

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
Faculdade de Odontologia
Disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Manejo comportamental em Odontopediatria – uma revisão de literatura

Relatório Final

Apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo, como requisito da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso e para graduação no curso de Odontologia da Universidade de Passo Fundo.

Aluna: Nátalli Mangoni

Orientadora: Prof. Dra. Juliane Bervian

Passo Fundo, Setembro de 2021

Sumário

1. TÍTULO.....	3
2. EQUIPE EXECUTORA	3
2.1. Aluna.....	3
2.2. Orientadora.....	3
3. RESUMO.....	3
4. PROBLEMA DE PESQUISA	4
5. JUSTIFICATIVA.....	4
6. OBJETIVOS	4
6.1. Objetivos gerais	4
6.2. Objetivos específicos.....	4
7. MÉTODOS.....	5
8. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
8.1. Técnicas de identificação de medo e ansiedade em Odontopediatria	13
O desenho como técnica projetiva aplicada em crianças.....	13
8.2. Questionários de percepção infantil.....	14
Percepção infantil sob cárie dentária e a imagem do cirurgião-dentista	14
8.3. Avaliação da ansiedade odontológica	14
Escala de Emoji Animada.....	14
Escala de Corah	14
Venham Picture Test modificado (VPT)	15
RMS Pictorial Scale (RMS-PS)	16
Dental Anxiety Scale Modified (MDAS).....	16
Facial Image Scale (FIS)	16
8.4. Questionário aos profissionais e acadêmicos de Odontologia	17
Questionário de autoconfiança relacionado a situações-problema em Odontopediatria	17
8.5. Técnicas verbais de manejo comportamental.....	18
Técnica da Comunicação	18
Técnica da Distração	18
Técnica “dizer-mostrar-fazer” / “Tell-Show-Do”	19
Técnica do Controle de Voz.....	20
Técnica do Reforço Positivo	20
Técnica da Modelagem.....	21
8.6. Técnicas não verbais para manejo comportamental.....	21
Técnica da Dessensibilização	21
Técnica da “mão sobre a boca” / “hand over mouth”	21
Técnica da Estabilização Protetora	22
Presença/ausência dos responsáveis no consultório	23
Alteração do ambiente do consultório odontológico	23
8.7. Técnicas farmacológicas de manejo comportamental.....	24
Sedação consciente com óxido nitroso	24
8.8. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo comportamental em odontopediatria	25
9. DISCUSSÃO	27
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
12. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ALUNO.....	31
13. ANEXOS	32

RELATÓRIO FINAL

1. TÍTULO

Manejo comportamental em Odontopediatria – uma revisão de literatura.

2. EQUIPE EXECUTORA

2.1. Aluna

Nome: Nátalli Mangoni

Matrícula: 167396

2.2. Orientadora

Nome: Profa. Dra. Juliane Bervian

Matrícula: 5688

3. RESUMO

O medo e a ansiedade podem ser considerados dois inimigos dos cirurgiões-dentistas, principalmente dos Odontopediatras, pois interferem no comportamento dos pacientes e muitas vezes impedem a realização dos tratamentos. O presente trabalho teve por objetivo buscar, através da literatura, conhecer as técnicas de manejo comportamental que possam minimizar o medo e a ansiedade durante o atendimento odontológico em pacientes infantis. Foram feitas buscas literárias sobre este assunto, nas bases de dados *Pubmed*, *Scielo*, Google Acadêmico. A literatura pesquisada registra formas de controle comportamental, bem como meios para a utilização de testes que identificam o medo, a ansiedade e até mesmo a situação profissional. Conclui-se que a melhor técnica a ser utilizada é aquela que melhor se adapta a situação que está sendo vivenciada no consultório, desde que não infrinja o Estatuto da Criança e do Adolescente e seus aspectos legais e éticos.

Palavras-chave: medo, ansiedade, Odontopediatria.

Key words: *fear, anxiety, Pediatric Dentistry.*

4. PROBLEMA DE PESQUISA

Alguns fatores associados fazem com que as crianças desenvolvam medo e/ou ansiedade frente aos tratamentos odontológicos, isso torna o tratamento mais difícil porque reflete na dificuldade de comportamento da criança, e demanda do odontopediatra o conhecimento de técnicas de identificação desses medos e de manejo comportamental. O problema do presente trabalho foi buscar na literatura se existe alguma maneira de identificar e controlar o medo e a ansiedade das crianças frente ao tratamento odontológico? E se sim, quais as mais eficazes e de mais fácil aplicação no dia a dia clínico?

5. JUSTIFICATIVA

Baseado na leitura de Andrade *et al.* (2013), Setty *et al.* (2019) e de Singh *et al.* (2000), tanto o medo quanto a ansiedade, são situações presentes em pacientes adultos, mas principalmente em pacientes odontopediátricos, e isso dificulta a atuação profissional, pois, muitas vezes, o paciente acaba evitando os tratamentos propostos pelo dentista.

Sendo assim, sabendo identificar quais os medos e os níveis de medo e ansiedade, e aplicando as técnicas de manejo comportamental adequadas para cada situação a atuação do cirurgião-dentista é facilitada e a saúde bucal e até mesmo a saúde geral do paciente serão beneficiadas.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivos gerais

Este estudo teve como objetivos gerais:

- Buscar, através da literatura, conhecer as técnicas de manejo comportamental que possam minimizar o medo e a ansiedade durante o atendimento odontológico em pacientes infantis.

6.2. Objetivos específicos

Este estudo, de revisão literária, teve por objetivos específicos:

- Conhecer técnicas para manejo comportamental;
- Identificar, na literatura, quais os principais medos das crianças quando submetidas à consultas e tratamentos odontológicos;
- Verificar quais são as técnicas que a literatura possui para identificar medos e ansiedade em crianças no consultório odontológico;

- Analisar dentre as técnicas estudadas qual as mais eficazes no controle do medo e da ansiedade.

7. MÉTODOS

Este trabalho é uma revisão de literatura sobre artigos científicos buscados em sites da internet, tais como, *PubMed*, *Periódicos Capes*, *Scielo periodicos*, *Google Acadêmico*, entre outros. As palavras-chave utilizadas foram medo (*dental fear*), ansiedade (*dental anxiety*), Odontopediatria (*Pediatric Dentistry*).

Os artigos selecionados compreenderam ao período de 2010 à 2021, sendo que alguns publicado anterior à esse período, mas com relevância científica também foram selecionados.

Após a conclusão da Revisão de Literatura, o trabalho foi analisado pelo *Plagius*.

8. REVISÃO DE LITERATURA

A Odontopediatria é a especialidade voltada ao atendimento odontológico de crianças e adolescentes. Em qualquer especialidade é importante que o profissional assegure aos pacientes um ambiente que não provoque estresse e ansiedade; e na Odontopediatria esse aspecto é de grande relevância, visto que experiências prévias ruins, bem como o próprio ambiente odontológico podem ser responsáveis por desencadear comportamentos indesejados nas crianças (Pinto *et al.*, 2020).

Com o passar dos anos, a expectativa de dor frente à tratamentos odontológicos se perpetuou como motivo de medo e ansiedade, e, parece ser uma condição estabelecida de que tratamentos odontológicos causam dor. Embora o controle da dor está sempre avançando em todo o mundo, dados sobre a prevalência de ansiedade frente aos atendimentos odontológicos ainda estão numa proporção elevada (10-15%), continuando a ser um obstáculo significativo a uma grande parte da população, levando à fuga de cuidados dentários (Carvalho *et al.*, 2012).

O medo e a ansiedade são um motivo muito comum no cancelamento de consultas odontológicas, e autores como Carvalho *et al.* (2012), citam que o medo pode surgir nos pacientes de duas formas, podendo ser distintas ou conjugadas, que são: através das próprias experiências, através de expectativas ou experiências de pessoas próximas; ou seja, os pacientes vivenciam esse medo ou ainda, o medo que encontra-se estabelecido em alguém e assimilam à sua possível realidade; a principal forma de medo conjugado ou objetivo, ou ainda não vivenciado é encontrada na literatura como estabelecido pela associação de medo entre pais e filhos.

A ansiedade é um obstáculo significativo na entrega de cuidados referentes a saúde, tendo consequências prejudiciais e representando um sério desafio epidemiológico para os profissionais de todas as áreas da saúde, principalmente para os da Odontologia. O impacto que a ansiedade à fatores odontológicos pode ter na vida das pessoas é amplo e dinâmico, levando não somente a fuga de cuidados dentários, mas também a efeitos individuais como perturbação do sono, autoestima baixa e até mesmo distúrbios psicológicos (Carvalho *et al.*, 2012).

Para alguns autores, o medo e a ansiedade estão muito relacionados, mas não podem ter seus conceitos trocados, o medo faz parte do desenvolvimento infantil, e da infância normal, de modo geral, o medo é transitório, mas pode persistir por longos períodos, como pode acontecer com o medo ao tratamento odontológico. Já a ansiedade, é entendida como uma resposta a situações em que a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida ou não está objetivamente presente, sendo indispensável que o odontopediatra conheça os frequentes medos das crianças para conseguir preveni-los e aliviá-los. Mas, outros autores afirmam que o medo e a ansiedade estão relacionados (Góes *et al.*, 2010).

É extremamente importante que, durante a infância e adolescência, as consultas odontológicas sejam realizadas de maneira positiva, pois a primeira experiência do paciente no consultório odontológico pode ter efeitos na vida adulta (Sant'anna *et al.*, 2020).

O ambiente odontológico é considerado um estressor para as crianças, e é capaz de desencadear comportamentos indesejados; e a Odontopediatria é uma especialidade que exige do profissional o conhecimento de medidas para prevenção e de habilidades para a realização dos tratamentos nas crianças e nos adolescentes; além disso, é importante que o dentista se atente aos sentimentos e às reações da criança, e saiba identificar situações que possam desencadear estresse para o paciente durante o atendimento, e maneje os comportamentos que possam apresentar (Pinto *et al.*, 2020).

A situação do tratamento odontológico é considerada, por alguns autores, como potencialmente estressante, pois a dor e o desconforto tendem a ocorrer antes que os pacientes percebam os benefícios que o tratamento proporciona à saúde, e isso conduz ao aumento da sensação de medo do tratamento odontológico e pode se apresentar sob a forma de resistência ou não colaboração (Barbieri *et al.*, 2010).

A ansiedade que a criança manifesta na consulta odontopediátrica é um problema com o qual os dentistas se deparam frequentemente e constitui-se como uma relevante barreira na prática clínica, sendo conhecida como a principal impulsionadora de comportamentos não

colaborativos, e mostra-se como um dos problemas mais observados em crianças de idade pré-escolar (Martins e Dias, 2016).

O sentimento de medo, relacionado aos procedimentos odontológicos exerce influência nos processos mentais e podem desencadear reações físicas mensuráveis, no momento do tratamento, a tensão muscular e a taquicardia são as reações físicas observadas com mais frequência devido ao medo; e, pacientes com sinais de ansiedade e medo podem ser identificados pelo seu comportamento e pela avaliação e reconhecimento de alguns sinais físicos, como dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades e, até mesmo, aumento da pressão arterial (Góes *et al.*, 2010).

O medo é um reflexo inconsciente e uma das emoções primárias que aparecem logo após o nascimento, é a noção de um perigo real ou imaginário, um sentimento de inquietação desenvolvido pela criança (Sant'anna *et al.*, 2020).

Um estudo feito por Carvalho *et al.* (2012), verificou que a probabilidade de um paciente da população estudada apresentar ansiedade é mais elevada se o paciente foi do sexo feminino quando comparado ao masculino, da faixa etária superior a 20 anos em relação aos que têm de 10 a 20, se não possuir acesso à internet ou à jornais quando comparado aos que possuem acesso, se apresentar baixa frequência de higiene oral quando comparado aos que tem elevada frequência, se as visitas ao dentista forem motivadas por busca de tratamento curativo, por dor ou outro problema ao invés de apenas um *check-up*, e experiências dolorosas em relação aos que nunca a tiveram; esse estudo mostrou também que 2 em cada 8 brasileiros podem apresentar moderado ou severo grau de ansiedade frente à tratamentos odontológicos e esses valores são considerados acima da média mundial. E, tudo sugere que além do grau de escolaridade, a classe social e a falta de recursos econômicos em países como o Brasil, possam aumentar os níveis de estresse.

Martins e Dias (2016) afirmam que, com o aumento da idade da criança, existe uma tendência a diminuição dos níveis de ansiedade, e isso se dá pelo fato de projetos de cuidados com a saúde bucal que acontecem nas escolas e também por terem contato mais frequente com o dentista, pois ocorre um aumento do nível de maturidade emocional e em consequência disso a diminuição da ansiedade.

A Psicologia possui grande aplicação dentro das especialidades odontológicas, e, não sendo diferente, na Odontopediatria esta ciência alcança sua máxima importância; porém, o êxito nos tratamentos odontopediátricos só serão obtidos quando o dentista alcançar os

objetivos de adaptação e educação das crianças no ambiente odontológico (Barbieri *et al.*, 2010).

A abordagem odontológica curativa normalmente ocasiona elevada sensibilidade, tornando necessário o uso de medidas que reduzam as sensações dolorosas, sendo usualmente necessária a utilização de anestesia local, o que já demonstrou ser uma situação com altos índices de fuga ao tratamento (Carvalho *et al.*, 2012).

O Odontopediatra é considerado, por meio de estudos, o profissional da área da saúde que mais convive com a criança; e em decorrência desse convívio, muitos estudos têm sido feitos para melhorar a relação Odontopediatra-criança, envolvendo cada vez mais a Psicologia com a Odontologia; e com o surgimento da assistência odontológica precoce, ou seja, a Odontologia para bebês, a relação dos dentistas com as crianças tem sido desenvolvida de melhor forma; alguns autores ainda sugerem que é necessário o odontopediatra compreender o paciente em um contexto de desenvolvimento, reconhecendo que, durante a infância é provável que a criança esteja mais vulnerável e sensível ao seu ambiente (Barbieri *et al.*, 2010).

Jean Piaget, educador e psicólogo, desenvolveu uma teoria cognitiva que leva seu nome, pesquisando o comportamento da criança desde bebê à adolescência, e de acordo com seus estudos, as crianças possuem a capacidade de absorver habilidades e normas básicas da cultura, incluindo habilidades na escola. Uma dessas habilidades, muito utilizada pelas crianças, é o desenho, que, através dele a criança é capaz de demonstrar seus pensamentos e sentimentos que, provavelmente, não conseguiria expressar através da escrita e até mesmo da fala; porém, o desenho ainda é pouco utilizado como método para avaliar o conhecimento e o comportamento da criança quanto ao tratamento odontológico (Barbieri *et al.*, 2010).

Para compreender as reações apresentadas pelas crianças durante o atendimento odontológico e seu relacionamento com os dentistas, as técnicas projetivas com ênfase no desenho, são considerados um instrumento eficaz a ser utilizado no dia a dia clínico; essas técnicas evitam situações inesperadas e possibilitam maiores chances de se obter um retorno positivo do paciente (Pinto *et al.*, 2020).

As situações em que as crianças não colaboram com os dentistas durante o atendimento odontopediátrico são frequentes, e acabam dificultando ou impedindo o tratamento; tais atitudes da criança afetam o desempenho do profissional e, em consequência, a qualidade do atendimento, tornando necessário o uso de estratégias para obter a colaboração da criança, e a escolha e o uso dessas estratégias dependem de informações às quais o

profissional teve acesso, principalmente durante sua graduação. O conhecimento sobre como os alunos e profissionais lidam, percebem e aprendem estratégias de manejo, é uma área extremamente importante para a evolução do ensino da Odontologia (Nascimento *et al.*, 2011).

A literatura mostra vários métodos de identificação de ansiedade dental, incluindo métodos indiretos (aferição fisiológica da frequência de pulso, pressão arterial e tensão muscular), ou técnicas projetivas (teste de imagem para avaliar o medo dental das crianças), os quais exigem habilidades para a realização das entrevistas e para a pontuação dos testes (Setty *et al.*, 2019).

Vários meios de avaliação da ansiedade frente ao tratamento odontológico vêm sendo utilizados, e num estudo feito por Carvalho *et al.* (2012) foi utilizada a escala de Corah, que é conhecida como um instrumento para avaliar as manifestações da ansiedade em Odontologia desde meados de 1970, podendo ser utilizada em diversas línguas, por permitir reconhecer objetivamente o nível de ansiedade dos pacientes através da soma das respostas fornecidas pelas perguntas multi-itens. Nesse estudo foi utilizada a versão em português da escala de ansiedade odontológica de Corah, pois mostrou ser um instrumento de boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, para avaliar as características dos pacientes ansiosos.

Para avaliar medo e ansiedade, são utilizadas técnicas de projeção, que apresentam-se como uma ferramenta capaz de acessar aspectos inconscientes, visando obter informações de maneira mais discreta e sutil quando comparadas a indagação direta; de tal modo, o desenho é uma técnica projetiva que vem sendo utilizada com a finalidade de mensurar o estado emocional das crianças (Pinto *et al.*, 2020). Métodos projetivos de exploração têm descoberto o oculto, o que não poderia se manifestar através de nenhuma tentativa de verbalização por crianças de pouca idade, por causa de sua dificuldade de verbalização (Andrade *et al.*, 2013).

As informações referentes aos pacientes infantis são obtidas no consultório odontológico por meio do relato dos responsáveis, porém, podem não refletir de forma fidedigna alguns aspectos que traduzem a visão da criança em relação ao atendimento e ao próprio dentista, com suas dúvidas e possíveis medos, que representam um fator adverso para a evolução do tratamento a ser realizado; o desenho é uma forma de conseguir ricas informações (Andrade *et al.*, 2013).

O sucesso no tratamento terapêutico em odontologia parece estar relacionado com a capacidade de o dentista lidar com as questões afetivo-emocionais do paciente; considera-se que o contágio emocional envolve uma tendência para imitar e sincronizar automaticamente

expressões, falas, posturas e até movimentos com os pais, confluindo emocionalmente. Alguns estudos sugerem que a ansiedade dos pais influencia significativamente o comportamento da criança durante a consulta (Martins e Dias, 2016).

Métodos seguros para identificar os sentimentos das crianças são importantes para estabelecer qual tratamento odontológico é o mais adequado; sendo assim, questionários são ferramentas úteis para avaliar a percepção da criança sobre o tratamento odontológico pelo profissional que utiliza as informações verbais fornecidas pelos pacientes (Pinto *et al.*, 2020).

Um fator que pode amenizar o medo e a ansiedade na odontopediatria é a aprendizagem adaptativa, que, segundo Martins e Dias (2016), é feita através da observação do ambiente envolvente. Dessa forma, as crianças tendem a imitar frequentemente os seus familiares internalizando os seus hábitos; nesse sentido, a vivência de medos e ou reações adversas da odontologia, podem induzir a criança a ideia de que “o dentista deve ser evitado”.

Crianças que chegam ao consultório odontológico com medo e ansiedade geralmente tendem a resistir aos mecanismos de condicionamento, e em suma, o odontopediatra deve estar ciente da percepção das crianças para estabelecer um melhor condicionamento do paciente (Pinto *et al.*, 2020).

Um dos aspectos que favorecem o atendimento odontológico da criança é a construção de uma relação de confiança com o dentista, fazendo-se necessário o conhecimento do desenvolvimento psicossocial da criança, uma vez que o medo do tratamento odontológico, normalmente, começa na infância ou na adolescência e os principais fatores que desencadeiam esses sentimentos são: experiências dolorosas anteriores, desconhecimento em relação aos procedimentos, o ambiente do consultório em si, e ideias negativas que são passadas por outras pessoas (Andrade *et al.*, 2013).

É possível observar baseado na literatura, que existe um número maior de crianças que tem impressão positiva do consultório odontológico quando o dentista é legal, explicativo e faz entender os procedimentos odontológicos, independentemente de ser preventivo ou curativo, e esse fato sugere a necessidade do diálogo e do afeto do dentista para com seus paciente infantis, além de que possíveis falhas na comunicação tanto verbal quanto não verbal ou até mesmo a distração podem gerar intranquilidade e medo na criança, dificultando o atendimento. E, um dos aspectos que favorecem o atendimento odontopediátrico é a construção de uma relação de confiança com o profissional, sendo importante o conhecimento do desenvolvimento psicossocial da criança (Andrade *et al.*, 2013).

Um estudo feito por Singh *et al.* (2020), avaliou o comportamento de crianças no consultório odontológico baseado no controle da criança sob a situação, nesse estudo os autores ofereceram dispositivos sinalizadores para que os pacientes pudessem exercer o controle da situação; as crianças eram orientadas a apertar um botão na cadeira odontológica que acionava um dispositivo sinalizador, quando estava tudo bem a cor escolhida deveria ser verde e quando a criança se sentia preocupada a cor deveria ser amarela, assim como quando ela queria que o dentista interrompesse o tratamento a cor deveria ser vermelha. Os autores ainda sugerem que essa técnica, quando usada em tratamentos invasivos e em crianças que tem percepção de adversidade, podendo levar as mesmas a utilizar o dispositivo sinalizador como forma de fuga, e para isso deve ser aplicada de forma cautelosa.

A abordagem profissional também pode interferir na ansiedade e no comportamento das crianças, sendo que o manejo comportamental é parte fundamental na prática odontopediátrica, e que deve basear-se em princípios científicos e requer do profissional habilidades como: ser bom ouvinte, comunicar-se adequadamente de acordo com a idade do paciente, ter empatia, saber reconhecer o perfil do paciente e os primeiros sinais de ansiedade, além de ter personalidade calma, honesta e deve inspirar confiança para a criança. Outro fator que pode influenciar de maneira positiva o comportamento da criança e de seus responsáveis é o ambiente do consultório odontológico e a organização de sua estrutura física, desde que seja de forma harmônica, suave, agradável, alegre, com linguagem expressiva, transmitindo segurança e tranquilidade tanto para a criança quanto para os pais em uma primeira comunicação informal; da mesma forma, a vestimenta do profissional pode causar uma primeira impressão positiva nas crianças se ocorrer uma modificação do branco convencional para o colorido, visto que roupas coloridas permitem transmitir um sentimento amigável para as crianças ansiosas e tendem a facilitar a primeira comunicação (Hass *et al.*, 2016).

Existem muitos métodos de avaliação de comportamento disponíveis, entretanto, o método ideal deve ser válido, permitir habilidades linguísticas e cognitivas, e ser fácil de aplicar a pontuar num contexto clínico. Venham Picture Teste (VPT) é um dos vários testes com escalas de imagens para mensurar o comportamento dos pacientes, e já foi utilizado em inúmeros estudos encontrados na literatura (Krishnappa *et al.*, 2013).

Identificar os motivos que influenciam o comportamento negativo de cada pessoa é o primeiro passo para que seja possível contorná-lo ou modificá-lo, uma vez que eles serão decisivos no momento de definir os métodos que serão utilizados para atender a criança no consultório odontológico. A Odontopediatria apresenta-se como a especialidade capaz de

tornar o primeiro contato da criança com o atendimento odontológico muito mais prazeroso, minimizando as alterações de comportamento através da adequação lúdica do consultório e das técnicas para introduzi-la a esse novo ambiente, tendo em vista que, segundo estudos, de 6 a 20% dos pacientes infantis sofrem com algum distúrbio de ansiedade. O manejo comportamental em odontopediatria envolve 3 âmbitos distintos, sendo eles: linguístico, físico e farmacológico; a aplicação de um ou mais desses recursos para adequar o comportamento retrata a concepção da dinâmica entre a odontopediatria e a Psicologia durante o atendimento clínico (Lopes *et al.*, 2020).

Dentro do contexto de manejo comportamental, o dentista pode utilizar técnicas farmacológicas e não farmacológica, que podem ser divididas em restritivas e não restritivas; as técnicas não restritivas incluem a comunicação, controle de voz, dessensibilização, dizer-mostrar-fazer, distração, modelagem e reforço positivo (Lopes *et al.*, 2020).

Para o manejo comportamental infantil, a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) sugere várias técnicas que podem ser utilizadas pelos odontopediatras com as crianças cooperativas e com as não cooperativas; para escolher a técnica que vai aplicar, o dentista deve considerar fatores como o desenvolvimento cognitivo dos pacientes, assim como a presença de problemas de comunicação. O odontopediatra pode contribuir para a redução e para o controle do medo e da ansiedade através das técnicas de manejo do comportamento baseadas na psicologia comportamental, desde que as mesmas não sejam empregadas de modo aleatório e que sigam os princípios éticos e legais que envolvem seu uso (Sant'anna *et al.*, 2020).

Segundo o Código de Ética Odontológica, é necessário, na utilização de técnicas restritivas, que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja assinado; sendo considerado como infração ética o profissional que não esclarecer de maneira adequada e clara os propósitos, riscos, efeitos, custos e alternativas de tratamento (Lopes *et al.*, 2020).

Por meio das consultas sucessivas seguindo princípios de atendimento, há o estabelecimento de vínculos de confiança, possibilitando a desconstrução da imagem negativa em relação a odontologia, de modo que, refletirá na vida adulta com quadro de saúde bucal adequado e sem transtornos psicológicos referentes ao atendimento odontológico (Lopes *et al.*, 2020).

Desta forma, salienta-se que o manejo de comportamento sempre é o foco prioritário para o atendimento infantil, e diante disso, qualquer e toda a técnica utilizada para este fim deve ser estudada, analisada e aplicada individualizando à situação.

8.1. Técnicas de identificação de medo e ansiedade em Odontopediatria

O desenho como técnica projetiva aplicada em crianças

O desenho é a maneira mais primitiva da comunicação humana, sendo considerada uma forma de expressão cognitiva e emocional; e, por ser uma linguagem básica e universal, é uma ferramenta projetiva cujo valor simbólico permite que a criança expresse como experimenta situações e qual significado que lhes atribui. Na odontologia, é usado como instrumento capaz de avaliar fatores que possam vir a intervir no tratamento odontológico e mensurar níveis de estresse e ansiedade (Pinto *et al.*, 2020).

O desenho pode ser usado como uma forma de comunicação, principalmente entre as crianças. Pode ser utilizado por todas as crianças, tanto as que gostam de desenhar quanto por crianças tímidas, com dificuldade de comunicação, e também, por crianças altamente expressivas verbalmente. É um instrumento de fácil aplicação, rápido, barato e é agradável para a criança. A análise do desenho em conjunto com a verbalização da criança permite identificar informações importantes sobre o contexto em que a criança vive e como interfere em suas emoções (Pinto *et al.*, 2020).

Para avaliar o medo e a ansiedade através de desenhos, o odontopediatra pode disponibilizar aos pacientes folhas de papel e lápis de cor, e solicitar que desenhem o que o dentista representa para eles, quais os instrumentos do consultório que mais chamam a atenção e como eles se sentem ao ir à uma consulta odontológica. Os desenhos são uma excelente opção, pois não requerem respostas diretas e ajudam na expressão de sentimentos que a criança não tem conhecimento ou não é capaz de expressar verbalmente (Pinto *et al.*, 2020). Andrade *et al.* (2013) sugerem ainda que se deve fazer o seguinte pedido a criança: “desenhe como é o seu dentista”, e diante de qualquer pergunta que a criança possa fazer sobre instruções específicas, deve-se responder: “faça como você quiser”.

Resultados obtidos por Pinto *et al.* (2020), mostram que as crianças são capazes de oferecer informações importantes sobre elementos de qualidade de vida e saúde através dos desenhos, porém, a interpretação dos desenhos é complexa e requer conhecimentos de Psicologia, sendo necessária a interpretação por parte de um pedagogo ou psicólogo.

8.2. Questionários de percepção infantil

Percepção infantil sob cárie dentária e a imagem do cirurgião-dentista

Barbieri *et al.* (2010) realizaram um estudo que consistiu na aplicação de um questionário com 13 questões de múltipla escolha, com apenas uma alternativa correta, e de um teste de desenho projetivo; as perguntas foram elaboradas pelo pesquisador e supervisionadas por uma Psicóloga, o questionário foi elaborado levando em consideração os programas de prevenção e de orientação aplicados durante o tratamento odontopediátrico. Este estudo foi realizado em escolas e, segundo os autores, cada criança permaneceu sentada em seu lugar na sala de aula, respondeu ao questionário e, logo após, fez um desenho sobre o que, para ela, significava a cárie dentária; em cada questionário havia uma folha de papel grampeada, a mesma era destinada à realização do desenho; e no cabeçalho do questionário havia espaço para preenchimento dos dados pessoais da criança, conforme Anexo 1. Para fazer o desenho, os pesquisadores permitiram que as crianças usassem apenas lápis preto e borracha. A análise e a interpretação dos resultados e dos desenhos foram realizadas por uma Psicóloga.

8.3. Avaliação da ansiedade odontológica

Escala de Emoji Animada

É uma nova escala de ansiedade que vem sendo usada e foi projetada com o uso de emoticons que representam emoções; foi criada baseada nos interesses e atrações da geração atual em relação a multimídia, e suas preferências por figuras de emoções projetadas em dispositivos eletrônicos ao invés de desenhos animados impressos em papel (Setty *et al.*, 2019).

A escala de Emoji animada tem 5 formatos de gráficos de emojis animados que mostram sentimentos diferentes, variando de muito feliz/rindo a muito infeliz/triste e chorando (sentimentos mais positivos até sentimentos mais negativos). A criança é orientada a escolher umas das animações de Emoji no dispositivo eletrônico que melhor representa seus sentimentos naquele momento. A escala é pontuada de 1 (Emoji muito feliz) a 5 (Emoji muito triste) (Setty *et al.*, 2019).

Escala de Corah

A escala de ansiedade odontológica da Corah é uma escala com 4 itens, cada um apresenta 5 alternativas; cada item representa uma situação relacionada com a consulta

odontológica, assim, é solicitado ao paciente que assinale a resposta que mais se assemelhe ao seu comportamento em cada situação; para cada item as escolhas podem ser de 1 (calmo) a 5 (apavorado); a escala é pontuada de 4 a 20, sendo que a pontuação pode variar de 4, para pacientes não ansiosos, até 20, para pacientes muito ansiosos; essa classificação propõe 4 categorias para mensurar a ansiedade: 1 nulo (4 a 5 pontos), 2 baixa (6 a 10 pontos), 3 moderada (11 a 15 pontos) e 4 exacerbada (16 a 20 pontos); a versão original da escala de Corah foi traduzida e adaptada para o português e para ser aplicada na Brasil (Hass *et al.*, 2016).

A versão em português da escala de Corah, utilizada no estudo de Carvalho *et al.* (2012), conta com 4 sessões de perguntas com 5 itens de resposta em casa uma delas, esses itens são numerados de 1 a 5 e o paciente escolhe a resposta com a qual se identifica, o número da resposta é utilizado na soma final para identificar a ansiedade do mesmo (Anexo 2), e pacientes cuja soma das respostas é inferior a 5 pontos, são considerados muito pouco ansiosos; somas entre 6 a 10 pontos, levemente ansiosos; entre 11 a 15 pontos, moderadamente ansiosos; e acima de 15 pontos, são extremamente ansiosos.

Venham Picture Test modificado (VPT)

É um teste projetivo com autoanálise a partir de desenhos de figuras humanas utilizado para avaliar as reações emocionais de crianças. Sua versão original apresenta 42 figuras de desenhos humanos, mas, com o passar dos anos foram sendo realizadas modificações nas cartelas em número, forma, cor, codificação e acréscimo do gênero feminino; as modificações foram realizadas de acordo com as reações emocionais (neutro, alegre, medo, aflito-choro, triste, raiva, pânico) e, diante delas as crianças são estimuladas a escolher as figuras que mais representam suas emoções (Góes *et al.*, 2010).

O VPT modificado é um teste composto por 4 personagens (um para cada 8 pares de figuras), sendo 2 meninos e 2 meninas, de etnia negra e branca; cada conjunto de 8 pares de figuras conta com várias reações emocionais onde a criança deverá escolher, em cada par, aquela que melhor representa as suas emoções. Para a figura que representa um sentimento negativo é atribuído 1 ponto, e para a figura que representa um sentimento positivo não é atribuída nenhuma pontuação; obtém-se então, no final do teste, uma pontuação ente 0 e 8 pontos, sendo que 0 significa que a criança é livre de ansiedade. A aplicação do VPT se dá da seguinte forma: o teste é apresentado à criança, com as figuras adaptadas à sua etnia e seu

gênero, e é pedido que escolham em cada par a figura mais próxima das emoções que ela estava sentindo no momento do atendimento odontológico (Martins e Dias, 2016).

Já, segundo Góes *et al.* (2010), o VPT é composto por 7 cartelas com as seguintes reações emocionais: neutro (pouca ansiedade), alegre (ausência de ansiedade), medo (presença de ansiedade), aflito-choro (presença de ansiedade), triste (presença de ansiedade), raiva (presença de ansiedade) e pânico (presença de ansiedade) (Anexo 3).

Os idealizadores do VPT defendem seu uso em crianças de 3 a 5 anos, e o mesmo vem sendo considerado o instrumento mais usado para avaliar a ansiedade de crianças em idade pré-escolar (Góes *et al.*, 2010).

RMS Pictorial Scale (RMS-PS)

É composta por 5 fotografias de faces de meninos e meninas que mostram características emocionais que vão desde muito feliz até muito triste. Cada fotografia possui uma pontuação sendo que a primeira imagem possui valor 1 e a última, valor 5 (Anexo 4) (Oliveira *et al.*, 2020).

Dental Anxiety Scale Modified (MDAS)

O MDAS é um questionário de autoanálise, onde o paciente é convidado a avaliar seu nível de ansiedade de acordo com 5 situações no ambiente odontológico, como, por exemplo, pós consulta, sala de espera, limpeza, preparo cavitário e anestesia. Para cada uma das situações são propostas 5 opções de respostas, que vão de nada ansioso, à qual é atribuído 1 ponto, até extremamente ansioso, à qual são atribuídos 5 pontos; no final do questionário, somando as pontuações das 5 questões, é obtido um valor entre 5 e 25, e, considera-se que valores superiores a 20 subentendem níveis fóbicos de ansiedade (Martins e Dias, 2016).

Facial Image Scale (FIS)

É uma medida para mensurar a ansiedade dental e conta com uma sequência de 5 faces variando de muito feliz até muito infeliz (pontuação varia de 1 a 5, sendo que 5 indica alto nível de ansiedade. A criança é orientada a indicar qual face mais se assemelha ao que ela está sentindo no momento (Anexo 5) (Krishnappa *et al.*, 2013).

8.4. Questionário aos profissionais e acadêmicos de Odontologia

Questionário de autoconfiança relacionado a situações-problema em Odontopediatria

Considerando a frequência das situações de não colaboração e a necessidade do profissional lidar com elas, faz-se necessária uma análise da avaliação, que é feita pelos próprios alunos de Odontologia, em relação à sua percepção de habilidades para lidar com as questões relacionadas à colaboração das crianças durante o atendimento; essa avaliação permite uma reflexão sobre as condições em relação às quais os estudantes de Odontologia verbalizam dificuldades, mostrando aspectos a serem abordados durante sua formação. Peter Milgrom, pesquisador norte-americano, propôs uma forma de realizar essa avaliação; ele elaborou um questionário com 20 perguntas, descrevendo situações problema no atendimento odontopediátrico de crianças não colaboradoras, a ser respondido por odontólogos ou por estudantes de Odontologia. O respondente recebe duas tarefas por situação-problema: (1) indicar seu grau de autoconfiança para atuar em cada situação descrita, em uma escala Likert com 10 pontos; e (2) descrever a forma como atuaria diante da situação-problema apresentada (Nascimento *et al.*, 2011).

O questionário de Milgrom teve sua versão adaptada para ser aplicada no Brasil, e essa nova versão apresenta as seguintes características: (1) utilização de escala Likert de 1 a 7 pontos (e não 10, como na versão original), para resposta à primeira tarefa da questão; (2) fixação do número de questões em 10, valor considerado adequado para obter a colaboração dos respondentes, com base em experiências anteriores com questionários dessa natureza; (3) texto de cada questão reelaborado para atender aos seguintes requisitos: atribuições de nomes usuais na população brasileira para crianças, balanceamento de características das crianças, em termos de faixa etária e gênero, de forma que represente equitativamente essas características; escolha de situações que representem as diferentes rotinas no consultório odontológico (entrada, anestesia infiltrativa, restaurações, entre outras); escolha de situações representativas do tipo de procedimento odontológico (mais ou menos invasivo) e do tipo de reação de recusa por parte da criança (desde verbal até choro e reações físicas) (Anexo 6) (Nascimento *et al.*, 2011).

Tal questionário foi considerado um instrumento eficiente para obter dados pretendidos, a saber, a autoconfiança de acadêmicos de Odontologia para lidar com situações problema frente à atendimento odontopediátricos, e sua descrição de soluções que são propostas para lidar com essas situações (Nascimento *et al.*, 2011).

8.5. Técnicas verbais de manejo comportamental

Técnica da Comunicação

É uma técnica subjetiva sendo considerada uma prolongação da personalidade e habilidade do dentista. É através da comunicação que ocorrerá a abordagem da criança, podendo ser verbal, não verbal ou ainda a junção de ambas; a partir da comunicação é possível estabelecer o relacionamento com a criança, viabilizando a execução dos procedimentos clínicos odontológicos, ao mesmo tempo em que colaborará com o desenvolvimento desse paciente diante dos procedimentos (Lopes *et al.*, 2020).

A comunicação verbal é aplicada de modo a expressar verbalmente os procedimentos, dizendo ao mesmo o que será realizado em seu tratamento; enquanto a comunicação não verbal evidencia e guia o comportamento através do contato, da postura e da expressão facial, tendo como objetivo a melhora na eficiência de outras técnicas de abordagem, além de atrair e conservar a atenção do paciente e do seu acompanhante, podendo ser usada com crianças de diferentes idades (Lopes *et al.*, 2020).

Técnica da Distração

É utilizada para distrair a atenção dos pacientes daquilo que pode ser percebido como um procedimento desagradável, ela diminui a percepção de desconforto e evita o comportamento negativo ou de recusa. Essa técnica é indicada para qualquer paciente sem contraindicações. A distração inclui: distração verbal, desenhos animados, audiovisual, truques de mágica, diálogo, músicas, histórias e brinquedos que a criança possa tocar, apertar e segurar; tendo por objetivo desviar a atenção da criança do procedimento que estará sendo realizado no momento (Sant'anna *et al.*, 2020).

Tem como objetivo redirecionar a atenção do paciente, para que o mesmo se mantenha com o pensamento distante do tratamento que está sendo realizado; o uso de desenhos animados, livros, brinquedos coloridos, músicas ou histórias são apenas utilizadas durante a execução da técnica. O método padrão utilizado pelos profissionais é falar com os pacientes enquanto realizam os procedimentos para que não se concentrem no mesmo, tentando assim diminuir a ansiedade (Lopes, *et al.*, 2020).

Quanto ao uso da música como técnica de distração, Sant'anna *et al.* (2020) citam que, a música instrumental tem impacto menos significativo que as canções e rimas infantis na redução da ansiedade infantil, e as histórias por áudio são consideradas mais eficazes.

Técnicas de distração podem ser ativas ou passivas; as ativas envolvem atividades que exigem a participação direta da criança, além de uso de brinquedos e jogos; já as passivas contam com o uso de músicas e vídeos, sem necessitar da participação direta do paciente. A distração é considerada uma estratégia segura e de baixo custo, que pode ter impacto positivo nos comportamentos de medo e ansiedade dos pacientes infantis, assim como pode ajudar a melhorar a qualidade do tratamento odontológico (Prado *et al.*, 2019).

O conhecimento da efetividade das técnicas de distração pode auxiliar na confiança do dentista durante o atendimento de crianças medrosas ou ansiosas, sendo capaz de criar um ambiente agradável tanto para a criança e seus responsáveis quanto para o próprio dentistas. Na distração podem ser utilizadas ferramentas como: óculos 3D, livros, histórias infantis, brinquedos, camuflagem das seringas tanto de anestesia e materiais usados nos tratamentos quanto das seringas tríplexes, terapia do biofeedback, entre outras (Prado *et al.*, 2019).

De modo geral, áudio com sons, hipnose, óculos 3D, técnicas audiovisuais, biofeedback, camuflagem de seringas e uso de microscópio dental, são consideradas técnicas efetivas para serem usadas na odontopediatria. A técnica da distração audiovisual é uma das mais utilizadas, pois conduz a um envolvimento total da criança, tirando sua atenção dos procedimentos que estão sendo realizados, para esta técnica podem ser utilizados óculos 3D, óculos de realidade virtual, computadores, televisores, telas acopladas a cadeira odontológica ou ao teto do consultório, e até mesmo microscópios dentais (Prado *et al.*, 2019).

Técnica “dizer-mostrar-fazer” / “*Tell-Show-Do*”

Essa técnica envolve explicações verbais dos procedimentos com frases adequadas para o nível de desenvolvimento dos pacientes, e é utilizada junto com a comunicação de habilidades (verbais e não verbais) e também com o reforço positivo. Pode ser aplicada em qualquer paciente e não tem nenhuma contraindicação. A técnica consiste em explicar e mostrar a maneira como a criança será atendida bem como os procedimentos que serão realizados; recomenda-se que o exame inicie sem o uso de instrumentos. Primeiro, são dadas as explicações verbais sobre o procedimento – dizer, depois são mostrados aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis – mostrar, e por fim, é iniciada a execução do procedimento – fazer (Sant’anna *et al.*, 2020).

A técnica do “dizer-mostrar-fazer” é utilizada a fim de inserir a criança no atendimento, esclarecendo o passo a passo dos procedimentos – dizer, demonstrando seus aspectos visuais, auditivos e olfativos – mostrar, e a execução do ato terapêutico – fazer,

necessitando de adequação da linguagem para cada faixa etária. Um artifício efetivo na utilização dessa técnica é a utilização do humor, desde que realizada através de uma linguagem especial com a utilização de eufemismos, associações divertidas, rima e jogos de palavras de fácil compreensão para as crianças (Lopes *et al.*, 2020).

Técnica do Controle de Voz

Essa técnica é controlada pelo volume, tom e ritmo da voz, sendo importante explicar aos pais o uso dela antes de sua aplicação para que não haja mal-entendido; a técnica pode ser utilizada com todos os pacientes, sendo contraindicada para pacientes que possuam deficiência auditiva (Sant'anna *et al.*, 2020).

Para Lopes *et al.* (2020), essa técnica é definida como uma mudança, de maneira controlada, do volume de voz, ritmo e tons, a fim de influenciar diretamente o comportamento da criança, tornando como principal base a comunicação para criação de uma relação amigável; porém, para obter um resultado eficaz é necessário que a comunicação parta de uma única fonte, pois, se a criança ouvir várias pessoas falando o resultado pode ser indesejado, visto que a mesma pode se tornar confusa.

Técnica do Reforço Positivo

Essa técnica é eficaz para recompensar e fortalecer comportamentos desejados; pode ser utilizada com qualquer paciente e não possui nenhuma contraindicação. Tem por objetivo fazer com que as crianças, ao serem motivadas, repitam o comportamento positivo nas próximas consultas. O reforço positivo pode ser classificado em social, quando são empregadas demonstrações de elogios e afetos, ou não social, quando são oferecidos prêmios e brinquedos (Sant'anna *et al.*, 2020).

Para Lopes *et al.* (2020), é um técnica eficaz ao recompensar o paciente por comportamentos satisfatórios, possibilitando a repetição do ato positivo nas próximas consultas; podendo ser classificado como social (expressão facial feliz, manifestações de afeto, elogios) ou não social (brinquedos, prêmios); saber recompensar a criança no momento adequado torna-se bastante positivo, independentemente da idade, desde bebês até pré-adolescentes, eles sempre valorizam o momento de escolha dos brinquedos ao final da sessão (Lopes *et al.*, 2020).

Técnica da Modelagem

É a técnica em que coloca o paciente em contato com um ou mais indivíduos que demonstrem comportamento adequado; o paciente modelo pode estar presente (ao vivo) ou pode ter sido filmado (simbólico); o objetivo desta técnica é que quando a criança observar a tendência é que ela imite o modelo apresentado no momento em que vivenciar tal experiência; bonecos também podem servir de modelo e ainda auxiliam na distração do paciente. É importante que o odontopediatra demonstre compreensão pelos sentimentos da criança (Sant'anna *et al.*, 2020).

Nessa técnica ocorrerá a observação de outro indivíduo já condicionado e com comportamento adequado frente ao tratamento odontológico, o qual servirá como modelo para a criança que será submetida pela primeira vez ao contato com o dentista ou que já tenha vivenciado alguma experiência desagradável; uma vez que, a maior parte do aprendizado na criança é baseada na sua observação e imitação de outros, possibilitando a adoção de um novo padrão de comportamento e de compreensão durante o atendimento, evitando ou reduzindo os sentimentos de medo e ansiedade; normalmente a técnica é utilizada com irmãos ou com membros da família sendo mais eficaz em crianças de 3 a 5 anos (Lopes *et al.*, 2020).

8.6. Técnicas não verbais para manejo comportamental

Técnica da Dessensibilização

Nessa técnica, a estratégia usada para que se obtenha êxito na boa relação com a criança, é iniciar o tratamento com o procedimento menos invasivo, o qual possua menor potencial de gerar medo e ansiedade; o profissional irá desfrutar de tempo para estabelecer uma maior interação social e de certa maneira registrar as manifestações de comportamento durante a realização dos procedimentos (Lopes *et al.*, 2020).

Técnica da “mão sobre a boca” / “*hand over mouth*”

Esta técnica é recomendada para interromper um comportamento indesejado e histérico da criança que não é possível controlar com outras técnicas. O dentista coloca a mão sobre a boca da criança e explica, de forma clara e calma; é necessário que haja uma via aérea liberada para que a criança possa respirar; quando a criança demonstra que reassumiu seu autocontrole, o dentista retira a mão e faz um reforço positivo; e, para que a tensão seja aliviada juntamente com a ansiedade, o dentista tem que usar logo após a técnica da mão sobre a boca uma abordagem linguística. A contraindicação dessa técnica é em crianças

menores de 3 anos ou que tenham algum tipo de deficiência mental que impossibilite sua comunicação com o profissional, assim como também não deve ser aplicada em crianças que estiverem sob efeito de medicamentos, adolescentes, crianças com problemas de obstrução temporária ou permanente das vias aéreas (Sant'anna *et al.*, 2020).

Geralmente essa técnica é o último recurso a ser utilizado, tendo como objetivo obter a atenção e colaboração da criança durante o atendimento odontológico; é um método utilizado quando se torna inviável manter um diálogo com a criança, em momentos de choro incontrolável e birra; deve ser aplicada juntamente com o controle de voz, visando estabelecer uma comunicação favorável com o paciente para que o tratamento possa ser conduzido com segurança. Sua utilização não tem como propósito assustar a criança, mas sim conseguir sua atenção e silêncio para que possa ouvir o profissional. Suas contraindicações são também para crianças incapacitadas, imaturas e sob uso de medicamentos cuja compreensão aos comandos do profissional se encontre incapacitada (Lopes *et al.*, 2020).

Caso após a utilização dessa técnica, a criança ainda apresentar comportamentos não colaboradores, o dentista poderá utilizar a manobra de mão sobre a boca com restrições de vias aéreas, colocando a mão em cima da boca, e com o dedo polegar e o indicador fechando superficialmente as narinas por um período menor que 15 segundos. Apesar de ser aceita pela Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), essa técnica é muito controversa devido ao seu potencial traumático, devendo ser utilizada apenas com o consentimento dos pais (Lopes *et al.*, 2020).

Técnica da Estabilização Protetora

Envolve a restrição física da criança por outra pessoa, podendo essa ser o auxiliar do dentista ou até mesmo o responsável pela criança; é indicada quando o paciente necessita de um diagnóstico imediato ou urgente, de um tratamento limitado e não pode cooperar devido ao estado emocional, e para paciente com necessidades especiais; é utilizada também para evitar possíveis traumas físicos e psicológicos em pacientes que estão sob estresse emocional grave ou histeria, nesse caso deve ser utilizado um protetor de estabilização (aparato protetor ou almofada). O responsável pela criança tem o direito de ficar junto com ela durante a intervenção, assim como um termo de consentimento livre e esclarecido deve ser assinado pelo responsável e a tomada de decisão para este tipo de procedimento deve ser feita junto com a família (Sant'anna *et al.*, 2020).

A estabilização protetora pode ser classificada em passiva ou ativa; sendo passiva quando realizada com o auxílio de abridores de boca, macas projetadas, lençol ou *ped-wrap*; e ativa quando realizada pelos responsáveis e/ou profissionais, através da contenção de braços e pernas da criança (Lopes *et al.*, 2020).

Presença/ausência dos responsáveis no consultório

A presença dos responsáveis no consultório odontológico durante o tratamento tem como objetivo ganhar e melhorar a colaboração dos pacientes, evitar a recusa, permitir uma comunicação eficaz entre profissional e criança e diminuir a ansiedade da criança; aqueles adultos que não tem capacidade de apoiar as crianças são contraindicados para estar presentes no consultório, pois, ao invés de colaborar acabam por atrapalhar ainda mais o dentista (Sant'anna *et al.*, 2020).

Alteração do ambiente do consultório odontológico

A modificação do espaço do consultório odontológico para um ambiente lúdico pode contribuir para que as crianças e seus pais/responsáveis sintam-se mais tranquilos, seguros e acolhidos, gerando, dessa forma, a vontade de querer estar presente naquele ambiente. Porém, o equilíbrio ao decorar o local deve estar presente, devendo também estar organizado, limpo, tranquilo e sem exageros, bem como distribuir brinquedos no ambiente, visto que um ambiente fantasiado em excesso pode levar a irritação do paciente, além de deixa-lo inquieto e com sinais óbvios de estresse devido a presença de muito estímulo (Hass *et al.*, 2016).

Hass *et al.* (2016) sugerem que para modificar o ambiente do consultório, sejam dispostos sobre as bancadas e aparelhos alguns brinquedos e adornos (Figura 1 - Anexo 7), e de igual forma, os dentistas ao invés de utilizarem a vestimenta tradicional (branca) usem vestimentas não tradicionais customizadas assim como gorro, luvas e máscaras do mesmo padrão. Quanto a vestimenta, os autores ainda citam que estudos encontrados na literatura mostram que a maioria das crianças prefere a vestimenta tradicional, porém outros estudos discutem que essa preferência pode estar relacionada com a imagem pré-estabelecida que as crianças têm da figura do dentista, e que a vestimenta colorida possa remeter a um sentimento amigável, sendo assim, pode ter efeito benéfico quando usada em atendimento de crianças ansiosas.

8.7. Técnicas farmacológicas de manejo comportamental

Sedação consciente com óxido nitroso

O óxido nitroso, conhecido também como gás hilariante ou gás do riso, foi descoberto em 1772, sendo utilizado pela primeira vez em 1844; tem como característica ser um gás com leve odor adocicado e é mais pesado que o ar. Atualmente, a resolução CFO-51/2004 regulamenta a utilização do óxido nitroso e determina que, para a aplicação da sedação consciente com o gás, o cirurgião dentista deve realizar um curso de habilitação com carga horária mínima de 96 horas e posteriormente registrar-se nos conselhos federais e regionais de Odontologia (Muller *et al.*, 2018).

A sedação consciente com óxido nitroso/oxigênio vem sendo enfatizada para o controle da ansiedade, e deve ser combinada com o condicionamento do paciente. Induzir o paciente a um mínimo estado de depressão de consciência, melhorando sua colaboração, é uma das principais atribuições do uso da sedação com óxido nitroso, além de que o gás serve também para diminuir ansiedade e o medo, que muitas vezes estão associados. Ao associar o manejo comportamental com óxido nitroso, os níveis de medo e ansiedade se mostram reduzidos, demonstrando assim sua eficácia (Muller *et al.*, 2018).

Quando se trata de tempo total de tratamento, a utilização do óxido nitroso não poupa tempo, embora não exija um número maior de sessões. A inalação do óxido nitroso durante a sedação é considerada segura e eficaz. O óxido nitroso pode aumentar ligeiramente o efeito da sedação do Diazepam em crianças pequenas (Muller *et al.*, 2018).

Os principais benefícios observados por Muller *et al.* (2018) quanto a sedação com óxido nitroso foram o controle do choro e do estado de alerta da criança, quando usado em combinação com hidroxizina. Os autores ainda observaram que a sedação com o gás não atua completamente como analgésico no controle da dor durante os tratamentos; e para que não ocorra incidentes durante sua aplicação, o paciente necessita ser avaliado clinicamente e o profissional que irá aplicar deve estar treinado e habilitado.

Além da sedação, diante de comprometimentos psicológicos mais graves, ou em crianças de pouca idade, também pode-se indicar o atendimento com Anestesia Geral, e a utilização de medicamento ansiolíticos em consultório. Nestes casos, o ideal é que sempre o médico responsável (pediatra) pela criança também participe da decisão de tratamento mais adequada.

8.8. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo comportamental em odontopediatria

É importante ressaltar que, no Brasil, toda criança tem direito, assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no seu Art. 18, a ser educada sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, pelos integrantes da família, responsáveis, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa que esteja encarregada de cuidar deles. É considerado castigo físico o uso da força física sobre a criança ou o adolescente aquilo que resulta em sofrimento físico ou agressão; sendo assim, qualquer abordagem ou técnica odontológica que preconize a contenção física deve ser empregada com muito cuidado por parte do cirurgião-dentista (Sant'anna *et al.*, 2020).

O tratamento considerado cruel ou degradante é humilhar, ameaçar ou ridicularizar, e no Art. 7º está declarado que a criança e o adolescente devem ser protegidos de qualquer tratamento violento, desumano, constrangedor ou aterrorizante. O Art. 129 do Código Penal Brasileiro relata que ofender a integridade física ou saúde de alguém é crime com detenção de 3 meses a 1 ano. A lesão corporal pode ser dividida em dolosa e culposa; a dolosa é aquela com intenção ou vontade e pode ser leve (hematoma ou arranhão), com reclusão de 3 meses a 1 ano; grave (incapacidade para ocupações habituais por mais de 30 dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro/sentido/função, aceleração de parto), com reclusão de 1 a 5 anos; gravíssima (incapacidade permanente para trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro/sentido/função, deformidade permanente, aborto), com reclusão de 2 a 8 anos; ou seguida de morte (se resulta em morte, não quis o resultado e não assumiu o risco de produzi-lo), com reclusão de 4 a 12 anos (Sant'anna *et al.*, 2020).

A contenção física nos procedimentos de saúde quando contraindicadas podem ser consideradas violência, condenada pelos direitos humanos e pela justiça; além de que o Código de Ética Odontológico, em seu Art. 11, afirma que é infração ética não explicar adequadamente riscos, custos, alternativas de tratamento além de iniciar os tratamentos em pacientes menores de idade sem autorização prévia dos responsáveis legais. O Art. 5º da Constituição do Brasil diz que não podem ser violados os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, e que ninguém deve ser submetido à tortura nem a tratamento desumano. O maltrato infantil é referido como o maltrato físico, emocional, abuso sexual e negligência, ocorrendo com a participação de pais e outros membros da família, cuidadores, amigos, professores e até mesmo policiais (Sant'anna *et al.*, 2020).

Sant'anna *et al.* (2020), alertam que a técnica da mão sobre a boca leva a discussão de temas como: violência contra a criança, danos psicológicos, físicos e dor. E, de acordo com o

ECA, o tratamento proposto pelo dentista, bem como as técnicas de manejo comportamental são consideradas desumanas quando acompanhadas de sofrimento físico e psicológico.

Diante desta infinidade de possibilidades e também da possibilidade da utilização de métodos de forma simultânea, segue um quadro resumo da literatura encontrada sobre manejo comportamental em odontopediatria:

Técnicas para identificação do medo e da ansiedade em Odontopediatria	
Desenho como técnica projetiva aplicada em crianças	
Questionários de percepção infantil	
Percepção infantil sob cárie dentária e a imagem do cirurgião dentista	
Avaliação da ansiedade odontológica	
Escala de Emoji animada	Escala de Corah
Venham Picture Test modificado (VPT)	RMS Pictorial Scale (RMS-PS)
Dental Anxiety Scale Modified (MDAS)	Facial Image Scale (FIS)
Questionário aos profissionais e acadêmicos de Odontologia	
Questionário de autoconfiança relacionado à situações-problema em Odontopediatria	
Técnicas verbais de manejo comportamental	
Técnica da comunicação	Técnica da distração
Técnica dizer-mostrar-fazer (tell-show-do)	Técnica do controle de voz
Técnica do reforço positivo	Técnica da modelagem
Técnicas não-verbais para manejo comportamental	
Técnica da dessensibilização	Técnica da mão sobre a boca (hand over mouth)
Técnica da estabilização protetora	Presença/ausência dos responsáveis no consultório
Alteração do ambiente do consultório odontológico	
Técnicas farmacológicas de manejo comportamental	
Sedação consciente com óxido nitroso	Medicação (ansiolíticos)
Anestesia Geral	

Fonte: A autora, 2021.

9. DISCUSSÃO

Acredita-se que o comportamento da criança diante do atendimento odontológico pode ser influenciado por uma série de fatores e variáveis, e que as crianças que frequentam o dentista desde os primeiros meses de vida estão mais familiarizadas com o ambiente odontológico e tendem a apresentar comportamentos melhores, sem atrapalhar o atendimento (Hass *et al.*, 2016). No entanto, apresentar um comportamento adequado e tranquilo ainda é a grande aposta das técnicas e do conhecimento da Odontopediatria.

Em odontopediatria, o estudo do medo e da ansiedade odontológica infantil ainda é relevante, uma vez que o conhecimento sobre essa temática permanece estável com o passar do tempo, apesar das inovações de técnicas e equipamentos, além de não ser um conteúdo muito abordado durante a graduação (Hass *et al.*, 2016). Mensurar a ansiedade odontológica é um problema presente no dia a dia do cirurgião dentista, pois depende de medidas subjetivas, assim como a influência dos pais, o comportamento dos pacientes e as razões pelas quais levou a visita (Góes *et al.*, 2010). Bem como, a possibilidade de reduzir ou minimizar esta ansiedade é fundamental para a realização do tratamento odontológico e para a motivação do paciente, e, modificar os conceitos negativos causados por experiências anteriores é muito importante (Góes *et al.*, 2010).

O odontopediatra deve saber quais são os aspectos que mais influenciam nessas manifestações e ser capaz de intervir de maneira que possa eliminar ou atenuar o medo e a ansiedade frente a tratamento odontológicos, de modo que obtenha um atendimento efetivo e de qualidade (Hass *et al.*, 2016).

Na literatura é possível encontrar inúmeros testes para mensurar medo e ansiedade infantil, alguns deles são muito semelhantes, como o *Facial Image Scale*, o *Venham Picture Test*, a escala de *emoji* animada e o RMS-PS, que são compostos por sequências de imagens com características emocionais (Góes *et al.*, 2010; Krishnappa *et al.*, 2013; Martins e Dias, 2016; Setty *et al.*, 2019; Oliveira *et al.*, 2020). A diferença entre eles é a forma de aplicação que pode ser através de dispositivos eletrônicos ou de forma impressa, além de que alguns possuem desenhos, outros emojis e outros imagens de pessoas para selecionar a pontuação.

A abordagem do cirurgião-dentista, juntamente com as técnicas de manejo comportamental, pode ter maior influência do que a modificação do ambiente do consultório ou a vestimenta do profissional. Essa abordagem deve ocorrer a partir do conhecimento e da utilização de técnicas adequadas à idade, ao gênero, ao nível socioeconômico, ao estado de

saúde geral e bucal, assim como a fatores familiares, auxiliando no relacionamento dentista-paciente e no atendimento clínico (Hass *et al.*, 2016).

A utilização de técnicas de contenção física só deve ocorrer quando as outras técnicas de controle de comportamento forem ineficazes, além de que devem ser aplicadas com muita cautela; e a abordagem linguística pode ser usada com as crianças colaboradoras e com as não colaboradoras (Sant'anna *et al.*, 2020).

Os recursos psicológicos para o condicionamento da criança visam minimizar o medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico, permitindo que o atendimento seja executado com êxito, para isso, o dentista pode utilizar técnicas não farmacológicas que podem ser divididas em restritivas e não restritivas, cujo emprego se faz necessário para desmitificar o tratamento odontológico e apresenta-lo de maneira positiva, reformulando as imagens e associações com experiência desagradáveis que a criança possui (Lopes *et al.*, 2020).

A escolha pelas técnicas de abordagem do comportamento irá variar de acordo com o método utilizado pelo dentista, podendo sofrer interferência de diversos fatores ponderados durante a anamnese, como: idade, comportamento da criança e aceitabilidade dos pais; a escolha pelas técnicas restritivas e o tipo de conduta adotada quando não há colaboração da criança no decorrer do atendimento, sendo necessário a contenção física da mesma, a utilização desse método envolverá a limitação de movimentos do paciente, diminuindo o risco de possíveis acidentes para todos, possibilitando que o procedimento seja concluído de forma segura e eficaz (Lopes *et al.*, 2020).

As evidências científicas neste assunto, mostram de forma clara, que, quando as etapas de condicionamento psicológico durante o atendimento odontopediátrico são negligenciadas, os problemas comportamentais não são identificados, ocasionando situações de estresse ou desgaste físico e psicológico para o paciente, profissional e responsável pela criança, tornando inviável o tratamento planejado e sendo necessário um maior número de visitas ao consultório (Lopes *et al.*, 2020).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base o que foi buscado na literatura, ao finalizar esta revisão, é possível concluir o medo das crianças quando submetidas a tratamentos odontológicos estão muito relacionados com o que elas ouvem dos pais, bem como do que é considerado desconhecido para elas (instrumentos presentes no ambiente odontológico e instrumentais utilizados durante os procedimentos). É possível identificar o medo e a ansiedade na Odontopediatria com

técnicas específicas e utilização de questionários, embora o mais importante diante destas crianças é o manejo desses comportamentos não colaborativos.

A melhor técnica para aplicar nos pacientes é aquela que melhor se adapta à situação que está sendo vivenciada, desde que não infrinja o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e seus aspectos legais e éticos.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, D. S. P.; MINHOTO, T. B.; CAMPOS, F. A. T.; GOMES, M. C.; GRANVILLE-GARCIA, A. F.; FERREIRA, J. M.. Percepção infantil através de desenhos e caracterização verbal sobre o cirurgião-dentista. *Arq. Odontol. Belo Horizonte*, v. 49, n. 4, p. 18-190, out./dez., 2013.

BARBIERI, C. M.; FROTA, F. D. S.; AGUIAR, S. M. H. C. A.. A cárie dentária e a imagem do dentista sob a ótica infantil. *Revista Odontológica de Araçatuba*, v. 31, n. 1, p. 16-21, jan./jun., 2010.

CARVALHO, R. W. F.; FALCÃO, P. G. C. B.; CAMPOS, G. J. L.; BASTOS, A. S.; PEREIRA, J. C.; PEREIRA, M. A. S.; CARDOSO, M. S. O.. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. *Cien. Saúde Colet.*, v. 17, n. 7, p. 1915-1922, jul., 2012

GÓES, M. P. S.; DOMINGUES, M. C.; COUTO, G. B. L.; BARRIRA, A. K.. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol. Clin.-Cient.*, v. 9, n. 1, p. 39-44, jan./mar., 2010.

HASS, M. G. M.; OLIVEIRA, L. J. C.; AZEVEDO, M. S.. Influência da vestimenta do cirurgião-dentista e do ambiente do consultório odontológico na ansiedade de crianças pré-escolares durante consulta odontológica: resultados de um estudo piloto. *Rev. Facul. Odontol. Passo Fundo*, v. 21, n. 2, p. 201-207, maio/ago., 2016.

KRISHNAPPA, S.; SRINATH, S.; VISHWANATH, S. K.; BHARDWAJ, P.; SINGH, R.. Evaluation of Facial Image Scale and Venham Picture Test Used to Assess Dental Anxiety in Children. *J. Indian Associat. Public Health Dentistry*, v. 11, n. 3, p. 31-35, abril, 2013.

LOPES, C. J. O.; SILVA, A. F.; MOURA, A. P. G.; SANTOS, K. M. J.; SILVA, T. F.; SANTOS, L. B.; SILVA, G. G.; PINHEIRO, J. C.; FIGUEIREDO, F. M. P.. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas em odontopediatria. *In: Odontologia: Tópicos em Atuação Avançada*. 1ª Edição. São Paulo: Editora Científica, 2020. P. 162-171.

MARTINS, N.; DIAS, M. R.. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria. *Rev. Port. Estomatol. Med. Dent. Cir. Maxilofac.*, v. 57, n. 3, p. 164-170, 2016.

MULLER, T. M.; ALESSANDRETTI, R.; BACCHI, A.; TRETTO, P. H. W.. Eficácia e segurança da sedação consciente com óxido nitroso no tratamento pediátrico odontológico: uma revisão de estudos clínicos. *Journal of Oral Investigations*, v. 7, n. 1, p. 88-111, jan./jun., 2018.

NASCIMENTO, C. L.; BATISTA, C. G.; ROLIM, G. S.; ROCHA, R. S. S.; MORAES, A. B. A.. Adaptação de um Questionário de Autoconfiança Relacionado a Situações-problema em Odontopediatria. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 27, n. 4, p. 507-510, out./dez. 2011.

OLIVEIRA, M. F., STEIN, C. E.; SCHRÖR, F. C. L.; KESKE, W. R.. Evaluation of Child Anxiety Prior to Dental Care by Means of Modified Venham Picture Test, RMS Pictorial Scale and Facial Image Scale Tests. *Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.*, v. 20, n. 1, p. 1-8, 2020.

PINTO, L. M.; SERPA, S.; CUSTÓDIO, N. B.. O uso de desenhos como técnica projetiva em odontopediatria. *Rev. Facul. Odontol. POA.*, v. 61, n. 2, p. 104-112, jul./dez., 2020.

PRADO, I. M.; CARCAVALLI, L. ABREU, L. G.; SERRA-NEGRA, J. M.; PAIVA, S. M.; MARTINS, C. C.. Use of distraction techniques for de management of anxiety and fear in

paediatric dental practice: A systematic review of randomized controlled trials. *Int. J. Paediatr. Dent.*, v. 29, n. 1, p. 650-668, 2019.

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

SETTY, J. V.; SRINIVASAN, I.; RADHAKRISHNA, S.; MELWANI, A. M.; KRISHNA, M.. Use of an animated emoji scale as a novel tool for anxiety assessment in children. *J. Dent. Anesth. Pain Med.*, v. 19, n. 4, p. 227-233, 2019.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A.; AMBROSANO, G. M. B.. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq. Odont. Bras.*, v. 14, n. 2, p. 131-136, abr./jun., 2000.

12. AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO ALUNO

O trabalho foi muito bem desenvolvido pela aluna, que mostrou protagonista e apropriação do assunto escolhido.

NOTA:

Nota quantitativa é nove (9,5).



Orientador

13. ANEXOS

Anexo 1: Modelo do questionário aplicado às crianças (FONTE: Barbieri *et al.*, 2010.)

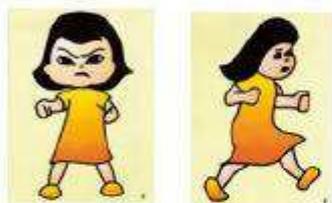
NOME.....	DATA NASC.....
ESCOLA.....	SÉRIE.....
QUESTIONÁRIO	
1- Você já foi ao dentista? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
2- Por quê? <input type="checkbox"/> examinar como estavam os dentes <input type="checkbox"/> estava com dor de dente	
3- O que você achou da cadeira e dos instrumentos que têm no consultório do dentista? <input type="checkbox"/> são muito importantes pois vão ajudar a cuidar dos meus dentes <input type="checkbox"/> fica com medo	
4- Você gostou de ir ao dentista? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
5- Por quê? <input type="checkbox"/> o dentista é uma pessoa legal que deixa meus dentes com saúde <input type="checkbox"/> o dentista é a pessoa que pode cuidar dos meus dentes, quando eles têm cárie. <input type="checkbox"/> o dentista pode proteger meus dentes contra a cárie <input type="checkbox"/> o dentista é mau, pois sinto dor quando vou tratar os dentes	
6- Você escova seus dentes? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
7- Se respondeu sim, quantas vezes por dia? <input type="checkbox"/> uma <input type="checkbox"/> duas <input type="checkbox"/> três <input type="checkbox"/> quatro	
8- O que acontece se você não escovar os dentes todos os dias? <input type="checkbox"/> vou ter cárie <input type="checkbox"/> vou ter dor de garganta <input type="checkbox"/> minha língua vai doer <input type="checkbox"/> vou ter dor no dente	
9- O que é cárie? <input type="checkbox"/> não sei <input type="checkbox"/> é uma doença que afeta os dentes <input type="checkbox"/> é uma coceira nas pernas <input type="checkbox"/> é um machucado na bochecha	
10- Quem causa a cárie no dente? <input type="checkbox"/> é o bicho feio que vem e come o dente <input type="checkbox"/> é a sujeira que fica no dente, <input type="checkbox"/> não sei	
11- Você já teve dor de dente? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
12- O que fez? <input type="checkbox"/> tomou um remédio <input type="checkbox"/> foi à farmácia <input type="checkbox"/> procurou um dentista	
13- Quando seus pais costumam levá-lo ao dentista? <input type="checkbox"/> duas vezes ao ano <input type="checkbox"/> quando dói o dente <input type="checkbox"/> não me levam	

Anexo 2: Perguntas multi-itens da escala de ansiedade odontológica de Corah (FONTE: Carvalho *et al.*, 2012).

<p>Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tudo bem, não me importaria.2. Ficaria ligeiramente preocupado.3. Sentiria um maior desconforto4. Estaria com medo do que poderá acontecer.5. Ficaria muito apreensivo, não iria nem dormir direito.
<p>Quando se encontra na sala de espera do ambulatório, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tranquilo, relaxado.2. Um pouco desconfortável.3. Tenso.4. Ansioso ou com medo.5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.
<p>Quando você se encontra na cadeira do dentista aguardando que ele inicie os procedimentos de anestesia local, como se sente?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tranquilo, relaxado.2. Um pouco desconfortável.3. Tenso.4. Ansioso ou com medo.5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal
<p>Você está na cadeira do dentista, já anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento, como se sente?</p> <ol style="list-style-type: none">1. Tranquilo, relaxado.2. Um pouco desconfortável.3. Tenso.4. Ansioso ou com medo.5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Anexo 3: Venham Picture Test (FONTE: Góes *et al.*, 2010).

1- Para as meninas



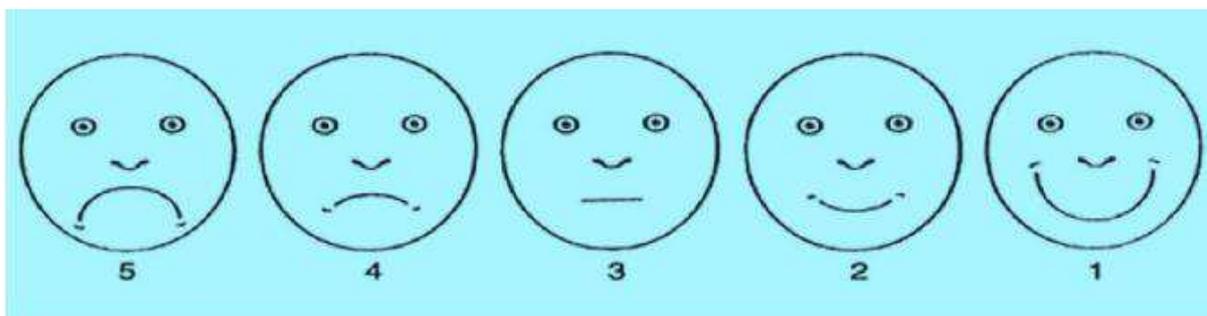
2- Para os meninos



Anexo 4: RMS Pictorial Scale para meninos e meninas (FONTE: Oliveira *et al.*, 2020).



Anexo 5: Facial Image Scale (FONTE: Oliveira *et al.*, 2020).



Anexo 6: Questionário de avaliação de habilidades para lidar com crianças no atendimento odontológico (FONTE: Nascimento *et al.*, 2011).

<i>Avaliação de habilidades para lidar com crianças no atendimento odontológico</i>
<p>Para cada questão responda:</p> <p>Meu nível de autoconfiança para esta situação é de <u>1 2 3 4 5 6 7</u>.</p> <p>1 – Considero que minhas habilidades são inadequadas. Não acho que seria capaz de lidar com esse tipo de comportamento desse paciente;</p> <p>4 - Considero que minhas habilidades nem sempre são adequadas. Acho que sou capaz de lidar com esse comportamento na metade das vezes em que ocorre;</p> <p>7 - Considero que minhas habilidades são adequadas. Sou capaz de lidar esse tipo de comportamento sempre que ele ocorra.</p> <p>Após cada questão, descreva como você lidaria com as situações apresentadas. _____</p> <ol style="list-style-type: none">1. Marcos de 4 anos entra no consultório com você, mas rejeita seu convite para sentar-se na cadeira, silenciosamente balança sua cabeça de um lado para o outro.2. Glória, 6 anos, segura sua mão repetidamente na tentativa de forçá-lo a parar de “contar seus dentes” com seu espelho e sonda.3. Bruno, 8 anos, chora alto quando você está prestes a preparar o seu dente com o motor de alta rotação.4. Alex, 4 anos, tapa a boca com a mão na cadeira quando percebe que você está prestes a iniciar a restauração.5. Amanda, 6 anos, dá tapas e chutes quando percebe que você está prestes a dar-lhe uma injeção.6. Júlia, 4 anos, tapa a boca com as mãos quando ela percebe que você está prestes a aplicar-lhe a anestesia tópica.7. Mariana, 8 anos, começa a esforçar-se para vomitar quando você está realizando moldagem.8. Gabriela, 6 anos, move sua cabeça enquanto você tenta colocar o isolamento absoluto.9. Jorge, 8 anos, tenta sair da cadeira enquanto você tira radiografias.10. Frederico, 6 anos, agarra sua mão repetidamente na tentativa de forçá-lo a parar de polir uma restauração de amálgama.

Anexo 7



Figura 4 - alteração do ambiente odontológico (FONTE: Hass *et al.*, 2016).

Manejo comportamental em Odontopediatria – uma revisão de literatura

Behaviour management in Pediatric Dentistry – a literature review

Nátalli Mangoni, Acadêmica, Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Juliane Bervian, Professora Doutora, Faculdade de Odontologia, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Endereço para correspondência: Nátalli Mangoni, Via Siena, 1216, Bairro Santin, 99250-000, Serafina Corrêa, RS, Brasil. E-mail: naatimangoni@gmail.com

Resumo

Introdução: O medo e a ansiedade podem ser considerados dois inimigos dos cirurgiões-dentistas, principalmente dos Odontopediatras, pois interferem no comportamento dos pacientes e muitas vezes impedem a realização dos tratamentos. Objetivos: O presente trabalho teve por objetivo buscar, através da literatura, conhecer as técnicas de manejo comportamental que possam minimizar o medo e a ansiedade durante o atendimento odontológico em pacientes infantis. Métodos: Foram feitas buscas literárias sobre este assunto, nas bases de dados Pubmed, Scielo, Google Acadêmico. Revisão de literatura: A literatura pesquisada registra formas de controle comportamental, bem como meios para a utilização de testes que identificam o medo, a ansiedade e até mesmo a situação profissional. Considerações finais: Conclui-se que a melhor técnica a ser utilizada é aquela que melhor se adapta a situação que está sendo vivenciada no consultório odontológico, tanto pelo dentista quanto pelo paciente, desde que não infrinja o Estatuto da Criança e do Adolescente e seus aspectos legais e éticos.

Palavras-chave: medo, ansiedade, Odontopediatria.

Abstract and Keywords

Introduction: The fear and the anxiety can be considered two enemies of the dentists, especially Pediatric Dentistry, because interfere in behaviour of pacientes and many times prevent treatment from being carried out. Objectives: The present study had by objective search, through the literature, know behavioral management techniques that can minimize fear and anxiety during the dental treatment child patients. Methods: Literary searches were made about this topic in the databases Pubmed, Scielo, Google Scholar. Literature review: The researched literature records forms of behavioral control, as well as means for using tests that identify fear, anxiety and even the professional situation. Final considerations: It is concluded that the best technique to be used is the one that best adapts to the situation being experienced in the dental office, both by the dentist and by the patient, as long as doesn't infringe the Child and Adolescent Statute and its legal and ethical aspects.

Keywords: *fear, anxiety, Pediatric Dentistry.*

Introdução

A Odontopediatria é a especialidade voltada ao atendimento odontológico de crianças e adolescentes. Assim como em qualquer outra especialidade, na odontopediatria é importante que o dentista assegure aos pacientes um ambiente que não provoque estresse e ansiedade, visto que experiências prévias ruins podem ser responsáveis por desencadear comportamentos indesejados nas crianças¹. O medo e a ansiedade são um motivo muito comum no cancelamento de consultas odontológicas, e autores como Carvalho *et al.*² (2012), citam que o medo pode surgir nos pacientes de diversas formas, através das próprias experiências, através de expectativas ou experiências de pessoas próximas como pela associação de medo entre pais e filhos².

Para alguns autores, o medo e a ansiedade estão muito relacionados, o medo faz parte do desenvolvimento infantil, de modo geral, é transitório, mas pode persistir por longos períodos. Já a ansiedade, é entendida como uma resposta a situações em que a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida ou não está objetivamente presente³. É extremamente importante que, as consultas odontológicas sejam realizadas de maneira positiva, pois a primeira experiência pode ter efeitos na vida adulta⁴. A Odontopediatria é uma especialidade que exige conhecimento de medidas para prevenção e de habilidades para a realização dos tratamentos nas crianças e nos adolescentes; além disso, é importante identificar situações que possam desencadear estresse para o paciente durante o atendimento, e maneje os comportamentos que possam apresentar¹.

A situação do tratamento odontológico é considerada, por alguns autores, como potencialmente estressante, e isso conduz ao aumento da sensação de medo do tratamento odontológico e pode se apresentar sob a forma de resistência ou não colaboração⁵. O sentimento de medo, relacionado aos procedimentos odontológicos exerce influência nos processos mentais e podem desencadear reações físicas mensuráveis³. Com o aumento da idade da criança, existe uma tendência a diminuição dos níveis de ansiedade, pois ocorre um aumento do nível de maturidade emocional e em consequência disso a diminuição da ansiedade⁶. As situações em que as crianças não colaboram durante o atendimento acabam dificultando ou impedindo o tratamento; tais atitudes da criança afetam o desempenho profissional e, a qualidade do atendimento, tornando necessário estratégias para obter a colaboração da criança. O conhecimento sobre como os alunos e profissionais lidam, percebem e aprendem estratégias de manejo, é uma área importante para a evolução do ensino da Odontologia⁷. A literatura mostra vários métodos de identificação de ansiedade dental, incluindo métodos indiretos (aferação fisiológica da frequência de pulso, pressão arterial e tensão muscular), ou

técnicas projetivas (teste de imagem para avaliar o medo dental das crianças)⁸. As técnicas de projeção apresentam-se como uma ferramenta capaz de acessar aspectos inconscientes, visando obter informações de maneira mais discreta e sutil quando comparadas a indagação direta¹. Métodos projetivos têm descoberto o oculto, o que não poderia se manifestar através de nenhuma tentativa de verbalização por crianças de pouca idade, por causa de sua dificuldade de verbalização⁹.

É possível observar baseado na literatura, que existe um número maior de crianças que tem impressão positiva do consultório odontológico quando o dentista é legal, explicativo e faz entender os procedimentos odontológicos, independentemente de ser preventivo ou curativo, e esse fato sugere a necessidade do diálogo e do afeto do dentista para com seus paciente infantis, além de que possíveis falhas na comunicação tanto verbal quanto não verbal ou até mesmo a distração podem gerar intranquilidade e medo na criança, dificultando o atendimento⁹. Um estudo feito por Singh *et al.*¹⁰ (2000), avaliou o comportamento de crianças no consultório odontológico baseado no controle da criança sob a situação, nesse estudo os autores ofereceram dispositivos sinalizadores para que os pacientes pudessem exercer o controle da situação; as crianças eram orientadas a apertar um botão na cadeira odontológica que acionava um dispositivo sinalizador. Os autores ainda sugerem que essa técnica, quando usada em tratamentos invasivos e em crianças que tem percepção de adversidade, podendo levar as mesmas a utilizar o dispositivo sinalizador como forma de fuga, e para isso deve ser aplicada de forma cautelosa¹⁰.

A abordagem profissional também pode interferir no comportamento das crianças, sendo que o manejo comportamental é parte fundamental na pratica odontopediátrica, e que deve basear-se em princípios científicos e requer do profissional algumas habilidades. Outro fator que pode influenciar de maneira positiva o

comportamento da criança e de seus responsáveis é o ambiente do consultório odontológico e a organização de sua estrutura física; da mesma forma, a vestimenta do profissional pode causar uma primeira impressão positiva nas crianças se ocorrer uma modificação do branco convencional para o colorido, visto que roupas coloridas permitem transmitir um sentimento amigável para as crianças ansiosas e tendem a facilitar a primeira comunicação¹¹. O manejo comportamental em odontopediatria envolve 3 âmbitos distintos, sendo eles: linguístico, físico e farmacológico; a aplicação de um ou mais desses recursos para adequar o comportamento retrata a concepção da dinâmica entre a odontopediatria e a Psicologia durante o atendimento clínico; o dentista pode utilizar técnicas farmacológicas e não farmacológica, que podem ser divididas em restritivas e não restritivas¹². O odontopediatra pode contribuir para a redução e para o controle do medo e da ansiedade através das técnicas de manejo do comportamento baseadas na psicologia comportamental, desde que as mesmas não sejam empregadas de modo aleatório e que sigam os princípios éticos e legais que envolvem seu uso⁴. Segundo o Código de Ética Odontológica, é necessário, na utilização de técnicas restritivas, que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido seja assinado; sendo considerado como infração ética o profissional que não esclarecer de maneira adequada e clara os propósitos, riscos, efeitos, custos e alternativas de tratamento¹². Desta forma, salienta-se que o manejo de comportamento sempre é o foco prioritário para o atendimento infantil, e diante disso, qualquer e toda a técnica utilizada para este fim deve ser estudada, analisada e aplicada individualizando à situação.

Materiais e Métodos

Este trabalho é uma revisão de literatura sobre artigos científicos buscados em sites da internet, tais como, *PubMed*, Periódicos Capes, *Scielo periodicos*,

Google Acadêmico, entre outros. As palavras-chave utilizadas foram medo (*dental fear*), ansiedade (*dental anxiety*), Odontopediatria (*Pediatric Dentistry*). Os artigos selecionados compreendem o período de 2010 à 2021, sendo que alguns publicados anterior à esse período, mas com relevância científica também foram selecionados.

Revisão de literatura

Técnicas de identificação de medo e ansiedade em Odontopediatria

O desenho como técnica projetiva aplicada em crianças

A análise do desenho é um instrumento capaz de avaliar fatores que possam vir a intervir no tratamento odontológico e mensurar níveis de estresse e ansiedade em conjunto com a verbalização da criança permite identificar informações importantes sobre o contexto em que a criança vive e como interfere em suas emoções. Pode-se disponibilizar folhas de papel e lápis, e solicitar que desenhem o que o dentista representa para eles, quais os instrumentos do consultório que mais chamam a atenção e como eles se sentem ao ir à uma consulta odontológica¹. Andrade *et al.*⁹ (2013) sugerem ainda que se deve fazer o seguinte pedido a criança: “desenhe como é o seu dentista”, e diante de qualquer pergunta que a criança possa fazer sobre instruções específicas, deve-se responder: “faça como você quiser”⁹.

Questionário de percepção infantil

Barbieri *et al.*⁵ (2010) realizaram um estudo que consistiu na aplicação de um questionário com 13 questões de múltipla escolha, com apenas uma alternativa correta, e de um teste de desenho projetivo.

Escala de Emoji Animada

Foi criada baseada nos interesses da geração atual em relação a multimídia, e suas preferências por figuras de emoções projetadas em dispositivos eletrônicos ao invés de desenhos animados impressos em papel. A escala de Emoji animada tem 5 formatos de gráficos de emojis animados que mostram sentimentos diferentes, variando de muito feliz/rindo a muito infeliz/triste e chorando. A criança é orientada a escolher umas das animações de Emoji no dispositivo eletrônico que melhor representa seus sentimentos naquele momento. A escala é pontuada de 1 (Emoji muito feliz) a 5 (Emoji muito triste)⁸.

Escala de Corah

É uma escala com 4 itens; cada item representa uma situação relacionada com a consulta odontológica, assim, é solicitado ao paciente que assinale a resposta que mais se assemelhe ao seu comportamento em cada situação; para cada item as escolhas podem ser de 1 (calmo) a 5 (apavorado); sendo que a pontuação pode variar de 4, para pacientes não ansiosos, até 20, para pacientes muito ansiosos; a versão original da escala de Corah foi traduzida e adaptada para o português e para ser aplicada na Brasil¹¹. A versão em português da escala de Corah, conta com 4 sessões de perguntas com 5 itens de resposta em cada uma delas, esses itens são numerados de 1 a 5 e o paciente escolhe a resposta com a qual se identifica, o número da resposta é utilizado na soma final para identificar a ansiedade do mesmo, e pacientes cuja soma das respostas é inferior a 5 pontos, são considerados muito pouco ansiosos; somas entre 6 a 10 pontos, levemente ansiosos; entre 11 a 15 pontos, moderadamente ansiosos; e acima de 15 pontos, são extremamente ansiosos².

Venham Picture Test modificado (VPT)

É um teste de autoanálise a partir de desenhos de figuras humanas utilizado para avaliar as reações emocionais de crianças. Sua versão original apresenta 42 figuras de desenhos humanos, mas, com o passar dos anos foram sendo realizadas modificações nas cartelas em número, forma, cor, codificação e acréscimo do gênero feminino; e, diante delas as crianças são estimuladas a escolher as figuras que mais representam suas emoções³. O VPT modificado é composto por 4 personagens, sendo 2 meninos e 2 meninas, de etnia negra e branca; cada conjunto de figuras conta com várias reações emocionais onde a criança deverá escolher, aquela que melhor representa as suas emoções. Para a figura que representa um sentimento negativo é atribuído 1 ponto, e para a figura que representa um sentimento positivo não é atribuída nenhuma pontuação. A aplicação do VPT se dá da seguinte forma: o teste é apresentado à criança, com as figuras adaptadas à sua etnia e seu gênero, e é pedido que escolham em cada par a figura mais próxima das emoções que ela estava sentindo no momento do atendimento odontológico⁶.

RMS Pictorial Scale (RMS-PS)

É composta por 5 fotografias de faces de meninos e meninas que mostram características emocionais que vão desde muito feliz até muito triste. Cada fotografia possui uma pontuação sendo que a primeira imagem possui valor 1 e a última, valor 5¹³.

Dental Anxiety Scale Modified (MDAS)

O MDAS é um questionário de autoanálise, onde o paciente é convidado a avaliar seu nível de ansiedade de acordo com 5 situações no ambiente odontológico. Para cada uma das situações são propostas 5 opções de respostas, que vão de nada ansioso, à qual é atribuído 1 ponto, até extremamente ansioso, à qual são atribuídos 5

pontos; no final do questionário, somando as pontuações das 5 questões, é obtido um valor entre 5 e 25, e, considera-se que valores superiores a 20 subentendem níveis fóbicos de ansiedade⁶.

Facial Image Scale (FIS)

É uma medida para mensurar a ansiedade dental e conta com uma sequência de 5 faces variando de muito feliz até muito infeliz (pontuação varia de 1 a 5, sendo que 5 indica alto nível de ansiedade. A criança é orientada a indicar qual face mais se assemelha ao que ela está sentindo no momento¹⁴.

Questionário de autoconfiança relacionado a situações-problema em Odontopediatria

Considerando a frequência das situações de não colaboração e a necessidade do profissional lidar com elas, faz-se necessária uma análise da avaliação, que é feita pelos próprios alunos de Odontologia, em relação à sua percepção de habilidades para lidar com as questões relacionadas à colaboração das crianças durante o atendimento. Peter Milgrom, pesquisador norte-americano, propôs uma forma de realizar essa avaliação; ele elaborou um questionário com 20 perguntas, descrevendo situações problema no atendimento odontopediátrico de crianças não colaboradoras, a ser respondido por odontólogos ou por estudantes de Odontologia. O questionário de Milgrom teve sua versão adaptada para ser aplicada no Brasil, e essa nova versão apresenta as seguintes características: (1) utilização de escala Likert de 1 a 7 pontos (e não 10, como na versão original); (2) fixação do número de questões em 10; (3) texto de cada questão reelaborado para atender a requisitos básicos do dia a dia de estudantes e dentistas brasileiros⁷.

Técnicas de manejo comportamental

Técnica da Comunicação

É através da comunicação que ocorrerá a abordagem da criança, podendo ser verbal, não verbal ou ainda a junção de ambas. A comunicação verbal é aplicada de modo a expressar verbalmente os procedimentos, dizendo ao mesmo o que será realizado em seu tratamento; enquanto a comunicação não verbal evidencia e guia o comportamento através do contato, da postura e da expressão facial¹².

Técnica da Distração

É utilizada para distrair a atenção dos pacientes daquilo que pode ser percebido como um procedimento desagradável, ela diminui a percepção de desconforto e evita o comportamento negativo ou de recusa. Essa técnica é indicada para qualquer paciente sem contraindicações. A distração inclui: distração verbal, desenhos animados, audiovisual, truques de mágica, diálogo, músicas, histórias e brinquedos que a criança possa tocar, apertar e segurar; tendo por objetivo desviar a atenção da criança do procedimento que estará sendo realizado no momento⁴. Na distração podem ser utilizadas ferramentas como: óculos 3D, livros, histórias infantis, brinquedos, camuflagem das seringas tanto de anestesia e materiais usados nos tratamentos quanto das seringas tríplices, terapia do biofeedback, entre outras¹⁵.

Técnica Dizer-Mostrar-Fazer / *Tell-Show-Do*

Essa técnica envolve explicações verbais dos procedimentos com frases adequadas para o nível de desenvolvimento dos pacientes, e é utilizada junto com a comunicação de habilidades (verbais e não verbais) e também com o reforço positivo.

Pode ser aplicada em qualquer paciente e não tem nenhuma contraindicação. Primeiro, são dadas as explicações verbais sobre o procedimento – dizer, depois são mostrados aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis – mostrar, e por fim, é iniciada a execução do procedimento – fazer⁴.

Técnica do Controle de Voz

Essa técnica é controlada pelo volume, tom e ritmo da voz, sendo importante explicar aos pais o uso dela antes de sua aplicação para que não haja mal-entendido; a técnica pode ser utilizada com todos os pacientes, sendo contraindicada para pacientes que possuam deficiência auditiva⁴. Para Lopes *et al.*¹² (2020) tem por finalidade influenciar diretamente o comportamento da criança, tornando como principal base a comunicação para criação de uma relação amigável; porém, para obter um resultado eficaz é necessário que a comunicação parta de uma única fonte, pois, se a criança ouvir várias pessoas falando o resultado pode ser indesejado, visto que a mesma pode se tornar confusa¹².

Técnica do Reforço Positivo

Essa técnica é eficaz para recompensar e fortalecer comportamentos desejados; pode ser utilizada com qualquer paciente e não possui nenhuma contraindicação. Tem por objetivo fazer com que as crianças, ao serem motivadas, repitam o comportamento positivo nas próximas consultas. O reforço positivo pode ser classificado em social, quando são empregadas demonstrações de elogios e afetos, ou não social, quando são oferecidos prêmios e brinquedos⁴.

Técnica da Modelagem

É a técnica em que coloca o paciente em contato com um ou mais indivíduos que demonstrem comportamento adequado; o paciente modelo pode estar presente (ao vivo) ou pode ter sido filmado (simbólico)⁴. Nessa técnica ocorrerá a observação de outro indivíduo já condicionado e com comportamento adequado frente ao tratamento odontológico, o qual servirá como modelo para a criança que será submetida pela primeira vez ao contato com o dentista ou que já tenha vivenciado alguma experiência desagradável; normalmente a técnica é utilizada com irmãos ou com membros da família sendo mais eficaz em crianças de 3 a 5 anos¹².

Técnica da Dessensibilização

Nessa técnica, a estratégia usada para que se obtenha êxito na boa relação com a criança, é iniciar o tratamento com o procedimento menos invasivo, o qual possua menor potencial de gerar medo e ansiedade; o profissional irá desfrutar de tempo para estabelecer uma maior interação social e de certa maneira registrar as manifestações de comportamento durante a realização dos procedimentos¹².

Técnica da Mão Sobre a Boca / *Hand Over Mouth*

Esta técnica é recomendada para interromper um comportamento indesejado e histérico da criança que não é possível controlar com outras técnicas. O dentista coloca a mão sobre a boca da criança e explica, de forma clara e calma; é necessário que haja uma via aérea liberada para que a criança possa respirar; quando a criança demonstra que reassumiu seu autocontrole, o dentista retira a mão e faz um reforço positivo; e, para que a tensão seja aliviada juntamente com a ansiedade, o dentista tem que usar logo após a técnica da mão sobre a boca uma abordagem linguística. A contraindicação dessa técnica é em crianças menores de 3 anos ou que tenham algum tipo de deficiência

mental que impossibilite sua comunicação com o profissional, assim como também não deve ser aplicada em crianças que estiverem sob efeito de medicamentos, adolescentes, crianças com problemas de obstrução temporária ou permanente das vias aéreas⁴. Geralmente essa técnica é o último recurso a ser utilizado. Suas contraindicações são também para crianças incapacitadas, imaturas e sob uso de medicamentos cuja compreensão aos comandos do profissional se encontre incapacitada. Apesar de ser aceita pela Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), essa técnica é muito controversa devido ao seu potencial traumático, devendo ser utilizada apenas com o consentimento dos pais¹².

Técnica da Estabilização Protetora

Envolve a restrição física da criança por outra pessoa, podendo essa ser o auxiliar do dentista ou até mesmo o responsável pela criança; é indicada quando o paciente necessita de um diagnóstico imediato ou urgente, de um tratamento limitado e não pode cooperar devido ao estado emocional, e para paciente com necessidades especiais; é utilizada também para evitar possíveis traumas físicos e psicológicos em pacientes que estão sob estresse emocional grave ou histeria, nesse caso deve ser utilizado um protetor de estabilização (aparato protetor ou almofada). Um termo de consentimento livre e esclarecido deve ser assinado pelo responsável e a tomada de decisão para este tipo de procedimento deve ser feita junto com a família⁴. A estabilização protetora pode ser classificada em passiva ou ativa; sendo passiva quando realizada com o auxílio de aparatos; e ativa quando realizada pelos responsáveis e/ou profissionais, através da contenção de braços e pernas da criança¹².

Presença/ausência dos responsáveis no consultório

A presença dos responsáveis no consultório odontológico durante o tratamento tem como objetivo ganhar e melhorar a colaboração dos pacientes, evitar a recusa, permitir uma comunicação eficaz entre profissional e criança e diminuir a ansiedade da criança; aqueles adultos que não tem capacidade de apoiar as crianças são contraindicados para estar presentes no consultório, pois, ao invés de colaborar acabam por atrapalhar ainda mais o dentista⁴.

Alteração do ambiente do consultório odontológico

A modificação do espaço do consultório odontológico para um ambiente lúdico pode contribuir para que as crianças e seus pais/responsáveis sintam-se mais tranquilos, seguros e acolhidos, gerando, dessa forma, a vontade de querer estar presente naquele ambiente. Porém, o equilíbrio ao decorar o local deve estar presente, devendo também estar organizado, limpo, tranquilo e sem exageros, bem como distribuir brinquedos no ambiente, visto que um ambiente fantasiado em excesso pode levar a irritação do paciente, além de deixa-lo inquieto e com sinais óbvios de estresse devido a presença de muito estímulo¹¹.

Sedação consciente com óxido nitroso

O óxido nitroso tem como característica ser um gás com leve odor adocicado. Atualmente, a resolução CFO-51/2004 regulamenta a utilização do oxido nitroso e determina que, para a aplicação da sedação, o cirurgião dentista deve realizar um curso de habilitação com carga horaria mínima de 96 horas e registrar-se nos conselhos federais e regionais de Odontologia. A sedação com óxido nitroso/oxigênio vem sendo enfatizada para o controle da ansiedade, e deve ser combinada com o condicionamento do paciente. E para que não ocorra incidentes durante sua aplicação, o paciente

necessita ser avaliado clinicamente e o profissional que irá aplicar deve estar treinado e habilitado¹⁶.

Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo comportamental em odontopediatria

É importante ressaltar que, no Brasil, toda criança tem direito, assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no seu Art. 18, a ser educada sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, pelos integrantes da família, responsáveis, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa que esteja encarregada de cuidar deles. É considerado castigo físico o uso da força física sobre a criança ou o adolescente aquilo que resulta em sofrimento físico ou agressão; sendo assim, qualquer abordagem ou técnica odontológica que preconize a contenção física deve ser empregada com muito cuidado por parte do cirurgião-dentista. A contenção física nos procedimentos de saúde quando contraindicadas podem ser consideradas violência, condenada pelos direitos humanos e pela justiça; além de que o Código de Ética Odontológico, em seu Art. 11, afirma que é infração ética não explicar adequadamente riscos, custos, alternativas de tratamento além de iniciar os tratamentos em pacientes menores de idade sem autorização prévia dos responsáveis legais⁴.

Discussão

Acredita-se que o comportamento da criança diante do atendimento odontológico pode ser influenciado por uma série de fatores e variáveis, e que as crianças que frequentam o dentista desde os primeiros meses de vida estão mais familiarizadas com o ambiente odontológico e tendem a apresentar comportamentos melhores, sem atrapalhar o atendimento¹¹. No entanto, apresentar um comportamento

adequado e tranquilo ainda é a grande aposta das técnicas e do conhecimento da Odontopediatria.

Em odontopediatria, o estudo do medo e da ansiedade odontológica infantil ainda é relevante, uma vez que o conhecimento sobre essa temática permanece estável com o passar do tempo, apesar das inovações de técnicas e equipamentos, além de não ser um conteúdo muito abordado durante a graduação¹¹. Mensurar a ansiedade odontológica é um problema presente no dia a dia do cirurgião dentista, pois depende de medidas subjetivas, assim como a influência dos pais, o comportamento dos pacientes e as razões pelas quais levou a visita³. Bem como, a possibilidade de reduzir ou minimizar esta ansiedade é fundamental para a realização do tratamento odontológico e para a motivação do paciente, e, modificar os conceitos negativos causados por experiências anteriores é muito importante³. O odontopediatra deve saber quais são os aspectos que mais influenciam nessas manifestações e ser capaz de intervir de maneira que possa eliminar ou atenuar o medo e a ansiedade frente a tratamento odontológicos, de modo que obtenha um atendimento efetivo e de qualidade¹¹. Na literatura é possível encontrar inúmeros testes para mensurar medo e ansiedade infantil, alguns deles são muito semelhantes, como o Facial Image Scale, o Venham Picture Test, a escala de emoji animada e o RMS-PS, que são compostos por sequências de imagens com características emocionais^{3, 14, 6, 8, 13}. A diferença entre eles é a forma de aplicação que pode ser através de dispositivos eletrônicos ou de forma impressa, além de que alguns possuem desenhos, outros emojis e outros imagens de pessoas para selecionar a pontuação.

A abordagem do cirurgião-dentista, juntamente com as técnicas de manejo comportamental, pode ter maior influência do que a modificação do ambiente do consultório ou a vestimenta do profissional. Essa abordagem deve ocorrer a partir do

conhecimento e da utilização de técnicas adequadas à idade, ao gênero, ao nível socioeconômico, ao estado de saúde geral e bucal, assim como a fatores familiares, auxiliando no relacionamento dentista-paciente e no atendimento clínico¹¹. A utilização de técnicas de contenção física só deve ocorrer quando as outras técnicas de controle de comportamento forem ineficazes, além de que devem ser aplicadas com muita cautela; e a abordagem linguística pode ser usada com as crianças colaboradoras e com as não colaboradoras⁴. Os recursos psicológicos para o condicionamento da criança visam minimizar o medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico, permitindo que o atendimento seja executado com êxito, para isso, o dentista pode utilizar técnicas não farmacológicas que podem ser divididas em restritivas e não restritivas, cujo emprego se faz necessário para desmitificar o tratamento odontológico e apresentá-lo de maneira positiva, reformulando as imagens e associações com experiência desagradáveis que a criança possui¹². A escolha pelas técnicas de abordagem do comportamento irá variar de acordo com o método utilizado pelo dentista, podendo sofrer interferência de diversos fatores ponderados durante a anamnese, como: idade, comportamento da criança e aceitabilidade dos pais; a escolha pelas técnicas restritivas e o tipo de conduta adotada quando não há colaboração da criança no decorrer do atendimento, sendo necessário a contenção física da mesma, a utilização desse método envolverá a limitação de movimentos do paciente, diminuindo o risco de possíveis acidentes para todos, possibilitando que o procedimento seja concluído de forma segura e eficaz¹². As evidências científicas neste assunto, mostram de forma clara, que, quando as etapas de condicionamento psicológico durante o atendimento odontopediátrico são negligenciadas, os problemas comportamentais não são identificados, ocasionando situações de estresse ou desgaste físico e psicológico para o paciente, profissional e

responsável pela criança, tornando inviável o tratamento planejado e sendo necessário um maior número de visitas ao consultório¹².

Considerações Finais

Tendo como base o que foi buscado na literatura, é possível concluir que o medo das crianças quando submetidas a tratamentos odontológicos está muito relacionado com o que elas ouvem dos pais, e com o que é considerado desconhecido para elas. É possível identificar o medo e a ansiedade na Odontopediatria com técnicas específicas e utilização de questionários, embora o mais importante diante destas crianças é o manejo desses comportamentos não colaborativos. A melhor técnica para aplicar nos pacientes é aquela que melhor se adapta à situação que está sendo vivenciada, desde que não infrinja o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e seus aspectos legais e éticos.

Referências

1. PINTO LM, SERPA S, CUSTÓDIO NB. O uso de desenhos como técnica projetiva em odontopediatria. Rev Facul Odontol POA 2020; 61(2):104-112.
2. CARVALHO RWF, FALCÃO PGCB, CAMPOS GJL, BASTOS AS, PEREIRA JC, PEREIRA MAS, *et al.*. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e atores predictores em brasileiros. Cien Saúde Colet 2012; 17(7):1915-1922.
3. GÓES MPS, DOMINGUES MC, COUTO GBL, BARRIRA AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. Odontol Clin-Cient 2010; 9(1):39-44.
4. SANT'ANNA RMM, SILVA RA, SILVA LV, ALMEIDA TF. Aspectos éticos e legais das técnicas de manejo de comportamento em odontopediatria: uma revisão de literatura. Rev Bras Odontol Leg RBOL 2020; 7(2):70-80.

5. BARBIERI CM, FROTA FDS, AGUIAR SMHCA. A cárie dentária e a imagem do dentista sob a ótica infantil. *Rev Odontol Araçatuba* 2010; 31(1):16-21.
6. MARTINS N, DIAS MR. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac* 2016; 57(3): 164-170.
7. NASCIMENTO CL, BATISTA CG, ROLIM GS, ROCHA RSS, MORAES ABA. Adaptação de um Questionário de Autoconfiança Relacionado a Situações-problema em Odontopediatria. *Psicologia: Teoria e Pesq* 2011; 27(4):507-510.
8. SETTY JV, SRINIVASAN I, RADHAKRISHNA S, MELWANI AM, KRISHNA M. *Use of na animated emoji scale as a novel tool for anxiety assessment in children. J Dent Anesth Pain Med* 2019; 19(4):227-233.
9. ANDRADE DSP, MINHOTO TB, CAMPOS FAT, GOMES MC, GRANVILLE-GARCIA AF, FERREIRA JM. Percepção infantil através de desenhos e caracterização verbal sobre o cirurgião-dentista. *Arq Odontol Belo Horizonte* 2013; 31(1):180-190.
10. SINGH KA, MORAES ABA, AMBROSANO GMB. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq Odont Bras* 2000; 14(2):131-136.
11. HASS MGM, OLIVEIRA LJC, AZEVEDO MS. Influência da vestimenta do cirurgião-dentista e do ambiente do consultório odontológico na ansiedade de crianças pré-escolares durante consulta odontológica: resultado de um estudo piloto. *Rev Facul Odontol Passo Fundo* 2016; 21(2):201-207.
12. LOPES CJO, SILVA AF, MOURA APG, SANTOS KMJ, SILVA TF, SANTOS LB *et al.*. *Odontologia: Tópicos avançados. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas em odontopediatria*. 1. Ed. São Paulo: Editora Científica; 2020. p. 162-171.

13. OLIVEIRA MF, STEIN CE, SCHRÖR FCL, KESKE WR. *Evaluation of Child Anxiety Prior to Dental Care by Means of Modified Venham Picture Test, RMS Pictorial Scale and Facial Image Scale Tests*. *Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr* 2020; 20(1): 1-8.
14. KRISHNAPPA S, SRINATH S, VISHWANATH SK, BHARDWAJ P, SINGH R. *Evaluation of Facial Image Scale and Venham Picture Test Used to Assess Dental Anxiety in Children*. *J Indian Associat Public Health Dentistry* 2013; 11(3):31-35.
15. PRADO IM, CARCAVALLI L, ABREU LG, SERRA-NEGRA JM, PAIVA SM, MARTINS CC. *Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: a sistematic review of randomized controlled trials*. *Int J Paediatr Dent* 2019; 29(1):650-668.
16. MULLER TM, ALESSANDRETTI R, BACCHI A, TRETTO PHW. *Eficácia e segurança da sedação consciente com óxido nitroso no tratamento pediátrico odontológico: uma revisão de estudos clínicos*, *J of Oral Investigations* 2018; 7(1): 88-111.