



CURSO DE ODONTOLOGIA

JULIANA RANGEL DOS SANTOS

**TÉCNICAS DE MANEJO COMPORTAMENTAIS NÃO
FARMACOLÓGICAS NA ODONTOPEDIATRIA: revisão
de literatura**

**NON-PLARMACOLOGICAL BEHAVIOR MANAGEMENT
TECHNIQUES IN PEDIATRIC DENTISTRY:
literature review**

SALVADOR

2022.1

JULIANA RANGEL DOS SANTOS

**TÉCNICAS DE MANEJO COMPORTAMENTAIS NÃO
FARMACOLÓGICAS NA ODONTOPEDIATRIA: revisão
de literatura**

**NON-PLARMACOLOGICAL BEHAVIOR MANAGEMENT
TECHNIQUES IN PEDIATRIC DENTISTRY:
literature review**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública
como requisito parcial para obtenção do título de
Cirurgião Dentista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Carla Figueiredo Brandão

SALVADOR

2022.1

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

Carl G. Jung

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a Deus, por ter me dado força de conseguir chegar até aqui, com fé e esperança, iluminando o meu caminho, traçado com toda dedicação e esforço na busca desta conquista. Agradeço também aos meus pais, Dinal Ferreira Rangel, que além de mãe é uma amiga incrível, meu braço direito e o meu coração por completo. Obrigada por todo amor, dedicação e apoio, sem você eu não teria chegado tão longe. Quero agradecer também ao Jurandir Batista, meu pai, por permitir que eu realizasse esse sonho e por acreditar na minha capacidade de vencer nessa etapa da vida. Não posso esquecer do meu irmão, Otávio Rangel, que foi o meu grande auxiliar nessa jornada, sempre me motivou, e fez de tudo um pouco para me ajudar em qualquer situação, especialmente a acadêmica, farei o que for necessário por você.

Aos familiares e amigos, muito obrigada por vibrar cada conquista realizada por mim, e por torcerem sempre para o meu sucesso profissional, serei eternamente grata a todos vocês. Além dos amigos de infância como: Maria Julia Lemos, Luiza Hernandez, Natália Hardmann e Felipe Canário que sempre me deram o suporte necessário com atitudes de verdadeiros amigos. Quero frisar aos amigos que ganhei na faculdade, alguns traçaram caminhos diferentes durante a graduação, mas nunca deixaram de fazer parte da minha vida.

Aos amigos que vivenciaram toda essa luta comigo, todo estresse e sucesso nesse percurso, dia após dia, agradeço a vocês também profundamente pelos estudos em grupo, trabalhos, risadas, almoços no shopping, momentos de vídeo chamada para alegrar o dia em tempos de pandemia, e saídas durante a semana para arejar a mente. Aos meus grandes amigos, Lucas Sales, Ananda Nonato, Carolline Villa, Nathália Ramos e principalmente a turma do "joguinho", vocês foram cruciais na minha caminhada até aqui, me acolheram, ajudaram-me e incentivaram-me a não desistir dessa batalha diária que é a vida acadêmica. À minha orientadora Prof^a Dra. Carla Brandão, por toda a atenção e dedicação para passar-me as melhores coordenadas e ensinamentos durante toda a construção desse trabalho. Agradeço também aos pacientes, que foram a base para o meu fortalecimento e amadurecimento como dentista, além dos profissionais que passaram pela minha vida acadêmica, seja eles da cantina, o casal da xerox, o pessoal da limpeza e principalmente as meninas do "carrinho",

a coordenação, os meus outros professores que foram tão importantes quanto a minha orientadora, e claro, não posso esquecer das meninas da “radiografia”, o que seria de mim sem vocês? Obrigada! Sou eternamente grata por todos vocês, pela atenção que vocês depositam em mim, pela confiança, conhecimentos e experiências compartilhadas.

SUMÁRIO

	RESUMO	
	ABSTRACT	
1	INTRODUÇÃO	8
2	METODOLOGIA	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO INFANTIL.....	11
3.2	MEDO E ANSIEDADE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....	12
3.3	TÉCNICAS DE MANEJO COMPORTAMENTAL NÃO FARMACOLÓGICAS.....	14
3.3.1	Técnicas não aversivas	15
3.3.1.1	Comunicação verbal e não verbal.....	15
3.3.1.2	Dizer-mostrar-fazer.....	16
3.3.1.3	Distração.....	16
3.3.1.4	Controle de voz.....	17
3.3.1.5	Dessensibilização ao ambiente odontológico e modelagem.....	17
3.3.1.6	Reforço positivo.....	17
3.3.2	Técnicas aversivas	18
3.3.2.1	Estabilização protetora.....	18
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
	REFERÊNCIAS	
	ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES	
	ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS	

RESUMO

A vivência na prática clínica odontológica infantil tem seus desafios por representar uma rotina diversificada, devido às emoções trazidas pelas crianças, como medo e ansiedade. Esses sentimentos aliados ao comportamento infantil podem ser apresentados no ambiente odontológico e quando não bem manejadas pelo cirurgião dentista, podem ocasionar danos aos mecanismos psicofísicos do menor ou progressão desses estímulos, repercutindo um comprometimento da qualidade do atendimento proposto. Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho é descrever as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas utilizadas na Odontopediatria e, como objetivos secundários, propõe-se identificar de que forma tais técnicas favorecem na condução para o tratamento Odontopediátrico e analisar como estas técnicas contribuem para o trabalho do odontopediatra de acordo com a literatura. Este trabalho constitui-se de uma revisão narrativa da literatura, e a coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e nas bases de dados PubMed, SCOPUS e LILACS, utilizando-se os descritores “Child Behavior”, “Pediatric Dentistry”, “Dental Anxiety”, “Psychology, Child” indexados no DeCS/MeSH. Foram observados que as principais técnicas de manejo não farmacológicas foram a “Dizer-Mostrar-fazer”, “Reforço Positivo”, “Controle de Voz” e a “Distração”, como músicas e ilustrações. Dentro desse contexto, as técnicas comportamentais não farmacológicas não restritivas e restritivas tem o intuito de construir uma relação de confiança profissional-paciente-responsável, possibilitando um melhor entendimento do comportamento infantil, reformulando as emoções negativas em adaptativas e, por conseguinte, favorecendo um ambiente propício para se obter resultados efetivos.

Palavras-chave: Comportamento infantil; Odontopediatria; Ansiedade ao Tratamento Odontológico; Psicologia Infantil.

ABSTRACT

The experience in pediatric dentistry clinical practice has its challenges because it represents a diversified routine, due to the emotions brought by children such as fear and anxiety that are usually rooted or developed in relation to the pediatric dentistry professional. Fear, anxiety and the child behavior that are commonly presented in the dental environment, when not well handled by the dental surgeon, can cause damage to the child's psychophysical mechanisms or progression of these stimuli, resulting in a compromise of the quality of the proposed care. Therefore, the general aim of this work is to describe the non-pharmacological behavioral management techniques used in pediatric dentistry and, as secondary objectives, it is proposed to identify how such techniques favor treatment in the pediatric dentistry population and analyze how these techniques contribute to the work of the Pediatric Dental Surgeon, according to the literature. This work consists of a narrative review of the literature, executed from November to December 2021. Data collection was carried out in the Biblioteca Virtual em Saúde and in the PubMed and SCOPUS databases, using the descriptors "Child behavior", "Pediatric dentistry", "Dental anxiety", "Psychology, child" indexed in DeCS/MeSH. It was observed that the main non-pharmacological management techniques were Talk-show-do, positive reinforcement, voice control, and distraction such as music and illustrations. In this context, non-restrictive and restrictive non-pharmacological behavioral techniques aim to build a professional-patient-responsible trust relationship, enabling a better understanding of children's behavior, reformulating negative emotions into adaptive emotions and, consequently, favoring a favorable environment to obtain effective results.

Keywords: Behavioral Control; Pediatric Dentistry; Dental Anxiety; Child Psychology.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento odontopediátrico é visto como uma condição geradora de desafios, estresse, medo e ansiedade. As crianças, devido a particularidades como família, idade e experiências odontológicas ruins reagem de diversas maneiras à visita dos cirurgiões dentistas¹. Com isso, a relação dentista-paciente infantil-família é de suma importância para um bom atendimento. O profissional deve estabelecer estratégias para a construção da confiança, para que, assim, possa colocar em prática técnicas de manejo comportamental não farmacológicas no tratamento, fazendo com que haja um melhor aproveitamento da consulta odontológica, reduzindo sensações desagradáveis que possam vir a desestabilizar esse momento².

O comportamento infantil no consultório odontológico apresenta-se de forma variável a depender do paciente, interligado ou não com ideias já preestabelecidas, experiências anteriores vividas, seja pelos familiares ou pelos mesmos, podendo advir também do estranhamento do ambiente, a ansiedade pela dor, o medo natural das luzes brilhantes, ruídos de alta rotação, utilização dos instrumentais. Outro fator a ser considerado é deixar a criança sozinha durante o atendimento, o que pode ocasionar a sensação de abandono³.

Uma forma de trabalhar o comportamento infantil é através das técnicas de manejo comportamental, onde o sucesso da sua aplicabilidade vai depender da habilidade e conhecimento do profissional em Odontopediatria e da sua equipe, e qual a melhor pode ser indicada para cada caso⁴. Elas podem ser divididas em manejo verbal ou físico, que auxiliam no diálogo com a criança, orientando o paciente a cooperar durante o tratamento odontológico, guiando desse modo a construção do afeto. Entretanto, para que essa relação favorável aconteça, é de fundamental que o profissional respeite este processo gradativo, cheio de particularidades inerentes ao seu estágio de crescimento⁵.

Neste contexto, as técnicas mais utilizadas são as não aversivas, empregadas para crianças que são mais cooperativas ao tratamento. O profissional deve considerar o desenvolvimento cognitivo, se há presença de deficiência na comunicação, para que assim possa escolher a melhor forma de adequação do comportamento. Existem também as técnicas aversivas, consideradas como manejo físico, que podem ser aplicadas parcial ou totalmente. Estas são as últimas opções de escolha, pois há restrição do

movimento, para que assim o tratamento seja realizado com segurança, só devendo ser utilizadas quando as outras técnicas de controle comportamental forem ineficazes ^{6,7}.

Dessa maneira, considerando a necessidade em pesquisar a utilização das técnicas de manejo comportamental não farmacológicas, a importância delas na Odontopediatria e quais as consequências destas no tratamento, este estudo tem como questão norteadora de pesquisa: “Quais as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas utilizadas em Odontopediatria?”. Sendo assim, o objetivo geral deste trabalho é descrever as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas utilizadas na Odontopediatria e, como objetivos secundários, propõe-se identificar de que forma tais técnicas favorecem para o tratamento na população infantil além de analisar como estas técnicas contribuem para o trabalho.

2. METODOLOGIA

O presente estudo se entende por uma revisão narrativa, a qual não se utiliza critérios explícitos e sistemáticos para a busca e análise crítica da literatura. São empregadas publicações variadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de um determinado assunto para formar um ponto de vista com embasamento teórico ou conceitual⁸.

Para realizar este levantamento foram consultadas, nos meses de novembro e dezembro de 2021, referências sobre a temática das técnicas comportamentais não farmacológicas aplicadas na Odontopediatria na língua inglesa e portuguesa. Foram utilizadas as bases de dados Pubmed, Scopus e LILACS da Biblioteca Virtual em Saúde. Diante disso, foi consultado no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) descritores em inglês que compreendiam aos termos “Comportamento Infantil”, “Odontopediatria”, “Ansiedade ao tratamento odontológico” e “Psicologia Infantil” na língua portuguesa, sendo eles: “Behavioral Control”; “Pediatric Dentistry”; “Dental Anxiety”; “Child Psychology”.

Os critérios de elegibilidade foram artigos com texto na íntegra, publicados em inglês e português, com o intervalo de publicação dos últimos 5 anos e que abordassem o controle de comportamento de forma não farmacológica. Foram excluídos ainda relatos de caso, artigos de editorial, monografias, teses e dissertações. Além disso, foram consultados três livros de Odontopediatria disponibilizados na Biblioteca Virtual da Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) para embasar o estudo realizado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO INFANTIL

As aplicações do cirurgião dentista não estão ligadas apenas em técnicas curativas ou preventivas em relação a saúde bucal da criança. O dentista também precisa considerar o comportamento do indivíduo, compreendê-lo como todo, e principalmente entender a singularidade da população infantil frente ao tratamento proposto para que assim possa conduzir da melhor forma possível o atendimento⁹.

Neste contexto, é preciso que o profissional tenha embasamento sobre as etapas do desenvolvimento cognitivo infantil, que engloba a motricidade, a fala e o emocional. Por conseguinte, as etapas estão interligadas aos comportamentos sociais, adaptações, personalidade do paciente e as particularidades inerentes a faixa etária. Desta forma, na Odontopediatria, a utilização de técnicas de manejo comportamental adequadas contribui para a diminuição das sensações de ansiedade e medo perante o atendimento odontológico, e conseqüentemente favorece a relação de ambas¹⁰.

O desenvolvimento cognitivo ocorre desde o nascimento do bebê até a idade adulta, com várias mudanças ao longo do tempo devido a idade e através de experiências vivenciadas, que garantem o grau de desenvolvimento intelectual. As fases do crescimento infantil nem sempre são as mesmas para todas as crianças, afinal a maioria delas podem apresentar diversas características peculiares em estágios mais precoces¹⁰.

Desta forma, o profissional deve observar o paciente e adotar a conduta que acredita ser a mais adequada e eficaz ao nível de desenvolvimento físico e emocional do indivíduo. Considerando as teorias do psicólogo Jean Piaget, que investiga o desenvolvimento cognitivo da criança desde o nascimento até a adolescência, o autor o divide em quatro estágios distintos: sensório-motor, pré-operatório, operatório-concreto e operatório-formal⁹.

Na primeira fase, sensório-motor que compreende as crianças de 0-2 anos, as funções mentais estão limitadas e o comportamento da criança será relacionado às respostas aos reflexos¹¹. A segunda fase, conhecida como pré-operatório, engloba crianças de 2 a 7 anos, na qual ocorrem modificações

cognitivas significativas, afetivas e sociais, resultando no que o autor denomina “emergência de linguagem”¹².

No terceiro estágio, crianças entre 7 e 11 anos de idade, percebe-se a inteligência operatória concreta, nela, a criança começa a ter uma capacidade maior de interpretação, logo, já consegue resolver alguns problemas básicos, além de que nesse período as mesmas já possuem noções de regras sociais e principalmente senso de justiça¹³.

Ademais, quando o desenvolvimento está quase se consolidando, é manifestado como a fase operatório-formal, na qual o indivíduo em questão, apresenta-se nos seus 12 anos em diante de idade. Ele torna-se mais consciente de seu próprio pensamento e consegue refletir sobre ele mesmo, sendo capaz de raciocinar logicamente, formular hipóteses e examinar consequências¹⁴.

Neste cenário, a Odontopediatra precisa ter capacidade de enxergar e compreender os mecanismos do desenvolvimento infantil para que possa conduzir e ofertar um bom tratamento ao paciente, principalmente para que assim venha a ter segurança em solucionar problemas do comportamento que podem surgir frente ao atendimento proposto¹⁵.

3.2 MEDO E ANSIEDADE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Mesmo com as mudanças apresentadas na Odontopediatria com equipamentos e técnicas mais avançadas, ainda é uma prática que gera sensações perturbadoras referente ao medo, ansiedade e expectativa dos pacientes. Diante disso, estas sensações frente ao tratamento odontológico são características fortemente observadas nas crianças. Desta forma, é importante que o cirurgião dentista não negligencie as etapas de condicionamento psicológico durante o atendimento da criança, justamente para não inviabilizar o tratamento planejado¹⁶.

O medo é multifatorial e surge a partir de experiências vivenciadas pelas crianças. É uma emoção primária de alerta que informa sobre algo presente e real que pode comprometer a integridade psicológica e física do ser em questão. Um dos grandes problemas enfrentados pelos cirurgiões dentistas é o medo adquirido, e esse medo tem grande impacto negativo na qualidade de vida do paciente infantil, que posteriormente é carregado para a fase adulta, tendo um

cenário de resistência ao tratamento odontológico, e conseqüentemente levando uma pior condição bucal e menor utilização do serviço odontológico¹⁷.

Todavia, a ansiedade é caracterizada por expressões psicofisiológicas que agem como mecanismo adaptativo frente a situações que induzem ameaça ou dúvidas. Refere-se a uma reação emotiva, definida por sensações de aflição, angústia, tensão e inquietude. De outro modo, pesquisadores a descreve como uma sensação psíquica ruim, desagradável ou dolorosa que pode acontecer devido à sensação geradora provocada pela ideia de receber o atendimento odontológico¹⁸.

Percebe-se então que o medo e a ansiedade estão presentes na Odontologia, entretanto, não são sinônimos e cada um deve ser analisado separadamente. O medo faz parte do desenvolvimento infantil e é transitório, contudo, pode persistir por longos períodos, mas pode diminuir com o avançar da idade, com um tratamento diferente ou uma experiência subjetiva. Entretanto, a ansiedade é entendida como algo desconhecido, constituída por fatores internos como: imaginação e sensações que podem aumentar progressivamente^{18, 19}.

Nesse sentido, é comum encontrar relatos de medo e ansiedade que a Odontologia provoca nas crianças. Tais reações podem ser geradas por experiências negativas anteriores, bem como as fases de desenvolvimento em que o paciente se encontra, circunstâncias específicas de cada procedimento odontológico como o ambiente não bem planejado, dentre outros. Por conseqüência disso, o paciente infantil pode ter a Odontologia como algo ameaçador, logo, tendendo a não colaborar no tratamento. Neste sentido, estudos afirmam que quanto maior a ansiedade do paciente, maior será sua sensibilidade à dor, dessa forma, o procedimento em questão acaba se tornando mais longo e desagradável^{20, 21}.

Assim, é fundamental que a Odontopediatria observe e compreenda as escalas do grau de ansiedade do paciente antecipadamente, a fim de prevenir adversidades comportamentais²². É importante que ocorra a triagem adequada e que envolva questionários de ansiedade dentária, para que seja possível identificar se o paciente infantil se encontra assustado ou nervoso, e conseqüentemente adote-se uma abordagem de tratamento apropriado²³.

Dentre os instrumentos mais empregados, se encontram: Facial Image scale (Buchanan e Niven, 2002) e Venham Picture Test (Venham e

GaulinKremer, 1979). Ambas utilizam figuras faciais que mostram diferentes estados emocionais, variando de atitude positiva a negativa e a criança deve apontar o rosto em que se sentiu mais representada antes da consulta odontológica. Os questionários quando usados de maneira adequada, podem dar uma medida aproximada no que diz respeito à ansiedade dentária, permitindo a compreensão dos requisitos emocionais infantis, com o intuito de promover o desenvolvimento de estratégias de manejo comportamental eficazes e conseqüentemente colaborar na conquista da confiança do paciente infantil e ofertar segurança e tranquilidade ao acompanhante ^{24, 25}.

3.3 TÉCNICAS DE MANEJO COMPORTAMENTAL NÃO FARMACOLÓGICAS

A atitude de uma criança diante do profissional normalmente é bastante imprevisível, além disso, fatores externos podem contribuir ainda mais de forma negativa na colaboração do atendimento, como: família, instrumentais, ruídos e ambiente²⁶.

As técnicas de manejo comportamental na Odontopediatria são bastante utilizadas a fim de contribuir para uma maior segurança, tranquilidade e redução de erros de conduta e conseqüentemente danos ao paciente²⁷.

As técnicas podem ser separadas em farmacológicas, as quais abrangem pacientes que são incapazes de cooperar com o atendimento e suas formas variam desde a sedação consciente como inalação de oxigênio/óxido nitroso ou anestesia geral. Contudo, ao se tratar de crianças, o melhor recurso ofertado são as vias não farmacológicas, justamente por estabelecer uma melhor comunicação com o infantil e, também, para trabalhar relação de confiança, entre paciente e responsáveis, além de prevenir e aliviar o medo e ansiedade no consultório odontológico²⁶.

Nesse cenário, a utilização das técnicas comportamentais não farmacológicas depende não só da faixa etária, como também da análise comportamental que o profissional deve fazer no consultório odontológico. Dessa forma, o profissional deve ter conhecimento e embasamento suficiente dos diferentes tipos de comportamento infantil para que haja uma correta

aplicação das mesmas, levando em consideração cada criança com suas infinitas particularidades²⁸.

Além disso, é de total importância que esses métodos de controle comportamental sejam explicados detalhadamente e, inicialmente, para que os pais estejam de acordo com a aplicação, sendo então formalmente autorizado o seu uso, buscando assim a otimização do atendimento odontológico²⁷.

Diante desse panorama, o cirurgião dentista pode utilizar técnicas não farmacológicas que didaticamente são divididas em técnicas não restritivas ou também chamadas de não aversivas, e técnicas restritivas ou também chamadas de aversivas. A maioria dessas técnicas, principalmente no que tange as não aversivas, são muito utilizadas na Odontopediatria e algumas delas como o reforço positivo, controle de voz, dizer-mostrar-fazer perpassam por todos os procedimentos realizados, justamente por ser manejos que acabam contribuindo e otimizando o trabalho do dentista. As aversivas que englobam principalmente a contenção física ou estabilização protetora e técnica mão sobre a boca, são utilizadas apenas em casos específicos, onde não há ou inexistente a cooperação dos mesmos²⁹.

3.3.1 Técnicas não aversivas

3.3.1.1 Comunicação verbal e não verbal

De acordo com Ferreira (2009)³⁰, a comunicação verbal tem o propósito de desenvolver confiança no paciente infantil e seus responsáveis, justamente para que se torne mais seguro e confortável para ambos, além de menos doloroso para o paciente. Sua ação consiste em informar à criança e aos pais o que será realizado em seu tratamento, sendo assim, uma técnica razoável em termos de eficácia, segurança e aceitabilidade pelos pais e crianças³⁰.

Além disso, a comunicação também pode ser realizada de forma não verbal, utilizando-se de recursos como postura, expressão facial, linguagem corporal e do contato, como estratégia de melhora para outras técnicas apresentadas, além de contribuir na concentração do acompanhante e especialmente do paciente independentemente da idade, sendo uma comunicação que reforça de forma não verbal o que já foi explicado verbalmente³¹.

3.3.1.2 Dizer-mostrar- fazer

O objetivo desta técnica é trabalhar com a ansiedade e o medo das crianças frente ao "novo", utilizada para amadurecê-las, afinal contribui para a compreensão da importância do atendimento odontológico, além de esclarecer o passo a passo dos procedimentos ofertados, ativando os aspectos visuais, auditivos e olfativos do paciente infantil. Sendo assim, a partir do momento que a criança é familiarizada com os procedimentos futuros, conseqüentemente diminuirá o medo frente ao atendimento, estabelecendo um laço de confiança com o profissional².

Nesse cenário, é uma das mais utilizadas na Odontopediatria por ser um método que engloba explicações verbais, demonstração visual e táteis, podendo ser aplicada conjuntamente com a comunicação verbal, não verbal e reforço positivo. Além disso, um artifício utilizado conjuntamente a técnica é o humor, utilizando associações divertidas, eufemismo, rimas e trechos de músicas^{33, 34}.

3.3.1.3 Distração

Distrair os pacientes nas consultas odontológicas é um dos desafios fundamentais para a Odontopediatria. Afinal, o medo e a ansiedade são os que normalmente prevalecem nos atendimentos com crianças. Devido a isso, a técnica para distrair o paciente, tem como objetivo reduzir os níveis de ansiedade durante o tratamento odontológico invasivo. Por conseguinte, o uso de desenhos animados, livros, truques de mágica, músicas, diálogos e brinquedos coloridos para que a criança possa tocar, segurar e apertar, contribuem para desviar atenção e diminuir a ansiedade³⁵.

A música, tv de teto, uso de iPads® e os óculos de realidade virtual são de grande relevância e aliadas no auxílio do tratamento odontopediátrico. A efetividade destas ferramentas, contribuem na diminuição do nervosismo, além de minimizar os sons provocados por alguns aparelhos. Arelado a isso deve-se acrescentar métodos que complementam e colaborem para aproximar a relação dentista-paciente, como conversar e contar histórias que chame a atenção do infante³⁰.

3.3.1.4 Controle de voz

O controle de voz é uma técnica importante de manejo para crianças, justamente por prender a atenção do paciente infantil, sendo indicada para todos os tipos de paciente, exceto para deficientes auditivos. Baseia-se no controle do volume, tom e ritmo da voz, muito eficaz para inibir condutas inapropriadas, e deve ser adaptada conforme a necessidade, de modo que influencie ou direcione o comportamento do paciente²⁷.

Por conseguinte, a mensagem deve ser clara e não há necessidade do uso de palavras severas, querendo impor regras agressivas para o menor, afinal isso só impacta a relação dentista-paciente e responsável, além de deixar a criança com mais medo, ansiedade e conseqüentemente infiel na cooperatividade diante ao tratamento exposto³⁶.

3.3.1.5 Dessensibilização ao ambiente odontológico e modelagem

A dessensibilização consiste em iniciar o tratamento com um procedimento menos invasivo, para que a criança comece a construir uma escala de confiança positiva perante o dentista, e então, à medida que desenvolve a confiança pelo profissional, o mesmo adentra nos procedimentos mais desafiadores, fazendo com que o paciente trabalhe seus medos, seus desafios e desenvolva-se³⁷.

Além disso, a maior parte do aprendizado da criança está relacionado com suas observações e vivências dos outros próximos a elas. Dessa forma, a técnica de modelagem utiliza pessoas, geralmente membros da família para servirem de modelo no tratamento ofertado ou até mesmo a utilização de bonecos³⁸.

3.3.1.6 Reforço positivo

O reforço positivo é uma técnica motivacional que recompensa o paciente por comportamentos satisfatórios e o dentista utiliza palavras, expressões e gestos positivos para encorajar o paciente a continuar com o mesmo comportamento durante a consulta odontológica. Pode ser usado em todos os

pacientes e não tem nenhuma contraindicação. São classificados em social, por meio de demonstrações de elogios e afetos, ou não social, através de prêmios, brinquedos, como por exemplo os balões com luva de procedimentos. Todavia, é importante que a criança seja presenteada nos momentos corretos, ou seja, na finalização de todo o tratamento, como forma de conclusão²⁷.

Além disso, elogiar o infantil por pequenos atos pode fortalecer a relação dentista-paciente^{39, 40}. É válido reforçar que as técnicas podem estar associadas a fim de otimizar o atendimento bem como devem estar presentes no prontuário do paciente juntamente com o consentimento formal dos responsáveis, o motivo da indicação, a duração do ato, a avaliação do comportamento durante e os resultados desejáveis ou indesejáveis³³.

3.3.2 Técnicas aversivas ou restritivas

As técnicas restritivas são indicadas para tratamento limitado urgente, imediato e emergencial, onde o paciente não tem como cooperar devido a idade, problemas mentais ou físicos, movimentos que comprometem a segurança do paciente, da equipe e do dentista. Entretanto, é contraindicado em pacientes com histórico de trauma físico ou psicológico, abuso físico ou sexual ou pacientes que não podem ser imobilizados por condições médicas³³.

3.3.2.1 Estabilização protetora

A estabilização protetora pode ser tanto passiva, realizada com instrumentos ou equipamentos como abridores de boca, lençol, casacos, pedi-wrap, além da tábua de papoose que é colocada ao redor do tórax, podendo restringir a respiração e por conta disso deve ser usada com cautela. Já a estabilização feita de forma ativa, e a mais realizada no atendimento, trata-se de restringir fisicamente os movimentos impróprios do paciente, sendo mais aconselhável que a mãe realize a contenção quando necessária, devido o contato visual afetivo e seguro que a mesma oferece⁴¹.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso das técnicas de manejo comportamentais não farmacológicas na Odontopediatria contribui para o manejo do medo e da ansiedade, promovendo o fortalecimento da confiança entre o paciente pediátrico e o profissional. Reitera-se, ainda, que as principais técnicas com tal abordagem identificadas na literatura foram o uso de atividades lúdicas, por meio de ilustrações, músicas, histórias, entre outros, dizer-mostrar-fazer, muito eficaz para redução do medo e ansiedade, controle de voz e o reforço positivo. O Odontopediatra deve compreender e consolidar a melhor técnica de acordo com as particularidades de cada paciente que irão facilitar a ele se desenvolver, se aproximar e enfrentar as diversidades no âmbito odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Gomes GO, Silva KS. Métodos de controle do comportamento para atendimento em odontopediatria. 2017; 2(1). 110-5. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostraodontologia/article/view/1660>. Acesso em: 23.11.2021
2. Barreto RA, Barreto MAC, Corrêa MSNP. Psicanálise e odontopediatria: ofício da comunicação. Estudos de Psicanálise. 2015 dez.; 44: 83-90.
3. Josgrilberg EB, Cordeiro RCL. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. Odontologia Clin. Cientifi. 2005; 4(1): 13-8.
4. Matos LB, Ferreira RB, Vieira LDS. Manejo de comportamento em crianças com ansiedade e estresse em clínica de Odontopediatria. Revisão de Literatura. Rev Odontol Planal Cent. 2018; 4(1). 18-24. Disponível em: <https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/147>. Acesso em:
5. Rocha SS. Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em odontopediatria. Revista Latina de Análisis de Comportamiento. 2015; 23(4):423-35.
6. Barbosa CSA, Toledo OA. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. JBP. 2003; 6(29):76-82.
7. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA, Massara ML, Rédua PCB. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. Manual de referências para procedimentos clínicos em odontopediatria. São Paulo: Editora Santos; 2013. 49-67.
8. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta paul Enferm. 2007; 20(2): 05-06.
9. Duque C, Teixeira ASC, Ribeiro AA, Amamari MM, Abreu FV, Antunes LAA. Odontopediatria – Uma visão contemporânea. Gen. São Paulo: Editora Santos. 2013; 1:48-9.
10. Lima KMA, Maia AHN, Bezerra MHO. Psicologia e odontopediatria: possibilidade de atuação em uma Clínica- Escola. Rev Expressão Católica Saúde. 2016; 1(1). 134- 5.
11. Davis C, Oliveira Z. Psicologia na educação. 3ª edição. São Paulo: Cortez editora. 2010.
12. Araújo LFB, Batista LR, Paulino JMS, Silva JRL, Gomes RP. Um olhar observador no desenvolvimento infantil de crianças, sob uma perspectiva Piagetiana. Série educar; Educação infantil. 1(8) Belo Horizonte: Poisson; 2020. 32-37. doi: 10.36229/978-85-7042-227-9.CAP.05

13. Cavalcante MV, Lúcio IML, Vieira ACS, Bittencourt IGS, Vieira DS, Barbosa LCR, et al. Estimulação cognitiva e aprendizagem infantil: revisão de literatura. *Braz. J. of Develop.* 2020; 6(6): 41981- 41990. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12432/10423>
Acesso em: 21.11.2021
14. Filgueiras A, Fernandez JL. Políticas públicas na primeira infância: a importância do investimento público adequado e da avaliação global do desenvolvimento. In: Magalhães AS, editor. *Perspectivas Contemporâneas da Teoria e da Prática em Psicologia*. Brazil: Prospectiva Publishers, 2014,222-5.
15. Cortelo FM, Possobon RF, Junior ALC, Carrascoza KC. Crianças em atendimento odontológico: arranjos psicológicos para a intervenção. *Rev. Expressão católica*. 2016; 1(1): 134-5.
doi:<http://dx.doi.org/10.25191/recs.v1i1.1394>.
16. Gustafsson A. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *International Journal Of Pediatric Dentistry*. 2007; 6(17), 449-459.
17. Mohammad AA, Azza AH, Najat MF, Osama MF, Najila MA, Amani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health, London*. 2018; 18(33):1-9.
18. Mautz MC, Fernandez DC, Saldivia OC, Rodriguez SC, Riquelme CS, Linco OJ. Prevalence of dental anxiety in children treated at public health services in Valdivia, Chile. *Odontoestomatologia*. 2017; 19(30): 50-64.
19. Monte CI, Dalcico R, Dias AA, Meneses EM, Almeida IJ, Tinôco RDGM, et al. Uso de métodos para controle do medo e da ansiedade odontológicos por cirurgiões-dentistas da cidade de fortaleza. *Braz J of Develop.* 2020; 6(8):56894-916.
20. Munayco PE, Mattos VM, Torres RG, Blanco VD. 'Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico', *Odovtos International Journal of Dental Sciences*. 2018; 20(3): 81-91. doi: 10.15517/ijds.v0i0.33332.
21. Tze-Fang Wang RN, Ya-Ting WU, Chien-Fu T, Chyuan Chou DDS. Associations between dental anxiety and postoperative pain following extraction of horizontally impacted wisdom teeth. *Medicine*. 2017; 96(47):1-6. doi: 10.1097/MD.00000000000008665
22. Khanduri N, Singhal Namrata, Mitra Malay. The prevalence of dental anxiety and fear among 4–13-year-old Nepalese children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2019;37: 345-9.
23. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review', *ADA*. 2013; 390–407. doi: <https://doi.org/10.1111/adj.12118>.

24. Soares FJM, Ramalho AAK, Colares V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura, *Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2009; 9(2): 247–251. doi: 10.4034/1519.0501.2009.0092.0019.
25. Ferreira R, Oliveira V, Piemonte MR, Ramires MA, Bruzamolin CD, Marques FR. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico de bebês: revisão de literatura. *Rev. Gest.Saúde*, 2016; 14(1):31-6.
26. Baghdadi ZD, Jbara S, Muhajarine N. (2021). Children and Parents Perspectives On Children’s Dental Treatment Under General Anesthesia: A Narratology From Saskatoon. *European Archives Of Paediatric Dentistry*, 22 (4), 725-737. doi: 10.1007/s40368021-00613-6.
27. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara ML, Rédua PCB. *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. 2ª edição. São Paulo: Santos; 2010. 49-71.
28. Rocha SS. Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em odontopediatria. *Acta comportamental*, 2015; 23(4):423-35.
29. SINGH, KA. Techniques for the Behavior Management in Pediatric Dentistry. *International Journal of Scientific Study*. 2014; 2(1) 10.
30. Ferreira J, Aragão A, Colares V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. *Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr* 2009 9(2): 247-51.
31. Fisher OS. Broadening Perspectives on Pediatric Oral Health Care Provision: Social Determinants of Health and Behavioral Management. *Pediatric Dentistry*, Houston, 2014; 36(2): 115-120.
32. Guedes PAC, Corrêa MSNP, Zardetto CG. Conduta em relação à criança para tratamento odontopediátrico: *Manual de Odontopediatria*, 2013; 12: 1-361.
33. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance of the pediatric dental patient. *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, Ill. AAPD, 2020; 292-310.
34. Roberts J, Curzon M, Koch G, Martens L. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry* 2010 Aug;11(4):166-74.
35. Matos LB, Ferreira RB, Vieira LDS. Manejo de comportamento em crianças com ansiedade e estresse em clínica de Odontopediatria, 2018; 4(1):18-24.

36. Albuquerque CMA, Gouvêa CVD, Moraes RCM, Barros RN, Couto CF. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. Arq. Odontol, 2020; 46(2): 110-5.
37. Cortelo FM, Possobon RF, Costa Junior ÁL, Carrascoza KC. Crianças em atendimento Odontológico: arranjos psicológicos para a intervenção. Omnia Saúde, São Paulo, 2014; 11(1): 1- 14.
38. Costa Junior AL. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. Estud Pesqui Psicol. 2002; 2(2): 1- 8.
39. Zanetti G, Punhangui M, Frossard W, Oda N. Conduta Clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. UNOPAR Cient, Ciênc Biol Saúde 2001; 3(1):69-75.
40. Abraão GM, Vieira BHOM. Intervenções não farmacológicas para controle de dor em crianças. In: Marsilac MWS. Controle da dor, medo e ansiedade em odontopediatria. Editora santos: 2013; 1: 75- 80.
41. Simões FXPC, Macedo TG, Coqueiro RS, Pithon MM. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em odontopediatria. RBO, Rio de Janeiro, 2016; 73(4): 277-82.

ANEXO A – DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto
 - 1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.
 - 1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.
 - 1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.
 - 1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada. Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.
2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)
 - 2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões: - Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions). - Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso,

Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions). - Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. J Clin Periodontol [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro:

Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico: Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu "Tabela" do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

ANEXO B – ARTIGOS REFERENCIADOS

Os artigos referenciados utilizados no presente trabalho, intitulado “Técnicas de manejo comportamentais não farmacológicas na odontopediatria: revisão De literatura”, serão enviados aos avaliadores em ordem via e-mail.