



**Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Departamento de Odontologia Infantil**



**MARCELA BASSO**

# **MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL EM ODONTOPEDIATRIA**

Monografia apresentada à faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção de título de Especialista em Odontopediatria

**PIRACICABA  
2003**



**Universidade Estadual de Campinas  
Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Departamento de Odontologia Infantil**



**MARCELA BASSO**

# **MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL EM ODONTOPEDIATRIA**

Monografia apresentada à faculdade de  
Odontologia de Piracicaba, da  
Universidade Estadual de Campinas,  
como requisito para obtenção de título de  
Especialista em Odontopediatria

Orientadora : Prof. Dra. Cecília Gatti  
Guirado

**PIRACICABA  
2003**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marino e Bernadete, que foram escolhidos por Deus, para me presentear com o maior dos talentos : o dom da vida; pelo apoio e colaboração que me dispensaram, pela privação de seus sonhos em favor dos meus. E, sobretudo, pela lição de amor que me ensinaram durante toda a vida; e que eu possa transmiti-la no exercício da minha profissão, com a mesma dignidade com a qual vocês a fizeram chegar a mim. À vocês, o meu MUITO OBRIGADO !!!!

## AGRADECIMENTOS :

- À Deus, por se fazer presente em todos os momentos da minha vida.
- À minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cecília Gatti Guirado, pelo apoio, carinho e amizade, o meu especial agradecimento.
- Às colegas do curso de especialização pela amizade e companheirismo.
- À minha irmã pelo incentivo e apoio.
- À Dona Maria pelo carinho, paciência e força durante essa jornada.
- As demais pessoas que, embora não citadas, que participaram de alguma forma, contribuindo para a realização deste trabalho, meu agradecimento.

## SUMÁRIO :

RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	9
REVISÃO DE LITERATURA	10
DISCUSSÃO	51
CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

**RESUMO :**

Na escolha pela especialidade da Odontopediatria, é necessário que o cirurgião-dentista consiga transpor suas limitações, uma vez que além de aptidões técnicas é preciso muito carinho, dedicação, bom senso, conhecimento, sensibilidade e, principalmente muita psicologia, que deve estar embasada em aspectos científicos e praticada continuamente como um treinamento objetivo capaz de influenciar de forma positiva a relação entre o profissional e o paciente. Discussões e estratégias sobre a introdução das crianças na clínica odontológica e o contato com o cirurgião-dentista diante dos principais aspectos psicológicos e métodos de controle comportamental empregados de acordo com a literatura são o objetivo deste estudo.

**ABSTRACT :**

When choosing the pedodontology specialty, the dentists need overcome their limitations, once that beyond the technical aptitude, it is necessary a lot of tenderness, dedication, good sense, knowledge, sensibility and mainly, a lot of Psychology. This must be based on scientific aspects and practiced continuously as an objective training able to influence positively the relationship between the professional and the patient. This study aims to present discussions and strategies about the introduction of the children to the dental clinics and the contact of the dentist with the main psychological aspects and behavior control methods applied in accordance to the literature pieces about this subject.

## I. INTRODUÇÃO :

A principal finalidade de se aprofundar no esclarecimento da forma como uma criança pensa e age se resume no seguinte objetivo profissional: “Oferecer um tratamento odontológico eficiente, com qualidade e livre de censuras oriundas do paciente infantil”. Para atingir este objetivo ideal, o que quase nem sempre é alcançado, torna-se imprescindível uma profunda dedicação por parte do profissional Odontopediatra em desmembrar os complexos ditames que regem a conduta comportamental que norteiam os passos da criança, bem como a dos pais e das situações sociais que convive o menor, desde a lactação à fase adulta. Para que, com isso, reduzam os índices de insucessos e consiga, portanto, alcançar melhores êxitos no ofício que abraçou. Isto, como cita a literatura, é mais alcançada por força da própria experiência profissional e não somente pelos exímios conhecimentos acerca da Psicologia Aplicada ao paciente infantil. É com base na evidência de “cada caso é um caso” é que se faz mister lançar mão de diversos recursos de abordagem comportamental no campo da Psicologia no sentido de padronizar àqueles modelos comportamentais mais comuns e, com isto, desenvolver os princípios que serviram de guia para a elaboração de planos de tratamento mais eficientes para cada caso em foco (MÁRCIO, 2002).



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

SILVA *et al.*(1992) constataram que a boca é o principal e o primeiro órgão de relação com o mundo e que possibilita a sobrevivência. Por isto, introduzir elementos estranhos na cavidade bucal sempre é vivenciado como uma agressão forte; a própria posição da criança na cadeira, geralmente reclinada e de boca aberta, impossibilita a utilização de várias de suas capacidades, como a motricidade, a fala, fundamentais na flexibilidade do relacionamento.

GONÇALVES, SAGRETTI & BORGES (1993) descrevem que do ponto de vista psicossomático, a boca é provavelmente o órgão mais importante do corpo humano. É através dela que a criança faz seu primeiro contato com o mundo exterior, e é através dela que explora o seu redor. Horas depois do nascimento e durante as primeiras semanas de vida, o mundo não existe para a criança. Nem os sons nem as impressões visuais têm significado algum. A boca e os dentes são órgãos por meio dos quais podem expressar-se os primeiros sentimentos de felicidade, alegria, raiva e de prazer, o canto, o riso, o pranto emanam da boca. Representa a comunicação através da fala. Com o nascimento dos primeiros dentes ocorre possibilidade real de destruir, usando os dentes para morder; forçando assim a criança à abandonar o vínculo oral com a mãe e, portanto, procurar novas formas de ligações. Pode ser esta uma carga irracional de angústia que acompanha toda intervenção nos dentes. Cabe ao dentista estar sempre consciente que quando o paciente abre a boca para a intervenção odontológica, está acontecendo um outro tipo de relacionamento que trará consigo, temores e esperança. O dentista estará constantemente despertando fantasias e provocando reações emocionais. A mão

do dentista, com os instrumentos, mobiliza sentimentos ou de estar sendo acariciado ou violado.

URTIAGA (1998) concluiu que a boca representa um veículo de nutrição e de vida, um meio de conhecimento do mundo, um instrumento de relação, constituindo-se base de emoções primárias e continuando importante condição de prazer e sobrevivência por toda vida adulta. A boca e os dentes tomaram uma dimensão nova ao incorporar-se o conceito de seu conteúdo emocional, pela prioridade que assumem na etapa oral do desenvolvimento da personalidade. A boca não é somente um órgão que assegura a alimentação, indispensável para a sobrevivência, mas também porque através da sucção o bebê incorpora o afeto de sua mãe, alimento tão vital, que sua falta, ou déficit, põe em grave risco a vida. O aparecimento do primeiro dente tem uma conotação psicológica importante. O bebê não só abandona a sucção para passar à alimentação sólida como também abre mão de sua fonte de afeto, o seio, e o dente assim se constitui em iniciador de novas experiências de crescimento. O principal aspecto psicológico da primeira dentição reside na mudança de atitude na criança: de passivo recebedor para ativo destruidor, por isso, para os seres humanos, os dentes passam a ser símbolos de força, de agressão, de atitude ativa, independente, e perde-los implica em insegurança e reativação de ansiedades. A cavidade oral têm um significado que transcende o simples mastigar e deglutir. Aparece explícito o conteúdo emocional ligado a experiências afetivas, intimamente relacionado à maneira como se processou a primeira etapa do nosso desenvolvimento, quando a zona oral era nossa única forma de relação com o mundo. Portanto, é de fundamental importância que dentistas se capacitem à identificação e ao entendimento de sentimentos que emergem na consulta, sejam eles de ansiedade, sedução, agressão ou pânico.



De acordo com WOLF (2002), é pela boca que se estabelecem os primeiros contatos do ser humano com o mundo exterior. Esse órgão é a mais primitiva fonte de conhecimento e de prazer e a interação entre bebê e mundo que aí se desenvolve é considerada pelos estudiosos de Psicologia, como um dos elementos constituintes da personalidade. A vivência do nascimento dos dentes no bebê é também bastante importante para o desenvolvimento psicológico, pois confere-lhe o poder de atuar sobre o meio, seja modificando seus alimentos, seja permitindo-lhe a expressão da agressividade por meio do ato de morder.

Segundo SANDRINI, BONACIN & CHRISTÓFORO (1998), do ponto de vista psicossomático, a boca é provavelmente o órgão mais importante do corpo humano. É através dela que a criança faz seu primeiro contato com o mundo externo, horas depois do nascimento e durante as primeiras semanas de vida, o mundo não existe para a criança. Nem os sons nem as impressões verbais têm significado algum. Bruscamente sua mucosa oral seca-se e de todo o seu organismo partem ao mesmo tempo, estímulos que o córtex interpreta, como perturbações ou reação de alarme. Portanto, a boca é o elemento receptor de comunicação entre mãe e filho. É o órgão das emoções. A boca representa inconscientemente uma zona de liberação e também erógena ou uma ponte de prazer vegetativo. Forma, juntamente com os dentes, órgãos por meio dos quais podem expressar-se os primeiros sentimentos de felicidade, alegria, raiva e de prazer. O canto, o riso e o pranto emanam pela boca.

## 2.1 DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO DA CRIANÇA :

Segundo KANNER *in* TIBA (1986), a socialização do ser humano compreende basicamente três períodos: socialização elementar, familiar e comunitária. O bebê quando nasce, não tem conhecimento de nada. Até os seus dois anos de idade, a criança aprende a identificar, controlar e satisfazer suas funções fisiológicas mais elementares, principalmente alimentação, defecação e micção. Este é o período de socialização elementar. No período da socialização familiar a criança aprende as normas de comportamento familiar. Ela deixa de ser o centro do seu universo para ser membro da unidade familiar. Tal socialização é transmitida pela sua família. Costuma ocorrer até quatro a cinco anos de idade. Pela socialização comunitária a criança adquire consciência comunitária, e a escola é muito importante para a sua vida. As normas sociais são diferentes das familiares. Uma criança que tenha boa socialização familiar geralmente é facilmente socializável pela comunidade. Não existe limites nítidos entre estas socializações. Antes de findar uma, já se inicia outra. Atualmente nem bem se organiza a socialização familiar, já se inicia a comunitária, principalmente nas crianças que freqüentam escolas e creches já aos dois e três anos de idade.

De acordo com KLATCHOIAN (1993) a evolução infantil se deve às modificações de seu sistema nervoso em interação àquelas do meio ambiente. Formam-se, nos dois primeiros anos de vida, reflexos condicionados em resposta à estimulação de órgãos receptores capazes

de induzir reações complexas, que, por sua vez, estão sujeitas ao desejo da criança. Dos dois aos três anos de idade a criança acumula grande quantidade de impressões, as quais ainda não consegue analisar de forma independente, solicitando a ajuda de outras pessoas (época em que pergunta freqüentemente : por que?). Somente entre os três e cinco anos passa a formar suas próprias opiniões. Dos cinco aos sete anos a criança apresenta um impulso importante no aperfeiçoamento de toda a atividade nervosa superior, em especial da capacidade analítica; seu discurso se torna mais coerente, sendo capaz de transmitir seus pensamentos e impressões.

Os padrões típicos de comportamento em diferentes níveis de idade dependem do desenvolvimento somático e das influências do meio ambiente. É necessário salientar os aspectos psicológicos nas diferentes idades, os quais influenciam fortemente a escolha das técnicas de manejo do comportamento infantil (TOLEDO, 1996).

Do nascimento aos 2 anos de idade : Existem fortes laços ligando a criança à mãe, sendo a criança extremamente dependente. A reação normal frente ao trabalho odontológico é de muito choro e resistência. Sendo assim, a sessão deve ser a mais rápida possível e acompanhada dos pais.

Por volta dos 2 anos e meio : É considerada a “idade do sim e do não”, que são igualmente convidativos para a criança, indo seu comportamento a extremos contrários. Nesta idade, a criança torna-se teimosa, rebelde e desobediente. No consultório pode apresentar-se um dia com grande colaboração e, no dia seguinte, nada é conseguido.

Aos 3 anos de idade : Há maior independência e individualidade. A curiosidade torna-se extrema, caracterizando a criança “xereta”, começando a surgir os “comos” e “porquês”. O relacionamento com esta criança torna-se mais fácil explicando-se as razões do tratamento.

Quanto aos medos, é preciso lembrar que, dos 2 aos 4 anos, há grande receio quanto aos desconhecido, inesperado e abandono, devendo por isso, até pelo menos aos 4 anos, haver a presença da mãe no consultório. Também deve ser mencionada a capacidade das crianças para criar "fantasias", misturando o mundo real e o imaginário.

Aos 4 anos de idade : É a idade dos "comos" e "porquês", havendo grande interesse pelas coisas e pessoas. Mostra-se mais comunicativa e conversadora. Esta criança tem necessidade de informação. Em geral, se ela tem um lar feliz, com disciplina e treinamento, é um paciente colaborador.

Dos 5 aos 6 anos : Chamado período da crítica. A criança já tem capacidade suficiente para julgar as situações. Gosta muito de elogios. Nesta fase deve-se tomar cuidado de não cair em contradições. Dos 4 aos 6 anos, há um declínio gradual dos primeiros medos (inesperado, abandono e desconhecido) devido aos aumento da compreensão. Mas há grande medo quanto às lesões corporais ou ao dano físico, portanto, a picada da agulha ou a vista de sangue podem desencadear uma reação não colaboradora.

Dos 6 aos 7 anos : Com a entrada na escola, há o período da socialização, com o desenvolvimento da vida social em grupo homogêneo de idade, condições físicas e mentais. Há uma primeira forma de responsabilidade. Normalmente são pacientes colaboradores.

Dos 7 aos 8 anos : Há um grande desenvolvimento social e intelectual, com a ruptura do quadro familiar e da mentalidade infantil. Agora a criança tem mais sentido de dever, maior capacidade de raciocínio e compreensão, tornando mais fácil sua adaptação ao tratamento odontológico.

Dos 8 aos 9 anos : É a idade da expansão e da extravagância, onde a criança se encontra menos sensível. Não gosta de ser tratada como criança e torna-se mais responsável. No consultório consegue um domínio emocional considerável.

Dos 9 aos 12 anos : É o período pré-adolescente. A partir dos 9 anos, vive um período difícil, pois não é mais uma criança, nem tampouco um adolescente. Já não depende muito de elogios, apenas o elogio oportuno. Aos 12 anos, começa a reivindicar o direito de tomar iniciativas. Na situação odontológica, raramente oferece problemas de comportamento.

Segundo McDONALD (2000) o desenvolvimento da criança envolve o estudo de todas as áreas de evolução humana, desde a concepção até a adolescência. Isto significa muito mais do que o crescimento físico, que muitas vezes implica somente ao aumento de tamanho. O desenvolvimento compreende o desdobramento contínuo, que pode acarretar mudanças no tamanho, forma, função, estrutura ou nas habilidades.

MÁRCIO (2002) afirma que a criança apresenta um estado comportamental altamente induzido pelas atitudes paternas, mesmo antes da concepção propriamente dita, no que se refere ao ritmo de vida desenvolvido pelos pais, recebendo, daí, além do caráter genético a influência do meio e o contínuo aprendizado desenvolvido pelo contato físico da criança com o meio externo. O desenvolvimento social e comportamental mantém influências recíprocas que promovem a contínua renovação de conceitos relativos a integração social do meio em que convive, fazendo com que se evidencie uma clara distinção entre o crescimento físico e o comportamento em si. O crescimento físico é considerado como a consequência da interação entre proliferação celular, geneticamente controladas, e influências do ambiente que modificam o programa genético, enquanto que o comportamento é visto como o resultado de

uma interação entre padrões de comportamento inatos ou instintivos e padrões comportamentais aprendidos após o nascimento, levando a deduzir que quanto mais idoso é o indivíduo, mas complexo são os padrões de comportamento e mais importante será a quantidade de comportamentos adquiridos.

## 2.2 TIPOS DE CRIANÇA:

WOLF (2002) constatou que podem-se encontrar pacientes infantis que não apresentam maiores dificuldades para serem tratados, revelando atitudes positivas e colaborando com o dentista. Entre os pacientes chamados não-cooperativos estão aqueles que são incapazes de compreender a necessidade de tratamento ou os procedimentos do dentista, seja porque são muito pequenos, seja porque apresentam graves deficiências físicas ou mentais. Outras crianças demonstram sofrer a influência de atitudes educativas equivocadas, apresentando padrões de comportamento inadequados que prejudicam o relacionamento com o profissional, inviabilizando, muitas vezes, a realização dos trabalhos. Embora possam entender a necessidade da ação do profissional e tenham condições para manifestar comportamentos de colaboração, agem de forma a prejudicar o andamento das sessões. Em termos de padrões de comportamento, podem-se distinguir os seguintes tipos de crianças que, embora tenham capacidade para colaborar, trazem dificuldades ao profissional :



a-) Crianças indisciplinadas, teimosas e rebeldes que tentam dominar os adultos por meio de atos caprichosos e voluntariosos. São agressivas e desafiantes, rejeitando a autoridade de pais, professores, dentistas, etc. Essas crianças não aceitam limites e apresentam pouca tolerância à frustração, reagindo com berros e chantagens quando são contrariadas ou quando querem alguma coisa. É possível que, por meio desse tipo de atitude, tenham obtido domínio anterior sobre outras pessoas e, por isso, tentam sempre conseguir vantagens utilizando-se do mesmo método. Sendo assim, é importante que o dentista, ao identificar esse tipo de criança, mantenha-se firme e calmo, não se deixando dominar por ela.

b-) Crianças tensas que se mantêm em estado de extremo alerta diante da situação. Pode-se notar que mesmo obedecendo e submetendo-se passivamente ao dentista, mostram muitos sinais de ansiedade, não conseguindo estabelecer comunicação adequada com o profissional. Geralmente trata-se de criança que, embora muito assustada por estar vivendo essa nova situação, teme ser criticada ou castigada se externar seus sentimentos e desejos. Aconselha-se que o dentista demonstre ser sensível e preocupado com as crianças que apresentam esse tipo de comportamento, estimulando-as a se expressarem e cuidando para não aumentar os seus medos.

c-) Crianças excessivamente tímidas que se mostram inseguras, retraídas e acanhadas diante de estranhos. Embora demonstrem muito medo, não têm iniciativa e apenas choram ante os estímulos que percebem como ameaçadores. O dentista pode conseguir trabalhar melhor com uma criança assim se agir com muita calma, tranquilizando-a, repetindo as instruções e assegurando-se de que ela compreenda as explicações.

d-) Crianças que demonstram pavor da situação, reagindo com muito choro e tentando fugir a todo custo. Como é provável que tenham vivido experiências anteriores negativas que as traumatizaram, levando-as ao medo excessivo do tratamento odontológico, o profissional deve orientar sua conduta de forma a conseguir que seu paciente compreenda os processos que ocorrem durante a intervenção, estimulando a sua participação no tratamento.

e-) Crianças que choram continuamente durante o tratamento. Embora esse choramingar seja muito irritante para o dentista, este deve compreender que é a forma de a criança compensar a sua ansiedade. Os odontopediatras relatam casos de crianças que choram até o fim da sessão e depois saem sorrindo, como se nada tivesse acontecido; em outros casos, após chorarem algum tempo, adormecem na cadeira.

f-) Crianças que permanecem impassíveis perante qualquer situação. Inicialmente parecem cooperativas, mas pode-se logo notar seu ar triste e taciturno, não protestando ou reagindo, mesmo que estejam sentindo dores. Esse tipo de criança pode ser uma vítima de violência, tendo aprendido a não se manifestar diante de agressões; sendo assim, os cuidados devem ser redobrados para que se evite machuca-la durante a intervenção odontológica, pois a criança não reclamará mesmo ante estímulos aversivos. Se detectar marcas de violência em seu paciente, é necessário que o dentista notifique às autoridades competentes.

### 2.3 REAÇÕES À EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICA

MORAES & GIL (1991) relataram que o medo é parte do desenvolvimento infantil. Em geral ele é transitório e não produz grandes perturbações na vida diária da criança. Na verdade, as experiências com medos apropriados à idade ajudam-na a desenvolver habilidades de encarar o estresse. A intensidade dos medos e também os objetos temidos variam conforme a faixa etária da criança; observa-se que entre 9 meses a 2 anos de idade a criança teme ruídos altos e as situações de separação ou abandono dos pais. Entre 2 e 4 anos aparece o medo de criaturas imaginárias e também de pequenos animais. Os medos do escuro e do desconhecido aparecem a partir dos 4 anos, e no período de 5 a 6 anos aparecem medos relacionados às situações escolares e de convivência social com pessoas estranhas. A partir dos 6 anos até a adolescência ocorrem medos de injúria, morte e eventos naturais como terremotos, inundações etc. Embora os medos infantis possam ser normais, alguns podem persistir por longos períodos e produzir diversos problemas para a criança e para sua família. Assim pode acontecer em relação aos medos relacionados ao tratamento odontológico. Esses medos podem ter diversas origens. As mais frequentes são as experiências aversivas vividas pela criança em circunstâncias de tratamento médico ou odontológico. Outras origens decorrem das experiências odontológicas de outras pessoas e transmitidas à criança diretamente no meio familiar ou, mais indiretamente, através dos meios de comunicação. O medo da criança em situação odontológica pode se expressar de várias maneiras. Algumas crianças recusam-se a entrar no consultório e outras, após sentarem-se na cadeira, recusam-se a abrir a boca. Alguns pacientes infantis resistem ativamente chorando, gritando e movimentando braços e pernas; outros comportam-se de maneira menos explícita permanecendo tensos ou passivamente

colaboradores. A observação clínica tem mostrado que algumas crianças chegam a utilizar táticas para atrasar ou interromper o tratamento fazendo perguntas sucessivas e solicitando pausas para cuspir e se acomodar na cadeira. Existe portanto uma grande variabilidade nas manifestações comportamentais da criança relacionadas a odontologia.

Segundo GONÇALVES, SAGRETTI & BORGES (1993) a odontologia é vista como uma especialidade que provoca como resposta dos pacientes ansiedades, medo, dor e desconforto. O medo está em toda parte, sob todas as formas. Todos o sentem por algum motivo e isso é normal. Não é patológico ter medo e sim tê-lo a ponto de paralizar e nos impedir de agir quando queremos ou precisamos. O medo é uma forma de defesa dos perigos da vida.

Segundo KLATCHOIAN (1998) sentir medo é parte de uma infância normal. É a expressão da necessidade de dependência da criança, ocorre em determinadas épocas de sua vida e está ligado às quatro dimensões do desenvolvimento da criança : a físico-motora, a cognitiva, a emocional e a social. No primeiro ano de vida a criança teme a separação, quedas (perda de apoio), tem medo de estranhos, sono, animais e visita ao médico. Estes medos fundamentam-se na necessidade que o bebê tem de estar próximo da mãe (ou pessoa que cuida ) e na aquisição de confiança básica no meio em que vive e nas pessoas com quem convive. Durante o segundo ano de vida, a criança pode passar a ser tomada por medo de escuro, ruídos altos, medo de trovões, do banho (de ser levada pelo ralo), do treinamento para usar o banheiro; persistem ainda o medo da separação, de estranhos. Os medos do terceiro ano de vida evoluem paralelamente ao desenvolvimento da criança em suas quatro dimensões do desenvolvimento; persistem ainda o medo frente a mudanças, de animais, de separação, de estranhos, do uso do banheiro, de ser levado pelo ralo, sendo que a causa do medo pode mudar

da noite para o dia. Outros medos comuns são aqueles ligados à novas situações, do escuro, barulhos amedrontadores e monstros da TV. Dos três aos seis anos de idade são comuns os medos de animais e monstros, de escuro, de sons, de se perder, de ter maus pensamentos, de ferimentos físicos, e da perda dos pais. Dos seis aos dez anos, a base dos medos está em enfrentar novas situações, medo de rejeição e críticas; são comuns também, o medo de ladrões, de ferimentos físicos, de chegar atrasado à escola, da adoção, da morte dos pais e de rejeição social. Já dos onze aos doze anos, incluem-se o medo de não ser querido, de doenças, de dor física, de ser deixado sozinho, de assaltos, sendo que ainda pode persistir o medo de alguns animais como cobras e insetos.

SINGH, MORAES & BOVI AMBROSANO (2000) relataram que o medo é parte do desenvolvimento infantil. Em geral é transitório e não produz grandes perturbações na vida diária da criança. Embora a capacidade de vivenciar o medo, seja uma função biológica inata, respostas de medo a certos objetos e situações são em grande parte adquiridas através da aprendizagem. Algumas evidências indicam que o medo do tratamento odontológico começa na infância mas pouco se conhece como esses medos (e os comportamentos de esquiva subseqüentes) se desenvolvem. A ansiedade, por outro lado, é entendida como uma resposta à situações nas quais a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida, é ambígua ou não está objetivamente presente. A etiologia de medos clínicos severos parece estar relacionada à idade e ao condicionamento direto na presença de dor e vulnerabilidade. O medo do tratamento odontológico torna-se cíclico no sentido de que quando a patologia dentária não é regularmente tratada pelos serviços preventivos ela desencadeia a utilização de serviços odontológicos curativos ou de emergência inerentemente invasivos e dolorosos. Tais tratamentos exacerbam ou produzem medo e comportamento de esquiva a futuros tratamentos.

A maioria dos medos iniciam-se na infância, na fase escolar. Em relação ao sexo, indivíduos do sexo feminino apresentam escores mais altos do que indivíduos do sexo masculino. Isto sugere que as meninas podem ter maior facilidade para expressar suas emoções. As crianças mais velhas são, em média, um pouco mais temerosas. As crianças mais novas percebem mais controle do que as mais velhas e têm menos medo: isto sugere que crianças mais velhas podem ter passado por experiências odontológicas prévias muito desagradáveis. Tais crianças percebem menos controle e são em média um pouco mais temerosas. Em relação ao controle desejado o grupo de crianças mais novas também manifestou desejo de maior controle do que o grupo de crianças mais velhas. Tratamentos odontológicos invasivos (anestesia) sempre aumentam a ansiedade nas crianças, independente de sexo e da faixa etária.

De acordo com AMORIM & SANTOS (2000) observou-se que “A sociedade parece ter uma imagem negativa do dentista, assim como, a experiência odontológica é pré-julgada como sendo algo quase sempre desagradável e doloroso”. No entanto, observaram que o medo do dentista parece ter múltiplas origens. A percepção que o paciente tem do dentista pode influenciar significativamente na formação da reação do paciente para com o tratamento odontológico. O desenvolvimento de uma relação profissional-paciente adequada exige do dentista a capacidade de lidar com o comportamento do paciente. O que implica em influenciá-lo no sentido de que este receba o tratamento odontológico como benefício para a saúde e não como situação penosa inevitável. Ao desenhar, a criança usa um meio fácil para ela nos dizer sua história pelo seu nível de compreensão. O desenho é uma forma através da qual, a criança pode expressar seus medos, desejos e fantasias. Através dos desenhos, a criança comunica o que é importante para ela, suas preocupações. O desenho da figura humana como medida de atitude, fazendo com que a criança desenhe uma pessoa específica, fornece os

sentimentos da criança a respeito desta pessoa. Questionar a criança sobre o desenho pode nos dar informações adicionais. Profissionais que trabalham com crianças deveriam se preparar para se inteirarem do que os desenhos tem a comunicar. O uso do desenho como formas de comunicação não-verbal, pode ser utilizado de maneira proveitosa por aqueles profissionais da área de saúde que lidam com crianças. O desenho “representa a visão do mundo da criança”. Correções e retoques, em geral, revelam insatisfação com o que está produzindo, ou que aquela área do desenho lhe oferece dificuldades. O sombreamento ou borradura apresentam-se como expressão de ansiedade, e dessa forma indicadores de conflito. A omissão de uma parte da figura humana, como a mão, pés ou boca, indica um conflito, devendo-se averiguar o significado funcional daquilo que foi omitido. É importante lembrar que nenhum traço de desenho tem significado em isolado. No desenho a criança revela sentimentos inconscientes que são, algumas vezes reprimidos. As tensões sentidas pelas crianças são expressadas, em geral, através do desenho de forma clara. Neste estudo, pode-se perceber que a reação negativa das crianças parecia não se dirigir propriamente a pessoa do dentista, mas em geral, às suas atitudes no exercício de suas atividades profissionais. Uma criança de 8 anos afirmou : “o dentista é bom, ruim é ir lá”.

Segundo SANGIARD *et al.* (2001) o medo seria um estado emocional ante o perigo, caracterizado por um conhecimento intelectual do mesmo e de controle cortical, com sensação psicológica somente. O medo é uma das principais forças motivadoras da conduta humana. É um fator biológico de defesa e proteção diretamente relacionado com instinto de conservação; portanto não é patológico. A criança pode apresentar evolução patológica do medo, caracterizada por perturbações de conduta a ele ligadas, que pode evoluir desde manifestações de timidez e vergonha, até crises de ansiedade. A ansiedade é também um

estado de alerta ante o perigo (antecipação de sofrimento), mas desprovido de conteúdo intelectual e, pelo tom emocional específico, tem manifestações motoras periféricas, sendo mais comuns os distúrbios respiratórios. Nas crianças de pouca idade é muito difícil distinguir o medo da ansiedade.

OLIVIERI & ALVES (2001) relataram que o meio social exerce uma grande influência sobre a criança. A primeira visita ao consultório odontológico atua diretamente no emocional do paciente infantil. É necessário que o ambiente do consultório transmita à criança e familiares a sensação de conforto e segurança. Por ser a criança um ser imaturo e em desenvolvimento, sensível a qualquer estímulo, seja ele positivo ou negativo, é muito importante avaliar seu perfil psicológico, evitando traumas. Na maioria das vezes, devido ao silêncio que se institui entre o dentista e o paciente ansioso, este acaba por tentar demonstrar sua ansiedade de outras maneiras, tais como faltas, atrasos e ranger dos dentes. Assim sendo, a comunicação com as crianças e seus responsáveis é a grande chave do controle de comportamento. O medo faz parte do desenvolvimento infantil e pode ter diversas origens. Vale ressaltar que se pode constatar que há dois tipos de medo: o medo objetivo, aquele observado no paciente que sofreu experiências odontológicas desagradáveis (sabe-se que elas ficam gravadas em seu subconsciente). Já o medo subjetivo, é determinado por informações ouvidas sobre experiências desagradáveis relatadas por outras pessoas. Vários autores afirmam que quanto menor a idade da criança maior a possibilidade de encontrar comportamentos negativos no consultório odontológico. Alguns autores acreditam ser a ansiedade materna um fator de grande influência sobre a ansiedade infantil na prática odontológica, o que levaria a criança a se comportar de modo negativo.



COLARES & RICHMAN (2002) nos relatam que pais com alto grau de ansiedade tendem a afetar negativamente o comportamento de seus filhos. Crianças de todas as idades podem ser afetadas pela ansiedade da mãe, porém, o efeito é maior nas crianças menores de quatro anos. Normalmente, filhos de pais com níveis escolares superiores tendem a ter comportamentos melhores e quanto mais “velhas” são estas crianças, seu comportamento frente ao atendimento odontológico também é melhor. A associação entre história passada de dor de dente e comportamento negativo da criança, reforça a idéia de que experiência prévia de dor durante o atendimento odontológico é um importante aspecto a ser considerado.

#### 2.4 OS PAIS DOS PACIENTES INFANTIS :

De acordo com TOLEDO (1996), atitudes inadequadas dos pais poderão facultar o aparecimento de características típicas de comportamentos problemáticos, com reflexos marcantes na clínica odontológica, são elas :

Superproteção com superindulgência : Os pais exageram a noção de liberdade da criança, achando que devem deixá-la sempre fazer o que quer, como e quando quer, nada exigindo dela. O tipo de criança que decorre dessa atitude é, comumente, chamada mimada. Comporta-se como dominadora, voluntariosa, caprichosa, egoísta, indisciplinada. Quando contrariada, apresenta explosões temperamentais (birra). Resiste ao tratamento odontológico, reagindo com agressividade ou com muito choro, manhas e dengos, com o intuito de dominar o profissional. Às vezes, xinga e parte para a agressão física.

Superproteção com dominação: A liberdade da criança é completamente cerceada. Os pais limitam sua convivência com outras crianças, mantêm um contato excessivo com ela e falam, agem, brigam e até pensam em seu lugar. Esta atitude é frequentemente acompanhada de ansiedade. A característica mais comum do comportamento em consequência desta atitude é a timidez. A criança é extremamente dependente e insegura, sentindo-se inferior às demais. É obediente e, em geral, bem comportada. Retraída e sem capacidade para tomar iniciativas, quando estimulada para agir acanha-se, ruboriza, transpira muito e manifesta medo. Quando contrariada e com medo, chora baixinho e entre soluços. Muito sensível física e emocionalmente, solicita constantemente a atenção dos pais. Não é agressiva; chora muito e seu choro é com profusão de lágrimas.

Ansiedade: Caracteriza-se por preocupação exagerada e constante pelo bem-estar físico da criança. Os pais atribuem gravidade a qualquer leve sinal de mal-estar que a criança denuncie. A ansiedade vem sempre acompanhada por atitudes de superproteção com dominação, e as características de comportamento da criança submetida à ansiedade são as mesmas descritas para aquela que vive sob superproteção com dominação, podendo, muitas vezes, apresentar também reação de fobia.

Rejeição: É a incapacidade de dar amor, atenção e carinho à criança. Tratam-na com hostilidade, maltratando-a com pancadas e palavras ofensivas. Geralmente são desajustados, que não desejam filhos. A criança poderá mostrar-se agressiva ou submissa. É rebelde, desobediente, desafiante, revoltada contra tudo e contra todos, vingativa, frustrada, anti-social. Há uma tendência a desafiar o profissional. Na submissão, a criança comporta-se com apatia e indiferença. Mostra-se também recalcada, desconfiada de tudo e de todos. Não demonstra vontade de tomar parte ativa na conversa nem de cooperar.

Abandono : Os pais gostam da criança mas mostram-se indiferentes com relação ao atendimento de suas necessidades, tendo muito pouco contato com ela. A criança sente-se não desejada, é cheia de problemas a serem atendidos. Pode tornar-se, como a criança rejeitada, agressiva ou submissa.

Superautoridade : É o uso exagerado da autoridade. Os pais fazem exigências excessivas, às vezes descabidas, quanto a ordem, limpeza, obediência, bom comportamento e responsabilidade pelos atos. Não toleram negativas, oposições e fracassos. Tal atitude gera criança ultradisciplinada, que se comporta como obediente e educada; é uma criança frustrada, complexada e angustiada, que vive em estado de tensão, pois se preocupa em estar no nível exigido pelos pais. No consultório submete-se passivamente, com medo de ser criticada por mau comportamento, mas não se sente à vontade. Conversa bem e responde às perguntas, porém dificilmente expressa o que está realmente sentindo. Dificilmente também faz perguntas, mesmo que tenha vontade.

Conforme McDONALD (2000) desde o momento do nascimento de seus filhos, os pais modelam seu comportamento , estimulando e desestimulando, seletivamente, comportamentos particulares, por técnicas disciplinares e pela maior ou menor liberdade concedida. Pelo menos nos primeiros anos de vida, é principalmente dos pais que as crianças aprendem o que elas podem fazer e o que é proibido.

De acordo com CROSSLEY & JOSHI (2002) a presença dos pais dentro do consultório durante o atendimento odontopediátrico é positiva. Eles se tornam aliados, facilitando o bom comportamento da criança, tornando o tratamento mais agradável, eficiente e efetivo. Principalmente em se tratando de crianças mais jovens.

## 2.5 TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

### a) CONTE-MOSTRA-FÇA

De acordo com KLATCHOIAN (1993) esta técnica preconizada por Addelson (1959), serve para conscientizar a criança em relação aos elementos do consultório odontológico. Primeiramente, é preciso que o dentista e a auxiliar se apresentem à criança, pois ela deve conhecer e identificar as pessoas que vão cuidar dela. Em seguida, o dentista leva a criança até a cadeira odontológica, podendo aí usar termos comparativos como “cadeira espacial”, dependendo do nível de desenvolvimento da criança e tendo o cuidado de explicar que a cadeira sobe, desce, inclina-se para frente e para trás, obedecendo ao seu comando e fazendo barulho quando se movimenta. Associado a isto, deve-se explicar quais as finalidades destes movimentos. À apresentação da cadeira segue-se a da luz e das seringas de água e ar, sendo que o treinamento com a água e a explicação de suas funções são fatores muito importantes no que diz respeito à familiarização. Depois então, tem início a demonstração de alguns instrumentos clínicos, como o espelho, o explorador, a pinça e a cureta, explicando, em termos figurados, para que serve cada um deles e já entrando em ação. O objetivo principal da primeira consulta é a aquisição da confiança da criança e a sua familiarização com o dentista e com o instrumental. E sempre lhe dizendo antes de cada ação, o que vai ser realizado. POSSOBON (1998).

Esta técnica é uma série de sucessivas aproximações e constitui um componente da modelagem do comportamento que deve ser usado rotineiramente por todos os membros da equipe odontológica que trabalham com crianças. Deve-se demonstrar os vários instrumentos, passo a passo, antes de usa-los, dizendo, mostrando e fazendo. Quando o dentista trabalha intra-oralmente, deve mostrar ao paciente infantil tudo o que for possível. Somente quando a criança tem uma visão dos procedimentos é que as sucessivas aproximações podem ser desempenhadas adequadamente. Se, ao mostrar o um instrumento a uma criança, ela desviar o olhar, o dentista tem que voltar à parte explicativa do método. McDONALD (2000).

COLARES & RICHMAN (2002) nos mostram que a comunicação entre a criança e o profissional é fundamental; não somente para obter a cooperação da mesma para o término do tratamento odontológico e o restabelecimento de sua saúde bucal, mas também para criar um relacionamento de amizade entre o paciente e o profissional.

b) RECOMPENSA:

GUEDES-PINTO *et al* (1985) nos dizem que é comum o profissional dar uma recompensa após a consulta, nos casos em que a criança se comporte bem. Esta deve ser de pequeno valor, e ser dada, caso o comportamento da criança tenha sido satisfatório, ou

seja, mesmo que tenha chorado, permitiu o tratamento. Este presente não deve servir nunca de suborno e sim de prêmio, portanto, só deve ser oferecido após a consulta e nunca antes da mesma.

A técnica em que a criança é recompensada pelo dentista é aquela em que a criança alcança o objetivo estabelecido pelo mesmo. A recompensa (reforço) pode ser verbal ou social, isto é, um elogio ou um abraço ao final da sessão, ou até mesmo um pequeno brinde ou brinquedo, a preço acessível. Prêmios simbólicos como diplomas, adesivos, figurinhas etc. também são usados. KLATCHOIAN (1993)

Quando uma pessoa, após uma determinada ação, recebe uma gratificação, como um elogio ou um presente, sua tendência natural será repetir o comportamento que gerou a recompensa. Com base nessa constatação, o dentista pode conseguir aumentar os comportamentos desejáveis da criança, desde que ela seja reforçada quando os apresentar, WOLF (2002).

### c) CONTROLE DE VOZ:

Em toda literatura odontológica, faz-se referência ao termo *controle de voz*. É difícil descrever eficientemente a técnica de comunicação usando a palavra escrita.

Comandos subitos e firmes são empregados para obter a atenção da criança ou interromper qualquer ação que está sendo praticada. A conversação suave, monótona, funciona supostamente como a música sobre o estado de ânimo. Em ambos os casos, o que se ouve é mais importante, porque o dentista está tentando influenciar o comportamento diretamente e não através do entendimento. Considerando o uso de comandos altos como uma técnica de punição, estes tendem a reduzir comportamentos indesejáveis. McDONALD (2000).

d) CONTENÇÃO FÍSICA:

TEN BERGE *et al* (1999) afirmam que, em alguns casos, é praticamente impossível tratar a criança sem usar a contenção física e que, embora esta estratégia possa ser interpretada como negativa ou desagradável, parece ter o efeito de reduzir o medo e melhorar os comportamentos da criança, no que diz respeito ao enfrentamento de situações aversivas. O emprego de estratégias não-aversivas de manejo do comportamento ( distração, explicação e elogio), durante a utilização da contenção, pode ter amenizado o aspecto aversivo da situação, fazendo com que a criança se sentisse menos insegura e não desamparada. Os comportamentos do dentista são dependentes do comportamento do paciente e portanto, quanto mais alto for o nível de não-colaboração, maior a frequência de

utilização de estratégias de manejo do comportamento, empregadas com o intuito de conseguir a colaboração. Neste sentido, em muitas circunstâncias, quem controla exatamente o transcorrer da sessão é o paciente e não o dentista.

A contenção física associada às estratégias de distração, explicação e reforçamento, parece ter-se revelado como procedimento eficaz no controle do comportamento dos pacientes. Esta técnica obriga a criança a enfrentar a situação de tratamento e permite a ela conhecer os procedimentos e perceber que o tratamento poderia ocorrer de forma a não causar-lhe dor ou desconforto. POSSOBON (2000).

De acordo com TAVARES *et al* (2000) a contenção física pode variar desde o ato de auxiliar apoiar delicadamente a mão sobre as mãos da criança, até a contenção completa do corpo. Este método é indicado para crianças que não entendem o ato odontológico por serem jovens demais (menores de três anos), com retardo mental, pacientes com defeitos físicos tais como paralisia atetóide, crianças apreensivas, que tornam difícil o próprio controle, e, ainda, crianças que necessitam de tratamento de emergência.

WOLF (2002), nos diz que estes procedimentos visam impedir que os pacientes sofram danos por causa da movimentação corporal desordenada. Os adeptos das técnicas restritivas, equivocadamente, entendem que a criança, quando muito pequena, não registra os acontecimentos vividos e que, portanto, a experiência não terá efeitos negativos futuros. As teorias psicológicas de desenvolvimento humano, no entanto, demonstraram que, mesmo que o sujeito não possa se lembrar dos fatos ocorridos em sua infância remota, a experiência o afeta. O pensamento e as lembranças se apóiam na linguagem, ou seja, o homem pensa e recorda usando as palavras que dão significado a esses processos. Isso



quer dizer que, antes da criança adquirir a linguagem, não existem as palavras que nomeiam fatos e sentimentos, razão pela qual não se pode fazer qualquer referência verbal ou qualquer lembrança a esse tempo da vida. No entanto, mesmo sem palavras, as experiências se registram no psiquismo, formando uma espécie de arquivo de sensações que também é constituído da vida mental do sujeito. O psicanalista Garcia-Roza (1991) estabelece ligações entre esses “sinais impressos” e a ansiedade que, justamente, aparece como uma reação corporal ante um perigo que não tem um objeto conhecido que possa ser nomeado ou identificado. Seguindo essa linha de raciocínio, as experiências precoces, mesmo que não possam ser referidas, exercem influência na vida futura, podendo provocar atitudes adversas quando a vivência atual provocar a repetição da impressão anteriormente registrada. Os métodos de contenção para o tratamento são recursos a serem considerados com muita cautela, pois, se de um lado possibilitam os cuidados dentais emergenciais e a manutenção da saúde da criança, por outro dificultam todo o seu relacionamento futuro com a situação odontológica, podendo até mesmo transformar essa relação em fonte de medo e ansiedade.

e-) HOME (Mão sobre a boca):

Segundo GUEGES-PINTO (1985) esta técnica apesar de ser utilizada há mais de 50 anos, ainda provoca controvérsias. Deve-se executá-la, em primeiro lugar, nos casos

indicados de crianças que estão gritando, chorando e se debatendo por birra, choro sem lágrimas com o intuito exclusivo de não permitir o tratamento, e se recusam a ouvir o que estamos falando. Em segundo lugar não deve ser aplicada em crianças de pouca idade, as quais não conseguem entender a causa e efeito do ato, ou seja, que estamos fazendo a contenção para impedir a choradeira e os gritos que impedem de nos fazer ouvir, outro fator a ser levado em conta é que o clínico só deve se propor a fazer se tiver certeza de que vai conseguir conter a criança, caso contrário, será totalmente contra-indicado. A mãe deve saber que vamos conter seu filho. Não se recomenda esta técnica para os iniciantes, isto porque o seu emprego requer certa maturidade do profissional, como firmeza nos seus atos, controle emocional para executar uma atitude que requer energia ao mesmo tempo que com o tom de voz suave e adequada, não hostilizar a criança e depois de sua execução ser amável e tranquilo. Uma vez instituída a técnica, a criança deve cooperar. Caso o paciente comece a debater ao se remover a mão, esta deve ser recolocada imediatamente sobre a boca do paciente quantas vezes se fizer necessário.

A técnica da “mão sobre a boca” tem sido freqüentemente recomendada na literatura odontopediátrica, como forma de manejo de crianças agitadas, que não deixam tratar, seja chorando, gritando ou esperneando, enfim, aquelas que tentam escapar de uma situação que julgam ameaçadora. O profissional tapa a boca da criança com a mão, enquanto fala baixinho e calmamente ao seu ouvido palavras do tipo: “...fique calma, eu só quero conversar com você...”. Certos autores vão mais longe ainda, preconizando que se tape também o nariz da criança, caso ela não ceda, restringindo suas vias aéreas superiores a fim de que ela pare de chorar. Em crianças na faixa etária de dois a cinco anos, esta técnica só deve ser utilizada quando estes pacientes estiverem completamente fora do

controle. Melamed (1986) encontrou, em seu levantamento, efeitos nocivos nas crianças submetidas a esta técnica, concluindo que o grau de cooperação diminuía, enquanto o grau de ansiedade aumentava. Os cirurgiões-dentistas devem pedir consentimento dos pais, por escrito, antes de fazerem uso desta técnica. KLATCHOIAN (1993).

De acordo com MORAES *et al* (1997) a mão sobre a boca é uma técnica de modificação do comportamento que segue as leis da aprendizagem em que uma atitude de má adaptação (choro, grito) é associada com uma experiência desagradável. Seu objetivo é ganhar a atenção da criança e parar com seus acessos verbais para que a comunicação possa ser estabelecida. Ao empregar a técnica, a mão do profissional deve abafar o som, sendo imprescindível pleno controle dos movimentos da criança. Esta técnica não deve ser recomendada para iniciantes, devido ao seu emprego requerer certa maturidade profissional. Quando bem indicada, a técnica de mão sobre a boca, não deixa seqüelas emocionais na criança e seu comportamento torna-se tranqüilo.

De acordo com McDONALD (2000) o objetivo desta técnica é ganhar a atenção de uma criança altamente antagonista, de forma que a comunicação possa ser estabelecida e a cooperação obtida, para que o tratamento seja realizado com segurança. A técnica ajusta-se às regras da teoria da aprendizagem: atitudes de inadaptação (gritos, pontapés) estão ligadas à restrição e o comportamento cooperativo está relacionado à remoção da restrição (mão sobre a boca) e o subsequente uso de reforço positivo (elogio). Este não é um método utilizado rotineiramente, mas apenas como um último recurso, geralmente em crianças de três a seis anos de idade, que tenham capacidade de comunicação apropriada. Em crianças muito jovens e imaturas, naquelas com incapacidade física ou que apresentam incapacidades mental ou emocional, esta técnica é inaceitável.

Segundo TAVARES *et al* (2000) esta técnica é indicada para crianças acima de três anos de idade, normais, saudáveis, capazes de compreender e ajudar o dentista e que estejam resistindo ao tratamento histericamente com o único objetivo de desafiar ou simplesmente não cooperar. Outro critério fundamental para que se possa efetuar a técnica é a permissão dos pais, que deve ser obtida através da assinatura em um termo de consentimento com a data impressa. É importante ressaltar que o condicionamento relutante não é um método usado como rotina, mas sim como último recurso e que não deve jamais ser utilizado com raiva por parte do profissional. Existem variações da técnica, incluindo: mão sobre a boca sem restrição das vias aéreas, mão sobre a boca e nariz com restrição das vias aéreas. Quando aplicada corretamente, a técnica não traz qualquer implicação psicológica posterior. Na realidade se observa é que essas crianças se tornam ótimos pacientes, com comportamento tranquilo e colaborador, demonstrando inclusive com o passar das consultas, um alto grau de admiração e amizade pelo dentista.

De acordo com WOLF (2002), as descrições encontradas em livros de odontopediatria tratam com muita cautela esse método de contenção, alertando para os riscos de sua utilização e contra-indicando sua aplicação nos casos em que o paciente não consegue compreender o objetivo do procedimento e em pacientes com força física similar ou maior que a do profissional. É importante ainda que o dentista, após explicar o método e seus fundamentos, obtenha o consentimento do responsável para a realização do tamponamento, para que não se interprete essa ação como uma violência exercida contra a criança. Embora as pesquisas revelam que essa técnica é intensamente usada, sua utilização não é recomendada para iniciantes, pois, conforme escreve Guedes-Pinto

(1991), o seu emprego requer certa maturidade do profissional, com firmeza nos seus atos e controle emocional para expressar energia ao mesmo tempo em que mantém um tom de voz suave e não hostil, permanecendo, inclusive, sereno e amável após a sua execução. Se a criança não permitir a intervenção, gritando, chorando e debatendo-se, o dentista coloca sua mão sobre a boca enquanto fala baixinho e calmamente em seu ouvido que ela deve parar de chorar e conversar e que ele quer apenas examinar seus dentes; após um tempo, afirma que, quando a criança quiser colaborar, retirará a mão de sua boca. Se após isso, o paciente parar de chorar, deve ser elogiado pelo bom comportamento, caso continue com os gritos, o dentista repetirá o procedimento. Se o paciente mantiver-se rebelde, alguns autores sugerem que a mão do dentista seja posta também sobre o seu nariz, por poucos segundos, restringindo o seu ar. A contenção imposta à criança é uma forma de punição que tende a diminuir os comportamentos inadequados mediante a associação entre esses comportamentos e a experiência desagradável. Embora essa técnica seja pouco aceitável do ponto de vista psicológico, tem muitos adeptos entre os dentistas, por sua utilidade prática. A principal argumentação a favor do uso da “mão sobre a boca” reporta-se a sua eficiência para conseguir que a criança obedeça às instruções que tornam possível a intervenção. Embora entendendo a necessidade de tratamento, deve-se pesar com muito cuidado o uso desse tipo de intervenção que é percebida pela criança como agressiva e, portanto, potencialmente causadora de um aumento de rejeição à situação odontológica; ou seja o paciente pode permitir o trabalho do dentista naquela sessão mas apresentar dificuldades cada vez maiores em intervenções futuras.

RAMOS-JORGE & PAIVA (2003) nos relatam que a técnica da mão sobre a boca é amplamente aceita como método eficaz e positivo de manejo de comportamento de

crianças com comportamento negativo. Deve ser restrito àquelas crianças que exibirem comportamento agressivo, histérico e de excessiva resistência, causado pelo ambiente odontológico. O principal objetivo desta técnica é mostrar à criança que o comportamento histérico não é bem sucedido.

Em uma Carta do Comitê para Negligência e Abuso Infantil constituído na Academia Americana de Pediatria (1992), a técnica da mão sobre a boca com o tamponamento do nariz é contra indicada por causar lesões em crianças, e a técnica da mão sobre a boca sem o tamponamento do nariz é recomendada apenas quando nenhuma outra técnica de manejo de comportamento houver funcionado, e não deve ser repetida, pois sua intenção é estabelecer contato com a criança. BARBOSA & TOLEDO (2003).

Segundo BIJELLA *et al* (2003) em situações específicas para crianças com tipo de comportamento agressivo, esta técnica pode ser indicada para estabelecer comunicação e cooperação necessárias à seqüência do tratamento. Este procedimento, no entanto, causa polêmica entre os profissionais e tem pouca aceitação por parte dos pais. O verdadeiro propósito da técnica é ganhar a atenção da criança para que ela escute o que o dentista está lhe dizendo, e poder, assim, levar a cabo os procedimentos odontológicos necessários. A utilização desta técnica requer certa maturidade profissional, como firmeza nos atos, controle emocional para executar uma atitude que precisa de energia e, ao mesmo tempo, tom de voz suave. Nunca deve ser indicado para crianças menores de três anos de idade, com algum tipo de deficiência mental, medrosas, tímidas e ansiosas. Ratifica-se a importância do consentimento por escrito por parte dos pais para a realização desta técnica. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 7º no inciso II, que versa sobre o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, diz que “é dever de todos velar pela dignidade da criança

e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. O conhecimento de alguns aspectos do Código de ética Odontológica (1998) também se faz necessário para contextualizar a legalidade da utilização da técnica no país; no capítulo V do referido código, seção I, em seu artigo 6º, relata que constitui infração ética : deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (inciso II); abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicados substitutos (inciso IV); iniciar tratamento de menores sem autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência (inciso VI); desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente (inciso VII).

e) SEDAÇÃO:

A utilização de sedação leve em pacientes odontopediátricos parece reduzir o tempo operatório de cada sessão, proporcionar um menor grau de agitação e choro e aumentar a sonolência e a cooperação. ALBUM (1961).

LOEFFLER (1992) constatou que a administração oral de ansiolíticos tem sido o método mais comum de alcançar sedação consciente e os benzodiazepínicos, em particular o diazepam, introduzido primeiramente em 1963, são as drogas de maior preferência. Este fato deve-se à sua baixa toxicidade e aos poucos efeitos colaterais. Os efeitos clínicos do diazepam desaparecem em duas ou três horas, embora a alteração

motora (fraqueza, incoordenação) possa persistir por até 12 horas, fato que determina que o indivíduo após receber essa droga, fique impedido de operar máquinas ou dirigir.

A sedação pode variar desde o grau de abolição total da consciência (anestesia geral) até a manutenção da consciência, com diminuição da ansiedade. De acordo com a “American Academy of Pediatric Dentistry”, pode-se dizer em relação à sedação que : “ a primeira meta deve ser o bem-estar do paciente; a segunda, o controle dos movimentos do paciente para habilitar o profissional a promover um tratamento de qualidade; a terceira, que o paciente entre e saia num estado de consciência tão próximo do normal para o paciente quanto for possível; e, a quarta, a produção de uma resposta psicológica positiva ao tratamento”(1985). Deve-se ter bem em mente que a sedação farmacológica não dispensa de forma alguma a premissa básica em que se fundamenta o relacionamento dentista-criança e, em si, segue-a também. O fármaco deve ter uma atuação predominantemente profilática, no sentido de promover bem-estar, evitando traumatismos físicos e emocionais, melhorando o tratamento e, conseqüentemente, diminuindo o tempo em que a criança permanece exposta a um procedimento agressivo. Diversas são as drogas utilizadas para a sedação de crianças durante o procedimento odontológico, de forma simples ou conjugada. As três mais comuns, utilizadas por via oral, são: o diazepam, a hidroxizina e o hidrato de cloral. Por inalação, está sendo freqüentemente utilizado o óxido nitroso. KLATCHOIAN(1993).

SIMSEK *et al* (1993) trataram 43 crianças com idade entre 4 e 12 anos utilizando diazepam, acepromazine e placebo. Antes do tratamento, foi verificado o grau de ansiedade da mãe e da criança por meio de dois questionários. De acordo com as respostas, a criança era classificada segundo uma escala comportamental. Os resultados mostraram



que o diazepam foi mais eficaz para alcançar o sucesso do tratamento e encorajar a criança a cooperar, diminuindo o seu nível de ansiedade e sugerem que drogas com efeitos sedativos e ansiolíticos são mais eficazes para aumentar a cooperação de crianças com ansiedade alta ou moderada do que drogas que tenham apenas efeitos sedativos.

Segundo ROSENBLATT & FERRAZ (1997) a sedação é um meio eficaz no controle do comportamento não cooperativo de crianças normais em idade pré-escolar que necessitam ser submetidas a tratamento extenso. Os neurolépticos fazem parte de uma categoria farmacológica ampla, a dos psicotrópicos. Tal grupo é constituído de substâncias químicas naturais ou sintéticas capazes de atuar seletivamente sobre as células nervosas que regulam os processos psíquicos do homem e a conduta dos animais de laboratório. Sua ação terapêutica distingue-se de outros medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central (anticonvulsivantes, hipnóticos) por uma especial seletividade sobre as funções psíquicas. A aceitação do uso de psicotrópicos no tratamento odontológico, sempre encontrou dificuldades no exercício da Odontologia. O objetivo da escolha do agente para a sedação está na dependência do nível de alteração do paciente, para que os procedimentos odontológicos possam a ser executados em estado de consciência. Assim, o medo e a apreensão serão diminuídos, e os resultados positivos serão observados nas próximas sessões. Os principais grupos dos neurolépticos são os dos derivados fenotiazínicos e dos da butirofenona. Quanto à interação medicamentosa, refere que os neurolépticos potencializam os efeitos anticolinérgicos dos fenotiazínicos quando se administram hipotensores, antihipertensivos e depressores do sistema nervoso central. As principais ações dos neurolépticos acontecem junto aos neurotransmissores, e que possivelmente explica suas principais ações clínicas, são o bloqueio de receptores

dopaminérgicos pré e pós sinápticos. Esse bloqueio, provoca inicialmente no neurônio pré-sináptico um aumento na produção e liberação da dopamina em aparente tentativa de vencer o bloqueio. Ocorre um aumento do metabolismo deste neurotransmissor, detectado em algumas regiões cerebrais, como o estriado, por um aumento da concentração da enzima tirosina hidroxilase que atua na síntese da dopamina na concentração da dopamina e do seu metabólito, o ácido homovanílico (HVA). Em condições normais a dopamina atua tanto nos receptores pós como nos pré-sinápticos. Nestes, ela interfere com a atividade da enzima tirosina hidroxilase, diminuindo-a. Como o receptor pré-sináptico também é bloqueado pelo neuroléptico, a ação inibitória da dopamina não se processa, e, conseqüentemente, a enzima terá sua atividade aumentada, contribuindo para maior produção e liberação de dopamina. Esta liberação maior é que talvez explique o aparecimento de tolerância farmacológica a alguns efeitos colaterais dos neurolépticos. As contra-indicações para o seu uso são: intoxicação aguda por substâncias depressoras do SNC (álcool, hipnóticos, etc), úlcera péptica e outras doenças gastrointestinais, e história de agranulocitose e hipersensibilidade conhecida; doença de Parkinson ou outras doenças que afetam o sistema extrapiramidal, doenças hepáticas e renais. As drogas mais utilizadas são : Diazepam (Valium), Midalolam (Dormonid) e o Hidrato de Cloral.

O diazepam na dose de 0,3 mg/Kg de peso não se revelou eficaz para o controle dos comportamentos de não-colaboração. POSSOBON (2000).

McCOMB *et al* (2002) nos relatam que o uso primário de fármacos para a sedação é para modificar ou eliminar comportamentos negativos e possibilitar assim, que a criança coopere com o tratamento. Porém, a decisão de se sedar uma criança se dá usualmente baseado no seu comportamento durante a sua consulta inicial (anamnese e

profilaxia) e não durante um procedimento restaurador ou mais invasivo. A sedação não apresenta nenhum efeito significativo no comportamento da criança durante o tratamento, quando o seu retorno ao consultório é feito de dois a trinta e quatro meses depois; ou seja, não há nenhuma relação entre a sedação consciente (via oral) e o futuro comportamento da criança.

WEBB & MOORE (2002) nos mostram que quando o uso de outras estratégias de manejo do comportamento falham, a sedação pode ser uma alternativa válida. As drogas mais comumente utilizadas para a sedação consciente do paciente são: óxido nítrico, benzodiazepínicos, hidrato de cloral, barbitúricos e anti-histamínicos. Essas drogas são administradas via oral e no ambiente do consultório. O objetivo da sedação é auxiliar no controle do comportamento infantil, proporcionando assim uma melhor qualidade do tratamento. A sedação não deve substituir a anestesia local. O óxido nítrico é um sedativo inalatório, sua absorção pelos alvéolos pulmonares é rápida e seus efeitos clínicos sendo vistos minutos após o início da administração. Sintomas de formigamento das extremidades ou calor, podem ocorrer dentro dos primeiros minutos, de 5 a 10 minutos após eliminar o uso do gás, ele é eliminado na sua maior parte; apesar disto, é administrado 100% de oxigênio na conclusão da sedação com óxido nítrico, prevenindo assim náuseas. As vantagens do óxido nítrico é a sua rápida absorção e eliminação, e os seus efeitos sedativos podem ser ajustados de acordo com o procedimento. Dentre os benzodiazepínicos, o diazepam é o mais utilizado. Sua dose recomendada é 0,15-0,25 mg/kg de peso, dada uma hora antes do procedimento. Novos derivados também vem sendo utilizados, midazolam e o triazolam. O midazolam oferece a vantagem de apresentar um tempo de absorção e de duração menores. É comumente utilizado como sedativo pré-

anestésico em cirurgias médicas ; a dose preconizada é 0,5-0,75 mg/kg de peso, meia hora antes do procedimento e a sua duração também gira em torno de meia hora. Os barbitúricos são contra indicados em pediatria pois causam dependência.

Segundo NATHAN & VARGAS (2002) o uso do midazolam sozinho como sedativo é limitado pois o seu tempo de duração é curto (menos de 10-15 minutos). Já a sua associação com o meperidine, potencializa o seu efeito, enquanto prolonga a sua ação; podendo até diminuir a dose do midazolam.

De acordo com JENSEN & STJERNQVIST (2002) antes de partir para o uso da sedação como técnica de manejo do comportamento deve ser realizada uma anamnese completa, avaliando o temperamento e o comportamento da criança e de seus pais, conhecendo-a melhor, podendo assim estabelecer um plano de tratamento mais adequado. Isto faz com que os pais se sintam mais motivados a cooperar e a preparar a criança para o tratamento odontológico, prevenindo assim uma experiência negativa.

f) MODELAGEM

GUEDES-PINTO (1985) nos relata que algumas vezes costuma-se marcar hora para algumas crianças assistirem o tratamento de outras, geralmente escolhe-se crianças de mesma idade e sexo para que a sugestão ou modelo sirvam exatamente para os propósitos aos quais destinam. As crianças que irão assistir normalmente são aquelas que relutam em permitir o tratamento e ao presenciarem de outra da mesma idade, em condições semelhantes, na maioria das vezes, vão perdendo o medo e fica mais fácil nossa aproximação e trabalho. É importante que a criança que sirva de modelo seja do tipo que nos permita trabalhar sem apresentar tensão ou medo. Outro aspecto que deve ser previamente cuidado é que ambas as mães estejam de acordo. Algumas pesquisas têm sido desenvolvidas com o modelo ao vivo ou através de vídeo-tape, e têm-se obtido resultados muito interessantes em tais situações demonstrando que a figura do modelo exerce uma influência positiva no comportamento futuro do paciente que está sendo o observador.

As técnicas de modelagem no consultório odontológico são relativamente recentes e têm sido muito estudadas. O procedimento básico consiste na observação de uma criança em tratamento por outra ou mais crianças. É óbvio que a criança que serve de modelo deve ter um comportamento exemplar, para que nela possam ser executados os atos operatórios de rotina. O paciente observador tende a copiar o bom comportamento do paciente-modelo. O modelo pode estar presente ou ter sido filmado, com resultados igualmente bem-sucedidos e gratificantes. Esta técnica é muito eficaz para se obter uma mudança de comportamento em crianças medrosas e com pouca idade (abaixo de sete anos). A criança

espectadora, ao observar o modelo, é capaz de aprender e entender outros padrões de comportamento que anteriormente julgava complexos, cooperando melhor com o tratamento dentário. KLATCHOIAN (1993).

Segundo WOLF (2002) algumas pesquisas demonstraram que quando uma criança observa outra, mais ou menos da mesma idade, que, de forma tranqüila, submete-se aos procedimentos odontológicos, o temor daquela experiência tende a diminuir. Esse fato tem explicações simples: em primeiro lugar, a criança pode constatar que a situação não oferece riscos, não representando perigo; em segundo lugar, pode identificar-se com o modelo, pessoa semelhante a ela, e imitar seu comportamento colaborador. O paciente pode observar o tratamento de um irmão ou primo, desde que a criança que serve de modelo seja segura e não apresente comportamentos inadequados. Uma outra possibilidade é a utilização de filmes que apresentem sessões odontológicas bem sucedidas realizadas com pacientes infantis.

Em relação a esta técnica, alguns pais acreditam que o filho poderia ter o medo do tratamento odontológico exacerbado se visualizasse outra criança recebendo atendimento. A técnica tem sido indicada para reduzir a ansiedade e o comportamento inadequado das crianças durante o tratamento odontológico. Entretanto, o efeito iatrogênico da técnica é possível. Crianças com altos níveis de medo podem se sensibilizar e, em consequência, reagir negativamente à situação odontológica. FÚCCIO *et al* (2003).

g) DISTRAÇÃO:

De acordo com KLATCHOIAN (1993) considera-se distração a apresentação de filmes, desenhos ou até mesmo a projeção da própria criança sendo atendida durante o tratamento. A visão passiva da televisão com programas comuns é ineficiente quanto à redução de ansiedade em crianças muito novas, durante o tratamento dentário. Já com o uso de filmes infantis, obtêm-se resultados bastante animadores. As crianças ficam tão absorvidas pelas histórias que não mostram sinais de desconforto durante o tratamento. Wepman (1978) ressalta o valor da áudio-analgésia, ou seja, o uso de fones de ouvido com música, fazendo com que o paciente desvie sua atenção de procedimentos mais dolorosos e, com isso, aumente a sua tolerância ao desconforto e à dor. Ingersoll (1984) acredita no uso da televisão ou de videotapes como uma solução eficiente para reduzir comportamentos impróprios dentro do consultório. Sua crença é de que a televisão tem potencial de distrair o paciente durante o tratamento dentário, sendo uma forma de atenuar a dor e o estresse dentro do consultório. Seus recentes estudos mostram que o uso de video tapes para distrair adultos e crianças obteve um grande sucesso quanto à cooperação do paciente. Quanto mais o profissional souber sobre a criança e o universo infantil, mais elementos terá para distraí-la, diminuindo seu medo e ansiedade durante um procedimento invasivo. As pesquisas mostram que a distração pode ser útil em pacientes mais jovens, logo no começo do tratamento. Isto se baseia em observações de que crianças de dois a sete anos de idade não fixam sua atenção, com frequência, em mais de um aspecto de uma determinada situação ao mesmo tempo.

Esta estratégia consiste em introduzir no ambiente odontológico estímulos que possam competir com os eventos naturais da situação e, assim, exercer um efeito dissipador da atenção da criança. Podem-se utilizar músicas, histórias infantis e vídeos. A distração, feita por meio de músicas infantis cantadas pelo cirurgião dentista tem efeito de acalmar as crianças. Os pacientes mostram-se mais colaboradores quando o cirurgião dentista explica os procedimentos numa linguagem simples. A técnica de distração parece ter contribuído para a diminuição da ansiedade da criança, auxiliando-a no enfrentamento da situação odontológica. POSSOBON (1998).

POSSOBON (2000) nos relata que a utilização desta estratégia ameniza os efeitos aversivos da situação de tratamento, fazendo com que a criança sinta-se menos insegura e mais amparada, melhorando seu comportamento. A atenção ao paciente que está deitado na cadeira, vulnerável e exposto aos mais diversos tipos de sensações, muitas vezes desagradáveis, parece contribuir para aumentar sua confiança no profissional e, desta maneira, melhorar a qualidade da interação profissional-paciente, fator primordial no controle do comportamento da criança.

Segundo SANTOS MIELE (2000) a utilização da distração como um método alternativo de entendimento da criança com a Odontologia deve ser estimulada pelo muito que pode favorecer. A escolha da música ou da história deve ficar sempre por conta da criança, e acaba vinculando a visita ao dentista a um momento de alegria e é mais um recurso que o clínico pode lançar mão para tornar o tratamento odontopediátrico mais tranquilo e com melhor aceitação pela criança, favorecendo ainda, o relaxamento desta durante a consulta, o que ajuda muito o trabalho do profissional. A música com sons mais graves e de intensidade suave, como as cantigas de ninar ou melodias que traduzem



sentimentos tranquilos, é mais indicada. Baseados na premissa de que a música pode criar um clima favorável e útil ao tratamento odontopediátrico, tendo influência sobre o sistema nervoso e também sobre outros órgãos e funções tais como coração, circulação e respiração, utilizaram a música, associada a estórias infantis, com objetivo de criar condições favoráveis de relaxamento do paciente. A experiência tem mostrado que tanto o profissional pode cantar uma música que a criança goste ou, no momento de maior concentração, sua auxiliar pode fazê-lo ou até a própria mãe.

AITKEN *et al* (2002) nos relatam que a técnica de distração com o auxílio de músicas sozinha não reduz dor, ansiedade ou comportamentos negativos durante os procedimentos odontológicos em pacientes jovens. Ela deve ser sempre vir associada a outras técnicas.

### 3. DISCUSSÃO :

#### 3.1 CONTE-MOSTRA-FAÇA :

KLATCHOIAN (1993), POSSOBON (1998), McDONALD (2000) e COLARES & RICHMAN (2002) concordam que esta deve ser uma estratégia de manejo de comportamento utilizada rotineiramente no consultório odontológico. Deve-se antes de mais nada, apresentar à criança toda a equipe profissional, para depois iniciar a demonstração da cadeira e dos instrumentos a serem utilizados; com as respectivas funções. Esta estratégia é de fundamental importância para que haja uma comunicação entre o profissional e a criança; obtendo-se assim sua confiança bem como a familiarização com o profissional e o instrumental.

#### 3.2 RECOMPENSA :

GUEDES-PINTO *et al* (1985), KLATCHOIAN (1993) e WOLF (2002) concordam que a recompensa é uma estratégia que deve ser usada após a consulta, caso o

comportamento da criança tenha sido satisfatório, permitindo o tratamento. A tendência natural da criança é de repetir o comportamento que gerou a recompensa, conseguindo assim aumentar os seus comportamentos desejáveis. Esta recompensa pode ser desde um elogio, um abraço ao final da sessão ou um pequeno brinde.

### 3.3 CONTENÇÃO FÍSICA

TEN BERGE *et al* (1999), POSSOBON (2000) e TAVARES *et al* (2000) são concordes ao afirmar que esta técnica pode ser interpretada como negativa ou desagradável, tendendo a reduzir o medo e melhorar os comportamentos da criança; obrigando a criança a enfrentar a situação de tratamento e permitindo-lhe conhecer os procedimentos e perceber que o tratamento poderia ocorrer de forma a não lhe causar desconforto. Este método é indicado para crianças menores de três anos, com retardo mental, pacientes com defeitos físicos, entre outros.

Já WOLF,2002, discorda relatando que esta técnica visa impedir que os pacientes sofram danos por causa da movimentação corporal desordenada; porém, esta experiência se registra no psiquismo, formando uma espécie de arquivo de sensações que exercem influência na vida futura, podendo provocar atitudes adversas quando na vivência atual. Portanto, esta técnica deve ser realizada com muita cautela, pois pode transformar a situação odontológica numa relação de medo e ansiedade.

### 3.4 HOME ( Mão sobre a boca ) :

GUEDES-PINTO *et al* (1985), KLATCHOIAN (1993), MORAES *et al* (1997), McDONALD (2000), TAVARES *et al* (2000), RAMOS-JORGE & PAIVA (2003) e BIJELLA *et al* (2003) são concordes que esta técnica deve ser utilizada nos casos em que as crianças não permitem o tratamento ou se recusam a ouvir o que o profissional está falando; o objetivo é ganhar a atenção da criança, de forma que a comunicação profissional-paciente possa ser estabelecida e a cooperação obtida. Não deve ser aplicada em crianças de pouca idade ou naquelas com incapacidade física, mental ou emocional. Deve ser executada com a permissão dos pais, sendo sua utilização recomendada para profissionais mais calibrados, pois o seu emprego requer certa maturidade profissional, firmeza nos atos e controle emocional para expressar energia, ao mesmo tempo em que mantém um tom suave e não hostil.

No que discorda WOLF,2002, dizendo que este tipo de intervenção deve ser analisada com muita cautela antes da sua execução, pois pode causar um aumento de rejeição à situação odontológica, podendo apresentar dificuldades cada vez maiores em intervenções futuras.

BARBOSA & TOLEDO (2003) discordam da técnica da mão sobre a boca com tamponamento do nariz pois relatam que podem causar lesões em crianças.

### 3.5 SEDAÇÃO:

ALBUM (1961), LOEFFLER (1992), KLATCHOIAN (1993), ), SIMSEK *et al* (1993), ), ROSENBLATT & FERRAZ (1997), McDONALD (2000), POSSOBON (2000), WEBB & MOORE (2002) e NATHAN & VARGAS (2002) concordam que esta estratégia de manejo de comportamento seja utilizada de maneira “profilática”, no sentido de promover bem-estar, evitando traumatismos físicos e emocionais, reduzindo assim o tempo operatório de cada sessão, proporcionando um menor grau de agitação e aumentando assim a sua cooperação; sendo observados resultados positivos nas próximas sessões. Deve ser aplicada em crianças normais em idade pré-escolar que necessitam ser submetidas a tratamento extenso. As drogas mais utilizadas (via oral) são : Diazepam (Valium), Midazolam (Dormonid) e o Hidrato de Cloral. Por inalação, o Óxido Nitroso.

McCOMB *et al*, 2002, discordam dizendo que a sedação não apresenta nenhum efeito no comportamento da criança, não havendo assim, nenhuma relação entre a sedação e o futuro comportamento da mesma.

### 3.6 MODELAGEM:

GUEDES-PINTO *et al* (1985), KLATCHOIAN (1993) e WOLF (2002) são concordes quanto às técnicas de modelagem, quer sejam ao vivo ou gravadas, exercerem influência positiva no comportamento do paciente que está sendo o observador, ressaltando a importância das crianças (modelo e observador) terem o mesmo sexo e idade, que permita trabalhar sem apresentar nenhum tipo de tensão ou medo. Este tipo de estratégia tende a diminuir os comportamentos de não colaboração; seja por constatar que a situação não oferece riscos ou por identificar-se com o modelo e imita-lo.

FÚCCIO *et al* (2003) são discordes ao afirmar esta técnica pode exacerbar o medo de uma crianças com altos níveis de medo e ansiedade, reagindo assim negativamente ao tratamento.

### 3.7 DISTRAÇÃO:

KLATCHOLIAN (1993), Wepman (1978), Ingersoll (1984), POSSOBON (1998) e SANTOS MIELE (2000) concordam em que esta técnica consiste desde a apresentação de filmes, desenhos, obtendo-se resultados bastante animadores, ficando tão absorvidas que deixam de mostrar sinal de desconforto durante o tratamento. A utilização de músicas e histórias infantis e vídeos também tornam os pacientes mais colaboradores. A escolha pode ficar por conta da criança, vinculando a visita como um momento de alegria e relaxamento,

auxiliando o trabalho do profissional, uma vez que exerce influência sobre o sistema nervoso e outros órgãos e funções.

AITKEN *et al* (2002) discordam relatando que esta técnica não reduz a ansiedade ou comportamentos negativos em pacientes jovens devendo vir sempre associada a outras técnicas.

#### 4. CONCLUSÃO :

- Cada criança é única, com temperamento, emotividade e individualidade próprios.
- Os pais devem sempre ser esclarecidos com relação ao tratamento odontológico e aplicação de técnicas de manejo de comportamento .
- É de extrema importância que os pais sejam aliados em prol da saúde bucal da criança.
- Técnicas aversivas são recomendadas quando outras mostram-se ineficientes.
- A sedação deve ser indicada como complemento e não como substituto das outras técnicas de manejo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS \*:

AITKEN, J. C. *et al.* The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 24, n. 2, p. 114-118, Mar./Abr. 2002.

ALBUM, M. M. Meperidine and Promethazine Hydrochloride for handicapped patients. **J. Dent. Res.**, Washington, v. 40, n. 5, p. 1036-1041, Set. / out. 1961.

AMORIM, V. C. de A.; SANTOS, M. F. S. Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos. **Rev ABO Nac.**, Porto Alegre, v. 7, n. 6, p. 359-363, Dez. 1999/ Jan. 2000.

BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO, O. A. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em Odontopediatria. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p. 76-82, 2003.

BIJELLA, M. F. T. B. *et al.* A utilização da técnica da mão sobre a boca (MSB) em odontopediatria – revisão de literatura. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 6, n. 30, p. 163-169, Mar./ Abr. 2003.

BÖNECKER, M. J. S.; GUEDES PINTO, A. C.; DUARTE, D. A. Abordagem Odontopediátrica integral em clínica de bebês. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 307-310, Jul./ Ago. 1995.

BRILL, W. A. Parents assessment and children's reactions to a passive restraint device used for behavior control in a private pediatric dental practice. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 69, n. 3, p. 310-313, Set. / Dez. 2002.

COLARES, V.; RICHMAN, L. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 69, n. 1, p. 87-92, Jan. / Abr. 2002.

CROSSLEY, M. L.; JOSHI, G. An investigation of paediatric dentists attitudes towards parental accompaniment and behavioral management techniques in the UK. **British Dental Journal**, Londres, v. 192, n. 9, Maio / 2002.

FUCCIO, F. *et al.* Aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo do comportamento utilizadas em odontopediatria. **JBP – Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba, v. 6, n.30, p. 146-151, Mar./Abr. 2003.

GONÇAVES, S. R. M.; SAGRETTI, O. M. A.; BORGES, A. M. C. Medo em Odontopediatria: por que e do que as crianças têm medo no tratamento odontológico: técnicas de condicionamento através do toque sutil. **Revista Paulista de Odontologia**, ano XI, v. 15, n. 6, p. 35-40, Nov./Dez. 1993.

GUEDES-PINTO, A. C.; CORREA, M. S. N. P.; GIGLIO, E. M. **Conduta Clínica e Psicologia em Odontologia Pdediátrica**. 1. ed. São Paulo : Livraria e Editora Santos, 1985. 231p.

JENSEN, B.; STJERNQVIST, K. Temperament and acceptance of dental treatment under sedation in preschool children. **ACTA Odontol Scand**, Oslo, v. 60, p. 231-236, 2002.

KLATCHOIAN, D. A. O comportamento da criança como elemento chave em Odontopediatria. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 1, n. 4, Out./Nov./Dez. 1998.

KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. São Paulo : Sarvier, 1993. 89p.

LOEFFLER, P. M. Oral Benzodiazepines and conscious sedation : a review. **J. Oral Maxillofac. Surg.**, Orlando, v. 50, n. 9, p. 989-997, Sept. 1992.

MÁRCIO, A. Psicologia Aplicada à criança na Clínica Odontológica-Parte I. Disponível em : < <http://www.odontologiainfantil.com.Br/Artigos%20cientificosj2.htm> > Acessado em : 13 de setembro de 2002.

MÁRCIO, A. Psicologia Aplicada à criança na Clínica Odontológica-Parte II. Disponível em : < <http://www.odontologiainfantil.com.Br/Artigos%20cientificosj3.htm> > Acessado em : 13 de setembro de 2002.

McCOMB, M. *et al.* The effects of oral conscious sedation on future behavior and anxiety in pediatric dental patients. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 24, n. 3, p. 207-211, May/ June 2002.

MORAES, A. B. A.; GIL, I. A. A criança e o medo do tratamento odontológico. *In*: **Odontopediatria clínica**. São Paulo : Santos, 1991, p. 113-119.

MORAES, A. P. *et al.* Posicionamento dos profissionais de Odontologia frente à técnica de mão sobre a boca. **Revista de odont. Espec.**, v. 1, ano I, p. 282-285, 1997.

NATHAN, J. E.; VARGAS, K. G. Oral midazolam with and without meperidine for management of the difficult young pediatric dental patient: a retrospective study. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v. 24, n. 2, p. 129-138, Mar./ Abr. 2002.

OLIVIERI, J. L. S.; ALVES, M. U. Controle de comportamento : A chave para o sucesso em Odontopediatria. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.1, n. 3, 2001.

PINKHAN, J. R. The roles of requests and promises in child patient management. **J. Dent. Child.**, Chicago, v. 60, n. 3, p. 169-174, May/ June 1993.

POSSOBON, R. F.; CAETANO, M. E. S.; MORAES, A. B. A. Odontologia para crianças não colaboradoras: relato de casos. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 80-83, 1998.

POSSOBON, R. F. **Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não-colaboradora durante o atendimento odontológico**. Piracicaba, 2000. 339p. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M. Comportamento infantil no ambiente Odontológico : Aspectos psicológicos e sociais. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 6, n.29, p. 70-74, 2003.

ROBERTS, J. F. How important are techniques? The empathic approach to working with children. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 62, n. 1, p. 38-43, Jan./ Fev. 1995.

- ROSENBLATT, A.; FERRAZ, R. R. Condicionamento infantil com uso de neuroléptico. **Revista de Odontopediatria**, São Paulo, v. 5, n. 1, p.87-92, Jan./Fev./Mar. 1996-97.
- SANDRINI, J. C.; BONACIN, P. Jr.; CHRISTÓFORO, L. R. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 1, n. 3, Jun./Set. 1998.
- SANGLARD, L. F.; FRAUCHES, M. B.; COSTA, A. Estudo sobre as variáveis que podem influenciar o comportamento da criança na primeira consulta de um tratamento odontológico. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 4, n. 18, p. 137-141, Març./Abr. 2001.
- SANTOS MIELE, G. M. *et al.* Música e motivação na Odontopediatria. **JBP – Jornal brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do bebê**, Curitiba, v. 3, n. 15, p. 414-423, Set./Out. 2000.
- SILVA, S. R. G. da *et al.* A percepção da criança com relação a Odontopediatria. Um acréscimo da psicologia a Odontologia. **Revista de Odontopediatria**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 127-155, Jul./ Ago./ Set. 1992.
- SIMSEK, S. *et al.* Classification and Premedication of uncooperative children. **J. Nihon Univ. Sch. Dent.**, Tóquio, v. 35, n. 1, p. 28-35, Mar. 1993.
- SINGH, K. A. ; MORAES, A. B. A. de; BOVI AMBROSANO, G. M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq. Odont Bras**, v. 14, n. 2, p. 131-136, São Paulo, Abr./Jun. 2000.

- TAVARES, M. J. *et al.* Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e restrição física. **Revista ABO Nac.**, Porto Alegre, v. 8, n. 2, p. 296-301, Abr./ Maio 2000.
- TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J.; HOOGSTRATEN, J. Dentists behavior in response to child dental fear. **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 66, n. 1, p. 36-40, Jan./ Fev. 1999.
- TIBA, I. **Puberdade e Adolescência : Desenvolvimento Biopsicossocial**. 5. ed. São Paulo : Agora, 1986. 236p.
- TOLEDO, O. A. **Odontopediatria : Fundamentos para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo : Editorial Premier, 1996. 344p.
- TOSTES, M.; GOMES, A. M. M. ; CORRÊA, M. S. N. P. Separação materna durante o atendimento infantil. **Revista APCD**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 302-305, Jul./Ago. 1998.
- URTIAGA, M. E.; Relação dentista-paciente e sua interação emocional. **RBO**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 58-60, 1998.
- WEBB, M. D.; MOORE, P. A. sedation for pediatric dental patients. **Dent Clin N Am**, v. 46, p. 803-814, 2002.
- WRIGHT, G. Z. Controle Psicológico do Comportamento de Crianças. In : McDONALD, R. E. & AVERY, D. R. **Odontopediatria**. 7 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan. 2000.
- WOLF, S. **Psicologia no consultório Odontológico**. 2. ed. São Paulo : Arte & Ciência Editora, 2002. 174p.