

**FACULDADE DE PATOS DE MINAS  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**LORENE DE SOUSA ROCHA**

**MÉTODOS DE GERENCIAMENTO  
COMPORTAMENTAL**

**PATOS DE MINAS  
2010**

**LORENE DE SOUSA ROCHA**

**MÉTODOS DE GERENCIAMENTO  
COMPORTAMENTAL**

Monografia apresentada à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Graduação em Odontologia.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Débora Andalécio

**PATOS DE MINAS  
2010**

616.314-053.2 ROCHA, Lorene de Sousa

S725m Métodos de Gerenciamento Comportamental/Lorene de Sousa Rocha – Orientadora: Prof. Esp. Débora Andalécio. Patos de Minas/MG: [s.n], 2010.

39p.: il.

Monografia de Graduação - Faculdade Patos de Minas.

Curso de Bacharel em Odontologia

LORENE DE SOUSA ROCHA

## MÉTODOS DE GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL

Monografia aprovada em \_\_\_\_\_ de novembro de 2010, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: \_\_\_\_\_  
Prof. Débora Andalécio  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof. Adriana B.S.P Fernandes  
Faculdade Patos de Minas

Examinador: \_\_\_\_\_  
Prof. Kênya Junqueira  
Faculdade Patos de Minas

Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me ensinaram que uma boa educação e conhecimento são coisas que levarei comigo independente de para onde vá.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a DEUS, pois sem a presença Dele nada seria possível.

Aos meus pais, Geraldo e Evanir, por estar sempre presente me apoiando em cada passo dessa longa jornada.

A professora Débora, orientadora deste trabalho pela paciência, dedicação e pelos ensinamentos que levarei por toda minha vida. Minha eterna gratidão.

Agradeço a Tia Árita, que com prazer colaborou na confecção deste trabalho.

As minhas amigas, Juliana V., Núrya, Juliana B. e Elyene, que compartilharam comigo os momentos de tristeza e também de alegria, nesta etapa, em que, esta sendo vencida.

A professora de TCC, Nayara pelo empenho e disponibilidade durante todo o período de elaboração deste trabalho.

E a todos que contribuíram de uma forma direta ou indireta para a realização desse trabalho.

Se hoje estou concluído o meu curso de Odontologia, com certeza foi com a ajuda de cada um de vocês.

*As crianças são o alicerce do maior edifício: o mundo.*

Silvia Pimentel

## RESUMO

Por meio de uma revisão da literatura, esta monografia buscou apresentar as técnicas de gerenciamento comportamental. Foi discutido a melhor maneira de interpretar o comportamento das crianças prevenindo o medo e ansiedade frente a um tratamento odontológico, o que é comum na prática clínica odontológica infantil. As manifestações de medo e ansiedade tanto das crianças quanto dos pais, quando não controladas pelo cirurgião-dentista, podem causar danos psicológicos na criança e o comprometimento da qualidade do atendimento. Estas situações podem ser minimizadas por meio da construção de uma relação de confiança com o profissional. Para isso, é oportuno, que o cirurgião-dentista conheça e institua estratégias adequadas de controle do comportamento da criança, tendo um conhecimento do desenvolvimento psicológico infantil e também estar apto a lidar com a ansiedade dos pais, favorecendo o estabelecimento de um ambiente propício para se obter sucesso nos procedimentos clínicos propostos.

**Palavras-chave:** Psicologia. Comportamento infantil. Comportamento materno. Métodos de Gerenciamento Comportamental.



## **ABSTRACT**

Through a literature review, this thesis sought to introduce the techniques of behavior management. It was discussed how best to interpret the behavior of children by preventing the fear and anxiety before a dental treatment, which is common in children Clinical practice. The expressions of fear and anxiety for both children and parents, when not controlled by a dentist, can cause psychological damage in children and the impairment of quality of care. These situations can be minimized by building a relationship of trust with the professional. Therefore, it is desirable that the dentist know and establish appropriate strategies to control child's behavior, having a knowledge of child psychological development and also be able to deal with the anxiety of parents, favoring the establishment of an enabling environment for achieve success in clinical procedures proposed.

**Keywords:** Psychology. Child behavior. Maternal behavior. Methods of Behavioral Management.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Interação da criança com a família (mãe), a sociedade e o dentista, conhecimento fundamental para o Odontopediatra.....	16
Figura 2 -	Escala Facial.....	21

# SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
2	<b>A PSICOLOGIA APLICADA A ODONTOPEDIATRIA</b> .....	14
2.1	<b>Relações Humanas</b> .....	15
2.1.1	Relação Cirurgião- Dentista/ Pais.....	15
2.1.2	Relação Cirurgião- Dentista/ Criança.....	15
2.2	<b>Comportamentos que podem ocorrer durante o tratamento</b> .....	16
2.2.1	Medo e Ansiedade.....	17
2.2.2	Interrelação medo e faixa etária da criança.....	19
2.2.2.1	Medos característicos no primeiro ano de idade.....	19
2.2.2.2	Medos característicos no segundo ano de idade.....	19
2.2.2.3	Medos característicos no terceiro ano de idade.....	19
2.2.2.4	Medos característicos dos três até os seis anos de idade .....	20
2.2.2.5	Medos característicos dos seis até os doze anos de idade .....	20
2.2.3	Choro e Birra.....	21
3	<b>MANEJO DA CRIANÇA DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO</b> .....	22
3.1	<b>Técnicas de Gerenciamento Comportamental</b> .....	22
3.1.1	Técnicas não farmacológicas.....	23
3.1.1.1	Distração.....	24
3.1.1.2	Controle de voz.....	24
3.1.1.3	Reforço positivo.....	25
3.1.1.4	Falar , Mostrar, Fazer .....	25
3.1.1.5	Contenção Física.....	26
3.1.1.6	Modelo.....	27
3.1.1.7	Comunicação não verbal.....	27
3.1.1.8	Técnica da mão sobre a boca.....	28
3.1.2	Técnicas Farmacológicas.....	28

3.1.2.1	Anestesia Geral.....	29
3.1.2.2	Sedação Consciente.....	29
3.1.2.3	Óxido Nitroso e Oxigênio .....	30
4	<b>INFLUÊNCIA DA MÃE SOBRE O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E SUA PRESENÇA NA SALA DE CONSULTA.....</b>	<b>31</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem a finalidade de discutir os Métodos de Gerenciamento Comportamental, para a realização de um tratamento odontológico adequado e seguro. É imprescindível que o profissional que atende crianças conheça o desenvolvimento psicológico infantil, seu contexto familiar e tenha o domínio das técnicas de manejo de comportamento como falar-mostrar-fazer, reforço positivo, controle de voz, distração, comunicação não verbal, contenção física e técnica da mão- sobre- a- boca, aplicando-as adequadamente durante o atendimento.

Josgrilberg e Cordeiro (2005) mencionam que as técnicas não farmacológicas para o controle de comportamento são mais benéficas para a criança, possibilitando sua percepção e desenvolvimento sem o risco que as drogas utilizadas para o controle farmacológico carregam. Além disso, tem maior aceitação dos pais, em virtude da mesma não requer o uso de medicação e equipamentos especiais, que deixam os pais bastante ansiosos e receosos.

O medo e a ansiedade odontológica em criança representam um dos maiores problemas em que o odontopediatra encontra para estabelecer uma relação favorável com o paciente durante o tratamento. Outro problema encontrado no consultório são as mães muito ansiosas que interferem no comportamento da criança, tais fatores prejudicam visitas periódicas ao dentista. A falta de cooperação do paciente durante a consulta odontológica pode ser justificada pelo medo e ansiedade transmitida pelos pais, experiências anteriores desagradáveis ou traumáticas ou uma primeira consulta ao cirurgião-dentista mal conduzida.

Assim, para desmistificar o tratamento odontológico e apresentá-lo de maneira positiva, pode se utilizar às técnicas não farmacológicas de controle do comportamento, pois por meio delas, as experiências desagradáveis ocorridas no passado e associações negativas advindas de situações não vividas podem ser reformuladas, conduzindo a criança a uma evolução emocional e adaptação ao tratamento odontológico.

Oliveira, Colares e Campioni (2009) afirmam que as emoções mais observadas no consultório odontológico e as mais preocupantes são o medo e a ansiedade, por desencadearem diferentes tipos de comportamento que interferem

na relação profissional-paciente e por causarem repercussões somáticas indesejáveis para a saúde integral da criança.

Goes et al (2010) ressaltam que o medo e a ansiedade da criança constituem numa significativa barreira para a atenção odontológica, interferindo nos cuidados regulares com a saúde bucal. O primeiro contato é de grande importância para conquistar a confiança da criança, onde não se resume apenas aos cuidados preventivos e a realização de tratamentos de boa qualidade, pois confere a oportunidade de construir a criança, através de consultas sucessivas, um relacionamento positivo com a Odontologia.

Este trabalho tem como objetivo a partir de uma revisão de literatura verificar o comportamento das crianças de acordo com cada idade, para poder prevenir o medo e a ansiedade odontológica e conduzir crianças apreensivas e medrosas ao tratamento odontológico, através das técnicas de controle de comportamento, e também orientar as mães como proceder no consultório odontológico durante o tratamento de seu filho, com a finalidade de diminuir principalmente a ansiedade materna existente frente ao tratamento.

## **2 A PSICOLOGIA APLICADA A ODONTOPEDIATRIA**

O conhecimento de psicologia é essencial para quem lida com paciente infantil. Em decorrência disso, é preciso que o profissional estabeleça um relevante objeto de estudo para que possa estar sempre atualizado em como manejar cada criança, pois o conhecimento é que determina a qualidade do relacionamento profissional - paciente durante o tratamento odontológico.

Conforme, Corrêa e Sanglard (2010), a psicologia aplicada a odontopediatria permite a abordagem da criança de acordo com faixa etária, com isso possibilita a promoção da saúde integral, fazendo com que a criança adquira um vínculo positivo com a Odontologia. Diante do exposto, é necessário que perceba as características individuais de cada criança, para estabelecer um relacionamento satisfatório e permitir um tratamento eficiente.

Para Mastrantonio et al (2004), o conhecimento de princípios básicos de psicologia juntamente com o domínio do profissional sobre as técnicas de manejo de comportamento é de extrema relevância para prevenir os traumas psicológicos relacionados com o tratamento.

Guedes-Pinto, Miranda e Echeverria (2010, p.139) constataram, “que a psicologia de desenvolvimento trabalha não só com as crianças, mas com todo seu processo de desenvolvimento humano durante um determinado período”. Visto que o paciente infantil se encontra em constante mudança e continua em transformação.

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

Por conseguinte, o profissional odontopediatra não se restringe apenas à execução de procedimentos preventivos e curativos, mas inclui também em lidar com problemas comportamentais do paciente, considerando a criança de forma dinâmica, a fase de desenvolvimento em que se encontra e as condições de cada situação.

Queiroz, Freitas e Faria (2005), aconselham que o profissional deve oferecer o desenvolvimento psicológico saudável do paciente buscando conhecer a criança em sua totalidade de modo a exercer a odontopediatria de forma adequada, sem causar danos aos mecanismos emocionais da criança.

## **2.1 Relações Humanas**

### **2.1.1 Relação Cirurgião- Dentista/ Pais**

Guedes-Pinto, Miranda e Echeverria (2010), evidenciam ser necessário realizar uma anamnese bem detalhada com isso, o odontopediatra poderá traçar o perfil psicológico da criança e agir de acordo com os costumes do paciente infantil, sem perder sua característica de trabalho.

Josgrilberg e Cordeiro (2005) asseguram que o profissional deve através dos seus conhecimentos orientar, alertar e conduzir uma relação com os pais transmitindo confiança, pois só assim poderá tratar da criança de forma adequada.

Oliveira et al (2009), relataram que as atitudes das mães possuem grande influência no comportamento da criança, chegando à conclusão que a ansiedade da criança durante o tratamento odontológico está relacionada à da mãe.

Em razão disso, o comportamento do paciente infantil durante o atendimento dependerá da preparação efetiva de seus pais e também da habilidade do profissional em manejar cada criança respeitando sua individualidade.

### **2.1.2 Relação Cirurgião- Dentista/ Criança**

Por meio de fundamentos Ferreira, Aragão e Colares (2009), esclarecem que a base fundamental para uma relação saudável é ter um bom entendimento entre a criança e o profissional. Para que isso ocorra cabe ao odontopediatra observar e compreender as reações da criança, e essa convivência entre a criança e o dentista não deve ser uma relação de imposição, mas de cooperação e respeito.

Guedes- Pinto, Miranda e Echeverria (2010), ressaltam que é preciso ter ciência das necessidades básicas da criança: a afeição, a aprovação, e a autoridade. Para o bom desenvolvimento da criança a afeição e o carinho são fundamentais e aceitar

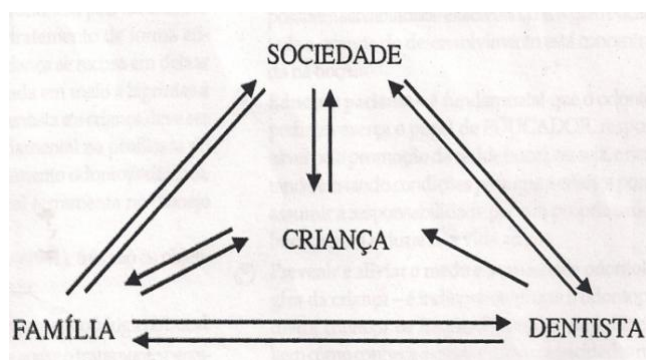


essa criança do seu jeito; o mais importante é que o profissional tenha total controle da situação colocando limites, normas e disciplina. Caso contrário o tratamento acaba sendo desgastante para o paciente e também para o profissional.

Conforme Mastrantonio et al (2004), o profissional deve ter o conhecimento básico da psicologia infantil, segurança e saber impor limites. Com tudo é fundamental ter respeito e paciência com a criança para que ambos possam se adaptar a situação.

Para que a criança tenha um desenvolvimento saudável e adequado dentro do ambiente odontológico, é necessário que haja um estabelecimento de relações positivas entre o profissional e a criança, mostrando o quanto é importante ter uma boca saudável, levando em conta que isso deve ser estabelecido desde os primeiros anos de vida da criança, a fim de que ela se torne um adulto com uma boa saúde bucal.

Klatchoian e Toledo (2005), mencionam que a relação com a criança assume um formato triangular e até multifacetado, pois a criança esta diretamente ligado à mãe e multifacetado, pois a família, a sociedade, até mesmo a mídia (cinema, televisão) atuam indiretamente na relação dentista- criança. (Figura 1).



**Figura 1.** Interação da criança com a família (mãe), a sociedade e o dentista, conhecimento fundamental para o Odontopediatra

**Fonte:** Klatchoian e Toledo (2005)

## 2.2 Comportamentos que podem ocorrer durante o tratamento odontológico

Corrêa e Sanglard (2010) ressaltam que as crianças se forem conduzidas de forma adequada pelo profissional durante o atendimento e ter uma preparação

efetiva por parte de seus pais, comportam de modo satisfatório para a realização dos procedimentos, ou então, algumas vezes devido ao medo e ansiedade e até mesmo a outros inúmeros fatores podem apresentar comportamentos e reações que precisam de especial atenção pelo profissional.

### 2.2.1 Medo e Ansiedade

De acordo com Daniel et al (2008), a interferência do medo e ansiedade odontológica no comportamento infantil, demonstra que a maioria das crianças com medo tem comportamento não colaborador na situação odontológica.

Klacthoian (2002), esclarece que a ansiedade é um estado psíquico em que prevalecem sentimentos ameaçadores por estímulos internos e/ou externos, reais e/ou imaginários, definida como um sentimento vago, desagradável, acompanhada do pressentimento que algo indesejável acontecerá. Portanto a ansiedade é uma resposta a situações nas quais a fonte de ameaça não esta bem definida.

Guedes- Pinto, Miranda e Echeverria (2010), afirmam que o medo é um estado emocional diante do perigo onde a criança ao expressar seus medos pode concretizar uma maneira de pedir ajuda, pois consegue identificar o que está causando este sentimento.

Corrêa e Sanglard (2010), dividiram o medo em: medo objetivo e medo subjetivo, onde o medo objetivo é aquele proveniente de experiências negativas vividas pela criança. Esse tipo de medo pode ser subdividido em objetivo direto e indireto. É direto quando a experiência desagradável foi sofrida pela criança durante o tratamento. O medo objetivo indireto é quando as experiências negativas da criança ocorreram em ambientes semelhantes aos do consultório, por exemplo, médico ou farmácia. O medo subjetivo ocorre a partir de informações de adultos ou crianças maiores e até mesmo quando ouvem falar que alguém foi submetido a uma experiência desagradável em um consultório odontológico e passam a fantasiar sobre elas.

Por conseqüência, o medo leva o individuo a cancelar ou adiar suas consultas odontológicas, agravando sua condição de saúde bucal, onde esse medo pode persistir na adolescência e refletir na vida adulta.

Oliveira et al (2009) ponderam que a ansiedade e/ou medo, estão associados a diversos fatores etiológicos, dentre estes se destacam: experiências passadas

traumáticas, a expectativa de dor, medo manifestado pela mãe ou pessoas próximas, o desconhecido e os aspectos psicológicos.

Para dessensibilizar a criança medrosa, é necessário descobrir a fonte do seu medo. Normalmente o medo decorrente de suas próprias limitações desaparece com a maturidade porque elas acabam se acostumando as experiências que antes as assustavam. (CORRÊA; SANGLARD,2010,p.38)

Decorrente disso, o medo e a ansiedade da criança representam um dos maiores problemas que os profissionais encontram para criar uma relação profissional favorável durante o tratamento, por isso a importância de identificar os fatores causadores do medo.

Rosenblatt e Colares (2004), afirmam que os sintomas associados à ansiedade pode ser manifestados através de náuseas, vômitos, palpitações, tremores, sudorese, dor abdominal, rubor facial.

De acordo com Junior Anderson (2002), o medo pode ser um fator predisponente para comportamentos de esquiva, imobilização motora, enfrentamento onde alguns destes podem interferir diretamente no trabalho cirurgião-dentista.

Góes et al (2010) mencionam que os pacientes com sinais de ansiedade e medo podem ser identificados pelo seu comportamento e pela avaliação e reconhecimento de alguns sinais físicos, como palidez da pele, transpiração excessiva, dilatação das pupilas, sensação de formigamento das extremidades e, inclusive, aumento da pressão arterial.

Assim sendo, é importante que o profissional consiga determinar o diagnóstico diferencial entre uma possível doença de origem sistêmica e repercussão somática de transtorno de origem emocional.

A prevalência de medo/ansiedade pode ser considerada elevada na clínica Odontopediátrica, sendo oportuno que o cirurgião-dentista institua estratégias de controle do comportamento na clínica infantil, favorecendo o estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente e sucesso dos procedimentos clínicos propostos. A construção deste relacionamento não é meramente um procedimento técnico, mas o conhecimento da criança e o tratamento desta como um indivíduo único e com direito ao respeito.(FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009,p.248)

Entretanto, o profissional deve ter o domínio das técnicas de gerenciamento comportamental para poder diminuir o medo e a ansiedade das crianças

estabelecendo uma relação positiva profissional- paciente e obter a realização de um tratamento odontológico adequado e seguro.

Caraciolo e Colares (2004), afirmam que o impacto emocional, os medos e as fantasias causadas pelo tratamento odontológico devem ser considerados pelo profissional, pois a forma pela qual a criança elabora essas idéias podem ser decisivas na reação frente à situação odontológica.

## 2.2.2 Inter-relação medo e faixa etária da criança

Em uma perspectiva mais cognitivista Schachter; Mccauley (apud Klatchoian; Toledo, 2005) classificaram os medos mais significativos de cada faixa etária:

### 2.2.2.1 Medos característicos no primeiro ano de idade

Os medos manifestados no primeiro ano de vida têm como fundamento dois elementos: vulnerabilidade e biologia que são: medo da separação, de estranhos, medo de animais e visita ao médico. Estes medos são baseados na necessidade que o bebê tem em estar próximo da mãe e das pessoas com quem convive.

### 2.2.2.2 Medos característicos no segundo ano de idade

No decurso desse período, a criança pode começar a ter medo do escuro, de ruídos altos, de trovões, do banho, do médico e dentista, ainda persistem no medo da separação e de estranhos. É preciso que os pais ofereçam segurança e limites à criança.

### 2.2.2.3 Medos característicos no terceiro ano de idade

Os medos expressos do terceiro ano de vida são frentes as mudanças, novos ambientes e situações, medo do escuro e de barulhos e ainda o medo de estranhos e da separação materna. Com relação a esse período a criança tem capacidade de fantasiar, confundindo assim, o mundo real com o mundo imaginário. Assim, elas podem enfrentar novas situações sem conseqüências emocionais com o apoio dos pais.

#### 2.2.2.4 Medos característicos dos três até os seis anos de idade

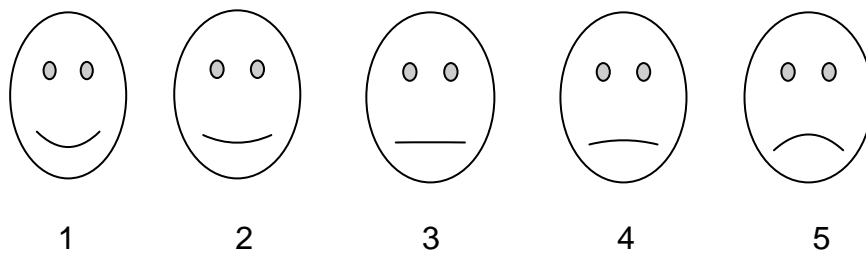
Nesta faixa etária os medos são da perda de controle, medos de animais e monstros, de ter maus pensamentos, do escuro, da perda dos pais, medo de urinar na cama e de ferimentos físicos. Nessa idade, muitas vezes, essas crianças procuram retardar o tratamento devido ao medo de dano corporal e com isso respondem exageradamente ao desconforto diante do tratamento odontológico.

#### 2.2.2.5 Medos característicos dos seis até os doze anos de idade

Nesta faixa etária, a base dos medos está em enfrentar novas situações, da rejeição social e críticas, de chegar atrasado à escola, preocupação com a possibilidade de morte de um dos pais, e também da aparência e da popularidade.

O medo da criança não é pelo dentista, mas pelos materiais usados durante os procedimentos. Tal fato é comprovado por uma pesquisa feita por Daniel et al (2008) com 68 crianças de 4 a 11 anos que realizavam tratamento odontológico na Faculdade de Odontologia (UMESP- Universidade Metodista de São Paulo). O estudo foi realizado na sala de espera, antes da consulta, onde foram mostradas cartelas em ordem aleatória com fotografias de objetos utilizados rotineiramente na clínica de odontopediatria Foto 1: Cadeira Odontológica; Foto 2: Espelho Clínico; Foto 3: Carpule; Foto 4: Seringa Tríplice; Foto 5: Sugador; Foto 6: Baixa Rotação; Foto 7: Perfurador de dique de borracha; Foto 8: Porta grampos ; Foto 9: Pinça Clínica; Foto 10: Isolamento Absoluto com dique de borracha e grampo. Para cada figura a criança escolheu 1 item da escala facial (escala de 1 a 5 com rostos que variam de muito tristes a muito feliz). (Figura 2)

As escalas 1 e 2 foram consideradas com leve medo/ ansiedade, a escala 3 como um modo intermediário de medo/ansiedade e as escalas 4 e 5 como medo/ ansiedade intenso. Os resultados apontaram alguns itens como: cadeira odontológica, espelho clínico, seringa tríplice que causam menor medo ou ansiedade. Entretanto outros itens como: carpule, baixa rotação, perfurador de dique de borracha e isolamento absoluto caracterizam um medo generalizado entre as crianças.



**Figura 2:** Escala Facial  
**Fonte:** Daniel et al (2008)

### 2.2.3 Choro e Birra

Klatchoian e Toledo (2005), argumentam que o choro é um comportamento adaptativo universal, além da mais eficiente forma de comunicação. Então chorar é a principal maneira em que a criança encontra de atrair atenção ou assinalar uma necessidade. Contudo, o profissional deve ampliar suas habilidades e usar mais das técnicas de gerenciamento comportamental para poder facilitar a abordagem da criança que chora.

Nessa mesma perspectiva, Guedes-Pinto et al (2010), afirmam que no consultório odontológico o choro pode ter várias causas como: cansaço, apreensão, birra, medo do tratamento ou do desconhecido, devendo o clínico saber detectar a causa e ter a capacidade de optar qual atitude a ser tomada visando acalmar a criança.

Locatelli (2002) aborda que a birra é provocada quando a criança é decepcionada com algo, sendo uma queixa freqüente dos odontopediatras, apesar de não serem consideradas graves. É quando a criança apresenta um despreparo emocional para enfrentar situações de desconforto, de frustração e que exijam limites.

Guedes- Pinto, Miranda e Echeverria (2010), ressaltam que quando a uma crise de birra a criança chora, grita, xinga, morde, deitam no chão, bate as mãos e os pés, dá socos e pontapés (comportamentos rebeldes e de falta de educação). Por isso é preciso dar muita atenção e carinho para que possamos ajudar a criança, mas ao mesmo tempo apresentar uma conduta firme e calma, mostrando a ela mesmo que xingue, chore o tratamento prosseguirá.

### **3 MANEJO DA CRIANÇA DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Klatchoian e Toledo (2005), argumentam que o primeiro contato com a criança deve ser sempre realizado na sala de espera, levando em consideração os interesses das crianças, devendo ser um momento atrativo e com orientações para a mesma. Recursos tais como revistas, brinquedos, devem ser usados, pois fazem com que a criança se sinta em um ambiente amigável, e ao mesmo tempo possa se ocupar e distrair.

Ainda segundo esses autores, o tempo prolongado na sala de espera, ruídos provocados pelo motor de alta rotação em funcionamento e o som do sugador de saliva são fatores determinantes para que a criança fique em um estado de alerta. Como as crianças têm uma imaginação muito fértil, ela começa a ter fantasias a respeito do que poderá se passar com ela, até mesmo o choro de outra criança que esteja em tratamento pode causar e/ou aumentar o medo, a insegurança e a ansiedade na criança.

Guedes-Pinto, Corrêa e Echeverria (2010), ponderam que na abordagem da criança, o ponto principal é a forma com que nos dirigirmos a ela. Devemos adequar as palavras e o tom de voz, pois quanto mais natural e tranqüila for nossa atitude, mais fácil será essa aproximação e assim poder iniciar o tratamento.

Decorrente disso, este primeiro contato com o paciente tem grande importância com relação à aproximação, e quanto mais íntimo o clínico conseguir se tornar, melhor será esse relacionamento. Nesse contexto o profissional poderá iniciar o tratamento e utilizar as técnicas de manejo de comportamento para que possa realizar consultas de maneira positiva assegurando uma melhor relação dentista/criança.

### **3.1 Técnicas de Gerenciamento Comportamental**

Corrêa e Sanglard (2010), salientam que as opções pelas técnicas de abordagem do comportamento variará de acordo com o critério adotado pelo profissional, que será influenciado por fatores observados durante a anamnese como idade, comportamento da criança e aceitabilidade dos pais.

Nessa perspectiva, Ferreira, Aragão e Colares (2009) apontam que o gerenciamento do comportamento do paciente se faz necessário para viabilizar o atendimento odontológico, de forma a proporcionar segurança à criança e tranquilidade ao seu acompanhante.

Klatchoian e Toledo (2005), mencionam que as técnicas de adaptação do comportamento, baseados em princípios científicos, auxiliam o profissional, mas requerem além do conhecimento algumas habilidades em comunicação, empatia e treinamento.

Junior Anderson (2002), argumenta que as manifestações de medo e ansiedade pela criança poderão ser reduzidas por meio de procedimentos profiláticos ou sejam passos de orientação preventivo usados na rotina de consultas, visando ampliar o campo perspectivo da criança em relação ao tratamento odontológico, independente se a criança foi ao consultório pela primeira vez, ou que já tenha uma experiência prévia.

Sabendo que os profissionais não podem eliminar totalmente o estresse das crianças e dos pais, mas com a ajuda de recursos disponíveis podem orientá-los em como lidar com o mesmo, diminuindo a ansiedade e o medo do paciente infantil.

Várias são as classificações apresentadas na literatura sobre as técnicas de manejo do comportamento, com objetivos bem definidos e semelhantes. Corrêa e Sanglard (2010) classificaram as técnicas de manejo de comportamento em técnicas não farmacológicas que são distração; controle de voz; reforço positivo; falar, mostrar, fazer; contenção física; modelo; comunicação não verbal e técnica da mão sobre a boca e em técnicas farmacológicas como a anestesia geral; sedação consciente; óxido nitroso e oxigênio.



### 3.1.1 Técnicas não farmacológicas

Barbosa e Toledo (2003), afirmam que para desmistificar o tratamento odontológico apresentando de maneira positiva o profissional deve utilizar as técnicas não farmacológicas onde as mais utilizadas são : distração; controle de voz; reforço positivo; falar , mostrar, fazer; contenção física; modelo; comunicação não verbal e técnica da mão sobre a boca. Mas para conseguir sucesso o profissional precisa ter o domínio destas técnicas, aplicando-as adequadamente durante o tratamento.

#### 3.1.1.1 Distração

Josgrilberg e Cordeiro (2005) mencionam que a distração é uma maneira utilizada para desviar a atenção do paciente do que pode ser considerado desagradável por meio da diversão. Para isso pode ser utilizado brinquedos coloridos e interessante, filmes, contar histórias, cantar música, conversas agradáveis, tudo isso a fim de diminuir a tensão da criança.

Junior Anderson (2002) salienta que a distração é um dos procedimentos mais referidos na literatura como potencialmente eficiente, se forem apresentados à criança estímulos suficientemente atrativos e incompatíveis com a tensão psicológica gerada pela situação de consultório e do tratamento odontológico.

Contudo, a distração possui o objetivo de desviar a atenção da criança de estímulos aversivos aos quais ela é vulnerável para elementos agradáveis e mais reforçados, sendo uma técnica indicada para todas as crianças. E para ter sucesso o profissional deve conhecer melhor o universo do paciente, pois assim terá mais elementos para distrair a criança.

#### 3.1.1.2 Controle de voz

Klatchoian (2002) relembra que um controle de comunicação consiste em se alterar o volume, tom e ritmo da voz para que possa direcionar adequadamente o comportamento da criança. Através dessa técnica podemos desviar a atenção da criança que não esta cooperando, demonstrando firmeza e autoridade do profissional para que possa continuar o procedimento proposto.

Portanto essa é uma técnica onde conquistamos a atenção da criança que consiste na forma que o profissional conversa, pois a maneira que irá falar é mais importante que as palavras que serão usadas.

Ferreira, Aragão e Colares (2009), concordam que este tipo de abordagem está indicado para qualquer paciente, especialmente crianças acima de três anos de idade para estabelecer limites. No entanto é contra indicado para pacientes com deficiência auditiva, pois nesse caso é mais indicado e viável a linguagem não verbal.

#### 3.1.1.3 Reforço positivo

Corrêa e Sanglard (2010) apontam que a colaboração do paciente infantil também pode ser alcançada por meio do reforço positivo, que é um método que consiste em recompensar o paciente por comportamentos desejáveis, fortalecendo sua recorrência. A tendência é que ao serem motivadas repitam o comportamento positivo na próxima consulta.

São exemplos de estímulos sociais um elogio, abraços ao final da consulta, sorrir e demonstrar afeto a criança e também a recompensa pode ser através de brinquedos e presentes, porém estes brinquedos não devem servir de suborno e sim como um prêmio pelo bom comportamento.

No entanto, Klatchoian (2002) afirma ser necessário tomar precauções para evitar o reforço negativo que seria repreender e criticar o mau comportamento, pois a criança pode entender a recompensa como um sinal que a consulta será uma experiência ruim, contudo o reforço deve surgir como uma surpresa agradável no final do procedimento odontológico.

#### 3.1.1.4 Falar , Mostrar, Fazer

Segundo Mastrantonio et al (2004) essa é uma técnica essencial utilizada em todas as ciências da saúde sendo adequada para todas as idades especialmente para os pacientes infantis. O objetivo desta técnica é conscientizar e familiarizar a criança em relação aos elementos do consultório odontológico, com isso reduzir o medo e a ansiedade frente a situações desconhecidas, evitando a geração de temores e crenças disfuncionais .

Para Ferreira, Aragão e Colares (2009), este método consiste em explicações verbais sobre os instrumentos e equipamentos que serão utilizados ao paciente durante o tratamento odontológico, utilizando uma linguagem apropriada para o nível do desenvolvimento psicológico do paciente (falar), demonstrar como os objetos funcionam e que reações provocam por meio de aspectos auditivos, visual, olfativo e tátil (mostrar), e finalmente, a execução do procedimento (fazer).

Josgrilberg e Cordeiro (2005) mencionam que é imprescindível que o profissional fale sempre a verdade para construir uma relação de confiança, porém sem explicações excessivas do procedimento ou objeto, o que inclusive é contra indicado. Mentiras ou chantagens implicará a interrupção dos laços de confiança que porventura tenham se estabelecido, e reconquistar a criança é uma tarefa muito árdua, se não impossível. Essa técnica é usualmente realizada na primeira consulta e repetida sempre que procedimentos novos forem iniciados.

#### 3.1.1.5 Contenção Física

Ferreira, Aragão e Colares (2009), alegam que a contenção física é a restrição dos movimentos inadequados da criança para diminuir os riscos de injúria durante o tratamento, melhorando a qualidade do atendimento odontológico. Sendo assim essa técnica poderá oferecer maior segurança e proteção ao paciente e a equipe contra eventuais acidentes, facilitando a execução do tratamento com maior qualidade e precisão. Porém é contra indicado para pacientes cooperativos, quando não consegue obter a imobilização com segurança da criança devido a condições sistêmicas, e em pacientes com experiência negativa previa da técnica.

Josgrilberg e Cordeiro (2005) ponderam que a contenção física é necessária, uma vez que o cirurgião dentista utiliza materiais cortantes podendo causar injúria no paciente em caso de movimentos corporais rápidos e inesperados. Esta restrição facilitará a execução de manobras odontológicas. O mais importante nesse processo é que a posição da criança permita uma boa visibilidade e ponto de apoio adequado para o trabalho do cirurgião dentista e da equipe.

Corrêa e Sanglard (2010) afirmam que o posicionamento da criança pode ser de diversas formas como a imobilização ativa e a imobilização passiva. A imobilização ativa é quando a assistente ou a mãe segura os braços e as pernas da criança, imobilizando seus movimentos, e a mãe pode ser acomodada de diversas

posições, mas de forma a não interferir no espaço de trabalho do profissional. Já a imobilização passiva que tem como objetivo viabilizar a atuação eficaz do profissional e proporcionar conforto ao paciente e para isso existem equipamentos especiais, dentre eles os abridores de boca, maca especial para crianças, pediwrap e papoose bord.

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

No entanto, a contenção física apenas deverá ser realizada em caso de real necessidade e com o consentimento esclarecido dos pais por escrito antecipadamente, pois as contenções podem ser realizadas com a ajuda dos pais.

#### 3.1.1.6 Modelo

Junior Anderson (2002) enfoca que o modelo é um tipo de procedimento no qual a criança assiste a uma demonstração de atendimento odontológico, através de um vídeo, teatrinho, ou até mesmo de uma outra criança que foi submetida a um procedimento odontológico semelhante aquele que será executado nela. Isto é uma maneira de mostrar a criança à conduta apropriada visando à redução do medo e da ansiedade.

Josgrillberg e Cordeiro (2005) asseveram ser necessário muita cautela no momento de escolher a “criança modelo”, pois a criança que serve de modelo deve ter comportamento exemplar para que nela possam ser realizados os procedimentos operatórios. Contudo por meio da observação a criança é capaz de aprender novos e adequados padrões de comportamento.

#### 3.1.1.7 Comunicação não verbal

Mastrantonio et al (2004), consideram a comunicação não verbal uma forma de reforçar o comportamento por meio do contato apropriado, postura e expressão facial. Essa técnica é utilizada em conjunto para melhorar a efetividade de outras técnicas, além de obter e manter a atenção e cooperação do paciente. Destacamos que a comunicação não verbal é estabelecida por sorrisos, simpatias e amabilidade.

As caricias e o abraço são fundamentais para que a criança se sinta amada e acolhida o que apresentará uma maior colaboração durante o tratamento do paciente infantil.

#### 3.1.1.8 Técnica da mão sobre a boca

Correa e Sanglard (2010), afirmam que a técnica da mão sobre a boca é um método de imobilização muito polêmico, dentro das técnicas de abordagem do comportamento uma vez que muitos profissionais defendem seu uso e muitos a criticam.

Barbosa e Toledo (2003), esclarecem que durante a sua realização o profissional coloca sua mão gentilmente, porém firme, sobre a boca da criança com a intenção de abafar o som e possibilitar a comunicação do profissional, deve falar em um tom suave perto do ouvido da criança pedindo a sua colaboração. Quando cessa o barulho o profissional fala para a criança que quando a cooperação for obtida a mão será removida. Contudo esta rotina precisará ser repetida várias vezes até que se obtenha cooperação suficiente para se efetuar um tratamento seguro.

Josgrilberg e Cordeiro (2005) salientam que a técnica da mão sobre a boca não deve ser realizada como uma forma de punição, só deve ser utilizada em última instância quando a criança se recusa a cooperar com o uso de outras técnicas. O profissional apenas deve realizar esse método com o consentimento por escrito dos responsáveis e ter pleno domínio para que não a utilize de forma a gerar qualquer lesão na criança.

Bijella et al (2003), asseguram que esta técnica deve ser utilizada em crianças denominadas normais, saudáveis, capazes de entender e cooperar, mas que estejam resistindo ao tratamento histericamente com acesso de raiva ou agressividade com birra, gritos, movimentos corporais desenfreados, choro sem lágrimas e que se recusa a ouvir o que o profissional esta falando com o intuito de desafiar ou simplesmente não cooperar. Sendo contra indicado em crianças menores de três anos de idade, pacientes especiais, ou que fazem uso de medicação, ou seja, aquelas crianças que resistem por falta de compreensão.

### 3.1.2 Técnicas Farmacológicas

Conforme Ramos-Jorge e Paiva (2003) o manejo farmacológico das crianças inclui a anestesia geral, sedação consciente, e o uso de óxido nitroso. Métodos que podem auxiliar o tratamento diminuindo a ansiedade da criança e permitindo a realização do procedimento, uma vez que a ansiedade pode ser comprometida como um componente importante das reações de não colaboração.

#### 3.1.2.1 Anestesia Geral

Fanganiello (2004) mostra que a anestesia geral deve ser feita por médicos anestesistas em ambiente hospitalar, pois as funções vitais do paciente geralmente são alteradas e o acompanhamento pré, trans e pós-operatório deve ser realizado constantemente.

Corrêa e Sanglard (2010) esclarecem que o paciente apresenta um estado de inconsciência controlada, acompanhado de perda dos reflexos de proteção, incluindo a habilidade de manter a respiração espontânea e responder a estímulos físicos ou comando verbal. Decorrente disso a criança é internada em um hospital onde uma equipe médica irá realizar a anestesia geral deixando ela inconsciente, para que o cirurgião-dentista possa trabalhar com segurança e obter um maior sucesso no tratamento.

#### 3.1.2.2 Sedação Consciente

Corrêa e Amarante (2002) informam que a sedação consciente é um dos métodos usados para controlar a ansiedade, havendo um grau de depressão mínima da consciência na qual a habilidade do paciente em manter pleno funcionamento das vias aéreas não é afetado e nem de responder apropriadamente a estímulos físicos e verbais. Portanto o profissional deverá utilizar a sedação consciente quando a tranquilização verbal não for suficiente para condicionar o paciente. Entretanto, procedimentos mais invasivos ou de longa duração, como traumatismos dentais e cirurgias de implantes, podem requerer o uso de sedação por meios farmacológicos, mesmo no caso de pacientes tranquilos e cooperativos

Possobon et al (2003) ressaltam que a utilização de sedação leve em pacientes odontopediátricos parece reduzir o tempo operatório de cada sessão, proporcionando um menor grau de agitação e choro, aumentando a sonolência e cooperação.

Corrêa e Sanglard (2010) asseveram que a sedação consciente é quando a criança toma drogas ansiolíticas indicados pelo dentista ficando sonolenta durante o atendimento, mas permitindo contato visual e verbal com o profissional.

### 3.1.2.3 Óxido Nitroso e Oxigênio

Fanganiello (2004) ressaltam que a sedação por óxido nitroso e oxigênio é uma técnica de analgesia inalatória com oxido nitroso e oxigênio que tem a finalidade do efeito relaxante para o controle do medo e ansiedade frente ao tratamento odontológico, aumentando assim a segurança do paciente. A analgesia é administrada através de uma máscara nasal desenvolvida para a odontologia e utiliza o gás óxido nitroso (N<sub>2</sub>O) em conjunto com oxigênio provocando leve e estável sedação no paciente. Neste propósito é uma maneira de fazer com que o paciente fique calmo, relaxado e apto a tolerar melhor as situações.

Ainda segundo esse autor o óxido nitroso não é utilizado na odontologia como anestésico, ou seja, ele não elimina o uso da seringa com anestésico local. Porém, seu efeito ansiolítico tranqüiliza e relaxa o paciente removendo a sensação do medo, o que permite um tratamento tranqüilo e sem trauma. Portanto, dependendo do grau de não colaboração da criança o medicamento pode ser pouco eficaz necessitando do emprego concomitante de outras estratégias. Mas cada paciente apresenta uma reação diferente exigindo que a concentração seja obtida de forma individualizada.

Rang et al (2004) considera como contra-indicações de sedação com óxido nitroso e oxigênio pacientes que apresentam doenças respiratórias como asma, bronquite e enfisema devido ao risco de hipóxia. Sendo sua principal indicação para aqueles pacientes que necessitam de cirurgia dentária, para o controle da dor, medo e ansiedade; pacientes com distúrbios físicos e mentais; pacientes com doenças crônicas (cardiopatias e hipertensos); idosos e crianças com maturidade psicomotora que contribuam com procedimentos invasivos.

## **4 INFLUÊNCIA DA MÃE SOBRE O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA E SUA PRESENÇA NA SALA DE CONSULTA**

Ferreira e Colares (2006) mencionam que a permanência dos responsáveis durante a consulta odontológica da criança pode influenciar no controle do comportamento infantil. Um dos pontos que apresentam maior debate entre os odontopediatras, é se durante o atendimento da criança a mãe deve permanecer ou não na sala de consulta. Alguns profissionais preferem que as mães não acompanhem os procedimentos devido à diminuição do ritmo de trabalho, por causa da atenção que deve ser oferecido a ela e outros já preferem sua presença assistindo ao tratamento. Há essa controvérsia, pois a ansiedade materna pode ser um fator de grande influência sobre a ansiedade infantil no consultório odontológico, o que levaria a criança a não cooperar com o tratamento.

Assim, Pesquero et al (2010), evidenciam que o profissional deve sempre avaliar o estado emocional do acompanhante, que na maioria das vezes é a mãe. Isto porque a ansiedade materna afeta o comportamento da criança, que de certo modo, determina o sucesso da consulta odontológica.

Corrêa, Guedes-Pinto e Echeverria (2010) afirmam que sempre que trabalhamos com crianças, corremos o risco de encontrar pais muitas vezes incapazes de entender e compreender algumas atitudes do profissional, por isso eles mostram ser extremamente cautelosos e cuidadosos com seus filhos, estabelecendo um fator de complicação para o tratamento dentário como um todo. E aquelas crianças cujas famílias apresentam problemas crônicos e contínuos, também podem influenciar muito nas atitudes da criança diante do tratamento odontológico.

Meira Filho et al (2009) esclarecem que à ansiedade materna, apresenta uma ligação com o comportamento cooperador da criança, podendo apresentar maior influência do que os traumas psicológicos relacionados com o tratamento, assim as mães além de exercer influência no grau de ansiedade da criança, tem a capacidade de determinar os fatores que causam a não colaboração de seu filho .



Por isso as mães apresentam um importante papel na modelagem do comportamento do filho através da educação, relacionamento e atitudes a eles dispensados. Sendo assim mães muito ansiosas e tensas quanto ao atendimento odontológico, na maioria das vezes, provocam grande ansiedade em seus filhos, ainda que estes nunca tenham passado por experiências desagradáveis ou traumáticas em um consultório odontológico.

Para que a criança não sofra influências que a prejudique, é importante que o profissional seja capaz de entender o comportamento delas diante do atendimento e também de conhecer a ligação afetiva da criança com seus pais, isso através da condução de uma anamnese bem detalhada, para conseguir detectar o problema e conduzir a situação de forma a neutralizar as influências potencialmente negativas.

Não há nada que atrapalhe mais o manejo de uma criança do que uma mãe dar informações incorretas de uma situação, isso poderá levar a criança a desconfiar do cirurgião dentista e temer os procedimentos clínicos. Por isso atitudes inadequadas dos pais poderão facultar o aparecimento de características típicas de comportamento problemático, com reflexos marcantes na clínica odontológica.

Tollara et al (1999) comentam que o fato de a mãe estar presente durante o tratamento odontológico de seu filho e como ela está reagindo frente às intervenções necessárias contribui para o comportamento da criança, e também ocorre o contrário, o comportamento da criança afeta os sentimentos e a conduta da mãe.

Ramos-Jorge e Paiva (2003) consideram a importância da ansiedade infantil na repercussão do tratamento odontológico e a influência da mãe neste contexto, é necessário fazer uma breve explicação para a mãe do que será feito e de como será a abordagem em seu filho, pois assim haverá uma maior aceitação das mães sobre as técnicas de gerenciamento comportamental.

Um estudo realizado por Fuccio et al (2003) analisou a aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo de comportamento utilizadas durante o atendimento odontopediátrico. Foi executado uma pesquisa com 49 pais de pacientes da Clínica de Odontopediatria da Faculdade da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde foi feita a uma exposição áudio-visual correspondente as seguintes técnicas: falar- mostrar- fazer, controle da voz, reforço positivo, modelo, mão- sobre- a- boca , contenção ativa, contenção passiva, sedação e anestesia geral. Foi observado que as técnicas mais aceitas foram: falar-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, modelo. Já as técnicas mão-sobre-a-boca , contenção ativa, contenção passiva,

sedação e anestesia geral foram menos aceitas pelos pais. Mesmo com a desaprovação de algumas técnicas, muitos pais mostraram ser passíveis de aceitar se o uso fosse realmente necessário. Esse resultado revela que o mais importante é uma relação de confiança entre o profissional, os pais e o paciente.

Machado et al (2009), mostram que o comportamento da mãe tem influência na criança. Este fator há que se investir fortemente em orientar as atitudes dos pais durante o tratamento, sendo necessário esclarecer aos pais em relação aos procedimentos a que seus filhos serão submetidos, sanar suas dúvidas e deixar claro para eles a necessidade do uso das técnicas de manejo de comportamento.

Tollara et al (1999) salientam que as orientações fornecidas as mães a respeito do que poderá ocorrer durante as consultas como a birra, o choro, movimentos de pernas e braços são sempre necessárias para estabelecer um relacionamento de confiança e segurança com o profissional, com a finalidade de diminuir principalmente a ansiedade materna existente frente ao tratamento odontológico de seu filho e para isso cabe ao profissional apresentar as opções de tratamento explicando para a mãe e conseguir conquistar a sua confiança para realizar um tratamento na criança com sucesso.

Portanto as orientações devem ser passadas e enfatizadas as mães antes do início do tratamento explicando as possíveis reações das crianças, e as Técnicas de Gerenciamento Comportamental que podem ser necessárias durante o tratamento, mas ao mesmo tempo preparando favoravelmente as reações maternas.

Alguns autores como Corrêa, Guedes-Pinto e Echeverria (2010), acreditam ser melhor que a mãe não acompanhe o tratamento da criança, quando os mesmos forem incapazes de colaborar com o cirurgião dentista, e a criança na presença da mãe em geral colabora menos.

Ferreira, Aragão, Colares (2009) redigiram que durante a primeira infância, como as crianças menores de três anos de idade é normal à tensão que pode envolver o tratamento odontológico, sendo melhor a presença da mãe na sala de consulta, pois nesta fase de desenvolvimento, a separação física da mãe causa muito sofrimento, muitas vezes impedindo a colaboração da criança. Portanto nesses casos pode permitir que a mãe acompanhe o tratamento, pois isso faz com que a criança se sinta mais segura.

Corrêa, Guedes-Pinto e Echeverria (2010), ponderam que quando as mães entram no consultório devem ser bem preparadas, para não falar muito, uma vez

que a criança ao receber ordens diferentes não sabe a quem obedecer, não deve demonstrar ansiedade diante das diferentes manobras técnicas, pois se demonstrar ansiedade, esta será imediatamente captada pela criança, provocando problemas maiores.

Caso a mãe fique presente na sala de consulta devemos explicar a ela que não deverá falar com a criança, nem com o cirurgião-dentista, a menos que se peça, não deverá dar a mão para a criança nem olhar com expressão assustada.

Quando os pais solicitam entrar na sala de consulta no momento do procedimento, o melhor a ser feito é permitir a sua entrada, no entanto avisar a eles das regras que devem ser seguidas e que, caso a cooperação da criança piore, eles serão convidados a se retirarem. Quando for solicitado que a mãe fique na sala de espera isso deve ser feito de forma educada e bem argumentada para não provocar nela qualquer desconfiança.

Contudo, é conveniente orientar os pais ou responsáveis quanto à forma de atendimento que será realizado em seu filho, e caso a criança queira saber mais detalhes sobre o tratamento que estes devem ser dados sem entrar na intimidade de assuntos que possam provocar dúvidas e fazer com que estas criem fantasias a respeito do que poderá se passar com ela.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir, que para ter sucesso durante o atendimento odontológico infantil, é necessário adquirir uma relação de confiança entre o profissional, criança e o responsável.

O paciente infantil muitas vezes devido ao medo e ansiedade podem apresentar comportamentos não colaboradores, sendo que a ansiedade materna é o principal fator de reações negativas da criança. No entanto é necessário oferecer explicações aos pais sobre a forma do tratamento que será executado. Por isso é de extrema relevância que o odontopediatra tenha um conhecimento da psicologia infantil e deve estar apto a aplicar as técnicas de manejo no paciente para utilizá-las de forma adequada respeitando o paciente como um todo.

Não há como determinar qual será a melhor técnica a ser empregada pelo profissional, pois cada criança apresenta suas características e passam por diferentes experiências, sofrendo várias influências do meio em que vivem, o que pode alterar seu comportamento. Portanto o cirurgião dentista deve ter sensibilidade suficiente para compreender as reações das crianças, e agir de modo adequado, com carinho, firmeza e segurança.

## REFERÊNCIAS

BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO, O. A. Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. **J Bras Odontopediatric Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.76-82, jan./fev. 2003.

BIJELLA, M. F. T. B. et al. A Utilização da Técnica da Mão Sobre a Boca (MSB) em Odontopediatria- Revisão de Literatura. **J Bras Odontopediatric Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.30, p.163-169, mar./abr. 2003.

CARACIOLO, G.; COLARES, V. Prevalência de medo e/ ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. **Rev. Odonto Ciência**. 2004; ano 19, nº 46, p. 348-353.

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

COGO, K. et al. Sedação Consciente Com Benzodiazepínicos Em Odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. Ano 18, nº 2, p.181-188, maio /ago. 2006.

COLARES, V. et al. Medo e/ou Ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista. **Arquivos em odontologia** 2004; ano 40; p. 001 -110.

CORRÊA, M. S. N. P.; AMARANTE, E. C. O uso da sedação consciente como técnica coadjuvante no manejo do comportamento. In: CORRÊA, M. S. N. P.(Org) **Sucesso no atendimento Odontopediátrico. Aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002. Cap.52. p. 561- 570.

CORRÊA, M. S. N. P.; GUEDES- PINTO, A. C.; ECHEVERRIA, S. Influências Familiares e Conselhos aos Pais. In: GUEDES- PINTO, A. C.(Org) **Odontopediatria**. 8. ed. São Paulo: Santos, 2010.

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

DANIEL, T. S. et al. Percepção do paciente infantil frente ao ambiente odontológico. **Odontologia Clínico- Científica**. Recife, ano 7, nº 2, p.129-132, abr/jun. 2008

FANGANIELLO, M. N. G. **Analgesia inalatória por óxido nitroso e oxigênio**. São Paulo: Artes Médicas, 2004. 168p.

FERREIARA, J. M. S.; ARAGÃO, A. K. R.; COLARES, V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de literatura. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, ano 9, nº 2, p.247-251, maio/ago. 2009.

FERREIRA, A. M. B.; COLARES, V. A. Participação do acompanhante durante o atendimento odontológico da criança nos serviços públicos na cidade do Recife. **Rev Ibero-Am Odontopediatr Odontol Bebê**, ano 9, nº 47, p.30-8, 2006

FÚCCIO, F. 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.

GÓES, M. P. S. et al. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-Cient.** Recife, ano 9, nº 1, p. 39-44, jan./mar. 2010.

GUEDES- PINTO, A. C.; CORRÊA, M. S. N. P.; ECHEVERRIA, S. Manejo da Criança no Consultório. In: GUEDES- PINTO, A. C. (Org) **Odontopediatria**. 8. ed. São Paulo: Santos, 2010.

GUEDES- PINTO, A. C.; MIRANDA, I. M. A. D. ; ECHEVERRIA, S. Princípios da Psicologia e sua Relação com a Odontopediatria. In: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 8 ed. São Paulo: Santos, 2010.

JOSGRILBERG, E. B.; CORDEIRO, R. C. L. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. **Odontologia clínico- científica**. Recife, ano 4, nº 1, p. 13- 19, jan/ abr. 2005.

JUNIOR ANDERSON L. C. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. 2002; ano 2, p. 67-77.

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

KLATCHOIAN, D. A.; TOLEDO, O. A. Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Premier , 2005.

LOCATELLI, C. **Agressividade infantil: relax e reprogramação emocional para crianças**. São Paulo: Sucesso. p.110. 2002.

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

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

MEIRA FILHO, M. M. O. et al. **Atendimento odontológico da criança: percepção materna**. Porto Alegre, v.57, n.3, p.311- 315, jul. /set. 2009.

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

POSSOBON, R. F. et al. O Comportamento de Crianças Durante Atendimento Odontológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília; V.19, n.1, p.059 – 064, Jan/Abr. 2003.

QUEIROZ, A. M.; FREITAS, A. C.; FARIA, G. Anamnese e exame clínico em Odontopediatria . In: Assed S. **Odontopediatria** . Bases científicas para a clínica. São Paulo: Artes médicas, p. 1- 26, 2005.

RANG, H. P. et al. **Farmacologia**. 5 ed. São Paulo: Elsevier; 2004. p. 574- 586.

RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M. 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

ROSENBLATT, A.; COLARES, V. As emoções da criança Pré- escolar no Consultório Odontológico- uma Abordagem Psicossomática. **Rev Ibero-am Odontopediatria e Odontologia do Bebê**. Curitiba. Ano 7, nº 36, p. 198- 203, 2004.

PESQUERO, L. C. O. et al. Reação da mãe diante do atendimento odontológico de seu filho. **RBM - Revista Brasileira De Medicina**. p.199-207. 2010.

POSSOBON, R. F. et al. O Comportamento de Crianças Durante Atendimento Odontológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, V.19, n.1, p.059 – 064, Jan/Abr. 2003.

TOLLARA, M. N. et al. Comportamento Materno Frente ao Tratamento Odontológico na Primeira Infância em Ambientes de trabalho Distintos \_ Publico e Privado. **Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, Curitiba. Ano 2 . nº 10. 1999, p. 425-431.