

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA – ABO

Pós graduação em Odontopediatria

Ana Carolina Gonçalves Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL EM
ODONTOPEDIATRIA:**

Uma revisão de literatura

Uberlândia

2022

Ana Carolina Gonçalves Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL EM
ODONTOPEDIATRIA:**

Uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao curso de pós graduação em Associação Brasileira de Odontologia – ABO, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marília Rodrigues
Moreira

Área de concentração: Odontologia

Uberlândia

2022

Ana Carolina Gonçalves Rodrigues

**A IMPORTÂNCIA DO GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL EM
ODONTOPEDIATRIA:**

Uma revisão de literatura

Monografia apresentada ao curso de pós graduação em Associação Brasileira de Odontologia – ABO, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Odontopediatria.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Marília Rodrigues
Moreira

Área de concentração: Odontologia

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

Uberlândia

2022

RESUMO

O condicionamento comportamental em Odontopediatria é um assunto extremamente abrangente, uma vez que é aplicado para todos os procedimentos.

O presente trabalho descreve as técnicas de gerenciamento comportamental e suas aplicações na rotina odontopediátrica.

Palavras-chave: gerenciamento; comportamental; odontopediatria

ABSTRACT

Behavioral conditioning in Pediatrics is a broad subject as it is Applied to all procedures.

The presente work describes the behavioral management techniques and their applications in the pediatric dentistry routine.

Keywords: management; behavioral; pediatric dentistry

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
METODOLOGIA	7
REVISÃO DE LITERATURA	7
DISCUSSÃO	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
REFERÊNCIAS.....	16

INTRODUÇÃO

Atender crianças requer por parte do profissional conhecimento do comportamento e desenvolvimento infantil na tentativa de introduzir de modo saudável suas experiências com relação à Odontologia. O profissional deve condicionar o comportamento infantil para um atendimento positivo, utilizando técnicas variadas, sendo elas farmacológicas ou não e com um único intuito: beneficiar a criança e objetivar a comunicação e educação. (ALBUQUERQUE, Camila Moraes et al.2018)

Embora a Odontologia tenha avançado consideravelmente ao passar dos anos, ainda existe a sensação indesejada relacionada ao medo/ansiedade e expectativa do paciente infantil. (SILVA, LÍVIA FERNANDES PIRES DA; FREIRE, NATHALIA DE CARVALHO; SANTANA, RODRIGO SILVA DE; MIASATO, JOSÉ MASSAO.)

O comportamento de uma criança diante do profissional pode ser bastante imprevisível, levando-se em consideração que existem fatores psicológicos relevantes ao tratamento. O Odontopediatra deverá individualizar cada criança, de modo a entender que cada uma possuirá uma reação frente a abordagem odontológica. (SILVA, L. de O. .; ARAÚJO, W. S. .; LOPES, M. B. .; VALE, M. C. S. do .; LUCIO SANT'ANA NETO, A . 2015)

A adequada aplicação das técnicas de abordagem comportamental para o tratamento odontopediátrico são de suma importância para que o profissional compreenda e escolha o melhor recurso para seu paciente. Estas compreendem três campos distintos: linguística, física e farmacológica. (TOVO, MAXIMIANO FERREIRA; FACCIN, ELISE SASSO; VIVIAN, ALINE GROFF.)

É importante saber que o Odontopediatra possui autoridade para guiar toda a terapêutica, no entanto, em se tratando de crianças, os pais devem estar de acordo, participar ativamente das tomadas de decisões e, principalmente, estarem esclarecidos quanto aos métodos de controle comportamental. (TOVO, MAXIMIANO FERREIRA; FACCIN, ELISE SASSO; VIVIAN, ALINE GROFF.)

As técnicas de gerenciamento comportamental são divididas em restritivas e não restritivas. Entre as restritivas estão a contenção física, as farmacológicas (sedação consciente e anestesia geral), e a técnica de mão-sobre-boca. E as técnicas não restritivas são: dizer-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, modelo, e presença ou ausência dos pais. (SIMOES, FRANCISCO XAVIER PARANHOS COELHO; MACEDO, THIARA GUIMARÃES; COQUEIRO, Raildo Silva e PITHON, Matheus Melo.)

A ansiedade e o medo podem prevalecer devido a experiências passadas de tratamentos odontológicos traumáticos, dificultando assim a realização de outros procedimentos. (DP KIRAN S, VITHALANI A, J SHARMA D, C PATEL M, BHATT R, SRIVASTAVA M 2013.)

Vale salientar que procedimentos como profilaxia e aplicação tópica de flúor, não geram problemas de comportamento, porém anestesia e exodontia, estão frequentemente associados à rejeição ao tratamento odontológico. Portanto, é importante estabelecer de forma sistemática quais procedimentos odontológicos que mais geram medo e ansiedade, para o manejo fluir da melhor maneira possível. (PEZZINI SOARES, J. .; PIAIA, J.; CARDOSO, M.; BOLAN, M. 2019)

Algumas das técnicas de manejo são agradáveis e polidas, outras possuem uma “elegância razoável” psicologicamente falando, e algumas podem parecer muito rigorosas e autoritárias, principalmente por pessoas leigas, por isso tudo deve ser conversado com os pais, e documentado. (ALBUQUERQUE, Camila Moraes et al.)

METODOLOGIA

Para a construção desta revisão de literatura, foi realizada a busca dos artigos científicos pela plataforma PubMed usando o seguinte descritor: *Behavioral Management and Pediatric Dentistry*, totalizando 45 artigos. Foi utilizado o filtro para os últimos 5 anos, e para os artigos que não estivessem em português, o Google tradutor.

REVISÃO DE LITERATURA

Nos primeiros anos de vida, as intervenções odontológicas podem provocar reações negativas por parte das crianças que podem estar associadas a traumas; Saber lidar com os sentimentos de ansiedade e medo é um dos grandes desafios para odontopediatras, pois estes sentimentos são frequentemente apresentados por crianças nos consultórios odontológicos. (BARBOSA, C. de S. e A.; TOLEDO, O.A)

O ambiente do consultório deve ser agradável, de forma a causar segurança e conforto para a criança. A sala de espera deve proporcionar descontração, podendo-se incluir pôsteres, modelos bucais, brinquedos, livros e revistas para diferentes idades, além de cadernos para desenho. Portanto, deve ser esclarecido que a sala de espera deve ter apenas esta função, e que tempo prolongado nela pode despertar medo e ansiedade devido ao barulho dos instrumentais, o que poderia dar vazão as fantasias. O uso da contenção física é realizado em crianças não colaboradoras em que não aderem às técnicas de manejo comportamental e condicionamento passivo, dificultando o tratamento clínico. A contenção física visa permitir a segurança tanto para o paciente como para o odontopediatra, restringindo a liberdade de movimentos nas crianças, e com isso promover segurança, qualidade e evitar injúrias durante o tratamento. (BLITZ, MEREDITH, AND KATE CERINO BRITTON.)

Crianças não colaboradoras, em situação de medo e estresse, podem impedir que o odontopediatra realize o procedimento manifestando-se com movimentos abruptos com o intuito de autoproteção e fuga. A região de maior movimentação é a cabeça, por isso é importante que haja a estabilização da cabeça juntamente com o abridor de boca. (BARBOSA, C. de S. e A.; TOLEDO, O.A de.)

As técnicas não farmacológicas de manejo comportamental em odontopediatria são utilizadas para gerar segurança e tranquilidade durante o atendimento, sendo as mais utilizadas: comunicação verbal, comunicação não verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, distração, modelo, mão-sobre-boca e contenção física. (SILVA, L. de O. .; ARAÚJO, W. S. .; LOPES, M. B. .; VALE, M. C. S. do .; LUCIO SANT'ANA NETO, A.)

Comunicação verbal: Aplicada para expressar verbalmente os procedimentos, explicando ao paciente como será realizado o procedimento. Prestar atenção no que o paciente está falando é essencial. Entender onde está o incômodo e qual é a raiz do problema é primordial para que haja sucesso na realização do procedimento. (GAZAL, GIATH ET AL.)

Comunicação não verbal: Tem como base o contato, a postura, a expressão facial e a linguagem corporal para orientar o comportamento da criança, para reforçar o que foi dito verbalmente. (AMIN M, ELYASI M, BOHLOULI B, ELSALHY M.)

Dizer-mostrar-fazer: Técnica mais utilizada na Odontopediatria. Ela envolve explicações verbais dos procedimentos, utilizando frases/palavras adequadas ao nível de desenvolvimento do paciente (dizer); sendo feita em seguida uma demonstração visual e tátil, buscando tranquilizar o paciente infantil (mostrar); e a partir da utilização dessa explicação e demonstração, deve-se concluir o procedimento (fazer). (GOETTEMS ML, ZBOROWSKI EJ, COSTA FD, COSTA VP, TORRIANI DD.)

Essa técnica pode ser utilizada em conjunto com comunicação verbal e não verbal e reforço e tem por objetivo ensinar a importância do atendimento odontológico, deixando o paciente à vontade em relação ao atendimento, e assim adaptando-o para se obterem respostas positivas para os procedimentos. É uma técnica indicada para todos os tipos de pacientes. (GOETTEMS ML, ZBOROWSKI EJ, COSTA FD, COSTA VP, TORRIANI DD.)

É fundamental que antes da criança entrar no consultório, já saiba o nome do profissional, e que seja realizada uma breve conversa ou contato social entre criança e dentista. (GOETTEMS ML, ZBOROWSKI EJ, COSTA FD, COSTA VP, TORRIANI DD.)

Controle de voz: Afirmações positivas aumentam as oportunidades de sucesso no tratamento das crianças. Os integrantes da equipe odontológica têm de estar cientes de seus papéis quando se comunicam com seu paciente infantil. Usualmente a auxiliar conversa com a criança durante a sua transferência da

sala de recepção para o gabinete de trabalho, e durante o preparo da criança na cadeira odontológica. Quando o dentista se aproxima, a auxiliar assume, como regra, um papel mais passivo, porque a criança só ouve uma pessoa de cada vez. É importante que a comunicação venha de uma única fonte. (RAJESWARI SR, CHANDRASEKHAR R, VINAY C, ULOOPI KS, ROJARAMYA KS, RAMESH MV)

Quando o dentista e a auxiliar ficam dando orientações juntos, o resultado pode provocar uma resposta indesejável, simplesmente porque a criança se torna confusa. A mensagem tem de ser entendida da mesma maneira por quem envia e por quem recebe. É preciso haver um “encontro” entre a mensagem pretendida e a mensagem entendida. Ouvir também é importante no tratamento de crianças. Contudo, quando se está tratando de uma criança mais velha, escutar suas palavras é sempre mais importante do que escutar as de uma criança mais jovem, quando a atenção ao comportamento não verbal muitas vezes é mais difícil. (RADHAKRISHNA S, SRINIVASAN I, SETTY JV, D R MK, MELWANI A, HEGDE KM.)

O tom de voz é muito importante. Deve passar a ideia de “quem manda aqui sou eu”. A expressão facial do dentista também deve refletir esta atitude de confiança. É importante oferecer a garantia de que tudo será menos ameaçador possível, o que exige do profissional segurança e tranquilidade, para que a permanência na cadeira do dentista ocorra sem maiores transtornos para ambos, como ferimentos na boca da criança decorrentes da movimentação abrupta da mesma, enquanto tenta se desvencilhar do atendimento. (RAJESWARI SR, CHANDRASEKHAR R, VINAY C, ULOOPI KS, ROJARAMYA KS, RAMESH MV)

Mão-sobre-boca: A técnica de “mão sobre a boca” tem por objetivo a atenção de uma criança resistente as outras técnicas mencionadas anteriormente, de maneira a permitir o estabelecimento da comunicação para que o tratamento seja executado com segurança. (WILSON S. (2013))

Esta técnica não busca assustar a criança, mas sim obter a sua atenção e silêncio para que possa escutar o dentista. A técnica da mão sobre a boca continua sendo algo controverso, e as contraindicações incluem crianças incapacitadas, imaturas e sob medicação cuja compreensão às ordens do dentista, se encontra comprometida. (SIMOES, FRANCISCO XAVIER PARANHOS COELHO; MACEDO, THIARA GUIMARÃES; COQUEIRO, Raildo Silva e PITHON, Matheus Melo.)

Consiste em colocar a criança firmemente na cadeira odontológica. Se a criança movimentar braços e pernas, o dentista e a auxiliar odontológica ou até mesmo os pais, conterão a criança, prevenindo seu próprio dano e danos à equipe e ao equipamento. Se nenhuma comunicação é possível devido à criança estar gritando e chorando, o dentista posiciona a mão sobre a boca da criança para abafar o ruído, e simultaneamente se aproxima do ouvido e diz baixo, 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 remove a mão. Imediatamente reforça o comportamento da criança com um elogio: “sabia que você era capaz de colaborar” ou “gosto de você porque você é um bom ajudante. (WILSON S. (2013).)

Se o comportamento inaceitável da criança continuar quando o dentista remover a mão, e se a aplicação adicional da mão fracassar, para estabelecer a comunicação entre a criança e o dentista as vias aéreas são fechadas colocando a mão em cima da boca, e com o dedo polegar, e o dedo indicador fechando ligeiramente as narinas, porém não mais que 15 segundos. Esta variação é chamada de Mão-sobre-boca com restrição das vias aéreas. Se a criança cooperar, o dentista deverá remover a mão imediatamente e elogiar a criança. (GOETTEMES ML, ZBOROWSKI EJ, COSTA FD, COSTA VP, TORRIANI DD.)

Indica-se em casos de criança normal, de três anos ou mais, saudável, que é madura o suficiente para compreender as direções do dentista e cooperar com as expectativas da consulta, mas que chega ao consultório gritando, agressiva e histérica, apresentando um comportamento hostil e desregrado frente ao tratamento dental. Desmarcar ou adiar o tratamento destas crianças, apenas incentivará seu mau comportamento. (KUPZYK S, ALLEN KD.)

Reforço positivo: É uma técnica de motivação do comportamento positivo da criança através de elogios, gestos positivos, expressão facial e até mesmo recompensas após o tratamento quando bem sucedido. Pacientes infantis podem estar nervosos ou ansiosos e assim não cooperarem ou não seguirem as instruções. Caso eles se sintam ameaçados por algum motivo, isso dificultará a sua cooperação. Em caso de comportamentos negativos, o profissional deve se manter calmo e evitar falar palavras como “pare”, “não faça”, tentando sempre explicar e pedir gentilmente para que a criança se mantenha calma e que realize o que está sendo proposto. (KLINGBERG G, BROBERG AG.)

Para pacientes infantis abrir a boca é uma grande demonstração de confiança, e elogiá-los repetidamente por seguirem as instruções pode fortalecer essa relação de confiança. O reforço positivo pode ser usado em todos os pacientes. (PATERSON, S. A., & TAHMASSEBI, J. F. (2003).)

Distração: É uma técnica que tem como principal objetivo desviar a atenção da criança para evitar um possível desconforto com algo do qual ela possa vir a ter receio. (MARTINEZ MIER, E. A., WALSH, C. R., FARAH, C. C., VINSON, L. A., SOTO-ROJAS, A. E., & JONES, J. E. (2019).

O dentista deve utilizar procedimentos eficientes para estimular a criança ao tratamento odontológico, pois a tensão psicológica gerada pela situação dentro do consultório pode acarretar ansiedade e medo no paciente. O profissional deve tornar o ambiente favorável ao tratamento, alcançando, desse modo, melhor resultado. (KUPZYK S, ALLEN KD.)

Podem ser utilizadas estratégias de manejo como músicas, vídeos e histórias infantis. A música é a mais importante para auxiliar no tratamento

odontopediátrico, pois ela pode diminuir o nervosismo e aliviar os sons de alguns aparelhos. Podemos também acrescentar métodos que complementem e colaborem para melhor aproximação entre o paciente e o profissional, como conversar com a criança sobre outros assuntos e permitir que utilize algum brinquedo desde que não atrapalhe o procedimento. Essa técnica citada pode ser indicada para qualquer faixa etária infantil, sem contraindicações. (MARTINEZ MIER, E. A., WALSH, C. R., FARAH, C. C., VINSON, L. A., SOTO-ROJAS, A. E., & JONES, J. E. (2019))

Modelo: Essa é uma técnica na qual o profissional 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 já teve alguma experiência não tão interessante. Dessa forma, é possível ajudá-lo a ter um novo padrão de comportamento, evitando ou reduzindo prováveis negações ou medos prévios que possam existir no paciente, pois a maior parte do aprendizado das crianças é baseada em sua observação e imitação de outros. (AL ZOUBI, L., SCHMOECKEL, J., MUSTAFA ALI, M., & SPLIETH, C. H. (2021).)

Entretanto, os pacientes observadores devem estar dispostos com o fato de estarem assistindo outra criança em seu tratamento e o modelo acaba ganhando um prestígio maior, pois ela estará servindo de exemplo positivo para outra criança. (AL ZOUBI, L., SCHMOECKEL, J., MUSTAFA ALI, M., & SPLIETH, C. H. (2021))

Pais, irmãos, colegas e o próprio dentista também podem servir de modelos, porém podem influenciar negativamente caso expressem expectativas negativas para a criança ou, no caso dos pais, estejam muito ansiosos. Nessas situações é melhor que os pais permaneçam fora da sala de atendimento, porque para o paciente observador é interessante ter como modelo uma pessoa com calma e confiança. (ALBUQUERQUE, Camila Moraes et al.)

Na técnica modelo se tem como objetivo reduzir a ansiedade de uma criança com experiência anterior e introduzir uma criança no tratamento odontológico. Ela é um instrumento importante no condicionamento do comportamento de crianças em qualquer idade, se mostrando mais efetiva em crianças abaixo dos 7 anos. 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; independente da técnica utilizada é importante para o controle da ansiedade da criança estabelecer uma boa comunicação entre profissional-paciente. (AL ZOUBI, L., SCHMOECKEL, J., MUSTAFA ALI, M., & SPLIETH, C. H. (2021))

Estabilização protetora: Trata-se de uma técnica que conta com o manejo de restringir fisicamente os movimentos impróprios do paciente infantil na intenção de viabilizar o tratamento odontológico. Essa restrição da liberdade dos movimentos poderá ser aplicada parcialmente ou totalmente, fazendo-se o uso

de diversos meios e aparatos como: mãos, fitas, lençóis e envoltórios de tecidos. (BARBOSA, C. de S. e A.; TOLEDO, O.A de.)

A técnica em questão é uma das últimas opções de escolhas dos odontopediatras, pois não se aplica a todos os tipos de crianças, devendo ser empregada apenas naquelas menores de três anos de idade que não cooperam e possuem um grau mínimo de maturidade, naquelas com algum tipo de deficiência mental que também não colaboram ou naquelas com alguma deficiência física que impossibilite o manuseio, tendo-se em vista o intuito de minimizar possíveis riscos de acidentes durante o atendimento e também proporcionando, desse modo, um atendimento seguro e de qualidade. (ATTRI, J. P., SHARAN, R., MAKKAR, V., GUPTA, K. K., KHETARPAL, R., & KATARIA, A. P. (2017))

A utilização desse manejo comportamental deverá ser feito juntamente com o consentimento por escrito detalhado dos pais. Devendo ser explicado a eles o método de escolha para que não enxerguem o uso da técnica como uma forma de punição ou agressão pelo fato de a criança apresentar um comportamento não cooperativo, reduzindo, então, a possível existência de queixas clínicas, problemas éticos e legais. (BARBOSA, C. de S. e A.; TOLEDO, O.A de.)

Essa técnica comumente é aplicada em crianças menores em situação de urgência odontológica, dispensando, assim, o uso da técnica de anestesia geral. Não deve ser aplicada em crianças cooperativas, quando não houver a possibilidade de aplicação segura devido a algum problema físico e/ou sistêmico ou quando a criança previamente apresentar uma resposta negativa quanto ao uso de outras técnicas. Vale salientar que é oportuno avaliar o nível de cooperação da criança antes de escolher qualquer que seja a técnica de manejo comportamental. (DP KIRAN S, VITHALANI A, J SHARMA D, C PATEL M, BHATT R, SRIVASTAVA M)

Existem também outras técnicas em Odontopediatria denominadas de farmacológicas. A sedação consciente é definido como “um estado medicamente controlado de consciência deprimida que permite que os reflexos protetores sejam mantidos”; mantém a capacidade do paciente de manter as vias aéreas de forma independente e contínua, e permite uma resposta apropriada do paciente à estimulação física ou comando verbal. (ATTRI, J. P., SHARAN, R., MAKKAR, V., GUPTA, K. K., KHETARPAL, R., & KATARIA, A. P. (2017)

A técnica consciente deve ter uma margem de segurança ampla o suficiente para diminuir a chance de perda não intencional de consciência. A sedação segura de crianças envolve avaliação cuidadosa pré-sedação, avaliação cuidadosa das vias aéreas para grandes amígdalas ou qualquer anormalidade anatômica, orientações de jejum adequadas para procedimentos eletivos, entendimento sobre os efeitos farmacodinâmicos e farmacocinéticos dos medicamentos sedativos utilizados, equipamento de vias aéreas de tamanho adequado e acesso venoso e monitoramento intraoperatório adequado, equipe devidamente equipada na área de recuperação e critérios adequados de alta. (ELANGO I, BAWEJA DK, SHIVAPRAKASH PK.)

Os medicamentos para sedação podem ser administrados por várias vias, como oral, nasal, intramuscular, intravenosa, subcutânea e inalatória. (KOUR, G., MASIH, U., SINGH, C., SRIVASTAVA, M., YADAV, P., & KUSHWAH, J. (2017)

Os benzodiazepínicos estão entre as drogas mais largamente prescritas e empregadas em todo o mundo, constituindo a principal modalidade terapêutica para o tratamento de distúrbios relacionados à ansiedade. Os benzodiazepínicos apresentam baixa incidência de efeitos adversos e toxicidade, particularmente em tratamentos de curta duração, como é o caso do uso em odontologia. Entretanto, uma pequena porcentagem dos pacientes (principalmente crianças e idosos) pode apresentar o chamado “efeito paradoxal”, caracterizado por excitação, agressividade e irritabilidade, mesmo em baixas doses. (ELANGO I, BAWEJA DK, SHIVAPRAKASH PK.)

Todos os medicamentos do grupo dos benzodiazepínicos apresentam o mesmo mecanismo de ação, diferindo apenas em relação ao início e à duração da ação ansiolítica. (KOUR, G., MASIH, U., SINGH, C., SRIVASTAVA, M., YADAV, P., & KUSHWAH, J. (2017)

Diazepam: É muito utilizado em crianças com idade escolar por possuir uma grande margem de segurança clínica, pois a dose tóxica é de 30 a 40 vezes maior do que a dose terapêutica. Este medicamento apresenta um efeito ansiolítico de 45 a 60 minutos após a ingestão por via oral. Uma desvantagem do uso em crianças está relacionada ao efeito sedativo prolongado. Por esse motivo, para tratamentos odontológicos rápidos, o diazepam não é um medicamento de escolha ideal. Outra desvantagem é o efeito paradoxal, frequente em crianças de até 5 anos de idade. (PATERSON, S. A., & TAHMASSEBI, J. F. (2003)

Midazolam: Vem sendo utilizado e pode oferecer ao odontopediatra uma alternativa para a sedação em crianças submetidas a procedimentos curtos, já que apresenta um rápido início de ação (15 a 20 minutos) e uma meia-vida plasmática curta, além de apresentar uma potência de três a quatro vezes maior que o diazepam. O mais utilizado em Odontopediatria. (IM, J., KIM, S., LEE, D. W., & RYU, D. S. (2015)

Lorazepam: Tem o início de ação em torno de 1 a 2 horas. Difere do diazepam por não produzir metabólitos ativos, sendo que o término de seus efeitos é observado após 6 a 8 horas. Não é recomendado para crianças com a idade abaixo de 12 anos. (WILSON S. et.al.2000)

Alprazolam: Ainda não foi suficientemente testado, sendo que o pequeno número de ensaios clínicos encontrados na literatura apresenta resultados até certo ponto conflitantes, portanto não é indicado para crianças. (NELSON, T. M., & XU, Z. (2015)

Triazolam: A segurança clínica do triazolam foi questionada por relatos de distúrbios mentais ocasionados com o uso desse fármaco, portanto também não é indicado para crianças. (NELSON, T. M., & XU, Z. (2015)

Hidrato de cloral: Devido ao efeito paradoxal que o hidrato de cloral tem demonstrado em crianças, sua utilização na clínica infantil tem sido limitada e substituída pelos benzodiazepínicos. (NELSON, T. M., & XU, Z. (2015)

Óxido nitroso: Apresenta ação muito rápida e seus efeitos clínicos se tornam evidentes em poucos minutos. A administração ocorre de forma crescente, ou seja, de pequenas doses do óxido nitroso até a concentração ideal para cada paciente, observando-se os efeitos clínicos imediatos. Essa é uma das vantagens da administração do óxido nitroso/oxigênio por via inalatória, pois o profissional pode ajustar a concentração da droga de paciente para paciente, tornando-se assim um método seguro. (MA L, ZHANG J, HOU XY, JING Q, WAN K. 2002)

Apesar de não existir uma contraindicação absoluta, deve-se restringir esse tipo de sedação em pacientes com obstrução das vias aéreas superiores, pacientes classificados no grupo IV ou V de acordo com a classificação da ASA, pacientes psicóticos, mulheres no primeiro trimestre de gestação e pacientes com problemas pulmonares crônicos. (KOUR, G., MASIH, U., SINGH, C., SRIVASTAVA, M., YADAV, P., & KUSHWAH, J. (2017).)

A administração segura e adequada de medicamentos sedativos e analgésicos pode tornar toleráveis situações dolorosas e que provocam ansiedade. (GARROCHO A., ROMERO H., RUIZ S., CAMPOS N., POZOS F., POZOS A., 2020)

A sedação consciente é uma das várias técnicas de controle comportamental citadas na literatura que podem ser empregadas na odontologia, desde que o profissional esteja apto a indicá-la e a avaliar a relação risco/benefício para a criança. (KOUR, G., MASIH, U., SINGH, C., SRIVASTAVA, M., YADAV, P., & KUSHWAH, J. (2017)

Apesar de, as técnicas e os medicamentos serem bastante seguros para crianças, o profissional e os responsáveis devem estar cientes dos riscos, vantagens e desvantagem de cada técnica. Não há uma técnica ideal, mas sim a mais adequada para cada tipo de paciente, que deve ser determinada através de anamnese e de exame físico detalhados. (GARROCHO A., ROMERO H., RUIZ S., CAMPOS N., POZOS F., POZOS A., 2020)

DISCUSSÃO

O Odontopediatra deverá individualizar cada criança, de modo a entender que cada uma possuirá uma reação frente a abordagem odontológica. (SILVA,

L. de O. .; ARAÚJO, W. S. .; LOPES, M. B. .; VALE, M. C. S. do .; LUCIO SANT'ANA NETO, A . 2015)

A ansiedade e o medo podem prevalecer devido a experiências passadas de tratamentos odontológicos traumáticos, dificultando assim a realização de outros procedimentos. (DP KIRAN S, VITHALANI A, J SHARMA D, C PATEL M, BHATT R, SRIVASTAVA M 2013.)

Portanto, é importante estabelecer de forma sistemática quais procedimentos odontológicos que mais geram medo e ansiedade, para o manejo fluir da melhor maneira possível. (PEZZINI SOARES, J. .; PIAIA, J.; CARDOSO, M.; BOLAN, M. 2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento de bebês, crianças e adolescentes difere do atendimento adulto em vários aspectos, especialmente no que diz respeito ao comportamento e condicionamento destes pacientes.

O odontopediatra deve conhecer uma variedade de técnicas de adaptação do comportamento e deve estar apto a avaliar o nível de desenvolvimento da criança, suas atitudes, seu temperamento e predizer a sua reação ao tratamento.

O manejo do comportamento do paciente deve ser individualizado. Cada paciente deve ser avaliado de acordo com a sua idade e seu nível cognitivo, características de comportamento, personalidade, ansiedade e medo, reação ao desconhecido, experiências prévias, o meio familiar no qual encontram-se inseridos e suas limitações.

O consultório odontológico é um ambiente que causa no grupo infantil medo, desconforto, curiosidade, receio. Os instrumentos utilizados, o barulho que eles fazem, podem despertar o sentimento de “dor iminente”. Desta forma, é dever do Odontopediatra promover uma atitude positiva, segura e proporcionar cuidados de qualidade a esses pacientes.

REFERÊNCIAS

ACHARYA, SONU & SONU, SONU & CAVALCANTI, ALESSANDRO & WILNEY, WILTON & PADILHA, NASCIMENTO. (2017). **Parental Acceptance of Various Behaviour Management Techniques used in Pediatric Dentistry: A Pilot Study in Odisha, India**. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2017. 3728-3730. 10.4034/PBOCI.2017.171.26.

ALBUQUERQUE, Camila Moraes et al. **Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria**. Arq. Odontol. [online]. 2010, vol.46, n.2, pp. 110-115. ISSN 1516-0939.

AL-HARASI, S., ASHLEY, P. F., MOLES, D. R., PAREKH, S., & WALTERS, V. (2010). **Hypnosis for children undergoing dental treatment**. *The Cochrane database of systematic reviews*, (8), CD007154.

AL ZOUBI, L., SCHMOECKEL, J., MUSTAFA ALI, M., & SPLIETH, C. H. (2021). **Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in paediatric dentistry in families with different cultural background**. European archives of paediatric dentistry : official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry, 22(4), 707–713.

AMIN M, ELYASI M, BOHLOULI B, ELSALHY M. **application of the theory of planned behavior to predict dental attendance and caries experience among Children of Newcomers**. Int J Environ Res Public Health. 2019 Sep 29;16(19):3661. doi: 10.3390/ijerph16193661. PMID: 31569485; PMCID: PMC6801792.

ANTUNES DE, VIANA KA, COSTA PS, COSTA LR. **Moderate sedation helps improve future behavior in pediatric dental patients - a prospective study**. Braz Oral Res. 2016 Oct 24;30(1):e107. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0107. PMID: 27783767.

ASHLEY PF, CHAUDHARY M, LOURENÇO-MATHARU L. **Sedation of children undergoing dental treatment**. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 17;12(12):CD003877. doi: 10.1002/14651858.CD003877.pub5. PMID: 30566228; PMCID: PMC6517004.

ATTRI, J. P., SHARAN, R., MAKKAR, V., GUPTA, K. K., KHETARPAL, R., & KATARIA, A. P. (2017). **Conscious Sedation: Emerging Trends in Pediatric Dentistry. Anesthesia, essays and researches**, 11(2), 277–281.

BARBOSA, C. de S. e A.; TOLEDO, O.A de. **Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria.** J Bras Odontopediatr Odontol Bebê, Curitiba, v.6, n.29, p.76-82, jan./fev. 2003.

BLITZ, MEREDITH, AND KATE CERINO BRITTON. **“Management of the uncooperative child.”** Oral and maxillofacial surgery clinics of North America vol. 22,4 (2010): 461-9. doi:10.1016/j.coms.2010.08.002

CAMPBELL, R. L., SHETTY, N. S., SHETTY, K. S., POPE, H. L., & CAMPBELL, J. R. (2018). **Pediatric Dental Surgery Under General Anesthesia: Uncooperative Children.** *Anesthesia progress*, 65(4), 225–230.

CAVALCANTE, L. B.; SANABE, M. E.; MAREGA, T.; GONÇALVES, J. R.; LIMA, F. C. B. de A.- e-. **Sedação consciente: um recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas.** Arquivos em Odontologia, [S.l.],v.47,n.1,2016. Acesso em: 12 set. 2022.

DE CASTRO AM, DE OLIVEIRA FS, DE PAIVA NOVAES MS, ARAÚJO FERREIRA DC. **Behavior guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities.** *Spec Care Dentist*. 2013;33(5):213-217. doi:10.1111/scd.12022

DP KIRAN S, VITHALANI A, J SHARMA D, C PATEL M, BHATT R, SRIVASTAVA M. **Evaluation of the Efficacy of Play Therapy among Children Undergoing Dental Procedure through Drawings Assessed by Graphological Method: A Clinical Study.** *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018 Sep-Oct;11(5):412-416.

DESAI SP, SHAH PP, JAJOO SS, SMITA PS. **Assessment of parental attitude toward different behavior management techniques used in pediatric dentistry.** *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2019 Oct-Dec;37(4):350-359. doi: 10.4103/JISPPD.JISPPD_138_18. PMID: 31710009.

ELANGO I, BAWEJA DK, SHIVAPRAKASH PK. **Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: a comparative study.** *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2012;30(3):195-200. doi:10.4103/0970-4388.105010

GARROCHO A., ROMERO H., RUIZ S., CAMPOS N., POZOS F., POZOS A., 2020: **Management of a Child with Reactive Attachment Disorder in the Dental Clinical Setting: A Case Report** .-ODOVTOS-Int. J. Dental Sc., 22-1 (January-April): 39-46

GAZAL, GIATH ET AL. **“Pain and anxiety management for pediatric dental procedures using various combinations of sedative drugs: A review.”** Saudi pharmaceutical journal : SPJ : the official publication of the Saudi Pharmaceutical Society vol. 24,4 (2016):379-85.doi:10.1016/j.jsps.2014.04.004

GOETTEMS ML, ZBOROWSKI EJ, COSTA FD, COSTA VP, TORRIANI DD. **Nonpharmacologic Intervention on the Prevention of Pain and Anxiety During Pediatric Dental Care: A Systematic Review.** Acad Pediatr. 2017 Mar;17(2):110-119

HUAMAN M. HUAMAN J. **USO de la sugestion en el manejo de la conducta del nino en odontologia pediatrica.** Huaman M. Huaman J., peru, ano 2015, v. 14, ed. 2, p. 129-138, 22 ago. 2015.

KAWAI, M., KURATA, S., SANUKI, T., MISHIMA, G., KIRIISHI, K., WATANABE, T., OZAKI-HONDA, Y., YOSHIDA, M., OKAYASU, I., AYUSE, T., TANOUE, N., & AYUSE, T. (2019). **The effect of midazolam administration for the prevention of emergence agitation in pediatric patients with extreme fear and non-cooperation undergoing dental treatment under sevoflurane anesthesia, a double-blind, randomized study.** Drug design, development and therapy, 13, 1729–1737.

KIM, J., KIM, S., LEE, D. W., & RYU, D. S. (2015). **The alternative of oral sedation for pediatric dental care.** Journal of dental anesthesia and pain medicine, 15(1), 1–4.

KLINGBERG G, BROBERG AG. **Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors.** Int J Paediatr Dent. 2007 Nov;17(6):391-406.

KOUR, G., MASIH, U., SINGH, C., SRIVASTAVA, M., YADAV, P., & KUSHWAH, J. (2017). **Insulin Syringe: A Gimmick in Pediatric Dentistry.** International journal of clinical pediatric dentistry, 10(4), 319–323.

KUPZYK S, ALLEN KD. **Pediatric Prevention: Oral Health Care.** *Pediatr Clin North Am.* 2020 Jun;67(3):513-524

MA L, ZHANG J, HOU XY, JING Q, WAN K. [**Effectiveness and Safety of Oral Midazolam Combined Nitrous Oxide Sedation in Treating Children with Dental Fear**]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao.* 2019 Feb 28;41(1):106-110. Chinese.

MARTINEZ MIER, E. A., WALSH, C. R., FARAH, C. C., VINSON, L. A., SOTO-ROJAS, A. E., & JONES, J. E. (2019). **Acceptance of Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry by Parents From Diverse Backgrounds.**

NELSON, T. M., & XU, Z. (2015). **Pediatric dental sedation: challenges and opportunities.** *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*, 7, 97–106.

NOWAK AJ, WARREN JJ. **Infant oral health and oral habits.** *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(5):1043-vi.

PARENTAL acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience: *European Journal of Paediatric Dentistry*. **Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience**, *European*, p. 014-0119, 28 mar. 2014.

PATERSON, S. A., & TAHMASSEBI, J. F. (2003). **Paediatric dentistry in the new millennium: 3. Use of inhalation sedation in paediatric dentistry.** *Dental update*, 30(7), 350–358.

PEZZINI SOARES, J. .; PIAIA, J.; CARDOSO, M.; BOLAN, M. . **Avaliação do comportamento odontológico infantil durante procedimentos de profilaxia e exodontia.** *Arquivos em Odontologia*, [S. l.], v. 56, 2020. Disponível em:

RADHAKRISHNA S, SRINIVASAN I, SETTY JV, D R MK, MELWANI A, HEGDE KM. **Comparison of three behavior modification techniques for**

management of anxious children aged 4-8 years. *J Dent Anesth Pain Med.* 2019 Feb;19(1):29-36. doi: 10.17245/jdapm.2019.19.1.29. Epub 2019 Feb 28.

RAJESWARI SR, CHANDRASEKHAR R, VINAY C, ULOOPI KS, ROJARAMYA KS, RAMESH MV. **Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Audiovisual Distraction for Management of Preoperative Anxiety in Children.** *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 Sep-Oct;12(5):419-422. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1661.

ROBERTS JF, CURZON ME, KOCH G, MARTENS LC. REVIEW: **behaviour management techniques in paediatric dentistry.** *Eur Arch Paediatr Dent.* 2010;11(4):166-174.

SHAHNAVAZ S, HEDMAN-LAGERLÖF E, HASSELBLAD T, REUTERSKIÖLD L, KALDO V, DAHLLÖF G. **Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Dental Anxiety: Open Trial.** *J Med Internet Res.* 2018 Jan 22;20(1):e12. doi: 10.2196/jmir.7803. PMID: 29358158; PMCID: PMC5799719.

SHETTY V, SURESH LR, HEGDE AM. **Effect of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety During Dental Treatment in 5 to 8 Year Old Children.** *J Clin Pediatr Dent.* 2019;43(2):97-102.

SILVA, LÍVIA FERNANDES PIRES DA; FREIRE, NATHALIA DE CARVALHO; SANTANA, RODRIGO SILVA DE; MIASATO, JOSÉ MASSAO. , **TÉCNICAS de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria.** Brasil, ano 2016, p. 135-142, 28 fev. 2016.

SILVA, L. de O. .; ARAÚJO, W. S. .; LOPES, M. B. .; VALE, M. C. S. do .; LUCIO SANT'ANA NETO, A. **Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria.** E-Acadêmica, [S. l.], v. 3, n. 1, p. e063186, 2022.

SIMÕES, FRANCISCO XAVIER PARANHOS COELHO; MACEDO, THIARA GUIMARÃES; COQUEIRO, Raildo Silva e PITHON, Matheus Melo. **Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria.** *Rev. Bras. Odontol.* [online]. 2016, vol.73, n.4, pp. 277-282. ISSN 1984-3747.

TÉCNICAS en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico. **Técnicas en el manejo de la conducta del paciente odontopediátrico**, [S. l.], ano 2020, v. 17, n. 1, p. 27-34, 7 abr. 2020.

TOVO, MAXIMIANO FERREIRA; FACCIN, ELISE SASSO; VIVIAN, ALINE GROFF. **Psicologia e Odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil.** *Aletheia*, Canoas , v. 49, n. 2, p. 76-88, dez. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14103942016000200009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2022

WILSON S. (2013). **Management of child patient behavior: quality of care, fear and anxiety, and the child patient.** *Journal of endodontics*, 39(3 Suppl), S73–S77. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2012.11.040>

WILSON S. **Pharmacologic behavior management for pediatric dental treatment.** *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(5):1159-1175. doi:10.1016/s0031-3955(05)70262-5