

FACULDADE SETE LAGOAS - FACSETE

IEDA MARIA COURY MOREIRA

**TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLE DO
COMPORTAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA**

**UBERLÂNDIA/MG
2023**

IEDA MARIA COURY MOREIRA

**Técnicas não farmacológicas de controle do comportamento em
Odontopediatria**

Monografia apresentada ao curso de Especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas - FACSETE como requisito parcial para conclusão do curso em Odontopediatria.

Área de concentração: Odontopediatria.
Orientador: Prof. Dr. Leonardo Gontijo Matos.

Uberlândia/MG
2023

Agradecimentos

A Deus por ter me concedido o privilégio dessa experiência.

À minha família pelo carinho e afeto.

Ao meu marido pelo apoio e estímulo em todos os momentos.

À minha colega Débora pela parceria, ajuda e paciência nas revisões.

Ao meu orientador Prof. Dr. Leonardo Gontijo Matos pelo incentivo, apoio e orientações que contribuíram decisivamente para a elaboração deste trabalho.

A todos que me motivaram no amor pela Odontopediatria colaborando para a realização dessa conquista.



Ieda Maria Coury Moreira

Técnicas não farmacológicas de controle do comportamento em Odontopediatria

Trabalho de conclusão de curso de especialização *Lato Sensu* da Faculdade Sete Lagoas, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Odontopediatria.

Área de concentração: Odontopediatria

Aprovada em ___/___/2023 pela banca constituída dos seguintes professores:

Prof. Leonardo Gontijo Matos - Orientador

Prof(a) Dr(a) _____

Prof(a) Dr(a) _____

Uberlândia, __ de _____ de 2023.

RESUMO

A relação comportamental entre o paciente infantil e o cirurgião dentista é descrita na literatura como potencialmente ansiogênica. Esse é um dos maiores desafios para o profissional pois a presença do medo, ansiedade e experiências traumáticas anteriores refletem diretamente nas reações emocionais da criança. Para evitar que ocorra essa reação, é importante que o profissional que lida com crianças tenha conhecimento e saiba usar as técnicas de manejo comportamental e psicologia infantil para atuar de forma segura e eficaz durante o atendimento, uma vez que a escolha adequada da técnica pode estimular um comportamento colaborativo do paciente, respaldando um melhor prognóstico no tratamento. As técnicas de manejo comportamental não farmacológicas são instrumentos metodológicos eficientes, que possuem a capacidade de estabilizar e prevenir o comportamento não colaborativo em pacientes infantis durante o atendimento odontológico apresentando o mesmo de maneira positiva. Esses recursos visam minimizar o medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico permitindo que ele seja executado com êxito, mostrando-se eficazes para estabilizar e prevenir comportamentos não colaborativos. Nessa perspectiva, o estudo tem como objetivo avaliar através da revisão de literatura as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas em Odontopediatria.

Palavras-chaves: Relação comportamental. Técnicas de manejo. Ansiedade. Odontopediatria.

ABSTRACT

The behavioral relationship between the infant patient and the dental surgeon is described in the literature as potentially anxiogenic. This is one of the biggest challenges for the professional because the presence of fear, anxiety and previous traumatic experiences reflect directly on the emotional reactions of the child. To prevent this reaction from occurring, it is important the professional who deals with children has knowledge and knows how to use the techniques of behavioral management and child psychology to act safely and effectively during care, since the appropriate choice of technique can stimulate a collaborative behavior of the patient, supporting a better prognosis in the treatment. Non-pharmacological behavioral management techniques are efficient methodological instruments that have the ability to stabilize and prevent non-collaborative behavior in infant patients during dental care, presenting the same in a positive way. These resources aim to minimize fear and anxiety about dental treatment by allowing it to be successfully performed, proving effective in stabilizing and preventing non-collaborative behaviors. In this perspective, the study aims to evaluate through the literature review the techniques of non-pharmacological behavioral management in Pediatric dentistry.

Keywords: Behavioral relationship. Management techniques. Anxiety. Pediatric dentistry.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 OBJETIVO.....	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
4.1 A Odontopediatria.....	12
4.2 Odontofobia.....	13
4.3 Importância da Psicologia na Odontopediatria.....	15
4.4 Técnicas de Gerenciamento Comportamental não farmacológicas em Odontopediatria.....	16
4.4.1 <i>Comunicação Verbal e Não Verbal</i>	16
4.4.2 <i>Controle de Voz</i>	17
4.4.3 <i>Dessensibilização</i>	18
4.4.4 <i>Dizer-Mostrar-Fazer</i>	18
4.4.5 <i>Distração</i>	19
4.4.6 <i>Modelagem</i>	20
4.4.7 <i>Reforço Positivo</i>	21
4.4.8 <i>Estabilização (Contenção Física)</i>	22
4.4.9 <i>Mão sobre Boca</i>	23
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONCLUSÃO.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O odontopediatra, no seu atendimento com crianças, sempre é confrontado com desafios psicológicos e deve estar bem preparado frente a esses desafios (TOVO *et al.*, 2016). A experiência clínica demonstra ser mais fácil lidar com os comportamentos de uma criança sem experiência odontológica prévia do que manejar os comportamentos daquelas que já passaram por experiências desagradáveis no dentista (GONÇALVES *et al.* 2003; BLINKHORN, 2007; CARACIOLO, 2014).

A figura do cirurgião dentista geralmente é associada à dor. Logo, estar em um ambiente odontológico e ser submetido a um tratamento, pode gerar na criança sentimentos como medo, ansiedade e estresse e isso pode dificultar ou impossibilitar a execução do tratamento proposto (SANTOS *et al.*, 2012). Assim, para desmistificar o tratamento odontológico e apresentá-lo de maneira positiva, pode-se utilizar certas técnicas não farmacológicas de controle do comportamento pois, através delas, as experiências desagradáveis ocorridas no passado e as associações negativas advindas de situações não vividas podem ser reformuladas, conduzindo a criança a uma evolução emocional e adaptação ao tratamento odontológico.

Temos na literatura como técnicas de gerenciamento comportamental a comunicação verbal e não verbal, controle de voz, dessensibilização, dizer-mostrar-fazer, distração, modelagem, reforço positivo, contenção física e mão sobre boca.

Empregar a técnica correta de manejo do comportamento e demonstrar destreza, habilidade e segurança, contribui para que a criança compreenda o tratamento e possa criar e fortalecer o vínculo entre o profissional e o paciente, diminuindo reações exacerbadas frente ao tratamento odontológico (BUSATO, 2017).

Visto isso, o odontopediatra deve estar capacitado na condução dos procedimentos terapêuticos e, por se tratar de atendimento a crianças, os pais devem estar de comum acordo, participando ativamente das tomadas de decisões e, principalmente, estarem esclarecidos quanto aos métodos de controle comportamental (SIMÕES *et al.*, 2016).

Considerando as diversas maneiras de abordagem infantil, a presente revisão de literatura teve como objetivo relatar e descrever as técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria.

2 OBJETIVO

O objetivo desta monografia é avaliar, através da revisão de literatura, as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas em Odontopediatria e suas aplicações clínicas.

3 METODOLOGIA

Revisão da literatura com a busca bibliográfica fundamentada em artigos científicos do período de 2001 a 2022 sobre Relação Comportamental, Técnicas de Manejo, Odontopediatria e Ansiedade. Base de Dados: PubMed, Scielo, Google Scholar. Capítulo de Livro: ABANTO J, KONISHI F, NORONHA JC. Passo a passo para a abordagem do comportamento não farmacológico no paciente odontopediátrico. São Paulo; 2020. p. 32-35. Capítulo de Livro: Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. Rio de Janeiro: Santos; 2020. p. 32-33. Data de realização: Fevereiro a Março de 2023 Palavras-chaves: Relação comportamental. Técnicas de manejo. Ansiedade. Odontopediatria.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A Odontopediatria

A odontopediatria é a especialidade voltada aos cuidados odontológicos de bebês, crianças e adolescentes podendo estender-se também às gestantes. Tem por objetivo o diagnóstico, a prevenção e o tratamento dos problemas de saúde bucal (LOPES *et al.*, 2020).

Gustafsson (2007), recomendou que a primeira visita ao odontopediatra aconteça a partir da erupção do primeiro dente decíduo ou até um ano de idade. Nesse atendimento o odontopediatra irá realizar o exame clínico, identificar possíveis anormalidades, avaliar riscos de cáries e estabelecer protocolos preventivos, além de instruir e esclarecer os responsáveis sobre os cuidados para a saúde bucal do bebê

Albuquerque *et al.* (2010), afirmaram que além da formação técnica e científica, há qualidades essenciais que contribuem para o exercício da Odontopediatria. O cirurgião-dentista deve possuir algumas qualidades para o desempenho da especialidade tais como: amar crianças; fazer-se gostar pela criança; ser aceito por elas com naturalidade; gostar de tratar crianças; possuir conhecimentos de Odontologia e especificamente de Odontopediatria, adquirindo cada vez mais conhecimento pelas técnicas de trabalho; possuir conhecimentos de psicologia infantil; paciência; intuição e bom senso, no qual o profissional deve saber o momento de ser firme ou delicado no trato e na voz, bem como saber o momento de parar por que a criança está cansada ou continuar porque ela está querendo testar o profissional; deve ter capacidade de persuadir e convencer e demonstrar expressão de autoridade.

O relacionamento é a maior diferença existente entre o tratamento de crianças e o de adultos. Em geral, o tratamento de adulto exige uma relação de um para um, que é o modo como se relacionam o dentista e o paciente. Entretanto ao se tratar uma criança, estabelece-se uma relação de um para dois: o dentista, o paciente infantil e seus pais ou responsáveis. A importância desse contato unificador tornar-se-á evidente quando forem descritas as técnicas de controle do

comportamento infantil. Deve-se enfatizar que esse controle de comportamento infantil é um componente integral na prática da Odontopediatria (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

O profissional deve explicar que a presença da mãe é importante, mas que ela só deve interferir quando for solicitada pelo dentista, caso contrário a criança ficará dispersa. Além disso, a criança pode fazer “manha”, birra, só para enfrentar a mãe, e na sua ausência se comportar normalmente (GONÇALVES *et al.*, 2003).

O primeiro contato é de grande importância para conquistar a confiança da criança, não se resumindo apenas aos cuidados preventivos e à realização de tratamentos odontológicos de boa qualidade, mas proporcionando a oportunidade de construir com a criança, através de consultas sucessivas, um relacionamento positivo com a Odontologia (GÓES *et al.*, 2010).

O cirurgião-dentista deve favorecer o desenvolvimento psicológico saudável do paciente, procurando conhecer a criança em sua totalidade, inserida em seu ambiente social e familiar, de modo a exercer a odontopediatria de forma mais humana (RAMOS-JORGE, PAIVA, 2003; QUEIROZ, 2005).

Fernandes *et al.* (2010), confirmaram que seguindo esses princípios nas consultas sucessivas estabelecem-se vínculos de confiança e segurança entre o paciente e o profissional, ocorrendo a desconstrução da imagem negativa em relação à Odontologia.

4.2 Odontofobia

Apesar dos avanços tecnológicos da Odontologia moderna, a ansiedade e o medo ainda são comuns em crianças e adultos, constituindo-se numa barreira significativa para a atenção odontológica e interferindo nos cuidados regulares com a saúde bucal (MARWAH *et al.*, 2005).

A ideia da dor agregada ao tratamento odontológico é antecessora do medo e da ansiedade e o rótulo negativo do cirurgião-dentista é visto frequentemente em todo o mundo (MARTINS *et al.*, 2017).

Klacthoian (2002), esclareceu que a ansiedade é um estado psíquico em que prevalecem sentimentos ameaçadores por estímulos internos e/ou externos, reais e/ou imaginários, definida como um sentimento vago, desagradável, acompanhada do pressentimento de que algo indesejável acontecerá. A ansiedade é uma situação emotiva determinada como sentimento não específico de apreensão, desconforto ou

medo, com etiologia desconhecida (AGARWAL, 2013). Quando associada aos procedimentos odontológicos, é a sensação causada por eventos ligados ao atendimento que ocasionam preocupação e incômodo, gerando perspectiva negativa. Esta circunstância emocional pode incluir fatores fisiológicos, mentais, emotivos e comportamentais (ARMPFIELD, HEATON, 2013).

Oliveira *et al.* (2009), ponderaram que a ansiedade e/ou medo, estão associados a diversos fatores etiológicos, dentre estes se destacando: experiências passadas traumáticas, a expectativa de dor, medo manifestado pela mãe ou pessoas próximas, o desconhecido e os aspectos psicológicos.

As causas mais relevantes para a fobia e a ansiedade no contexto da Odontopediatria são os comportamentos e experiências negativas maternas e seus palpites sobre procedimentos odontológicos (KAUR *et al.*, 2015). A ansiedade é normal em situações inéditas, porém quando não se tem controle sobre a ansiedade, ela torna-se patológica (ISSÁO, GUEDES PINTO, 2013).

A diferença conceitual entre ansiedade e medo é que, enquanto a ansiedade é um estado emocional que precede um objeto ou uma situação amedrontadora, o medo é a manifestação apresentada pelo indivíduo em resposta ao objeto ou à situação, sendo que o medo sempre vem precedido pela ansiedade (ARMPFIELD, 2013).

O medo faz parte do desenvolvimento infantil e da infância normal; em geral é transitório, mas pode persistir por grandes períodos, como pode acontecer com o medo ao tratamento odontológico (GÓES *et.al.*, 2010).

Quanto maior o nível de ansiedade do paciente maior será a sensibilidade à dor. A diferença entre o medo e a ansiedade está na intensidade. O paciente ansioso recusa o atendimento odontológico (MARQUES *et al.*, 2010).

Os sintomas mais comuns de ansiedade são: cefaleia, taquicardia, urgência urinária, palpitações, respiração curta, sudorese, sensação de desmaio, tremor, sintomas gastrointestinais e rubor (ISSÁO, GUEDES PINTO, 2013). A manifestação do medo revela-se através do choro, recusa ao abrir a boca, debater-se ou se esquivando do tratamento.

Por consequência do medo, as crianças apresentam estímulos e assim não aceitam realizar os procedimentos, podendo ter situações de choro, grito ou até mesmo de movimentos e tentativas de sair da cadeira odontológica. Não só o ambiente colabora para isso, mas também os instrumentos utilizados, como o

barulho da broca, mesmo com mudanças na sua rotação, geram repercussões negativas, atrapalhando assim no proceder do tratamento odontológico (BRANDENBURG, HAYDU, 2009).

Quando uma criança não está disposta a cooperar com o dentista, há um desgaste, tanto do profissional quanto do paciente e acompanhante. Com isso o tratamento não seguirá de maneira adequada, podendo até haver abandono por parte do paciente, devido ao seu medo excessivo, que pode ser real ou imaginário e medo do desconhecido. Deve-se, portanto, compreender os problemas comportamentais que ocorrem sempre e buscar solucioná-los através do conhecimento psicológico (MARQUES *et al.*, 2010).

A fobia relacionada ao tratamento dentário em pacientes infantis pode causar disfunções graves de saúde e perdurar até a juventude tornando-se um comportamento problemático no decorrer da consulta odontológica. Faz-se de extrema importância compreender esses pacientes ansiosos antecipadamente prevenindo essa adversidade comportamental (KHANDURI *et al.*, 2019).

É neste contexto, que a psicologia aparece promovendo uma intervenção de adaptação ao procedimento, empregando recursos lúdicos, diminuindo a ansiedade e promovendo a melhora no comportamento da criança (LIMA *et al.*, 2016).

4.3 Importância da Psicologia na Odontopediatria

Os conhecimentos de psicologia aplicados a Odontopediatria promovem um melhor e mais integrado relacionamento profissional-paciente, permitindo um diagnóstico global envolvendo sintomas somáticos e psicológicos, os quais necessitam ser correlacionados e avaliados, visto que o paciente infantil se encontra em constante mudança e contínua transformação (SARNAT *et al.*, 2001).

Cardoso, Loureiro (2005), salientaram que a finalidade do tratamento odontológico além de promover a saúde bucal do paciente também passa por empregar atitudes positivas nas crianças, frente a situações de medo, por meio das contribuições psicológicas e educacionais.

Conforme Corrêa, Sanglard (2010), a Psicologia aplicada à Odontopediatria permite a abordagem da criança de acordo com a faixa etária, possibilitando com isso a promoção da saúde integral e fazendo com que a criança adquira um vínculo positivo com a Odontologia. Diante do exposto, é necessário que se percebam as

características individuais de cada criança, para se estabelecer um relacionamento satisfatório e permitir um tratamento eficiente.

Segundo Issáo, Guedes Pinto (2016), para que haja um bom contato com a criança é preciso conhecê-la, mas para que ocorra de maneira natural, é importante que o dentista estabeleça as relações entre a Psicologia e a Odontopediatria, para compreender e explicar as relações humanas e as relações entre a criança e o dentista.

Como a Odontopediatria abrange uma faixa etária delimitada e característica, a forma de abordagem deve ser adequada ao mundo de fantasias de cada criança. Para conseguir transmitir, de forma individualizada, mensagens e experiências positivas, é preciso que o profissional desenvolva e aprimore a cada dia a sua habilidade técnica e sensitiva para conseguir proporcionar-lhe bem-estar e tranquilidade (CORRÊA, 2013).

Cada criança tem um limite relacionado à sua faixa etária e é importante que o profissional reconheça esse limite para que a sua aproximação junto à criança possa ser compatível com a experiência dela como indivíduo. Consequentemente, ao abordar a criança, devem ser levados em consideração a idade, o gênero, os fatores de saúde e relação familiar (BRAUER *et al.*, 1964).

Santos (2020), ressaltou a importância do acolhimento desde a sala de recepção, reforçando que a preocupação com o manejo infantil deve estar planejada de forma integral.

Diante do exposto, torna-se relevante o conhecimento e domínio das técnicas de controle do comportamento do paciente infantil com o intuito de auxiliar o clínico geral e o odontopediatra na abordagem da criança durante o atendimento clínico.

As técnicas não farmacológicas podem ser divididas em restritivas e não restritivas (MACHADO, 2009). As não restritivas incluem a comunicação verbal e não verbal, o controle de voz, dessensibilização, dizer-mostrar-fazer, distração, modelagem e reforço positivo. As restritivas incluem a estabilização protetora e a mão sobre a boca.

4.4 Técnicas de gerenciamento comportamental não farmacológicas em Odontopediatria

4.4.1 Comunicação verbal e não verbal

A comunicação verbal é entendida como a explicação verbal do procedimento a ser executado, onde o profissional expressa verbalmente os procedimentos, dizendo ao paciente o que será realizado em seu tratamento (FERREIRA *et al.*, 2009). É uma ferramenta eficaz, e deve ser originada a partir de uma única fonte para a criança durante o procedimento. Deve-se evitar que no ambiente haja várias pessoas falando ao mesmo tempo, o que leva a criança a ficar confusa (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

Vários autores concordaram com o uso de eufemismos para facilitar a comunicação e o entendimento pelo paciente infantil. Desta forma, consegue-se explicar determinados procedimentos e estes serão facilmente assimilados pelas crianças. Penido (1987), sugeriu alguns exemplos, como chamar dique de borracha de “capa de chuva”, selante de” pintura do dente”, sugador de “guloso” ou “aspirador de pó”, entre outros exemplos.

Esta técnica tem como fundamento o contato, a atitude, a expressão facial e a linguagem corporal para orientar o comportamento do paciente, reforçando o que foi dito verbalmente (ZANETTI *et al.*, 2001). A comunicação não verbal é a transmissão de uma mensagem sem a utilização de qualquer palavra, nem falada nem escrita. No momento da consulta da criança, o profissional deve ir ao seu encontro, ficar à sua altura, recebendo-a com um sorriso e chamando-a pelo nome, com carinho e respeito. Em seguida ela é convidada a entrar e conhecer a sala clínica. Durante todo o atendimento clínico à criança, o toque e o carinho são extremamente importantes. O ambiente deve ser agradável, confortável e lúdico com cores alegres, músicas e brinquedos transmitindo à criança a sensação de que o lugar é seguro e amigável (ABANTO *et al.*, 2020).

4.4.2 Controle de voz

O controle de voz é uma técnica onde conquistamos a atenção da criança mediante a forma que o profissional conversa, sendo que a maneira e a entonação que ele irá falar são mais importantes do que as palavras utilizadas. Nos pacientes menores que não cedem ao apelo verbal, é indicado que o profissional fale baixo continuamente (SILVA *et al.*, 2018).

Klatchoian (2002), mostrou que um controle da comunicação consiste em se alterar o volume, tom e ritmo da voz para que se possa direcionar adequadamente o comportamento da criança. Através dessa técnica podemos desviar a atenção da

criança que não está cooperando, demonstrando firmeza e autoridade para que possa continuar o procedimento proposto.

Para se obter um resultado eficaz é necessário que a comunicação ocorra de uma única fonte, pois se a criança ouvir várias pessoas falando o resultado pode ser indesejado, visto que a mesma se torna confusa (SINGH, 2014).

Ferreira *et al.* (2009), concordaram que esse tipo de abordagem é indicado para qualquer paciente, especialmente com as crianças acima de 3 anos de idade, para estabelecer limites. No entanto, é contraindicado para pacientes com deficiência auditiva, pois nesse caso é mais indicada e viável a comunicação não verbal.

4.4.3 Dessensibilização

A dessensibilização é uma estratégia que facilita um bom relacionamento com a criança iniciando o tratamento com procedimentos menos invasivos e com menor potencial de causar dor e medo (CORTELO *et al.*, 2014, SINGH *et al.*, 2014). O odontopediatra terá, assim, tempo para estabelecer maior interação com a criança e, de alguma forma, melhorar as manifestações comportamentais durante o tratamento (POSSOBON, 2004).

Quando o paciente se sente confortável no âmbito do consultório e com a equipe de trabalho após consultas contínuas, aumenta-se a conexão e a criança inclina-se para um comportamento mais cooperativo, reforçando a conduta da dessensibilização (TORRES *et al.*, 2020).

4.4.4 Dizer, mostrar, fazer

Essa técnica é dividida em três fases que se complementam. Assim, inicialmente, são expressas ao paciente, de forma clara, explicações verbais sobre o procedimento, de acordo com o seu grau de desenvolvimento; posteriormente, na sequência, são feitas demonstrações que podem abranger os aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis; e, por fim, sem que haja alteração do que foi abordado, ocorrerá a realização do procedimento. A técnica objetiva ensinar e familiarizar o paciente com o ambiente odontológico e moldar as reações deste. É indicada para o uso em qualquer paciente e não tem nenhuma contraindicação (TOWNSEND, WELLS, 2019).

Trata-se de uma das técnicas mais empregadas na odontopediatria, visto que abrange explicações verbais dos procedimentos, empregando frases/palavras apropriadas ao grau de evolução da criança (dizer); fazendo-se a seguir uma demonstração visual e tátil, buscando tranquilizar o paciente infantil (mostrar); e após essa explicação e demonstração, conclui-se o procedimento (fazer). Tal estratégia tem por objetivo reduzir a ansiedade da criança frente a uma situação que é desconhecida (MATOS *et al.*, 2018; ROCHA *et al.*, 2015).

É importante mostrar ao paciente os instrumentos e as etapas a serem realizadas pelo procedimento, explicando de forma detalhada e demonstrando à criança como tudo ocorrerá. É importante buscar adaptar o vocabulário a ser utilizado, para que a criança consiga compreender a explicação. É válido ressaltar que a técnica possui muita aceitação pelos pais e profissionais, pois além de lidar com o medo da criança, proporciona também uma maior familiarização com o procedimento, evitando assim o surgimento de possíveis fantasias que possam vir a causar medo (DIAS, 2018).

Um artifício bastante eficaz relacionado à técnica dizer-mostrar-fazer é o uso do humor, desde que realizado através de uma linguagem especial e adequada à idade do paciente com a utilização de eufemismos, associações divertidas, rimas e jogos de palavras de fácil compreensão pelas crianças. Esta variante proporciona o redirecionamento da atenção do paciente em relação ao procedimento a ser realizado, podendo-se fazer uso também de desenhos animados, livros, brinquedos, músicas e histórias. Normalmente, porém, é utilizado apenas o ato de conversar com o paciente, buscando diminuir a ansiedade neles (SINGH, 2014).

4.4.5 *Distração*

Esta técnica tem por objetivo desviar a atenção da criança, de modo que ela não fique apreensiva com algo do qual ela possa vir a ter receio e manifestar um comportamento inadequado ou de recusa frente ao tratamento (MATOS *et al.*, 2018).

Para isso, deve-se conversar com a criança sobre assuntos que ela aprecie, ou utilizar livros, TV para assistir filmes ou desenhos animados, com uso ou não de óculos 3D, utilizar brinquedos que ela possa segurar, desde que não atrapalhem na execução do procedimento (ex.: bolinhas macias, finger toys, etc). Isso torna o ambiente favorável ao tratamento (KLATCHOIAN *et al.*, 1993; INGERSOLL *et al.*,

1982; POSSOBON *et al.*, 1998). Pode-se usar também músicas e histórias infantis (SILVA *et al.*, 2016). A música é uma estratégia bastante eficaz para auxiliar no atendimento odontopediátrico, pois pode diminuir o nervosismo e distrair os sons de alguns aparelhos e instrumentos.

Ressalte-se que o método padrão utilizado pelos odontopediatras é falar com os pacientes enquanto trabalham para que não se concentrem no procedimento, tentando assim diminuir a ansiedade (SINGH, 2014).

É uma técnica indicada para todas as crianças e, para ter sucesso, o profissional deve conhecer melhor o universo do paciente, pois assim terá mais elementos para distrair a criança.

4.4.6 Modelagem

A técnica da modelagem baseia-se na observação, por uma criança ansiosa ou indecisa, de outra criança já adaptada ao tratamento odontológico, ou seja, a criança deverá observar outras crianças com comportamento cooperativo, a fim de modelar o próprio comportamento para a consulta. Para que tal abordagem funcione, é necessária uma criança modelo já adaptada às consultas (SANT'ANNA *et al.*, 2020).

Essa é uma técnica na qual o clínico utiliza vídeos ou outra criança que já está condicionada e adequada ao tratamento, servindo de modelo para o paciente que está tendo o primeiro contato com o dentista ou que já teve alguma experiência não tão interessante. Dessa maneira, é possível ajudá-lo a desenvolver um novo padrão de comportamento, reduzindo ou limitando prováveis negações ou medos prévios que possam existir no paciente, pois a maior parte do aprendizado das crianças é baseada na observação e imitação de outros (COSTA JUNIOR, 2002).

Os pacientes observadores devem estar dispostos e motivados com o fato de estarem assistindo outra criança (ao vivo) em seu tratamento e o modelo acaba ganhando um status ou prestígio maior, pois estará servindo como exemplo positivo para outra criança (SILVA *et al.*, 2016).

Sant'anna *et al.*, em 2020, sugeriram que a criança, ao ser exposta a técnica da modelagem, tende a imitar o comportamento do modelo, permitindo dessa forma um comportamento mais cooperativo diante do odontopediatra e das consultas odontológicas.

O profissional pode utilizar como modelo os próprios pais ou acompanhantes (desde que não apresentem ansiedade), irmãos mais velhos ou amiguinhos colaboradores, ou ainda brinquedos como uma boneca, um ursinho, fantoches com dentição, filmes preparados pelo profissional ou ainda recursos da internet, como desenhos que sejam adequados (ABANTO *et al.*, 2020).

A modelagem é um instrumento importante no condicionamento do comportamento de crianças em qualquer idade, mostrando-se mais efetiva em crianças abaixo de 7 anos. Ela é uma técnica muito eficaz para o manejo do comportamento e deve ser usada com outras técnicas, sobretudo com a do reforço positivo. Deve-se apenas tomar cuidado em casos de urgência, pois o nível de estresse e ansiedade da criança pode estar elevado e não levar ao resultado desejado (ROBERTS *et al.*, 2010).

4.4.7 Reforço positivo

É um estímulo ao comportamento positivo da criança mediante elogios, gestos, expressão facial etc. Essa técnica visa recompensar comportamentos desejados, tendo como principal objetivo o retorno desse bom comportamento nas próximas consultas. Pode ser usado em todos os pacientes (KLATCHOIAN *et al.*, 2010).

O reforço positivo pode ser classificado como social e não social. Como exemplos de estímulos sociais temos um elogio, abraços ao final da consulta, sorrir e demonstrar afeto à criança quando ela manifesta um comportamento satisfatório. Já o reforço positivo não social: é quando a criança é recompensada pelo comportamento satisfatório e recebe pequenos brinquedos, prêmios, surpresinhas.

Wright (1975), sugeriu que uma opção interessante de reforço não social é entregar ao paciente uma recompensa com conotação odontológica, tipo uma escova de dentes ou algo semelhante utilizado na manutenção da saúde bucal. Destaca que é importante dissociar a recompensa do suborno, sendo que este é prometido para induzir um comportamento e não como reconhecimento da ajuda da criança.

Torna-se bastante produtivo saber recompensar a criança no momento adequado. Independentemente da idade, de bebês até pré-adolescentes, eles sempre valorizam o momento de escolha dos brindes ao final da sessão (POSSOBON, 2004).

4.4.8 Estabilização (Contenção física)

Ferreira *et al.* (2009), definiram que a contenção física é a restrição de movimentos inadequados da criança para diminuir os riscos de injúrias durante o tratamento, melhorando a qualidade do atendimento odontológico. Sendo assim essa técnica poderá oferecer maior segurança e proteção ao paciente e a equipe contra eventuais acidentes, facilitando a execução do tratamento de forma segura e eficaz. Uma das alternativas para o atendimento da criança não colaboradora é a imobilização parcial ou completa da criança chamada no meio científico como “estabilização protetora”.

O uso de contenção física em crianças tem sido aceito e bastante tolerado, como justificativa para o atendimento seguro de pacientes não cooperadores (BARBOSA, TOLEDO, 2003).

Mais de 90% dos odontopediatras afirmam que as técnicas de contenção de movimentos não são rejeitadas pelos pais. A estabilização de braços, pernas e cabeça sem dispositivos adequados, é a mais utilizada (MINHOTO *et al.*, 2017).

Corrêa, Sanglard (2010), afirmaram que o posicionamento da criança pode se dar de duas formas: a imobilização ativa e a imobilização passiva. A imobilização ativa é quando a auxiliar ou a mãe segura os braços e as pernas da criança, imobilizando seus movimentos. A mãe pode ser acomodada em diversas posições, mas de forma a não interferir no espaço de trabalho do profissional. Já a imobilização passiva é quando são utilizados dispositivos especiais, dentre eles os abridores de boca, maca especial para crianças, lençol e pedi-wrap.

Mastrantonio *et al.* (2004), ressaltaram que esta técnica é indicada para crianças que não cooperam por problemas físicos e/ou mentais, imaturidade, em caso de ameaça da segurança do paciente e/ou do profissional, ou quando houver fracasso de todas as outras técnicas de manejo de comportamento.

A técnica pode ainda ser aplicada em crianças menores nas situações de urgência odontológica, dispensando, assim, o uso da técnica de anestesia geral para um tratamento único e pontual. A estabilização protetora deverá ser utilizada apenas em casos absolutamente necessários e somente com consentimento dos pais/responsáveis da criança (SILVA *et al.*, 2016).

Segundo o Código de Ética Odontológica (2003), o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deve ser assinado quando houver utilização das técnicas

restritivas. Estará incidindo em infração ética o profissional que não esclarecer de maneira adequada e clara os propósitos, riscos, efeitos, custos e alternativas de tratamento ao paciente (ALBUQUERQUE, 2010).

4.4.9 *Mão sobre a boca / Hand over Mouth Exercise (HOME) e Mão sobre a boca com restrições das vias aéreas (HOMAR)*

A técnica da mão sobre a boca geralmente é o último recurso e tem como objetivo conseguir a atenção e colaboração da criança durante o atendimento odontológico. Ela é empregada nos momentos de birra, de choro incontrolável e ataques de ira da criança, quando for impossível manter um diálogo adequado com ela. O paciente chega ao consultório gritando, agressivo e histérico, apresentando um comportamento hostil e desregrado frente ao tratamento odontológico. Desmarcar ou adiar o tratamento destas crianças, vai apenas reforçar seu mau comportamento. Deverá ser empregada juntamente com o controle de voz, buscando estabelecer assim uma comunicação favorável com o paciente e a promoção de um atendimento seguro (ZANETTI *et al.*, 2001).

A técnica consiste em colocar a criança firmemente na cadeira odontológica e, no caso em que ela movimente braços e pernas, o dentista e a auxiliar conterão a criança, prevenindo seu próprio dano e danos à equipe e ao equipamento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010; ZANETTI *et al.*, 2001).

Se nenhuma comunicação é possível devido a criança estar gritando e chorando, o dentista posiciona a mão sobre a boca da criança para abafar o ruído (HOME), e simultaneamente se aproxima do ouvido e diz baixo usando uma entonação adequada, sem gritar, calmamente e sem raiva “você tem que parar de gritar, quero conversar com você, quero olhar os seus dentes”. Geralmente a criança interrompe os gritos e o dentista retira a mão. O profissional deve elogiar imediatamente o comportamento da criança: “eu sabia que você era capaz de colaborar” ou “gosto de você porque você é um bom ajudante” (LEVITAS, 1974; ROMITO *et al.*, 2002; BOWERS, 1982; PENTAGNA, 2001).

Quando essa técnica não for eficaz, o profissional poderá aplicar a variação da técnica, “a mão sobre a boca com restrição das vias aéreas” (HOMAR) que consiste em colocar as mãos sobre a boca, e com o dedo polegar e o indicador fechando superficialmente as narinas por um período não mais longo que quinze segundos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010). Havendo a colaboração da criança no

emprego da técnica, as mãos deverão ser retiradas imediatamente e a criança deverá ser elogiada por ter colaborado com o atendimento.

A técnica da mão sobre a boca e sua variação são indicadas para crianças com grau de entendimento de três anos ou mais em surto de histeria, livres de problemas mentais, ou auditivos e que sejam maduras o suficiente para corresponderem aos comandos do odontopediatra (FERREIRA *et al.*, 2003). Entretanto, é contraindicada para crianças incapacitadas, muito tímidas, carentes ou abandonadas, imaturas e que estejam sob o uso de medicamentos que alterem o nível de raciocínio. É de suma importância que esse método de controle seja explicado detalhadamente aos pais e estes estejam de acordo com a aplicação da mesma, sendo então formalmente autorizada por eles, buscando assim a efetividade do atendimento odontológico (SILVA *et al.*, 2016).

No Quadro 1 abaixo, são apresentadas as indicações e contraindicações das técnicas mais citadas na literatura para o controle de comportamento não-farmacológico em Odontopediatria (FERREIRA *et al.*, 2009).

Quadro 1 - Indicações e Contraindicações das técnicas de controle do comportamento em Odontopediatria	
Comunicação Verbal	Indicação: Em pacientes colaboradores
	Contraindicação: Não possui contraindicações
Comunicação Não-Verbal	Indicação: Em qualquer paciente
	Contraindicação: Não possui contraindicações
Controle de Voz	Indicação: Em qualquer paciente, especialmente em crianças acima de 3 anos de idade, para estabelecer limites
	Contraindicação: Contraindicada para pacientes com deficiência auditiva
Dessensibilização	Indicação: Em qualquer paciente
	Contraindicação: Não possui contraindicações
Dizer-Mostrar-Fazer	Indicação: Em pacientes a partir de 2 anos
	Contraindicação: Não possui contraindicações
Distração	Indicação: Em qualquer paciente
	Contraindicação: Não possui contraindicações
Modelagem	Indicação: Em pacientes colaboradores, preferencialmente abaixo de 7 anos
	Contraindicação: Em pacientes com alto nível de ansiedade e estresse
Reforço Positivo	Indicação: Quando o cirurgião dentista consegue realizar o objetivo pré-estabelecido
	Contraindicação: Não possui contraindicações
Contenção Física	Indicação: Em pacientes não cooperativos imaturos, pacientes não cooperativos deficientes físicos e mentais, pacientes sedados necessitando limitação de movimentos e em caso de ameaça da segurança de pacientes, pais ou profissionais.
	Contraindicação: É contraindicada quando não se consegue imobilização com segurança dos pacientes devido a estados sistêmicos ou físicos, em pacientes cooperativos e em pacientes com experiência negativa prévia da técnica.
Mão sobre Boca	Indicação: são indicadas para crianças com três anos ou mais em surto de histeria, livres de problemas mentais ou auditivos e que sejam maduras o suficiente para corresponderem aos comandos do odontopediatra. Empregada como último recurso nos momentos de birra, choro incontrollável e ataques de ira da criança, quando for impossível manter o diálogo
	Contraindicação: contraindicada para crianças incapacitadas, muito tímidas, carentes ou abandonadas, imaturas e que estejam sob o uso de medicamentos que alterem o nível de raciocínio, devendo ser expressamente autorizada pelos pais. Desde a década de 2000, a Associação Brasileira de Odontopediatria não recomenda a realização desse procedimento em nenhuma hipótese na atualidade.
Presença / Ausência dos Pais	Indicação: A presença dos pais é indicada para crianças menores de 3 anos que ainda não possam se comunicar de forma eficiente, crianças abandonadas ou ainda aquelas ultra disciplinadas que necessitam da segurança de adultos próximos
	Contraindicação: A presença dos pais é contraindicada quando demonstram ansiedade ou forem incapazes de colaborar com o cirurgião-dentista quando solicitados.

5 DISCUSSÃO

O alto índice de ansiedade das crianças no consultório odontológico pode ser explicado pelo fato da exposição a uma nova experiência em seu cotidiano, envolvendo materiais e equipamentos profissionais que podem provocar o medo, ansiedade e desconforto (POSSOBON *et al.*, 2003).

Segundo Albuquerque *et al.* (2010), pacientes pediátricos tem reações adversas em situações na qual não compreendem. Reações como choro, recusa em abrir a boca, resistência e até mesmo vômito, são comportamentos comuns.

A ansiedade em crianças também está relacionada à aparência do dentista (VASCONCELOS *et al.*, 2017; ZANETTI *et al.*, 2001). Deste modo, recomenda-se que o odontopediatra personalize seu consultório, colocando brinquedos, luzes coloridas, música e outros detalhes, recompense a criança pelo bom comportamento com surpresinhas, e utilize roupas com tons alegres para parecer mais amigável, fazendo com que a experiência seja menos traumática (BORO, 2016; ZANON, 2018).

A ansiedade em crianças no consultório odontológico tem como principal componente a chamada ansiedade parental (SETIAWAN *et al.*, 2018), onde as crianças observam e aprendem, internalizando hábitos de acordo com a convivência com seus familiares. A partir dessa vivência, a criança pode ser induzida a que ir ao dentista é algo doloroso, ruim e traumático (MARTINS *et al.*, 2016).

Vários fatores podem influenciar no comportamento da criança. Assim, ao evitar compartilhar experiências ruins, fazer comentários de procedimentos traumáticos, sugerir ameaças ou aplicar punições sobre a ida ao dentista, contribui-se para um atendimento tranquilo, onde a criança vai ser condicionada e direcionada da melhor forma por um profissional capacitado e disposto a mostrar o que é novo, explicar o procedimento e tirar todas as dúvidas que a criança e seus pais tiverem.

Albuquerque *et al.* (2010), relacionaram o medo da anestesia como o principal gatilho para desencadear reações negativas do paciente. Dessa forma, entende-se que esse fator pode ser evitado quando as crianças são levadas ao dentista desde cedo, ainda bebês. Deste modo, o consultório torna-se algo familiar, um ambiente que passa a fazer parte da vida delas. O medo deve ser um fator extremamente considerado. No entanto, conforme demonstrado pelo estudo piloto de Andrade *et al.* (2020), tal fator, apesar de presente, não é, ao contrário do senso comum, uma

constante na população infantil. Na verdade, os autores demonstraram que uma correta apresentação e acolhimento pode oferecer conforto e segurança nas primeiras experiências odontológicas e controlar esse fator de maneira eficaz.

Deve-se ressaltar que a comunicação entre a criança e o profissional contribui de modo muito positivo na colaboração do paciente e na aplicação das técnicas (SILVA *et al.*, 2016). Segundo esse mesmo autor, a transmissão das mensagens para a criança deve ser sempre na primeira pessoa, para não haver uma avaliação negativa pela criança e evitar problema na condução dos procedimentos odontológicos. Os autores ainda relataram que a aplicação de procedimentos eficientes para a distração da criança é um fator importante para aliviar a tensão psicológica gerada pela situação dentro do consultório que pode acarretar ansiedade e medo no paciente. Dessa forma, tornar o ambiente confortável ao tratamento deve ser um dever para o dentista, podendo alcançar assim um melhor resultado. Algumas estratégias de manejo como músicas, vídeos e histórias infantis podem ser utilizadas.

O ideal para o início dos primeiros atendimentos em Odontopediatria é que sejam conduzidos sem o uso de procedimentos dolorosos adiando, portanto, o uso da anestesia somente para quando houver confiança por parte da criança. Sabe-se que a criança nota que o cirurgião dentista não está mentindo e assim começa a confiar, por isso o valor da técnica dizer-mostrar-fazer. O odontopediatra deve esclarecer os procedimentos de forma clara e lúdica (MCCONNELL *et al.*, 2016). Quando o paciente se sente confortável no âmbito do consultório e com a equipe de trabalho após consultas contínuas, aumenta-se a conexão e a criança inclina-se para um comportamento mais cooperativo.

Mostrar ao paciente o que será realizado no procedimento odontológico com comando verbal firme é uma ferramenta de grande importância no atendimento odontológico, deixando o paciente confortável em relação ao procedimento, e assim obtendo-se respostas positivas no atendimento (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010). Além disso, quando a criança conhece as funções dos equipamentos, ela terá menor probabilidade de projetar neles seus medos diminuindo assim a reação negativa ao tratamento proposto pelo profissional (BORO, 2016).

Estudos apontaram que dentre as técnicas não farmacológicas mais utilizadas na Odontopediatria estão a dizer-mostrar-fazer e o reforço positivo. Inclusive nas pesquisas realizadas, 100% dos odontopediatras têm conhecimento da técnica

dizer-mostrar-fazer e alegam não existir contraindicações para o seu uso; ademais, relatam que se trata da técnica mais utilizada, por ser a mais simples e fácil de ser desenvolvida, além do fato de possuir maior aprovação por parte dos responsáveis e pacientes (MUHAMMAD *et al.*, 2011; KAWIA *et al.*, 2015).

Apesar da técnica dizer-mostrar-fazer não possuir nenhuma contraindicação, o sucesso da mesma é de responsabilidade do odontopediatra, ou seja, depende da forma como este irá implementá-la, bem como de adaptações em casos de pacientes com deficiência auditiva. Ela é simples, porém necessita que o odontopediatra escolha as palavras corretas, pois o êxito está estritamente relacionado ao vocabulário utilizado pelo dentista para explicar os aparatos e procedimentos a serem realizados, de uma forma que chame a atenção da criança e que ela consiga entender. É bem indicada na segunda infância (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

Elogiar verbalmente o paciente tem um resultado bem positivo: a forma amável de falar da aprovação do comportamento traz segurança à criança. Outra técnica usada é a utilização de brindes como crachás, brinquedos, adesivos, dentre outros, como forma de recompensar o bom comportamento do paciente (SINGH *et al.*, 2014; SIMÕES *et al.*, 2016).

Segundo Vieira (2017), a técnica proposta aplicada pode não surtir o efeito desejado em casos de criança sem o amadurecimento suficiente para o profissional executar o proposto. Assim, o odontopediatra deve ter o discernimento sobre qual técnica deverá ser aplicada de acordo com a necessidade e estágio de cada criança, sendo a mais utilizada inicialmente, a técnica onde se diz e se mostra como será feito o procedimento odontológico.

A escolha e utilização de uma ou todas as técnicas de manejo comportamental, é avaliada e aplicada após análise de cada caso, pois a aceitabilidade e tolerância de cada criança é individual e gradativa, assim como sua fase de maturidade e desenvolvimento psicomotor (ROCHA *et al.*, 2015).

É importante ressaltar a importância da participação dos pais no consultório odontológico durante o atendimento na primeira infância, pois nessa fase de desenvolvimento o afastamento entre a criança e seus pais pode gerar angústia ou potencializar o medo, o que impede a colaboração da criança. Ressalte-se, entretanto, que em pacientes não colaboradores a presença dos pais pode dificultar a capacidade da criança realizar o que é solicitado (FERREIRA *et al.*, 2009). Outra

opção para essa situação de criança não colaboradora, seria os pais se posicionarem fora do campo de visão da criança, mas dentro do consultório e retornando assim que o comportamento dela estiver favorável.

As orientações devem ser passadas e enfatizadas aos pais antes do início do tratamento explicando as possíveis reações das crianças e as técnicas de gerenciamento comportamental que podem ser necessárias durante o tratamento, mas ao mesmo tempo preparando favoravelmente as reações maternas. A mãe pode servir de modelo durante o tratamento de seu filho, mostrando-se segura e tranquila, e sua presença é imprescindível no atendimento de crianças pequenas, até 4 anos de idade, desde que previamente instruídas. Mães ansiosas e medrosas normalmente refletem crianças com os mesmos sentimentos (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Em relação à aceitação dos pais foi visto que, dentre as técnicas de manejo comportamental, as de manejo verbal são as que recebem maior aceitação pelos responsáveis, sendo as de manejo físico as mais repudiadas, ao ponto de muitos pais afirmarem que nunca aceitariam esses tipos de técnicas (MACHADO *et al.*, 2009). Em relação à questão sobre o controle de comportamento com o uso de técnicas de estabilização física constatou-se que, independente do grau de escolaridade, 73% das mães permitem o uso dessa técnica (SIMÕES *et al.*, 2016). Por outro lado, Minhoto *et al.* (2017), afirmaram que a utilização de técnicas aversivas é relativamente alta entre os odontopediatras.

Existem situações em que a rebeldia da criança requer atitudes firmes do profissional. A Academia Americana de Odontopediatria (1996) reconheceu essa situação quando recomenda aos profissionais da área o uso de técnicas de “controle pela voz”, “mão sobre a boca” e “contenção física” naquelas circunstâncias em que o tratamento é absolutamente indispensável (MORAES *et al.*, 2004). Nas técnicas de manejo físico, conta-se com a contenção física (ativa ou passiva) e com a técnica mão sobre a boca (HOME ou HOMAR). Essas técnicas também fazem parte do grupo não farmacológico, entretanto são aplicadas de modo a restringir movimentos inapropriados da criança durante o atendimento odontológico, prezando instalar, manter e aumentar bons resultados no tratamento (SOUSA, TOLEDO, 2003).

As técnicas descritas como aversivas na literatura odontológica incluem o controle pela voz e a mão-sobre-a-boca. Existe uma controvérsia em relação ao uso destas técnicas pelos odontopediatras. Alguns autores afirmaram que podem

resultar em rejeição ao tratamento, ao invés de eliminar o medo. Por outro lado, a técnica mão-sobre-a-boca é bem aceita como método eficaz e positivo (GONÇALVES *et al.*, 2003) (CARACIOLO, 2014).

A técnica mão sobre a boca é considerada a mais controversa dentre as técnicas de limitação usadas por odontopediatras, devendo ser utilizada somente em último caso e com o consentimento dos pais, que devem estar formalmente de acordo com a possibilidade de sua aplicação (FERREIRA *et al.*, 2003).

Desde a década de 2000, a Academia Americana de Odontopediatria não recomenda esses procedimentos. Como descreveu no seu editorial o Prof. Adair, não há ciência por trás da técnica e ela, já em 2005, foi descrita como socialmente inaceitável. Portanto, a Associação Brasileira de Odontopediatria não recomenda a realização desses procedimentos em nenhuma hipótese na atualidade.

É fortemente recomendado que, durante o atendimento da criança não colaboradora, o odontopediatra evite que ela seja exposta ao estresse tóxico e isso pode ser alcançado com algumas atitudes do profissional: capacidade técnica do cirurgião-dentista em lidar com situações adversas, atendimentos rápidos e eficazes, planejamento dos materiais e instrumentais que serão usados e, quando for indicado, fazer a mínima intervenção odontológica.

6 CONCLUSÃO

Após a revisão de literatura concluiu-se que para se trabalhar com crianças, obter a colaboração das mesmas e o sucesso no tratamento, é primordial conhecer, respeitar e saber conduzir o paciente de acordo com as fases de desenvolvimento que ele apresenta. O paciente infantil pode apresentar comportamentos indesejados e não colaboradores devido ao medo, ansiedade ou dor o que dificulta muito o tratamento odontológico. Os conhecimentos da Psicologia aplicados à Odontopediatria possibilitam um melhor e mais integrado relacionamento do profissional com a criança. O odontopediatra deve saber escolher e empregar corretamente a técnica de controle comportamental mais adequada à cada situação, respeitando a fase do desenvolvimento da criança, com o propósito de conseguir bons resultados no seu atendimento. O profissional deve estar apto a dominar as técnicas de manejo do comportamento para que, desde a primeira consulta, sejam criados vínculos positivos com a criança e família, e ao mesmo tempo desmistificando o medo relacionado à saúde bucal. A partir das evidências científicas expostas é recomendado o uso das técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria, devendo ser criteriosamente escolhidas e empregadas pelo profissional, atentando-se aos aspectos éticos envolvidos, e após uma adequada avaliação individual do desenvolvimento do paciente e a aceitação dos pais. Elas são seguras, confiáveis e eficazes no preparo psicológico do paciente infantil.

REFERÊNCIAS

- ABANTO J, KONISHI F, NORONHA JC. Passo a passo para a abordagem do comportamento não farmacológico no paciente odontopediátrico. p. 35. 2020.
- AGARWAL M. Dental anxiety prediction using Venham Picture test: a preliminary cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2013;31(1);22-4.
- ALBUQUERQUE, C. M., GOUVÊA, C. V. D., MORAES, R. C. M., BARROS, R. N. & COUTO, C. F. (2010). Principais Técnicas De Controle de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em odontologia*, 45 (2).
- ANDRADE, N. M., LAUREANO, I. C. C., FARIAS, L., FERNANDES, L. H. F., & CAVALCANTI, A. L. (2020). Medo odontológico em escolares: um estudo piloto utilizando o Children's Fear Survey Schedule - Dental Subscale. *Research, Society and Development*, 9(5), e26953124. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3124>.
- ARMPFIELD JM, HEATON LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J.* 2013; 58(4):390-407; 531.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA. Manejo não Farmacológico do Comportamento do Paciente Pediátrico. In.: Diretrizes para procedimentos clínicos em Odontopediatria. Santos Publicações Ltda. 3ª edição. p.33. 2020.
- BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO, O. A. Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v.6, n.29, p.76-82, Curitiba, 2003.
- BLINKHORN AS. O primeiro contato com a odontologia. In: Welbury RR, Uggal MS, Hosey M. *Odontopediatria*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007, p. 17- 35.
- BORO, A. A. Desenvolvimento de Ferramenta Áudio-Visual para Condicionamento de Comportamento Positivo de Crianças ao Atendimento Odontológico. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Universidade de São Paulo, Bauru-SP, 2016
- BOWERS LT. The legality of using hand-overmouth exercise for maneja ment of child behavior. *ASDC J Dent Child.* 1982; 49:257-64.
- BRANDENBURG, O. J.; HAYDU, V. B., Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. *Psicologia Ciência e Profissão*, Universidade Estadual de Londrina, v. 29, n.3, p. 462-475, 2009.
- BRAUER, J.C. et al. *Dentistry for Children*.5. ed. New York: McGraw,1964. p. 33-68.
- BUSATO, P., GARBIN, R. R.; SANTOS, C. N.; PARANHOS, L. P.; RIGO, L. Influência da ansiedade materna na ansiedade infantil frente ao atendimento odontológico: estudo transversal. *São Paulo Med. J.*, vol.135, n.2, p.116-122, 2017.
- CARACIOLO GM. Prevalência de medo e/ ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 05 anos de idade na Cidade do Recife. Disponível em:

http://www.bdttd.upe.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=40.
Acesso em: 30 de março de 2023.

CARDOSO, C. L.; LOUREIRO, S. R. Problemas Comportamentais e Stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento Odontológico. *Estudos de Psicologia*. 2005; ano 22, p. 5-12.

CORTELO, F. M. Crianças em atendimento Odontológico: arranjos psicológicos para a intervenção. *Omnia Saúde*. v.11, n.1, p.1-14, 20.

CORRÊA, M. S. N. P.; SANGLARD, L. F.; *Psicologia e Manejo do Comportamento Infantil*. In: GUEDES- PINTO, A.C.; BONECKER, M.; RODRIGUES, C.R.M. (Org). *Odontopediatria*. São Paulo: Santos, 2010.

CORRÊA, M.S.N.P. *Conduta Clínica e Psicológica na Odontopediatria*. 2. ed. São Paulo: Santos, v.1., 620p., 2013

COSTA JUNIOR ÁL. *Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução*. *Estud Pesqui Psicol* 2002 jul- -dez;2(2):46-53.

DIAS, T. R. S. C. *Técnicas de manejo comportamental utilizadas na odontopediatria para controle do medo e ansiedade em crianças*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade Maria Milza. Governador Mangabeira, 2018.

FERNANDES, D. S. C. *Motivo do atendimento odontológico na primeira infância*. *Stomatos*. v.16, n.30, p.4-10, 2010.

FERREIRA K, WATANABE S, JORGE M, PAIVA S, PORDEUS I. *Mão-sobre-a-boca: avaliação do uso da técnica em Belo Horizonte*. *Belo Horizonte. JBP – Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2003 6(34):477-89.

FERREIRA, J., ARAGÃO, A. & COLARES, V. (2009). *Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão De Literatura*. *Pesquiabras Odontopediatria Clín*, 247-251.

GONÇALVES MR, PERCINOTO C, CASTRO AM, SUNDEFELD MLMM, MACHADO AS. *Avaliação da ansiedade e do comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos e sua correlação com os fatores influenciadores*. *RPG Rev. Pos-Grad*. 2003;10(2): 131-40.

GÓES, M. P. S. et al. *Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis*. *Odontol. Clín.-Cient. Recife*, ano 9, n° 1, p. 39-44, jan./mar. 2010.

GUSTAFSSON, A. *Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems*. *International Journal Of Pediatric Dentistry*. v.17, n.6, p.449-459, 200.

INGERSOLL, B.D. (1982). *Behavioral aspects in dentistry*. (pp. 107-133). New York: Appleton-Century – Crofts.

ISSÁO, M; GUEDES-PINTO, A. C. Manual de Odontopediatria. 12ª ed., São Paulo: Santos, 2013.

KHANDURI N et al. The prevalence of dental anxiety and fear among 4–13-year-old Nepalese children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*, 2019; 37: 345-9.

KAUR R, et al. Comparative evaluation of the effective nessoaudio and audiovisual distraction aids in the management of anxious pediatric dental patients. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2015; 33(3); 192-203.

KAWIA, H. M.; MBAWALLA, H. S.; KAHABUKA, F. K. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. *The Open Dentistry Journal*, v. 9, p. 455, 2015.

KLACTHOIAN, D. A. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Santos, 2002.

KLATCHOIAN DA. Em Busca da Participação e Colaboração da Criança no Atendimento Odontopediátrico. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 263-85.

LEVITAS T. HOME: Hand Over-Mouth-Exercise. *ASDC J Dent Child*. 1974; 41:18-22.

LIMA, K.M.A.; MAIA, A.H.N.; BEZERRA, M.H.O. Psicologia e odontopediatria: possibilidade de atuação em uma clínica-escola. *Revista Expressão Católica (Saúde)*, Ceará, 1(1) jul-dez, p.133-137, 2016. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/recsaude/article/view/1394>>. Acesso em: 30 março 2023.

LOPES Camilla de Jesus Oliveira, SILVA Amanda Feitoza da, MOURA Ana Paula Gomes e, SANTOS Kathleen Michelle de Jesus, SILVA Thiago Ferraz da, SANTOS Lucas Bezerra, SILVA Gabriel Gomes da, PINHEIRO Juliana Campos, FIGUEIREDO Fellipe Moraes Pereira. Técnicas de manejo comportamental não farmacológica em odontopediatria. *Odontologia: Tópicos em Atuação Odontológica*. 2016. Doi: 10.37885/200901561.

MCCONNELL T, et al. Evaluation of the effectiveness of music therapy in improving the quality of life of palliative care patients: a randomised controlled pilot and feasibility study. *Pilot and Feasibility Studies*, 2016; 70(2): 1-8.

MACHADO, M. S. et al. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, ano 21, nº 1, p. 38-47, jan./abr. 2009.

MARTINS RJ, et al. Medo e ansiedade dos estudantes de diferentes classes sociais ao tratamento odontológico. *Arch Health Invest*, São Paulo, 2017; 6(1): 43- 47.

MARQUES, K. B. G.; GRADVOHL, M. P. B.; MAIA, M. C. G. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE, *Revista*

Brasileira em Promoção da Saúde, v. 23, n. 4, outubro-diciembre, p. 358-367
Universidade de Fortaleza, Fortaleza-Ceará, Brasil, 2010.

MARWAH N, PRABHAKAR AR, RAJU OS. Music distraction - its efficacy in management of anxious pediatric dental patients. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2005; 23:168-70.

MASTRANTONIO, S. D. S. et al. Manejo do comportamento infantil no consultório odontológico – relato de caso clínico. Rev Ibero-am Odontopediatria e Odontologia do Bebê. Ano 7, nº 37, p.230-237, 2004.

MATOS, L. B.; FERREIRA, B.; VIEIRA, L. D. S. Manejo de comportamento em crianças com ansiedade e estresse em clínica de Odontopediatria. Revista Odontol Planal Cent, v. 4, 2018.

MINHOTO, T. B.; PERAZZO, M.F.; NEVES, E. T. B.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; TÔRRES, B. O.; FERREIRA, J.M.S. Odontopediatras e técnicas aversivas no controle do comportamento infantil. Rev. da Facul. de Odontologia, Passo Fundo-RS, 2017.

MORAES, A. B. A., SANCHEZ, K. A. S., POSSOBON, R. F. & JUNIOR, A. L. C. (2004). Psicologia e odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. Psicol. Reflex. Crit. 17 (1). <https://doi.org/10.1590/S0102-79722004000100010>.

MUHAMMAD, S.; SHYAMA, M.; AL-MUTAWA, S. A. Parental Attitude Toward Behavioral Management Techniques in Dental Practice with Schoolchildren in Kuwait. Med PrincPract, v. 20, n. 4, p. 350-355, 2011.

OLIVEIRA, M. M. T. et al. Ansiedade, dor e desconforto relacionado à saúde bucal em crianças menores de 5 anos. Odontologia Clínico - Científica. Recife; ano 8, nº 1, p. 47-52, jan/mar, 2009.

PENIDO RS. Psicoterapia comportamental na prática odontológica. In: Lettner HW, Rangé BP. manual de psicoterapia comportamental. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1987.

PENTAGNA M. Técnica da mão sobre a boca [dissertação]. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Faculdade de Odontologia da UERJ. 2001

POSSOBON, R. F. O. Comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. Psicologia em Estudo. v.9, n.1, p.29-35, 2004.

QUEIROZ AM, FREITAS AC, FARIA G. Anamnese e exame clínico em Odontopediatria. In: Assed S. Odontopediatria. Bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes médicas, 2005.p.1-26.

RAMOS-JORGE ML, PAIVA SM. Comportamento infantil no ambiente odontológico. Aspectos psicológicos e sociais. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê 2003; 6(29):70-4. 9.

RÉDUA PCB, ABANTO J, BÖNECKER. Passo a passo para condutas clínicas na Odontopediatria. Quintessence Editora Ltda – Brasil, 2020.

ROBERTS J, CURZON M, KOCH G, MARTENS L. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry 2010 Aug;11(4):166-74.

ROCHA, S. S.; ANDREA, R.; ROLIM, S. ROLIM, G.; DE MORAES, A.; BENTO, A. Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em odontopediatria. Acta Comportamental: Revista Latina de Análisis de Comportamiento, v. 23, n. 4, p. 423-435, 2015

ROMITO ACD, ZARDETTO CGDC, CORRÊA MSN. Gerenciamento comportamental em odontopediatria por meio de técnicas não farmacológicas. In: Corrêa MSN. Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos Editora. 2002.

SANT'ANNA, R. M. M., SILVA, R. A., SILVA, L. V. & ALMEIDA, T. F. (2020). Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL; 7 (2):70-80.

SANTOS, J. J. S.; TOMÉ, M. S. S.; PAULA, D. M. M.; NOBRE, N. E. C.; SILVA, F.B.; FERREIRA, A.C.; CARNEIRO, S.F. Avaliação da ansiedade dos pais e/ou responsáveis frente ao tratamento odontológico de crianças. Pesq Bras Odontoped Clin Integr, p. 483-89, João Pessoa, out./dez., 2012.

SARNAT H, ARAD P, HANAUER D, SHOHAMI E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. Pediatr Dent 2001; 23(4):337-42.

SETIAWAN, Arlette Suzy; AGUSTIANI, Hendriati; KENDHAWATI, Lenny, Qualitative study on parental behavior as the source of dental fear development as reported by preschool students in Bandung, European Journal of Dentistry, v. 12, n. 04, p. 480–484, 2018.

SILVA LFP, FREIRE NC, SANTANA RS, MIASATO JM. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2016; 28(2): 135-42, mai-ago.

SIMÕES, F. X. P. C.; MACEDO, T. G.; COQUEIRO, R. S.; PITHON, M. M. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em odontopediatria. Rev. Bras. Odontol, v. 73, n. 4, p. 277, 2016.

SINGH, K. A. Techniques for the Behavior Management in Pediatric Dentistry. International Journal of Scientific Study. v.2, n.1, p.10, 2014.

SOUSA C, BARBOSA A, TOLEDO O. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. J Bras Odontopediatra Odontol Bebê 2003 6(69):76-82

TEIXEIRA AM, TORRIANI DD, PINHEIRO RT, ALMEIDA BB, GOETTEMS ML, WENDT F. Validação de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. XV Congresso de Iniciação Científica, Universidade Federal de Pelotas, 2006.

TORRES Maria Eduarda Brandão Balbino, SOUZA Karina Livia Barros, CRUZ Victor Santos Andrade. Estratégias de controle do medo e ansiedade em pacientes odontopediátricos: revisão de literatura. REAS/EJCH | Vol.12(11) | e5213 | DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5213.2020>.

TOVO, M. F.; FACCIN, E.S.; VIVIAN, A. G. Psicologia e Odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil. Aletheia, vol.49 n.2, Canoas jul./dez., 2016.

TOWNSEND, J. A.; WELLS, M. H. Behavior guidance of the pediatric dental patient. In: Pediatric Dentistry. Content Repository Only. 2019. p. 352-370. e2.

VASCONCELLOS, C.; IMPARATO, J. C. P.; REZENDE, K. M. Motivationchart as a supporting tool in pediatricdentistry. RGO Ver GaúchOdontol, vol.65, n.3 Campinas, set., 2017.

VIEIRA, L. D. S.; BEZERRA, R. F.; VARELLA, P. L. S.; PEIXOTO, M. L. B.; OLIVEIRA, M. S. Behavior management in pediatric dental practice. XVII Safjty, Health and Environment World Congress. Portugal, 2017.

WRIGHT, G. Z. Behaviour Management. Philadelphia: W. B. Saunders, 1975.

ZANETTI G, PUNHANGUI M, FROSSARD W, ODA N. Conduta Clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde 2001 out; 3(1):69-75.

ZANON, L. Medo do dentista em crianças: Técnicas para lidar com isso corretamente. Rev. Pensamento Líquido, vol.1, set. 2018.