar dentes.

A partir desse parâmetro, pode-se formar uma nova geração de pacientes satisfeitos e conscientes da importância da manutenção de sua saúde. Além de pais satisfeitos e felizes com o atendimento.

3.1.2 AS PERCEPÇÕES MATEERNAS APÓS O TÉRMINO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DOS BEBÊS

3.1.2.1 A reavaliação dos sentimentos

Quanto às percepções das mães, depois de concluído o Tratamento Restaurador Atraumático, emergiram sentimentos diferentes daqueles expressados por elas no início dos procedimentos odontológicos, bem como transpareceram dessa questão relatos de mudanças de atitudes frente aos hábitos alimentares e de higiene bucal, tanto nas mães como em seus bebês.

O sentimento de felicidade por ter-se concluído o tratamento foi relatado por várias mães e acompanhado por manifestações emocionais de lágrimas, que, ao contrário das lágrimas do início do tratamento, foram expressões de emoção, de alegria e de felicidade. Às vezes, uma felicidade extrema como um sonho concretizado ou uma vitoriosa maratona, como foi salientado por Margarida.

Eu me sinto muito feliz agora que acabou o tratamento, aquilo que eu imaginava foi concretizado como um sonho. Consegui fazer todo o tratamento, acabou. (mãe chora de alegria).

Segundo Heller (1982) sentir significa estar implicado em algo. O sentimento pode ser a figura ou o fundo; para ser mais preciso, tende a ser um ou outro. Desta forma, o sujeito valente não se caracteriza por não ter medo, mas por se comportar como se não tivesse. A implicação pode ser positiva ou negativa; ativa ou reativa; direta ou indireta. Entretanto, só o que significa algo para o sujeito suscita uma reação. A implicação será direta se o que ouço ou vejo se relaciona comigo, com minhas idéias, com as circunstâncias de minha vida. A implicação indireta não se relaciona com o conteúdo informativo, mas sim com o processo de aquisição de informação.

Constatou-se que a felicidade transbordou de maneira inexplicável para a mãe Azaléia, pois além do término do tratamento restaurador, seu bebê, que teve conseqüências severas da doença ECC, no dia da entrevista, recebeu o aparelho

mantenedor de espaço com os quatro dentes incisivos superiores. Vale salientar que a colocação deste aparelho ortodôntico só foi possível porque os molares superiores e caninos que serviriam de apoio para o aparelho foram restaurados com a Técnica ART.

É uma coisa que não tem explicação, só eu sei o que estou sentindo. (mãe chora de alegria).

Olha o jeito que ele estava e como ele está agora! Eu estou feliz, não tem nem o que dizer, eu estou super agradecida, por tudo que fizeram por ele. Só isso que eu tenho para dizer. Estou super feliz!

No dia em que soube que seria colocado o aparelho mantenedor de espaço com dentinhos em seu bebê, a mãe, sensibilizada com o fato, relatou que ficou tão eufórica que necessitou compartilhar com o pai do bebê sua felicidade. Ansiosamente, contou os dias até chegar a Bebê Clínica UFRGS para ver seu filho com os novos dentes.

Ela completou, manifestando suas emoções, falando e chorando:

Só eu sei o que estou sentindo. Só eu sei. Ele vive na creche, e é assim, os colegas falam, mexem com ele, falam: sem dente. Então, agora sei que ninguém na rua vai ficar perguntando cadê o dente dele, cadê o dente?

Agora está tudo bem, não está sofrendo com dor, está bem, está super bem, só eu sei o que passei. Estou feliz, feliz, felicíssima.

Ser feliz é quando nos sentimos satisfeitos, equilibrados organicamente e respiramos o ar com amplitude e gostosa placidez. Entretanto, esta tranqüilidade benéfica e saúde corporal não é felicidade, quando nada fizemos para ser feliz. A felicidade supõe uma luta, um esforço para se conseguir atingir um objetivo, uma permanente tentativa, pois a verdadeira felicidade tem que ser obtida. As situações felizes são estados emotivos fugazes da felicidade, não são uma realidade definitiva. “O verdadeiro sentimento amoroso é *opfer*, palavra que expressa doação”, de acordo com Gurméndez (1994, p.132).

A felicidade, segundo Guiton (2003), é mais do que o prazer, do que a paz, mais do que a superabundância, é um contentamento do ser que se satisfaz, um mundo onde cada coisa está em seu lugar e goza a vida.

De acordo com Seger (1988), a criança que perde os dentes muito cedo e freqüenta escolas ou creches, pode ser alvo de comentários indesejáveis de outras crianças. Como conseqüência dessa perda dentária, a criança pode manifestar apego exagerado à mãe, medo, dificuldade de alimentação, de fala e de respiração, dentre

outras manifestações. Um outro aspecto com relação à perda antecipada dos dentes, diz respeito à estética como elemento importante nas relações sociais. A criança, apesar de não estar ainda influenciada pelos padrões culturais, pode, assim mesmo, apresentar algum comportamento diferente frente a este aspecto, tais como esconder a boca e o sorriso. Com a colocação de um mantenedor de espaço com dentes, corrige-se o problema, a criança gosta e passa a sentir-se melhor.

A expressão que Rosa referiu depois, quando do término do tratamento de sua filha, foi de alívio, haviam tirado um peso de cima dela. Destaco que essa mãe, no início do tratamento de sua filha, teve um sentimento de desespero, pois acompanhava sua filha com dor, mau hálito, e não conseguia um tratamento odontológico capaz de resolver seu problema, até chegar a Bebê Clínica UFRGS e conseguir a vaga.

Eu me senti como se tivessem tirado um peso de cima de mim, porque eu não estava agüentando vê-la assim, daquele jeito, chegava de manhã e em qualquer lugar que nós íamos tinha um mau cheiro que vinha da boquinha dela. Então, para mim, quando acabaram as restaurações, foi como se tivessem tirado um peso de cima de mim.

Dessa questão desvelaram-se sentimentos de insegurança, frustração e reação de *stress*, como citou Hortência. Expressou que, no decorrer da execução das restaurações atraumáticas, sentiu-se frustrada, pois pensava que o trabalho não estivesse sendo realizado corretamente, uma vez que não havia colaboração de sua filha no atendimento.

No começo foi um pouco difícil, porque no início ela ficava sempre chorando e eu chegava em casa e ficava frustrada, porque eu pensava que ela não estava deixando eles fazerem direito o trabalho deles. Nós tínhamos um stress muito grande com todo esse trabalho.

Seger (1988) afirma que o *stress* é uma reação psicológica, com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos, mediante determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa. O *stress* é considerado como um estado de desequilíbrio do organismo em respostas a influências ambientais. O organismo tenta adaptar-se, elaborar um comportamento na presença de uma situação, face a qual seus padrões habituais de referência se encontram superados, de modo que o seu repertório pessoal de respostas comportamentais se revela insuficiente.

A resposta de *stress*, de acordo com essa autora, inclui fatores psicológicos e fisiológicos. Entre os fatores psicológicos possíveis, pode-se citar: ansiedade, pânico, angústia, dúvidas quanto a si próprio, preocupação excessiva, hipersensibilidade emotiva. Entre os fatores fisiológicos pode-se citar: aumento de sudorese, taquicardia, tensão muscular, bruxismo, hiperatividade, esfriar das mãos devido à constrição dos vasos sanguíneos, náuseas.

Para Klaassen *et al.* (2002) existe uma alta correlação entre a ansiedade dentária no bebê com relação ao *stress* diário no qual ele está submetido. Os autores observaram um alto nível de *stress* nos bebês em várias situações do dia-a-dia como: barulhos estridentes; uso de medicamentos com conta-gotas no nariz; supositórios; insetos, entre outras situações. Concluem, nessa pesquisa, que a ansiedade dentária é de natureza multifatorial e está relacionada com o *stress* diário do bebê e ambas podem influenciar o seu comportamento na clínica odontológica.

3.1.2.2 O processo de aprendizagem: hábitos alimentares e higienização bucal

Considerando-se a importância conferida pelas mães a todos os tratamentos propostos para o grupo pesquisado e, principalmente, o resultado obtido com o saneamento da dor dentária de seus bebês, denotou-se nas falas das entrevistadas a conscientização sobre a necessidade de uma mudança comportamental, relacionada à alimentação e à higienização bucal, o que significou para a equipe uma grande realização, um sentimento de dever cumprido.

Hortência relatou sua mudança de hábitos com relação à alimentação e higiene.

Para mim foi tudo melhorando. Na parte da alimentação, tudo foi esclarecido, o Doutor me ajudou bastante nesta parte. Eu falava o que fazia em casa e ele me ajudava para eu fazer melhor para que os dentes dela ficassem melhores. Então tinha a parte do tratamento aqui mais a parte de casa que ele me ajudava, e a gente foi se modificando.

Corroborou Rosa com ênfase:

***Agora eu tento cuidar bem dela, e dos guris também, que já estão grandes, mas eu vivo em cima deles. Eu estou muito feliz!
Teve muitas mudanças na minha vida, de tão bom que foi o tratamento que ela teve.***

Segundo Reich e Adcock⁷ (1976 *apud* Gerhardt, 2003), nós não nascemos com as atitudes e nem as adquirimos com o amadurecimento fisiológico; logo, as atitudes são aprendidas. Para Gerhardt, esta capacidade não nos impede de fazer escolhas; pelo contrário, ao mudarmos as nossas noções de valores, mudamos também nossas atitudes em relação a elas. Essa capacidade de escolha permite ao indivíduo poder atuar e não apenas reagir.

A mudança das noções de valor em relação à prevenção da doença cárie está claramente presente na fala da mãe Jasmim, que sugeriu iniciar-se na época da gestação a prevenção da doença cárie no bebê.

Eu acho que se pode prevenir esta doença, se for bem prevenido melhor ainda, do que a gente já ter a doença, importante é prevenir. Principalmente cuidando da alimentação e recebendo informações que devem ser feitas desde a gestação da mãe.

Essa observação é conhecida por uma grande parte dos cirurgiões dentistas; contudo, ainda não é preconizada. O que se vê são mães desinformadas em relação aos cuidados necessários para a higiene bucal de seus bebês. Fundamento essa afirmação com os estudos de Ismail (1998) e Politano *et al.* (2004).

Rosito (2005) refere que a Odontologia moderna e atual tem plena capacidade de abordar pacientes em gestação com segurança e com o compromisso de proporcionar-lhes acesso a informações que irão participar de etapas educativas e construtivas de hábitos positivos para futuras gerações. O estímulo à amamentação natural, à escolha e à oferta de alimentos, à formação do paladar, ao hábito de higienizar corretamente dentes e língua, ao uso indicado de dentifrícios, à desestimulação do uso de chupetas e das mamadeiras são exemplos destas orientações.

A mãe Tulipa reconheceu a dificuldade de higienizar seu bebê, mas entendeu a importância desse hábito e aceitou o que lhe orientaram.

Ela é assim de não me deixar escovar os dentes, eu puxo a bochecha e ela já diz: mãe tá doendo, e começa a chorar, faz dengo, eu falei isso para a Dentista. A Doutora disse que eu tenho de escovar bastante depois das refeições e não é porque ela diz que está doendo que eu vou parar de escovar. Então eu obedeco, e escovo, não interessa o dengo que ela faz.

⁷ REICH, B.; ADCOCK, C. valores, Atitudes e Mudanças de comportamento. Rio de Janeiro: ZAHAR, 1976. *apud* GERHARDT (2003).

Constatou-se pelas falas que vieram reforçar tais fatos de mudança, as orientações recebidas durante todo o tratamento.

As mães passaram a assumir uma posição de maior responsabilidade pelas tarefas de higienização bucal de seus bebês e do controle da dieta. Em seus relatos, disseram observar a significativa diminuição do “sangramento gengival”, a gengivite, bem como “o brilho e a paralisação das manchas brancas”, isto é, a remineralização das lesões de Mancha Branca Ativas.

Assim foi observado na fala de Bromélia.

Eu recebi a orientação de como tratar, escovar os dentes três vezes ao dia e sobre alimentação. Eu consegui cortar o leite que ele tomava em excesso, e as balas. Ele não ganha mais bolacha recheada, refrigerante, ele agora toma mais água e come frutas. A alimentação era bem errada, só comia bolacha, bala e leite. Lá no mercado ele pedia balas e eu dava, agora já mudou muito. Aprendi que ele não pode utilizar chicletes, ele mesmo sabe agora. Além da higiene, eu aprendi muito sobre alimentação para ele, agora não sangra a gengiva, nem tem novas manchas brancas, tudo está brilhando.

Fadel (2003), estudando o impacto da dieta na doença ECC, referiu que a dieta é a variável que apresenta maior interação no desenvolvimento dessa patologia, devendo, assim, ser limitada a freqüência de ingestão de açúcar e a quantidade de carboidratos fermentáveis. Vale lembrar, ainda, que os padrões de alimentação não são hábitos congênitos, mas, sim, adquiridos por meio da aprendizagem de modelos, fazendo parte do processo de socialização. Quando referenciais positivos são adquiridos e transferidos precocemente dos pais aos filhos, esses hábitos tornam-se persistentes na vida da criança e concorrem positivamente para sua saúde. Essa é a ação da transmissibilidade, não somente microbiológica, mas, principalmente, cultural e comportamental.

Seguindo o mesmo pensamento do autor, a mãe Hortência relatou.

Fiquei satisfeita, estou satisfeita com tudo que está acontecendo, está sendo melhor a parte dentária dela, não tem mais sangramento nos dentes, nem apareceram mais cáries do mama. Tem também a nossa parte em casa mudando muito os hábitos. Tudo está sendo muito melhor na conscientização em casa. Para os quatro em casa mudou tudo, desde que eu vim para cá com a minha filha.

A mãe Margarida reconheceu que antes não fazia a higienização, mas atualmente modificou sua atitude, o que considerou muito importante e a deixou contente.

Eu acho muito importante, eu aprendi a fazer escovação. Já sabia, mas não como deveria ser assim, deitar no colo e fazer toda aquela escovação após as refeições. E isso é muito importante para mim. Eu estou muito contente com tudo e não tenho queixa nenhuma.

De acordo com Feldens E. e Feldens C. (2005) promover saúde bucal no seio familiar envolve uma série de práticas, que englobam a alimentação, o aleitamento materno, a orientação quanto ao uso da mamadeira, o uso inteligente do açúcar, a higiene, o quando iniciar a escovação, o como fazê-la, quando introduzir dentífrico, a quantidade adequada, além da utilização do flúor por meio de aplicações profissionais.

A criança, para esses autores, é fruto do meio em que vive sendo fortemente influenciada pelos hábitos e conceitos de saúde da família. A alavanca para modificar hábitos inadequados e para aquisição de hábitos saudáveis é a informação e a educação.

Corroborando estes autores, Figueiredo e Sampaio (2005) relataram que a prevenção da doença ECC deve começar pela orientação dos pais, no sentido de alertá-los sobre a importância de uma boa higiene bucal e do controle do açúcar, principalmente antes de dormir e durante a noite. Acreditam as autoras que os bebês que solicitam mamadeira ou peito durante a madrugada, o fazem por carência psicológica e não por carência nutricional. Uma criança que se alimenta bem durante o dia, não acorda à noite com fome, e, sim, por outros motivos, como pesadelos, medo do escuro, medo do abandono dos pais, por exemplo. O que o bebê necessita é da presença da mãe para acolhê-lo.

A conscientização da importância dos dentes e da prevenção da doença cárie foi além da cavidade bucal para a mãe Tulipa, uma vez que ela buscou atendimento odontológico para si mesma, reconhecendo que recebeu como um grande benefício, pois, depois do tratamento, houve mudanças de hábitos significativas em sua família.

Até mesmo eu voltei a ir ao Dentista, estou com problemas de gengiva, escovava mal, passava mal o fio dental, não dava bola. E agora não, tanto para ela, como para mim, teve uma mudança de hábito muito boa. Eu até estou fazendo o tratamento que eu preciso e também quero colocar aparelho, que eu preciso.

Foi ótimo. Foi um grande benefício, porque aqui eu aprendi. Antes ia ao Dentista, fazia a limpeza e ia embora; tu vais tratar um dente e vai embora. Aqui não, tem que praticar em casa, não adianta nada só ir ao Dentista arrumar o dente e ir embora.

Os hábitos alimentares também mudaram bastante, antes nós comíamos muitos doces, chocolates, sentávamos para ver TV e ficávamos comendo balas, chocolates, e agora cortamos tudo. Não tem mais isso de chocolates e balas, é somente uma vez que outra, e estamos todos escovando os dentes.

Além da conscientização da mudança de hábitos que as mães referiram, elas também relataram haver uma mudança de hábitos dos bebês, que passaram a aceitar que o açúcar em grande quantidade era maléfico e o quanto era importante deixarem seus pais, ou outros, escovarem seus dentes.

Esse tema foi assim comentado por Azaléia.

Sabe, agora, quando tu dá uma bala para ele, ele não come, tem bala lá no potinho e ele não come. Se ele vai ao armazém, ele não pede mais bala ou chiclete, ele pedia toda vez que ele ia ao armazém e agora não pede mais.

Quanto aos hábitos de higiene, a mãe Margarida falou:

Antes eu a deixava dormir sem escovar os dentes e agora não. Quer tomar mamadeira, vai ter que escovar os dentes depois. Mesmo que esteja quase dormindo eu a pego e levo para o banheiro e faço a escovação, e ela mesma sabe que naquele horário vai ter que fazer isso, pois tem concordado. Isso foi aqui que eu aprendi, porque antes eu não sabia nada disso. Toda a dieta, comer frutas sem açúcar ela está aprendendo e concordando.

O que aparece nessa fala de Margarida é a desinformação da mãe a respeito dos cuidados bucais com os bebês. Em uma pesquisa realizada em Campinas, São Paulo, sobre este tema, evidenciou-se que grande parte das mães entrevistadas não sabia como deveriam ser os cuidados com a higiene bucal de seus filhos (45,24%) e que 61,90% das entrevistadas nunca haviam recebido qualquer informação sobre esse assunto. Nessa pesquisa, ficou evidenciado que o Cirurgião-dentista foi o responsável por 2,38% dessa informação e o médico pediatra por 7,14%, de acordo com Politano *et al.* (2004).

Levando-se em conta os indicativos dessa pesquisa, avulta-se a importância de que os Cirurgiões-dentistas conscientizem-se de que cabe a eles a tarefa principal no que concerne à transmissão das informações básicas às mães dos bebês. Merece destaque, da mesma forma, o papel dos Médicos Pediatras, que são os primeiros profissionais da área da saúde a terem um contato periódico e aproximado com o bebê, no seu primeiro ano de vida.

Entretanto, mudanças desse paradigma estão ocorrendo, como por exemplo, a Sociedade de Pediatria do RGS avalizou uma obra-prima de ciência e de técnica pediátrica que contém, entre seus vários capítulos, um que aborda a Odontologia Pediátrica. Esse capítulo contém informações básicas para a promoção da saúde bucal na primeira infância, o que denota uma preocupação destes profissionais com relação a um maior aporte de conhecimentos da área odontológica (FERREIRA *et al.*, 2005).

O bebê de Bromélia até na creche agora deixa que escovem seus dentes, sendo assim narrado por ela:

Ele agora sabe que tem que levar a escova para a creche e tem que deixar fazerem a limpeza dos dentes, e o melhor é que agora ele deixa e gosta.

Guarienti *et al.* (2005) apresentaram resultados significativos da melhora no controle do biofilme em 679 bebês. As medidas propostas nesse programa foram: orientação de escovação, deplacagem profissional e manutenções periódicas. Os resultados obtidos foram de 77,28%, para um bom controle do biofilme e 22,72% para um controle ruim e péssimo.

Outro fato expresso pelas mães foi que houve uma melhora na saúde geral de seus filhos, como reconheceu Tulipa.

Ajudou também para o problema de peso dela, pois era muito magrinha, ela só comia doces fora de hora e agora estamos escovando os dentes. Ela está comendo frutas, está mais saudável.

Completo seu relato, observando uma melhora em 100% na saúde geral de sua filha, que antes passava mais tempo no hospital doente que em casa saudável.

Antes, quando eu comecei o tratamento aqui, ela mais passava no hospital internada do que em casa, era alergia, problema respiratório ou outra coisa, depois ela começou a se estabilizar, até teve problema intestinal.

Depois que começou o tratamento dos dentes melhorou sua saúde geral 100%, ela ganhou peso, até o cabelo mudou, pois era ralo e fino. A Doutora notou e disse: como teu cabelo está diferente. Tudo mudou, foi ótimo, foi um benefício.

Vem reforçar positivamente esses relatos Hortência, referindo que, quando os dentes de sua filha foram restaurados, a dor terminou, e ela conseguiu se alimentar melhor.

O tratamento foi bom, também, na parte que a minha filha não sente mais dor e consegue se alimentar melhor.

A doença ECC, como já foi relatada anteriormente, tem uma etiologia multifatorial. O bebê afetado pode apresentar um quadro clínico muitas vezes complexo, no qual se observa, além das severas destruições dentárias, o comprometimento funcional e estético da saúde bucal. Esse bebê quase sempre apresenta dor, febre e baixo peso.

A Academia Americana de Odontopediatra, em seu manual de 2004-2005, salientou que o baixo peso de crianças portadoras da ECC provavelmente está associado à dor que a criança sente ao se alimentar, resultando disso dificuldades mastigatórias e perda de peso.

Todas as interpretações tecidas anteriormente estão diretamente relacionadas ao Programa de Promoção de Saúde da Bebê Clínica, no qual a Técnica ART está inserida.

As percepções maternas com relação ao que sentiam com a conclusão da realização das restaurações atraumáticas propriamente ditas foram manifestadas ao fim da entrevista, pela maioria das mães.

A ausência do uso da anestesia e brocas, a facilidade técnica e o material estético utilizado, para a realização das restaurações atraumáticas, com cor semelhante a dos dentes foram aspectos relevantes que vieram à tona nessa questão. Aspectos importantes, pois constituíram-se em referências positivas para a aceitação pelas mães das restaurações realizadas em seus filhos.

Bromélia reconheceu que, sem o uso desses instrumentos odontológicos, foi melhor para seu bebê, pois não houve traumas.

Achei bem bom não usar anestesia, porque a anestesia em si tem que pegar a seringa e no que aplica a seringa talvez causasse algum trauma na criança. E sem anestesia foi bem melhor, e olha que mexeram bastante, e era sem anestesia e ele não teve dor. O Doutor tirou toda a cárie com aquela pazinha e saiu bastante coisa. E sem usar a broca foi bem melhor ainda. Não tinha aquele barulho insuportável que até no adulto causa pânico.

Não criou traumas para ele. Minha preocupação era toda essa, ele não ter trauma, não ter dor. Ele vem e não sente dor, até comenta na creche: eu fui ao Dentista; eu fiz isso., fiz aquilo... e não doeu. Foi rápido e eu tinha conhecimento do que ia ser feito e fiquei mais tranqüila

O relato da mãe Bromélia desvela sua avaliação quanto à efetiva remoção da dentina infectada da cavidade cariada e a observação de que seu bebê não apresentou sensibilidade dolorosa no procedimento.

Slavutzky (2000) corrobora esse achado, quando afirma que uma das indicações clínicas da Técnica ART seria a diminuição da dor durante o preparo cavitário. Uma vez que a restauração atraumática permite que o tecido cariado mais profundo permaneça, o limite da restauração é aquele em que a maior quantidade possível do tecido cariado tenha sido removida, mas, também, quando da sensação dolorosa referida pelo paciente.

Tulipa complementou, dizendo que até os adultos não toleram os barulhos dos equipos odontológicos; sendo assim, para um bebê, essa técnica foi melhor.

Toda essa técnica e esse trabalho devem continuar, porque só em pensar em ter que dar anestesia, pegar uma agulha, qualquer criança ficaria com medo e aquele barulho da broca é terrível, ninguém gosta, até mesmo os adultos. Então eu acho muito importante continuar com esse tipo de tratamento que ela fez aqui.

A mãe Bromélia reforçou esse sentimento, relatando que essa técnica como não trouxe sofrimento e dor, e foi rápida, foi ótima para o bebê.

Quanto à técnica e ao tratamento para mim foi bom, foi ótimo, pois não trouxe sofrimento para o meu bebê. Foi rápido e sem dor, que foi melhor ainda.

Aproveitou o momento para recomendá-la para outras crianças, uma vez que conseguiu com esta técnica livrar seu filho do trauma odontológico e guardou para si este medo. Além disso, registrou que agora tem o conhecimento necessário para prevenir a doença cárie em seu bebê.

Eu recomendo para outras crianças. Acredito que daqui para frente irei conseguir que ele não tenha mais cárie, pois antes eu tinha só a orientação do pediatra, faz isso ou faz aquilo. Eu não tinha orientação do Dentista e agora eu tenho e sei o que devo fazer.

Eu guardei para mim o trauma da broca, do barulho, do pânico, e com ele eu consegui que ele não ficasse com esses traumas, da broca, do barulho e ele não ficou.

A mãe Violeta fiscalizou as restaurações e concluiu que estão fixas e do formato do dente, gostou da técnica e achou ótimo o tratamento que seu bebê recebeu.

Eu escovo os dentinhos dele e as restaurações estão muito fixas, estão ótimas, estão muito boas, estão do formato do dente, bem direitinho. Está tudo perfeito e vão durar.

Eu acho que o tratamento foi ótimo mesmo e eu gostei muito desta nova técnica.

Importante ressaltar que, embora se tenha tido sucesso com o tratamento odontológico proposto, como comprovaram os relatos anteriormente feitos pelas mães, elas voltaram a manifestar, seguidamente, nas entrevistas, considerações sobre a questão traumática do uso de anestésias, brocas e barulhos, como pôde ser observado nas declarações anteriormente referidas.

Na opinião da mãe Jasmim, o Tratamento Restaurador Atraumático foi considerado como uma benção. Desejou que o criador dessa técnica continuasse criando cada vez mais técnicas que venham a melhorar a qualidade do tratamento odontológico para o paciente.

Para mim foi uma benção este tratamento. Eu acho que quem criou este tratamento, se ele não sofreu um trauma com Dentista, ele viu alguém sofrer, e aí pensou neste tratamento.

Porque se a pessoa sofre um trauma ela leva isto para o resto da vida. Sem anestesia, sem broca, sem aquele ruído pela vida inteira, isto é uma maravilha, quem criou isto eliminou traumas. Tomara que ele crie mais técnicas ainda melhores.

Mesmo tendo ficado evidente a satisfação das mães com a Técnica ART e com o tratamento recebido por seus bebês na Bebê Clínica UFRGS, elas manifestaram um desejo e uma expectativa de que seus filhos não voltassem a passar pela experiência da doença cárie. Fato esse compreensível, pelo grande sofrimento que tiveram em acompanhar seus filhos nessa jornada odontológica.

A mãe Azaléia apontou seu sacrifício para trazer seu bebê nas consultas e declarou que, se depender de seu esforço, ele não terá mais a doença.

Eu acho que agora vai ser tudo cada vez melhor, imagina como estou me sentindo vendo o jeito que estavam os dentes dele e como estão agora.

Cada vez vai ficar melhor. Eu acho que ele não vai mais ter essa doença, se depender de mim. Eu vou trazer ele aqui. A gente vai cuidar dele em casa, nem que eu passe necessidade se tiver que passar. Eu moro longe, pego quatro ônibus para vir aqui, eu tenho quatro filhos e ele é a rapa do tacho.

Weinsten (1998) tece algumas considerações a respeito da ECC, dizendo que essa doença é um problema de saúde pública e que o sistema público tem a responsabilidade de controlar a doença, principalmente nos segmentos menos afortunados da população. Afirma também que as crianças com ECC têm muita probabilidade de ter cárie na dentição permanente, pois existem falhas nos tratamentos existentes.

Os profissionais esquecem que a cárie é uma doença dinâmica que, uma vez não tendo suas causas eliminadas, principalmente no que se refere à falta de uma boa higienização bucal e uma dieta equilibrada, continuará seu curso.

Em uma visão geral do conteúdo das entrevistas, observa-se que as manifestações das mães são semelhantes com relação às mudanças de comportamento relacionadas a hábitos alimentares e a hábitos de higiene bucal. Cabe, entretanto, priorizar uma supervisão efetiva, através de consultas de manutenção periódica, para comprometer toda a família no controle da doença ECC.

A mãe Rosa corroborou dizendo:

Eu estou muito feliz. Jamais eu quero ver qualquer um dos meus filhos do jeito que ela estava. (a mãe chora).

Outra mãe, Jasmim, revelou uma gratidão ao trabalho realizado de forma especial, oferecendo-se para orientar preventivamente outra mãe, com o objetivo de “pagar” o tratamento que recebeu na Bebê Clínica UFRGS.

Então, se tiver que ajudar alguém ou fazer o trabalho de orientação preventiva para alguma mãe ou alguma coisa assim, eu vou fazer em gratidão.

Se vocês quiserem, poderei acompanhar e orientar alguma mãe que tenha problemas iguais ao que eu tive com o meu filho.

Finalizou seu depoimento deixando a pesquisadora sensibilizada com que expressou.

Tu vens para tua caminhada, para fazer isto, então faz isso bem feito. Não é por acaso que tu estás aqui me orientando e a uma criança que não é o teu filho, mas não fui eu que te escolhi. Se tu tens esta missão tu fazes e sai bem feito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de uma pesquisa qualitativa, na área da Odontologia, ampliou para a pesquisadora a percepção sobre conhecimentos das ciências humanas direcionados ao atendimento de bebês.

Os depoimentos das mães dos bebês portadores da ECC desvelaram, em suas percepções, sentimentos com relação aos procedimentos prestados aos seus filhos, aos comportamentos por eles exteriorizados, bem como julgamentos de valores da aplicação da Técnica ART durante o processo de atendimento. No término desse processo, manifestaram suas percepções, enfatizando a reavaliação dos sentimentos revelados quando do início da pesquisa, acrescidos das mudanças de comportamento observadas nelas, nos bebês e na família.

Como esta pesquisa utilizou um método qualitativo, as percepções das mães não foram quantificadas em números ou percentagens, mas, sim, através de um universo de significados muitas vezes manifestado pela exteriorização de sentimentos e emoções.

As mães entrevistadas em algum momento manifestaram resistência ao tratamento convencional. É importante destacar que, para trabalhar com emoções, o Odontopediatra deve esmerar-se na arte de perceber, entender e compreender a mãe e também seu pequeno paciente. Administrar esta prática de envolvimento e compreensão com a mãe e o bebê, em uma consulta odontológica que requer procedimentos invasivos, é um grande desafio.

Com relação ao comportamento dos bebês durante o atendimento, percebe-se uma convergência das mães na compreensão de que seus filhos não aceitariam o tratamento necessário sem a contenção física. Constatou-se que o sentimento de medo expressado pelos bebês poderia estar correlacionado à ansiedade e ao medo da mãe, como resultado da proximidade existente na relação mãe-bebê.

Por essas peculiaridades é que a Odontopediatria, antes de ser uma opção profissional, é uma vocação, pois tratar crianças exige dedicação, amor, equilíbrio, determinação e, acima de tudo, muita paciência. Isso demanda maior tempo de consulta, principalmente para que o profissional possa ouvir e dialogar com a mãe do bebê. Entretanto, o que foi observado nesta pesquisa é que, na maioria das vezes, a mãe do bebê portador da ECC se apresenta ansiosa para a primeira consulta, na expectativa de uma pronta resposta para a situação aflitiva de seu filho. Em outras palavras, ela nada sabe sobre a Cárie Precoce da Infância e só deseja, no seu imediatismo, que acabem com a dor de seu bebê. Esta situação de aprêmio leva o profissional a dar início a procedimentos invasivos, sem considerar as emoções da mãe.

É o momento de se fazer um alerta para os responsáveis pela formação dos Odontopediatras, no sentido de lhes dar um maior aporte de conhecimentos na área da Psicologia, pois isso irá facilitar o entendimento sobre o comportamento e a conduta de seus pequenos pacientes e acompanhantes.

Destaca-se que o fator decisivo nesta orientação inicial é o desejo do profissional de ouvir atentamente a opinião da mãe, suas dúvidas, seus anseios e desejos, pois, desta forma, vai conhecer a realidade em que ela vive. Só assim, poderá elaborar uma conduta individualizada e direcionada.

A partir da análise e reflexão sobre os depoimentos das mães e o suporte do referencial teórico, pode-se gizar as evidências relacionadas à Técnica ART, resultantes dessa pesquisa.

As mães vêem a Técnica ART da seguinte forma:

- atraumática: não houve a necessidade do uso de equipamentos elétricos (brocas), ou anestésias (injeção);
- rápida: o tempo médio da realização de restauração nesses bebês foi de aproximadamente 15 a 20 minutos;
- segura: pois mesmo com a contenção física necessária para os procedimentos odontológicos, nenhum bebê sofreu qualquer acidente trans-operatório;
- indolor: como a Técnica ART baseia-se na remoção da dentina infectada apenas com instrumentos manuais, causa leve ou nenhum desconforto ao paciente;

- inexistência de sensibilidade pós-operatória: provavelmente por ser menos invasiva no sentido de preservar a dentina afetada presente no fundo da cavidade cariada;
- esteticamente vantajosa: cor da restauração é semelhante a do dente, os CIV atuais têm tido significativas modificações com relação à estética e também à resistência;
- solução para o problema da dor: sempre presente no bebê portador da ECC, a Técnica ART promove a paralisação da doença cárie, sem deixar seqüelas de traumas.

É muito importante registrar que a Técnica ART, como tratamento da Cárie Precoce da Infância, figura como parte de um todo que tem por escopo alcançar a prevenção e paralisação desta doença. Por esse motivo, ela deve estar inserida em um programa de saúde baseado em medidas preventivas e educativas.

No término do processo de atendimento dos bebês, as mães manifestaram sentimentos de felicidade. Felicidade resultante de um grande esforço que fizeram para que seus bebês concluíssem todo o tratamento. Seus objetivos foram alcançados, a dor de seus filhos foi sanada, houve a paralisação da progressão da ECC, os bebês retomaram suas rotinas de normalidade, dormindo e se alimentando melhor, recuperando seu peso e saúde.

Complementando este quadro extremamente positivo, acrescentam-se uma notória mudança comportamental relacionada à higiene bucal e à alimentação, aspectos de aprendizado referenciados por todas as mães.

As percepções e avaliações apresentadas pelas mães participantes como resultado desta pesquisa, sugerem a importância de uma orientação segura e esclarecedora dos profissionais no processo a ser desenvolvido ao lado da sensibilidade do saber ouvir, do saber dialogar com as mães, como elos propulsores para um tratamento de sucesso.

Os resultados animadores são frutos do trabalho inspirado de uma equipe de profissionais atuantes na Bebê Clínica UFRGS, verdadeiramente comprometidos com a filosofia de Promoção de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUSHAL, M. S.; ADENUBI, J. O Attitudes of Parents Toword Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry. **J Dent Child**, v. 70, n. 2, p. 104-10, 2003.

AMERICAN ACADEMY of PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Policy on Early Childhood caries (ECC): Unique Challenges and Treatment Options. **Oral Health Policies**. p. 34-5, Manual 2004 – 2005.

ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Processos de Ensinagem na Universidade**. Joenville: Univille, 2003. 145p.

ARAÚJO, F. B. *et al.* Abordagem Invasiva em Lesões Cariosas na Dentição Decídua: Quando, Porque e Como. **CIOSP 22**. São Paulo: APCD, p. 325-40. 2002.

AZEVEDO, T. D. P. L.; TOLEDO, O. A. Cárie Severa da Infância: Discussão Sobre a Nomenclatura. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 5, n. 26, p. 336-40, 2002.

BAIA, K. L. R; SALGUEIRO, M. C. C. Promoção de Saúde Bucal Através de um Programa Educativo-Preventivo-Curativo Utilizando a Técnica Restauradora Atraumática (ART). **Rev ABO Nac**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 98-107, abr./mai 2000.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado – o mito do amor materno**. 5 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985

BANERJEE, A.; WATSON, T. F.; KIDD, E. A. Dentine Caries: Take it or Leave it? **SADJ**, v. 56, n. 4, p. 186-92, Apr. 2001.

BALLONE, G. J. *Percepção* – in. **PsiquWeb**, Internet **Senso Percepção**. Psicoweb.-2003. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/cursos/percep.htm>. Acesso em: 31 Jan., 2004.

BESIC, F. C. The Fate of Bacteria Sealed, in Dental Cavities. **J Dent Res**, v. 22, p. 349-54, 1943.

BORGES, E. M. A Resistência Comportamental Não-Medrosa: Etiologia, Profilaxia e Manejo. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. Curitiba, v. 5, n. 28, p. 523-6. 2002.

BOWLBY, J. **Uma Base Segura Aplicações Clínicas da Teoria de Apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 170p.

BRAGA, M. M.; MENDES, F. M.; IMPARATO, J. C. P. A Doença Cárie Dentária. In: IMPARATO, J. C. P. *et al.* **ART-Tratamento Restaurador Atraumático. Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie**. Curitiba: Maio, Cap. 3, p. 51- 67, 2005.

BRATTHAL, D. Dental caries: Intervened-Interrupted-Interpreted. **Eur J Oral Sci**, v. 104, p. 486-91, 1996.

BRILL, W. A. Parent's Assessment and Children's Reactions to a Passive Restraint Device Used for Behavior Control in a Private Pediatric dental Practice. **J Dent Child**, p. 310-3, set./dec 2002.

BRUNNER, V. *et al.* A Importância da Psicologia e Relação Humana na Odontologia, Particularmente na Odontopediatria. **RGO**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 279-84, out./dez 1981.

CANCINO, C. M. H. **Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais: percepções, sentimentos e manifestações de alunos e familiares de pacientes**. 2004. 118 f. Tese (Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CARVALHO, J; MALTZ, M. Tratamento da Cárie. In: **Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização**. 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, Cap. 4, p. 66-88, 2003.

CAUFIELD, P. W.; CUTTER, G. R.; DASANAYAKE, A. P. Initial Acquisition of Mutans Streptococci by Infants: Evidence for a Discrete Window of Infectivity. **J Dent Res** Alexandria, v. 72, n. 1, p. 37-45, Jan. 1993.

COLARES, V.; ROSENBLATT. A. **Clínica Odontopediátrica: Uma abordagem Psicológica**. Recife: UPE, 1998. 124p.

COLARES, V.; PINKHAM, J. "Domínio Lingüístico": Uma nova Perspectiva na Abordagem do Paciente Infantil. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 4, n. 22, p. 497-500, 2001.

COLARES, V.; RICHMAN, L. Factors Associated Whit Uncooperative Behavior by Brazilian Preschool Children in the Dental Office. **J Dent Child**, p. 87-91. jan./apr 2002.

CORRÊA, M. S. N. P. *et al.* Cárie Rampante: Considerações Sobre a Etiologia, **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 597-600, set./out 1991.

CORRÊA, M. S. N. P.; MAIA, M. E. S. Técnicas de Abordagem de Crianças de zero a Três anos. In: CORRÊA, M. S. N. P **Odontopediatria na Primeira Infância**. São Paulo: Santos, Cap. 4, p. 165-77, 1998.

CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no Atendimento Odontopediátrico: Aspectos Psicológicos**. São Paulo: Santos. Cap. 15, p. 163-8, Cap.17, p. 175-84, 2002.

CRUZ, I. C. *et al.* Two - Year Evaluation of Atraumatic Restorative Treatment (ART) in a Brazilian Disadvantaged Communities. **J Dent Res (IADR)**, v. 84. Special Issue A, ABSTRACT, n. 3039, 2005.

CUNHA, *et al.*, Behavioral Evaluation During Dental Care in Children Ages 0 to 3 years. **J Dent Child**, v. 70, n. 2, p. 100-3, 2003.

DRURY, T. F. *et al.* Diagnosing and Reporting Early Childhood Caries for Research Purpose. **J Public Health Dent**, Raleigh, v. 59, n. 3, p. 192-7, Summer 1999.

FADEL, C. B. Cárie Dental Precoce. Qual o Verdadeiro Impacto da Dieta em sua Etiologia? **Publi UEPG Ci Biol Saúde**, Ponta grossa, v. 9, n. 34, p. 83-9. set./dez 2003.

FALCÃO, L. **Psicologia para o Odontopediatra**. Aula Expositiva para o Curso Extensão Universitária Bebê Clínica UFRGS. (Mimeografado), 2005. 13p.

FARACO Jr., I. M.; DELBEM, A.C. B.; PERCINOTO, C. A Influência do Acompanhante: Sobre o Comportamento da Criança Durante o Tratamento Odontopediátrico. **RGO**, Porto Alegre, v. 42, n. 6, p. 323-25, nov./dez 1994.

FASS, E. N. Is a Bottle Feeding of Milk a Factor in Dental Caries? **ASDC J Dent Child**, Chicago, v. 29, n. 4, p. 245-51, 1962.

FEITOSA, S., COLARES, V. A Criança Portadora de Carie Severa Um Desafio Para o Controle do Comportamento. **JOPE - J Bras Odonto Psicol Odontol Pacient Espec**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 75-7, 2003.

FELDENS, E. G.; FELDENS, C. A. Odontopediatria e Qualidade de Vida. In: **Odontopediatria: Informações Científicas para o Leigo**. São Borja/RS: Conceito, 2005. 206p.

FERREIRA *et al.* **Pediatria Diagnóstico e Tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 983p.

FIGUEIREDO, M. C.; ROSITO, D. B.; MICHEL, J. A. Avaliação de 07 anos de um Programa Odontológico para Bebês com Bases Educativa, Preventiva e Restauradora. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 33-40, 1998.

FIGUEIREDO, M.C.; FRONER, A. M.; ROSITO, D. B.; GALLARRETA, F. W. M.; SAMPAIO, M. S. A utilização da Técnica de Tratamento Restaurador Atraumático (ART) em Bebês: Avaliação clínica de 1 ano. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 2, n. 9, p. 362-8, 1999.

FIGUEIREDO, M.C.; SAMPAIO, M. S. Cárie Precoce da Infância ECC. In: **Odontopediatria: Informações Científicas para o Leigo**. São Borja/RS: Conceito, 2005. 206p.

FIGUEIREDO, M. C.; SAMPAIO, M. S. A Utilização do Tratamento Atraumático em Bebês. In: IMPARATO, J. C. P. *et al.* **ART-Tratamento Restaurador Atraumático. Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie**. Curitiba: Maio, Cap. 14, p. 241-67, 2005.

FRENCKEN, J. E. *et al.* An Atraumatic Restorative Treatment (ART) Technique: Evaluation after One Year. **Int Dent J**, v. 44, n. 5, p. 460-4, Oct. 1994.

FRENCKEN, J. E. *et al.* **Manual for the Atraumatic Restorative Treatment Approach to Control Dental Caries**. 3 ed. Groningen: WHO Collaborating Centre for Oral Health Service Research, 1997. 88p.

FRENCKEN, J. E.; HOLMGREN, C. J. **Tratamento Restaurador Atraumático (ART), Para a Cárie Dentária**. São Paulo: Santos, 2001. 106p.

FRENCKEN, J. E.; HOLMGREN, C. J. ART: A Minimal Intervention Approach to Manage Dental Caries. **Dental Update**, p. 295-301, Jun. 2004.

FRENCKEN, J. E. *et al.* Effectiveness of Single-surface ART Restorations in the Permanent Dentition: Meta-analysis. **J Dent Res**, v. 83, n. 2, p. 120-3, 2004.

FÚCCIO, F.; FERREIRA, K. D.; WATANABE, S. A.; RAMOS-JORGE, M. L.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Aceitação dos Pais em Relação às Técnicas de Manejo do comportamento Utilizadas em odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 30, p. 146-151, 2003.

GAO, W. *et al.* Comparisons of Atraumatic Restorative Treatment and Conventional Restorative Procedures in a Hospital Clinic: Evaluation after 30 Months. **Quintessence Int.**, Berlin, v. 34, n. 1, p. 31-7, Jan. 2003.

GERHARDT, R. E. **Formas de Comportamento, Atitudes e Crenças de uma População em Relação à Doença Cárie**. 2003. 132 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Luterana do Brasil - RS, Canoas.

GIRON, M. C. C. **Fundamentos Psicológicos da Prática Odontológica**. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1988. 141p.

GUARIENTI, C.; FIGUEIREDO, M. C.; SAMPAIO, M. S.; MICHEL, J. A.; DELDUCA, F. Evaluation of Results Obtained with the Brazilian Young Children Attended. **J Dent Res (IADR)**, Special Issue A, v. 84, ABSTRACT, n. 0771, 2005.

GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5.ed. São Paulo: Santos, 1995. 1137p.

GUIFON, J. **O Livro da Sabedoria e das Virtudes Redescobertas**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. 236p.

GURMÉNDEZ, C. **Sentimientos Básicos de la Vida Humana**. Madrid: Libertarias, Prodhufi. 1994. 250p.

HELLER, A. **Teoría de los Sentimientos**. 2 ed. Barcelona: Fontamara, 1982. 315p.

HILGERT, E. C. **Educação em Saúde Bucal no Ensino Fundamental em Escolas de Porto Alegre**. 2001. 170 f. Tese (Mestrado em Saúde Bucal Coletiva) - Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

HO, T. F. T; SMALES, R. J.; FANG, D. T. S. A 2- year Clinical Study of Two Glass Ionomer Cements Used in the Atraumatic Restorative Treatment (ART) Technique. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 27, p. 199-201, 1999.

HOLMGREN, C. J. *et al.* ART Restorations and Sealants Placed in Chinese School Children-results after Three Years. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 28, p. 314-20, 2000.

HOROWITZ, H. S. Research Issues in Early Childhood Caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 26, Suppl. 1, p. 67-81, 1998.

IMPARATO, J. C. P. *et al.* **ART - Tratamento Restaurador Atraumático. Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie**. Curitiba: Maio, 2005. 400p.

ISMAIL, A. I. Prevention of Early Childhood Caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 26, Suppl. 1, p. 49-61, 1998.

ISMAIL, A. I. A Systematic Review of Clinical Diagnostic of Early Childhood Caries. **J Public Health Dent**, Raleigh, v. 59, n. 3, p. 171-191, Summer 1999.

KING, N. M.; WU, I. I.M.; TSAI, J. S. J. Caries Prevalence and Distribution, and Oral Health Habits of Zero-to Four-Year-Old Children in Maccau, China. **J Dent Child**, v. 70, n. 3, p. 243-8, 2003.

KLAASSEN, M. A. *et al.* Stressful Situation for Toddlers: indications for Dental Anxiety? **J Dent Child**, p. 306-9, sept./dec 2002.

KLEIN, M. **Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos** (1921-1945). Rio de janeiro: Imago, 1996. 504p.

KRAMER, P. F.; FELDENS, C. A.; ROMANO, A. R. **Promoção de Saúde em Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1997.144p.

LO, E. C. *et al.* Clinical Investigation of Two Glass-Ionomer Restoratives Used with the Atraumatic Restorative Treatment Approach in China: Two Years Results. **Caries Res**, v. 35, p. 458-63, 2001.

LOUW, A. J *et al.* One year Evaluation of Atraumatic Restorative Treatment and Minimum Intervention Techniques on Primary Teeth. **SADJ**, Houghton, v. 57, n. 9, p. 366-71, Sept. 2002.

MALTZ, M. Cariologia. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: Fundamentos Para a Prática Clínica**. 2. ed. São Paulo: Premier, Cap. 6, p. 105-133, 1996.

MALTZ, M.; RUPPERTAL, L. C. F.; JARDIM, J. Bases Biológicas para Remoção da Dentina Cariada. **Rev ABOBREV**, v. 2, n. 1, p. 11-9, 1999.

MALTZ, M. *et al.* A Clinical, Microbiologic and Radiographic Study of Deep Caries lesion After Incomplete Caries Removal. **Quintessence Int**, v. 33, n. 2, p. 151-9, 2002.

MANDARI, G. J.; FRENCKEN, J. E.; van't HOF, M. A. Six Year Success Rates of Occlusal Amalgam and Glass-Ionomer Restorations Placed Using Three Minimal Intervention approaches. **Caries Res**, Basel, v. 37, n. 4, p. 246-253, jul./aug 2003.

MILGROM, P. R *et al.* Dental Caries and Relationship to Bacterial Infection Hypoplasia, Diet, and Oral hygiene in 6- to 36- moth- old Children. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 28, p. 295-306, 2000.

MILNES, A. R. Description and Epidemiology of Nursing Caries. **J Public Health Dent**, Raleigh, v. 56, n. 1, p. 38-50, Winter 1996.

MINAYO, M.C de S. **Pesquisa social Teoria, Método e Criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. 80p.

MINAYO, M.C de S. Fase de análise ou tratamento do material. In:_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec (Saúde em Debate, 46), Cap. 4, p. 197-247, 2000.

MORAES, A. B. A; PESSOTTI, I. **Psicologia Aplicada à Odontologia**. São Paulo: Sarvier. 1985. 106p.

MORAES, R. **Uma Tempestade de Luz a Compreensão Possibilitada pela Análise Textual Discursiva**. (Mimeografado), 2000. 22p.

MORAIS, E. R. B. O Medo do Paciente ao Tratamento Odontológico. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, v. 4, n. 1, p. 39-42, Jul. 2003.

NAVARRO, M. F. L.; BRESCIANI, E.; BARATA, T. J. E.; FAGUNDES, T. C. Tratamento Restaurador Atraumático (ART) e o Programa de Saúde da Família. **Biodonto Pub Cient**, v. 2, n. 4, jul./ago 2004. 113p.

NEWSOME, P. R. H.; WRIGHT, G. H. Qualitative Techniques to Investigate How Patients Evaluate Dentist: a Pilot Study. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 28, p. 257-66, 2000.

OLABUÉNÁGA, J. I. R. **Metodología de la Investigación Cualitativa**. 2.ed. Bibao: Universidad de Deusto, Cap. 2, p. 51-81, 1999.

OLIVEIRA, H. W. **Contribuição das Aulas Práticas na Formação do Cirurgião-dentista, no curso de formação em Odontologia, da PUCRS: Um estudo Fenomenológico**. 1997. 262 f. Tese (Mestrado em Educação) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PARAJARA, F.; LEAL, K. Simplicidade Contra a Cárie. **Rev APCD**, v. 56, n. 1, p. 9-21, jan./fev 2002.

PEREIRA, D. Z.; MIURA, E.; ALMEIDA, I. C. A.; SQUEFFI, R. B. S.; CHEM, V. D. M.; MELLO, V. M. H. P. **Criando Crianças de 0 aos 6 anos**. Porto Alegre: Magister. 2001. 223p.

PERETZ, B. P. *et al.* Mutans Streptococcus Counts Following Treatment for Early Childhood Caries. **J Dent Child**, v. 70, n. 2, p. 111-4, 2003.

PHANTUMVANIT, P. *et al.* Atraumatic Restorative Treatment (ART): A Three-Year Community Field Trial in Thailand-Survival of One-Surface Restorations in the Permanent Dentition. **J. Public Health Dent**, Raleigh, v. 56, n 3, Spec. Issue., p. 141-5, June 1996.

PINKHAM, J. R. Linguistic Maturity as a Determinant of Child Patient Behavior in the Dental Office. **J Dent Child**, p. 322-6, sept./oct 1997.

POLITANO, G. T.; PELLEGRINETTI, M. B.; ECHEVERRIA, S. R.; IMPARATO, J. C. P. Avaliação da Informação das Mães sobre Cuidados bucais com o Bebê. **J Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 7, n. 36, p. 138-48, 2004.

PONZONI, D. **Percepções, Expectativas e Manifestações de Pacientes Submetidos à Cirurgia Ortognática**. 2001. 162 f. Tese (Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

RAMOS, B. C.; MAIA, L. C. Carie Tipo Mamadeira e a Importância da Prevenção de Saúde Bucal em Crianças de 0 a 4 Anos. **Rev Odontol Univ São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 303-11, jul./set 1999.

RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M. Comportamento Infantil no Ambiente Odontológico/ Aspectos Psicológicos e Sociais. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 70-4, 2003.

ROSITO, D. B. Odontologia na Gravidez. In: **Odontopediatria: Informações Científicas para o Leigo**. São Borja: Conceito, 2005. 206p.

SAMPAIO, M. S.; FIGUEIREDO, M. C.; ROSITO, D. B. Evaluation of Two Year of the Atraumatic Restorative Treatment in Babies. **J Dent Res (IADR)**, Special Issue, v. 80, ABSTRACT n. 1458, March 2001.

SAMPAIO, M. S.; FIGUEIREDO, M. C. Odontologia Pediátrica: Promoção de Saúde Bucal na primeira infância. In: FERREIRA *et al.* **Pediatria Diagnóstico e Tratamento**. Porto Alegre: Artmed, 2005. 983p.

SCHRIKS, M. C. M.; van AMERONGEN, W. E. Atraumatic Perspective of ART: Psychological and Physiological aspect of Treatment with and without Rotary Instruments. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 31, n. 1, p. 15-20, 2003.

SEGER, L. **Psicologia & Odontologia Uma Abordagem Integradora**. São Paulo: Santos, 1988.165p.

SEOW, W. K. Biological Mechanisms of early childhood caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, v. 26, suppl. 1, p. 8-27, 1998.

SLAVUTZKY, S. M. B. Porque os Dentistas Provocam Medo, Desagrado? **Rev Odontólogo Moderno**, v. XI, n. 4, p. 30-2, Abr. 1984.

SLAVUTZKY, S. M. B. Restaurações Atraumáticas : Usos e Limitações. **Rev Fac Odontol**, Porto Alegre, v. 40, n. 2, p. 14-6, Jan. 2000.

STOLZ, A. S. B. **Cirurgia Ambulatorial Sob Anestesia Local de Terceiros Molares Inferiores Retidos: Sentimentos, Percepções e Manifestações de Pacientes e Profissionais**. 2003, 116 p. Tese (Doutorado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial) - Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SUSIN, C; RÖSING, C. K. **Praticando Odontologia Baseada em Evidências**. Canoas: Ulbra, 1999. 176p.

TAIFOUR, D. *et al.* Effectiveness of Glass-Ionomer (ART), and Amalgam Restoration in Deciduous Dentition: Results After 3 Years. **Caries Res**, Basel, v. 36, n. 6, p. 437-444, nov./dec 2002.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia Clínica**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1995. 421p.

TIBA, I. **Disciplina, Limite na Medida Certa**. São Paulo: Gente. 1996. 239p.

TINANOFF, N.; Early Introduction to the Early Childhood Caries Conference: Initial description and Current Understanding. **Community Dent. Oral Epidemiol.** Copenhagen, v. 26, suppl.1, p. 5-7, 1998.

TINANOFF, N.; KASTE, L. M.; CORBIN, S. B. Early Childhood Caries: A Positive Beginning. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v. 26, suppl. 1, p. 117-9, 1998.

TINANOFF, N.; DOUGLASS, J. M. Clinical Decision-Making for Caries Management in Primary Teeth. **J Dental Education**, v. 65, n. 10, p. 1133-42, Oct. 2001.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria. Fundamentos para a Prática Clínica**. 2 ed. 1996. 344p.

TOLLENDAL, M. E. **Reflexões Psicobiológicas em Odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 1985. 172p.

TUICHINSKI, J.; FRAGA, R. C.; ZARIFE, S. M. Redução na Contagem de S. mutans após a Aplicação da Técnica restauradora Atraumática. **JBC Jornal Bras Clinic Odontol Integrada**, v. 8, n. 4, p. 33-6, 2004.

van AMERONGEN, W. E.; RAHIMTOOLAS. Is ART Really Atraumatic? **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 27, p. 431-5, 1999.

YIP, H. K.; SMALES, R. J. Glass Ionomer Cements Used as Fissure Sealants with the Atraumatic Restorative Treatment (ART) Approach: Review of Literature. **Int Dent J**, London, v. 52, n. 2, p. 67-70, Apr. 2002.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o Bebê**. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246p.

WAMBIER, D. S. *et al.* Prevalência e Distribuição de Lesões de Cárie em Bebês. **Publ UEPG Ci Biol Saúde**, v. 10, n. 1, p. 15-22, Mar. 2004.

WAMBIER, D. S. Tratamento restaurador Atraumático Modificado: Bases Científicas, Técnicas e Materiais. IMPARATO, J. C. P. *et al.* **ART - Tratamento Restaurador Atraumático. Técnicas de Mínima Intervenção para o Tratamento da Doença Cárie**. Curitiba: Maio, Cap.11, p. 173-203, 2005.

WAN, H. *et al.*, Atraumatic Restorative Treatment Fillings and Fissure Sealants in Permanent Teeth-a 2 year Study. **Hua Xi Kou Qiang. Yi Xue Za Zhi**, Chingdu, v. 17, n. 1, p. 42-5, Abstract Medline PIMD 12539320m, Feb. 1999.

WANG, L. *et al.* Evaluation of Class I ART Restorations in Brazilian School Children: Three-Year results. **Spec care Dent**, v. 24, n. 1, p. 28-33, 2004.

WEERHEIJM *et al.*, Bacterial Counts in Caries Dentine Under Restorations: 2- year in vivo effects caries. **Caries Res**, v. 33, p. 130-4, 1999.

WEINSTEIN, P. Public Health Issues in Early Childhood Caries. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 26, suppl. 1, p. 84-90, 1998.

WINNICOTT, D. W. **Os Bebês e Suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 98p.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
NÍVEL MESTRADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS -
ODONTOPEDIATRIA****TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO**

Nome do paciente: _____

Nome da mãe: _____

Explicação dos procedimentos

A Senhora está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objetivo tratar a Cárie Precoce da Infância de seu filho e analisar a sua percepção sobre o tratamento que será realizado. Portanto, seu filho está sendo convidado a participar de uma pesquisa clínica para testar a eficácia das restaurações atraumáticas da Técnica de Tratamento Restaurador Atraumático, preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Esta pesquisa está vinculada à FO/UFRGS.

A Senhora poderá participar da pesquisa através de uma entrevista (que será gravada), realizada após o término do tratamento restaurador em seu filho.

O material restaurador que será usado é um cimento ionomérico, um material biológico, que libera flúor para as estruturas dentárias adjacentes. Este tipo de técnica poderá estabilizar o processo de evolução das lesões cáries e não permitir que continuem se proliferando as bactérias existentes no fundo da cavidade. Este material está disponível nos EUA, na

EUROPA, no ORIENTE e no BRASIL e têm sido seguramente empregado em outras pesquisas clínicas realizados.

A pesquisa incluirá 20 crianças com atividade de cárie e necessidade de tratamento restaurador. A pesquisa terá, inicialmente, a duração de seis meses, seguido de um acompanhamento longitudinal de mais um ano e meio.

No caso de aceitação, em outro momento, realizar-se-á um exame clínico na criança e, a seguir, deverá ser respondida uma Ficha Clínica do Curso de Extensão Universitário Bebê Clínica UFRGS; isto feito será agendado o início do tratamento restaurador do seu filho.

Nas consultas odontológicas iniciais, a Senhora receberá orientação sobre dieta e higiene bucal. Nas consultas subseqüentes, serão fechados às cavidades de cárie com um material restaurador de cor branca semelhante à cor do dente e que libera flúor.

As avaliações clínicas das restaurações serão realizadas de três em três meses.

Riscos potenciais e desconforto

Não são relatados na literatura efeitos colaterais com o uso deste material restaurador.

As restaurações podem ser perdidas em um curto espaço de tempo, uma vez que estamos lidando com crianças de tenra idade menores de três anos e meio, que, geralmente, não cooperam com o Cirurgião-dentista durante os procedimentos curativos, e podem comprometer a técnica restauradora.

Possíveis benefícios desta pesquisa

Seu filho receberá, participando desta pesquisa, o seguinte: cuidados com a higiene bucal; tratamento odontológico gratuito; tratamento restaurador com material liberador de flúor com o uso da técnica ART, apenas nos dentes decíduos; escova dentária, periodicamente, durante os seis primeiros meses do desenvolvimento da pesquisa.

Sigilo

As informações colhidas durante a pesquisa serão mantidas em segredo. As mães participantes das entrevistas receberão um pseudônimo, a fim de não poderem ser identificadas.

Publicação

Os resultados da pesquisa serão publicados com propósito científico, sem revelar a identidade do participante.

Desistência

Sem prejuízo: a Senhora é livre para retirar seu consentimento e deixar de participar desta pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo ou custo algum.

Custos ao indivíduo por participar na pesquisa

Não haverá custo para a Senhora e seu filho, por participarem desta pesquisa.

Perguntas

Se a Senhora tiver dúvidas sobre a pesquisa, as seguintes pessoas estarão a sua disposição para respondê-las: Profa. Márcia Cançado Figueiredo fone: 98084128, Profa. Mircelei Saldanha Sampaio fone: 81292970 e Bebê Clínica UFRGS fones: 33165026 e 33165027.

Aceitação

Se a Senhora aceitar participar desta pesquisa, receberá uma cópia deste formulário de consentimento e assinará em outra via.

Sua assinatura abaixo indicará que concorda e permite a participação de seu filho nesta pesquisa e, também, aceita voluntariamente responder à ficha clínica e à entrevista gravada, durante a realização desta pesquisa.

Assinatura: _____

PORTO ALEGRE, ____ de _____ de 2004.

Endereço:

Bairro:

Cep:

Cidade:

Telefones:

APÊNDICE B: DEGRAVAÇÃO DAS ENTREVISTAS DAS OITO MÃES RESPOSTAS DAS QUESTÕES 5, 6 e 7.

MÃE AZALÉIA

5- O que eu achei do tratamento, eu fiquei sentida, a gente não gosta de ver o filho da gente chorando ali. No dia da extração eram quatro pessoas segurando ele, eu estava tentando ajudar. Mas eu me emocionei, fiquei ansiosa e comecei a chorar e tive que sair para a rua.

Então, eram eles preocupados com meu filho e comigo lá na rua. Um pouco eu espiava, olhava e via que ele estava bem, sendo bem tratado, mas é que mãe é mãe, tu vêes teu filho chorando ali e sofre em dobro. Tu estás passando aquilo com ele.

Ele foi muito bem em vista das primeiras vezes. Bom, por ele dá para ver agora, nos primeiros dias ele entrava aqui chorando, tremendo assim a cabeça (mãe mexe a cabeça de um lado para o outro), e agora esta aí! Oh! Olha tudo! Vai conversar com todo mundo, vê tudo. Também, com a atenção que ele teve, ele foi bem tratado, sempre tudo bem. Não é assim, arruma o dente e tchau! Aqui, têm umas pessoas que puxam conversa, dão atenção, dão carinho, vêem a gente..

Ele estava um pouco ressabiado daqueles dentes da frente, pois foi bem difícil. Depois, quando fizeram as restaurações, ele também não ajudou, a gente teve que continuar segurando ele, mas foi mais fácil porque ele cooperou um pouquinho. Eu pensei também que ele podia estar sentindo medo. Mas das outras vezes já foi bem diferente, ele bem tratado, ele mesmo cooperava com as coisas, claro que deu pena, mais eu via que não estavam judiando.

Mas na hora da extração, porque tu vêes sangue na tua frente e tu não estás acostumada com essas coisas e tu tens que ficar segurando ele gritando.

Mas depois não, eu agora ficava olhando a hora que eles tiravam as coisinhas do dente, prestava atenção a tudo, e eles mostravam tudo pra ele e pra mim, tudo aquilo, e eu fui aprendendo junto.

Eu achei que eles usariam broca, anestesia, tudo aquilo, eu achei diferente, eu achei que era assim porque ele era criança, para não judiar.

Ele aceitou bem, ele estava bem mais calmo do que das primeiras vezes.

O nervosismo ficou todo no começo, tanto para ele como para mim. Cada vez que o tempo passava, eu ficava mais tranqüila, as pessoas conversando, explicando aquilo tudo, só fica acompanhando e se acostumando com aquelas coisas, e agora é tudo normal. Mesmo tendo que continuar a segurar ele. Eu acho melhor sem anestesia o tratamento, ele aceitou bem, ele não sentiu dor, não. Senão ele chorava, foi bem melhor assim. Gostei do tratamento, é bem melhor.

■ **6-** É uma coisa que não tem explicação, só eu sei o que estou sentindo (mãe chora de feliz). Olha o jeito que ele estava e agora como ele está agora!

Eu estou feliz, não tem nem o que dizer; eu estou super agradecida por tudo que fizeram por ele. Só isso que eu tenho para dizer.

Estou super feliz!

No dia que eu soube que o aparelho com os dentinhos estava pronto, que a Senhora me ligou, eu estava sozinha no serviço, a minha vontade era de falar para alguém, comentar, eu liguei para o pai dele só para desabafar aquilo, contar para alguém, eu fiquei contando os dias até hoje para chegar aqui e botar o aparelho nele, e agora olhe para ele assim!

Só eu sei o que estou sentindo (mãe chora novamente). Só eu sei, ele vive na creche, e é assim, os colegas falam, mexem com ele, falam “sem dente”. Então, agora sei que ninguém na rua vai ficar perguntando cadê o dente dele? Cadê o dente? Agora está tudo bem, não está sofrendo com dor, está bem, está super bem, só eu sei o que passei. Estou feliz, feliz, felicíssima!

Sabe que agora, quando tu dá uma bala para ele, ele não come, ele tem bala lá no potinho e ele não come. Se ele vai ao armazém ele não pede

mais bala, ou chiclete, toda vez que ele ia ao armazém ele pedia chiclete e agora não pede mais.

Eu acho que agora vai ser tudo cada vez melhor, imagina como estou me sentindo vendo o jeito que estavam os dentes dele e como estão agora. Cada vez vai ficar melhor. Eu acho que ele não vai mais ter essa doença, se depender de mim de trazer ele aqui. A gente vai cuidar dele em casa, nem que eu passe necessidade que tiver que passar. Eu moro longe, pego quatro ônibus para vir aqui, eu tenho quatro filhos e ele é a rapa do tacho.

 **7-** Eu não tenho nada para dizer. Para mim, nem para por nem para tirar.

Para mim, foi tudo tão ótimo, tão bem atendida. Em vista dos outros lugares que eu procurei, coisa assim, não só com ele, como eu vejo com as outras crianças aqui que todos são todos ótimos. Não tenho o que dizer, para mim está ótimo, está ótimo.



MÃE BROMÉLIA

5- Eu senti aflição assim, com medo que ele sentisse dor e eu não pudesse pegar ele, porque não tem como.

Porque o tratamento tem que ser realizado. O trabalho tem que ser feito, não adianta eu dizer não, não toca, não mexe. Foi uma aflição, um certo pânico, isso que era sem fazer anestesia, sem nada. Mas no mais, foi isto. Eu não podia impedir o trabalho, tinha que ficar ali sentada, mesmo com aquela aflição, aqui dentro (põe a mão no coração), tinha que ficar segurando e eles mexendo. Foi o sentimento, que eu senti, foi difícil, para a gente que é mãe, mas graças a Deus passou.



6- Depois, eu me senti realizada, até porque o que eu vim buscar aqui eu consegui. Aí me senti realizada, satisfeita e bem satisfeita tanto que já indiquei para outras pessoas porque eu me senti bem vindo aqui, e satisfeita com o que fizeram nele.

Achei bem bom não usar anestesia, porque a anestesia em si tem que pegar a seringa e no que aplica a seringa talvez causasse algum trauma na criança.

E sem anestesia foi bem melhor, e olha que mexeram bastante, e era sem anestesia e ele não teve dor. E sem usar a broca foi bem melhor ainda. O doutor tirou toda a cárie com aquela pazinha e saiu bastante coisas. Não tinha aquele barulho insuportável que até no adulto causa pânico, não criou traumas para ele, minha preocupação era toda essa, ele não ter trauma, não ter dor. Ele vem e não sente dor, até comenta na creche: eu fui ao Dentista, eu fiz isso, fiz aquilo... E não doeu. Foi rápido e eu tinha conhecimento do que ia ser feito e fiquei mais tranqüila.

Ele agora sabe que tem que levar a escova para a creche e tem que deixar fazerem a limpeza dos dentes, e o melhor é que agora ele deixa e gosta.

 7- Eu recebi a orientação de como tratar, escovar os dentes três vezes ao dia e sobre a alimentação. Eu consegui cortar o leite que ele tomava em excesso e as balas. Ele não ganha mais bolacha recheada, refrigerante, ele agora toma mais água e come frutas. A alimentação era bem errada, só comia bolacha, bala e leite. Lá no mercado, ele pedia balas e eu dava, agora já mudou muito. Aprendi que ele não pode utilizar chicletes, ele mesmo sabe agora. Além da higiene, eu aprendi muito sobre alimentação para ele, agora não sangra a gengiva, nem tem novas manchas brancas, todos os dentes estão brilhando.

Quanto ao tratamento para mim foi bom, foi ótimo, pois não trouxe sofrimento para o meu bebê. Foi rápido e sem dor, que foi melhor ainda.

Eu recomendo para outras crianças. Acredito que daqui para frente irei conseguir que ele não tenha mais cárie, pois antes eu tinha só a orientação do Pediatra faz isso, faz aquilo. Eu não tinha orientação do Dentista e agora eu tenho e sei o que devo fazer.

Eu guardei para mim o trauma da broca, do barulho, do pânico, e com ele eu consegui que ele não ficasse com esses traumas, da broca, do barulho, e ele não ficou.

MÃE HORTÊNCIA

✖ 5- Sempre que era feita alguma coisa no dente dela o doutor me explicava tudo. O porquê tinha que fazer aquilo e o que iria ser feito. Então, para mim, o mais importante era arrumar os dentes. Eu não estava preocupada se teria que segurar ela, se ela estava chorando. A única coisa que eu ficava preocupada era se estava doendo, porque eu não estava sentindo nada. Ah! Será que está doendo? Será que quando o Dentista metia aquela cureta ali estava doendo? Será que está muito sensível? Eram os meus maiores receios. Mas de segurá-la e ela chorar não tinha problema nenhum para mim.

Depois sim, quando eu chegava em casa eu pensava, ai meu Deus como é que eu consegui segurar ela e não fiquei nervosa. A gente fica nervosa quando os filhos começam a chorar, mas o mais importante era poder arrumar os dentes, e também quando ela chegava em casa o principal era que ela não se queixava de dor, podia se alimentar podia até tomar mamadeira, que é a coisa mais simples que tem, e antes ela se queixava de dor. Então ali na hora se ela chorasse eu pegava ela com força para ela não escapar, para eles poderem fazer o tratamento, para que não desse problema, que ficasse alguma coisa e eles não pudessem arrumar, isso era o mais importante.

As restaurações foram rápidas, e também bem feitas porque quando ela chegava em casa não tinha dor. Foi o mais importante para mim e valeu a pena.

Eu achei bem melhor esta técnica. Porque quando a gente vai ao Dentista a gente também tem um sentimento, quando começa com aquela broca eu fico toda enjoada, não gosto, e se tem que tomar anestesia Deus me livre, eu acho horrível. Então, para ela, se fosse desse jeito teria sido mais sacrificante. Esse procedimento, para mim, a meu ver, é melhor porque eu que sou adulto não gosto, imaginem uma criança tomar uma anestesia com aquela agulhona, é um troço bem incômodo, bem chato.

Eu acho que, no caso dela, não havia necessidade de tomar anestesia, porque o Doutor mexia com a cureta, mexia um pouquinho e ela não fazia nada e aí, quando ele começava a mexer, ela se agitava, porque não

queria que ele mexesse, mas não porque ela estava sentindo dor. Porque eu via, quando ele estava mexendo, ela não estava com dor. É porque ela não gostava mesmo.

O tratamento foi bom. Está tudo ótimo, só que eu fico me cobrando porque eu não vim antes, porque eu não vi antes e detectei este problema antes. Porque teria sido mais fácil de controlar e não teria chegado a este ponto que chegou. Tanto assim, que os dentinhos de baixo dela só foram restaurados e arrumados porque estavam com início de cárie. O Doutor arrumou, colocou o remédio, a restauração e pronto. Os de baixo estão perfeitos, iguais aos outros dentes que não tem cárie de mamadeira. Até a cor é igualzinha.

Eu acho que eu fui negligente e me sinto muito culpada, a maior culpa é minha. Na hora eu não sentia, mas quando chegava em casa eu pensava: porque não fui antes? Porque eu não vim antes? Poderia ter ajudado (a mãe chora).

A maior culpa que senti foi quando vi os dentes da frente dela pretos.

Mesmo vocês me explicando que iria passar a dor e seria melhor, quando começaram a ficar pretos eu pensei: porque eu não fui antes? Porque eu não sabia que era assim. Porque, se eu soubesse, teria ido antes e quem sabe teriam tido outros procedimentos, pois estaria mais no começo e não tão avançado como estavam e tinham que fazer isso.

 **6-** Para mim foi tudo melhorando. Na parte da alimentação, tudo foi esclarecido, o Doutor me ajudou bastante nesta parte. Eu falava o que fazia em casa e ele me ajudava para eu fazer melhor, para que os dentes dela ficassem melhores.

Então tinha a parte do tratamento aqui, mais a parte de casa que ele me ajudava, e a gente foi se modificando.

A cárie dela foi totalmente da mamadeira, agora já não tem este hábito de estar toda hora com a mamadeira, de tomar mamadeira de noite, ele me explicou que esta cárie era principalmente devido a mamadeiras noturnas. Tu dá a mamadeira e não levanta a criança para escovar os dentes. Então esta parte toda mudou total. O Doutor me ajudou totalmente nestes hábitos. Porque

a minha outra guria tinha os mesmos hábitos alimentares que ela e não tinha cárie, aí eu pensei que essa minha filha também não vai ter. Mas não é assim, cada criança é uma, agora até a mais velha mudou os hábitos, eu aprendi.

O tratamento foi bom também na parte que a minha filha não sente mais dor e consegue se alimentar melhor.

Também tudo que eu aprendi, não só para ela, como para todo mundo lá em casa. Refrigerante que a gente tomava, cortou, agora é suco e água. O Doutor ajudou no esclarecimento sobre isto, para mim foi uma resolução que tudo mudou.

O mais importante é que a dor terminou. Quando foram arrumados os dentes da frente e ela já conseguiu comer melhor e os de trás começaram a incomodar e aí foram restaurados, ela melhorou noventa por cento.

Porque nos dentinhos da frente, todo mundo perguntava o que era aquilo, e eu tinha que estar explicando o que é que estava acontecendo e que ela estava arrumando os dentes. Mas os de baixo ficaram perfeitos, a gente olha e é a mesma coisa que os dentes sãozinhos, não têm nada de mais. A restauração está perfeita, tudo que foi feito ali também.

E agora eu também já estou acostumada com os dentes pretos da frente dela, eu já sei o que aconteceu e o que vai acontecer, pelo menos ela não sente dor.

O tratamento foi rápido, mas isto para mim naquele momento não tinha importância, porque eu vinha com todo o tempo do mundo para poder ficar ali com ela, e se demorasse tudo bem. Mas nunca foi preciso demorar e não era tão difícil, os dentes de baixo foram restaurados no começo, mas os de cima foram mais difíceis, teve que ir mais a fundo e foi um pouquinho mais demorada a consulta.

 **7-** No começo foi um pouco difícil, porque no início ela ficava sempre chorando e eu chegava em casa e ficava frustrada porque eu pensava que ela não estava deixando eles fazerem direito o trabalho deles. Nós tínhamos um stress muito grande com todo esse trabalho.

Um dia uma Doutora falou que ela tinha problemas de comportamento, eu cheguei em casa arrasada. Sabe, para mim aquilo foi a

última coisa que eu esperava, aí eu comecei a pensar naquilo. A gente não enxerga os defeitos dos filhos da gente. Será que está acontecendo alguma coisa em casa que ela está muito agressiva lá e eles estão vendo algo? Porque era no começo um escândalo e agora está melhor, então toda esta parte foi ajudada também, todo o tratamento e a parte psicológica também, porque eu não estava vendo isto aí, eu não estava vendo. A minha filha é muito agressiva e eu não estava vendo aquilo ali e eu percebi quando fui alertada pela Doutora.

Então quer dizer, teve todo um processo da parte psicológica do tratamento dos dentes, dos esclarecimentos que eu não sabia.

Foi ótimo, não foi só ajuda no tratamento dentário, foi toda uma ajuda, foi tudo. Ajudou ela e principalmente a mim. Eu mudei hábitos alimentares, eu mudei até na família.

Quando tem uma criança pequena e a mãe não sabe, assim como eu não sabia, eu falo: leva agora ao Dentista, eu vou alertando, se eu tivesse trazido antes ela, não teria acontecido, fiquei satisfeita, estou satisfeita com tudo que está acontecendo, está sendo melhor a parte dentária dela e a nossa parte em casa, mudando hábitos. Tudo está sendo muito melhor, a conscientização em casa. Porque não fui eu que coloquei este hábito de dar mamadeira de noite, foi meu marido, então ele também, eu chego em casa e digo para ele, de noite não pode, então é isso aí. Para os quatro em casa mudou tudo desde que eu vim para cá com a minha filha.



MÃE JASMIM

5- Eu senti uma proteção, um carinho, um amor, porque aquilo ali era dar amor. Eu estava protegendo ele, eu estava fazendo um bem pra ele e vocês também.

É como se ele tivesse correndo e caísse, tu vais e o socorre, chama a atenção, e isso é para o bem dele.

E aquilo ali, eu sei, tinha três, quatro, cinco mãos ali ajudando a segurá-lo, mas era para o bem dele, para não acontecer com ele o que aconteceu comigo.

Eu tinha um sentimento de confiança, desde o primeiro dia que vim aqui, confiança, certeza do trabalho bem feito, com amor de uma equipe que eu sei que trabalha bem. Eu fui sempre bem atendida, desde o primeiro dia, por isso não arredo mais o pé daqui.

Eu tive um pouco de sentimento de culpa, porque em uma época que eu trabalhava para fora e ele comia bala e houve um pouco de falta de cuidado, uma falha minha.

Mas durante o tratamento eu estava tranqüila, porque durante o atendimento tinha muito carinho e cuidado com ele, não tinha o porquê eu não ficar tranqüila.

Eu não acho que ficou algum trauma nele porque nós o seguramos, porque eu e o pai dele temos segurança do que foi feito. É como quando ele vai tomar vacinas, nós dizemos: vai doer um pouquinho, mas é preciso fazer e dá para agüentar, aí depois ele vai mostrar para os amiguinhos e o pior já passou!

Então, se ele confia na mamãe e eu digo que não vai doer, e se doer é um pouquinho e já vai passar. Ele tem esta confiança, até mais no pai dele do que comigo, o pai dele me repreendeu um pouco porque eu tinha deixado ele comer bala, ele não deixa nem chegar perto de bala. Ele sabe como é aqui na Faculdade, porque ele trabalhou aqui e tem um filho mais velho que ele cuidou muito esta história de doces.

Ele tem todos seus dentes saudáveis e sabe o valor dos dentes.

◆ 6- Eu espero que, se eu precise, eu possa continuar a ter este acompanhamento e a orientação para cuidar dele melhor.

Eu espero que ele não tenha mais cárie. Eu acho que se pode prevenir esta doença, se for bem prevenido melhor ainda do que a gente já ter a doença, importante é prevenir.

Principalmente cuidando da alimentação e recebendo informações que devem ser feitas desde a gestação da mãe.

E eu, neste momento, estava perdendo dente com cárie, é isto que eu digo. E com a idade dele agora eu também estava perdendo dente com cárie, isto com cinco anos, e depois com 14 ou 15 anos eu extraí todos os

dentes por causa de três dentes estragados, extraíram todos os meus dentes superiores. É uma lesão permanente, até conversei com teus colegas aqui para a possibilidade de fazer um implante, eles me disseram que tem que avaliar bem por causa da minha condição óssea inferior, que é muito pequena. Ele disse que se pudesse ele conseguia uma vaga para estudar o caso.

Eu me sinto com uma mutilação, é muito triste. Foi uma perda muito triste.

Meu pai me segurava, porque eu não tinha mais força e ele levantava junto de tanto que faziam força para extrair os dentes, imagina que lesão causou. Imagina como ficava minha cabeça, se eu fui avaliada por outro Dentista, daí ele disse que só ia continuar o tratamento se eu removesse tudo o que tinha feito.

E aí, acontece tudo de novo, e aí tu vais acompanhar o teu filho, fazem uma entrevista e mexem nos teus sentimentos tudo de novo.

Foi o que aconteceu; deu procurar não acontecer com ele de novo e eu devo melhorar tudo com ele. Eu tento fazer o máximo de trabalho dentro de casa, a minha irmã, por exemplo, acha que ele tem que ficar o dia todo na escolinha, mas eu acho que tenho que conviver com meu filho até os sete anos de idade pelo menos durante o dia, se não eu não vou ver ele crescer, fazer uma arte, não vou ver ele fazer nada. Eu sei que tem outras coisas, mas eu estou vendo ele crescer, estou cuidando dele.

Se eu esperei até os 42 anos e o tive saudável, perfeito, eu faço o que puder. Tem tantas mães aí chorando porque o filho não pode caminhar, inclusive tem um neto de uma vizinha que é Diretora da Nestlé e está pagando mais de mil reais, porque o filho não fala; é autista. Então o que adianta ter dinheiro, estar cuidando assim dele.

Então tu vens para tua caminhada para fazer isto, então faz isto bem feito. Não é por acaso que tu está aqui me orientando e a uma criança que não é o teu filho, mas não fui eu que te escolhi. Se tu tens esta missão, tu fazes e sais bem feito.

Eu conheci tanta gente especial depois que ganhei o Lucas que tu não faz idéia, ele só me traz alegria, em todos os lugares aonde ele vai. Eu

troquei de morada e não conhecia ninguém, todo mundo duas quadras para lá e duas para lá, conhecia o Lucas e me ajudava a cuidar dele.

Ele sai na rua e tem sempre um vovô que dá atenção para ele. Então é uma parte, se tiver que ajudar alguém ou fazer o trabalho de orientação preventiva, se vocês quiserem, eu poderei acompanhar e orientar alguma mãe que tenha problema iguais ao que eu tive com meu filho, para alguma mãe ou alguma coisa assim. Eu vou fazer em gratidão. Eu poderei acompanhar e orientar alguém.

 **7-** Para mim foi uma benção este tratamento. Eu acho que quem criou este tratamento, se ele não sofreu um trauma com Dentista, ele viu alguém sofrer, e aí pensou neste tratamento. Porque se a pessoa sofre um trauma, ela leva isto para o resto da vida. Sem anestesia, sem broca, sem aquele ruído pela vida inteira, isto é uma maravilha, quem criou isto eliminou traumas. Tomara que ele crie mais técnicas ainda melhores.

Porque eu descobri que através do dente tem vários outros tipos de doença por mau cuidado dos dentes. Por exemplo, minha mãe apresentou um problema cardíaco que teria origem em um reumatismo mal tratado, dentes mal cuidados e extraídos sem cuidados. Então dor de ouvido também tem a ver com os dentes, às vezes, porque eu fiquei com seqüelas nas articulações dos ouvidos por causa do mau tratamento que eu tive nos dentes.

A técnica que eu encontrei aqui foi uma das melhores que eu conheci, pelo cuidado, pelo carinho e a segurança de quando cuidam as crianças.

Quando tem que fazer, vamos fazer, não tem isto de vamos passar adiante, não tem isto de enrolação, por isto que tem muitas crianças com problemas que os pais dizem “é, ele não deixou atender” e mais tarde ficam ai as crianças com problemas cada vez avançados.

Espero que cada dia que passa ele fique mais calmo, que ele vá aceitando e que elimine esta história de não querer o tratamento. Eu tenho insistido tanto, feito teatro para ele aceitar. Eu só tenho o que agradecer e se puder ajudar, no que precisar, podem contar comigo.

 **MÃE MARGARIDA**

5. Foram maravilhosos, todos trataram bem minha filha. Eu acho este tipo de atendimento muito importante.

Eu esperava que fossem ficar fazendo limpeza e tratando com flúor e aquela coisa toda. Mas não pensei que iriam fazer restauração, que iriam mexer nos dentes, eu não sabia que iriam fazer nada disto. Eu achei que ela não ia agüentar este tipo de coisa, mas foi tudo bem diferente do que eu pensava. Mas eu estava com expectativa de que fossem resolvidos os problemas dela.

Quando eu estava segurando ela, eu sentia que aquilo ali era muito importante para ela e para mim, porque mais tarde poderia causar dor na boca dela se eu não ajudasse a segurar ela.

Eu fiz o maior esforço. A gente como mãe se sente culpada, mas eu fiz de tudo para trazer ela e fazer todas as restaurações nos dentinhos dela. Eu acho muito importante as mães fazerem de tudo no momento que a criança está chorando, não importa, a mãe tem que fazer o maior esforço para que os Dentistas possam fazer o trabalho deles, para que isto possa ocorrer na maior normalidade.

Quando fizeram o tratamento de canal foi bem difícil. Ele teve que fazer duas vezes, porque ela não parou da primeira vez e não deu certo, e o Doutor teve que abrir de novo. Na hora da anestesia é horrível para a gente, eu senti bastante; a gente que é adulta sente.

Mas acho importante a gente incentivar a criança, a aceitar este tipo de coisa, para que eles no futuro saibam como devem se comportar na hora que eles precisarem ir ao Dentista. Com ela eu fui explicando, conversei muito em casa: “o tio vai fazer isto... que os tios e as tias vão mexer na tua boquinha...” Então ela vinha preparada para cá, também eu dizia que iria dar certo. Foi muito importante para mim o tratamento de canal, porque eu não imaginava que isto podia ser feito e eu nunca tinha visto.

O outro tratamento de restauração foi bem melhor, porque não precisou de anestesia e nem broca. A minha filha se sentiu bem mais confortável, porque o outro tratamento, o de canal, é muito desconfortável.

Mas todos os dois são importantes. Ela chorou igual nos dois, a gente sente, fica preocupada com a criança. Mas ela não ficou traumatizada, isto eu tenho certeza. Porque agora mesmo, quando a gente fala que tem que vir ao Dentista, ela vem bem feliz da vida.

Todos a seguraram e ela não ficou traumatizada, e isto foi muito importante para mim.

Foi um tratamento rápido, as restaurações ficaram boas. Só um dentinho da frente que ficou com um quebradinho, mas também ela não parou para arrumar. Eu achei boas as restaurações.

A gente como mãe sente dor, como se tivesse acontecendo com a gente, se pergunta: por que acontece isto com meu filho? Mas na hora a gente tem que saber que aquilo ali vai ser bom para ele. A gente tem que fazer o maior esforço para que possa acontecer o tratamento. Sente dor, fica meio abatida, mas eu acho que a mãe deve fazer o maior esforço para que o filho se sinta seguro através da mãe. Pena que eu me senti mal no início e não pude ajudar tanto, mas depois eu consegui ficar bem.

A mãe tem que ter uma força grande, porque senão vai passar isto para o filho e vai ser difícil e ele não vai atender; a mãe não pode falar: e aí não pode ser assim? Não faz assim, não dá para fazer diferente, Doutor? A mãe tem que concordar com aquilo que o Dentista está falando ou fazendo ali e ajudar o filho.

 **6-** Eu me sinto muito feliz agora que acabou o tratamento. Aquilo que eu imaginava foi concretizado como um sonho. Consegui fazer todo o tratamento.

No início eu pensava que não ia dar nada certo, que ela não ia aceitar o tratamento, mas deu certo e hoje ela está super-bem. Já está até usando o aparelho, deixou o bico dois dias depois, trocou pelo aparelho. Ela está feliz, porque tu vê que é difícil conscientizar uma criança a deixar o bico.

Para mim foi muito importante isso. Eu achei que foi melhor esse tratamento sem anestesia, foi bem melhor, até porque ela não sentiu dor nenhuma, né?

Ela só chorava porque estava com medo. Ela não dizia que estava doendo, se estivesse doendo ela iria falar. E com a broca seria mais difícil e sem a broca foi bem mais fácil e melhor. Eu acho que foi tudo muito importante, muito bom e muito bem feito. Eu estou feliz com o que foi feito.

 **7-** O que eu recebi aqui foi muito importante para mim e minha filha. Fui bem atendida e não tenho queixa para fazer de nenhum Dentista, porque todos que atenderam ela foram carinhosos, ninguém a maltratou nem fez nada obrigado, souberam tratar com ela.

Eu achei super importante trazer as crianças para este lugar porque os Dentistas aqui são especializados na Bebê Clínica.

Eu não tenho queixa nenhuma. Ela que é criança já entendeu e adora todos os Dentistas que atenderam ela até hoje, ela ficou gostando, até gravou os nomes dos Dentistas.

Eu acho muito importante, eu aprendi a fazer escovação, já sabia, mas não como deveria ser, deitar no colo e fazer toda aquela escovação após as refeições. Antes eu a deixava dormir sem escovar os dentes e agora não, antes eu não sabia nada da dieta e da higiene para o bebê. Quer tomar mamadeira, vai ter que escovar os dentes depois. Mesmo que ela esteja quase dormindo eu a pego e levo para o banheiro e faço a escovação e ela mesma sabe que naquele horário vai ter que fazer isso, pois tem concordado e isto foi aqui que eu aprendi. Toda a dieta, comer frutas sem açúcar, ela está aprendendo e concordando. E isso é muito importante para mim. Eu estou muito contente com tudo e não tenho queixa nenhuma.



MÃE ROSA

5- Eu fiquei nervosa, com medo, eu fiquei pensando: ela vai ter uma coisa, porque ela quando nenê teve uma convulsão e toma anticonvulsivo. Fiquei com medo, fiquei olhando ela chorando e fiquei nervosa, ela ficava chorando e vomitando e eu pensava que podia dar alguma coisa nela ali na cadeira. Eu achava que ela podia engolir aquele mordedor, porque ela estava vomitando e se afogar na hora.

Eu também tinha medo daquela coisa, a cureta que podia cortar a boca dela, porque ela fazia muita força e não colaborava. Fiquei com um pouco de medo que eles machucassem ela e também com medo que ela tivesse alguma coisa.

Embora ela nunca tivesse convulsão depois de bebê, eu ainda assim fiquei com medo. Ela fez muita força, e ficou com umas manchas vermelhas no rosto, eu perguntei para o Neurologista o que era aquilo. Ele me explicou que era porque ela chorou muito e fez muita força.

Eu sabia que ela não estava com dor na hora, aquilo era manhã, ela estava assustada porque todo mundo ficava segurando ela para fazer o tratamento. Eu sabia que ela não tinha com dor nenhuma, estava fazendo manha, disto eu estava segura, tanto é que ela fazia isto lá em Pinhal, e a Doutora não atendeu mais ela, porque chegava na hora e ela esperneava chorava e eu não conseguia segurá-la.

Então eu fiquei feliz que aqui nós a seguramos e fomos em frente. Conseguimos, às vezes não conseguimos mais tratar na consulta, porque ela vomitava, e aí tinham que parar.

Eu gostei que eles não usaram a broca nem a anestesia. Achei melhor, porque eu já usei broca e sei que dói, e o barulho também dói. Por isso, eu achei melhor assim, porque sei que ela não estava tendo dor, tanto é que depois ela veio novamente e não chorou tanto, gostou mais do tratamento. Ela veio mais feliz. Claro, no primeiro dia ela não gostou.

Eu fiquei bem feliz com o tratamento, só que fiquei um pouco nervosa, e ela também ficou nervosa na hora do tratamento.

 **6-** Eu me senti como se tivessem tirado um peso de cima de mim, porque eu estava assim não agüentando vê-la assim, daquele jeito, chegava de manhã e em qualquer lugar que nós íamos, tinha um mau cheiro que vinha da boquinha dela. Então, para mim, quando acabaram as restaurações, foi como se tivessem tirado um peso de cima de mim. Era um peso de cima de mim.

Eu vendo ela bonitinha agora, com bom hálito quando levanta de manhã, com a boca sã como ela está agora, para mim é uma felicidade muito grande, eu estou muito faceira porque tiraram um peso de cima de mim.

Eu achei que foi rápida esta restauração e ficou com os dentes como se não tivesse antes cárie, iguais aos dentinhos quando nascem.

Quando nasceram os dentinhos dela eles já nasceram estragados então eu nunca tinha visto ela assim, com a boquinha bem branquinha, foi muito bom o tratamento.

Eu estou muito feliz. Jamais eu quero ver qualquer um dos meus filhos do jeito que ela estava (a mãe chora).

Agora eu tento cuidar dela bem e dos guris também, que já estão grandes, mas eu vivo em cima deles.

Eu estou muito feliz. Teve muitas mudanças na minha vida de tão bom que foi o tratamento que ela teve.

Eu queria ter conseguido uma vaga para os meus guris, se eu soubesse que o tratamento era tão bom aqui, eu tinha vindo antes. Tanto para ela como para os meus guris, que também estão precisando de tratamento, tanto que este ano eu não consegui nenhum Dentista para eles lá. Eu tento cuidar em casa para que não aconteça o que aconteceu com ela. Hoje em dia ela está 100%.

 **7-** Eu tenho é que agradecer o que vocês fizeram aqui com a minha filha, em nenhum outro lugar eu conseguia o tratamento, então eu estou muito grata a vocês, e espero que muitas pessoas possam ter o tratamento que eu tive aqui. Eu só posso agradecer, foi um tratamento, que eu jamais teria condições de conseguir em outro lugar.

Eu tentei outros lugares, tanto que ela esteve dois anos em outros Dentistas e eles nada fizeram.

Então eu quero agradecer o que vocês fizeram por ela, o Doutor me explicou que algumas vezes as crianças se comportam melhor longe dos pais e aí eu vi que com ela era assim mesmo, porque lá na creche eu nunca tive reclamação dela, então sabia que, saindo da sala naquele momento, seria melhor, eu achei que era correto eu sair, mas foi uma vez só.

Nas outras restaurações eu participei, mesmo junto ou lá fora eu estava com uma expectativa boa que ela iria deixar tratar, perto da gente ela ficava se dengueando, se fazendo.

Para mim, foi bem melhor eu estar lá na rua esperando por ela, do que ficar ali dentro em cima dela. Eu preferia não ver. Eu fico nervosa segurando ela e ela chorando e eu fico com medo de ela não deixar eles trabalharem, não deixar eles fazerem nada. É disto que eu tenho medo.

Eu quero agradecer vocês porque eu não sei se teria aqui o tratamento ou se ela ia continuar sendo acompanhada.



MÃE TULIPA

5- Durante o tratamento eu senti medo, insegurança, podiam machucar ela. A gente fica insegura, mas, depois, eu vi que seu choro era o medo que eu passava para ela. Só no início eu senti isso, porque ela gritava por não conhecer e não saber o que eles iriam fazer, ela era muito novinha. Agora que ela já tem três anos ela mudou. Mas foi difícil.

No início, quando tudo começou, eu estava a fim de largar tudo, porque tinha que tratá-la com muita firmeza, e achava a Doutora muito autoritária, ela falava, “fica quieta, cala a boca”. Eu achava que não deveria ser assim. Depois eu vi que alguém tinha que ter controle sobre ela e vi que nem eu tinha controle, aí ficou tudo bem melhor. Nas primeiras consultas fiquei com medo, depois foi ficando normal, e eu gostei.

Eles foram sempre explicando para nós o que faziam e isto ajudou bastante, saber o que estavam fazendo, porque não adianta ir fazendo e não explicar o que vai colocar, ou se a gente vai sentir dor, ou não. Eles iam explicando todos os passos e isto ia ajudando. Primeiro ela teve de mudar seu comportamento, nem eu conseguia segurar ela ali, mas ai foi confiando e foi muito bom.



6- Eu já estava acostumada em vir aqui, porque ela é assim, de não deixar eu escovar os dentes dela, eu puxo a bochecha e ela já diz: “mãe está doendo” e começa a chorar, faz dengeo, eu falei isto para a Dentista. A Doutora

disse que eu tenho de escovar bastante depois das refeições e não é porque ela diz que está doendo que eu vou parar de escovar. Então eu obedeco, e escovo, não interessa o dengo que ela faz.

O pensar em ter que dar anestesia, pegar uma agulha, qualquer criança ficaria com medo e aquele barulho da broca é terrível, ninguém gosta, até mesmo os adultos. Então eu acho muito importante continuar com esse tipo de tratamento que ela fez aqui.

Eu acho que agora vai ficar sem cárie. Como tu falaste que estavam inativas as cáries dela. Até fui ao gastro que tu pediste e ela não tem mais refluxo, é só o problema de escovação. E ela comia muito doce, mas agora diminuiu bastante, ela come frutas, comida, mas bolacha ainda come bastante e tem que diminuir. Então, eu vou escovar, fazer todos os cuidados ao máximo para evitar a cárie e ela não voltar.

 7- Para mim, até agora, foi muito bom. Eu aprendi muitas coisas, como cuidar dos dentes, gengiva.

Até mesmo eu voltei a ir ao Dentista, estou com problemas de gengiva, escovava mal, passava mal o fio dental, não dava bola. E agora não, tanto para ela, como para mim, teve uma mudança de hábito muito boa. Eu até estou fazendo o tratamento que eu preciso e também quero colocar aparelho, que eu preciso.

Foi ótimo. Foi um grande benefício esse tratamento sem broca sem anestesia e também porque aqui eu aprendi, antes ia ao Dentista fazia a limpeza e ia embora, tu vai tratar um dente e vai embora. Aqui não, tem que praticar em casa, não adianta nada só ir ao Dentista arrumar o dente e ir embora, não tinha nada de orientação.

Os hábitos alimentares também mudaram bastante, antes nós comíamos muitos doces, chocolates, sentávamos para ver TV e ficávamos comendo balas, chocolates, e agora cortamos tudo. Não tem mais isso de chocolates e balas, é somente uma vez que outra, e estamos todos escovando os dentes.

Ajudou também para o problema de peso dela, pois era muito magrinha, ela só comia doces fora de hora e agora estamos escovando os

dentes. Ela está comendo frutas, está mais saudável. Antes, quando eu comecei o tratamento aqui, ela mais passava no hospital internada do que em casa, era alergia, problema respiratório ou outra coisa, depois ela começou a se estabilizar, até teve problema intestinal. Depois que começou o tratamento dos dentes, melhorou sua saúde geral 100%, ela ganhou peso, até o cabelo mudou, pois era ralo e fino. A Doutora notou e disse: "como teu cabelo está diferente: "Tudo mudou, foi ótimo, foi um benefício.

MÃE VIOLETA-

A princípio, para toda mãe é muito doloroso, é difícil segurar um filho. Quando me disseram: vamos ter que extrair, eu achei que seria igual a como num adulto, vou chegar lá e vai acontecer isto. E foi o que houve. Como eu acompanhei tudo de perto, para mim foi muito ruim mesmo, porque não foi só um dente, foram quatro. Eu passei mal, ele estava chorando, pedindo ajuda, e eu não podia ajudá-lo. Tinha que segurá-lo, porque era necessário fazer aquilo, foi muito difícil, foi muito difícil mesmo. Eu achei que iria conseguir segurá-lo, mas não foi o que aconteceu. Eu caí junto com ele, eu desmaiei. Eu estava amamentando no peito e desde a manhã estava esperando para ser atendida, eu estava com aquele negócio de fraqueza e passei mal mesmo, tive que ficar deitada um tempão, tomei água e chamaram o meu esposo, porque eu não agüentei, faltou força. Foi muito difícil, mas, graças a Deus, conseguimos fazer direitinhas as extrações.

Depois veio a parte das restaurações que foram mais fáceis, como eu já falei. Eu achava que iriam usar a broca, que é muito ruim, então eu não queria mais vir. Mas aqui foi depois tudo diferente, foi ótimo, até foi ótimo, foi maravilhoso. Essa nova técnica, eu não conhecia; vim conhecer aqui. Acho que até para adulto seria melhor esta técnica, porque tem até adulto que se assusta com a broca tipo eu, não vou ao Dentista porque tem broca.

A parte da raspagem também foi feita, e foi ótima, ele ficou mais calmo. Se ligassem aquele barulho alto da broca, ele iria se assustar, e teria sido mais trabalhoso com ele. O trabalho ficou perfeito, a mesma coisa, porém

mais fácil, raspando foi bem mais fácil, tanto para vocês quanto para nós, conseguirmos fazer o trabalho nele.

Eu gostei bem mais desta técnica. Com ela não se precisa de anestesia, tem esta parte da raspagem que não precisa de anestesia, foi muito bom, bem mais fácil, saia toda a sujeirinha, ficou limpinho, tudo muito bom e mais rápido.

Eu tenho pavor de Dentista, por causa da broca, se partirem para tratar adulto assim, vai ser muito bom, mesmo porque a broca pega num lugarzinho e dá um choque, mesmo com anestesia, eu nunca gostei disto.

Eu prefiro esta nova técnica. Ela é muito boa, sem stress, nem problema nenhum, mais tranqüila e rápida. Tu removes ali com agilidade e com segurança toda a cárie. Eu fiquei tranqüila com esta técnica, porque eu acompanhei tudo de perto, ficava olhando e tinha a visão de tudo que estava sendo feito.

Com essa técnica eu não tive preocupação se iria dar errado, se ficaria alguma coisa de cárie. Eu vi nitidamente que saia tudo, era um sucesso garantido. Ele ficou calmo e também porque não teve a parte da injeção e do barulho da broca, então ele ficou muito mais calmo.

Ele mudou totalmente o comportamento inicial. Que nem hoje a gente vem e ele diz: “mãe vamos lá na tia, vamos levar o mano”.

Ele está sem trauma, mesmo tendo passado pelas extrações. Também, já de cara, na primeira consulta que ele teve um baque, eu pensei que ele não iria deixar escovar os dentes em casa, não iria deixar.

Botar a mão na boca dele, ou mostrar os dentes. Mas eu o incentivo para mostrar os dentinhos arrumados para os outros, ele mostra. Ele não ficou com trauma nenhum. E está se comportando muito bem, chega, deita, abre a boca direitinho e a Doutora examina.

Olha, eu acho que ele levou um choque na primeira consulta, foram mais de duas ou três consultas e eu sempre conversando, explicando para ele que não iria ter mais judiação e dizia: “filho, a tia já tirou todos os bichinhos da tua boca, agora vamos tratar direitinho, a tia só vai escovar os dentes”. Então ele ficava mais seguro quanto a isso de não mais machucarem ele. Para ele, sempre iriam machucar, mas eu colocava que não, ele ficava mais tranqüilo.

■ 6- Assim, agora que o tratamento já chegou ao final, já foi finalizado, eu o trouxe para ele ser liberado e esperar a prótese que ele vai botar com seis dentinhos.

Espero que ele se acostume com a prótese, eu sei que vai ser um pedacinho mais difícil, até ele se acostumar, mas é necessário. Espero que seja realizado de maneira mais *light* e com sucesso.

Eu escovo os dentinhos dele e as restaurações estão muito fixas, estão ótimas, estão muito boas, estão do formato do dente, bem direitinho. Está tudo perfeito e vão durar.

Eu acho que o tratamento foi ótimo mesmo e eu gostei muito desta nova técnica.

Eu que já estive percorrendo muitos Dentistas em todos os lugares e não tinham nada para me dizer, porque eu ia com a esperança, este Dentista vai me ajudar, eu via os dentinhos dele estragados e não podia fazer nada, não sabia o que fazer. Muitas vezes levantei cedo para correr, me diziam lá tem um Dentista, lá ia eu, bah! Chegava lá, e não tinha nunca nada para fazer. Eu até pensava: “vai que vão extrair os dentinhos dele, se for melhor”, mas chegava lá e nem isto eles queriam fazer, então eu saía e procurava outro Dentista, outro recurso para ver se resolvia. E aqui o tratamento foi ótimo.

■ 7- Eu gostaria de dizer que este tratamento foi ótimo, foi maravilhoso, foi o recurso que eu me agarrei com as duas mãos para o meu filho e para mim. Ele tinha que fazer este tratamento, não tinha outro jeito. Foi maravilhoso, eu adorei, não tenho reclamação de nada.

Passei mal, mas foi por uma boa causa, para eles extraírem os dentinhos dele, agora está tudo bem com ele, não houve evolução da cárie para os dentes de cima, de trás. As restaurações ficaram ótimas, eu não tenho o que reclamar, eu gostei do tratamento, não esperava ser tão bem recebida, porque todos vocês tratam a gente bem, a Doutora trata o Vinicius muito bem, ele gosta dela, ela é amiga dele, eu gostei de todos que vieram em volta de mim e do meu filho e nos trataram muito bem.

É um tratamento muito especial para as crianças e para as mães com respeito de tudo mesmo.

ANEXOS

ANEXO 1: APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA DA UFRGS

**ANEXO 2: Ficha Clínica do Curso de Extensão Universitária Bebê Clínica
UFRGS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA
CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA BEBÊ CLÍNICA
FICHA CLÍNICA

Nome do Aluno: _____

1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE – Número: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ anos: _____ meses

Sexo: ()F ()M Cor: ()Branco () Preto () Pardo () Amarelo

Pai: _____

Mãe: _____

Profissão mãe: _____

Profissão pai: _____

Nome do Responsável pelo Bebê (letra de forma): _____

Grau de instrução do responsável:

() Analfabeto () Fundam. () Médio () Superior

Endereço: _____

Cidade _____ Estado _____ CEP: _____

Telefone para contato: _____

Pediatra ou Clínico: _____

Certidão de nascimento: Número _____

TERMO DE COMPROMISSO: *Afirmo serem verdadeiros todos os dados acima relatados e assumo total responsabilidade se alguma informação for omitida pela minha pessoa. Estou consciente de que minha presença na sala de atendimento será permitida quando solicitada pelo profissional.*

Assinatura do Responsável: _____

Observações:

2 - MOTIVO DA CONSULTA

- 1. () Prevenção
- 2. () Cárie
- 3. () Traumatismo
- 4. () Alterações da mucosa
- 5. () Anomalias dentárias

3 - ANAMNESE

A. Primeiros meses de vida

- Gestação: () Normal () De risco
- Parto: () Normal () Cesárea () A fórceps () Prematuro
- Dieta da mãe: () Cariogênica () Não cariogênica

B. Aleitamento:

1. () Materno, até _____ meses
2. () Bovino puro

3. () Formulações (achocolatado, leite com açúcar, café com leite, leite em pó, leite de soja, etc.)

Período: 1. () Diurno

2. () Noturno

C. História médica anterior

Alguma doença sistêmica? (época): _____

Tomou todas as vacinas?()Sim ()Não Qual faltou? _____

Tomou algum medicamento? (Para quê?)_____

D. História médica atual

Estado geral de saúde? () Bom () Regular () Ruim

Toma algum medicamento? (Para quê?) _____

Tem alergia?_____

E História odontológica

Primeira vez que foi ao Dentista (idade): _____

Traumatismo dentário (idade): _____

• Tipo: 1. () Concussão 2. () Sub-luxação 3. () Luxação lateral

4. () Luxação intrusiva 5. () Luxação extrusiva 6. () Avulsão

7. () Fraturas coronárias 8. () Fraturas radiculares

Fez algum tratamento? ()Sim ()Não Qual?_____

F. Comportamento psicológico

• Comportamento: ()Positivo () Negativo () Extremamente negativo

• Sono () Tranquilo () Agitado Tem Bruxismo? ()Sim ()Não

• Dorme no quarto? () Sozinho () Com os pais () Outros

G. Criança passa o dia

Onde?

() Casa dos pais () Creche () Casa dos avós () Casa de outros familiares

Com quem? () Mãe () pai () Irmãos () Empregada () Avós () Outros

H. Dieta alimentar

Acorda a que horas? ____ Ingera alguma coisa? () Sim () Não

O quê? _____

Café da manhã? () Sim () Não

O quê? _____

Lanche ou beliscadas? () Sim () Não

O quê? _____

Almoço? () Sim () Não

O quê? _____

Lanche (da tarde) ou beliscadas? () Sim () Não

O quê? _____

Jantar? () Sim () Não

O quê? _____

Come/bebe algo após a janta? () Sim () Não

O quê? _____

Aleitamento Noturno? () Sim () Não Freqüência () 1 () 2 () 3 () 4 ou +

Tipo: 1. () Materno 2. () Bovino puro 3. () Formulações**Classificação da Dieta:** 1. () Cariogênica 2. () Não cariogênica

I- Hábitos bucais:

- Chupeta? () Sim () Não () Todo dia () Hora de dormir
- Coloca alguma coisa no bico?() Sim () Não O quê? _____
- Dedo? () Sim () Não () Todo o dia () Hora de dormir

J-Higienização bucal:

- Higieniza? () Sim () Não
- Quem realiza? () Pais () Avós () Criança () Outros _____
- Com o quê? () Fralda, gaze ou pano () Escova dental () Dedeira.
- Frequência da higienização: () 1 () 2 () 3 () 4 ou +
- Horários (em que é realizada): () Ao acordar () Após o café da manhã
() Após o almoço () Após o jantar () Antes de dormir () Nunca higieniza
- Uso de dentífrício: () Sim () Não Usa fio dental? () Sim () Não

L. Peso _____(kg)**altura** _____(cm) Data da última medida _____

A idade é compatível com o peso e altura? () Sim () Não **Conferir com a TABELA.**

4. EXAME CLÍNICO

A. Exame extra-bucal: () Normal () Anormal **Obs.:**

B. Exame intra-bucal:

Alterações cromáticas: _____

Anomalias de número: _____

Anomalias de forma: _____

Anomalias de tamanho: _____

Freios: () Inserções normais () Inserções anormais

C. Alterações ortodônticas ou ortopédicas:

() mordida aberta () anterior () posterior

() mordida cruzada () unilateral () bilateral () direita () esquerda

() anterior () palato profundo () Síndrome do Respirador Bucal

Outras alterações: _____

5-ODONTOGRAMA

55				65			
54				64			
53				63			
52				62			
51				61			
85				75			
84				74			
83				73			
82				72			
81				71			

Marcar com um X os dentes Não presentes na boca

H- DENTE HÍGIDO

LMBA-LESÃO DE MANCHA BRANCA ATIVA (FACE)

LMBI-LESÃO DE MANCHA BRANCA INATIVA (FACE)

CA-CAVIDADE ATIVA (FACE)

CI-CAVIDADE INATIVA (FACE)

RR-RESTO RADICULAR ou DC-DESTRUIÇÃO CORONÁRIA

EX-DENTE EXTRAÍDO

T-DENTE TRAUMATIZADO (ALTERAÇÃO DE COR / FRATURA)

A-ANOMALIAS (ALTERAÇÃO DE NÚMERO, FORMA, ESTRUTURA, ETC).

RC-RESTAURAÇÃO COM RESINA COMPOSTA FOTOPOLIMERIZÁVEL

S-SELANTE

CIV-RESTAURAÇÃO COM CIMENTO IONOMÉRICO

ART- RESTAURAÇÃO COM A TÉCNICA ART

6-CONTROLE DE PLACA:

1. () BOM , placa visível ou Não com ausência de sangramento
2. () REGULAR, placa visível ou Não com sangramento localizado
3. () PÉSSIMO , placa visível ou Não com sangramento generalizado

ATIVIDADE DE CÁRIE: 1. () Sim 2. () Não

DOENÇA PERIODONTAL: 1. () Sim 2. () Não

7- PLANO DE TRATAMENTO

Não invasivo: *Educação (Orientação de HB, Dieta e Flúor)*

Profílatia e/ou RAP + Aplicação tópica de flúor. _____ X

Aplicação de selantes de fósulas e fissuras oclusais, cariostático.

Quais dentes? _____

Invasivo: *Adequação do meio bucal por hemi-arco (Ha)*

HaSD: _____

HaSE: _____

HaiE: _____

HaiD: _____

RAS / RAI: _____

Reabilitação funcional e estética por hemi-arco

HaSD: _____

HaSE: _____

HaiE: _____

HaiD: _____

RAS / RAI: _____

Operacionalização (planejamento por consulta):

1ª Consulta: _____

2ª Consulta: _____

3ª Consulta: _____

4ª Consulta: _____

6ª Consulta: _____

7ª Consulta: _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ORTOPEDIA
CURSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA
BEBÊ CLÍNICA

9- FICHA DE RETORNO DO PACIENTE

Data ____/____/____

Nome: _____ Telefone para contato _____

Quando foi a última consulta? _____

Procurou outro Dentista? () Sim () Não

Controle de placa: () Bom () Regular () Ruim

Sangramento gengival após a escovação: () Ausente () Localizado ()

Generalizado () Tratamento Restaurador:

Restaurações fraturadas: () Sim, dentes: _____ () Não.

Recidiva de cárie: () Sim, dentes: _____ () Não.

Novas lesões cariosas: () Sim, dentes: _____ () Não

ATIVIDADE DE CÁRIE: () Sim () Não

DOENÇA PERIODONTAL: () Sim () Não

O pai e ou/responsável é receptível às orientações recebidas: () Sim () Não

Quando deverá retornar o paciente?

1 mês ()

2 meses ()

3 meses ()

4 meses ()

5 meses ()

6 meses ()

12 meses ()

