

The background is a vibrant teal color with large, abstract orange and blue circular shapes. In the top left, there is a faint, light blue illustration of a dental arch. In the top right, a pair of hands wearing orange nitrile gloves is shown. In the bottom left, a hand is pointing at a white tooth icon inside an orange circle. In the bottom center, a child's hand holds a red and white toothbrush. In the bottom right, a blue toothbrush is visible.

PASSO A PASSO PARA A Abordagem do Comportamento Não Farmacológico no Paciente Odontopediátrico

Jenny Abanto
Flávia Konishi
Júlio Carlos Noronha

SANTOS
PUBlicações

• Apresentação

Disponibilizamos um capítulo para que os interessados possam conhecer um pouco mais sobre o livro Passo a passo para condutas clínicas na odontopediatria.

Na obra, Rédua, Abanto e Bönecker falam mais sobre o futuro da Odontopediatria e as rotinas de trabalho dentro do consultório, oferecendo ao profissional um suporte clínico de fácil entendimento, tanto para o especialista recém-formado como também ao clínico.

O capítulo disponibilizado, "**Passo a passo para a abordagem do comportamento não farmacológico no paciente odontopediátrico**", apresenta a importância do gerenciamento de comportamento da criança, assim como do vínculo psicoemocional que deve ser desenvolvido na tríade pais-profissional-paciente.

Aproveite a leitura!



• Objetivo

A consulta odontológica pode envolver muita ansiedade e medo para a criança. Muitas vezes, o gerenciamento do comportamento torna-se um grande desafio para o clínico, que visa obter confiança e colaboração do pequeno paciente. Este capítulo tem como objetivo ampliar os recursos que os profissionais já têm, discorrendo sobre as abordagens mais efetivas para a construção de um vínculo positivo na tríade cirurgião-dentista/criança/família. Essa relação é necessária para a instalação de um comportamento adequado no paciente pré-escolar.

• Introdução

Apesar de ser fácil compreender a importância do controle adequado do comportamento da criança na situação odontológica, ainda não existe uma metodologia aceita de maneira universal que seja capaz de organizar o modo básico de agir em todas as circunstâncias. Para qualquer tipo de criança a ser atendida, o profissional deve observar não apenas a idade cronológica, mas, principalmente, seu nível de desenvolvimento cognitivo e emocional, a fim de reconhecer suas necessidades psicológicas básicas e seus interesses. Desse modo, o clínico pode capacitar-se para interpretar corretamente as reações

infantis e identificar fatores capazes de desencadeá-las, escolhendo melhor os meios mais efetivos para o pequeno paciente sentir-se seguro e capaz de estabelecer uma relação de confiança.

A Odontologia de Mínima Intervenção propõe economizar tecidos dentários e escolher como atender o paciente de modo menos invasivo e, dessa maneira, pode contribuir de maneira muito significativa na adaptação do comportamento da criança. Sugerimos etapas gradativas de intervenção; assim, no atendimento odontológico odontopediátrico, vamos caminhar da técnica mais simples e menos invasiva até, se necessário, para a mais complexa e mais invasiva, com exceção de urgências, cuja situações deverão ser manejadas com muita cautela. A capacidade de colaborar de cada criança determinará a complexidade dos procedimentos e a maneira de intervir do profissional. Didaticamente, podemos organizar as técnicas disponíveis na seguinte sequência:

- Técnicas não farmacológicas (abordagem linguística e estabilização protetora);
- Técnicas farmacológicas (abordagem farmacológica).

O presente capítulo terá seu foco no uso das técnicas não farmacológicas.

- **Triáde:**
Pais-Profissional-Paciente

Cabe ao profissional estabelecer uma comunicação eficiente com a família. Isto pode ser conquistado pela via da atitude profissional empática, que se expressa pela demonstração de sincero interesse nas informações relatadas pelos responsáveis, sem interrompê-los. O odontopediatra não deverá fazer julgamentos com palavras ou gestos, e sim reconhecer e elogiar o que eles e a criança estão realizando de maneira correta; contudo, as orientações corretas devem ser passadas em linguagem simples e não imperativa. É importante, ainda, aceitar as suas limitações e preferências pelas opções de tratamentos propostos, já que são eles os responsáveis pelas decisões em relação à saúde dos seus filhos. A comunicação entre o profissional e a família torna-se o eixo principal para o sucesso no atendimento. Outro ponto importante neste tópico é o vínculo psicoemocional, que deve ser desenvolvido nesta tríade. Pais querem entregar a saúde dos seus filhos a um profissional em que confiem. Para isto, é necessário que o profissional se capacite e se aperfeiçoe continuamente, demonstrando segurança e confiança em seus procedimentos.

O dom da compaixão pela criança ajuda o profissional a realizar um atendimento em que a mesma se sente compreendida. Pais e criança precisam se sentir seguros e confiantes para o sucesso no controle do comportamento. O sucesso na abordagem comportamental depende do relacionamento e da interação entre pais, cirurgião-dentista, paciente e a equipe de trabalho do consultório, incluindo os auxiliares. A principal via de comunicação deve sempre ser aquela entre o odontopediatra e o paciente pediátrico. Para que isto ocorra, é de extrema importância que os pais sejam orientados e esclarecidos pelo profissional, desde a primeira consulta, sobretudo o que poderá acontecer durante o tratamento odontológico. Ele deve prepará-los para reagir em cada situação do tratamento, a fim de evitar surpresas e situações que coloquem em risco a confiança inicialmente gerada na tríade (Fig. 2.1). A auxiliar precisa sempre estar alerta, antecipando os passos da consulta e as necessidades do odontopediatra, do responsável e da criança.



A seguir serão detalhadas algumas orientações que devem ser passadas aos pais desde a primeira consulta.

- **Presença dos responsáveis durante o atendimento clínico:** no atendimento de bebês (de 0 a 3 anos de idade) é importante explicar aos pais a necessidade da presença constante de um deles na sala de atendimento clínico, já que a figura materna ou paterna será a âncora emocional do bebê e um dos modos de oferecer segurança e proteção aos bebês que ainda não se desenvolveram cognitivamente e emocionalmente de maneira plena. Por outro lado, no atendimento de crianças com mais de 4 anos de idade, a presença do acompanhante poderá ser negociada levando em consideração o bem-estar emocional e psicológico da criança e a preferência do responsável, e tomando determinados cuidados que serão descritos mais adiante neste capítulo.

- **Estabilização protetora:** os pais devem estar informados desde a primeira consulta sobre a necessidade de geralmente usar, em bebês e alguns grupos de pacientes com necessidades especiais, a estabilização protetora ativa e/ou passiva, além do uso de abridores de boca. Mais detalhes sobre esta técnica serão descritos mais adiante neste capítulo.



Figura 2.1 Tríade pais/profissional/paciente. A comunicação entre o profissional e a família torna-se o eixo principal para o sucesso no atendimento.

- **Choro:** tranquilizar os pais em relação ao choro que o bebê e/ou a criança podem apresentar durante o tratamento odontológico. O choro geralmente está presente, independentemente do motivo da não colaboração (ansiedade, medo, birra/manha, sono/cansaço). O profissional orientará os responsáveis sobre de que maneira a conduta clínica irá variar em decorrência da idade cronológica, desenvolvimento cognitivo e emocional da criança.

Nos casos de bebês, explicar que o choro é a primeira forma de expressão e comunicação dele, pois, nesta fase, a criança ainda não adquiriu a linguagem verbal. Dessa maneira, há de se comunicar aos pais que o choro de ansiedade pode estar presente no momento do tratamento, inclusive após todo o processo de familiarização com as técnicas para o controle do comportamento não farmacológico. O choro de medo é mais subjetivo, pois as técnicas para a abordagem do comportamento não farmacológica servem para a criança minimizá-lo e evitá-lo o máximo possível. O choro de cansaço é trabalhado otimizando o tempo, mediante o emprego de procedimentos minimamente invasivos e trabalhando um tempo prudente na cadeira odontológica. O choro de sono pode ser evitado, agendando o bebê em horários diferentes aos que costuma realizar suas sonecas. Temos que conversar com os pais, que estaremos tecnicamente capacitados e emocionalmente sensíveis para identificar choros que não são aceitáveis nem normais na consulta clínica, tais como o choro de dor ou de estresse tóxico. A dor também influencia diretamente no comportamento, podendo

afetar negativamente o relacionamento de confiança entre o profissional e o paciente. Por esse motivo, durante os procedimentos clínicos é importante que a abordagem comportamental venha acompanhada pela avaliação de procedimentos que possam causar dor involuntária, pela realização de técnicas anestésicas corretas e pela remoção da causa da dor. O choro de estresse tóxico deve ser evitado seguindo algumas considerações descritas no final deste capítulo.

No caso de atendimento de bebês, é necessário oferecer suporte emocional também aos pais que, muitas vezes, estão sensibilizados com o choro da criança. Temos que orientar o responsável para permanecer na sala de atendimento clínico. Pedimos para ele pensar em músicas ou desenhos que a criança goste e, assim, ao cantá-la ou contar histórias, a distraímos. Temos que recordá-los que tudo o que eles sentirem a criança sentirá, e por isso é necessário que tentem se sentir seguros e tranquilos. No entanto, cada responsável tolera as emoções em níveis diferentes e, apesar de todas as explicações sobre o choro do bebê serem passadas, desde a primeira consulta, algumas mães também podem chorar ou ficarem nervosas durante o atendimento clínico, necessitando de mais apoio e compreensão.

- **Frases positivas e negativas:** temos que lembrar aos pais que a principal via de comunicação é entre o odontopediatra e o paciente, e que o responsável que ficar na sala de atendimento clínico pode nos ajudar a distrair a criança. Ele deve responder as perguntas que são geradas pelo profissional, tentando seguir o comando deste último na distração. O responsável também pode cantar ou acalmar, principalmente o bebê, falando em alguns momentos para a criança frases positivas, tais como: “mamãe está aqui”, “mamãe está contigo”, “teu dente está ficando lindo”. Expressões e palavras negativas como “para de chorar”, “sangue”, “agulha”, “cortar”, “picada”, “dor”, “não vai doer”, “já está acabando” etc. devem ser evitadas, porque podem prejudicar a confiança e a abordagem do comportamento.

- **Reações de fuga:** avisar aos pais desde a primeira consulta a possibilidade de algumas crianças usarem outros recursos para fugirem do tratamento, tais como a náusea, o vômito, os palpitações e as agressões. Estes episódios expressam normalmente a birra, a qual não deixa de ser uma maneira de autodefesa das crianças para não serem atendidas ou que o tratamento seja adiado. No caso de náuseas e vômitos, é importante fazer o diagnóstico diferencial com transtornos sensoriais. Nos casos de birra, o odontopediatra deve trabalhar a sua sensibilidade para perceber como são o relacionamento e a interação dos pais com o paciente, desde a primeira consulta, a fim de verificar outras possibilidades de tratamento. A técnica de imposição de limites só deve ser utilizada quando todas as outras estiverem sido esgotadas. Mais detalhes sobre a técnica de im-

posição de limites serão descritos mais adiante neste capítulo.

- **Opções não farmacológicas e/ou farmacológicas:** os pais precisam estar informados e esclarecidos sobre as técnicas existentes para o controle do comportamento da criança, farmacológicas e não farmacológicas, antes de realizarem a escolha pela abordagem da sua preferência. Independentemente da preferência do profissional, é direito dos pais conhecerem todas as opções de abordagem. Caso os pais optarem por técnicas farmacológicas, eles devem ser esclarecidos sobre os riscos e benefícios, e as mesmas poderão ser realizadas mediante Termo de Consentimento Livre, Esclarecido e Assinado por pelo menos um dos pais. Entre as opções farmacológicas, a anestesia geral seria a alternativa mais viável para bebês, e a sedação e/ou anestesia geral para crianças com mais de 3 anos de idade.

Quando no agendamento da consulta já for identificado, dificuldades no comportamento, o profissional deve entrar em contato telefônico com os pais para obter mais informações e orientá-los, como proceder ou marcar uma consulta prévia sem a presença da criança. Nessa ocasião, o profissional pode conhecer melhor a maneira com que os pais lidam com a criança e também realizar uma anamnese sobre os aspectos emocionais do paciente; conhecer seus medos e como ele consegue se acalmar. Deve, igualmente, buscar conhecer os seus hábitos, seus personagens e desenhos favoritos. Essas informações podem fazer a grande diferença no primeiro encontro com a criança, pois contribui para abrir um canal de comunicação entre profissional/ paciente e favorece um vínculo positivo, tão essencial para o êxito de qualquer atendimento.

Na impossibilidade de um contato prévio com os pais, pode-se elaborar uma carta que deverá ser entregue antes da consulta da criança, conscientizando-os de como o comportamento deles pode afetar os filhos, e sobre a importância do apoio emocional à criança antes e durante a consulta.

- **Consulta Inicial:**
Considerações Sobre o Comportamento do Bebê e Crianças

Como já ressaltado no Capítulo 1, a primeira consulta odontológica é sempre um marco, e a maneira como a criança será inserida como paciente da odontopediatria depende de vários fatores, mas, sobretudo, do comportamento dos pais e da conduta do profissional. Antes dos 3 anos de idade, a capacidade cognitiva e emocional da criança ainda está em seu desenvolvimento inicial, o que se reflete em um comportamento mais instável com dificuldades de comunicação e compreensão e maior expressão corporal. Nesta fase ocorre o aprendizado da linguagem, o que tornará a comunicação mais efetiva, principalmente depois dos 2 anos de idade. Por volta dos 3 anos de idade, a maior parte das crianças já desenvolveu algumas habilidades cognitivas. As suas emoções alcançaram algum grau de maturidade emocional; assim, uma diferença importante nessa faixa etária é o desenvolvimento do autocontrole, o qual possibilita a ela lidar com situações novas, com o medo e com o

controle dos movimentos do seu corpo. No entanto, sabemos que o comportamento de uma criança pode ser bastante imprevisível, principalmente quando confrontada com situações novas e delicadas como o tratamento odontológico. A reação da criança depende, entre outros fatores, do modo como ela se relaciona com os seus pais e dos diferentes repertórios de defesa ensinados por eles, imprescindíveis para o enfrentamento de desafios e para o controle de suas emoções durante toda a vida. Há uma tendência de a criança adotar as emoções dos pais; dessa maneira, o medo odontológico e o estresse, sobretudo os da mãe, repercutem diretamente no comportamento da criança com chances de produzirem reações negativas. O comportamento da criança depende, também, da conduta do profissional. Como aponta Noronha (2002), é o odontopediatra quem tem a preciosa oportunidade de ensinar ao pequeno paciente como deve ser o comportamento de um ser humano normal na situação odontológica.¹ O primeiro momento da técnica não farmacológica é a abordagem linguística: o paciente e seu responsável chegam e fazem contato visual com o espaço ou local de atendimento. Se o paciente tem, pela idade e pelo amadurecimento, condições de compreender, vai constatar que se trata de um local amistoso e acolhedor às crianças.

• Comunicação Não Verbal

A comunicação não verbal é a transmissão de uma mensagem sem a utilização de qualquer palavra, nem falada nem escrita. Nosso corpo fala e, por meio da comunicação não verbal, ele transmite uma variedade de mensagens e informações. A linguagem silenciosa do corpo reforça, completa ou nega as palavras. A comunicação não verbal começa, então, com o ambiente, que deve ser agradável, confortável e lúdico (Fig. 2.2). Por meio das escolhas das cores, das imagens, de músicas mais calmas, da organização e dos brinquedos, transmite-se à criança a sensação de que o lugar é seguro e amigável, devendo-se, também, ter o cuidado com os atrasos, os odores e os barulhos, como o choro de uma criança sendo atendida.



Figura 2.2 A comunicação não verbal começa com o ambiente, que deve ser agradável, confortável e lúdico.

Esse tipo de comunicação envolve, ainda, as manifestações de conduta não expressadas por palavras, como gestos, orientações do corpo, expressões faciais, postura, mãos e tom de voz, repassando informações para orientar o comportamento da criança e reforçar o que foi dito.

É necessário compreendermos o quanto a linguagem não verbal é importante, pois, por meio dela, o profissional terá grandes chances de ajudar a criança, observando e percebendo o que seus gestos, sua postura e o seu olhar querem dizer.

A linguagem corporal, como um sorriso, um concordar com a cabeça e gestos apropriados, pode ser um canal não verbal para o início de um bom diálogo. Pode ser uma senha abrindo uma porta que pode estar separando o cirurgião-dentista do pequeno paciente. Durante todo o atendimento clínico à criança, o toque e o carinho são extremamente importantes, inclusive, durante o uso de estabilização protetora em bebês (Fig. 2.3A-D), porque isso garantirá que a criança desenvolva apegos seguros e saudáveis com o profissional.

Quando chegar o momento da consulta da criança, o profissional deve ir ao seu encontro, ficar à sua altura, recebendo-a com um sorriso e chamando-a pelo nome, com carinho e respeito. Depois desse contato inicial, o profissional deve convidá-la para conhecer a sala clínica e empregar as técnicas não farmacológicas para o manejo do seu comportamento.

É importante que a criança não se sinta ameaçada e que ela saia da primeira consulta com a sensação de que foi bom ter ido. Dessa maneira, quando não se tem uma situação de urgência, não se deve fazer nenhuma tentativa de atendimento

clínico, na primeira consulta, na qual seja necessária uma estabilização, ou deixá-la estressada, com o sentimento de que não foi compreendida. Caso a criança não coopere na primeira consulta, o profissional pode então, fazer um acordo com ela, combinando o que será realizado na próxima sessão. Não há garantias de que ela cumpra o que foi combinado, mas aumentam as chances, no próximo encontro, de ela apresentar um comportamento colaborador. O principal objetivo do odontopediatra na primeira consulta odontológica é estabelecer uma relação de confiança com o paciente, pois esse primeiro encontro dará o tom de todos os outros que virão!





Figura 2.3 Comunicação não verbal por meio do toque em bebê com 1 ano e 8 meses de idade no qual precisa ser realizada frenectomia lingual. (A,B) O bebê está em estabilização protetora passiva e é acariciado na testa pela auxiliar que realiza a estabilização de cabeça durante a aplicação de anestésico tópico para dar conforto emocional (C,D). Após a aplicação de anestesia infiltrativa, o bebê recebe carinho do odontopediatra para se sentir seguro. Observar o estado emocional da mãe, gerando confiança e sentimentos positivos no bebê por meio do seu sorriso.

• Reforço Positivo

Depois do contato inicial, o profissional deve convidar a criança para conhecer a sala clínica. Nesse momento, além da comunicação verbal e da não verbal, a técnica do Reforço Positivo é uma das mais eficientes para o estabelecimento da colaboração da criança.

A técnica do Reforço Positivo é composta pelos itens descritos a seguir:

- 1 **Comunicação personalizada (rapport).** Nosso nome é música para os nossos ouvidos. Chamar o paciente pelo nome é a pedra fundamental da comunicação inicial de um odontopediatra. Se a criança tem um nome duplo ou um nome afetivo familiar, o profissional pode perguntar como ela prefere ser chamada.

- 2 Toque digital antes do toque bucal.** Nosso corpo tem algumas regiões que são mais públicas do que outras. Tocar o ombro ou pegar na mão pode facilitar a manipulação da cavidade bucal, que é uma região mais própria, mais íntima do paciente. Exemplos de reforço positivo na abordagem linguística:
- Você sabe quantos dedos você tem?
 - Sei.
 - E quantos dentes?
 - Não sei.
 - Então, vamos contar primeiro os dedos e depois, os dentes.
- 3 Uso de comandos diretos e específicos.** No lugar de apresentar opções, frases afirmativas, com carinho e claras, oferecem mais sucesso na orientação do comportamento.
- Pode se assentar agora!
- É mais adequado do que:
- Você quer se assentar agora?
- 4 Elogio de toda a cooperação real, de características físicas ou visuais da criança.** Nossos pequenos pacientes adoram receber elogios, principalmente quando eles estão calcados em um patamar nivelado com sua compreensão e baseado em fatos reais.
- Parabéns! Você está se comportando muito bem!
 - Olha só como você está me ajudando com a boca bem aberta!
 - Que sapatos lindos você está usando, gostei muito!

5 Oferecer algum controle.

— Vamos usar uma tinta mágica para ver onde você pode cachorrar mais na escovação: você vai escolher a tinta verde ou a vermelha?

No reforço positivo, o cirurgião-dentista reconhece o comportamento colaborador da criança e a recompensa por meio de gestos (um sorriso, um aperto de mão, um abraço), elogios ou reforços simbólicos como diplomas, medalhas e brindes. É importante mencionar que crianças entre 0 e 3 anos de idade sempre ganham um reforço simbólico (prêmio/brinde), independentemente do comportamento durante a consulta (Fig. 2.4). Isso porque uma criança nessa faixa etária ainda não é capaz de controlar o seu próprio comportamento e não alcançou o desenvolvimento cognitivo-emocional adequado para colaborar em todas as ocasiões.



• Falar, Mostrar e Fazer

Essa técnica tem como objetivo promover a familiarização com o ambiente clínico, com os equipamentos e seus ruídos, além dos instrumentais e dos procedimentos que serão utilizados, evitando as possíveis reações de ansiedade e medo da criança. Essa técnica é muito importante no manejo das crianças e é amplamente usada em Odontopediatria para moldar comportamentos e obter respostas positivas para a realização dos procedimentos. Envolve explicações verbais prévias aos procedimentos. Torna-se importante, portanto, que o odontopediatra reconheça o nível de desenvolvimento cognitivo e emocional de seu paciente para determinar o modo e a intensidade da intervenção a ser aplicada. O reconhecimento desse nível pode ser feito por meio de informações visuais e/ou verbais durante o uso desta técnica. Neste sentido, é interessante o profissional valer-se de um vocabulário e uma linguagem corporal apropriados para que as informações sejam compreendidas. Geralmente, antes dos 2 anos de idade do bebê, o uso da técnica de falar-mostrar-fazer tenderá a ser mais visual do que verbal em função do vocabulário e da compreensão mais limitados.



Figura 2.4 Criança com 3 anos de idade que colaborou parcialmente no atendimento recebendo um brinde como reforço positivo.

• A técnica segue a sequência:

- 1 Uso de palavras e frases apropriadas ao nível de desenvolvimento do paciente (dizer);
- 2 Apresentação dos objetos, demonstrando as sensações que eles provocam (mostrar);
- 3 Realização do procedimento, podendo ser diretamente na boca da criança ou, se necessário, primeiramente, na boca de um fantoche, por exemplo (fazer);
- 4 O cirurgião-dentista deve usar esta técnica criando situações que representem o que ocorrerá na consulta. A técnica de falar-mostrar-fazer é mais eficaz quando empregada em um modelo. Por esse motivo, em pré-escolares, e principalmente em bebês, recomenda-se que, na primeira consulta de familiarização ao ambiente odontopediátrico, a técnica seja iniciada por meio de um condicionamento indireto. Este condicionamento se aplica com o paciente posicionado à distância da cadeira odontológica (no colo da mãe ou sentado em cadeira próxima), mas em uma distância em que ela possa visualizar a demonstração da técnica com o modelo (normalmente boneco e/ou mãe da criança). Posteriormente, deve ser realizado o condicionamento direto, seguindo a sequência da explicação anterior, mas agora na própria criança. A figura 2.5 mostra o exemplo em um bebê com 2 anos de idade, em que é realizada a técnica de falar-mostrar-fazer para a seringa tríplex,

iniciando pelo condicionamento indireto e, posteriormente, o direto. A figura 2.6 mostra o acondicionamento indireto com a mãe de uma criança pré-escolar e, posteriormente, o acondicionamento direto na mão da criança. As explicações prévias desenvolvem na criança a confiança de que o profissional não fará procedimentos sem que ela seja informada, possibilitando a construção de um vínculo positivo. Deve ser usada em conjunto com outras técnicas, como a modelagem, comunicação verbal, a não verbal e o reforço positivo.

É necessário que a técnica de falar-mostrar-fazer seja sempre acompanhada pela sensibilidade e empatia do odontopediatra em “ver, ouvir e sentir” a criança. O “ver” refere-se às respostas não verbais do paciente, o “ouvir” refere-se às respostas verbais, e o “sentir” refere-se à percepção do que o paciente realmente necessita para que se possa executar o falar-mostrar-fazer de maneira eficaz.

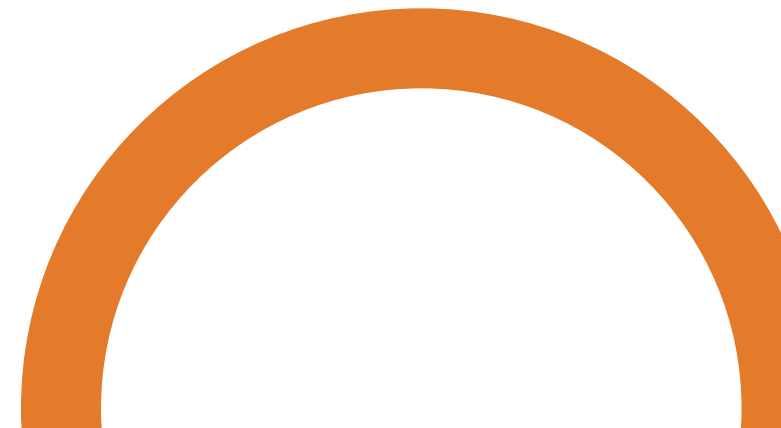




Figura 2.5 (A) Condicionamento indireto da técnica de falar-mostrar-fazer realizando a explicação na boca do boneco, colocando um pouquinho de água e demonstrando como o sugador é usado e o seu barulho. (B) Condicionamento indireto da técnica é repetido e explicado agora na mão da mãe, pedindo para ela fazer uma conchinha com a mão. (C) Condicionamento direto ajudando a criança a fazer uma conchinha com a mão para sentir a água e sugador. (D) Condicionamento direto na boca da criança, se ela se sentir confortável.

• Distração

Essa é uma técnica que tem como principal objetivo desviar a atenção da criança para evitar um possível desconforto com algo do qual ela possa vir a ter receio, ou de procedimentos que pareçam desagradáveis por meio de músicas, cantigas infantis, vídeos e histórias infantis. Podemos também conversar com ela sobre outros assuntos infantis não relacionados ao procedimento odontológico, o que é a opção de muitos odontopediatras, ou viabilizar que a criança, sem interferir no trata-

mento, utilize algum brinquedo.

Distração ou desatenção é o oposto de foco ou atenção mental. A atenção é a concentração da atividade consciente em um determinado objeto, palavra, fato presente ou fato passado ressurgido pela memória. É analítica, isto é, escolhe o mais atraente; pode ser espontânea (instinto) e pode ser voluntária (guiada pelo interesse). O profissional fala à criança de maneira fluente e habilidosa, tirando sua atenção dos estímulos nocivos decorrentes do tratamento.

Na anamnese, o profissional poderá já conversar com o acompanhante sobre as preferências e os assuntos que o pequeno gosta. Seguem alguns recursos e abordagens para distrair a criança e obter a sua confiança:

- 1 Conversar sobre os seus personagens ou suas atividades preferidas (esportes, escola, bichos de estimação, amigos etc.);
- 2 Contar histórias do seu interesse e de acordo com a faixa etária;
- 3 Deixar que ela segure algum brinquedo (pode ser um espelho para acompanhar procedimentos minimamente invasivos) (Fig. 2.7A-B);
- 4 Cantar ou colocar músicas que a criança gosta para ela ouvir;
- 5 Usar recursos audiovisuais, como fones de ouvido e óculos de realidade virtual. Esta é uma opção, principalmente em crianças com mais de 3 anos de idade e mais bem condicionadas (Fig. 2.8). Embora a principal função dessa estratégia seja desviar a atenção da criança de algum desconforto, essa técnica pode ter um conteúdo que ensine sobre saúde bucal e, assim, ser também uma ferramenta com valor educativo;

- 6 Em bebês que ainda não conseguem manter períodos maiores de atenção, e quando o choro normalmente está presente, sugere-se a técnica de distração por meio da música. A música é um dos recursos mais efetivos para reduzir a ansiedade e a percepção dolorosa durante procedimentos médicos e odontológicos, sendo importante em qualquer faixa etária. Cantar cantigas infantis auxiliam particularmente com os bebês e, para isso, há de se buscarem correlação e coerência entre a melodia, o volume, o ritmo da música empregada e o procedimento a ser realizado.



Figura 2.6 (A) Acondicionamento indireto demonstrando o uso da seringa tríplice na boca da mãe. (B) Posteriormente, o condicionamento direto na mãozinha da criança.

• Modelagem

A modelagem é uma técnica que consiste em mostrar um comportamento, que deverá ser imitado e, assim, a aprendizagem ocorre a partir da observação de um modelo.

Por meio dessa técnica o profissional poderá ajudar a criança, minimizando a ansiedade ou o medo, e contribuir para a instalação de um comportamento desejável.

Nessa técnica, o clínico utiliza vídeos ou outra criança que já aprendeu a colaborar para servir de modelo ao paciente sem experiência ou com experiência negativa. O modelo acaba ganhando um status ou prestígio maior. A criança vai observar um procedimento em um modelo presente (ao vivo) ou em um modelo simbólico para imitar no momento em que for vivenciar a mesma experiência.



A



B

Figura 2.7 (A) Criança com 4 anos de idade tendo a sensação de controle acompanhando os procedimentos por meio da distração com o espelho facial. (B) Criança pequena segurando um bichinho de brinquedo enquanto se realiza o atendimento.



Figura 2.8 Criança usando óculos de realidade virtual como ferramenta de distração.

• O profissional pode utilizar como modelo:

- Os próprios pais, ou acompanhantes;
- Irmãos mais velhos (Fig. 2.9) ou amiguinhos colaboradores;
- Brinquedos, como uma boneca (Fig. 2.10), um ursinho...;
- Fantoches com dentição;
- Filmes preparados pelo profissional;
- Recursos da internet, como desenhos que sejam adequados.

É importante ressaltar que o comportamento da criança quando correspondido às solicitações, ou seja, quando foi eficiente em produzir a imitação, deve ser recompensado. A modelagem é uma das técnicas eficazes para a adaptação do comportamento porque a mente humana costuma responder muito bem ao reproduzir padrões e deve ser usada com outras técnicas, sobretudo com a do reforço positivo.

A modelagem é um instrumento importante no manejo do comportamento em qualquer idade, porém, se mostra mais efetiva em crianças com menos de 7 anos de idade.



Figura 2.9 Bebê com 2 anos de idade com sinais de medo na primeira consulta. O irmão mais velho e colaborador, com 4 anos de idade, serviu como modelo.

• Uso de Técnicas de Imposição de Limites

(Negociação da Presença do Acompanhante e/ou Controle do Tom de Voz) e Suas Implicações

Técnicas aversivas, muitas vezes, são usadas prematuramente, pois as crianças não exibem um comportamento inadequado sem alguns sinais prévios. Elas demonstram medo ou insegurança, que frequentemente são ignorados, ou recebem apenas atenção superficial. Crianças ainda não adaptadas também chamadas de pré-cooperativas têm as seguintes características: geralmente com menos de 6 anos de idade, habilidades cognitivas imaturas, poucas habilidades de cooperação, períodos de atenção muito curtos, nenhuma experiência em lidar com o estresse. São especialmente propensas em exibir respostas de má adaptação nas situações que provocam ansiedade. Em função das disparidades em como os pais e o profissional podem perceber e interpretar o comportamento da criança, alguns pais podem ter expectativas não realistas quanto à realização do tratamento, as quais podem impactar de modo negativo nas melhores intenções do cirurgião-dentista.



Figura 2.10 Bebê com 2 anos de idade recebendo a explicação sobre higiene bucal em uma boneca, antes de realizar na criança.

Após a aplicação de todas as técnicas disponíveis na etapa de abordagem linguística se o paciente não coopera, devemos ponderar os itens descritos a seguir:

- É possível mudar o plano de tratamento?
- Que ideias os pais podem sugerir?
- Existem outros problemas afligindo a criança?
- Existem distúrbios emocionais graves ou outras razões para justificar essa reação ao atendimento odontológico?
- O acompanhante da criança pode ser mudado?
- O profissional pode ser mudado?

Se a decisão for adiar o tratamento, é essencial explicar aos pais os riscos e benefícios desta atitude. Para a criança com mais de 3 anos de idade, com capacidade de entendimento, pode ser útil insistir um pouco mais na modelagem e/ou nas visitas sucessivas. Estaria indicado, por exemplo, marcar encontros mais próximos, uma ou mais vezes por semana, para tentar uma dessensibilização que significa colocar o paciente em um estado de relaxamento e respiração profunda, e, gradativamente apresentar os estímulos odontológicos causadores do medo e/ou ansiedade.

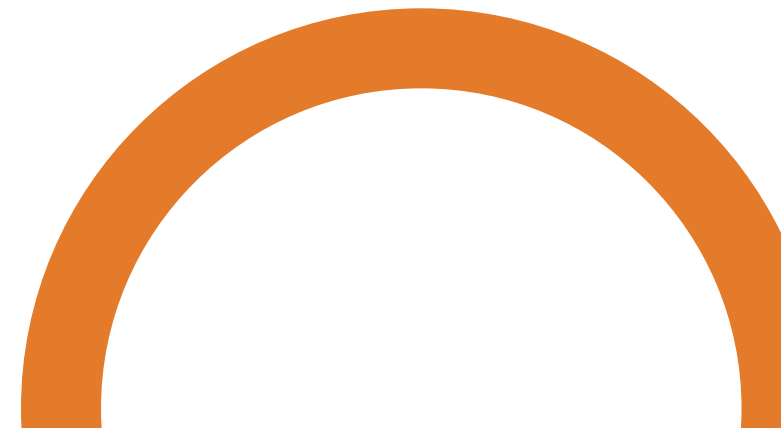
Em crianças com mais de 3 anos de idade, nas quais as medidas previamente descritas falharem, e a não colaboração do paciente seja por manha ou birra, é necessária uma conversa com os pais para que se analise a possibilidade de uso da técnica de imposição de limites ou a abordagem farmacológica. Tanto uma quanto a outra devem ser empregadas mediante Termo

de Consentimento Livre, Esclarecido e Assinado.

Caso os pais optem pela técnica de imposição de limites, esta pode ser realizada mediante a negociação da presença do acompanhante e/ou o controle de tom de voz, sendo que logo após obter o comportamento positivo da criança com o uso da(s) técnica(s), imediatamente deve ser realizado o reforço positivo (elogiar quando a criança consegue se acalmar).

Recomenda-se que a técnica de negociação da presença do acompanhante seja empregada racionalmente e com bom critério clínico.

Contudo, essa negociação deve ser feita somente em casos de birra e manha em pacientes odontopediátricos com mais de 3 anos de idade e boa compreensão de causa-efeito, com o intuito de promover o bem-estar emocional e psicológico da criança. Se o acompanhante concordar em se retirar do lado do paciente, é recomendável que o mesmo se coloque por trás da cadeira odontológica, fora do campo de visão da criança. Porém, ele precisa permanecer sempre na sala de atendimento clínico para acompanhar visualmente o profissional a fim de evitar qualquer desconfiança no combinado.



Deve ser explicado aos pais que provavelmente a criança chore um pouco mais alto com sinais de birra quando o responsável se afaste, mas que não iniciaremos o procedimento até que a criança se acalme. Para a criança, deve-se falar que quando ela se acalmar o responsável ficará novamente ao seu lado. Assim, a presença do acompanhante é condicionada ao comportamento da criança. O profissional pode aproveitar o tempo do afastamento do responsável para ajudar a criança a aliviar suas tensões com exercícios de respiração e relaxamento muscular. O controle do tom de voz é o aumento ponderado do volume e do tom de voz para influenciar e direcionar o comportamento do paciente com mais de 3 anos de idade que apresenta birra ou manha. O controle de tom de voz nunca pode se caracterizar como gritos, e sim um tom de voz sério, firme, alto e grave, sendo que o seu uso deve ser empregado muito conscientemente. Mesmo o uso de uma voz assertiva/firme talvez seja considerado aversivo para alguns pais não familiarizados com essa técnica. Por esse motivo, uma explicação/dramatização prévia ao seu uso evita mal-entendidos.

É importante lembrar que as técnicas de imposição de limites nunca devem ser aplicadas em pacientes odontopediátricos com menos de 3 anos de idade ou que não amadureceram cognitivamente e emocionalmente.

• Estabilização Protetora

A estabilização protetora é a técnica utilizada para restringir a liberdade dos movimentos físicos do paciente com o intuito de minimizar os riscos de injúrias e lesões durante o tratamento odontopediátrico. Ela possibilita a realização de procedimentos odontológicos com proteção e segurança para a criança, o responsável e a equipe odontológica. Esta técnica é indicada para pacientes que necessitem de diagnóstico e/ou tratamento e são incapazes de cooperar, pela falta de maturidade cognitiva e emocional, problemas físicos ou mentais, tais como bebês e alguns grupos de pacientes com necessidades especiais. Assim, a principal recomendação do uso seria para bebês com até 3 anos de idade, pois, na maioria dos casos, as técnicas de comunicação verbal não são eficazes na redução do comportamento aversivo e no controle dos movimentos de pernas e braços de pacientes comuns nesta faixa etária. Por esse motivo, nesta idade, a estabilização de proteção pode ser necessária. No entanto, essa técnica não deve ser usada como meio de disciplina, conveniência ou punição e não deve causar dor ao paciente. Pelo contrário, toda vez que for necessário usar a estabilização protetora, a mesma deve ser realizada com a criança colocada na posição mais confortável possível, em conjunto com técnicas de distração e acompanhada por carinho e conforto emocional para o paciente (Fig. 2.3).



Figura 2.11 Bebês com 2 anos e 3 meses de idade, realizando pulpectomia, e dormindo em estabilização protetora com uso de pedi-wrap. Observar que o responsável continua realizando a estabilização de corpo, porém as suas mãos estão mais livres para dar toques de conforto ao bebê.

A estabilização pode ser ativa, a qual é realizada pelo próprio responsável segurando fisicamente a criança, ou passiva, mediante dispositivos tais como o pedi-wrap. A escolha pela estabilização ativa ou passiva dependerá da necessidade individual da criança, do procedimento clínico a ser realizado e da preferência dos responsáveis.

É importante que a estabilização protetora seja empregada com muito cuidado, a fim de evitar a compressão excessiva das mãos, quando realizada de modo ativo pelo responsável, ou de evitar o aumento da temperatura corporal, quando realizada passivamente com o pedi-wrap. Por esse motivo, a estabilização passiva será indicada em casos nos quais o responsável não realiza uma estabilização ativa eficaz. Se o mesmo não consegue segurar/conter a criança, há riscos de injúrias por compressão das mãos do bebê devido à força exercida para estabilizá-lo, ou mesmo quando o bebê apresenta movimentos muito violentos que o colocam em risco frente a um procedimento mais invasivo, tal como a anestesia local. Para evitar hipertermia, é importante que o bebê entre no pedi-wrap com roupa bem leve e que o tecido do dispositivo seja fresco, de trama fina, e viabilize alguma ventilação. Quando o bebê é colocado no pedi-wrap, o seu uso normalmente é parcial (dos ombros até a cintura ou quadril), já que o responsável continua presente na posição de estabilização, na qual ele terá mais condições de fazer toques que acalmem e ofereçam conforto à criança (Fig. 2.11).

As posições de estabilização protetora ativa e passiva mais indicadas em bebês ou pacientes com necessidades especiais, para qualquer tipo de procedimento clínico, são a posição de mãos dadas (Fig. 2.12), a sela de montar (Figs. 2.13 e 2.14) e a corpo a corpo (Fig.2.15). A posição de joelho-jelho (Fig. 2.16) é unicamente indicada para exame clínico ou procedimentos em que não se utilize o instrumental perfurocortante, sendo uma excelente opção para a primeira consulta em bebês.



Figura 2.12 Criança com 3 anos de idade na posição de estabilização ativa de mãos dadas.



Figura 2.13 Bebê com 2 anos e 6 meses de idade na posição de estabilização ativa em sela de montar.



Figura 2.14 Criança com 3 anos de idade na posição de estabilização passiva com o uso de pedi-wrap e em sela de montar.



Figura 2.15 Bebê com 2 anos e 2 meses de idade na posição de estabilização ativa em corpo a corpo.



Figura 2.16 Bebê de 12 meses de idade no qual está sendo realizado exame clínico em posição joelho-joelho.

• Estresse Tóxico

Estresse é a excitação do corpo e da mente levada a um limite intolerável com o surgimento de uma resposta fisiológica do organismo como uma reação de adaptação. O cérebro dá início a uma série de alterações hormonais e neurais, aumentando os níveis de adrenalina, cortisol e norepinefrina. Esses hormônios podem ter um impacto devastador na nossa saúde, mas nem sempre o estresse é negativo.

Existem três tipos de estresse: (1) o positivo; (2) o tolerável; (3) o tóxico. Neste sentido, é necessário observar os diferentes tipos de estresse com que estamos lidando em um atendimento clínico, a fim de não cair na negligência ou excessiva proteção à criança, ambas não são saudáveis para o seu desenvolvimento pleno. O estresse tóxico é definido como um estresse alto e contínuo, que pode gerar danos irreversíveis ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança, além de aumentar os riscos de doenças orgânicas, metabólicas e transtornos comportamentais ao longo dos anos. O estresse tóxico ocorre diante de um episódio em que a experiência negativa foi muito intensa, de um modo que não conseguiríamos suportar, ou diante de situações adversas de longa duração, passando a ser um estresse crônico. É na primeira infância que o cérebro se organiza. Neste período, o estresse tóxico pode causar danos sérios, pois ocorrem encurtamento e perdas de sinapses, tendo como consequência a redução da capacidade cerebral.

Embora seja necessário que a criança aprenda a lidar com os desafios como um aspecto importante do seu desenvolvimento, de acordo com Klatchoain (2016), quando a adversidade é prolongada, frequente ou excessiva, a resposta do corpo frente ao estresse pode tornar-se prejudicial, e isso pode resultar em problemas de saúde, de comportamento e aprendizagem.² Os efeitos adversos em longo prazo podem repercutir ao longo da vida. Ao realizarmos um procedimento em que o choro da criança é excessivo e percebemos que ela está em grande sofrimento e, sem melhorias no seu estado emocional e comportamental, após um período de aproximadamente 20-30 minutos após o estímulo de estresse, podemos estar causando um estresse tóxico? Este é um tema ainda pouco explorado na literatura, mas é possível que sim. Todavia, ao exercermos a especialidade de maneira humanizada, reconhecendo que existe um limite para a criança suportar um atendimento estressante, estaremos evitando a intensidade de um estresse que possa ter repercussão em nível mental e danos em sua constituição psíquica. O estresse tóxico em Odontopediatria pode ser evitado por meio das técnicas de abordagem comportamental, em que o suporte emocional constante ao paciente é um fator diferencial. A qualidade técnica do profissional ao realizar uma anestesia no controle da dor, o reconhecimento do tipo de choro, o tempo da criança na cadeira odontológica são elementos fundamentais que devem ser considerados. Ainda, em relação ao choro, é importante que se reconheça que o mesmo é o primeiro tipo de expressão e comunicação do bebê.

Sem ter ainda a linguagem verbal adquirida, a comunicação pelo pranto deve ser considerada uma atitude normal e aceitável da criança pequena, desde que o odontopediatra saiba escutá-lo, e tanto o responsável quanto o profissional ofereçam o suporte emocional necessário durante a consulta.

O conjunto desses fatores, aliados ao bom critério profissional e experiência clínica, possibilitará que o profissional trabalhe em níveis de estresse positivo a tolerável, considerados seguros. O cuidado amoroso e as brincadeiras também contribuem para a formação da resiliência da criança, tornando-a mais preparada a enfrentar e superar os obstáculos do atendimento. Outro elemento valioso é o de dar sentido à situação. O profissional deve nomear para a criança o que vai ser realizado e as razões do procedimento. Mesmo o bebê, que ainda não tem desenvolvimento cognitivo para compreender as palavras, consegue captar a intenção, e isso pode minimizar o estresse. Damos um sentido para aquilo que, para ele, parece não ter sentido. Dessa maneira, antes de qualquer tratamento odontológico em que o risco de um estresse mais intenso seja eminente, a orientação antecipatória, que estimula a paternidade positiva, o apoio às famílias e o fortalecimento da resiliência da criança ajudam a desenvolvermos os recursos necessários para evitamos o estresse tóxico. Diante das questões expostas e da importância do tema, destacamos que o estresse tóxico deve ser considerado em nossas intervenções e compete ao profissional:²

- Conhecer, reconhecer e evitar o estresse tóxico durante os procedimentos odontológicos.
- Proteger a criança realizando o atendimento usando as técnicas não comportamentais de acordo com a idade, as condições emocionais e o caso clínico.
- Considerar o risco e a urgência e, quando possível, postergar o atendimento, realizando procedimentos mais simples até chegar aos mais complexos.
- Informar aos pais sobre os riscos e os benefícios do tratamento na comunicação falada e escrita por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- Realizar procedimentos clínicos sob os preceitos da Odontologia de Mínima Intervenção, o que resultará na otimização do tempo clínico e mais conforto ao paciente.
- Disponibilizar aos pais o apoio que eles necessitam para cuidarem de seus filhos.

Quando o comportamento da criança impede o cuidado de saúde bucal de rotina, por meio do uso de técnicas de comunicação para a adaptação do comportamento, o profissional deve considerar as urgências das necessidades para elaborar um plano de tratamento. A doença, o traumatismo, a dor ou a infecção de avanço rápido em geral dita um pronto atendimento. Adiar parte ou todo o tratamento ou empregar intervenções terapêuticas (p. ex., técnica restauradora atraumática (ART), verniz fluoretado etc.) até que a criança possa cooperar é uma conduta apropriada quando baseada em uma avaliação individualizada dos riscos e dos benefícios dessa opção.

• Considerações Finais

Após as reflexões descritas, apontamos para a importância dos aspectos psicológicos da criança na primeira infância, durante os atendimentos odontológicos.

Profissionais bem capacitados, não apenas tecnicamente, mas que também exerçam a Odontopediatria de maneira humanizada, que tenham cuidado amoroso, podem ajudar verdadeiramente a criança, no sentido de reduzir a ansiedade e o medo, tão presentes nas consultas odontológicas.

Dessa maneira, o uso das técnicas não farmacológicas no manejo do comportamento da criança é fundamental para reduzir eventos estressores e os efeitos negativos em seu desenvolvimento, e, também, neutralizar os comportamentos não colaboradores.

Lembramos aqui o princípio da Medicina "*Primum non nocere*", que significa "primeiro não prejudicar". O tratamento não deve ser mais prejudicial do que a própria doença.

Além disso, com o conhecimento e o uso das técnicas, o profissional está preparado para ajudar também os pais, fortalecendo suas competências, orientando e oferecendo o apoio que eles necessitam, pois nenhum especialista pode fazer pela criança o que os pais podem!



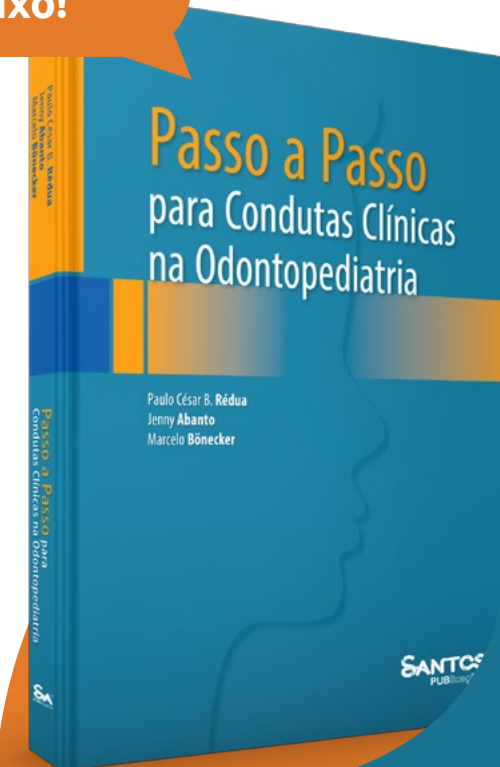
• O livro

O livro busca auxiliar os profissionais a tomar diferentes decisões durante a prática clínica no seu dia a dia, além de explicar, passo a passo, como funciona a realização de diferentes procedimentos clínicos. A obra é dividida em 10 capítulos, garantindo ao leitor informações baseadas tanto na literatura já existente sobre o tema, como também pela experiência dos diferentes profissionais.

Os capítulos teóricos do livro são:

- Cap. 1 — Passo a Passo para Consulta Inicial
- Cap. 2 — Passo a Passo para a Abordagem do Comportamento Não Farmacológico no Paciente Odontopediátrico
- Cap. 3 — Diagnóstico de Cárie e Avaliação de Risco
- Cap. 4 — Tomada de Decisão de Tratamento de Cárie na Dentição Decídua
- Cap. 5 — Protocolo de Uso dos Materiais Dentários na Clínica Odontopediátrica
- Cap. 6 - Terapia Pulpar na Dentição Decídua
- Cap. 7 - Recursos Estéticos para a Dentição Decidua e Dentes Permanentes Jovens
- Cap. 8 - Protocolos de Tratamento de Traumatismos Dentários na Dentição Decídua e Permanente
- Cap. 9 - Prevenção e Tratamento do Desgaste Dentário Erosivo na Dentição Decídua
- Cap. 10 - Hipomíneralização de Segundos Molares Decíduos (HSMD) e Hipomíneralização Molar-Incisivo (HMI)

Se interessou
pelo livro?
Clique no botão
abaixo!



Comprar livro

• Os autores



• Paulo Cesar B. Rédua

- Mestre em Ciências Fisiológicas pelo Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
- Especialista em Odontopediatria pelo Conselho Federal do Espírito Santo/CFO/1987.
- Clínica Particular em Vitória (ES) - 40 anos.
- Co-coordenador do Manual para Procedimentos Clínicos da ABO - Odontopediatria (1ª e 2ª edições, 2010/2013).



• Jenny Abanto

- Especialista em Odontopediatria pela APCD.
- Mestre, Doutora e Pós-doutora em Odontopediatria pela Universidade de São Paulo (USP), com período sanduíche na University College of London (UCL).
- Coordenadora da Área de Saúde Bucal do Projeto de Primeiros 1.000 dias de Vida da USP.
- Professora de Pós-graduação em Odontologia para Bebês na Faculdade de Odontologia da APCD (FAOA).



• Marcelo Bönecker

- Professor Titular da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Pós-doutorado no Dental Research Institute - Wits University - África do Sul.
- Doutorado em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo e University College London - Inglaterra.
- Mestrado em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

- **Quer saber quem somos?**

Possuímos uma trajetória de mais de 35 anos, atuando no segmento editorial médico e odontológico, com mais de 1.000 obras publicadas. Temos o objetivo de estar em constante transformação e evolução, seguindo ansiosos por projetos editoriais que fazem a diferença na vida dos leitores. Sendo assim, buscamos continuar, com disposição e entusiasmo, com a publicação de novas obras de grande contribuição para a Odontologia atual e continuar a fazer história na produção editorial científica do mundo. **Nós somos a SANTOS PUBLICAÇÕES.**

The logo for SANTOS PUBLICAÇÕES is displayed in white on an orange background. The word "SANTOS" is written in a bold, stylized, sans-serif font with a registered trademark symbol (®) to its upper right. Below it, the word "PUBLICAÇÕES" is written in a smaller, clean, sans-serif font.

SANTOS[®]
PUBLICAÇÕES

SANTOS[®]

PUBLICAÇÕES



santospub.com.br