

OMNIA SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

CORTELO, Fernando Marcio; POSSOBON, Rosana de Fátima; COSTA JUNIOR, Àderson Luiz; CARRASCOZA, Karina Camilo. Crianças em atendimento odontológico: arranjos psicológicos para a intervenção. Omnia Saúde, v.11, n.1, p.01-14, 2014.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 27/02/2014

Revisado em: 23/09/2014

Aceito em: 10/10/2014

CRIANÇAS EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: ARRANJOS PSICOLÓGICOS PARA A INTERVENÇÃO

CHILDREN IN DENTAL CARE: ARRANGEMENTS FOR PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Fernando Marcio Cortelo

Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação (UNICAMP)

Rosana de Fátima Possobon

Doutora em Odontologia (UNICAMP)
Professora da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (UNICAMP)

Áderson Luiz Costa Junior

Doutor em Psicologia (UNB)
Professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UNB)

Karina Camillo Carrascoza

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente (UNICAMP)

RESUMO

Realizou-se uma revisão bibliográfica integrativa, nas bases de dados LILACS, SciELO, BDENF e PubMed/MEDLINE nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando as palavras chaves “Odontopediatria; medo odontológico; comportamento em odontopediatria; adaptação psicológica”. Também foram revisadas obras clássicas e relevantes ao tema proposto. Os dados obtidos foram organizados em duas categorias; uma delas versa sobre as estratégias de controle de comportamentos de pacientes e a outra sobre planejamento de rotinas odontológicas. Este trabalho tem o objetivo de descrever algumas das estratégias de preparação da criança para tratamento odontológico. As conclusões deste trabalho apontam para a necessidade do fortalecimento do ensino de Psicologia aplicada

nos cursos de formação de profissionais de saúde, assim como dos profissionais da psicologia compondo as equipes de saúde.

Palavras-chave: Odontopediatria; medo odontológico; comportamento em odontopediatria; adaptação psicológica.

ABSTRACT

We conducted an integrative literature review, in LILACS, SciELO, and BDNF PubMed / MEDLINE in Portuguese and English, using the words "Pediatric Dentistry; dental fear; behavior in pediatric dentistry; psychological adjustment". Classical and relevant to the topic proposed works were also reviewed. The data were organized into two categories; one examines the strategies of control behaviors of patients and the other on planning dental routines. This paper aims to describe some of the strategies of preparing the child for dental treatment. The findings of this study point to the need to strengthen the teaching of applied psychology in the training courses of health professionals, as well as professional psychology composing health teams.

Key Words: Pediatric Dentistry; Dental Fear; Behavior; Applied Psychology.

INTRODUÇÃO

A criança e o medo de dentista

O tratamento odontológico constitui-se, muitas vezes, em um desafio para o profissional e para o paciente, devido às condições aversivas presentes. Para a criança, a situação pode tornar-se ainda mais aversiva quando o dentista não está habilitado para auxiliá-la a enfrentar o tratamento com o mínimo de ansiedade ou para lidar com manifestações de não-colaboração

Estudos apontam que a exposição, direta ou indireta, a tratamentos de saúde dolorosos e/ou desagradáveis constitui variável relevante à etiologia do medo em crianças (Milgrom et al. 1995; Nakai et al., 2000; Maggiras e Locker, 2002). A criança pode aprender a ter medo do tratamento odontológico por experiências vicariantes, pelas informações da mídia ou por relatos verbais de amigos e parentes que expressem apreensão e/ou sofrimento relativos à situação odontológica.

Milgrom et al. (1995) apontam que cerca de 80% dos casos de medo de dentista são originados pela experiência direta da criança na situação odontológica. Entretanto, Melamed e Williamson (1994) advertem que, quando a criança ainda não passou pela experiência de tratamento odontológico, o medo antecipatório pode ser aliviado se a experiência real for constituída, prioritariamente, por contingências reforçadoras e houver a disponibilidade de uma rede de apoio social.

Resultados de pesquisas apontam que dificuldades no enfrentamento das situações de tratamento odontológico, por parte da criança, podem provocar a aquisição de repertórios

de esquiva e fuga, prolongando demasiadamente a duração do tratamento (Possobon et al. 2003). Se tais dificuldades estiverem associadas à inexperiência do dentista em utilizar estratégias de manejo comportamental e de controle da dor, comportamentos indicadores de ansiedade e medo de instrumentos específicos, ou da situação como um todo, podem ser observados (Moraes, Costa Junior e Rolim, 2004; Seger, Banaco e Garcia, 2002).

Com objetivo de reduzir cada vez mais os episódios evocadores de medo na situação de tratamento, a odontologia tem buscado o crescente aprimoramento técnico do cirurgião-dentista, a maior integração entre pesquisa científica e prática profissional e, ainda, recursos em outras áreas de conhecimento, especialmente na psicologia, constituindo um arsenal metodológico que facilite o controle do comportamento de crianças não-colaboradoras (Seger et al. 2002). Embora se observe alguma preocupação com a descrição de técnicas mais eficientes para diminuir a ansiedade e melhorar o grau de colaboração do paciente, em especial da criança, poucos estudos, em odontologia, no entanto, têm abordado a questão específica da preparação psicológica e sistemática da criança para submeter-se a procedimentos invasivos (Possobon, 2003; Costa Junior, 2002).

Prevenir a instalação de medos específicos ao tratamento odontológico deveria ser uma das temáticas mais abundantemente exploradas pelos pesquisadores, justamente pelos efeitos comportamentais deletérios, relatados na literatura e observados na prática clínica, de uma atuação odontológica negligente e/ou coerciva para com o paciente. Minimizar a dor e o sofrimento do paciente, ou ensiná-lo a comunicar sua dor e controlar, mesmo que parcialmente, os efeitos adversos dos procedimentos, podem impedir que o indivíduo passe a temer o tratamento.

Para Piedalue e Milnes (1994), uma das tarefas mais onerosas (do ponto de vista financeiro e emocional) do cirurgião-dentista é a implementação eficiente de estratégias para tratar o paciente temeroso sem coerção ou contenção física. Os autores observam que é muito mais fácil lidar com os comportamentos de uma criança sem experiência odontológica do que manejar os comportamentos daquelas que já tiveram experiências desagradáveis no consultório do dentista.

Podemos afirmar que a execução de um tratamento odontológico pode constituir-se em um desafio para o paciente, especialmente devido às rotinas aversivas, muitas vezes inevitáveis, a que são expostos, bem como para o profissional, frequentemente obrigado a utilizar procedimentos potencialmente dolorosos em função de condições bucais clinicamente agravadas (Moraes et al. 2004).

A aversividade atribuída ao tratamento odontológico pode tornar-se ainda maior quando a primeira visita da criança ao cirurgião-dentista incluir episódios aversivos (Townend et al. 2000). Alguns estudos têm abordado o estabelecimento de relações entre experiências desagradáveis, ocorridas nas primeiras sessões de atendimento odontológico, e repertórios comportamentais consequentes de ansiedade e esquiva (De Jongh et al. 1995; Liddell e Gosse, 1998; Townend et al. 2000).

Quando a primeira experiência da criança acontece em situação de urgência, por exemplo, o profissional não dispõe de tempo suficiente para adaptar a criança ao ambiente odontológico e aos procedimentos que serão realizados, uma vez que a prioridade é a eliminação da dor e, em alguns casos, a interrupção de processos infecciosos que podem acarretar transtornos sistêmicos de saúde. Após este primeiro contato emergencial, pode tornar-se necessária a realização de outras sessões, nas quais o cirurgião-dentista adotará estratégias psicológicas de manejo de comportamento, visando familiarizar a criança com o consultório, auxiliando-a a aceitar a realização do tratamento. Procedimentos de recreação planejada, simulação comportamental, relaxamento e transmissão de informação, por exemplo, têm sido utilizadas em situação de procedimentos médicos e odontológicos invasivos (Possobon, 2000; Costa Junior, 2002; Abreu, 2002).

Por outro lado, quando a criança chega ao consultório odontológico apresentando uma condição bucal que não requer intervenção curativa imediata e, os eventuais procedimentos invasivos podem ocorrer após sessões iniciais em que são realizados procedimentos menos complexos, profiláticos, com menor potencial para gerar dor e desconforto, o profissional pode lançar mão de estratégias específicas e sistemáticas para familiarizar a criança ao tratamento e ensiná-la como se comportar durante a sessão, minimizando a aversividade da situação (Costa, 2009). Observa-se, no entanto, que muitos profissionais ainda desconhecem a importância de identificar as necessidades psicossociais da criança e de seu acompanhante e de disponibilizar suporte psicológico específico que os preparem para a situação de tratamento. Piko e Kopp (2004) ressaltam que o profissional de odontologia nem sempre tem acesso, desde a graduação, ou ao longo de sua atuação, a informações e treinamento sobre a aplicação de técnicas psicológicas promotoras de comportamento colaborativo em situação de tratamento de saúde.

OBJETIVO

Este trabalho tem o objetivo de descrever algumas das estratégias de preparação da criança para tratamento odontológico, que podem ser reproduzidas durante as atividades rotineiras na clínica privada ou pública.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura. Esse método inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Mendes et als. 2008). Foram investigadas as bases de dados do LILACS, SciELO, BDENF e PubMed/MEDLINE nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando as palavras chaves “odontopediatria; medo odontológico; comportamento em odontopediatria; adaptação psicológica”.

Também foram revisadas obras de autores clássicos que tratam o tema em questão. Esta pesquisa estendeu-se a diferentes tipos de artigos científicos, dando preferência aos artigos publicados em um período igual ou inferior a 10 anos. No entanto, não se pôde

Fernando Marcio Cortelo; Rosana de Fátima Possobon; Anderson Luiz Costa Junior; Karina Camilo Carrascoza.

descurar alguns artigos encontrados com mais de 10 anos de publicação, uma vez que esses foram a base dos novos artigos encontrados, tendo informação relevante relativamente ao tema em estudo.

Foram critérios de inclusão estudos científicos que investigaram especificamente o medo da criança em situação de atendimento odontológico. Os resultados foram agrupados em duas categorias: uma delas versa sobre as estratégias de controle de comportamentos de pacientes e a outra refere ao planejamento de rotinas odontológicas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estratégias de Controle de Comportamentos de Pacientes

Antes do primeiro contato com a criança no consultório, é fundamental obter, em entrevista com o acompanhante, algumas informações referentes à criança, tais como idade, história de experiências médicas e odontológicas, comportamentos manifestados durante estas experiências, principais características de comportamento observadas em atividades cotidianas, temáticas que despertam interesse da criança e responsividade a situações estressantes. Estas informações fornecem subsídios para a elaboração de um “plano de ação”, no qual o objetivo principal é associar a situação de tratamento odontológico com atividades prazerosas, no caso de crianças sem experiência odontológica, ou extinguir o medo já instalado entre as crianças que foram expostas a tratamento odontológico sob condições aversivas (Possobom, 2000).

Após esta entrevista inicial com o acompanhante, uma das estratégias do cirurgião-dentista, no primeiro contato com a criança, deve ser o estabelecimento de uma relação positiva com a criança, o que pode ser facilitado com um convite ao paciente para uma exploração planejada pelo ambiente do consultório. Esta atividade, denominada de “familiarização”, foi descrita por Ingerssol (1982) como sendo uma estratégia importante tanto para crianças inexperientes como para aquelas que já passaram por outros episódios de tratamento odontológico, mas que iniciam uma nova etapa de tratamento com um novo profissional. O emprego desta estratégia permite à criança, e também ao seu acompanhante, conhecer o ambiente no qual será realizado o tratamento e sanar eventuais dúvidas, contribuindo para minimizar episódios de ansiedade antecipatória, comuns no enfrentamento de uma situação desconhecida e da qual a criança parece não dispor de qualquer forma de controle.

Dependendo da idade e do grau de compreensão cognitiva do paciente, o cirurgião-dentista pode lançar mão de verbalizações que fazem alusão ao universo lúdico infantil enquanto apresenta seu ambiente de trabalho, comparando alguns de seus instrumentos e equipamentos a personagens e objetos já familiares ao paciente. Pode, também, ser permitida à criança a manipulação de determinados objetos ou instrumentos.

A alusão de instrumentos odontológicos ao universo lúdico infantil e a possibilidade de manipulação prévia de equipamentos do consultório pela criança, inclui uma discussão controversa no sentido de que alguns clínicos podem ser categóricos ao afirmar que a situação de tratamento não deve ser apresentada à criança como sendo parte do mundo

infantil. Estes profissionais argumentam que esta atitude está baseada em argumentos falaciosos e que, portanto, o dentista estaria mentindo para a criança e traindo, antecipadamente, sua confiança. Defendem, ainda, a tese de que a criança deve entender que a situação odontológica é basicamente desagradável e que nenhuma prática comportamental é suficientemente eficaz para eliminar as variáveis aversivas presentes.

A experiência clínica, no entanto, aponta exatamente para o oposto, isto é, se a criança percebe, desde o primeiro contato com o cirurgião-dentista, que o ambiente odontológico não é tão assustador quanto suas crenças poderiam indicar, ou conforme lhe foi descrito por outros indivíduos, ou, ainda, que ela pode contar com o apoio de um profissional preocupado com seu bem-estar, seu nível de colaboração comportamental tende a se manter alto ao longo de todo o tratamento (Possobon, 2003).

Weinstein e Nathan (1988) compartilham desta idéia e relatam que, quando o profissional consegue estabelecer um canal eficiente de comunicação com a criança, permitindo a ela expor seus sentimentos, e ao mesmo tempo empenha-se em minimizar a sua ansiedade frente à situação aversiva do tratamento, observa-se a aquisição de estratégias mais eficientes de enfrentamento e a conseqüente diminuição da percepção de vulnerabilidade da criança. Alguns autores (Kleinknecht et al. 1973; Allen e Stokes, 1987; Stark et al. 1989; Ten Berge et al. 1999) sugerem que, um fator importante na determinação do repertório de comportamentos do paciente frente ao tratamento é justamente a sua percepção sobre a pessoa do cirurgião-dentista. Segundo estes autores, pacientes que relatam mais medo da situação odontológica atribuem tal reação à reduzida afetividade demonstrada pelo dentista. Assim, adotar estratégias que priorizem o estabelecimento de uma boa relação entre profissional e paciente constitui um preditor de melhores condições de enfrentamento do tratamento.

Desta forma, seguindo o conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde de humanização crescente dos atendimentos em saúde, parece clara a necessidade da adoção de estratégias que diminuam o potencial aversivo do ambiente odontológico. A manipulação de variáveis relacionadas à decoração do consultório, por exemplo, planejado para receber crianças, pode facilitar a adaptação comportamental ao tratamento. Alguns brinquedos espalhados pela sala de espera, e pela própria sala de atendimento, respeitando os cuidados com a biossegurança, podem tornar o consultório mais acolhedor e mais parecido com o ambiente natural da criança, contribuindo com o processo de dessensibilização de uma situação até então associada a episódios de dor e/ou medo.

Possobon (2003) relata um aumento da frequência de comportamentos colaborativos, apresentados por crianças com história de não-colaboração a tratamento odontológico, ao longo de sessões experimentais nas quais o dentista utilizava estratégias de familiarização com o consultório. Um efeito não esperado do estudo foi a generalização comportamental da criança manifestada fora do ambiente de consultório odontológico. Parece que o aumento da ocorrência de comportamentos colaborativos com o tratamento também se refletiu em comportamentos manifestados em casa, durante a realização das práticas preventivas, tais como escovação dental e uso do fio dental, conforme relato verbal espontâneo das mães.

Levanta-se a hipótese de que parte desta generalização comportamental, também observada por Possobon (2000) e por Costa (2009), pode ser atribuída à relação de afetividade positiva desenvolvida entre o profissional e a criança. Parece que a mudança de ambiente, de um consultório convencional para outro ecologicamente planejado para crianças, e a introdução de estratégias de preparação psicológica e atividade lúdica recreativa, constituíram variáveis relevantes ao estabelecimento de uma boa interação com a criança, aumentando a probabilidade da aquisição e manutenção de comportamentos colaborativos e coerentes com as noções básicas de saúde bucal.

Assim, outra importante estratégia de preparação da criança para o tratamento odontológico é a atividade lúdica, empregada, de modo geral, com a finalidade de reforçar o estabelecimento de uma relação inicial amigável entre paciente e dentista. Além disso, esta estratégia é útil para treinar comportamentos colaborativos da criança e ensinar-lhe conceitos relevantes sobre saúde bucal. Esta atividade pode ocorrer em um ambiente específico (uma mesa de tamanho infantil na sala de espera ou na sala de atendimento, por exemplo) ou, ainda, com a criança sentada na própria cadeira odontológica.

É importante que a atividade lúdica, se iniciada em momento anterior à entrada da criança no consultório, seja mantida na cadeira odontológica. O que ocorre, muitas vezes, é que a atividade desenvolvida em uma mesa de brinquedos não pode ser facilmente transferida para a cadeira odontológica. Assim, a criança se vê obrigada a encerrar uma ação prazerosa para submeter-se a uma situação freqüentemente percebida como aversiva. Uma atividade lúdica planejada, realizada com a criança posicionada na cadeira odontológica, utilizando brinquedos e instrumentos ou equipamentos odontológicos miniaturizados, pode ser eficaz na adaptação da criança ao tratamento. A intervenção odontológica poderia, assim, ser iniciada sem que houvesse uma interrupção da atividade lúdica e o profissional poderia utilizar os brinquedos como mediadores entre a criança e o tratamento a ser executado, usufruindo os benefícios psicossociais descritos em procedimentos clássicos de ludoterapia (Newcombe, 1999) ou de simulação comportamental (Costa Junior, 2001). Ressalta-se que, não ocorrendo transição entre a mesa de atividade lúdica e a cadeira odontológica, poderia haver uma aproximação mais significativa entre a condição prazerosa de brincar e a situação potencialmente estressante de tratamento odontológico.

A atividade lúdica pode, também, servir como um evento de consequenciação positiva (uma recompensa) ao repertório de comportamentos colaborativo apresentado pela criança durante a sessão de tratamento. Além do reforçamento imediato à conduta da criança, o procedimento aumenta a probabilidade de que, em sessões subseqüentes, a criança volte a apresentar (ou aumente a freqüência de) comportamentos colaborativos com o profissional e com o tratamento. Deve-se lembrar que os eventos de consequenciação devem ser variados, evitando-se ou retardando os efeitos de saciação pela repetição de uma mesma atividade, e constituídos de atividades efetivamente reforçadoras à criança.

O cirurgião-dentista pode, ainda, estabelecer uma contingência que relacione o grau de colaboração da criança com o tempo destinado à atividade lúdica, desenvolvida ao final da sessão de tratamento. Quanto maior o percentual de colaboração comportamental ao

longo da sessão, por exemplo, maior o tempo disponível para a atividade lúdica. Esta estratégia tem maior potencial de eficiência quando a atividade lúdica é, efetivamente, reforçadora para a criança, aumentando a probabilidade de que a criança colabore cada vez mais durante o tratamento para adquirir cada vez mais tempo para brincar.

Possobon et al. (1998), em um estudo com quatro crianças não-colaboradoras, verificaram a eficácia da estratégia de atividade lúdica, que foi utilizada em dois momentos: (a) no início da sessão para familiarizar a criança com o ambiente odontológico e para ensinar comportamentos esperados durante o tratamento; e (b) no final da sessão, como reforçamento positivo aos comportamentos colaborativos. Os autores observaram que as crianças adaptaram-se à situação odontológica e sua resistência ao tratamento diminuiu, permitindo a realização de todos os procedimentos clínicos planejados em tempo mais curto do que aquele gasto com crianças que não tiveram acesso a atividades lúdicas.

O Planejamento de Rotinas Odontológicas

Outra estratégia, útil à manutenção de boas relações com a criança, baseia-se em começar o tratamento com a execução de procedimentos clínicos de baixo grau de invasividade e, portanto, menor potencial para produzir dor e medo. O planejamento clínico deve ser elaborado de maneira a iniciar o tratamento por procedimentos preventivos, tais como treino de práticas de higiene oral, profilaxia profissional e restaurações provisórias. Dessa forma, o clínico dispõe de tempo para estabelecer uma maior interação social com seu paciente, bem como observar e registrar os principais comportamentos manifestados durante a realização destas práticas. O registro sistemático destes comportamentos permite ao cirurgião-dentista prever a ocorrência de comportamentos inadequados, por parte da criança, durante a realização de rotinas que incluam procedimentos mais invasivos. Assim preparado, o profissional pode alterar a sequência de passos, previamente estabelecidos, e adotar outras estratégias para garantir que a criança apresente maior probabilidade de comportamentos de colaboração durante etapas de tratamento curativo. Se for o caso, o cirurgião-dentista pode, ainda, consultar outros profissionais de saúde, tais como psicólogos treinados em atendimento a indivíduos em tratamento de saúde e solicitar o planejamento conjunto de estratégias de intervenção conforme o perfil comportamental de cada paciente e seus acompanhantes.

Vale a pena ressaltar que, cada criança se comporta de maneira única e necessita de tempo variável para adaptar-se à situação de tratamento e para estabelecer e manter uma boa interação com o profissional. Assim, o cirurgião-dentista também deve estar atento à manifestação de todo e qualquer comportamento do paciente, observando pequenas alterações que possam sugerir o momento adequado para o início de uma intervenção mais invasiva (Possobon, 2003; Costa, 2009).

A experiência clínica permite afirmar que, frequentemente, quando um paciente procura um dentista, recomendado por outro paciente, as informações sobre o profissional que incentivam o novo paciente a procurá-lo, baseiam-se, principalmente, na relação profissional-paciente e não somente na competência técnica. O paciente relata de que forma recebeu o tratamento, se o profissional preocupou-se ou não com o seu bem estar, se foi amigável ou distante, destacando questões afetivas mais do que questões técnicas.

Observa-se que preparar adequadamente o paciente não é relevante apenas para o próprio paciente, que está momentaneamente vulnerável e dependente, e se sentirá mais seguro e confortável na medida em que está familiarizado com a situação, mas, também, para o profissional, que pode contar com um paciente mais relaxado e potencialmente mais colaborador. Esta regra é especialmente importante quando o paciente é uma criança (Costa Junior e Coutinho, 2000).

Para o cirurgião-dentista, tão importante quanto a habilidade para manejar os comportamentos da criança não-colaboradora, é aprender a lidar com os seus próprios sentimentos. O profissional pode sentir-se frustrado por não conseguir realizar as práticas clínicas programadas e tal sentimento pode gerar reações emocionais involuntárias como raiva da criança, sensação de impotência para lidar com outros aspectos da situação e até insegurança quanto a sua capacidade profissional (Possobon, 2000). As dificuldades em efetuar o manejo comportamental de pacientes têm levado muitos dentistas a recusar a prática da odontopediatria em seus consultórios (Ingersoll et al. 1984).

Rachman (1977), bem como Silva et al. (1992) sugerem que o dentista deveria aprender a explorar, mais sistematicamente, sua relação com a criança, a fim de ganhar sua afeição e confiança, tornando-a mais receptiva às intervenções e ensinando-a a olhar para a situação odontológica com mais tranquilidade.

Por fim, o profissional de saúde deve estar atento aos comportamentos do paciente e, principalmente, à influência destes comportamentos sobre o seu próprio comportamento e vice-versa. O objetivo primordial do cirurgião-dentista deveria ser o de proporcionar um atendimento integral à criança, considerando não apenas a eficiência técnica, mas, também, o empenho em proporcionar um alto grau de bem-estar emocional e psicossocial ao seu paciente.

O arsenal de estratégias comportamentais é grande e variado, mas tão importante quanto escolher a estratégia indicada para cada momento da situação odontológica, levando em consideração as particularidades de cada criança, é a maneira como estas estratégias são empregadas (Roberts, 1995).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as estratégias a serem adotadas pelo odontopediatra na relação com a criança em situação de atendimento odontológico. No entanto, tão importante quanto escolher uma estratégia indicada para cada situação é considerar as particularidades de cada criança, e atenção na maneira como suas estratégias são empregadas.

Assim, deve-se buscar antes do primeiro contato com a criança, informações junto ao acompanhante, tais como; idade, história de experiências médicas e odontológicas. No primeiro contato com a criança é indicado o estabelecimento de uma relação positiva com a criança, o que pode ser facilitada com um convite ao paciente para uma exploração planejada pelo ambiente do consultório, sanando eventuais dúvidas e minimizando

episódios de ansiedade antecipatória, comuns no enfrentamento de situações desconhecidas.

Uma vez observado que a criança dispõe de compreensão cognitiva, o cirurgião-dentista pode utilizar-se de verbalizações do universo lúdico infantil enquanto apresenta seu ambiente de trabalho, comparando alguns de seus instrumentos e equipamentos a personagens e objetos já familiares ao paciente. Pode, também, ser permitida à criança a manipulação de determinados objetos ou instrumentos.

Observa-se que, se a criança percebe que o ambiente odontológico não é tão assustador quanto suas crenças indicavam, ou conforme lhe foi descrito por outros indivíduos, ou, ainda, que ela pode contar com o apoio de um profissional preocupado com seu bem-estar, seu nível de colaboração comportamental tende a se manter alto ao longo de todo o tratamento.

A alteração de um consultório convencional para outro ecologicamente planejado para crianças, e a introdução de estratégias de preparação psicológica e atividade lúdica recreativa, aparecem na literatura como variáveis relevantes ao estabelecimento de uma boa interação com a criança, aumentando a probabilidade da aquisição e manutenção de comportamentos colaborativos e coerentes com as noções básicas de saúde bucal.

Há um consenso entre os autores estudados sobre a utilidade em manter boas relações com a criança, começando o tratamento com a execução de procedimentos clínicos de baixo grau de invasividade e, portanto com menor potencial para produzir dor e medo e deixando os mais complexos para situações ulteriores. Tão importante quanto lidar com a criança não colaboradora, trata-se da habilidade do cirurgião-dentista em aprender a lidar com os seus próprios sentimentos, evitando sentir-se frustrado por não conseguir realizar as práticas clínicas programadas, sentimento que pode gerar reações emocionais involuntárias como raiva da criança, sensação de impotência para lidar com outros aspectos da situação e até insegurança quanto a sua capacidade profissional.

O cirurgião-dentista pode, ainda, consultar outros profissionais de saúde, tais como psicólogos treinados em atendimento a indivíduos em tratamento de saúde e solicitar o planejamento conjunto de estratégias de intervenção conforme o perfil comportamental de cada paciente e seus acompanhantes, em suma o preparo adequado do paciente se mostra relevante não apenas para o próprio paciente, mas, também, para o profissional, que pode contar com um paciente mais relaxado e potencialmente mais colaborador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, C.R.F.N. Relaxamento. In: SEGER, L. et al. (Orgs.). *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora* (pp. 297-317). São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2002.

ALLEN, K.D.; STOKES, T.F. Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.20, p.381-390, 1987.

COSTA JUNIOR, A.L. COUTINHO, S.M.G. Você tem medo de dentista? A psicologia pode ajudar-lhe. *Leia: Informação & Crítica*, v.1, p.20-24, 2000.

COSTA JUNIOR, A.L. Psicologia aplicada à Odontopediatria: uma introdução. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.2, p.67-78, 2002.

COSTA JUNIOR, A.L. *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. [Tese de Doutorado]. Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2001.

COSTA, L.S.T. *Redução de estresse e de não-colaboração em pacientes odontopediátricos: avaliação da eficácia de intervenção psicológica*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba (SP), 2009.

DE JONGH, A.; MORIS, P.; TER HORST, G.; DUYX, M.P.M.A. Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. *Behavior Research Therapy*, v.33, p.205-210, 1995.

INGERSOLL, B.D., NASH, D.A. & GRAMBER, C. The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. *Journal of American Dental Association*, v.109, p.717-720, 1984.

INGERSOLL, B.D. *Behavioral aspects in Dentistry*. New York: Appleton Century-Crofts, 1982.

KLEINKNECHT, R.A.; KLEPAC, R.K.; ALEXANDER, L.D. Origins e characteristics of fear of dentistry. *Journal of American Dental Association*, v.86, p.842-848, 1973.

LIDDELL, A.; GOSSE, V. Characteristics of early unpleasant dental experiences. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, v.29, p.227-237, 1998.

MAGGIARIAS, J.; LOCKER, D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v.30, p.151-159, 2002.

MELAMED, S.M.; WILLIAMSON, D.J. Programs for the treatment of dental disorders – Dental anxiety and temporomandibular disorders. In: SWEET, J.J., ROZENSKY, R.H., TOVIAN S.M. (Orgs.). *Handbook of Clinical Psychology in Medical settings* (pp.539-65). New York: Plenum Press, 1994.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MILGROM, P.; MANCL, L.; KING, B.; WEINSTEIN, P. Origins of childhood dental fear. *Behavior Research Therapy*, v.33, p.313-319, 1995.

MORAES, A.B.A.; COSTA JUNIOR, A.L.; ROLIM, G.S. Medo de dentista ainda existe? In: BRANDÃO, M.Z.S. (Org.), Sobre comportamento e cognição - Volume 17 - (pp. 171-178). São Paulo: Esetec, 2004.

NAKAI, Y.; MILGROM, P.; MANCL, L.; COLDWELL, S.E., DOMOTO, P.K.; RAMSEY, D.S. Effectiveness of local anesthesia in pediatric dental practice. *Journal American Dental Association*, v.131, p.1699-1705, 2000.

NEWCOMBE, N. *Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

PIEDALUE, R.J.; MILNES, A. Nonpharmacological techniques help practitioners manage young patients. *Journal of Massachusetts Dental Society*, v.43, p.231-235, 1994.

PIKO, B.F.; KOPP, M.S. Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioural sciences and behavioural medicine. *European Journal of Dental Education*, v.8, p.25-31, 2004.

POSSOBON, R.F. *Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não – colaborativos de crianças em atendimento odontológico*. [Tese de Doutorado]. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba (SP), 2003.

POSSOBON, R.F.; MORAES, A.B.A.; COSTA JUNIOR, A.L.; AMBROSANO, G.M.B. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.19, n.1, p.59-64, 2003.

POSSOBON, R.F. *Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não-colaboradora durante o atendimento odontológico*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba (SP), 2000.

POSSOBON, R.F.; CAETANO, M.E.S.; MORAES, A.B.A. Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *Revista Brasileira de Odontologia*, v.55, p.80-83, 1998.

RACHMAN, S. The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behavior Research Therapy*, v.15, p.375-387, 1977.

ROBERTS, J.F. How important are techniques? The empathic approach to working with children. *Journal of Dentistry for Children*, v.59, p.38-43, 1995.

SEGER, L.; BANACO, R.A.; GARCIA, I. Técnicas de controle do comportamento. Em L. Seger e cols. (Orgs.), *Psicologia e Odontologia: uma abordagem integradora* (pp. 57-78). São Paulo: Santos Livraria e Editora, 2002.

SILVA, S.R.G.; GUEDES-PINTO, A.C.; REGINATO, S.M.; CHIPARI, M. A percepção da criança com relação a odontopediatria: um acréscimo da psicologia à odontologia. *Revista de Odontopediatria*, v.1, p.127-155, 1992.

STARK, L.J.; ALLEN, K.D.; HURST, M.; NASH, D.A.; RIGNEY, B.; STOKES, T.F. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, v.22, p.297-307, 1989.

TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J.; HOOGSTRATEN, J. Dentist's behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, v.66, p.36-40, 1999.

TOWNEND, E., DIMIGEN, G.; FUNG, D. A clinical study of child dental anxiety. *Behavior Research Therapy*, v.38, p.31-46, 2000.

WEINSTEIN, P.; NATHAN, J. The challenge of fearful and phobic children. *Dental Clinics of North America*, v.32, p.667-692, 1988.