

**Escola de Ciências
da Saúde**



KAROLINE SANTOS GUIMARÃES

FERNANDA MARTINS ACÍOLI DE LIMA

**MÉTODOS DE CONTROLE DE ANSIEDADE NÃO FARMACOLÓGICOS EM
ODONTOPEDIATRIA**

Rio de Janeiro, RJ.

2021

KAROLINE SANTOS GUIMARÃES

FERNANDA MARTINS ACIÓLI DE LIMA

**MÉTODOS DE CONTROLE DE ANSIEDADE NÃO FARMACOLÓGICOS EM
ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade do Grande Rio “Professor José de
Souza Herdy”, como parte dos requisitos
parciais para obtenção do grau de bacharel em
Odontologia.

Orientador: Dr. José Massao Miasato

Rio de Janeiro – RJ.

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

G693m Guimarães, Karoline Santos.

 Métodos de controle de ansiedade não farmacológicos em odontopediatria.
 / Karoline Santos Guimarães, Fernanda Martins Acióli de Lima – Duque de
 Caxias, 2021.

 30 f.; 30 cm.

 Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Odontologia) –
 Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de
 Ciências da Saúde, Duque de Caxias, 2021.

 “Orientador: José Massao Miasato.”

 Referências: f.29

 1. Odontologia. 2. Odontopediatria. 3. Saúde bucal. I. Lima, Fernanda
 Martins Acióli de. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza
 Herdy”. III. Título.

CDD – 617.6

KAROLINE SANTOS GUIMARÃES

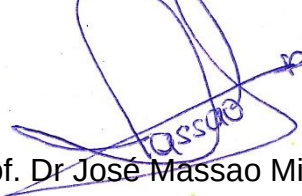
FERNANDA MARTINS ACIÓLI DE LIMA

**MÉTODOS DE CONTROLE DE ANSIEDADE NÃO FARMACOLÓGICOS EM
ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio “Professor José de Souza Herdy”,
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia.

Aprovado em 23 de Junho de 2021.

Banca Examinadora



Prof. Dr. José Massao Miasato

Universidade do Grande Rio



Prof. Dra. Leila Maria Chevitarese de Oliveira

Universidade do Grande Rio



Prof. Dra. Luciana Alves Herdy da Silva

Universidade do Grande Rio

Dedicamos esse trabalho às nossas famílias, que com muito carinho, sempre nos apoiaram ao longo dessa caminhada e nos incentivaram a continuar.

RESUMO

Muitas crianças podem se mostrar não cooperativas durante o tratamento dentário, dificultando o atendimento. O objetivo das técnicas de manejo comportamentais em odontopediatria é principalmente familiarizar o paciente com o ambiente do consultório odontológico. O emprego dessas técnicas em odontopediatria é de suma importância pois tendem a gerar maior segurança e tranquilidade durante o atendimento, visando estabelecer uma boa relação e comunicação, construindo uma relação de confiança indispensável entre o Cirurgião-dentista e a criança. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar por meio de uma revisão de literatura os principais métodos de controle de ansiedade não farmacológicos em odontopediatria, evidenciando a importância das técnicas de manejo comportamentais para se obter sucesso no atendimento.

Palavras-chave: Criança, comportamento, manejo, odontopediatria.

ABSTRACT

Many children may be non-cooperative during dental treatment, making care difficult. The objective of behavioral management techniques in pediatric dentistry is mainly to familiarize the patient with the environment of the dental office. The use of these techniques in pediatric dentistry is of paramount importance because they tend to generate greater safety and tranquility during care, aiming to establish a good relationship and communication, building an indispensable relationship of trust between the dentist and the child. Therefore, the present study aims to present through a literature review the main methods of non-pharmacological anxiety control in pediatric dentist, evidencing the importance of behavioral management techniques to be successful in care.

Key words: Child, behavior, management, pediatric dentistry.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Objetivo	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1 Técnicas de comunicação verbal e não verbal	10
2.1.1 Comunicação verbal	11
2.1.2 Comunicação não verbal	11
2.1.3 Técnica falar-mostrar-fazer	11
2.1.4 Controle de voz	12
2.1.5 Reforço positivo	13
2.1.6 Distração	13
2.1.7 Modelo	14
2.1.8 Mão sobre a boca	14
2.1.9 Contenção física	16
2.1.10 Participação dos pais no atendimento	17
3 DISCUSSÃO	19
4 CONCLUSÃO	22

1 INTRODUÇÃO

Odontopediatras e dentistas podem se sentir inseguros pela falta de experiência frente ao mal comportamento de algumas crianças. É visto que no atendimento infantil a cooperação da criança é o fator X para um tratamento de qualidade, mesmo sendo o atendimento prestado por um profissional bem qualificado¹.

No atendimento a um adulto grande parte da responsabilidade do sucesso do tratamento se dá pelo desempenho do dentista, conhecimento e manejo de técnicas, já que, geralmente temos uma boa cooperação desses pacientes, contudo, no atendimento a uma criança o contexto se torna diferente, grande parte do sucesso vai depender da colaboração da criança, mas, em contrapartida, a postura de segurança do profissional em suas habilidades de manejo também são fundamentais na inter-relação com crianças, mormente as rebeldes².

Sendo assim, a odontopediatria é um ramo da odontologia, que visa o aperfeiçoamento no atendimento a bebês, crianças e adolescentes, buscando realizar procedimentos menos invasivos e menos traumáticos, minimizando a complexidade do atendimento através de técnicas de manejo comportamental infantil³. Essas técnicas são utilizadas a fim de gerar mais segurança e tranquilidade durante o atendimento, bem como oportunizam o estabelecimento de uma boa relação, melhora na comunicação, construindo uma relação de confiança entre o dentista e a criança⁴.

O controle do comportamento infantil é uma etapa fundamental e constante em odontopediatria, que consiste em familiarizar a criança ao ambiente do consultório odontológico, sendo esse geralmente associado ao ambiente hospitalar, o que causa desconforto em muitas crianças, por trazer possíveis recordações de situações aterrorizantes já vivenciadas por elas, por meio do manuseio de instrumentos e barulhos desconhecidos que levam a alternância de comportamentos imprevisíveis no consultório odontológico³.

No atendimento infantil, existem muitos fatores que podem influenciar de forma negativa o tratamento; o impacto emocional, os medos e as fantasias gerados a partir de uma experiência vivida, ou até mesmo relatada por alguém, podem interferir no contato com o ambiente odontológico⁵.

O medo e a ansiedade costumam ser os principais obstáculos para o dentista. Deste modo, o profissional pode usar técnicas de manejo comportamental para desmistificar a imagem negativa que essa criança possa ter de um dentista ou de um médico, assim como de qualquer consultório. É importante que o dentista use da sua competência profissional para tentar entender e definir a fase de desenvolvimento que essa criança se encontra e identificar se está lidando com um paciente que se sente, de fato, em estado de vulnerabilidade ditado pelo medo ou ansiedade, ou então, se está lidando com um paciente que não está disposto a cooperar por capricho ou por indisciplina, portanto, o emprego dessas técnicas se faz necessário para a realização do tratamento. Em outros casos, tais técnicas são utilizadas apenas para desmistificar o tratamento odontológico e apresentá-lo de maneira positiva, reformulando imagens e associações com experiências desagradáveis passadas⁶.

As técnicas de manejo comportamental podem ser farmacológicas, com o uso de sedação consciente ou inconsciente, ou não farmacológicas. As não farmacológicas, mais bem aceitas e percebidas positivamente são falar-mostrar-fazer, reforço positivo, controle de voz e modelagem, e podem ser percebidas negativamente ou psicologicamente aversivas quando se utilizam técnicas como contenção física, mão sobre a boca ou mão sobre a boca com restrição da respiração nasal⁶.

Técnicas como a mão sobre a boca e a contenção física, por serem consideradas aversivas, devem ser utilizadas exclusivamente dentro de suas indicações. Assim, a contenção física possui indicação para crianças menores de três anos ou para crianças com distúrbios mentais, sem capacidade de compreensão e que possuem comportamento relutante e histérico durante o tratamento odontológico. Já a técnica da mão sobre boca é bastante controversa e, quando indicada, é recomendada para pacientes saudáveis, acima de três anos de idade, capazes de compreenderem perfeitamente as orientações dadas pelo cirurgião-dentista, mas que se comportam de maneira resistente ao atendimento⁷.

1.1 Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo apresentar técnicas não farmacológicas para o manejo da criança em odontopediatria.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Um estudo publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) revela que a cárie dental é a segunda doença mais comum em todo o mundo, estando a sua frente apenas o resfriado. A cárie é uma doença multifatorial e a doença crônica mais comum na infância, contudo trata-se de uma doença que pode ser prevenida e possui tratamento⁸. A falta de bons hábitos como alimentação e higiene atrelado a falta de conhecimento do profissional em relação as escolhas das técnicas de manejo e suas aplicabilidades associadas a carência de diagnóstico de cárie incipiente ativa, no momento do atendimento a uma criança, levam o Cirurgião-dentista a um fracasso no atendimento e consequentemente um aumento significativo do índice de cárie no paciente.

Certo é de que as decisões na odontopediatria não se limitam à escolha dos procedimentos técnicos, materiais e instrumentais a serem utilizados, mas, também, à escolha das técnicas de manejo comportamental mais adequada à cada caso, sendo de grande importância o envolvimento da criança e do responsável na discussão sobre as eventuais intervenções psicológicas a serem aderidas¹.

O Cirurgião-Dentista pode fazer uso de alguns tipos de sedações em odontopediatria, algumas delas são a sedação consciente e o controle por fármaco. A sedação consciente é definida como “Estado de depressão mínima do nível de consciência do paciente”, é feita com óxido nitroso (CO₂) um gás inodoro, analgésico e sedativo de rápida indução e recuperação, e temos o controle por fármacos feita com benzodiazepínicos que visam o controle da ansiedade do paciente, são essas algumas das maneiras de se evitar completamente atitudes inesperadas de crianças no momento dos procedimentos, no entanto, tais abordagens estão além do escopo desse trabalho^{9,10}.

As técnicas de manejo comportamentais não farmacológicas visam estabelecer uma boa comunicação com a criança, educando o paciente para a cooperação durante o tratamento odontológico, além construir uma relação de confiança indispensável para o dentista no seu atendimento. Alguns objetivos básicos são propostos em odontopediatria e buscam gerar o interesse sobre saúde bucal à criança e educá-la nos cuidados de higiene oral, levando-a a aceitar o tratamento necessário

e periódico, bem como a aceitação da sua responsabilidade pela própria saúde bucal. O autor acrescenta que um outro objetivo seria a busca de aproximação e entendimento na relação dentista-criança já que o cirurgião-dentista está lidando com um ser humano em desenvolvimento¹¹.

É primordial que a mensagem passada pelo profissional seja entendida pelo paciente; deve, portanto, ser passada de maneira apropriada ao seu nível cognitivo e por ele entendida, se atentando o profissional que cada criança tem sua particularidade, ou seja, uma criança é diferente das outras mesmo que estejam na mesma faixa etária. Da mesma forma, suas reações durante o atendimento odontológico podem ser diferentes¹².

Nesta revisão serão abordadas as principais técnicas de manejo comportamental que propõem melhorar o atendimento em odontopediatria, não esquecendo que todas precisam de prévia aceitação dos responsáveis e, para algumas, também da sua autorização, por escrito, com consentimento detalhado e devidamente assinada por eles¹³.

Dentre as técnicas mais utilizadas estão: comunicação verbal, comunicação não verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, distração, modelo, mão-sobre-a-boca e contenção física.

2.1 Técnicas de comunicação verbal e não verbal

A comunicação, de forma geral, tem como objetivo transmitir informações entre indivíduos sob a forma de mensagens devidamente compreendidas por aqueles que as recebem, sejam elas verbais ou não verbais.

Na odontopediatria as técnicas de comunicação verbal e não verbal devem ser adotadas prioritariamente visando o controle de comportamento; buscando criar vínculo paciente-dentista-responsável¹⁴.

2.1.1 Comunicação Verbal

Como em qualquer profissão, mormente naquelas em que envolvem forte relação entre o prestador e o beneficiário do serviço, a comunicação é de suma importância. Em odontopediatria, a comunicação verbal pode ser utilizada por meio de uma conversa com o paciente, a fim de que ele entenda os processos aos quais será submetido durante o tratamento a ser realizado e, assim, uma vez entendido, coopere.

A utilização da comunicação verbal na odontopediatria envolve as técnicas do dizer/mostrar/fazer, do reforço positivo, da distração, do controle de voz e da modelagem¹⁴.

2.1.2 Comunicação Não Verbal

A comunicação não verbal é caracterizada pelo uso da linguagem corporal através do uso de expressões faciais, postura, gestos e contato visual. Na comunicação frente a frente, quase sempre costuma atuar de forma complementar à comunicação verbal, reforçando o que é dito e externando alguns dos sentimentos que envolvem a comunicação. Como técnica, seu uso se dá por meio do toque, do sorriso, do contato visual e das expressões corporais e faciais^{14,15,16}.

2.1.3 Técnica do falar-mostrar-fazer (*tell-show-do* – TSD)

Esta técnica compreende vários conceitos da teoria da aprendizagem. Ela descreve que o profissional deve mostrar os vários instrumentos passo-a-passo antes de usá-los, isto é, se o dentista está trabalhando na boca, ele deve mostrar ao paciente tudo o quê e como será utilizado antes do procedimento. Somente quando a criança tiver a visão do que acontecerá, sucessivas abordagens podem ser realizadas corretamente¹². A técnica do falar-mostrar-fazer envolve as explicações dadas, entendidas a nível cognitivo do paciente, seguidas por demonstração e pelo procedimento a ser realizado. Consiste em explicar à criança do modo mais didático

possível ou de fácil entendimento o que será feito e mostrar, através de algum tipo de simulação, o que vai acontecer; tal técnica equivale à coluna vertebral da fase educacional para a preparação de um paciente pediátrico relaxado e receptivo; é uma técnica simples que geralmente leva o profissional ao êxito¹⁵.

Comportamentos aversivos podem acontecer, principalmente por conta de sentimentos como a ansiedade e o medo, situações em que os pacientes saem das suas zonas de conforto e tendem a acreditar que estão em perigo frente a uma experiência que não desejam enfrentar.

Segundo Kendrick 1999 “com a ansiedade fica, mais difícil a cooperação da criança. Essa técnica ajuda a criança a conhecer o que as espera, controlando e explicando o modo dela receber o estímulo sensorial, moldando o comportamento”. É indicada para pacientes acima de dois anos de idade e não tem contraindicações¹⁷.

2.1.4 Controle de voz

Essa técnica caracteriza-se pelo uso da postura e do tom de voz do profissional, adaptados à cada situação, como mais ou menos incisiva e autoritária, conforme a necessidade¹⁸.

Nessa técnica o tom de voz e entonação são de suma importância pois vão atrair a atenção da criança e dar a orientação necessária à forma de como o paciente deve se portar.

Na técnica do controle de voz, a expressão facial do profissional deve refletir uma atitude de confiança, pois, com a existência de um comportamento perturbador por parte da criança, o controle de voz poderá restabelecer rapidamente a boa relação entre dentista e paciente. Assim, a criança obterá a orientação e o profissional terá a cooperação por parte dela¹⁹. Essa técnica é indicada para qualquer faixa etária principalmente acima de 3 anos com o objetivo de estabelecer limites, exceto para deficientes auditivos²⁰.

2.1.5 Reforço positivo

O reforço positivo é o processo de ajustar/modelar o comportamento da criança “(...) feito através de elogios, gestos positivos e expressão facial”¹⁹. Esta técnica foi desenvolvida pelo filósofo norte-americano Burrhus Frederic Skinner que acreditava haver formas de controlar e mudar o comportamento humano através do que chamou de reforço positivo. A técnica, segue a linha de pensamento behaviorista que tem como um dos principais conceitos, o condicionamento operante que premia determinado comportamento de um indivíduo até que ele fique condicionado a realizá-lo continuamente.

Na odontopediatria, a técnica é utilizada no sentido de reforçar os comportamentos que o profissional julga positivos no atendimento, ou seja, quando a criança coopera, segue orientações, tem bom comportamento, deve ter tais comportamentos “premiados”. Esta “premiação” reforça o comportamento da criança e pode ser feita por meio de elogios, entrega de alguma “lembrancinha”, através de gestos positivos do profissional ou de formas análogas a fim de estimular a repetição do comportamento positivo¹⁹.

O reforço positivo deve ser feito assim que o bom comportamento acontecer, do contrário o paciente não entenderá qual comportamento lhe está sendo estimulado, nos casos de comportamentos negativos, o profissional deve se manter calmo e evitar falar palavras como “Pare!”, “Não faça!”, tentando sempre explicar e pedir gentilmente para que a criança se mantenha calma e que realize o que está sendo proposto¹⁹.

Essa técnica é indicada quando o cirurgião-dentista consegue realizar o objetivo previamente estabelecido e não possui contraindicações^{17,20}.

2.1.6 Distração

A técnica da distração tem como objetivo tirar ou desviar a atenção do paciente de algo que ele considere desagradável como no momento de uma anestesia, por exemplo. Nessa estratégia o dentista pode se utilizar de músicas ou de histórias infantis²¹.

Músicas com sons mais suaves, como cânticos de ninar ou melodias, traduzem sentimentos mais tranquilos, portanto mais indicadas. O profissional pode lançar mão de histórias, televisores, brinquedos, músicas ou de qualquer coisa que tire o foco do paciente do que está acontecendo na sua cavidade bucal²⁰.

Métodos complementares como conversar com a criança sobre outros assuntos e permitir o uso de algum brinquedo que não interfira no procedimento colaboram para melhor aproximação entre a criança e o profissional¹⁵. É indicada para todos os pacientes e não há contraindicação²⁰.

2.1.7 Modelo

A técnica de modelagem faz parte da teoria da aprendizagem social de bandura, por meio dessa aprendemos observando as ações do outro, é um aprendizado baseado na imitação de um comportamento praticado por alguém que serve como modelo²². No emprego dessa técnica na odontopediatria o profissional usa algo como referência ou modelo de comportamento esperado em determinada situação, seja por meio da postura de outros pacientes ou vídeos, buscando mostrar ao paciente como ele deve se portar²³.

Valendo-se de um “modelo”, fica mais fácil a identificação do padrão de comportamento esperado, evitando ou reduzindo prováveis negações ou medos prévios que possam existir no paciente, pois a maior parte do aprendizado das crianças é baseada em sua observação e imitação de outros²⁴.

O modelo tem como objetivo mostrar a reação de pacientes ante alguns procedimentos e, assim, desmistificar as eventuais reações negativas que o paciente possa criar com base em tais procedimentos. Trata-se de uma técnica importante no condicionamento do comportamento de crianças em qualquer idade, mostrando-se mais efetiva em crianças abaixo dos 7 anos¹⁹.

2.1.8 Técnica da Mão sobre a boca/ *Hand Over Mouth Exercise* (HOME)

Essa técnica é, geralmente, usada quando nenhuma das técnicas anteriormente citadas tem êxito. Na Técnica da Mão sobre a boca, o dentista busca a atenção do paciente para que ele o ouça e, assim, coopere. Trata-se de uma técnica de comunicação não verbal, que busca o entendimento do paciente de que “não é hora de falar”, mas de ouvir¹⁵.

É empregada em momentos de birra, de choro incontrollável e ataques de ira do paciente infantil, quando é impossível manter um diálogo adequado com a criança. Deve ser empregada juntamente com a técnica do controle de voz, buscando estabelecer uma comunicação favorável com o paciente e a promoção de um atendimento seguro¹⁵.

Por ser uma técnica que tende a causar impacto, torna-se um pouco controversa e, não costuma ser bem aceita por pais e responsáveis²³.

A técnica consiste em o dentista posicionar a mão sobre a boca da criança para abafar qualquer som emitido por ela quando nenhuma comunicação é viável devido à gritos e choros, simultaneamente ele deve se aproximar do ouvido da criança e dizer em tom baixo, calmo e sem raiva “você tem que parar de gritar, quero conversar com você, quero olhar os seus dentes”. Geralmente os gritos são interrompidos e assim o dentista remove a mão da boca da criança, quando a aplicação da técnica não atingir o resultado esperado, o profissional poderá aplicar a variação “mão-sobre-a-boca com restrições das vias aéreas” que consiste em colocar as mãos sobre a boca do paciente juntamente com o fechamento das vias aéreas superiores (no caso, narinas) com os dedos polegar e indicador por, no máximo, quinze segundos. Assim que o comportamento desejado for atingido, ou seja, que houver cooperação por parte da criança, imediatamente deve-se reforçar o comportamento com algum elogio – “sabia que você seria capaz de colaborar” ou “gosto de você porque você é um bom ajudante”^{4,25}.

Deixe-se claro que o intuito não é o de assustar o paciente, mas sim, silenciá-lo e atrair a sua atenção para que consiga ouvir o que o dentista tem a falar e, assim, seguir as orientações que lhe forem dadas pelo profissional².

Apesar de controversa e pouco aceita, como dito anteriormente, a *American Academy of Pediatric Dentistry* reconhece haver indicações para a Técnica da Mão sobre a boca e, contraindicações, também. Segundo a organização, a técnica é indicada nos casos de “criança normal, de três anos ou mais, saudável, que é madura o suficiente para compreender as direções do dentista e cooperar com as expectativas da consulta, mas que chega ao consultório gritando, histérica, apresentando comportamento hostil, agressivo e desregrado frente ao tratamento dental. Desmarcar ou adiar o tratamento desta criança, apenas incentivará seu mau comportamento”^{4,20}.

As contraindicações incluem crianças incapacitadas, imaturas e sob medicação cuja compreensão às orientações do dentista, se encontram comprometidas^{2,4}.

2.1.9 Contenção Física

Esta técnica consiste em conter/segurar o paciente em momentos de birra ou de mau comportamento para que, assim, o profissional consiga prosseguir com o atendimento e viabilizar o tratamento odontológico. É uma técnica usada, geralmente, em urgências odontológicas.

A restrição da liberdade dos movimentos poderá ser feita parcial ou totalmente, fazendo-se o uso de diversos recursos como “mãos, cintos, fitas, envoltórios de tecidos ou outros”¹⁷. É uma técnica pouco aceita pelos responsáveis e deve ter seu emprego limitado às situações indicadas sendo essas: crianças menores de três anos de idade que não cooperam e possuem grau mínimo de maturidade; em crianças com algum tipo de deficiência mental que, igualmente, não colaboram ou; naquelas com algum tipo de deficiência física que impossibilite, operacionalmente, o atendimento. Com isso, a técnica objetiva minimizar possíveis riscos de acidentes durante o atendimento, proporcionando, desse modo, um atendimento seguro e de qualidade²⁶.

Antes de seu emprego, é imprescindível a autorização escrita e assinada pelo responsável do paciente¹³.

2.1.10 Participação dos pais na tomada de decisões dos filhos durante o atendimento odontológico.

Grande parte das crianças que possuem um acompanhamento odontológico desde bebês, tendem a reagir de forma positiva, sendo bem mais cooperativas que as crianças que só vão ao dentista em um estado de urgência. Portanto, quanto mais cedo os pais levam seus filhos ao dentista, melhor tendem a ser seus comportamentos⁶.

Na odontologia, segundo o Código de Ética Odontológica constitui-se infração ética o início do tratamento de menores sem a autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência²⁷. Portanto, em odontopediatria, como o atendimento é realizado em menores, é necessária a autorização do responsável para qualquer ato praticado pelo profissional, inclusive para o uso de técnicas de manejo comportamentais¹³.

A autorização do responsável pode ser através dos consentimentos expresso e/ou implícito. O consentimento implícito é aquele em que há o claro entendimento pelo profissional de que o responsável pelo paciente está plenamente de acordo com o tratamento oferecido. O consentimento expresso, escrito ou oral, ocorre quando, após receber as informações e orientações sobre o tratamento a ser realizado, o responsável pelo paciente declara, de maneira escrita ou oral, estar de pleno acordo com o tratamento proposto²⁸.

Em um estudo realizado em 2003, foi analisada a aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo comportamentais utilizadas durante o atendimento odontopediátrico. O estudo estabelecia que os pais indicassem as técnicas aplicáveis aos seus filhos, após assistirem a uma gravação audiovisual. As técnicas mais aceitas foram: dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo e sedação consciente, e em algumas situações, os pais consideravam ainda a utilização de técnicas como contenção ativa e passiva. A grande maioria dos pais, no entanto, disse que jamais permitiria a adoção de técnicas como mão sobre boca e anestesia geral em seus filhos, refletindo, segundo o autor, a necessidade de maior esclarecimento dos pais sobre a indicação e o implemento de cada técnica²³.

O pré-requisito para aplicação das técnicas de mão sobre boca e de anestesia geral é a obtenção da permissão dos pais ou responsáveis pela criança através do termo de consentimento. Contudo, segundo a literatura, a maioria dos profissionais que fazem uso dessas técnicas não obtém o consentimento prévio dos pais por escrito^{23,28}. O autor sugere a necessidade de esclarecer os pais em relação aos procedimentos a que seus filhos serão submetidos, sanar suas dúvidas e explicá-lhes a necessidade do uso de técnicas de manejo comportamental, pois os pais são os agentes de saúde familiar responsáveis pela motivação essencial para o tratamento odontopediátrico. Desta forma, pais e/ou responsáveis devem ser encarados como aliados na promoção da saúde oral da criança^{29,30}.

Em um outro estudo realizado a maioria dos pais disseram que prefere acompanhar as intervenções realizadas em seus filhos e considera-se importante a sua permanência durante o atendimento, sendo assim, pais e responsáveis podem receber do profissional informações e orientações sobre como se portar ou agir durante o atendimento, facilitando sobremaneira a adoção de uma postura colaborativa por parte da criança³¹.

3 DISCUSSÃO

O comportamento do paciente infantil é muito variável. Pacientes de mesma faixa etária podem ser cooperativos ou não. Sua postura dependerá de inúmeros fatores: prévio medo do atendimento por relatos alheios, por associação da imagem do dentista à dor ou a algo ruim ou mesmo medo da criança de profissionais que vestes jalecos – muito possivelmente por más experiências anteriores (outros dentistas, médicos, vacinação)⁵.

O papel dos pais no momento do atendimento também tem significativa importância. Estudos revelam que sua postura pode influenciar o comportamento dos pacientes infantis^{33,34}.

Pais ou responsáveis que se mostram ansiosos, estressados, com medo no momento do atendimento ou antes dele, contribuem fortemente para que não haja uma postura positiva e colaborativa da criança³⁵.

Em um estudo realizado em 2006 foram observados que altos índices de estresse observados em crianças durante o tratamento odontológico estavam correlacionados, de forma significativa, com maiores escores de medo do dentista e ansiedade relatados pelos pais ou mães³⁶.

Análises realizadas em 2008 observaram que as crianças menos colaborativas estavam acompanhadas por mães que apresentavam maiores indicadores de medo de dentistas e de estresse³⁷.

É claro, portanto, que o profissional dentista não deve se atentar apenas à criança a quem se direciona o atendimento, mas também, desenvolver boas estratégias que envolvam o responsável no ambiente de relacionamento a três: Dentista-responsável-criança.

A técnica da comunicação verbal é muito aceita por pais e responsáveis, segundo os autores não tem contraindicação e pode ser usada em qualquer idade³⁶. Entretanto, outros autores acrescentaram que essa comunicação deve ser realizada apenas por uma pessoa para não confundir o paciente⁴.

As técnicas falar-mostrar-fazer e reforço positivo as mais consentidas pelos pais³⁸.

A técnica falar-mostrar-fazer é indicada para crianças a partir de 2 anos e não possui contraindicações. Seu objetivo visa a familiarização da criança com o consultório odontológico, criando associações positivas com os objetos odontológicos e suas funções³⁹.

Alguns autores enfatizam a importância da técnica controle de voz, pois pacientes infantis geralmente não cedem aos apelos verbais⁴⁰. Outros também enfatizaram que a entonação é um fator importante e deve ser usada para atrair a atenção das crianças⁴.

Na técnica distração Bustillo inclui a estratégia de música como mais um importante auxiliar no tratamento odontopediátrico. Outros autores concordaram que a distração tem como principal objetivo desviar a atenção do paciente durante tratamento odontológico e pode ser feita de várias formas, incluindo música, filmes, livros ou histórias^{38,40}.

Contudo, em contrapartida, há técnicas que são consideradas controversas como a técnica mão sobre a boca que, para alguns autores é a técnica de manejo físico menos aceita pelos pais. Há relatos de que alguns pais “preferem ter suas crianças sujeitas à anestesia geral a esta técnica”⁴¹.

A técnica mão sobre a boca deve ser usada como último recurso em crianças não colaborativas²⁴. Não pode ser realizada em pacientes especiais e em menores de 3 anos⁴².

Essa técnica é usada para controlar birras e outros ataques de ira, e deve ser usada complementar ao controle de voz. Este sistema funciona de maneira confiável em vários tipos de personalidade infantil¹.

A contenção física tem o objetivo de evitar acidentes que podem ser causados por materiais odontológicos e é adequada para pacientes imaturos não cooperativos e em situações que ameaçam a segurança dos pacientes, pais ou profissionais^{19,43}.

Segundo Peretz e Zadik, a maioria dos pais que aprovaram a técnica contenção física, a maior parte de seus filhos não cooperava, contudo, ainda assim essa técnica foi caracterizada como pouco aceitável. Alguns autores relatam que a contenção física é usada em crianças pequenas, pois estas não entendem que suas mãos devem ser mantidas fora do campo operatório¹.

Portanto, como o autor enfatiza, mesmo a técnica mais inócua como falar-mostrar-fazer, não podem garantir que os pacientes não se tornem um adulto fóbico ao tratamento dentário, ou que os pais não reajam á técnicas usadas em seus filhos. Um dentista que entende o comportamento das crianças e de seus pais, é sábio e competente².

“Entender e fazer uso de técnicas que ajudem a criança a se portar de maneira positiva frente ao tratamento odontológico é de extrema importância. Isso ajuda o dentista a criar um vínculo com a criança, diminuindo o risco da não aceitação e ou rejeição ao tratamento dentário”^{44,45}.

4 CONCLUSÃO

Tendo em vista os aspectos observados a partir da revisão de literatura realizada, conclui-se que o sucesso do tratamento odontológico em odontopediatria está intimamente relacionado ao controle do comportamento do paciente pediátrico durante o atendimento, o controle do comportamento é uma etapa fundamental e contínua e o uso das técnicas de manejo comportamental é necessário, pois permitem ao dentista desenvolver estratégias eficazes de intervenção para pacientes com comportamentos não cooperativos, o dentista deve ir além do campo dos procedimentos técnicos a serem realizados e saber lidar com os diferentes tipos de comportamentos que podem ocorrer durante a consulta. Percebe-se então, que as técnicas de manejo comportamental tendem a gerar mais segurança e tranquilidade durante o atendimento, bem como oportunizam o estabelecimento de boa relação, melhora na comunicação e conseqüentemente maior confiança entre criança e dentista, desse modo obtendo sucesso nos procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levitas T. HOME: Hand Over-Mouth-Exercise. ASDC J Dent Child. 1974; 41:18-22.
2. Pinkhan JR, Casamassino PS, Fields JR, Henry W. Odontopediatria da infância à adolescência. 2 ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1996.
3. Guedes-Pinto A.C. Odontopediatria. 8.ed. São Paulo: Santos; 2010.
4. Albuquerque C, Gouvêa C, Moraes R, Barros R, Couto C. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. Arquivos em Odontologia 2010 abr-jun; 46(2):110-115.
5. Caraciolo G, Colares V. Prevalência de medo e/ ou ansiedade relacionados à visita do dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. Revista Odonto Ciência – Fac.Odonto PUCRS. 2004 Oct-Dez; 19(46): 348-530.
6. Mastrantonio SDS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamento infantil no consultório Odontológico – Relato de Caso Clínico. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2004 Mai-Jun; 7(37): 230-237.
7. Tavares MJ, Modesto A, Tostes Amaral MA, Ré- dua PCB, Vianna RCB. Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e restrição física. Rev ABO Nac; 2000 out-nov; 8(5): 296-301.
8. Cárie: saiba mais. Odontoprev, 2017. Disponível em: [Cáries: saiba mais! | Odontoprev \(odontoprevonline.com.br\)](http://odontoprevonline.com.br). Acesso em 07/06/2021.
9. Hochuli, Rafaela. Tipos de sedação em odontologia, 2021. Disponível em: www.academiadaodontologia.com. Acesso em 07/06/2021.
10. Macedo-Rodrigues LW, Rebouças PD. O uso de Benzodiazepínicos e N2 O/O2 na sedação consciente em Odontopediatria. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep, 2015 jan-jun; 25(1) 55-59.

- 11.Kuhn, B.R, Allen, K.D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry*, 1994 Jan-Feb; 16, (1):13-17.
- 12.Penido RS. Psicoterapia comportamental na prática odontológica. In: Lettner HW, Rangé BP. manual de psicoterapia comportamental. São Paulo: Manole Ltda, 1987.
- 13.Código de ética odontológica. Resolução do CFO n. 42, de 20 de maio de 2003. Disponível em: [http:// www.ferp.usp.br/restauradora/etica/c_estica/ ceo_05_03.html](http://www.ferp.usp.br/restauradora/etica/c_estica/ceo_05_03.html). Acesso em: 15/04/2006.
- 14.Comunicação verbal e não verbal. Portal da educação, disponível em: [A comunicação verbal e não verbal - Portal Educação \(portaleducacao.com.br\)](http://portaleducacao.com.br). Acesso em 8/06/2021.
- 15.Zanetti G, Punhagui MF, Frossard WTG, Oda N. Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde*. Londrina. 2001 out; 3 (1) 69-75.
- 16.Marques Jose Roberto. Comunicação verbal e não verbal. Blog do JRM, 2016. Disponível em: [Comunicação verbal e não verbal - JRM Coaching](#). Acesso em 08/06/2021.
- 17.Klatchoian DA, Toledo AO. Aspectos Psicológicos na clínica odontopediátrica. In: Toledo AO. *Odontopediatria. Fundamentos para a prática clínica*. 3. ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005. p.53-72.
- 18.Castro A, Oliveira F, Paiva Novaes M, Araujo Ferreira D. Behavior guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities. *Special care in dentistry : official publication of the American Association of Hospital Dentists, the Academy of Dentistry for the Handicapped, and the American Society for Geriatric Dentistry* 2013 Sep-Oct;33(5):213-7.
- 19.Silva LFP, Freire NC, Santana RS, Miasato JM. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*. 2016 mai-ago; 28(2): 135-42.

20. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2005-2006; 27(7):92-100.
21. Possobon, R. de F; Caetano. M. E. S; Moraes, A. B. A. de. Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *RBO*, v.55, n.2, p.80-83, mar./abr. 1998.
22. A técnica de modelagem. Sou mamãe, 2021. Disponível em: <https://www.google.com.br/amp/s/soumamae.com.br/a-tecnica-de-modelagem/%3famp=1>. Acesso em: 14/06/21.
23. Fúccio F, Ferreira K, Watanabe S, Jorge M, Pordeus I, SM P. Aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo do comportamento utilizadas em Odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003; 6(30) :146-51.
24. Costa Junior ÁL. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estud Pesqui Psicol* 2002 jul- -dez; 2(2):46-53.
25. Pentagna M. Técnica da mão sobre a boca [dissertação]. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia da UERJ. 2001.
26. Shitsuka R, Shitsuka C, Moriyama C, Corrêa F, Delfino C, Corrêa M. Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na odontopediatria: um estudo piloto. *RFO, Passo Fundo* 2015 jan-abr; 20(1):59-6.
27. Walker MMS, Ferreira SLM. Odontopediatria: uma visão sobre os aspectos éticos e legais. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, 2002 mar-abr; 5(24): 137-40.
28. Machado MS, Nagano HCM, Silva JYB, Boaco VL. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 2009 jan-abr; 21(1): 38-47.
29. Noronha JC, Ribeiro JRD, Souki BQ, Massara MLA. Parâmetros clínicos para a classificação do estado motivacional familiar em Odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2001 Jan-Fev; 4(17): 63-7.
30. Ramos-Jorge ML, Paiva SM. Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003 jan-fev. 6(29):70-4.

31. Ribeiro Júnior HC, Oliveira ACB, Ferreira CM, Paiva SM, Pordeus IA. Opinião dos pais em relação a sua permanência durante o atendimento odontológico da criança. *Arq Odontol*; 2002; 38(4): 295-3.
32. Lopes CJO, Silva AF, Moura APG, Santos KMJ, Silva TF. Técnicas de manejo comportamental não farmacológica em odontopediatria. *Odontologia: Tópicos em Atuação Odontológica*. 2020; 12:162-71.
33. Johnson, R., & Baldwin. D. C. (1969). Maternal anxiety and child behavior. *Journal of Dentistry for Children*, 36(2), 87-92.
34. Koenigsberg, S. R., & Johnson, R. (1972). Child behavior during sequential dental visits. *Journal of American Dental Association*, 85(1), 128-132.
35. Wright, G. Z., Alpern, G. D., & Leake, J. L. (1973). The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior.
36. Robey, L. M. (2006). Stress in the dental chair: An investigation of the roles of parental stress and child preparation (Monograph unpublished). St. Mary's College of Maryland, MA. Retrieved April 24, 2007, from.
37. Cardoso, C. L., & Loureiro, S. R. (2008). Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicologia em Estudo*, 13(1)13.
38. Fisher-Owens S. Broadening Perspectives on Pediatric Oral Health Care Provision: Social Determinants of Health and Behavioral Management. *Pediatric Dentistry*. 2014; 36(2):115- 20.
39. Ferreira, J.M.S.; Aragão, A.K.R.; Colares, V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, v. 9, n. 2, p. 247-51, 2009.
40. Leite, D.F.B.M. et al. Condução psicológica do paciente infantil em Saúde Pública. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, v. 12, n. 4, p. 251-4, 2013.
41. Scott S; Garcia-godoy F. Attitudes of hispanic parents toward behavior management techniques. *Journal of Dentistry for Children*, p.128-131, Mar/Apr, 1998.

- 42.Singh KA. Techniques for the Behavior Management in Pediatric Dentistry. International Journal of Scientific Study. 2014; 2(1):10.
- 43.Ferreira, E. et al. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico de bebês: revisão de literatura. Revista Gestão & Saúde, v. 14, n.1, p 31-6, 2016.
- 44.Marques KBG, Gradvohl MPB, Maia MCG.Medo e Ansiedade Prévios à Consulta Odontológica em Crianças do Município de Acaraú-CE. RBPS. 2010; 23(4):358-367.
- 45.Santiago EP; Brito TS; Sissi SAA; Silva-Melo A1. Odontofobia na Infância e a Conduta do Cirurgião-Dentista: Uma Revisão Integrativa da Literatura. JNT- Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1, 2021 Mai. Ed. 26. V. 1. Págs 103-117.