

ACEITAÇÃO DOS PAIS FRENTE AO USO DAS TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL EM ODONTOPEDIATRIA

Isadora Costa Miranda*

Ms. Débora Andalécio**

RESUMO

O atendimento odontológico ainda gera em muitas crianças um alto grau de ansiedade e medo. Para conter esse medo o Cirurgião dentista se dispõe de técnicas de gerenciamento comportamental tentando reduzir e até mesmo acabar com o medo e ansiedade das crianças. Objetivou-se nesta pesquisa conhecer o perfil dos pais diante as técnicas de gerenciamento comportamental em Odontopediatria. O instrumento utilizado foi um questionário respondido pelos pais contendo perguntas objetivas que abordavam informações relativas ao tratamento odontológico infantil. Verificou-se que 75% dos pais acreditam que o tratamento odontológico não causa problemas psicológicos nas crianças; 84% das crianças não tiveram contato com ninguém que teve alguma experiência odontológica desagradável; 59% dos pais não apresentaram nenhum medo de ir ao dentista; a maioria classificaram a ansiedade da criança naquele momento como baixa (59%); a técnica mais usada foi a dizer mostrar e fazer com 71%; com 31% a anestesia geral foi a técnica menos aceita pelos pais; 39% assinaram documento autorizando as técnicas necessárias para a criança e 59% autorizaram de forma verbal. Concluiu-se que os pais aceitaram mais as técnicas não restritivas e estão mais resistentes ao uso das técnicas farmacológicas e restritivas, sugerindo ser necessário o esclarecimento e autorização dos pais quanto às técnicas utilizadas.

Palavras-chave: Manejo Comportamental. Psicologia em Odontopediatria. Técnicas de Gerenciamento Comportamental.

* Graduada do Curso de Odontologia – Faculdade de Patos de Minas/MG dorinha-miranda@hotmail.com

** Mestre em Odontopediatria pela Faculdade São Leopoldo Mandic; Especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal de Uberlândia. deb_andalecio@yahoo.com.br

ABSTRACT

The odontologic service still generates in many children a high degree of anxiety and fear. To bar this fear the dentist surgeon has management techniques, behavior, trying to reduce and even end the fear and anxiety of the children. It got to the conclusion in this research know the parents profile in face to the techniques of behavior management in odontopediatrics. The instrument used was a questionnaire answered by the parents having objective questions that talked about relative information to the infantry odontological treatment. It was verified that 75 % of the parents believe that the parents believe that the odontological treatment doesn't cause phycological problems in the children; 84 % of the children don't have contact with anybody that had odontological experience; 59 % of the parents didn't present any fear of going to the dentist, the most used technique was to say to show and do with 71 % with 31 % with general anestesya was the less used accepted by the parents; 39 % signed a document authorizing the necessary techniques for the child and 59 % authorized of verbal form. It was concluded that most parents accepted techniques not restrictive and are more resistant to the use of pharmacological techniques and restrictive, suggesting the need clarification and parental permission on the techniques used.

Keywords: Behavior. Phsicology in Odontopediatrics. Techniques of Behaviour Control.

1. INTRODUÇÃO

Conter uma criança no decorrer do tratamento odontológico é um dos maiores desafios para os odontopediatras. A não colaboração das crianças geram muitas discussões entre pesquisadores que procuram respostas para o medo e ansiedade dos pacientes (BRANDENBURG; HAYDU, 2009).

O relevante papel do odontopediatra é cuidar da saúde bucal da criança. Para isso é de grande importância visitas preventivas periódicas ensinando a criança hábitos diários para manter uma boa saúde, bem como encarar o atendimento com um mínimo de ansiedade. É importante que o dentista seja capacitado a reconhecer comportamentos indicadores de ansiedade e seja habilitado a conceber uma apropriada relação com a criança, colaborando para ela encarar o atendimento com

o menor medo e ansiedade possíveis, e saber manusear comportamentos de não colaboração (POSSOBON et al., 2007).

Para Ramos-Jorge e Paiva (2003) é importante que o odontopediatra saiba como e quando conduzir cada criança individualmente sendo necessário que saiba técnicas de gerenciamento comportamental e de psicologia infantil para agir de maneira eficaz durante o atendimento.

A disposição do ambiente forma-se de receios e ansiedades paternas, de como os pais respondem às sensações da criança e da preparação para aquele momento. A criança que foi bem instruída pelos pais, seu medo será menor, e conseqüentemente também a sua relutância (BARBOSA; TOLEDO, 2003).

A relação é um grande diferencial que existe entre o tratamento de crianças e adultos. Geralmente, o tratamento de adulto estabelece uma ligação de um para um, que é o jeito de como se relaciona o profissional e o paciente, contudo ao se tratar de uma criança, constrói-se uma ligação de um para dois, o profissional, a criança e seus pais ou responsáveis (ALBUQUERQUE et al., 2010).

Segundo Machado et al. (2009) é essencial que o odontopediatra explique aos pais as condutas que serão abordadas em seus filhos, as possibilidades de tratamentos que podem ser usados e os custos para que eles possam permitir o atendimento. Quando necessário o uso de técnicas de gerenciamento para controle da não colaboração da criança, é importante a autorização dos pais/responsáveis através do termo de consentimento.

Este trabalho consiste em uma revisão bibliográfica quanto às técnicas de gerenciamento comportamental e uma pesquisa onde foram aplicados questionários aos pais de crianças que frequentam Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Patos de Minas (FPM), com o objetivo de saber a aceitação dos mesmos diante das técnicas de gerenciamento comportamental utilizadas em Odontopediatria.

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho foi embasada em uma pesquisa bibliográfica tendo como as principais bases artigos eletrônicos listados nas bases do Google, Pubmed, Scielo e Bireme.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Psicologia em Odontopediatria

É normal encontrarmos na atividade da clínica odontológica infantil pacientes que manifestem medo e ansiedade, que, quando não dominadas pelo odontopediatra, podem acarretar danos aos mecanismos emocionais da criança e comprometimento da qualidade do atendimento odontológico. Estas circunstâncias podem ser diminuídas construindo uma relação de segurança com o dentista mediante a utilização de conhecimentos de psicologia infantil, facilitando uma melhor compreensão do comportamento da criança em tratamento odontológico e possibilitando a orientação e abordagem dos pais nesta situação (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

Para Brandenburg; Haydu (2009), os odontopediatras devem ser aptos no uso dos procedimentos técnicos, e preparados para lidar com o comportamento das crianças, pois é muito frequente a falta de cooperação infantil, impedindo que o tratamento seja realizado.

As circunstâncias mais complicadas encaradas pelos odontopediatras são aquelas em que as crianças, geralmente as mais novas, não cooperam com a execução do tratamento, chorando, gritando, movimentando a cabeça e o corpo, e demonstrando vontade de levantar da cadeira. Essas condutas de não cooperação são, usualmente, atribuídas ao medo, traumas, a estados fisiológicos ou a outro elemento peculiar ao indivíduo, demonstrando pouca importância para os acontecimentos presentes no meio odontológico (BRANDENBURG; HAYDU, 2009).

Segundo Costa Junior (2002), devemos primeiro avaliar o aspecto comportamental e cognitivo da criança, analisando a sua idade e capacidade de compreensão de comunicação, para depois usar de um método psicológico. Tal avaliação pode ser sucedida pelo próprio odontopediatra, desde que esteja convenientemente treinado.

Para Possobon et al. (2007), para que o odontopediatra realize a técnica que diminua o estresse adquirido pelo tratamento e pelo ambiente do consultório, é

importante que saiba reconhecer comportamentos que aponte a ansiedade e seja capaz de estipular uma relação apropriada com a criança. Determinar esta relação apropriada não é bom apenas para a criança que se sente mais protegida e segura no decorrer do tratamento, mas também para o dentista, que vai estar com um paciente mais calmo e relaxado, ajudando a execução do procedimento. Ter um paciente mais calmo e otimista, as chances são maiores do paciente seguir as orientações sugeridas pelo profissional, e manter visitas frequentes ao consultório.

De acordo com Possobon et al. (2007), ao atender, o odontopediatra deve saber que o comportamento da criança pode definir o progresso da sessão, pode ser que o procedimento planejado não necessariamente será realizado devido ao mau comportamento do paciente.

Ramos-Jorge; Paiva (2003) considera que além de ensinar a criança quanto aos cuidados de saúde bucal, o odontopediatra deve proporcionar o saudável desenvolvimento psicológico. O dentista que procura saber do paciente na sua totalidade, inserido no seu ambiente social e familiar, provavelmente estará mais preparado para praticar a odontopediatria de forma mais humana.

Conforme Asokan et al. (2009), analisar o comportamento da criança nos favorece a projetar compromissos e fornecer qualidade de cuidados de saúde oral aos pacientes.

2.1.1 Medo e ansiedade

Mesmo com os desenvolvimentos tecnológicos da Odontologia moderna, encontrar pacientes ansiosos e com medo ainda é muito comum, o que cria uma barreira significativa para a atenção odontológica e intervinda nos cuidados regulares com a saúde da boca. Diminuir a ansiedade é bastante importante para o tratamento odontológico e para incentivar o paciente (GÓES et al., 2010).

Para Reis (2011), as atitudes emocionais das crianças, principalmente as reações de medo e ansiedade em Odontologia, devem ser vistas como uma atitude de etiologia difícil de desenredar e com vários fatores.

Possobon et al. (2007), afirma que, são habilidades fundamentais ao Odontopediatra proporcionar uma boa relação com a criança, ajudando-a a encarar

a condição de tratamento odontológico com a menor ansiedade possível, e saber manusear comportamento de não colaboração, seja ou não demonstração de ansiedade e/ou medo interligados ao tratamento. O Cirurgião Dentista não pode se descuidar que este medo, associado ao tratamento odontológico, possa fazer com que o paciente desista do tratamento, piorando o estado da sua saúde bucal, e ainda impedindo que o paciente receba informações sobre cuidados de prevenção.

Para Góes et al. (2010) as crianças que vão ao dentista pela primeira vez, ou aquelas que vivenciaram experiências negativas em consultas anteriores, demonstraram chances bem maiores de ansiedade ao tratamento.

Na eventualidade específica de medo de dentista, pode-se sugerir a possibilidade de que se trata de um medo aprendido diante das primeiras experiências com tratamentos odontológicos mal comandados ou das quais situações vivenciadas causariam muita desconforto física e/ou psicológica. (COSTA JUNIOR, 2002).

Para Costa Junior (2002) o medo pode ser consequência também de momentos relativamente simples de explorar: devido ao fato de em alguma consulta odontológica ter tido alguma conduta que gerasse dor, mesmo que a criança tenha um comportamento colaborativo ou não, a circunstância do procedimento odontológico torna-se aversiva, podendo causar uma das seguintes inferências: diminuir a possibilidade do acontecimento de comportamentos colaborativos ou de aprovação em sessões subsequentes de tratamento, fazendo com que ocorra uma maior possibilidade de comportamentos não colaborativos, que impedem, retardam ou complicam a possibilidade a execução de procedimentos odontológicos, podendo gerar o abandono do paciente antes de concluir o tratamento, aumentando a possibilidade de que o paciente não retorne mais.

Conforme Possobon et al. (2007) quando se trata de uma criança como paciente, além de todo estresse criado pela situação do trabalho, ainda existe a ligação profissional-paciente, que deve ser ajustada não exclusivamente com a criança, mas também com seus responsáveis. Sem a colaboração dos familiares ou responsáveis, é complicado conduzir o tratamento de forma pertinente.

A evolução de aprendizagem de medo do dentista pode abranger informações de pais e familiares sobre as próprias experiências dolorosas e traumáticas em consultas odontológicas, assim as crianças ouvem esses relatos e aprendem por repetição. A forma repetitiva que apresentam pelos programas de televisão que

teima em caricaturar os profissionais da Odontologia como basicamente agressivos ou torturadores, também colabora para a formação de crenças disfuncionais mediante as situações de tratamento odontológico (COSTA JUNIOR, 2002).

É indispensável, inicialmente, explorar e respeitar cada etapa do crescimento da criança, sempre que concebível escutar suas opiniões e anseios com atenção, para assim conseguir ter a colaboração da mesma no decorrer do tratamento odontológico e preservar respeito ao princípio bioético da autonomia (ALBUQUERQUE et al., 2010; MACHADO et al., 2009).

O risco da criança demonstrar situações comportamentais causando problemas no tratamento odontológico é maior quando apresentam problemas comportamentais relatados pelo acompanhante, e também nas crianças cujos responsáveis demonstram revelações de estresse e grande medo odontológico (CARDOSO; LOUREIRO, 2008)

A disposição do ambiente forma-se de receios e ansiedades paternos de como os pais respondem às sensações da criança e da preparação para aquele momento. Uma criança que foi bem instruída pelos pais, seu medo será menor, e conseqüentemente também a sua relutância (BARBOSA; TOLEDO, 2003).

Para Reis (2011), torna-se necessário que tenha a preocupação pelo profissional em avaliar a dor e ansiedade na criança e que tenham recursos acessíveis de mediação desses parâmetros emocionais para que seja pertinente a cada paciente a conduta usada, seja farmacológica ou não farmacológica. Evidencia-se a importância de não menosprezar a sensação dolorosa manifestada, abordando-a de forma positiva e eficiente, compreendendo que cada paciente pediátrico é um ser único que supera dificuldades à medida que evolui no seu amadurecimento psicológico.

2.2. Técnicas De Gerenciamento Comportamental

Para Reis (2011) os procedimentos para manejo de dor com crianças consistem em recursos não farmacológicos e farmacológicos, pelo fato exatamente do abalo emocional que o paciente tem frente a algo que poderá ocasionar o estímulo algico.

2.2.1 Técnicas Não Farmacológicas

2.2.1.1 Controle de voz

Refere-se a um meio de comunicação para obter atenção e cooperação da criança através do volume e tom de voz, podendo desviar atenção do paciente, mostrar autoridade do dentista ou manifestar a reprovação frente a um comportamento intolerável (REIS, 2011).

É relevante que a comunicação feita com a criança seja de uma única fonte evitando que o dentista e a auxiliar passem instruções ao mesmo tempo, pois pode causar confusão para a criança, assim a mensagem deve ser passada de maneira sucinta para que a criança compreenda (ALBUQUERQUE et al., 2010).

Para Fuccio et al. (2003) esta técnica deve ser usada conquistando a atenção da criança alterando o tom e volume da voz, pois o jeito que falamos se torna mais considerável que as palavras.

2.2.1.2 Falar, Mostrar e Fazer

Esta técnica o profissional deve familiarizar a criança com o consultório odontológico e objetos explicando suas funções com associações positivas. Inicia-se com o profissional mostrando que será utilizado na boca da criança, depois explica como vai ser usado, para depois ser usada. É considerada uma técnica simples que geralmente funciona (REIS, 2011; FUCCIO et al., 2006).

As explicações passadas para a criança devem ser apresentadas de maneira que ela possa compreender (COSTA JUNIOR, 2002).

2.2.1.3 Reforço Positivo

Uma conduta usada para parabenizar a criança pelo comportamento durante o tratamento é caracterizado através de expressões verbais, elogios e gestos, como exemplo, um abraço. O reforço positivo deve ser feito ao fim do procedimento como uma surpresa agradável, mas não deve ser feito antes do atendimento para que a criança não assimile o atendimento como uma experiência ruim (REIS, 2011).

2.2.1.4 Modelo

Este é caracterizado como um procedimento em que a criança observa um vídeo, slides, ou assiste o atendimento de outra criança que teve um tratamento odontológico parecido com o que será feito nela. Acredita-se que ao ver outra pessoa pela situação ameaçadora que ela irá passar e se mostrou com comportamentos adequados, pode alentar à paciente a se submeter à mesma situação. Deve-se focar a atenção da criança pelo comportamento colaborativo e não pela conduta odontológica realizada (COSTA JUNIOR, 2002).

2.2.1.5 Mão Sobre a Boca

Esta técnica é útil no atendimento com crianças normativas que mostram comportamentos provocadores, nervosos, que não cooperam, impedindo que se realize o atendimento. O risco de utilização desta conduta é ser realizada por profissionais incapacitados de executar a técnica corretamente, ocasionando a criança uma situação estressante que pode ocasionar sequelas (LOPES JUNIOR, 2005).

2.2.1.6 Contenção Ativa

Ferreira; Aragão e Colares (2005) relata que, esta técnica é indicada para crianças não cooperativas, e deve ser usada quando outras técnicas não farmacológicas não foram bem sucedidas.

Durante o tratamento, o auxiliar do dentista ou os pais, seguram os braços e as pernas da criança, impedindo que ela faça movimentos (FUCCIO et al., 2003).

2.2.1.7 Contenção Passiva

Uma técnica caracterizada pelo uso de um pano apropriado, em que o odontopediatra envolve a criança para impedir que ela se mecha durante o tratamento (FUCCIO et al., 2003).

Para Reis (2011) esta contenção é indicada em casos especiais que tem a função de proteger a criança, uma vez que os materiais usados pelos odontopediatras podem causar danos ao paciente caso ele faça movimentos rápidos e inesperados.

2.2.1.8 Distração

Segundo Costa Junior (2002), a distração é um dos métodos mencionados na literatura como mais eficaz, se demonstrados à criança com estímulos atrativos e inconciliáveis com o nervosismo criado pela condição do tratamento. O paciente que demonstra medo gerado pelo barulho do motor pode ouvir música com fones de ouvido durante o atendimento. Outro exemplo é colocar para a criança durante a consulta, programas de televisão para assistir por um monitor de vídeo colocado no teto do consultório. A função desta conduta é dissuadir a atenção do paciente de estímulos aversivos em que ela demonstra vulnerabilidade para ações agradáveis e mais revigoradoras.

2.2.2 Técnicas Farmacológicas

2.2.2.1 Anestesia Local

Os anestésicos locais demonstram uma farmacologia complexa. Entender as características farmacológicas dos anestésicos é significativo para a escolha da droga certa. As características físico-químicas dos anestésicos que estabelecem a potencialidade, o tempo de efeito da anestesia e a ação são primordiais para o sucesso da técnica anestésica (PAIVA E CAVALCANTI, 2005).

Para Reis (2011) em Odontopediatria o uso do anestésico tópico favorece a relação entre profissional-paciente, fazendo com que diminua o medo e a ansiedade gerados pela anestesia, já que o anestésico tópico se caracteriza pela punção menos traumática da agulha no ato da anestesia local.

2.2.2.2 Anestesia Geral

A anestesia geral ocorre em um hospital, onde a criança é internada e haverá uma equipe médica para aplicar a anestesia, onde a criança ficará inconsciente para que o odontopediatria realize o atendimento (FUCCIO et al., 2003).

A anestesia geral está designada para crianças impossibilitadas de colaborar durante a execução do atendimento utilizando anestesia local, abrangendo crianças com necessidades especiais, pacientes que demonstram limitação física e mental, cardiopatas graves com incomplacência aos estímulos excitatório no decorrer do tratamento, em execuções cirúrgicas extensas que contem patologias e anomalias craniofaciais, acidentes que causam traumas, atendimento odontológico em crianças mais novas e transtorno de conduta manifestado por forte alteração psíquica. Pode ser visto em pacientes que não colaboram, entretanto deve-se analisar antecipadamente a viabilidade da utilização de outras técnicas condicionadoras, de contenções e emprego de medicações pré-anestésicas. (BENGTSON et al., 2006).

2.2.2.3 Óxido Nitroso

O óxido nitroso juntamente com o oxigênio é uma técnica que causa ao paciente um estado pequeno de depressão de consciência que ajuda a cooperação da criança, pois reduz a ansiedade sem que sejam vistos efeitos colaterais importantes. O óxido nitroso demonstra-se como um eficaz agente tranquilizante, causando a prática de um atendimento calmo e agradável. A técnica produz um início de ação e recuperação ágil, possibilitando ao paciente voltar às atividades normais quando a utilização do gás seja terminada. O gás apresenta propriedades inertes ao organismo, o que proporciona cautela ao usá-lo com um pequeníssimo risco à saúde e à vida do paciente. Quando utilizado direito e dentro dos padrões aconselháveis de segurança, o gás apresenta-se como um ótimo aliado no controle de comportamento da criança durante a consulta odontológica (OLIVEIRA, PORDEUS E PAIVA, 2003).

2.2.2.4 Sedação Consciente

Devem-se ter cuidados especiais quanto à prescrição de medicamento em odontopediatria. O medicamento definido pelo profissional deve ser apresentado de uma forma compatível com as necessidades da criança, tendo como preferência formas farmacêuticas de fácil ingestão (forma líquida e sabor agradável) (REIS, 2011).

Segundo Azevedo, 2006 a sedação consciente é geralmente atingida quando se usa fármacos propícios para estimular uma espécie de ansiólise sem modificar a reação do paciente ao estímulo verbal e atingindo muito pouco a função respiratória e cardiovascular. Mesmo que seja claro a segurança da sedação quando se é indicada e a execução da técnica for bem executada, deve ser lembrado que existem crianças com uma variabilidade enorme na fisiologia, mesmo quando se apresentam com idades similares, apresentando uma resposta a medicação com valores preditivos. Seja qual for o medicamento determinado, deve ter um monitoramento e treinamento preparatório da equipe envolvida, e estar preparado

para caso ocorra algo de emergência deixando a disposição de instalações adequadas e equipamentos para ocasionar o suporte ao paciente.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa de campo foi realizada com pais envolvendo crianças atendidas na Clínica Odontológica da Faculdade de Patos de Minas (FPM) no município de Patos de Minas/MG. O instrumento da pesquisa de caráter quantitativo e qualitativo foi um questionário (APÊNDICE A), com perguntas relacionadas à ansiedade e medo das crianças e dos pais frente ao tratamento odontológico.

Foram distribuídos 60 questionários na sala de espera somente para aqueles que se identificaram como pais das crianças que estavam sendo atendidas, destes, apenas 44 foram respondidos. Este trabalho foi realizado no período de julho/2012 a outubro/2012.

Os pais que responderam os questionários foram informados sobre a pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (APÊNDICE B) anexado ao questionário, o qual garantia total anonimato dos pesquisados.

4. RESULTADO

Após analisados os 44 questionários devolvidos pelos pais das crianças que frequentam a Clínica Odontológica da Faculdade de Patos de Minas - FPM, os resultados foram apresentados através de tabelas a seguir. Os valores percentuais foram arredondados, eliminando-se as casas decimais, para melhor compreensão.

A tabela 1 apresenta o percentual das crianças, quanto ao gênero.

Tabela 1: Gênero das crianças

Variáveis	%
Gênero das crianças	
Feminino	50
Masculino	50

A tabela 2 apresenta a distribuição percentual do nível de escolaridade dos pais.

Tabela 2: Escolaridade dos pais

Variáveis	%
Escolaridade dos pais	
Não tem	0
Primeiro Grau	32
Segundo Grau	39
Terceiro Grau	20
Outros	0

A tabela 3 demonstra o percentual dos problemas psicológicos que o atendimento odontológico pode causar nas crianças.

Tabela 3: Expectativa dos pais quanto aos problemas psicológicos

Variáveis	%
Expectativa dos pais quanto aos problemas psicológicos durante o atendimento odontológico	
Sim	25
Não	75

Dados referentes frente ao medo dos pais de ir ao dentista. (Tabela 4)

Tabela 4: Medo dos pais de ir ao dentista

Variáveis	%
Medo dos pais de ir ao dentista	
Nenhum Medo	59
Bastante Medo	2
Pouco Medo	34
Muito Medo	5

Encontra-se na tabela 5, o percentual de como os pais acham que as crianças reagiram aos procedimentos odontológicos passados.

Tabela 5: Opinião dos pais a procedimentos odontológicos passados da criança

Variáveis	%
Opinião dos pais quanto à reação da criança à procedimentos odontológicos passados	
Muito Mal	2
Moderadamente Mal	3
Muito Bem	31
Moderadamente Bem	64

Ansiedade da criança no momento do atendimento odontológico classificada pelos pais. (Tabela 6)

Tabela 6: Ansiedade da criança no momento do atendimento

Variáveis	%
Expectativa dos pais quanto à ansiedade da criança no momento do atendimento	
Alta	5
Moderadamente Alta	18
Moderadamente Baixa	18
Baixa	59

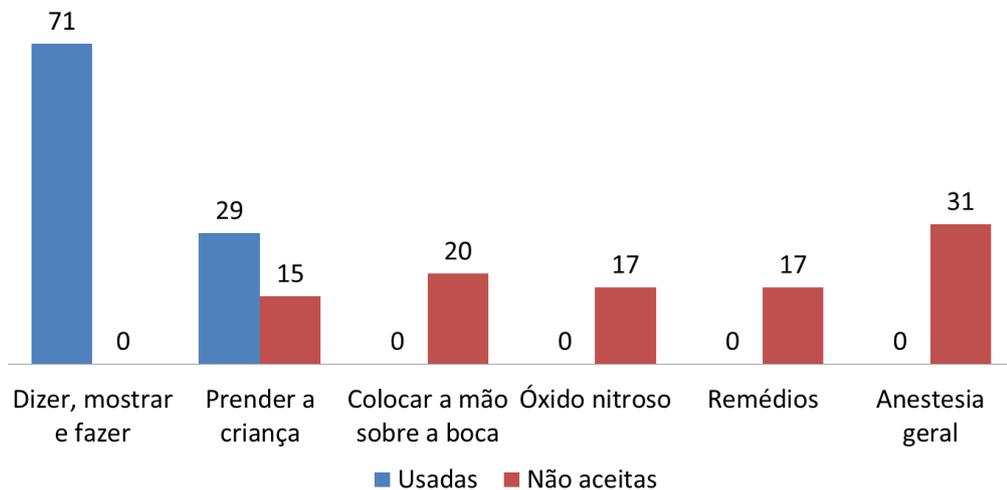
Na tabela 7, demonstra o percentual de crianças que tiveram em contato com alguém que tenha tido uma experiência odontológica desagradável, segundo relato dos pais.

Tabela 7: Contato com alguém que tenha tido experiência odontológica desagradável

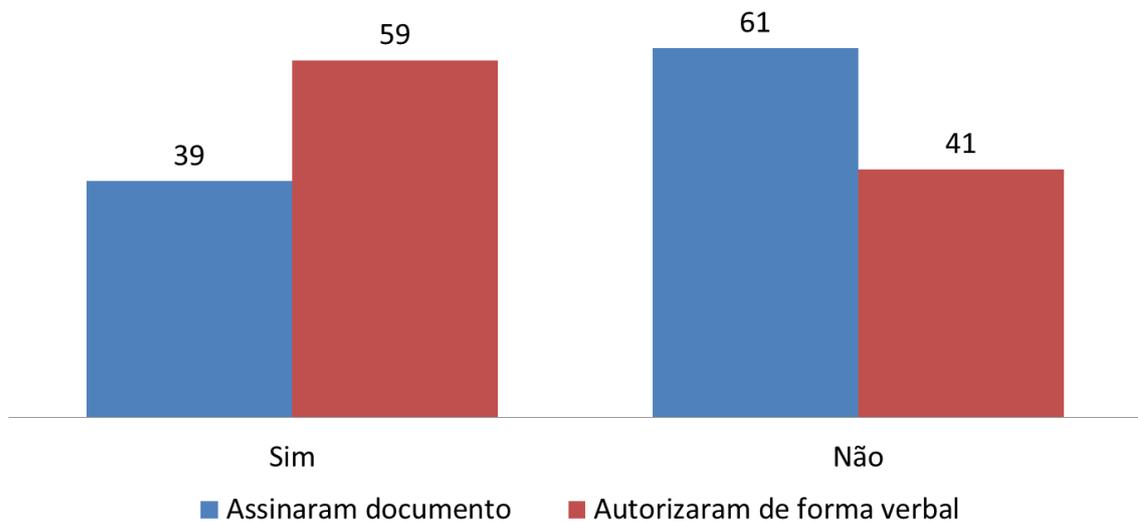
Variáveis	%
Opinião dos pais quanto à criança ter tido contato com alguém que passou por uma experiência odontológica desagradável	
Sim	16
Não	84

No gráfico 1 apresenta o relato dos pais dos métodos que foram usados pelo dentista pra controlar o comportamento da criança, e quais destes métodos não foram aceitos.

Gráfico 1: Técnicas usadas pelo dentista/ Técnicas não aceita pelos pais



O gráfico 2 mostra o percentual em que os pais assinaram algum documento autorizando o dentista a usar algumas das técnicas em seus filhos, e também se autorizaram o tratamento ou técnica de forma verbal.

Gráfico 2: Consentimento do tratamento e uso das técnicas

5. DISCUSSÃO

As atitudes emocionais das crianças, principalmente as demonstrações de seus medos e ansiedades em Odontologia, devem ser compreendidas como uma postura comportamental composta a partir de um triângulo de temperamentos: dos pais, da criança e do dentista. Os medos, ansiedades e expectativas apresentadas pelos pais diante do tratamento dos filhos, refletem na maneira da criança se comportar durante a consulta (REIS, 2011).

A atual pesquisa realizada mostrou que metade das crianças são do gênero feminino (50%) e do gênero masculino (50%). Para Shing; Moraes; Ambrosano (2000), as crianças do gênero feminino apresentam mais medo em relação ao gênero masculino, indicando que as meninas demonstram mais facilmente seus sentimentos.

Nesta pesquisa, a maior parte dos pais (75%) acreditaram que o atendimento odontológico não causaria problemas psicológicos nas crianças, enquanto 25% acreditaram causar problemas. Na pesquisa realizada por Oliveira (2007), 72.5% responderam que o tratamento odontológico não causaria problemas psicológicos nas crianças. Para ele é importante que os pais se sintam entusiasmados e seguros

diante do odontopediatra e saibam das necessidades e influência do atendimento, tanto para a saúde bucal, quanto geral da criança, pois pais motivados compreendem e ajudam com a filosofia do trabalho, incentivando, auxiliando e instruindo seus filhos nas distintas fases do tratamento.

Em relação ao medo dos pais em ir ao dentista, 59% dos pais relataram não sentir nenhum medo, 34% pouco medo, 5% muito medo, e 2% bastante medo. Na pesquisa de Cardoso e Loureiro (2008) 25,5% dos pais das crianças apresentaram alto medo de ir ao dentista. Este autor menciona que os pais devem servir de modelo para a criança, pois o medo e ansiedade dos pais podem influenciar a impressão da criança antes do atendimento, gerando maiores problemas comportamentais da criança durante o tratamento.

Quanto ao conceito dos pais de como seus filhos reagiram aos procedimentos odontológicos passados, a maioria reagiu moderadamente bem (64%), 31% reagiram muito bem, 3% moderadamente mal, e apenas 2% reagiu muito mal, sendo compatível com o dado apresentado por Reis (2011), onde 73% das crianças demonstram um comportamento colaborador. Ele acredita que quando a criança vive uma prática odontológica bem comandada, desfaz o medo do tratamento, condicionando positivamente a criança. Já na pesquisa de Machado et al. (2009), a maioria (86,4%) das crianças mostraram bom comportamento durante o atendimento.

Ao perguntar aos pais o quanto a criança estaria ansiosa no momento do atendimento, 59% relataram baixa ansiedade da criança, 18% moderadamente baixa, 18% moderadamente alta, e apenas 1% com ansiedade alta. Para Reis (2011), quando os pais apresentam boa expectativa ao tratamento que será realizado, a criança irá mostrar-se pouco ansiosa resultando em um comportamento positivo e colaborador.

Na presente pesquisa, os pais relataram que 84% dos seus filhos não tiveram contato com ninguém que teve uma experiência odontológica desagradável, enquanto 16% tiveram contato com alguém que sofreu uma experiência odontológica desagradável. O aparecimento da ansiedade odontológica pode estar associado à aprendizagem e seu o crescimento pode ser pela observação do reconhecimento de uma ideia de que alguém viveu aquela situação desagradável, aonde a criança venha a acreditar que também irá passar por aquilo (CARDOSO E LOUREIRO, 2008).

Quando perguntamos aos pais qual a técnica de manejo comportamental mais usada em seu filho pelo dentista, 71% marcaram a técnica dizer, mostrar e fazer, em seguida 29% respondeu a técnica de contenção da criança. As técnicas: uso de óxido nitroso, colocar a mão sobre a boca, uso de remédios e anestesia geral não foram marcadas. Para Brandenburg e Haydu (2009), e Costa Junior (2002) a técnica dizer, mostrar e fazer, é a mais usada pelos odontopediatras, onde os instrumentais e equipamentos vão ser apresentados para a criança, que está diante do desconhecido, com a finalidade de reduzir o medo e ansiedade perante o tratamento.

A pesquisa realizada avaliou quais técnicas de manejo comportamental não seriam aceitas pelos pais, onde 31% não aceitariam a anestesia geral, que para Bengtson et al. (2006) esta técnica deve ser vista como suplementar para o atendimento odontológico, devendo ser usadas outras técnicas antes de chegar a esta. 20% dos pais não aceitariam colocar a mão sobre a boca da criança, 17% recusaram uso de remédios, 17% uso de óxido nitroso e 15% contenção da criança. Na pesquisa de Fuccio et al. (2003) 98% aceitaram a técnica dizer, mostrar e fazer, 38,8% não aceitariam a técnica mão sobre a boca, 24,5% não aceitaram a contenção ativa, e 42% dos pais disseram nunca aceitar as técnicas de sedação e anestesia geral. Segundo este autor, o principal é ter uma boa relação entre o dentista, o responsável e a criança, pois quando os pais se sentem seguros quanto ao odontopediatra, é comum eles serem um grande aliado para o correto desenvolvimento do tratamento. A melhor maneira para conseguir o consentimento dos pais é explicar técnica que vai ser usada, e que aquela será a melhor opção para a criança naquele momento.

Referente à autorização do tratamento odontológico da criança, 32% assinaram um Termo de Consentimento Livre e esclarecido, enquanto 57% de forma verbal, já nos estudos de Machado et al. (2009), 70,2% o fizeram de forma verbal, quanto apenas 5,3% assinaram um termo de autorização. Para ele os odontopediatras deveriam usar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que os pais participem e sejam comunicados das decisões e responsabilidades frente ao atendimento odontológico. Para Barbosa e Toledo (2003) o dentista junto com os pais/responsáveis devem trocar ideias quanto ao bem estar da criança, e tomada de decisões. O consentimento dos pais/responsáveis deve ser expresso por escrito, entretanto é do odontopediatra a responsabilidade frente ao tratamento.

6. CONCLUSÃO

A visão otimista do atendimento odontológico estabelece melhores comportamentos da criança no tratamento e na sua relação com o odontopediatra. Os pais podem de alguma maneira influenciar nas reações emocionais de seus filhos, pais otimistas filhos mais cooperadores. As técnicas de gerenciamento comportamental devem ser usada pelos dentistas a fim de ajudar a criança a diminuir o medo e a ansiedade, e também para realizar os tratamentos necessários visando a saúde bucal como um ponto importante que não pode ser deixado de lado pelo medo da criança.

Pode-se concluir o quanto é importante que o odontopediatra saiba como e quando utilizar as técnicas de gerenciamento comportamental e saiba avaliar e sensibilizar quanto à dor da criança, agindo de maneira coerente e interpretando cada paciente como um ser individual. Entretanto ainda exige uma maior necessidade de explicação aos pais quanto ao uso das técnicas de gerenciamento e também a autorização para a realização do tratamento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Camila Moraes et al. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, Niterói - Rj, v. 46, n. 2, p.110-115, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

ASOKAN, Dr. Sharath et al. Children's behavior pattern and behavior management techniques used in a structured postgraduate dental program. **J Indian Soc Pedod Prevent Dent**, Chennai, v. 27, n. 1, p.22-26, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2009;volume=27;issue=1;spage=22;epage=26;aulast=Sharath>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

AZEVEDO, Isabelita Duarte. **Controle do Comportamento Infantil: Aferição e Avaliação da Técnica**. . 141 Tese de Doutorado (Doutor em Odontologia - Área de Concentração em Odontopediatria) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BARBOSA, Camila de Sousa e Albuquerque; TOLEDO, Orlando Ayrton de. Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. **Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p.76-82, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://oa.1000grad.com/index.php/Pediatric_Dentistry_jbp/article/view/441>. Acesso em: 10 set. 2011.

BENGTSON, Camila Regina Galvão et al. O uso da anestesia geral em odontopediatria. **Rev Inst Ciênc Saúde**, v. 24, n. 4, p.319-325, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2006/04_out_dez/V24_N4_2006_p319-326.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2011.

BRANDENBURG, Olivia Justen; HAYDU, Verônica Bender. Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. **Psicologia Ciência E Profissão**, Curitiba, v. 29, n. 3, p.462-475, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n3/v29n3a04.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2012.

CARDOSO, Cármen Lúcia; LOUREIRO, Sonia Regina. ESTRESSE E COMPORTAMENTO DE COLABORAÇÃO EM FACE DO TRATAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 1, p.133-141, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a15.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

COSTA JUNIOR, Áderson Luiz. PSICOLOGIA APLICADA À ODONTOLOGIA: UMA INTRODUÇÃO. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, p.67-77, 2002. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v2n2/artigos/artigo5.html>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

FERREIRA, Jainara Maria Soares; ARAGÃO, Ana Karla Ramalho; COLARES, Viviane. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 9, n. 2, p.247-251, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/713/386>>. Acesso em: 17 mar. 2012.

FÚCCIO, Flávia de et al. Aceitação dos Pais em Relação às Técnicas de Manejo do Comportamento Utilizadas em Odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 30, p.146-151, mar./abr. 2003. Disponível em: <http://dtscience.com/index.php/Pediatric_Dentistry_jbp/article/view/459>. Acesso em: 20 set. 2011.

GÓES, Maíra Pê Soares de et al. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-cient.**, Recife, v. 1, n. 9, p.39-44, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/occ/v9n1/a07v9n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

LOPES JUNIOR, César et al. Técnica da mão-sobre-a-boca em odontologia: implicações jurídicas e reflexões bioéticas. **Arq Ciênc Saúde**, Bauru, v. 12, n. 2, p.97-101, abr./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.ricardohenrique.com.br/artigos/ARTIGO%20ARQUIVOSCI%C3%84NCI ASSA%C3%94ADE%20maosobreaboca.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

MACHADO, Monique Santos et al. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, v. 1, n. 21, p.38-47, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2009/v21n1/a006.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

OLIVEIRA, Ana Cristina Borges de; PORDEUS, Isabela Almeida; PAIVA, Saul Martins de. O Uso do Óxido Nitroso como uma Opção no Controle de Comportamento em Odontopediatria. **Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Belo Horizonte, v. 32, n. 6, p.344-350, 2003. Disponível em: <http://www.dtscience.com/index.php/Pediatric_Dentistry_jbp/article/viewFile/484/451>. Acesso em: 10 jan. 2012.

OLIVEIRA, Renata Mesquita e. **Perfil dos Pais Frente ao Atendimento Odontológico na Primeira Infância**. 2007. 77 f. Dissertação de Mestrado

Apresentada Ao Programa de Pós-graduação em Odontologia (odontopediatria) (Mestre em Odontologia (odontopediatria)) - Departamento de Estomatologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/13412>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

PAIVA, Leonardo Costa de Almeida; CAVALCANTI, Alessandro Leite. ANESTÉSICOS LOCAIS EM ODONTOLOGIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA. **Ci. Biol. Saúde**, Ponta Grossa, v. 11, n. 2, p.35-42, jun. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica/article/view/414/417>>. Acesso em: 17 fev. 2012.

POSSOBON, Rosana de Fátima et al. O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO COMO GERADOR DE ANSIEDADE. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p.609-616, set./dez. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a18.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2011.

RAMOS-JORGE, Maria Letícia; PAIVA, Saul Martins. Comportamento Infantil no Ambiente Odontológico: Aspectos Psicológicos e Sociais. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n. 29, p.70-74, jan./fev. 2003. Disponível em: <http://oa.1000grad.com/index.php/Pediatric_Dentistry_jbp/article/view/438>. Acesso em: 10 set. 2011.

REIS, Renata Rocha. **Avaliação de Reações Emocionais em Odontopediatria**. 2011. 81 f. Dissertação Apresentada Ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (Mestre em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/9707/1/2011_JanainaRochaReis.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2012.

SINGH, Kira Anayansi; MORAES, Antonio Bento Alves de; AMBROSANO, Gláucia Maria Bovi. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq Odont Bras**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.131-136, abr./jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1517-74912000000200007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 out. 2011.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

NOME DA CRIANÇA: _____

1. Data de nascimento da criança ____/____/____.

2. Idade da criança (anos e meses):

3. Gênero:

- (1) Feminino
- (2) Masculino

4. Escolaridade do responsável:

- (1) Não tem.
- (2) Primeiro Grau.
- (3) Segundo Grau.
- (4) Terceiro Grau.
- (5) Outros: _____

5. Você acha que o atendimento odontológico pode causar problemas psicológicos na criança?

- (1) Sim
- (2) Não

6. Você tem medo de ir ao dentista?

- (1) Nenhum medo
- (2) Bastante medo
- (3) Pouco medo
- (4) Muito medo

7. Como você acha que seu filho reagiu aos procedimentos odontológicos passados?

- (1) Muito mal
- (2) Moderadamente mal
- (3) Muito bem
- (4) Moderadamente bem

8 Como você classificaria a ansiedade (medo, nervosismo) do seu filho nesse momento?

- (1) Alta (muito nervoso)
- (2) Moderadamente alta
- (3) Moderadamente baixa
- (4) Baixa

9. Seu filho esteve em contato com alguém que tenha tido uma experiência odontológica desagradável?

- (1) Sim
- (2) Não

10. O dentista usou algum destes métodos para controlar o comportamento?

- (1) segurar a criança
- (2) prender a criança para não se mexer
- (3) colocar a mão sobre a boca da criança por causa do choro
- (4) uso de óxido nitroso ("cheirinho")
- (5) uso de remédios para acalmar ou adormecer a criança antes do tratamento
- (6) anestesia geral (tratamento em hospital)

Qual delas você não aceitaria? _____

11 Assinaram algum documento autorizando o dentista a usar algumas das técnicas?

- (1) Sim
- (2) Não

12. Autorizaram o tratamento ou técnica de forma verbal?

- (1) Sim
- (2) Não

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Prezada senhor(a),

Esta pesquisa será realizada com o objetivo de avaliar o medo e ansiedade da criança frente a um atendimento odontológico.

A sua participação não é obrigatória, mas se o senhor(a) quiser participar, seu nome e de seu filho, ou qualquer outra identificação, não aparecerá na pesquisa. Apenas as informações que constam da sua ficha serão usadas. Se você não quiser participar da pesquisa tem todo o direito de recusar, antes, durante ou após as explicações dadas.

Terminada a pesquisa, os resultados, que são de minha inteira responsabilidade, estarão à sua disposição. Também estou à sua disposição para esclarecer dúvidas sobre este trabalho.

Declaro que concordo em participar desta pesquisa por livre e espontânea vontade.

Nome do responsável legal: _____

Data de nascimento / /

Documento de Identidade: _____

CPF nº: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar sempre ao meu lado, pela vida, pela saúde e força para enfrentar os desafios que encontrei no caminho, obrigada por me permitir completar mais esta missão.

Agradeço a minha família pelo amor incondicional e gratuito, pelos olhares confiantes e pelas palavras ditas nas horas certas, obrigada por acreditarem e viver juntos comigo esse sonho. Aos meus pais Eliana e Tarciso e meus irmãos Lucas, Patrícia e Gabriel, vocês são os maiores incentivadores dos meus sonhos.

Aos professores minha gratidão pelos ensinamentos a mim passados, pelas dúvidas esclarecidas, pela amizade e paciência que tiveram comigo, em especial agradeço a minha querida orientadora Ms. Débora Andalécio obrigada por todos os ensinamentos, a sua sensibilidade, carinho, prontidão e respeito me motivaram. A professora de TCC, Nayara sou grata pelo empenho e disponibilidade durante todo o período de elaboração deste trabalho.

Data de entrega do artigo: 13/11/2012