

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIDADE DE ENSINO SUPERIOR DOM BOSCO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

LUCIANE AZEVEDO MACHADO

**CONDICIONAMENTO COMPORTAMENTAL INFANTIL EM ODONTOPEDIATRIA,
COMO ABORDAR?**

São Luís

2020

LUCIANE AZEVEDO MACHADO

**CONDICIONAMENTO COMPORTAMENTAL INFANTIL EM ODONTOPEDIATRIA,
COMO ABORDAR?**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Cadidja Dayane Sousa do Carmo

São Luís

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Centro Universitário – UNDB / Biblioteca

Machado, Luciane Azevedo

Condicionamento comportamental infantil em odontopediatria, como abordar? . / Luciane Azevedo Machado. __ São Luís, 2020.
42f.

Orientador: Prof^ª. Dr. Cadidja Dayane Sousa do Carmo.

Monografia (Graduação em Odontologia) - Curso de Odontologia –
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco –
UNDB, 2020.

1. Odontopediatria. 2. Psicologia Infantil. 3. Comportamento infantil.
I. Título.

CDU 616.314-053.2

LUCIANE AZEVEDO MACHADO

**CONDICIONAMENTO COMPORTAMENTAL INFANTIL EM ODONTOPEDIATRIA,
COMO ABORDAR?**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco - UNDB como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em 23/07/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Cadidja Dayane Sousa do Carmo (Orientadora)
Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco

Prof. Ma. Thatyla Silva Linhares
Mestra em Odontologia e Especialista em Odontopediatria

Prof. Esp. Ana Carolina Mendes Pinheiro
Especialista em Odontopediatria

“À minha querida amiga Ananda Brasil (*in memoriam*). Tivemos tão pouco tempo juntas, mas saiba que você sempre estará em meu coração”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por guiar os meus passos e me conceder saúde e força para superar todos os obstáculos.

Aos meus pais, pelo incentivo à minha profissão e à minha vida acadêmica, pelo amor incondicional e pela alegria que demonstram com as minhas conquistas. À minha mãe, que sempre foi minha força e meu espelho! Ao meu pai que sempre fez o maior esforço para que nada faltasse para mim, e mesmo diante de dificuldades eu conseguisse terminar minha graduação.

Aos meus pacientes da graduação por terem confiado a mim a sua saúde bucal, o que me proporcionou conhecimento e prática.

Aos meus professores pelo comprometimento e por compartilharem seus conhecimentos e experiências.

À professora Cadidja do Carmo, pela orientação, carinho e dedicação com que me conduziu neste trabalho. O seu amor pela profissão me inspira e me impulsiona na caminhada. Minha profunda admiração.

RESUMO

O perfil comportamental infantil pouco colaborativo no tratamento odontológico, pode ser gerado pelo medo e ansiedade dentais, o que, conseqüentemente, pode interferir no tratamento odontopediátrico. Nesse sentido, o/a odontopediatra deve dispor de diferentes abordagens de condicionamento não farmacológico capazes de proporcionar positivos resultados no atendimento infantil. Diante disso, a presente revisão de literatura tem como objetivo descrever as principais abordagens não farmacológicas de condicionamento do comportamento infantil no atendimento em Odontopediatria. Para isso, foram realizadas buscas de estudos publicados na mesma temática e indexados nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) e Google Acadêmico, sendo utilizadas as seguintes palavras-chave na referida busca: Fear and Anxiety (Medo e ansiedade); Child Behavior (Comportamento infantil); Pediatric Dentistry (Odontopediatria); Psychology, Child (Psicologia Infantil). Diferentes abordagens de comportamento infantil estão disponíveis ao cirurgião-dentista ou odontopediatra, tais como as técnicas de dessensibilização, distração, dizer-mostrar-fazer, modelagem, controle de voz, reforço positivo, estabilização protetora e outras. Diante disso, é importante que o profissional tenha conhecimento das referidas técnicas para que assim se promova um atendimento clínico adequado, seguro e livre de impactos negativos em comportamentos futuros e na própria condição de saúde bucal da criança, considerando-se sempre os esclarecimentos dos pais e/ou responsáveis e autorização prévia destes.

Palavras-chave: Comportamento infantil. Odontopediatria. Psicologia infantil.

ABSTRACT

The negative child behavior in dental treatment can be generated by dental fear and anxiety, which, consequently, can interfere with pediatric dental treatment. In this sense, the pediatric dentist must have different non-pharmacological conditioning approaches capable of providing positive results in child care. Therefore, the present literature review aims to describe the main non-pharmacological approaches to conditioning children's behavior in pediatric dentistry. For this, searches for studies published on the same theme and indexed in the databases were carried out: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed) and Google Scholar, using the following keywords in that search: Fear and Anxiety (Medo e ansiedade); Child Behavior (Comportamento infantil); Pediatric Dentistry (Odontopediatria); Psychology, Child (Psicologia Infantil). Different approaches to child behavior are available to the dental surgeon or pediatric dentist, such as desensitization, distraction, tell-show-do modeling, voice control, positive reinforcement, protective stabilization and other techniques. It is important that the professional has knowledge of the aforementioned techniques in order to promote an adequate, safe and free of negative impacts on future behaviors and on the child's oral health condition, always considering the explanations of the parents and / or responsible and their prior authorization.

Key-words: Child Behavior. Pediatric Dentistry. Psychology, Child

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 METODOLOGIA	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 O desenvolvimento cognitivo e o comportamento infantil	12
3.2 Prevalência e fatores envolvidos na ansiedade e medo dental infantis	13
3.3 O impacto da ansiedade e medo dental infantis	14
3.4 Instrumentos de avaliação da ansiedade e medo dental em crianças	16
3.5 Abordagens não farmacológicas do comportamento infantil	17
3.5.1 Dessensibilização.....	17
3.5.2 Distração.....	18
3.5.3 Dizer-Mostrar-Fazer.....	18
3.5.4 Modelagem.....	19
3.5.5 Controle de voz.....	19
3.5.6 Reforço positivo.....	20
3.5.7. Estabilização protetora.....	20
3.6 O papel do cirurgião-dentista na abordagem comportamental infantil	21
3 CONCLUSÃO	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE	28

1 INTRODUÇÃO

Conceitualmente, a ansiedade pode ser entendida como uma emoção relacionada a algo que está no futuro, que envolve respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais em situações de ameaça e perigo (CLARK e BECK, 2012). O medo, por sua vez, caracteriza-se por uma reação imediata de alarme com características de ação de luta ou fuga a algo presente no momento e que seja antagonico, hostil (CRASKE *et al.*, 2009).

Assim, a ansiedade dental é um estado de apreensão inconsciente a algo desconhecido e muito ruim, previsto a acontecer no atendimento odontológico, podendo ser manifestada com distúrbios vísceromotores e tensões musculoesqueléticas. Já o medo dental corresponde a uma reação emocional consciente a um ou mais estímulos conhecidos e específicos às situações e/ou objetos odontológicos, podendo se manifestar com diferentes gradações desde a dificuldade de realização do tratamento até a impossibilidade de sua realização (RUBIN *et al.*, 1988).

O medo e a ansiedade são frequentemente presentes nos atendimentos odontopediátricos, podendo ser motivo para o não comparecimento ao consultório, com conseqüente piora na condição bucal dos pacientes e necessidade de tratamentos mais difíceis, complexos e demorados (SHIM *et al.*, 2015). Nesse sentido, a ansiedade dental pode predizer uma pior condição bucal com maiores experiências de cárie dentária e suas complicações como infecções dentárias, até o impacto negativo na qualidade de vida familiar (COXON *et al.*, 2019).

Estudos apontam que em torno de 10 a 20% da população adulta de países industrializados ocidentais apresentam histórico de ansiedade dental, muitas vezes com relato de desenvolvimento inicial no decorrer da infância. Os dados de prevalência do medo dental na infância podem variar de 3% a 43% em diferentes populações, de acordo com variáveis culturais ou metodológicas inerentes ao desenvolvimento dos estudos (SHIM *et al.*, 2015).

O ambiente dos consultórios odontológicos pode ser considerado como fator desencadeador da ansiedade e do medo dental, desde a interação entre os próprios pacientes, a visão dos materiais e instrumentais odontológicos, o comportamento de outros pacientes durante o atendimento e o tempo na sala de espera (FELIX *et al.*, 2016).

São múltiplos os fatores que podem desencadear a ansiedade e o medo dental, o que exige, conseqüentemente, uma proposta de manejo comportamental múltipla, muitas vezes com associação de técnicas para o alcance de um adequado atendimento odontológico, com intervenções psicoterapêuticas, intervenções farmacológicas ou uma combinação destas, de acordo com a experiência do profissional, grau de ansiedade dentária, características da criança e suas necessidades clínicas (APPUKUTTAN, 2016).

Neste sentido, o manejo do medo e da ansiedade infantis pode ser considerado um dos principais desafios no atendimento odontopediátrico, tanto para o paciente e seus responsáveis como também para a equipe de profissionais (ROBERTSON *et al.*, 2019).

Assim, previamente à aplicação de técnicas de condicionamento comportamental, o profissional deve realizar correta avaliação da criança, com identificação da presença e do nível de ansiedade ou medo (APPUKUTTAN, 2016) para uma escolha cuidadosa e responsável, dentre as técnicas farmacológicas (MALLAMED, 2012) e não farmacológicas (GOETTEMS *et al.*, 2016), de acordo com as necessidades de cada criança.

Estudos reunidos em revisão sistemática destacam o efeito positivo de intervenções não farmacológicas na diminuição da dor, angústia e ansiedade infantil (GOETTEMS *et al.*, 2016), além do baixo custo destas técnicas (WENTE, 2013) e que, apesar da capacidade inata de alguns profissionais em lidar com crianças, é imprescindível o conhecimento das técnicas de condicionamento comportamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o cirurgião-dentista e seu paciente, com conseqüente sucesso do tratamento odontológico (GOETTEMS *et al.*, 2016).

Considerando as particularidades de diferentes técnicas não farmacológicas de condicionamento comportamental, entende-se que seja relevante para o cirurgião-dentista conhecê-las para, então, realizar a escolha da técnica mais adequada de acordo com as características e necessidades da criança. Deste modo, a partir dos resultados positivos disponíveis na literatura sobre a aplicação de técnicas não farmacológicas como manejo comportamental em Odontopediatria, entende-se como salutar o conhecimento destas técnicas e de sua importância no atendimento odontopediátrico.

Assim, o presente trabalho de revisão de literatura tem como objetivo descrever as principais abordagens não farmacológicas de condicionamento do comportamento infantil no atendimento em Odontopediatria.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura com a descrição de condutas não farmacológicas de manejo comportamental infantil e o seu impacto na qualidade do atendimento em Odontopediatria.

Para a presente elaboração foram realizadas buscas de estudos publicados na mesma temática e indexados nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) e Google Acadêmico, sendo utilizadas as seguintes palavras-chave na referida busca: Fear and Anxiety (Medo e ansiedade); Child Behavior (Comportamento infantil); Pediatric Dentistry (Odontopediatria); Psychology, Child (Psicologia Infantil).

Foram incluídos os estudos publicados em inglês e português, sem limitação temporal de publicação. Priorizaram-se os tipos de estudos de maior relevância científica como ensaios clínicos e revisões sistemáticas, considerando-se também as publicações científicas do tipo literatura cinza.

Foram excluídos os estudos que abordavam exclusivamente o manejo farmacológico do comportamento infantil, os estudos relacionados ao manejo da ansiedade de pacientes adultos no consultório odontológico, assim como os estudos relacionados com o paciente infantil, mas com condutas desenvolvidas em âmbito hospitalar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O desenvolvimento cognitivo e o comportamento infantil

Para a compreensão do comportamento da criança é importante que sejam consideradas as etapas do desenvolvimento cognitivo infantil. Para isso é imprescindível que o/a odontopediatria conheça as possibilidades de comportamento infantil e as particularidades inerentes a cada faixa etária das crianças, amplificando e trazendo melhorias no tratamento odontológico e evitando o desenvolvimento da ansiedade e medo dental (LIMA *et al.*, 2016).

O desenvolvimento mental humano se dá desde o nascimento do bebê até a idade adulta, com uma série de processos de evolução mental com características constantes e próprias de todas as idades e que garantem o reconhecimento do seu grau de desenvolvimento intelectual (FERRACIOLI, 1999).

Assim, de acordo com Piaget (1976), o desenvolvimento cognitivo infantil pode ser dividido em quatro estágios, com a caracterização específica do conhecimento e do raciocínio da criança em cada um deles: sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal.

O estágio sensório-motor (0 a 2 anos de idade) ou também conhecido como pré-verbal é período em que o bebê descobre seu próprio eu. Entretanto, no início, o bebê não diferencia o seu "eu" e o ambiente, sendo o seu corpo o centro de sua atividade e afeto. Aos dois anos, a criança apresenta um desenvolvimento de sentimentos afetivos, com seu comportamento influenciado por essas novas habilidades e suas escolhas sendo motivadas por seus sentimentos (PIAGET, 1981).

O estágio pré-operatório (2 a 6-7 anos de idade) quando a criança possui a capacidade de simbolizar e então surge uma capacidade de representação mais elaborada de suas experiências afetivas que podem ser recordadas. A criança passa a fantasiar e imitar tudo aquilo que vê, com um comportamento mais estável e consistente (PIAGET, 1981).

O estágio operatório concreto (7 a 11-12 anos) é quando a criança começa a lidar com conceitos como números, substâncias, volumes e pesos, com sua atividade cognitiva se tornando operatória. Esse período coincide com o início do ensino fundamental e a criança começa a ter discernimento para responder fazendo

comparações mediante a ação mental, ou seja, sem precisar medi-las usando a ação física (PIAGET, 1998).

O estágio operatório formal (11 a 15-16 anos) no qual o indivíduo começa a ter raciocínio lógico e sistematicamente, onde as deduções lógicas podem ser feitas sem apoio de objetos concretos, tendo a capacidade de diferenciar, de hipotetizar, formando conceitos sem a necessidade de experiências diretas. É um período caracterizado pelos sentimentos idealistas e pela organização da personalidade. O adolescente apresenta um raciocínio parecido com o dos adultos, mas isento da capacidade de julgar/avaliar os acontecimentos (PIAGET, 1981).

Assim, diante de cada estágio e suas características, é imprescindível que sejam de conhecimento da equipe de profissionais em Odontopediatria, para a adequada aplicação de técnicas de condicionamento comportamental de acordo com o desenvolvimento cognitivo infantil.

3.2 Prevalência e fatores envolvidos na ansiedade e medo dental infantis

O medo e ansiedade dental estão relativamente associados a acontecimentos ocorridos em indivíduos em fase de crescimento e relacionados a sentimentos de experiências negativas no âmbito do consultório odontológico (DAHLANDER *et al*, 2019).

Um estudo aninhado a uma corte de nascimentos de base populacional de Pelotas, Brasil, com amostra de 1.129 crianças de 5 anos de idade, por meio de questionário respondido pelos pais/responsáveis pela criança, apresentou uma prevalência de medo dental de 16,8%, sendo este maior em crianças de menor renda familiar e de maior a gravidade da cárie dentária. Além disso, as crianças que nunca visitaram o consultório odontológico e aquelas que frequentemente apresentaram dor em algum dos seus dentes foram associadas positivamente à maior prevalência de medo dental (TORRIANI *et al.*, 2014).

Um estudo desenvolvido com 416 crianças brasileiras de 5 a 7 anos de idade, por meio de entrevista com os pais e/ou responsáveis e de exame odontológico para avaliação de cárie dentária, a prevalência de ansiedade dental no início do estudo foi de 16,2% e de 19,8% no decorrer do acompanhamento. A ansiedade dental foi relacionada ao consumo de medicamentos de forma crônica, presença de cárie dentária e ansiedade dental dos pais. Os autores destacam a importância da

identificação da ansiedade dental e de seus fatores associados, para uma adequada intervenção (SOARES *et al.*, 2017).

Um estudo transversal avaliou a prevalência de fatores associados ao medo em crianças de 20 escolas públicas e privadas com idade entre 8 e 12 anos, em uma pequena cidade do sul do Brasil apontou um predomínio de 24,6% de crianças com medo dental, sendo um problema detectado geralmente em idade escolar, com crianças de contexto socioeconômico menos favorecido, com experiência de cárie dentária e que nunca visitaram o consultório odontológico apresentando maior medo dental (SILVEIRA *et al.*, 2017).

Resultados de estudo realizado com 810 crianças na Turquia, entre 6 e 12 anos de idade, apontam diferenças de medo e ansiedade dental de acordo com a idade e sexo, com escores mais altos em crianças de 6 a 8 anos de idade, em meninas e crianças com maior número de lesões de cárie dentária. Além disso, neste contexto de medo e ansiedade dental, as crianças apresentaram fortes preferências pela aparência do profissional, quando não usam equipamento de proteção individual, como máscara e óculos de proteção e na presença de vestuário e o ambiente odontológico coloridos (YAHYAOGU *et al.*, 2018).

Um estudo desenvolvido com 485 crianças de 6 a 12 anos na Romênia, por meio de questionários distribuídos às crianças, a prevalência de ansiedade dental foi de 22,8%. Não houve diferença nos escores de ansiedade entre meninos e meninas, sendo menor a ocorrência de ansiedade em crianças com maior idade, com dois ou mais irmãos, crianças com experiência odontológica antes dos 7 anos de idade e com consumo de açúcares menos frequente (POPESCU *et al.*, 2014).

Assim, os registros apontam uma prevalência geralmente alta para a presença de medo e ansiedade dental na infância, com fatores associados como a condição socioeconômica familiar, a gravidade de cárie dentária da criança, dor de dente, experiência odontológica anterior e outros.

3.3 O impacto da ansiedade e medo dental infantis

O medo e a ansiedade estão constantemente ligados a experiências dentro dos consultórios odontológicos desde a infância, com interferências diretas na saúde, bem-estar e na qualidade de vida da maioria das crianças. Essas condições podem acarretar desordens no sono, diminuição do rendimento escolar, faltas escolares,

dificuldades na alimentação e, principalmente, a ausência nos serviços de saúde bucal (CARVALHO, 2012).

Isso porque o medo pode desencadear condições cíclicas, tornando assim mais complexo o tratamento que antes seria preventivo e antecipando a progressão das doenças bucais. Nessas condições, com medo e ansiedade dental, a população fica cada vez mais distante dos cuidados, evitando os serviços odontológicos, até a situação de extrema necessidade, ou seja, quando há presença de sinais ou sintomas que possam prejudicar a qualidade de vida do paciente (MONTEIRO, 2013).

Ansiedade é um obstáculo muito importante quando se trata de cuidados da saúde bucal podendo provocar grandes consequências prejudiciais na qualidade de vida de crianças, sendo capaz de ser um relevante problema epidemiológico para profissionais que cuidam da saúde bucal, pois o resultado que a ansiedade a fatores odontológico pode acarretar na vida das pessoas é extenso, não só levando a desvio de cuidados dentários, mas também a grandes efeitos individuais em geral, como dificuldade de dormir, baixa autoestima e distúrbios psicológicos (CARVALHO *et al.*, 2012).

Assim, a ansiedade dental em crianças pode impactar em pior saúde bucal, desde a experiência, à cárie dentária, perfil ativo de cárie, presença de restauração em dente decíduo, presença de infecção dentária e, conseqüentemente, maior impacto na qualidade de vida familiar. Diante disso, a ansiedade dental acarreta em maiores chances de uma criança apresentar condições bucais de gravidade em decorrência de lesões cáries não tratadas. Tendo como justificativa para isso o fato da criança ansiosa apresentar-se com menos frequência ao consultório odontológico ou ainda o não atendimento devido ao perfil não colaborativo em experiências anteriores (COXON *et al.*, 2019).

Pode ainda impactar em mudanças comportamentais da criança na véspera do atendimento, na espera ou no ambiente odontológico. Além disso, podem estar presentes impactos como a baixa autoestima e pensamentos negativos, demonstrando que a ansiedade pode refletir negativamente na saúde oral e perda dos dentes, mas também no bem-estar psicológico dos pacientes, com sentimento de inferioridade, vergonha e timidez (FOLETTTO *et al.*, 2018).

3.4 Instrumentos de avaliação da ansiedade e medo dental infantis

Em Odontopediatria há uma grande dificuldade em classificar o medo e ansiedade dos pacientes infantis, visto que, há uma certa dificuldade cognitiva em crianças, principalmente aquelas mais jovens, pela menor capacidade de discernir ou reconhecer sensações e responder questionários, portanto faz-se uso de algumas ferramentas adequadas para esse fim, como escalas de dor como: Venham Picture Test (VPT) e Facial Image Scale (FIS) (ABREU, 2009).

São variadas as escalas de dores utilizadas para mensurar a dor em Odontopediatria. Nestes recursos, muitas vezes as crianças não precisam ler ou escrever, mas somente apontar a figura que representa o seu sentimento a partir de desenhos que ilustram diferentes estados emocionais. Assim, foi desenvolvida a escala mais antiga e mais estudada no Brasil - Venham Picture Test (VPT) - em teste com crianças que mostraram bom entendimento da metodologia a partir de três anos de idade, usando cartões com imagens de crianças ansiosas e não ansiosas, de fácil aplicação e compreensão, apresentando correlação significativa entre índices de ansiedade e os desenhos aplicados (VENHAM e GAULIN-KREME, 1979).

Em seguida, foi desenvolvida a Facial Image Scale (FIS) ou Escala Analógica Facial uma escala que utiliza rostos/faces como indicadores da ansiedade dental das crianças. A referida escala foi validada em comparação com a VPT, com 100 voluntários de 3 a 18 anos de idade. Existe forte correlação entre as duas escalas, o que valida aplicação da FIS. É de fácil aplicação no próprio consultório odontológico ou na sala de espera, com gasto de 1 minuto para sua aplicação com a escolha da face realizada pela criança e que, conseqüentemente fornece importantes dados para o planejamento do adequado atendimento infantil (BUCHANAN e NIVEN, 2002).

Além destes, existem vários métodos para aferição da dor e desconforto da criança perante o atendimento como a classificação comportamental de Frankl e a Escala Analógica Visual (EAV), dentre outros.

A EAV é composta por uma linha horizontal com 100 cm de comprimento, sem graduação numérica, onde na sua esquerda é a região que indica “sem dor” e na região direita à linha, indica a presença de “dor máxima” (CHAPMAN *et al.*, 1985).

De acordo com a classificação comportamental de Frankl, a criança pode se apresentar de forma definitivamente negativa, ou seja, com negativismo, recusa de tratamento, sendo o pior comportamento possível, de forma negativa quando a criança

se apresenta relutante, emburrada ou retraída, mas não constante; de forma positiva, com criança que aceita o tratamento, mas com cautela, podendo reclamar, apesar de seguir as orientações; e definitivamente positiva, quando a criança é completamente colaboradora, tem boa comunicação com o profissional, com apreço à situação (FRANKL *et al.*, 1962).

Neste contexto, acrescenta-se ainda a importância das informações que podem ser adquiridas com os pais e/ou responsáveis sobre o comportamento da criança, por meio de perguntas sobre o desenvolvimento cognitivo da criança, sua personalidade, ansiedade e medo, como se relaciona com pessoas estranhas, como foi o seu comportamento em consultas médicas e/ou odontológicas anteriores, e outras. Isso permite que o profissional planeje adequadamente o atendimento da criança e esteja atento a necessárias adaptações ao atendimento diante de possíveis alterações do comportamento da criança no tratamento odontológico (AAPD, 2015).

3.5 Abordagens não farmacológicas do comportamento infantil

O cirurgião-dentista deve conhecer as técnicas e condutas necessárias para lidar e entender o comportamento de negativo presente durante o atendimento em odontopediatria. Diversas técnicas podem ser utilizadas na abordagem diante do comportamento infantil, como o emprego de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, com o propósito de controlar o paciente durante o atendimento (SILVA *et al.*, 2016).

Existe um conjunto de técnicas disponíveis para os profissionais da Odontopediatria, como as técnicas de dessensibilização, distração, dizer-mostrar-fazer, modelagem, controle de voz, reforço positivo, estabilização protetora e outras.

3.5.1. Dessensibilização

De acordo com essa técnica, as crianças passam por experiências odontológicas gradativas, no que tange a possibilidade de desenvolvimento de ansiedade ou medo dental. Isso significa apresentar à criança primeiramente os procedimentos com menor carga de ansiedade e aumentar essa complexidade aos poucos, a cada sessão de atendimento, progredindo apenas quando a criança aceitar o procedimento anterior (ROBERTS *et al.*, 2010). Assim, a criança tende a se sentir calma e relaxada, conhecendo gradualmente os procedimentos odontológicos.

3.5.2 Distração

Trata-se de uma técnica aplicada com o objetivo de desviar a atenção da criança daquilo que pode ser percebido como desagradável no atendimento odontológico. Isso pode ser aplicado de diferentes formas, desde uma pequena pausa durante um procedimento complexo e estressante até a aplicação de alternativas visuais e/ou auditivas, como música, jogos de computador, vídeos/filmes em 2D e 3D (APPUKUTTAN, 2016).

As técnicas podem ser classificadas como ativas, como em brinquedos e jogos, quando é necessária a participação direta da criança – geralmente apresentam maior eficácia, devido ao envolvimento ativo das crianças; ou passivas, quando a criança não participa diretamente, como no caso de músicas, vídeos, instrumentais odontológicos camuflados, histórias infantis. Sendo consideradas estratégias seguras, de baixo custo e úteis ao profissional durante o manejo das crianças e adolescentes com medo e ansiedade, proporcionando um ambiente agradável ao paciente, responsáveis e equipe profissional (PRADO *et al.*, 2019).

Neste contexto, é importante destacar que crianças de pouca idade podem não ter desenvolvimento cognitivo suficiente para manter a atenção na técnica utilizada, assim como é importante considerar o tipo de técnica compatível com crianças e adolescentes (PRADO *et al.*, 2019).

3.5.3. Dizer-mostrar-fazer

É um método que funciona como uma apresentação introdutória sobre os procedimentos à criança e de maneira gradual, seguindo uma hierarquia de dizer, depois mostrar e, então, fazer, permitindo que a criança entenda o procedimento de maneira gradual (ROBERTS *et al.*, 2010).

Dessa forma, acontecem primeiramente as explicações verbais à criança sobre os procedimentos que serão realizados e de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo que permita esse entendimento (etapa do dizer). Depois disso, o profissional deve demonstrar à criança os aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento, de forma clara e não ameaçadora (etapa do mostrar). Por fim, sem se distanciar das etapas anteriores, o profissional conclui realizando o procedimento (etapa do fazer) (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

É uma técnica de amplo uso na Odontopediatria com o intuito de apresentar às crianças os equipamentos utilizados, diminuindo assim a chance de a criança

desenvolver por si um entendimento equivocado sobre os mesmos. Conseqüentemente, adquire-se confiança da criança, possibilita-se sua ambientação e o relacionamento favorável com o profissional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

3.5.4 Modelagem

É uma técnica com a qual se utiliza uma experiência positiva no ambiente odontológico como exemplo, ou como o próprio nome da técnica nos sugere, como modelo para uma criança que está tendo um contato inicial com o atendimento odontológico ou que tenha passado por uma situação negativa neste contexto (SILVA *et al.*, 2016).

A aplicação da modelagem é baseada no conhecimento de que grande parte do desenvolvimento ou aprendizado de uma criança acontece tendo como base a sua observação e imitação. Trata-se de uma aprendizagem indireta, ou seja, a partir de outras pessoas que podem ser os pais/responsáveis, professores, colegas, irmãos ou uma mídia (ROBERTS *et al.*, 2010).

Estudos tem apontado resultados positivos de aplicação da modelagem com o uso de mídias audiovisuais como vídeos (ROBERTS *et al.*, 2010), assim como quando a técnica é aplicada quando os pais são os modelos (FARHAT-MCHAYLEH *et al.*, 2009; GOETTEMS *et al.*, 2017).

3.5.5 Controle de voz

É definida como uma alteração controlada do tom e volume de voz para direcionar o comportamento da criança, chamando a sua atenção e conduzindo-a a um estado de tranquilidade. Para isso, é imprescindível que sejam evitadas frases que possam induzir o medo ou que a criança se sinta ameaçada. Em acréscimo, pode ser combinada à comunicação não verbal, com expressão facial, contato visual e postura do profissional (VIDIGAL *et al.*, 2020).

Para isso, é importante que os profissionais que compõem a equipe odontológica conheçam os seus papéis ao se comunicar com a criança. Quando presentes, profissional auxiliar de consultório odontológico e cirurgião-dentista, por exemplo, o profissional auxiliar deve assumir um papel mais passivo porque a criança deve ouvir apenas uma pessoa de cada vez. Do contrário, se os dois profissionais assumirem a mesma postura de condução da situação, os resultados podem ser indesejáveis (ALBUQUERQUE *et al.*, 2010).

Deve ser utilizada em casos de não colaboração por birra ou manha em crianças maiores de 3 anos de idade, com autorização dos pais por escrito para o uso da técnica (VIDIGAL *et al.*, 2020). Assim, é muito importante que os pais recebam uma explicação antes de seu uso, para que assim se evite um mal-entendido e o profissional seja mal interpretado (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

3.5.6 Reforço positivo

É uma técnica eficaz em recompensar comportamentos desejados e, dessa forma, reafirmar a ocorrência desses comportamentos. Para isso são utilizados reforçadores classificados como sociais, ou seja, a modulação positiva da voz, a expressão facial, o elogio verbal e demonstrações físicas afetuosas por todos os membros da equipe odontológica; e reforçadores classificados como não sociais como brinquedos, lembranças e prêmios (KLATCHOIAN *et al.*, 2014; VIDIGAL *et al.*, 2020).

Para esta técnica, é importante considerar que o ato de abrir a boca pode exigir da criança que ela tenha muita confiança no profissional, assim, sugere-se que decorrer do atendimento, o elogio repetido à criança que esteja seguindo as solicitações pode fortalecer essa relação de confiança entre paciente e profissional (SILVA *et al.*, 2016).

3.5.7 Estabilização protetora

Para o efetivo condicionamento e controle do comportamento da criança, além das técnicas não verbais, pode ser necessário o uso de técnicas baseadas no manejo físico dos pacientes, mesmo que após todas as tentativas de controle por meio de técnicas de manejo verbal (SHITSUKA *et al.* 2015).

Nesse cenário, é importante a compreensão do conceito de estabilização protetora, ou seja, a contenção física como uma conduta que impacta positivamente na diminuição dos movimentos do paciente, servindo como prevenção de injúrias e danos que podem vir a ocorrer consequentes aos movimentos da criança durante o atendimento. Isso pode melhor possibilitar a conclusão do tratamento odontopediátrico com segurança e proteção, porém existem poucos estudos dessa técnica pelo fato de não ser uma técnica de primeira escolha dos profissionais (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

A estabilização protetora resume-se em restringir a liberdade dos movimentos dos pacientes durante o procedimento odontológico, para diminuir o risco

de ferimento e permitir a conclusão segura do procedimento tanto para a criança quanto para equipe de profissionais (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

Pode ser classificada como estabilização protetora ativa quando realizada pelos pais ou acompanhantes, imobilizando as mãos e os joelhos da criança, e pela auxiliar que ajuda a fazer o apoio da cabeça e estabilizar o abridor de boca quando necessário; quando a estabilização ativa se mostrar ineficaz, pode-se aplicar a estabilização protetora passiva, ou seja, fazer uso de instrumentos ou dispositivos que auxiliem na contenção e segurança da criança como Macri, abridores de boca (Abritec ou Molt), pacote pediátrico (Pediwrap®) e Papoose board® (VIDIGAL *et al.*, 2020).

Os pais/responsáveis pela criança devem decidir em conjunto com o profissional sobre qual tipo de estabilização utilizar, assim como devem autorizar por escrito a realização desta técnica assinando o termo de consentimento (VIDIGAL *et al.*, 2020).

3.6 O papel do cirurgião-dentista na abordagem comportamental infantil

É de imensa relevância o papel dos cirurgiões-dentistas no contexto comportamental infantil, pois para isso são necessárias condutas profissionais que envolvam uma vocalização profissional adequada, com empatia, persuasão, transmissão ao paciente de um sentimento de controle e condicionamento operante, com condutas consideradas positivas no atendimento de crianças pouco colaborativas (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

A abordagem adequada de uma criança no atendimento odontológico estimula uma relação amistosa e confiante entre o profissional e o paciente promovendo um atendimento favorável. Para isso é importante considerar que as reações infantis podem ser diferentes de acordo com fatores, como idade, nível cognitivo, personalidade, ansiedade e medo, experiências anteriores e comportamento/aceitação dos pais ao tratamento odontológico deles próprios. (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

Geralmente crianças muito ansiosas têm um histórico de tratamento odontológico em idades precoces, com procedimentos invasivos como a extração dentária sendo realizados já na primeira consulta, sem contato prévio da criança com o profissional (SALEM *et al.*, 2012). Neste contexto, percebe-se o quão importante é o papel dos pais ao proporcionar aos seus filhos um contato inicial com o ambiente

odontológico o mais cedo possível para que esse condicionamento aconteça às custas de atendimentos de promoção de saúde e de prevenção de doenças bucais e não necessariamente em condutas invasivas e de urgências.

Além disso, para a abordagem adequada do comportamento infantil no consultório odontológico, todas as escolhas dentro do universo do atendimento infantil devem respeitar o conhecimento clínico-científico em odontopediatria, associado ao conhecimento da psicologia e desenvolvimento da criança, para que, com base nesses conhecimentos, o atendimento odontológico alcance os resultados desejados (ROCHA *et al.*, 2016).

Por fim, algumas condições podem ser consideradas básicas aos profissionais para o atendimento odontológico infantil como gostar de crianças, fazer-se gostar de crianças, gostar de atender crianças, conhecer os aspectos técnicos da Odontologia e Odontopediatria, conhecer a psicologia infantil, ter paciência, intuição, bom senso e capacidade de persuadir, expressão de autoridade e capacidade de diálogo com a criança (GIGLIO *et al.*, 2017).

5 CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que são diversas as abordagens de condicionamento comportamental disponíveis ao atendimento odontopediátrico e que a aplicação destas técnicas está condicionada ao conhecimento destas pelos profissionais envolvidos e ao nível de ansiedade e medo dental de cada criança.

Para a adequada abordagem infantil em odontopediatria, é de extrema importância a conscientização do cirurgião-dentista quanto ao seu papel no condicionamento comportamental de crianças que já tenham ansiedade e medo dental ou ainda na prevenção da ansiedade e medo dental daquelas crianças que estejam no seu primeiro contato com o ambiente odontológico.

Em acréscimo, deve-se destacar o quão importante é a aplicação de técnicas de condicionamento comportamental em Odontopediatria por favorecerem um atendimento clínico adequado e seguro para a criança e equipe de profissionais, além de prevenir os impactos negativos da ansiedade e do medo dental na qualidade de vida da criança.

Para isso é necessário conhecer e dominar as técnicas de condicionamento comportamental para aplicação adequada a cada criança, de modo a garantir a sua aceitação e sua progressão gradativa neste contexto, tornando-a um adulto também de tranquila aceitação do atendimento odontológico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D.M.M. **Estudo da dor e ansiedade relacionadas ao tratamento odontológico em um grupo de crianças do Distrito Federal: utilização de escalas de faces**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.
- ALBUQUERQUE, C.M et al. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, Niterói, RJ: Faculdade de Odontologia; Universidade Federal Fluminense. 45, n.2, p. 110-115, 2010.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY – AAPD. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **Pediatr Dent**, 2015.
- APPUKUTTAN, D.P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. **Clin Cosmet Investig Dent**. p. 35–50, 2016.
- BUCHANAN H, N.N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. **Int J Paediatr Dent**.12(1):47-52, 2002.
- CARVALHO, F.S. **Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde**. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2012.
- CARVALHO, R.W.F. et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1915-1922, 01 jul. 2012.
- CHAPMAN C.R.; CASEY K.L.; DUBNER R. et al. Pain measurement: an overview. **Pain**. 22:21–31, 1985.
- CLARK, D.A.; BECK, A.T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade: Ciência e Prática**. Porto Alegre: Artmed, p.640. 2012.
- COXON, J.; HOSEY, M; NEWTON, J. The impact of dental anxiety on the oral health of children aged 5 and 8 years: a regression analysis of the Child Dental Health Survey 2013. **Br Dent J**, 227, 818–822. 2019.
- CRASKE, M.G., et al. What is an anxiety disorder? **Depression and Anxiety**. 26 (12), 1066-1085, 2009.
- DAHLANDER A. et al., Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. **Dent J (Basel)**. 2019;7(3):68.
- FARHAT-MCHAYLEH N.; HARFOUCHE A.; SOUAID P. Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell–show–do based on children’s heart rates during treatment. **J Can Dent Assoc**. 75:283, 2009.

FELIX et. al. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. **Revista PróUniverSUS**, Vassouras-RJ: Universidade Severino Sombra, v. 07, n. 2, p. 13-16, jan. /jun. 2016.

FERRACIOLI, L. **Aspectos da Construção do Conhecimento e da Aprendizagem na obra de Piaget**. Departamento de Física Ufes, Vitória - Es, v. 2, n. 16, p. 180-194, ago, 1999.

FOLETTTO, M.C.M. **Tratamento odontológico como causador de ansiedade**. Trabalho de conclusão de curso – Graduação. Curso de Odontologia, São Lucas Centro Universitário, Porto Velho, 2018.

FRANKL S.N.; SHIERE F.R.; FOGELS H.R. Should the parent remain with the child in the dental operator? **J Dent Child**. 29: 150-163, 1962.

GIGLIO, E.M.; GUEDES, A. C.; ECHEVERRIA, S. **Condições Básicas para o Tratamento de Crianças**. In: GUEDES-PINTO, A.C. MELLO-MOURA, A.C.V. Odontopediatria. 9ª edição. Rio de Janeiro, p. 119-124. 2017.

GOETTEMS, M.L. et al. Nonpharmacologic Intervention on the Prevention of Pain and Anxiety During Pediatric Dental Care: a systematic review.: A Systematic Review. **Nonpharmacologic Intervention For Dental Pain**, Pelotas- RS, v. 17, n. 2, p. 110-119, 2016.

KLATCHOIAN, D.A. et al. **Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico**. In: Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 2ª ed (Reimpr.). Capítulo 5. Associação Brasileira de Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2014.

LIMA, K.M.A; MAIA, A.H.N.; BEZERRA, M.H.O. Psicologia e odontopediatria: possibilidade de Atuação em uma Clínica- Escola. **Revista Expressão Católica Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 1, jun. 2016.

MALAMED, S.F. **Sedação na odontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Campos, 2012.

MONTEIRO, A.X. **Relação do medo, dor, ansiedade e condições de saúde bucal com o acesso aos serviços de saúde bucal e qualidade de vida de adolescentes** Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2013.

PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas: problema central do desenvolvimento**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

PIAGET, J. **Intelligence and Affectivity: Their relationship during child development**. Oxford, England: 1981.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. São Paulo: Editora Forense, 1998.

POPESCU, S.M. et al. Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children. **Current Health Sciences Journal**. Craiova, p. 261-264. 10 dez. 2014.

PRADO I.M. et al. Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: A systematic review of randomized controlled trials. **Int J Paediatr Dent.**, 29(5):650-668, 2019.

ROBERTS J.F. et al. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. **Eur Arch Paediatr Dent.** 11(4):166-174, 2010.

ROBERTSON, M.; ARAUJO, M.; INNES, N. Anxiety and fear management in paediatric dentistry using distraction techniques. **Evid Based Dent**; 20, 50–51 2019.

ROCHA, R.A.S.S.; ROLIM, G.G.; MORAES, A.B.A. Inclusão de Crianças na Escolha de Estratégias de Manejo Comportamental em Odontopediatria. **Saúde & Transformação Social: Health & Social Change**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 87-101, 1 jan, 2016.

RUBIN, J.G; SLOVIN, M.; KAROCHAK, M. The Psychodynamics of Dental Anxiety and Phobia. **Dental Clinic Of North América**, North América, v. 32, n. 4, p. 647-656, 4 out. 1988.

SALEM, K. et al. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects: **Journal of. Rasht**, Iran, p. 70-74. 16 jan. 2012.

SHIM Y.S.; KIM A.H.; JEON E.Y.; AN S.Y. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. **J Dent Anesth Pain Med.** 15(2):53-61, 2015.

SHITSUKA, R.I.C.M. et al. Desenvolvimento e avaliação da eficiência da estabilização protetora na Odontopediatria: um estudo piloto. **RFO**, Passo Fundo, v. 20, n. 1, p.59-63, abr. 2015.

SILVA, L.F.P., et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** 28(2): 135-42, maio, 2016.

SILVEIRA E.R.D. et al. Clinical and Individual Variables in Children's Dental Fear: A School-Based Investigation. **Braz Dent J.**; 28(3):398-404, 2017.

SOARES, F.C. et al. Development of Dental Anxiety in Schoolchildren: A 2-year Prospective Study. **Community Dent Oral Epidemiol**;45(3):281-288. Jun, 2017.

TORRIANI D.D. et al. Dental Caries Is Associated with Dental Fear in Childhood: Findings from a Birth Cohort Study. **Caries Res**; 48:263-270, 2014.

VENHAM, L.L. GAULIN-KREMER, E. A self-report measure of situational anxiety for young children. **Pediatric, Dentistry.**v.1, n.2. 1979.

VIDIGAL, E.A. et al. **Abordagem Comportamental.** In: TRICHES-SCHMITZ, Thaisa Cesária. XIMENES, Marcos. Práticas Clínicas em Odontopediatria. São Paulo: Quintessence, cap.1, p.1-15, 2020.

WENTE, S.J.K. Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Emergency Nursing**, 39(2), 140–150, 2013.

YAHYAOGU O. et al. Effect of Dentists' Appearance Related with Dental Fear and Caries a Status in 6-12 Years Old Children. **J Clin Pediatr Dent.**;42(4):262-268, 2018.

.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Artigo científico

Condicionamento comportamental infantil em Odontopediatria, como abordar?

Child behavioral conditioning in Pediatric Dentistry, how to approach?

Luciane Azevedo Machado¹.

Cadidja Dayane Sousa do Carmo²

RESUMO

O perfil comportamental infantil pouco colaborativo no tratamento odontológico pode ser gerado pelo medo e ansiedade dentais, o que, conseqüentemente, pode interferir no tratamento odontopediátrico. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo descrever as principais abordagens não farmacológicas de condicionamento do comportamento infantil no atendimento em Odontopediatria. Trata-se de uma revisão de literatura realizada a partir de buscas bibliográfica nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) e Google Acadêmico, com as palavras-chave: Fear and Anxiety (Medo e ansiedade); Child Behavior (Comportamento infantil); Pediatric Dentistry (Odontopediatria); Psychology, Child (Psicologia Infantil). Diferentes abordagens de comportamento infantil estão disponíveis ao cirurgião-dentista ou odontopediatra, tais como como técnicas de dessensibilização, distração, dizer-mostrar-fazer, modelagem, controle de voz, reforço positivo, estabilização protetora e outras. É importante que o profissional tenha conhecimento das referidas técnicas para que assim se promova um atendimento clínico adequado, seguro e livre de impactos negativos em comportamentos futuros e na própria condição de saúde bucal da criança, considerando-se sempre os esclarecimentos dos pais e/ou responsáveis e autorização prévia destes.

Palavras-chave: Comportamento infantil. Odontopediatria. Psicologia infantil.

ABSTRACT

The negative child behavior in dental treatment can be generated by dental fear and anxiety, which, consequently, can interfere with pediatric dental treatment. Therefore, the present study aims to describe the main non-pharmacological approaches to

¹ Graduanda em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, São Luís, MA, Brasil.

² Docente do curso de graduação em Odontologia do Centro Universitário Unidade de Ensino Superior Dom Bosco, Doutora em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.

conditioning child behavior in pediatric dentistry. This is a literature review based on bibliographic searches in the databases: Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO), National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) and Google Scholar, with the keywords: Fear and Anxiety (Fear and anxiety); Child Behavior; Pediatric Dentistry (Pediatric Dentistry); Psychology, Child. Different approaches to child behavior are available to the dental surgeon or pediatric dentist, such as desensitization, distraction, tell-show-do modeling, voice control, positive reinforcement, protective stabilization and other techniques. It is important that the professional has knowledge of the aforementioned techniques in order to promote an adequate, safe and free of negative impacts on future behaviors and on the child's oral health condition, always considering the explanations of the parents and / or responsible and their prior authorization.

Key-words: Child Behavior. Pediatric Dentistry. Psychology, Child.

INTRODUÇÃO

O medo e a ansiedade são frequentemente presentes nos atendimentos odontopediátricos, podendo ser motivo para o não comparecimento ao consultório, com conseqüente piora na condição bucal dos pacientes e necessidade de tratamentos mais difíceis, complexos e demorados (SHIM *et al.*, 2015). Nesse sentido, a ansiedade dental pode prever uma pior condição bucal com maiores experiências de cárie dentária e suas complicações como infecções dentárias, até o impacto negativo na qualidade de vida familiar (COXON *et al.*, 2019).

Estudos apontam que em torno de 10 a 20% da população adulta de países industrializados ocidentais apresentam histórico de ansiedade dental, muitas vezes com relato de desenvolvimento inicial no decorrer da infância. Os dados de prevalência do medo dental na infância podem variar de 3% a 43% em diferentes populações, de acordo com variáveis culturais ou metodológicas inerentes ao desenvolvimento dos estudos (SHIM *et al.*, 2015).

São múltiplos os fatores que podem desencadear a ansiedade e o medo dental, o que exige, conseqüentemente, uma proposta de manejo comportamental múltipla, muitas vezes com associação de técnicas para um adequado atendimento odontológico, com intervenções psicoterapêuticas, intervenções farmacológicas ou uma combinação destas, de acordo com a experiência do profissional, grau de ansiedade dentária, características da criança e suas necessidades clínicas (APPUKUTTAN, 2016).

Estudos reunidos em revisão sistemática destacam o efeito positivo de intervenções não farmacológicas na diminuição da dor, angústia e ansiedade infantil (GOETTEMS *et al.*, 2016), além do baixo custo destas técnicas (WENTE, 2013) e que, apesar da capacidade inata de alguns profissionais em lidar com crianças, é imprescindível o conhecimento das técnicas de condicionamento comportamental para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o cirurgião-dentista e seu paciente, com consequente sucesso do tratamento odontológico (GOETTEMS *et al.*, 2016).

Diante disso, a presente revisão de literatura tem como objetivo descrever as principais abordagens não farmacológicas de condicionamento do comportamento infantil no atendimento em Odontopediatria.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão de literatura realizada a partir de estudos indexados em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (Scielo), National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) e Google Acadêmico, sendo utilizadas as seguintes palavras-chave na referida busca: Fear and Anxiety (Medo e ansiedade); Child Behavior (Comportamento infantil); Pediatric Dentistry (Odontopediatria); Psychology, Child (Psicologia Infantil).

Foram incluídos artigos científicos e publicações na literatura cinza em português e inglês, sendo excluídos os estudos que abordavam exclusivamente o manejo farmacológico do comportamento infantil, os estudos relacionados ao manejo da ansiedade de pacientes adultos no consultório odontológico e aqueles relacionados a condutas desenvolvidas em âmbito hospitalar.

REVISÃO DA LITERATURA

O desenvolvimento cognitivo e o comportamento infantil

Para a compreensão do comportamento da criança é importante que sejam consideradas as etapas do desenvolvimento cognitivo infantil. Para isso é imprescindível que o/a odontopediatria conheça as possibilidades de comportamento

infantil e as particularidades inerentes a cada faixa etária das crianças, amplificando e trazendo melhorias no tratamento odontológico e evitando o desenvolvimento da ansiedade e medo dental (LIMA *et al.*, 2016).

De acordo com Piaget (1975), o desenvolvimento cognitivo infantil pode ser dividido em quatro estágios, com a caracterização específica do conhecimento e do raciocínio da criança em cada um deles: sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e operatório formal.

O estágio sensório-motor (0 a 2 anos de idade) ou também conhecido como pré-verbal é período em que o bebê descobre seu próprio eu. Entretanto, no início, o bebê não diferencia o seu "eu" e o ambiente, sendo o seu corpo o centro de sua atividade e afeto. Aos dois anos, a criança apresenta um desenvolvimento de sentimentos afetivos, com seu comportamento influenciado por essas novas habilidades e suas escolhas sendo motivadas por seus sentimentos (PIAGET, 1981).

O estágio pré-operatório (2 a 6-7 anos de idade) quando a criança possui a capacidade de simbolizar e então surge uma capacidade de representação mais elaborada de suas experiências afetivas que podem ser recordadas. A criança passa a fantasiar e imitar tudo aquilo que vê, com um comportamento mais estável e consistente (PIAGET, 1981).

O estágio operatório concreto (7 a 11-12 anos) é quando a criança começa a lidar com conceitos como números, substâncias, volumes e pesos, com sua atividade cognitiva se tornando operatória. Esse período coincide com o início do ensino fundamental e a criança começa a ter discernimento para responder fazendo comparações mediante a ação mental, ou seja, sem precisar medi-las usando a ação física (PIAGET, 1998).

O estágio operatório formal (11 a 15-16 anos) é um período caracterizado pelos sentimentos idealistas e pela organização da personalidade. O adolescente apresenta um raciocínio parecido com o dos adultos, mas isento da capacidade de julgar/avaliar os acontecimentos (PIAGET, 1981).

Assim, diante de cada estágio e suas características, é imprescindível que sejam de conhecimento da equipe de profissionais em Odontopediatria, para a adequada aplicação de técnicas de condicionamento comportamental de acordo com o desenvolvimento cognitivo infantil.

Prevalência e fatores envolvidos na ansiedade e medo dental em crianças

O medo e ansiedade dental estão relativamente associados a acontecimentos ocorridos em indivíduos em fase de crescimento e relacionados a sentimentos de experiências negativas no âmbito do consultório odontológico (DAHLANDER *et al*, 2019).

Um estudo transversal avaliou a prevalência de fatores associados ao medo em crianças de 20 escolas públicas e privadas com idade entre 8 e 12 anos, em uma pequena cidade do sul do Brasil apontou um predomínio de 24,6% de crianças com medo dental, sendo um problema detectado geralmente em idade escolar, com crianças de contexto socioeconômico menos favorecido, com experiência de cárie dentária e que nunca visitaram o consultório odontológico apresentando maior medo dental (SILVEIRA *et al*, 2017).

Resultados de estudo realizado com 810 crianças na Turquia, entre 6 e 12 anos de idade, apontam diferenças de medo e ansiedade dental de acordo com a idade e sexo, com escores mais altos em crianças de 6 a 8 anos de idade, em meninas e crianças com maior número de lesões de cárie dentária. Além disso, neste contexto de medo e ansiedade dental, as crianças apresentaram fortes preferências pela aparência do profissional, quando não usam equipamento de proteção individual, como máscara e óculos de proteção e na presença de vestuário e o ambiente odontológico coloridos (YAHYAOGU *et al.*, 2018).

Um estudo desenvolvido com 485 crianças de 6 a 12 anos na Romênia, por meio de questionários distribuídos às crianças, a prevalência de ansiedade dental foi de 22,8%. Não houve diferença nos escores de ansiedade entre meninos e meninas, sendo menor a ocorrência de ansiedade em crianças com maior idade, com dois ou mais irmãos, crianças com experiência odontológica antes dos 7 anos de idade e com consumo de açúcares menos frequente (POPESCU *et al.*, 2014).

Assim, os registros apontam uma prevalência geralmente alta para a presença de medo e ansiedade dental na infância, com fatores associados como a condição socioeconômica familiar, a gravidade de cárie dentária da criança, dor de dente, experiência odontológica anterior e outros.

O impacto da ansiedade e medo dental infantis

O medo e a ansiedade estão constantemente ligados a experiências dentro dos consultórios odontológicos desde a infância, com interferências diretas na saúde, bem-estar e na qualidade de vida da maioria das crianças. Essas condições podem acarretar distúrbios no sono, diminuição do rendimento escolar, faltas escolares, dificuldades na alimentação e, principalmente, a ausência nos serviços de saúde bucal (CARVALHO, 2012).

Assim, a ansiedade dental em crianças pode impactar em pior saúde bucal, desde a experiência, à cárie dentária, perfil ativo de cárie, presença de restauração em dente decíduo, presença de infecção dentária e, conseqüentemente, maior impacto na qualidade de vida familiar. Diante disso, a ansiedade dental acarreta em maiores chances de uma criança apresentar condições bucais de gravidade em decorrência de lesões cáries não tratadas. Tendo como justificativa para isso o fato da criança ansiosa apresentar-se com menos frequência ao consultório odontológico ou ainda o não atendimento devido ao perfil não colaborativo em experiências anteriores (COXON *et al.*, 2019).

Pode ainda impactar em mudanças comportamentais da criança na véspera do atendimento, na espera ou no ambiente odontológico. Além disso, podem estar presentes impactos como a baixa autoestima e pensamentos negativos, demonstrando que a ansiedade pode refletir negativamente na saúde oral e perda dos dentes, mas também no bem-estar psicológico dos pacientes, com sentimento de inferioridade, vergonha e timidez (FOLETTO *et al.*, 2018).

Instrumentos de avaliação da ansiedade e medo dental em crianças

Dentre as escalas utilizadas para mensurar a dor em Odontopediatria, a mais antiga e mais estudada no Brasil é a Venham Picture Test (VPT), desenvolvida com crianças a partir de três anos de idade, aplicando-se cartões com imagens de outras crianças ansiosas e não ansiosas para sua identificação, o que mostrou correlação significativa entre índices de ansiedade e os desenhos aplicados (VENHAM e GAULIN-KREME, 1979).

Em seguida, foi desenvolvida a Facial Image Scale (FIS) ou Escala Analógica Facial uma escala que utiliza rostos/faces como indicadores da ansiedade

dental das crianças. É de fácil aplicação no próprio consultório odontológico ou na sala de espera, com gasto de 1 minuto para sua aplicação com a escolha da face realizada pela criança e que, conseqüentemente fornece importantes dados para o planejamento do adequado atendimento infantil (BUCHANAN e NIVEN, 2002).

Outra opção é a Escala Analógica Visual (EAV) é composta por uma linha horizontal com 100 cm de comprimento, sem graduação numérica, onde na sua esquerda é a região que indica “sem dor” e na região direita à linha, indica a presença de “dor máxima” (CHAPMAN *et al.*, 1985).

Além disso, a classificação comportamental de Frankl categoriza o comportamento em definitivamente negativo, ou seja, com recusa de tratamento, sendo o pior comportamento possível; negativo, quando a criança se apresenta relutante, emburrada ou retraída, mas não constante; positivo, quando a criança aceita o tratamento, mas com cautela; e definitivamente positivo, quando a criança tem boa comunicação com o profissional, com apreço à situação (FRANKL *et al.*, 1962).

É possível ainda conhecer o comportamento da criança por meio de perguntas sobre o desenvolvimento cognitivo da criança, sua personalidade, ansiedade e medo, como se relaciona com pessoas estranhas, como foi o seu comportamento em consultas médicas e/ou odontológicas anteriores, e outras. Isso permite que o profissional planeje adequadamente o atendimento da criança e esteja atento a necessárias adaptações ao atendimento diante de possíveis alterações do comportamento da criança no tratamento odontológico (AAPD, 2015).

Abordagens não farmacológicas de condicionamento comportamental infantil

Diante da ansiedade e do medo infantil no atendimento odontopediátrico, o cirurgião-dentista deve conhecer as técnicas e condutas necessárias para lidar e entender o comportamento de repulsa muitas vezes presente durante o atendimento. Para isso, um conjunto de técnicas estão disponíveis para os profissionais da Odontopediatria, como as técnicas de dessensibilização, distração, dizer-mostrar-fazer, modelagem, controle de voz, reforço positivo, estabilização protetora e outras.

Dessensibilização

De acordo com essa técnica, as crianças passam por experiências odontológicas gradativas, no que tange a possibilidade de desenvolvimento de

ansiedade ou medo dental. Isso significa apresentar à criança primeiramente os procedimentos com menor carga de ansiedade e aumentar essa complexidade aos poucos, a cada sessão de atendimento, progredindo apenas quando a criança aceitar o procedimento anterior (ROBERTS *et al.*, 2010).

Distração

Trata-se de uma técnica aplicada com o objetivo de desviar a atenção da criança daquilo que pode ser percebido como desagradável no atendimento odontológico. Isso pode ser aplicado de diferentes formas, desde uma pequena pausa durante um procedimento complexo e estressante até a aplicação de alternativas visuais e/ou auditivas, como música, jogos de computador, vídeos/filmes em 2D e 3D (APPUKUTTAN, 2016).

Neste contexto, é importante destacar que crianças de pouca idade podem não ter desenvolvimento cognitivo suficiente para manter a atenção na técnica utilizada, assim como é importante considerar o tipo de técnica compatível com crianças e adolescentes (PRADO *et al.*, 2019).

Dizer-mostrar-fazer

É um método que funciona como uma apresentação introdutória sobre os procedimentos à criança e de maneira gradual, seguindo uma hierarquia de dizer, depois mostrar e, então, fazer, permitindo que a criança entenda o procedimento de maneira gradual (ROBERTS *et al.*, 2010).

Dessa forma, acontecem primeiramente as explicações verbais à criança sobre os procedimentos que serão realizados e de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo que permita esse entendimento (etapa do dizer). Depois disso, o profissional deve demonstrar à criança os aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento, de forma clara e não ameaçadora (etapa do mostrar). Por fim, sem se distanciar das etapas anteriores, o profissional conclui realizando o procedimento (etapa do fazer) (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

Modelagem

É uma técnica com a qual se utiliza uma experiência positiva no ambiente odontológico como exemplo, ou como o próprio nome da técnica nos sugere, como modelo para uma criança que está tendo um contato inicial com o atendimento

odontológico ou que tenha passado por uma situação negativa neste contexto (SILVA *et al.*, 2016).

A aplicação da modelagem é baseada no conhecimento de que grande parte do desenvolvimento ou aprendizado de uma criança acontece tendo como base a sua observação e imitação. Trata-se de uma aprendizagem indireta, ou seja, a partir de outras pessoas que podem ser os pais/responsáveis, professores, colegas, irmãos ou uma mídia (ROBERTS *et al.*, 2010).

Controle de voz

É definida como uma alteração controlada do tom e volume de voz para direcionar o comportamento da criança, chamando a sua atenção e conduzindo-a a um estado de tranquilidade. Para isso, é imprescindível que sejam evitadas frases que possam induzir o medo ou que a criança se sinta ameaçada. Em acréscimo, pode ser combinada à comunicação não verbal, com expressão facial, contato visual e postura do profissional (VIDIGAL *et al.*, 2020).

Deve ser utilizada em casos de não colaboração por birra ou manha em crianças maiores de 3 anos de idade, com autorização dos pais por escrito para o uso da técnica (VIDIGAL *et al.*, 2020). Assim, é muito importante que os pais recebam uma explicação antes de seu uso, para que assim se evite um mal-entendido e o profissional seja mal interpretado (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

Reforço positivo

É uma técnica eficaz em recompensar comportamentos desejados e, dessa forma, reafirmar a ocorrência desses comportamentos. Para isso são utilizados reforçadores classificados como sociais, ou seja, a modulação positiva da voz, a expressão facial, o elogio verbal e demonstrações físicas afetuosas por todos os membros da equipe odontológica; e reforçadores classificados como não sociais como brinquedos, lembranças e prêmios (KLATCHOIAN *et al.*, 2014; VIDIGAL *et al.*, 2020).

Estabilização protetora

A estabilização protetora resume-se em restringir a liberdade dos movimentos dos pacientes durante o procedimento odontológico, para diminuir o risco de ferimento e permitir a conclusão segura do procedimento tanto para a criança quanto para equipe de profissionais (KLATCHOIAN *et al.*, 2014).

Pode ser classificada como estabilização protetora ativa quando realizada pelos pais ou acompanhantes, imobilizando as mãos e os joelhos da criança, e pela auxiliar que ajuda a fazer o apoio da cabeça e estabilizar o abridor de boca quando necessário; quando a estabilização ativa se mostrar ineficaz, pode-se aplicar a estabilização protetora passiva, ou seja, fazer uso de instrumentos ou dispositivos que auxiliem na contenção e segurança da criança como Macri, abridores de boca (Abritec ou Molt), pacote pediátrico (Pediwrap®) e Papoose board® (VIDIGAL *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

São diversas as abordagens de condicionamento comportamental disponíveis ao atendimento odontopediátrico e a aplicação destas técnicas está condicionada ao conhecimento destas pelos profissionais envolvidos e ao nível de ansiedade e medo dental de cada criança.

A aplicação de técnicas de condicionamento comportamental em Odontopediatria favorecem um atendimento clínico adequado e seguro para a criança e equipe de profissionais e previnem os impactos negativos da ansiedade e do medo dental na qualidade de vida da criança.

Para isso, é necessário conhecer e dominar as técnicas de condicionamento comportamental para aplicação adequada a cada criança, de modo a garantir a sua aceitação e sua progressão gradativa neste contexto, tornando-a um adulto de tranquila aceitação do atendimento odontológico.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY – AAPD. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **Pediatr Dent**, 2015.

APPUKUTTAN, D.P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. **Clin Cosmet Investig Dent**. p. 35–50, 2016.

BUCHANAN H, N.N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. **Int J Paediatr Dent**.12(1):47-52, 2002.

CARVALHO, F.S. **Medo, ansiedade e dor de dente em adolescentes: impacto na qualidade de vida, na saúde bucal e no acesso aos serviços de saúde**. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru, Bauru, 2012.

CHAPMAN C.R.; CASEY K.L.; DUBNER R. et al. Pain measurement: an overview. **Pain**. 22:21–31, 1985.

COXON, J.; HOSEY, M; NEWTON, J. The impact of dental anxiety on the oral health of children aged 5 and 8 years: a regression analysis of the Child Dental Health Survey. **Br Dent J**; 227, 818–822. 2019.

DAHLANDER A. et al., Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. **Dent J (Basel)**. 2019;7(3):68.

FOLETTTO, M.C.M. **Tratamento odontológico como causador de ansiedade**. 2018. 21 f. TCC (Graduação) - Curso de Odontologia, São Lucas Centro Universitário, Porto Velho, 2018.

FRANKL S.N.; SHIERE F.R.; FOGELS H.R. Should the parent remain with the child in the dental operator? **J Dent Child**. 29: 150-163, 1962.

GOETTEMS, M.L. et al. Nonpharmacologic Intervention on the Prevention of Pain and Anxiety During Pediatric Dental Care: a systematic review.: A Systematic Review. **Nonpharmacologic Intervention For Dental Pain**, Pelotas- RS, v. 17, n. 2, p. 110-119, 2016.

KLATCHOIAN, D.A. et al. **Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico**. In: Manual de Referência para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. 2ª ed (Reimpr.). Capítulo 5. Associação Brasileira de Odontopediatria. São Paulo: Santos, 2014.

LIMA, K.M.A; MAIA, A.H.N.; BEZERRA, M.H.O. Psicologia e odontopediatria: possibilidade de Atuação em uma Clínica- Escola. **Revista Expressão Católica Saúde**, [S.l.], v. 1, n. 1, jun. 2016.

PIAGET, J. **A equilibração das estruturas cognitivas: problema central do desenvolvimento**. Trad. Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

PIAGET, J. **Intelligence and Affectivity: Their relationship during child development**. Oxford, England: 1981.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. São Paulo: Editora Forense, 1998.

POPESCU, S.M. et al. Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children. **Current Health Sciences Journal**. Craiova, p. 261-264. 10 dez. 2014.

PRADO I.M. et al. Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: A systematic review of randomized controlled trials. **Int J Paediatr Dent.**, 29(5):650-668, 2019.

ROBERTS J.F. et al. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. **Eur Arch Paediatr Dent**. 11(4):166-174, 2010.

SHIM Y.S.; KIM A.H.; JEON E.Y.; AN S.Y. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. **J Dent Anesth Pain Med.** 15(2):53-61, 2015.

SILVA, L.F.P., et al. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo.** 28(2): 135-42, maio, 2016.

SILVEIRA E.R.D. et al. Clinical and Individual Variables in Children's Dental Fear: A School-Based Investigation. **Braz Dent J.**; 28(3):398-404, 2017.

VENHAM, L.L. GAULIN-KREMER, E. A self-report measure of situational anxiety for young children. **Pediatric, Dentistry.**v.1, n.2. 1979.

VIDIGAL, E.A. et al. **Abordagem Comportamental.** In: TRICHES-SCHMITZ, Thaisa Cesária. XIMENES, Marcos. Práticas Clínicas em Odontopediatria. São Paulo: Quintessence, cap.1, p.1-15, 2020.

WENTE, S.J.K. Nonpharmacologic Pediatric Pain Management in Emergency Departments: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Emergency Nursing,** 39(2), 140–150, 2013.

YAHYAOGU O. et al. Effect of Dentists' Appearance Related with Dental Fear and Caries a Status in 6-12 Years Old Children. **J Clin Pediatr Dent.**;42(4):262-268, 2018.