



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho submetido por
Iara Filipa Brandão e Silva
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Setembro de 2022



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho submetido por
Iara Filipa Brandão e Silva
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof. Doutor José Grillo Evangelista

Setembro de 2022

Dedicatória

Dedico esta dissertação à minha mãe, irmãos e à minha estrelinha (a minha avó), por terem tornado este sonho real. Toda a vossa força, amor, e apoio fizeram tudo isto ser possível.

Dedico em especial à minha mãe que foi o meu pilar, minha amiga, a melhor mãe do mundo, que deu me forças para continuar a cada dia, nunca desistiu de mim, sempre acreditou na concretização dos meus sonhos.

Dedico à minha avó, por tudo, foi a minha inspiração e força sempre.

Dedico aos meus bebés, os meus irmãos, graças à vossa força e ajuda, tudo se tornou mais fácil.

Dedico também ao meu namorado, por ter sido um companheiro, um amigo e um apoio imprescindível nos momentos bons e maus momentos. Por me ter dado força para nunca desistir.

Amo-vos incondicionalmente, o meu profundo e sincero obrigada.

Agradecimentos

Ao meu orientador Prof. Doutor José Grillo Evangelista, por todo o empenho disponibilidade, atenção, paciência, desde o primeiro dia que me aceitou como orientanda e como sua aluna, por me esclarecer todas as dúvidas, por tornar este trabalho possível, o meu muito obrigada.

Ao Instituto Universitário Egas Moniz, por ter-me tornado a pessoa que sou hoje, foi sem dúvida uma segunda casa de me acolheu desde a minha entrada até ao fim, a todos os professores que me ajudaram a acalçar o meu sonho, a todas as funcionárias que contribuíram para o meu sucesso, o meu muito obrigada de coração.

À minha mãe, por ter sido a minha força em toda a minha vida, por ter-me proporcionado tudo para poder chegar onde cheguei, por todo o apoio, carinho e dedicação. Ao meu pai, por contribuir para o meu sucesso e para a realização dos meus sonhos. Aos meus irmãos, por serem a minha luz, a minha inspiração todos os dias.

À minha estrelinha (a minha avó), por ter-me dado tanta força, carinho e proporcionado tudo isto possível, por nunca ter desistido de mim, mesmo até ao último dia da sua vida.

Ao meu namorado, o meu companheiro, o meu pilar, sem ti as coisas teriam sido muito mais difíceis. Às minhas amigas, Joyce, Helena e Sara o meu muito obrigada, por toda a compreensão, amizade e força.

Em especial a Deus e à minha força interior, consegui provar a mim mesma que tudo é possível quando realmente queremos e corremos atrás daquilo que nos faz muito feliz, estou totalmente grata por tudo.

Resumo

Em odontopediatria, existe uma elevada exigência clínica, podendo assim, existir algumas manifestações comportamentais como o medo. Este caracteriza-se por uma emoção presente nos seres humanos, desde a infância, mantendo-se presente no nosso cotidiano, durante todo o desenvolvimento. Outra manifestação emocional recorrente que não é inevitável é a ansiedade, sendo proporcional ao nível da dor. Na generalidade, segue-se uma sensação de perigo suscitando desconforto e inquietação.

A influência dos pais no decorrer das consultas auxilia a realização de exames, de forma a proporcionar um suporte físico e psicológico às crianças. Contudo, para o médico-dentista a ausência dos pais proporciona maior atenção e adesão do paciente, evitando comportamentos não cooperantes inclusive recusa do tratamento. Deste modo, melhora a comunicação médico-dentista/paciente/pais.

As técnicas de controlo comportamental são fundamentais, para reduzir o medo e obter um tratamento mais cooperativo durante a consulta.

Assim, o conhecimento do profissional, sobre os diferentes tipos de comportamento infantil, permitirá efetuar uma seleção da melhor técnica a utilizar, de forma regrada e adequada a cada criança.

Este estudo tem como objetivo apresentar as complicações do comportamento da criança na consulta de odontopediatria, a influência da presença dos pais estabelecendo técnicas de controlo comportamental, de forma a melhorar o desempenho da criança durante a consulta de odontopediatria. Serão consultadas as bases de dados com artigos publicados nos últimos 10 anos: PubMed, Google Académico, SciELO, Scopus, Web of Science, American Academy of Pediatric Dentistry.

Palavras-chave: Ansiedade dentária, odontopediatria, comportamento infantil, medo.

Abstract

There is a high clinical demand for pediatric dentistry, and there may be some behavioral manifestations such as fear. This is characterized by an emotion present in human beings, since childhood, remaining present in our daily lives, throughout development.

Another recurring emotional manifestation that is not inevitable is anxiety, being proportional to the level of pain. In general, a sense of danger follows, causing discomfort and restlessness.

The influence of parents during the consultation helps carry out exams to provide physical and psychological support to children. However, for the dentist, the absence of parents provides greater attention and patient adherence, avoiding uncooperative behaviors including refusal of treatment. In this way, it improves doctor-dentist/patient/parent communication.

Behavioral control techniques are essential to reduce fear and obtain a more cooperative treatment during the consultation. Thus, the professional's knowledge of the different types of child behavior will allow a choice of the best technique to be used, in a regulated way, suitable for each child.

This study aims to present the complications of the child's behavior in the pediatric dentistry consultation, the influence of the parents' present establishing and behavioral control techniques child's performance during the pediatric dentistry consultation.

The following databases will be consulted with articles published in the last 10 years: PubMed, Google Scholar, SciELO, Scopus, Web of Science, American Academy of Pediatric Dentistry.

Keywords: Dental anxiety, pediatric dentistry, child behavior, fear.

Índice Geral

I.	INTRODUÇÃO.....	7
II.	DESENVOLVIMENTO.....	9
1.	O comportamento da criança durante o setting terapêutico	9
2.	Presença/ausência dos pais na consulta de odontopediatria	13
3.	Pacientes pediátricos portadores de necessidades especiais.....	15
3.1	Desvios Comportamentais	15
2.2	Deficiência Física	17
2.3	Alterações congénitas e genéticas	18
4.	Técnicas de controlo comportamental não-farmacológicas	20
4.1.	Técnica Dizer-mostrar-Fazer	21
4.2.	Técnica de Reforço Positivo.....	23
4.3.	Técnica de Modelagem.....	24
4.4.	Técnica da comunicação verbal e não-verbal.....	25
4.5.	Técnica de controlo da voz.....	26
4.6.	Técnica de distração	27
4.7.	Técnica Mão-sobre-a-boca	28
4.8.	Técnica de contenção física.....	29
5.	Técnicas Convencionais Utilizadas em Odontopediatria	30
5.1.	Cromoterapia	30
5.2.	Musicoterapia	31
5.3.	Recurso à Hipnose em Odontopediatria	32
6.	A Atividade Lúdica como veículo mediador na Consulta de Odontopediatria..	34
7.	Realidade Virtual em Odontopediatria	37
8.	Técnicas de controlo comportamental farmacológicas	38
8.1.	Sedação consciente com óxido Nitroso	38
8.2.	Anestesia Local.....	40
8.3.	Anestesia Geral.....	42
III.	CONCLUSÃO.....	45
IV.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

I. INTRODUÇÃO

Em Odontopediatria, a gestão comportamental do paciente pediátrico, associado ao medo e ansiedade, é um grande desafio para os Médicos-Dentistas. Atualmente e apesar dos avanços tecnológicos em Medicina dentária, a ansiedade e o medo são frequentemente vistos como grandes obstáculos, no atendimento clínico visto estarem associados a um sentimento de dor e sofrimento (Martins et al., 2017).

A comunicação do Médico-Dentista e da criança torna-se uma problemática atualmente. Assim, mesmo com os avanços tecnológicos em Medicina Dentária, com dispositivos e meios que melhoram o atendimento clínico, ao nível da interação Médico-Dentista/paciente existem algumas lacunas a tratar. Na infância, há uma maior vulnerabilidade e sensibilidade a todo o ambiente existente, tornando o paciente como o centro das atenções, com emoções, sentimentos, medos e ansiedade (Dias et al., 2015).

O medo caracteriza-se por uma emoção primária e desagradável que nos alerta sobre o perigo de algo desconhecido, em relação a uma situação em específico. Quando o mesmo é reconhecido, existe uma reação comportamental e automática de um conjunto de experiências desagradáveis. A ansiedade é distinguida como uma resposta a uma ameaça ao indivíduo, não sendo bem definida ou presente, tornando-se importante o conhecimento do odontopediatra sobre o medo e a ansiedade de forma a diminuí-los e/ou preveni-los (Felix et al., 2016).

A comunicação adequada e concisa entre o Médico Dentista/paciente favorece o vínculo e confiança entre ambos, melhorando a estabilização da ansiedade da criança. Segundo Dias et al. (2015), a comunicação é o ponto chave para uma boa relação Médico Dentista/paciente odontopediátrico.

Para os Médicos-Dentistas o ato de brincar permite facilitar o atendimento clínico, através da arte livre, brinquedos, jogos, possibilitando que o ato de brincar estimule a criatividade, a imaginação, o desenvolvimento de expressões e a comunicação da criança (Almeida et al., 2021).

A presença dos pais no consultório dentário tem influência no comportamento da criança, muitas vezes os mesmos transmitem sentimentos e experiências desagradáveis anteriormente vividas. Deste modo, para inverter a situação e uma forma de estratégia comportamental para as crianças, os pais criam promessas, através de brinquedos, jogos, comida, que por sua vez os pacientes pediátricos podem associar a algo negativo a ida ao dentista (Almeida et al., 2021; Jesus et al., 2022). Para o Médico-Dentista o comportamento do paciente pediátrico é um desafio constante, uma vez que o mesmo deve conhecer e analisar cada paciente, as suas características psicológicas, comportamento, permitindo utilizar as técnicas não-farmacológicas ou farmacológicas adaptadas ao estado emocional de cada paciente (Jesus et al., 2022).

II. DESENVOLVIMENTO

1. O Comportamento da criança durante o *setting* terapêutico

Em odontopediatria um dos maiores desafios é o controle comportamental de crianças que apresentem medo e ansiedade, caracterizando-se por um conjunto de sentimentos negativos potenciados pelo ambiente clínico e experiências negativas anteriormente vividas. Embora os avanços na Medicina Dentária, existe por parte de algumas crianças a expectativa de dor relacionada aos tratamentos dentários que serão efetuados (Sousa et al., 2022). Nesta especialidade existem algumas vertentes muito importantes, entre elas, o cuidar, o desenvolvimento e a saúde da criança. Existe uma capacidade por parte do ser humano em adaptar-se a diferentes situações, tendo como condicionante o meio que o rodeia. Os profissionais de saúde têm de se focar no impacto psicológico que os tratamentos dentários possam trazer para os pacientes pediátricos, de modo a melhorar eficazmente o atendimento clínico. O Médico-Dentista no ambiente clínico deve demonstrar segurança, destreza no procedimento que executará e estimular a colaboração da criança durante o procedimento clínico (Cassiano et al., 2022; Diniz et al., 2017; Martins et al., 2017).

Segundo Meneses et al. (2017) e de uma perspetiva geral, o medo inicia-se na infância, resultante da associação entre a ansiedade de ir ao dentista e o início da infância, o que se torna de extrema importância compreender a etiologia do medo a fim de inibir o seu prolongamento até à idade adulta. Na generalidade, ao ser efetuado um tratamento dentário, ocorre com grande prevalência o medo odontológico por parte dos pacientes pediátricos, sendo fundamental identificar os pacientes ansiosos desde cedo. Segundo Rath et al., (2021) o mesmo, torna-se como uma problemática de saúde pública, destacando-se em quarto lugar, como a mais recorrente.

O medo caracteriza-se por um sentimento desagradável e primário, suscitado por uma sensação de perigo, que, por conseguinte, altera o comportamento dos pacientes pediátricos, podendo assim, causar alterações comportamentais, de alerta e de perigo (Costa & Mania, 2022; Martins et al., 2017; Rath et al., 2021). Em pacientes pediátricos a existência do medo dentário, é de causa multifatorial, uma vez que pode estar

relacionada à personalidade, experiências dolorosas anteriormente vividas, idade, gênero, medo adquirido por parte dos pais ou um medo em geral (Rath et al., 2021).

Quando se fala do aspecto psicossocial de um indivíduo, é importante ter em conta a ansiedade e o medo, uma vez que na maioria dos pacientes os tratamentos dentários não são efetuados por muito tempo. Assim, o comprometimento da saúde oral, por conseguinte, a perda dentária, vergonha de sorrir devido à falta de peças dentárias, dificuldades de se relacionarem de um modo geral na sociedade, caracterizam-se como consequências diretas. Estes sentimentos, estão diretamente relacionados em especial, nas famílias com um rendimento inferior, escolaridade, cultura e localização geográfica. Somando todos estes fatores e contribuindo também de uma forma negativa, o menor acesso a ações educativas, preventivas e curativas correlacionam-se com a alta prevalência de experiências negativas devido a patologias do foro dentário (Martins et al., 2017; Sousa et al., 2022). Existem diversos fatores que potenciam a ansiedade, tais como o medo do procedimento dentário que será realizado, de procedimentos clínicos que envolvam sangue, ou devido a alguma experiência traumática vivida anteriormente (Silva et al., 2019).

Segundo Rath et al. (2021) os medos são usualmente descritos como leves, específicos da idade e podem ou não desaparecer com aumento da mesma. Não menos importante e de uma forma extrema de medo, é a fobia, persiste ao longo da vida, o que dificulta o controlo do comportamento e por sua vez o tratamento dentário e higiene oral do paciente. Contrariamente Sousa et al., (2022) caracteriza o medo como objetivo, quando anteriormente o paciente já passou pela experiência de um tratamento dentário, ou subjetivo quando o mesmo é causado por uma experiência relatada por terceiros, maioritariamente os seus cuidadores e/ou outros familiares.

As consultas de odontopediatria sempre foram mais complexas em relação às consultas com adultos. O consultório é associado a experiências dolorosas proporcionando mais ansiedade aos pacientes pediátricos, que expressam diferentes formas de medo antes de entrarem no consultório (Almeida et al., 2021).

Segundo Sousa et al., (2022) é aconselhado nos primeiros meses de vida do bebê, visitas regulares ao Médico-Dentista, para que haja uma familiarização com o ambiente clínico, a prevenção de patologias e o controlo da saúde oral, desta forma prevenindo comportamentos indesejáveis por parte dos pacientes pediátricos. A presença dos pais, pode ter um impacto positivo como negativo durante a consulta, cabe ao profissional de saúde gerir o melhor, para que o tratamento seja efetuado da forma mais eficaz.

A ansiedade caracteriza-se por um estado emocional, que pode ser evitado, causado por experiências e lembranças anteriormente vividas, de etiologia multifatorial, proporcionando sensações angústia, inquietação, stress, medo, influenciando diretamente o comportamento das crianças durante os procedimentos clínicos. Deste modo, os odontopediatras devem recorrer a técnicas de controlo comportamental para contornar situações desagradáveis geradas pelos pacientes pediátricos que apresentem um quadro de ansiedade médio a elevado. A ansiedade do paciente pediátrico está diretamente relacionada à dor. Maioritariamente, influenciada por aspetos internos do indivíduo, das condições onde vive e o tipo de tratamento que o mesmo é sujeito (Diniz et al., 2017; Jesus et al., 2022; Martins et al., 2017; Torres et al., 2020).

Segundo Barasuol et al., (2016) a presença da ansiedade desencadeia respostas psicofisiológicas que alteram o ramo simpático do sistema nervoso autónomo, há alterações no sistema cardiovascular, aumentando a pressão e a frequência cardíaca. Existe uma produção maior de suor, produzido pelas glândulas sudoríparas, os músculos apresentam movimentos espasmódicos, xerostomia, suspiros, etc. Através destes sintomas permite ao Médico-Dentista diagnosticar a ansiedade.

Segundo Cunha Soares et al. (2015) & Cassiano et al., (2022) & Torres et al., (2020) é de extrema importância que os odontopediatras tenham capacidades e competências profissionais para determinar os fatores que interferem no nível de ansiedade das crianças, proporcionando uma melhor integração, abordagem e intervenção de forma a diminuir esses fatores. Em pacientes mais novos e com percentuais mais elevados de ansiedade, resultante da inexistência da experiência dentária, historial de dor e/ou cárie e cujo, os pais apresentaram ansiedade odontológica de ligeira a elevada, são os que mais se destacam quando se caracteriza a ansiedade em Medicina dentária.

Em pacientes pediátricos a condição da saúde oral está diretamente relacionada com a presença de ansiedade, influenciando o paciente e as pessoas que estão consigo. A saúde oral comprometida associada com a ansiedade e a incorreta ideia dos tratamentos dentários, torna-se um ciclo vicioso para as crianças e para os seus pais/responsáveis (Barasuol et al., 2016; Cassiano et al., 2022).

Existem algumas escalas para avaliar o grau de ansiedade dos pacientes como o teste *VPT* (*Venham Picture Test*) através de oito figuras avalia o grau de ansiedade das crianças antes da entrada no consultório para o tratamento dentário. A escala de ansiedade dentária (Dental Anxiety Scale- DAS) através de quatro perguntas com cinco alternativas de 1 a 5 pontos, avalia o grau de ansiedade dos adultos em comparação com experiências anteriormente vividas durante o tratamento dentário (Sousa et al., 2022).

Os pacientes pediátricos quando expostos à ausência num período prolongado a estas emoções, evitam a ida ao Médico-Dentista. Assim, a importância de ir ao dentista deixa de ser uma prioridade, acabando por ser desvalorizado o estado da sua saúde oral e desinteresse na saúde sistêmica, proporcionando a desistência do paciente pediátrico e da sua família para a presença regular nas consultas de Medicina Dentária. Atualmente o medo e ansiedade estão presentes com recorrência nos pacientes pediátricos e influenciam diretamente o seu comportamento nas consultas de odontopediatria. A fim de diminuir esta problemática é fundamental uma boa relação do profissional de saúde com o paciente pediátrico, o bom tratamento não é o suficiente para contornar esta problemática, os Médicos-Dentistas necessitam de ser capazes de gerir as consultas sem alterações comportamentais dos pacientes, em último recurso devem ser utilizadas as técnicas não-farmacológicas e farmacológicas existentes e que se enquadrem a cada necessidade. Ao lidar-se com crianças é importante respeitar o crescimento e desenvolvimento das mesmas, para caso apresentem comportamentos indesejáveis, possam ser empregues as melhores técnicas de controlo comportamental para cada paciente pediátrico (Albuquerque et al., 2010; Martins et al., 2017; Torres et al., 2020).

2. Presença/ausência dos pais na consulta de odontopediatria

A presença/ausência dos pais nas consultas de odontopediatria pode influenciar positiva ou negativamente o comportamento das crianças durante o *setting* terapêutico. Pode tratar-se de uma técnica básica para o controlo do comportamento dos pacientes pediátricos, apesar de existir muita controvérsia entre autores. A presença dos pais contribui para o desenvolvimento da relação entre o Médico-Dentista/paciente/pais (tríade), de forma a que o comportamento da criança seja positivo durante os procedimentos clínicos. A presença dos cuidadores, não só contribui como observadores durante os procedimentos clínicos, mas também para o auxílio na realização de exames e dos tratamentos dentários. Em contrapartida a ausência dos pais durante o *setting* terapêutico, permite ao profissional de saúde captar a atenção do paciente pediátrico, a fim de obter comportamentos desejáveis e a sua colaboração nos tratamentos, contribuindo assim para uma boa comunicação e relação de ambos. As crianças durante a sua infância estão tendencialmente em constante descobrimento com elas mesmas e em diferentes situações. Ao estarem no consultório dentário torna-se uma nova experiência, despertando curiosidade, novas emoções e comportamentos não colaborantes, como choros, birras, gritos o que prejudica no atendimento clínico. As crianças maioritariamente são influenciadas pelo meio que as rodeia, mas principalmente pelos pais/responsáveis. Quando se trata da presença ou ausência dos pais/responsáveis no consultório dentário, a maioria prefere acompanhar a consulta junto dos pacientes pediátricos (Dentistry, 2021; Khandelwal et al., 2018; Paz & Katz, 2022; Shitsuka et al., 2019; Toledo et al., 2021).

Em odontopediatria é fundamental conhecer o desenvolvimento e crescimento dos pacientes pediátricos. A presença dos pais/responsáveis pode ser necessária e justificar no acompanhamento de pacientes pediátricos até aos 3 anos de idade ou com alguma limitação física ou psicológica, visto que no consultório diversos fatores podem contribuir para o insucesso dos procedimentos clínicos. Cabe ao Médico-Dentista ter o conhecimento devido para saber qual a melhor técnica a utilizar para crianças não colaborantes. No consultório dentário o ambiente deve ser o mais confortável possível para as crianças, com disposição de televisões, livros para pintar, um espaço reservado para as crianças poderem brincar e familiarizar-se com o que os rodeia. Maioritariamente, o medo e a ansiedade odontológica são transmitidos pelos pais/responsáveis nas consultas

de odontopediatria. Os acompanhantes mais frequentes são as mães onde transmitem um nível elevado de stress às crianças, potenciando comportamentos negativos por parte dos pacientes pediátricos, como choros, gritos e movimentos espontâneos agressivos. A aplicação de uma técnica que consta a separação dos pais com alto nível de stress, medo e ou ansiedade, com a criança no atendimento clínico melhora a possibilidade de realização de procedimentos clínicos. Segundo alguns autores a exclusão dos pais durante o atendimento clínico, traz benefícios para os pacientes pediátricos, após a melhoria do comportamento dos mesmos, existe a permissão para a entrada dos pais durante o *setting* terapêutico. O profissional de saúde deve ter em conta as emoções de cada criança, de modo a proceder da melhor forma mediante o comportamento de determinados pacientes. A ideia que os pais/responsáveis têm na sua permanência dentro do consultório dentário para a realização dos procedimentos clínicos, é que transmitem mais segurança e proteção aos pacientes pediátricos (Brandenburg & Marinho-casanova, 2013; Laki et al., 2010; Shitsuka et al., 2019; Toledo et al., 2021).

Segundo Brandenburg & Marinho-casanova, (2013), crianças mais velhas são mais colaborantes do que as crianças mais novas, têm maior probabilidade de chorar, serem agressivas, a não colaboração antes e após os procedimentos clínicos. Referem que as diferenças de idades podem ser uma condicionante para a colaboração e o comportamento das mesmas. Foi verificado também que muitas vezes por parte dos pais/responsáveis existem promessas efetuadas, como por exemplo recompensas com brinquedos, ou doces, distração da atenção da criança, instruções por vezes intimidatórias, para um comportamento e colaboração dos pacientes pediátricos na realização dos tratamentos dentários. Ainda Brandenburg & Marinho-casanova, (2013), afirmam que o comportamento das crianças é influenciado pelo comportamento dos pais/responsáveis, muitas vezes o apoio, palavras de conforto ou a mão dada com as crianças permite tranquilizá-las e contribui para a redução de stress, medo e ansiedade.

3. Pacientes pediátricos portadores de necessidades especiais

3.1 Desvios Comportamentais

O autismo infantil é caracterizado como uma condição de saúde, interferindo na socialização, na comunicação verbal e não-verbal e no comportamento através da repetição de movimentos. Em crianças autistas os pais/responsáveis devem ter cuidados específicos, através de uma equipa multidisciplinar para auxiliá-los na saúde e bem-estar dos seus filhos. Em Medicina Dentária o autismo torna-se um desafio, tanto para os pais na higienização dos dentes das crianças nas suas residências, como para os profissionais de saúde, que por vezes não atendem crianças especiais, devido à complexidade dos tratamentos dentários a efetuar (Alves et al., 2019; Hidalgo & Souza, 2022; Viana et al., 2021).

Crianças com autismo são extremamente sensíveis a estímulos, a barulhos fortes e o seu comportamento é imprevisível. Deste modo serão necessárias várias consultas de Medicina Dentária para que se crie uma rotina e um à-vontade com o ambiente odontológico. Nos casos que não é possível serem efetuados nenhuns tratamentos dentários, recorre-se à utilização de anestesia geral no âmbito de facilitar o tratamento quando a mesma é viável e necessária (Souza et al., 2017).

Segundo dos Santos Viana et al., (2021) as visitas às consultas de Medicina Dentária em pacientes autistas ocorrem tardiamente, dificultando a realização dos tratamentos, uma vez que os pacientes portadores de autismo, necessitam de ganhar confiança ao longo do tempo com profissional de saúde para realização dos tratamentos dentários. Assim a prioridade do Médico Dentista na primeira consulta não é só a realização dos tratamentos dentários propriamente ditos, mas também reter a maior informação possível sobre o paciente através dos pais/responsáveis. Um dos métodos para evitar comportamentos, autoagressivos dos pacientes autistas é o elogio e incentivo do paciente a adotar comportamentos desejáveis. O Recurso a métodos convencionais como a atividade lúdica e a musicoterapia são estratégias de controlo comportamental recorrentemente utilizadas.

A comunicação entre o Médico-Dentista e o paciente autista é fundamental para o atendimento nas consultas de Medicina Dentária, deste modo, existem 3 métodos considerados principais e específicos para os pacientes pediátricos autistas contribuírem para a realização dos tratamentos, melhorando o seu comportamento. Entre elas destacam-se a Picture Exchange Communication System (PECS) que consiste num sistema para auxiliar a comunicação. Através de imagens/cartões, com palavras ou frases simples associadas às imagens/cartões de como o paciente pediátrico deve proceder a higienização da sua cavidade oral sequencialmente, avançando as imagens à medida que o mesmo cumpra os passos indicados associando a elogios pela realização correta dos procedimentos, a escolha do cartão/imagem é efetuada mediante o que a criança autista queira transmitir. Permitindo ao paciente uma gestão da sua ansiedade, conforto/confiança na relação com o Médico-Dentista e uma associação das palavras ou frases a imagens (Elmore et al., 2016; Martins et al., 2019).

A *Applied Behavior Analysis* (ABA) é um método utilizado através da relação do comportamento e o meio do indivíduo permite desenvolver habilidades dos pacientes autistas na realização de determinadas tarefas orais, recompensadas e motivadas sempre que o comportamento seja desejável/positivo, através deste método existe a possibilidade das crianças sentarem-se sozinhas nas cadeiras dos consultórios dentários (Alves et al., 2019; Delli et al., 2013).

O *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children* (TEACCH) consiste numa estratégia educativa, de gestão comportamental, treinamento social e terapêutica de linguagem, para os pacientes autistas adotarem nas suas residências, através da explicação detalhada de como devem efetuar a sua escovagem, através de livros com imagens para colorir, histórias e vídeos adaptado a cada criança e necessidade. O objetivo é tornar o paciente pediátrico mais independente e com uma rotina (Alves et al., 2019; Limeres-Posse et al., 2014).

2.2 Deficiência Física

De acordo com Sena Noleto et al., (2020) & Guerreiro & Garcias, (2009) & Paula et al., (2015) a paralisia cerebral é uma patologia que abrange um grupo de distúrbios neurológicos tendo como principais alterações o desenvolvimento postural e limitações no desenvolvimento do paciente pediátrico. Existem alguns fatores que podem determinar a etiologia da paralisia cerebral entre eles o consumo excessivo de tabaco, álcool, baixo peso à nascença e o consumo de estupefacientes. Os Médicos-Dentistas têm um papel muito importante no tratamento da cavidade oral dos pacientes pediátricos com necessidades especiais, sendo imprescindível uma equipa multidisciplinar capacitada para a realização dos procedimentos dentários. Tendo em conta a condicionante destes pacientes a sua saúde oral pode ser gravemente comprometida, sendo frequente a presença de múltiplas lesões de cáries e a prevalência da doença periodontal. É de extrema importância que os Médicos-Dentistas estejam capacitados sobre as técnicas de controlo comportamental tanto não-farmacológicas como farmacológicas, quando já não existem mais opções para a realização do tratamento.

As visitas precoces às consultas de Medicina dentária de modo a familiarizar os pacientes especiais e os pais/responsáveis sobre a importância da saúde oral, bem como a dieta a utilizar, os cuidados a ter com a sua higiene oral, a prevenção de lesões de cáries, má oclusão, gengivite, uma vez que são muito recorrentes neste tipo de pacientes, é muito importante desde cedo (Guerreiro & Garcias, 2009).

O Médico-dentista deve estar devidamente informado sobre as técnicas de controlo comportamental, para que consiga contornar comportamentos indesejáveis por parte dos pacientes pediátricos, poder estabelecer uma boa relação com o paciente/pais e principalmente muita atenção e cuidado com estes pacientes especiais. É fundamental a anamnese detalhada dos pacientes, sobre a saúde da criança, a medicação utilizada, limitações tanto a nível físico como psicológico do paciente com paralisia cerebral. A medicação de pacientes com paralisia cerebral são anticonvulsivantes, anticolinérgicos, antidepressivos, etc... deve-se ter em conta toda esta informação no caso de prescrição medicamentosa e as interações das mesmas que poderão condicionar a saúde do paciente (Noleto et al., 2020).

2.3 Alterações congénitas e genéticas

A síndrome de Down ou trissomia 21 é um distúrbio cromossómico presente no cromossoma 21. É uma anomalia muito recorrente e caracteriza-se por alterações físicas, orais, mentais e comportamentais que requerem uma atenção especial por parte dos Médicos-Dentistas. O Paciente especial é caracterizado como todo o indivíduo, adulto ou criança, que manifeste alterações tanto físicas, sociais ou emocionais do que é considerado padrão. O atendimento destes pacientes especiais deve ser diferenciado e individualizadamente, uma vez que requerem cuidados diferentes e especiais. Pacientes com síndrome de Down apresentam alterações na oclusão, a nível muscular, xerostomia, bruxismo, macroglossia, etc... (Carolina de Souza Leitão Arruda FALCÃO et al., 2019; Deus Neta et al., 2021; Guerra, 2020; Katiuska Rodríguez Guerrero et al., 2017; Usui et al., 2020; Vargas-Ramírez et al., 2021).

Os primeiros anos de vida do bebé são muito importantes para o seu desenvolvimento e conhecimento do meio ambiente através da boca, tornando-se de extrema importância a intervenção do Médico-Dentista nesta fase de crescimento. O paciente com Síndrome de Down caracteriza-se com macroglossia, língua com fissuras, má oclusão dentária, machas dentárias, protrusão da língua, agenesia, lesões múltiplas de cáries e candidíase na maioria, etc. Segundo a Organização Mundial da Saúde, existe uma incidência de síndrome de Down de 1 em 1.000 nascidos. A intervenção dos procedimentos dentários deve ser efetuada o mais cedo possível uma vez que pacientes portadores de Síndrome de Down são mais propícios a diversas patologias, permitindo assim prevenir o aparecimento/controlo das mesmas (Falcão et al., 2019; Vargas-Ramírez et al., 2021).

A nível da saúde oral propriamente dita estes pacientes apresentam um elevado índice de cáries múltiplas e gengivite, causadas pela respiração bucal, higiene oral comprometida e uma dieta altamente cariogénica. Deste modo o comportamento imprevisível e muitas vezes não-colaborante por parte dos pacientes pediátricos, como choros, gritos e movimentos espontâneos dificultam o atendimento clínico. Assim os profissionais de saúde devem estar capacitados para perceber as particularidades e necessidades de cada criança, sendo fundamental uma preparação do paciente pediátrico pelos pais, de forma positiva que minimizem e contribuam para o comportamento positivo do paciente pediátrico (Neta et al., 2021).

Nas consultas com pacientes portadores de Síndrome de Down o Médico-Dentista deve ter o conhecimento adequado das técnicas de controlo comportamental a utilizar, de forma segura e eficaz, conhecendo as limitações de cada paciente pediátrico. Deste modo, estes pacientes necessitam de cuidados específicos devido às suas limitações mentais e motoras. Em determinados casos alguns profissionais de saúde optam pela utilização da anestesia geral, uma vez que a realização de tratamentos dentários é dificultada devido ao comportamento indesejável/negativo dos pacientes com Síndrome de Down. Contudo, a utilização de anestesia geral, é aplicada quando mais nenhuma outra técnica é eficaz. A promoção da saúde oral é imprescindível para a incidência de patologias dentárias, através da prevenção e controlo. A utilização de estratégias lúdicas é um veículo condutor para o *setting* terapêutico, contribuindo na aprendizagem e desenvolvimento dos pacientes portadores de Síndrome de Down (Usui et al., 2020; Vargas-Ramírez et al., 2021).

Segundo Guerra, (2020) os cuidados da saúde oral e sistémica estão proporcionalmente relacionados, quando a prevenção da higiene oral é efetuada precocemente contribui positivamente para os pacientes portadores de síndrome de Down. Deste modo, para um bom estado da saúde oral, existe a necessidade na melhoria da qualidade de vida, aumento da atividade física, melhorias a nível da mastigação, fala e deglutição. Refere também que é importante a consciencialização dos pais/responsáveis sobre a higiene oral dos seus filhos e os cuidados que os mesmos devem ter para a melhoria da sua qualidade de vida.

De acordo com Katiуска Rodríguez Guerrero et al., (2017), os pacientes portadores de Síndrome de Down, não têm a capacidade nem física nem psicológica para decidir sobre a sua saúde oral e bem-estar, uma vez que os pais/responsáveis devem ter essa função. Pacientes portadores de Síndrome de Down quando dispõem de uma higiene oral comprometida é da responsabilidade dos pais e negligência dos mesmos para a não contribuição de forma positiva da saúde e qualidade de vida dos seus filhos.

4. Técnicas de controlo comportamental não-farmacológicas

A Odontopediatria é uma área da Medicina Dentária direcionada a crianças e adolescentes, o controlo comportamental tem um papel importante na realização das consultas de Medicina Dentária. A utilização de salas de espera como estratégias do controlo comportamental, com uma área reservada a crianças, proporciona uma interação positiva do paciente com o ambiente clínico. O comportamento do paciente odontopediátrico é influenciado, por todo o ambiente clínico, o tempo de espera, superior a 30 minutos, tendencialmente provoca menores taxas de adesão ao tratamento odontológico por parte da criança (Almeida et al., 2021; Dias et al., 2015).

O comportamento da criança na consulta de odontopediatria é imprevisível, embora os avanços na Medicina Dentária, o medo/ansiedade são uma problemática ainda atualmente. O controlo comportamental dos pacientes pediátricos é um dos grandes desafios para o profissional de saúde e como tal as técnicas de controlo comportamental são fundamentais para reduzir o medo e, por conseguinte, a ansiedade, proporcionando um tratamento mais cooperativo durante a consulta (Moreira, Vale, Filho, et al., 2021; Vieira et al., 2017). O primeiro contacto da criança com o Médico-Dentista é de extrema importância e necessário, para minimizar possíveis comportamentos indesejáveis por parte do paciente pediátrico, contando com o auxílio psicológico por parte dos pais. A comunicação entre o profissional de saúde e o paciente odontopediátrico, influencia de forma positiva a colaboração do paciente pediátrico e na utilização de técnicas de controlo comportamental. O conhecimento do profissional de saúde, sobre os diferentes tipos de comportamento infantil, permitirá efetuar a seleção da técnica a utilizar, regradamente e adequada a cada paciente pediátrico (Fernandes et al., 2016).

As técnicas de controlo comportamental são divididas em não-farmacológicas (dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, controlo da voz, imitação, distração, comunicação verbal e não-verbal, mão-sobre-a-boca e contenção física) e farmacológicas (sedação com óxido de nitroso e anestesia geral). As técnicas não farmacológicas são empregues em odontopediatria, para criar mais segurança e colaboração no atendimento clínico, as mais utilizadas são dizer-mostrar-fazer, comunicação verbal e não-verbal, reforço positivo, controle de voz e distração (Fernandes et al., 2016; Ferreira Tovo Elise Sasso Faccin Aline Groff Vivian, 2016; Spagnolo Mariana et al., 2016).

A percepção e aceitação dos pais sobre as técnicas não-farmacológicas segundo alguns autores é fundamental para a realização das mesmas. Deve partir do profissional de saúde uma explicação detalhada da técnica que será efetuada, a fim de tranquilizá-los sobre a técnica que será realizada. Deve-se consciencializar os pais/responsáveis sobre os benefícios da utilização de técnicas para controlo comportamental, no sentido de melhorar as consultas e o bem-estar das crianças. Uma das técnicas menos aceites por parte dos pais/responsáveis para controlo comportamental dos pacientes pediátricos é a contenção física, uma vez que ao ser efetuada poderá desencadear traumas psicológicos, físicos e potenciar o medo às consultas de Medicina Dentária. Contudo, se a técnica de contenção física for efetuada corretamente, não causará nenhum transtorno psicológico às crianças, após a melhoria do seu comportamento é efetuado logo de seguida o reforço positivo, através de elogios, abraços, sorriso e recompensas pelo comportamento apresentado pela criança. A presença dos pais/responsáveis é fundamental para os procedimentos clínicos na 1ª infância, uma vez que os pais ao estarem na sala de espera, poderá trazer alguma tristeza às crianças e desta forma despoletar comportamentos indesejáveis das mesmas. A melhor técnica que deve ser empregue em crianças com comportamentos negativos, deve ser a que seja mais confortável e que se adeque de forma segura e confortável para a tríade, mas principalmente para a criança. A técnica de comunicação verbal é a técnica mais bem aceite pelos pais e não existindo para alguns a hipótese de técnicas físicas. O profissional deve ter pleno conhecimento das técnicas de controlo comportamental a utilizar para a possibilidade de realização de tratamentos clínicos (Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016).

4.1. Técnica Dizer-mostrar-Fazer

Esta técnica é a mais utilizada em odontopediatria, com objetivo de estimular e desenvolver a compreensão da criança dos procedimentos clínicos que serão efetuados, divide-se em 3 etapas, a primeira etapa consiste em explicar à criança o que será efetuado (dizer), de seguida de forma tátil, visual e auditiva é demonstrado o que será realizado (mostrar), permite ao paciente pediátrico brincar e tocar nos instrumentos, por fim, após a criança estar à vontade com os procedimentos clínicos que serão efetuados realiza-se o tratamento (fazer). Esta técnica não-farmacológica pode ser aplicada de forma verbal ou não-verbal, uma vez que de forma verbal utiliza-se uma linguagem adequada a cada

paciente, com objetivo de tranquilizar a criança no *setting* terapêutico, obter respostas positivas ao tratamento, para que a mesma consiga demonstrar o que foi explicado, de forma a torná-la ativa na consulta. É uma técnica bem aceita pelas crianças, uma vez que a relação do Médico-Dentista/paciente é construída e melhorada de consulta para consulta (Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016; L. de O. Silva et al., 2022).

De acordo com L. de O. Silva et al., (2022) crianças dos 5 aos 7 anos, tanto meninas como meninos têm uma maior colaboração do que crianças dos 2 aos 3 anos, devido ao seu desenvolvimento cognitivo, visto terem mais dificuldade na compreensão e assimilar das tarefas apresentadas.

É fundamental que não sejam efetuadas nem mentiras nem chantagens com a criança em troca de comportamentos desejáveis, visto que a confiança do paciente pediátrico com o Médico-Dentista é diminuída. De acordo com alguns estudos, as técnicas de dizer-mostrar-fazer e o reforço positivo são as mais utilizadas pelos odontopediatras como técnicas de controlo comportamental, tendo uma aceitação e eficácia em crianças muito pequenas. O recurso à técnica dizer-mostrar-fazer proporciona uma diminuição da ansiedade e medo por parte do paciente pediátrico contribuindo positivamente para o comportamento desejável da criança durante a realização dos procedimentos clínicos (Brito & Machado, 2021; Sant'Anna et al., 2020).

A técnica dizer-mostrar-fazer é a técnica não-farmacológica mais utilizada em odontopediatria, tem indicação de utilização mais na 2ª infância. O objetivo principal desta técnica é criar um à-vontade da criança com ambiente clínico, com Médico-Dentista e com os instrumentos que serão utilizados para a realização dos tratamentos dentários. É fundamental ter em conta o tipo de linguagem utilizada nesta técnica, para que seja possível chegar aos pacientes pediátricos e que seja ajustada a cada um. O sucesso para uma boa comunicação do profissional de saúde com os pacientes pediátricos é a modificação dos termos profissionais que se ajustem ao que será realizado e que permita aos pacientes pediátricos perceberem o que está a ser transmitido. Deverá haver uma explicação detalhada de tudo o que exista no consultório dentário e tudo o que será utilizado para a realização dos procedimentos clínicos. Ao ser aplicada a técnica dizer-mostrar-dizer podem ser aplicadas outras técnicas como o reforço positivo, comunicação verbal e não-verbal. É importante através desta técnica demonstrar às crianças a

importância do atendimento clínico, a relação estabelecida entre a díade e a tríade, melhorando desta forma o comportamento dos pacientes pediátricos para consultas futuras, mas principalmente transmitir a importância da saúde oral e prevenção desde cedo. Não tem nenhuma contraindicação de utilização, pode ser aplicada em qualquer criança de preferência de menor idade (Albuquerque et al., 2010; Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016).

4.2. Técnica de Reforço Positivo

O reforço positivo é um procedimento que, por elogios, gestos positivos e expressões faciais, permite motivar o comportamento positivamente das crianças, caracterizando-se como um reforço positivo social. Cogita efetuar uma recompensa pelo bom comportamento através de elogios, afeto ou prêmios e até mesmo brinquedos, determinando-se como reforço positivo não social, o que por vezes pode levar a recuos durante o atendimento clínico, quando as crianças se sentem tensas e receosas com o que está ou será efetuado, para isso deve-se ter em atenção a linguagem a utilizar, elogiar a criança, no âmbito de ganhar confiança da mesma. Esta técnica pode ser aplicada em todos os pacientes pediátricos, não havendo contraindicações. Tem como objetivo criar uma repetição de comportamentos desejáveis em consultas futuras. Torna-se bastante benéfico presentear uma criança no momento certo de forma a satisfazer o comportamento obtido por parte das crianças durante os procedimentos clínicos sem qualquer tipo de chantagem ou mentira, ganhando a confiança da criança, melhorando a relação Médico-Dentista/paciente e contribuindo para comportamentos positivos por parte da criança em consultas futuras (Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016; Sant'Anna et al., 2020).

Atualmente as crianças tendencialmente são nervosas, têm ansiedade e não cooperam na realização dos tratamentos dentários, principalmente quando se sentem ameaçados por alguma informação captada incorretamente, não realização as instruções fornecidas pelos profissionais de saúde. Quando o comportamento dos pacientes pediátrico se manifesta de forma indesejável, devem ser evitadas determinadas palavras como “Pára”, “Não faças...”, o Médico-Dentista deve atuar sempre no sentido de explicar e solicitar delicadamente para o paciente pediátrico controlar as suas emoções, melhorando o comportamento do mesmo ao longo do tratamento dentário. Quando a confiança é

estabelecida entre o Médico-dentista e o paciente (díade), existe uma abertura por parte dos pacientes pediátricos na realização de determinados procedimentos, o facto da criança abrir a boca demonstra uma forte relação com o profissional de saúde. Um dos reforços positivos mais utilizados pelos Médicos-Dentistas em crianças com uma idade menor é um balão com a luva e um sorriso. A técnica de reforço positivo pode ser utilizada em qualquer criança (Fernandes et al., 2016).

4.3. Técnica de Modelagem

Através da técnica de moldagem ou imitação o profissional de saúde pode utilizar suporte digital ou outra criança como exemplo, que anteriormente teve um contacto positivo com o profissional de saúde e que seja mais velho de preferência, com o Médico-Dentista para que o paciente pediátrico saiba o comportamento que deve utilizar. O modelo pode estar presencialmente no consultório (ex: Bonecos) auxiliando na técnica de distração ou ser filmado, assim o paciente pediátrico ao observar como deve comportar-se o mesmo terá um comportamento semelhante ou igual àquele que visualiza. Caracteriza-se como uma técnica de comunicação não-verbal. Visa diminuir a ansiedade e/ou medo do paciente pediátrico devido a alguma experiência anteriormente vivida, aquisição de um bom comportamento, atenção e entreajuda por parte da criança (Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016; Sant'Anna et al., 2020).

Um dos objetivos desta técnica é criar um padrão de comportamento novo para evitar ou reduzir comportamentos indesejáveis e emoções negativas dos pacientes pediátricos. A aprendizagem das crianças maioritariamente é através da imitação de outros e da sua observação. As crianças ao observarem outras crianças como exemplo, tanto melhora a percepção da criança que está a servir como exemplo porque sente-se privilegiada, e principalmente por ser um exemplo para outro paciente pediátrico. Os modelos podem não só ser crianças como o Médico-Dentista, os pais/responsáveis, os irmãos também podem ser. No caso de os pais expressarem expectativas negativas, ansiedade, medo ao paciente pediátrico, podem influenciar negativamente o mesmo, potenciando um comportamento indesejável durante o *setting* terapêutico. Caso aconteçam estas situações, o ideal será os pais permanecerem na sala de espera para evitar o prolongamento desse comportamento. A técnica de modelagem contribui para a diminuição da ansiedade e familiarizar os pacientes pediátricos com ambiente

odontológico. Deve ser aplicada sempre que for necessário estabilizar a ansiedade da criança (Fernandes et al., 2016).

4.4. Técnica da comunicação verbal e não-verbal

O comportamento dos pacientes pediátricos, quando apresentam medo e ansiedade não contribuem para a realização dos procedimentos clínicos. O Médico-Dentista deve à priori de qualquer tratamento, conquistar a confiança da criança, através da comunicação verbal e quando necessário não-verbal. A comunicação verbal consiste em explicar ao paciente pediátrico os procedimentos que vão ser efetuados na sua consulta, em contrapartida a comunicação não verbal constam as expressões faciais (ex: sorriso, olhar) a linguagem corporal (ex: abraços, toque) e postura do paciente, enfatizando o que foi explicado verbalmente. De outro modo, permite o contacto do paciente pediátrico com o Médico-Dentista sem que haja comunicação verbal. O primeiro contacto da criança com o Médico-Dentista, de forma carinhosa e simpática, permite a diminuição do stress, ansiedade e medo que o paciente possa apresentar ao estar num ambiente clínico. Um dos objetivos da comunicação não-verbal é a contribuição da concentração e atenção do paciente pediátrico, bem como a abertura da criança em realizar outras técnicas de controlo comportamental. A presença dos pais durante o *setting* terapêutico pode ser uma condicionante na realização dos mesmos, contudo muitos pacientes sentem-se acolhidos pela presença no consultório dentário dos pais/responsáveis. A comunicação Verbal contribui para a relação da díade, mas através da comunicação não-verbal é também possível fazê-lo. A comunicação não-verbal é intuitiva e é influenciada pelo meio envolvente do individuo, divide-se em primeiro nos movimentos do corpo humano (ex: o olhar, as expressões da face, o cheiro, a postura) e em segundo lugar nas ações do ser humano (ex: moda, os objetos de dia-a-dia, espaços físicos). A comunicação verbal divide-se em paraliguagem, proxémia, taxémica. Tanto a utilização da comunicação verbal como a não-verbal são uma técnica bem aceite e empregue em Medicina Dentária para controlo comportamental negativo de crianças durante o *setting* terapêutico (Brito & Machado, 2021; de Castilho et al., 2019; Fernandes et al., 2016).

4.5. Técnica de controlo da voz

O Controle de Voz consiste numa técnica em que o volume/tom da voz e expressões faciais do Médico-Dentista, deverão ser ajustados a cada situação, para captar a atenção do paciente pediátrico sobre a informação que está a ser transmitida pelo profissional de saúde. Primeiramente deve existir uma boa relação entre o Médico-Dentista e o paciente pediátrico, havendo diálogo e desta forma seja aplicada a técnica de controlo da voz através de informações objetivas e claras, para que os pacientes pediátricos percebam a informação que está a ser transmitida. É relevante conversar com os pais no sentido de explicar a técnica e o objetivo da mesma, para que não interpretem mal o que está a ser efetuado. A técnica de controlo da voz pode ser utilizada para qualquer tipo de paciente exceto com problemas auditivos, de modo a controlar o comportamento da criança, conquistar a atenção e colaboração da mesma, tem uma boa aceitação e resposta por parte dos pacientes pediátricos e dos seus pais/responsáveis. Permite moldar a relação profissional de saúde/paciente, através de pequenos gestos para tranquilizar a criança é possível transmitir a mensagem de melhor forma a prevenir comportamentos espontâneos e agressivos (Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016; Sant'Anna et al., 2020; L. de O. Silva et al., 2022; Torres et al., 2020).

Quando o Profissional comunica com a criança, deve ter em consideração que a mesma só presta atenção a uma pessoa individualmente, no caso de estar a ser transmitida alguma informação pela assistente dentária no percurso da sala de espera ao gabinete, o Médico-Dentista tem um papel passivo nesse momento. No caso de serem transmitidas duas informações ao mesmo tempo, podem gerar resultados indesejáveis por parte do paciente pediátrico devido a uma confusão momentânea. Segundo Albuquerque et al., (2010) referem que Chambers diz que as mensagens pretendidas e entendidas precisam de se encontrar. O recurso a esta técnica é mais frequente em crianças da pré-escolar.

4.6. Técnica de distração

É uma técnica com objetivo de promover a distração do paciente pediátrico durante o tratamento dentário. Tem como principal objetivo desviar a atenção do paciente pediátrico de forma a evitar desconforto com o procedimento que será efetuado, dessa forma podem ser utilizadas estratégias de controlo comportamental como a música, vídeos, histórias, promovendo um ambiente clínico favorável para a realização dos procedimentos dentários. A música a nível psicológico tem um papel muito importante no tratamento pediátrico ao diminuir o “stress” e o som de alguns instrumentos, tratar-se de uma estratégia para distração denominada musicoterapia, que tem como objetivo relaxar a criança, permite uma cooperação mais positiva por parte da mesma na realização dos tratamentos dentários. A relação do Médico-Dentista/paciente é fulcral na prática clínica, deste modo o profissional de saúde pode recorrer a estratégias que o aproximem verbalmente à criança, incluindo os brinquedos, desenhos animados que o mesmo possa ter e gostar, sem comprometer o tratamento. Pode ser aplicada tanto em crianças como adolescentes, não existem contraindicações para a utilização da mesma, tem efeito no controlo do medo, ansiedade e dor em pacientes pediátricos (Fernandes et al., 2016; L. de O. Silva et al., 2022; Torres et al., 2020; Vale et al., 2021).

Durante o tratamento dentário, o profissional de saúde deve promover um ambiente odontológico confortável para a realização dos procedimentos dentários, melhorando os resultados e a cooperação dos pacientes pediátricos na realização dos mesmos. Existem diversas formas para distrair as crianças, atualmente o mais comum é a utilização de dispositivos móveis, contudo é comum a utilização da música, para relaxamento e tranquilização dos pacientes pediátricos durante o *setting* terapêutico, histórias, etc... o que se adequar a cada criança. A associação de várias técnicas é muito recorrente, no sentido de ajustar a cada necessidade e paciente pediátrico. A explicação dos procedimentos clínicos é a base para uma relação da díade. A técnica de distração pode ser aplicada a qualquer criança quando é necessária e corresponda positivamente para o comportamento das crianças (Fernandes et al., 2016).

4.7. Técnica Mão-sobre-a-boca

A técnica da Mão-sobre-a-boca visa captar a atenção e colaboração por parte do paciente pediátrico fisicamente, no âmbito de ouvir o que o Médico-Dentista está a dizer, sendo utilizada como último recurso em crianças com comportamentos indesejáveis e que comprometam a realização de procedimentos clínicos. É utilizada para interromper momentos de choros, birras, comportamentos agressivos/raiva, quando o diálogo não for possível, com o auxílio do controlo de voz, permite um nível de eficácia aceitável quando aplicada corretamente, embora seja questionável e pouco aceite pelos responsáveis. Esta técnica consiste em colocar as duas mãos sobre a boca do paciente pediátrico de forma calma e tranquila, deixando uma via aérea disponível para a respiração, para evitar qualquer som da mesma, direcionando o som do Médico-Dentista para o ouvido da criança, com uma linguagem positiva e entonação adequada. Após a criança assimilar a informação transmitida e o seu comportamento estabilizar, retira-se as mãos sobre a boca da criança e transmite-se algo positivo para aliviar o stress do paciente pediátrico. A técnica de mão-sobre-a-boca deve ser utilizada apenas em crianças sem nenhuma incapacidade, ao contrário das crianças muito pequenas ou que estejam sobre alguma medicação que altere o seu comportamento, não deve ser utilizada. Deve-se ter em conta o bem-estar e segurança dos pacientes pediátricos. A utilização desta técnica é efetuada como último recurso, está contraindicada em crianças menores de 3 anos, ou com alguma incapacidade mental que não permita a comunicação com o Médico-Dentista ou que tenham administrado algum medicamento. É uma estratégia alternativa para o controlo comportamental (Fernandes et al., 2016; Sant'Anna et al., 2020).

Ao ser utilizada a técnica da mão-sobre-a-boca dos pacientes, o objetivo do profissional de saúde não é assustá-los, mas sim captar a atenção dos mesmos. Existe a necessidade de uma avaliação à priori da aplicação da técnica, no sentido de perceber o nível de inteligência e perceção da criança do que está a ser transmitido. Apesar da sua utilização por alguns profissionais de saúde, atualmente é uma controvérsia entre autores, uma vez que a nível psicológico pode traumatizar a criança gravemente. Deste modo, é fundamental saber a perceção e opinião dos pais sobre a técnica mão-sobre-a-boca de modo a ser utilizada corretamente e não seja mal interpretada por quem a observa (Albuquerque et al., 2010).

4.8. Técnica de contenção física

A técnica que deve ser utilizada como última opção em odontopediatria é a contenção física, onde a criança é restrita dos seus movimentos através de mãos (por uma outra pessoa), fitas ou cintos. Esta técnica deve ser empregue quando é necessário um diagnóstico urgente em pacientes pediátricos que possuam alguma deficiência ou que não contribuam para o sucesso dos tratamentos dentários devido ao seu comportamento. Deve ser efetuada com o consentimento escrito detalhado dos pais, explicado todo o procedimento clínico para que não seja vista como uma agressão ou punição pelo comportamento da criança. Tem como benefícios diminuição ou eliminação de movimentos agressivos ou espontâneos, proteção da criança, dos seus responsáveis e do Médico-Dentista para a realização correta dos procedimentos dentários. Pode ser considerada contenção física desde a colocação das duas mãos sobre a boca, bem como a utilização de utensílios para a realização da mesma. Tem como contraindicações pacientes colaborantes, crianças que não podem ser imobilizadas devido à sua situação médica, ou com traumas tanto a nível físico como a nível psicológico. Trata-se de uma infração ética de acordo com o código odontológico de ética quando não existe a explicação do procedimento a realizar, os riscos associados, as alternativas, custos, no caso de crianças menores sem autorização dos pais/responsáveis (Brito & Machado, 2021; Fernandes et al., 2016; Sant'Anna et al., 2020).

Para a realização da técnica de contenção física é necessária uma equipa que auxilie na realização da mesma. É fundamental a autorização por parte dos pais/responsáveis da criança para a realização da mesma. Pode ser aplicada de forma ativa, com uma equipa e auxílio dos pais contribua para a realização da contenção física ou através de um dispositivo *pedi-wrap*, onde a criança é enrolada num tecido que permita a contenção física da mesma, não havendo quaisquer movimentos agressivos, espontâneos ou indesejáveis (Brito & Machado, 2021).

5. Técnicas Convencionais Utilizadas em Odontopediatria

5.1. Cromoterapia

A cromoterapia é uma técnica convencional em odontopediatria, para fins terapêuticos através do uso de cores, permite criar reações dos neurotransmissores, uma vez que cada cor apresenta propriedades específicas. Esta técnica pode ser aplicada pelos profissionais de saúde uma vez que se caracteriza como simples e fácil de ser efetuada. A cromoterapia pode ser realizada através do uso de lâmpadas coloridas, espectro solar ou a imaginação das cores (Boccanera et al., 2006; da Silva & Monteiro, 2013; Souto et al., 2021).

Determinadas cores quando aplicadas têm um efeito sobre o paciente pediátrico de forma positiva, através da criação de um ambiente terapêutico adequado, assim, a cor amarela estimula e auxilia na concentração, a cor verde tranquiliza a criança tanto a nível físico como mental, trata-se de uma cor fria que potencia a diminuição do stress (utilizada em ambientes clínicos), a cor azul reduz o stress através da diminuição da frequência cardíaca, relaxamento, proporcionando uma sensação calmante, a ansiedade, elimina a dor, potencia relaxamento e sono, por sua vez, a cor branca não tem nenhum efeito fisiológico nem emocional, mas está associada à harmonia, simplicidade e paz (Boccanera et al., 2006; Souto et al., 2021).

Segundo Boccanera et al., (2006), as cores influenciam emoções como o medo e a ansiedade dos pacientes pediátricos, que por sua vez, apresentam comportamentos espontâneos mediante a associação de determinadas cores que equilibram e harmonizam o comportamento do mesmo e o meio envolvente.

Desta forma, a utilização da cromoterapia, pode ser uma alternativa não farmacológica para o controlo comportamental, uma vez que apresenta um baixo custo, a sua aplicação é efetuada de forma simples, proporcionando uma aceitação positiva por parte do paciente pediátrico, melhorando a relação da tríade no ambiente clínico (Santiago et al., 2009).

5.2. Musicoterapia

A utilização da música para fins terapêuticos, promove benefícios tanto psicológicos como fisiológicos, melhorando a comunicação do Médico-Dentista/paciente, proporcionando uma diminuição das atividades do sistema nervoso simpático, sendo uma alternativa para a diminuição do stress e ansiedade, durante o *setting* terapêutico. A música proporciona um ambiente de bem-estar e harmonia, por conseguinte, a diminuição da ansiedade na criança e a melhoria no comportamento. A música melhora substancialmente as habilidades motoras dos pacientes pediátricos. O ritmo tem um papel significativo no equilíbrio do sistema nervoso das crianças, uma vez que a música proporciona a ativação do pensamento, por conseguinte, traz benefícios a nível emocional. A musicoterapia contribui não só para o comportamento positivo do paciente pediátrico, como também na relação da tríade durante os procedimentos clínicos. Deste modo, existe um destaque com sucesso da música clássica para fins terapêuticos, através de sensações e sentimentos positivos para a o paciente pediátrico (Santana et al., 2021; Léon et al., 2018; Souto et al., 2021; Torres et al., 2020; Vale et al., 2021; Vieira de et al., 2021).

O recurso à musicoterapia tem sido utilizado com frequência em muitas áreas da saúde, pode ser utilizada de forma passiva, ou seja, ouvir música durante o tratamento dentário, ou ativa com música especial/terapêutica. A música tem efeitos relaxantes, estimula a diminuição da ansiedade e promove uma concentração acrescida do paciente pediátrico durante os procedimentos clínicos (Grecco et al., 2018; Léon et al., 2018; Vale et al., 2021).

De acordo com Durães De Faria et al., (2021), estudos recentes demonstram os benefícios do uso da musicoterapia em Medicina Dentária. Através da música é possível proporcionar um ambiente favorável, que potencie positivamente, a diminuição do medo e da ansiedade geradas pelos pacientes pediátricos. Por sua vez a resposta à utilização da musicoterapia é a alteração positiva do comportamento dos pacientes.

A associação da musicoterapia com a Medicina-Dentária, caracterizando-se como uma técnica não farmacológica para controlo da dor, do medo e da ansiedade, que por conseguinte condiciona o comportamento da criança durante o *setting* terapêutico,

permite criar um efeito relaxante e de concentração nos pacientes, para que o mesmo se sinta confortável no consultório dentário, através desta associação existe um aumento tanto da confiança como na comunicação da tríade Médico-Dentista/paciente, melhorando o comportamento da criança, como na realização dos procedimentos clínicos. A música caracteriza-se por ser terapêutica e relaxante, quando bem aplicada, permite um relaxamento a nível físico como psicológico do paciente pediátrico (Lisboa et al., 2018).

As crianças dispõem de habilidades rítmicas o que permite aquando da utilização da música e/ou instrumentos musicais influenciar as mesmas a cantar, dançar, bater palmas, pés, proporcionando uma maior concentração e relação da criança com o Médico-Dentista (Vieira de et al., 2021).

Esta técnica é considerada simples, econômica e potencia um atendimento mais cooperativo, elevando e melhorando o comportamento do paciente pediátrico. A musicoterapia é utilizada com recorrência em pacientes não-colaborantes, com deficiências físicas, neurológicas, etc... A ida ao Médico Dentista, para muitos pacientes pediátricos, proporciona uma sensação de medo e dor, associada aos tratamentos que serão efetuados. Desta forma, o paciente pediátrico perante dois estímulos diferentes, tem a capacidade de controlar a dor e o medo focando o seu interesse na música, contribuindo assim, para a diminuição do medo e ansiedade, que por sua vez melhora o comportamento do mesmo ao tratamento dentário (Santana et al., 2021; Grecco et al., 2018; Lisboa et al., 2018).

5.3. Recurso à Hipnose em Odontopediatria

Na prática clínica o medo e a ansiedade estão presentes nos pacientes e por vezes a realização de determinados tratamentos é condicionada devido aos comportamentos indesejáveis por parte da criança. Deste modo o recurso à hipnose em odontopediatria é uma técnica para gestão comportamental do paciente pediátrico no *setting* terapêutico (Santos et al., 2019).

A hipnose é um procedimento clínico que altera o estado de consciência, através da utilização de palavras adequadas para um equilíbrio do corpo e da mente, proporcionando um aumento da eficácia terapêutica em todas as áreas da odontopediatria, sem recurso a

medicamentos. Deste modo é necessário que haja uma empatia entre o Médico-Dentista devidamente especializado e o paciente pediátrico, para que através da voz, som e tato, chegue ao estado hipnótico. O objetivo da realização desta técnica é de fornecer, alterar e melhorar as experiências anteriormente vividas e o comportamento imprevisível do paciente pediátrico. Deve ser efetuada com atenção e concentração (Faria et al., 2021; Júnior et al., 2019; Santos et al., 2019).

A realização da hipnose em odontopediatria, pode trazer benefícios aos pacientes pediátricos, principalmente àqueles que apresentam fobias, medo e ansiedade. Existem dois pré-requisitos que devem ter-se em conta antes da utilização da hipnose, primeiro, estabelecer uma boa relação terapêutica entre o profissional de saúde e a criança e segundo, adaptar as técnicas à idade da criança, de acordo com o seu grau cognitivo e de desenvolvimento. Para os Médicos-dentistas é um desafio constante a aceitação por parte das crianças em realizar os tratamentos dentários, visto que, dispõem de sentimentos e sensações negativas anteriormente vividas ou transmitidas pelos pais, que os impedem de cooperar na realização dos tratamentos clínicos. Desta forma, a dedicação e profissionalismo do Médico-dentista é um dos pontos chave para a determinação da técnica a utilizar (Júnior et al., 2019; Santos et al., 2019).

Apesar de ser uma técnica pouco estudada, a utilização da hipnose tornou-se ainda mais viável tendo em conta que as crianças têm uma imaginação mais fértil, o que permite que sejam mais propensas à hipnose do que os adultos. Através da utilização da hipnose existe a possibilidade de captar a atenção da criança, diminuindo a sua angústia e as experiências negativas anteriormente vividas. O Recurso à hipnose permite alterações tanto a nível de hábitos parafuncionais, como para controlar a dor e disfunções da ATM (Faria et al., 2021; Santos et al., 2019).

Existem 5 regras que devem ter-se em conta para a realização da hipnose, (1) o consentimento informado devidamente assinado e esclarecido aos pais ou responsáveis; (2) perceber as expectativas da criança; (3) utilização de exercícios simples inicialmente; (4) permissão do paciente para sair do estado hipnótico quando necessário; (5) deixar tudo registado (método utilizado, etapas realizadas, tratamento e evolução clínica), para que nas próximas sessões caso não seja o mesmo Médico-Dentista a efetuar a técnica tenha toda a informação necessária (Santos et al., 2019).

Uma das vantagens da utilização da hipnose é o vínculo afetivo criado pelo profissional de saúde e a criança. Permitindo a realização de futuros tratamentos dentários. Para ser utilizada a técnica de hipnose o paciente tem de ter o mínimo de compreensão para que o tratamento seja realizado (Santos et al., 2019).

6. A Atividade Lúdica como veículo mediador na Consulta de Odontopediatria

A Odontopediatria é uma especialidade direcionada para o atendimento de pacientes pediátricos e adolescentes, muitas vezes com limitações a nível psicológico e psicossomáticas como, náuseas, vômitos.... É de extrema importância que o profissional de saúde disponha de um ambiente odontológico favorável ao tratamento que será efetuado para não desencadear ansiedade e/ou medo aos pacientes, visto que está diretamente relacionado com comportamentos indesejáveis durante o tratamento odontológico por parte das crianças (Fernandes et al., 2016; Filho, et al., 2021; Moreira Pinto et al., 2020).

Em Odontopediatria, é imprescindível estabelecer um atendimento odontológico positivo. Uma das prioridades é criar um vínculo com a criança utilizando os órgãos dos sentidos: visão, paladar, olfato e tato. Por conseguinte o vestuário, o cheiro, os sons, e o desempenho tátil influenciam nas suas reações emocionais tanto na realização do tratamento odontológico como na relação Médico-Dentista/paciente. As consultas de odontopediatria podem gerar emoções de medo e ansiedade resultando num comportamento positivo ou negativo por parte do paciente pediátrico. A comunicação humana pode ser expressa de forma verbal e não-verbal, as emoções e a forma como são demonstradas têm um papel primordial na mesma. De forma a contornar esta problemática a aplicação de estratégias lúdicas e técnicas de controlo comportamental auxiliam na gestão das mesmas (Dias & Correia, 2016; Tovo et al., 2016; Vieira et al., 2020).

De acordo com Carla & Oliveira (2014), o termo lúdico tem origem de uma palavra latina *ludus*, que significa brincar, jogo, tornando-se nos dias de hoje importante ao nível do

desenvolvimento do ser humano. Na infância, as atividades lúdicas têm um importante papel pedagógico, dando a oportunidade à criança de conhecer-se a si mesmo e ao mundo envolvente, a brincar. A comunicação entre o médico-dentista/paciente através dos instrumentos lúdicos torna-se uma ferramenta fácil para os profissionais, visto que, a criança por ser demasiado vulnerável, está sujeita à influência dos pais, do meio ambiente e dos próprios profissionais de saúde. Ao brincar, a criança exterioriza os seus medos e inquietações, através da comunicação não verbal, o que permite estabelecer um vínculo com o médico-dentista evitando comportamentos indesejáveis. Na abordagem pedagógica, são utilizados com frequência havendo uma comunicação empática, criativa e assertiva na aprendizagem das crianças e no controlo das emoções (Vieira et al., 2020).

Na atualidade, existe um grande interesse no uso da arte como mediador na comunicação com os pacientes pediátricos, uma vez que o desenho pode fornecer informações sobre o estado emocional da criança e experiências anteriormente vividas (de Andrade et al., 2014).

O desenho representa uma linguagem simples e universal, permite à criança exprimir determinadas experiências vivenciadas anteriormente ou a sua perspetiva sobre o *setting* terapêutico, uma vez que é o modo mais primitivo de comunicação humana através da expressão cognitiva e emocional. Segundo Moreira Pinto et al. (2020) as técnicas projetivas são instrumentos para, de uma forma indireta, determinar o estado emocional da criança, como o medo e ansiedade, podem ser aplicadas tanto a crianças que não se expressam verbalmente como o contrário. A aplicação do desenho infantil, como técnica projetiva para conhecer-se o estado emocional da criança durante o atendimento clínico, é um instrumento utilizado com recorrência (Teixeira, 2011). Uma vez que se apresenta como algo familiar e agradável para o paciente pediátrico, é fácil de ser aplicado, rápido e económico. Através do desenho e caracterizando-se como uma forma de comunicação não-verbal, o paciente odontopediátrico expressa a sua qualidade de vida e de saúde oral (Moreira Pinto et al., 2020). A criança ao desenhar exprime situações do seu quotidiano, as suas fantasias, lembranças, relaciona, interpreta, associa a um jogo entre o real e o imaginário. A ida ao dentista, está com grande frequência associada ao sentimento de dor e/ou ansiedade, tornando-se uma problemática para a saúde pública da população infantil (Teixeira, 2011).

A utilização de pictogramas associados a instrumentos lúdicos é uma estratégia pedagógica recorrente. Um pictograma é uma representação gráfica, utilizada para transmitir determinadas informações, sem qualquer limitação intelectual ou idioma, para uma comunicação simples, direta e eficaz. O pictograma, deve por si só, simbolizar o objeto ou conteúdo desejado, facilmente percebido por quem o observa (Dranka, 2012; Magalhães et al., 2013). De acordo com Barros et al. (2014) & Clawson et al. (2012) nos últimos tempos a utilização de pictogramas têm recebido uma atenção especial, devido à consciencialização dos profissionais de saúde sobre a necessidade de proporcionar a informação adequada a cada paciente e dificuldade comunicacional que o mesmo possa apresentar, acabando por preencher algumas lacunas entre determinadas perspectivas opostas durante *setting* terapêutico.

Existem diversas formas de serem utilizados os pictogramas, a utilização pictórica a preto e branco, simples, resumida, permite ser mais económico como padronizado, proporcionando uma leitura das imagens pictóricas de uma forma universal a todas e quaisquer limitações. Os livros e pictogramas associados, são instrumentos lúdicos utilizados com frequência em odontopediatria, permitindo ao paciente tornar o seu papel ativo durante o *setting* terapêutico. Os livros, quando alargados a uma população mais infantil e quando os mesmos são levados em papel para casa, auxilia a memória a longo prazo da criança como, permitem criar uma ponte de comunicação, entre os pais e o profissional de saúde (Dias et al., 2018, 2019).

Segundo um estudo efetuado por Vargas-Ramírez et al., (2021), a utilização de atividades lúdicas através de linguagem simplificada, estímulo dos órgãos dos sentidos, imagens, contribuem positivamente para a melhoria de hábitos de higiene oral nos pacientes pediátricos. Através da literatura verifica-se uma melhoria nos resultados ao ser utilizada esta técnica não-farmacológica de controlo comportamental. O conhecimento dos pais sobre a higiene oral dos seus filhos é imprescindível na qualidade de vida e na saúde oral dos mesmos. Através deste estudo permitiu-se verificar melhorias no conhecimento dos pacientes após serem implementadas as atividades lúdicas, sobre a cavidade oral, as técnicas de escovagem a utilizar, os materiais necessários para a escovagem, em que 98% dos participantes identificaram corretamente. As atividades efetuadas foram com livros para colorir com a imagem de um dente saudável Vs. um dente doente, onde identificaram

à posteriori a diferença de ambos. Contribuindo assim, na relação do Médico-Dentista/paciente como no conhecimento dos mesmos sobre a cavidade oral.

7. Realidade Virtual em Odontopediatria

Em Odontopediatria existem várias formas de distração para serem efetuadas em crianças, nas quais a utilização da realidade virtual tem vindo a contribuir positivamente para a gestão comportamental dos pacientes pediátricos, que apresentem emoções de medo, ansiedade ou comportamentos indesejáveis. Por Vezes o ambiente clínico, com luzes intensas, barulho e um ambiente diferente ao qual as crianças estão habituadas provoca alterações no comportamento das mesmas. O recurso à realidade virtual (RV) é uma alternativa não-farmacológica, para o controlo comportamental de pacientes que apresentem ansiedade e medo nas consultas de Medicina Dentária. É uma técnica que tem vindo a ser utilizada com frequência pelos Médicos-Dentistas para desviar a atenção das crianças de estímulos que impulsionem comportamentos indesejáveis por parte dos pacientes pediátricos. Os óculos de realidade virtual (RV), combinam uma componente visual, os óculos propriamente ditos, e uma componente auditiva, os fones que se introduzem nos ouvidos. Através dos óculos (RV), são utilizadas tecnologias avançadas que permitem criar mundos virtuais, emitem imagens e sons nos ouvidos através dos fones. Deste modo, contribui para a distração da criança associados às imagens refletidas, permite beneficiar consultas futuras bem como eliminar experiências anteriormente vividas. Uma das grandes vantagens da realidade virtual é que permite criar um mundo virtual à volta do paciente pediátrico, estimulando a sua imaginação e concentração de tudo o que o rodeia (Alves et al., 2019; Asl Aminabadi et al., 2012; Khandelwal et al., 2018; Koticha et al., 2019).

Segundo um estudo realizado por Shetty et al., (2019), a utilização de óculos RV é eficaz como uma técnica de distração, contudo não reduz a ansiedade em crianças dos 6 aos 10 anos, é uma técnica eficaz na distração das crianças, contribuindo para um comportamento desejável, contudo existem poucos estudos que possam garantir a eficácia da utilização dos óculos RV em pacientes pediátricos de diferentes faixas etárias.

8. Técnicas de controlo comportamental farmacológicas

8.1. Sedação consciente com óxido Nitroso

A sedação consiste numa técnica segura e eficaz que altera o estado de consciência do paciente pediátrico, deixando-o menos atento ao meio envolvente, menos ansioso e deste modo com menos medo do procedimento clínico que será efetuado. A necessidade de diagnosticar e tratar, bem como a segurança do paciente pediátrico, do profissional de saúde e da equipa, deve ser considerada sempre, aquando da necessidade de utilização da sedação. Existem diversos níveis de sedação que podem ser alcançados com o auxílio de uma variedade de medicamentos com efeitos sedativos ou inalação de óxido nitroso/oxigênio, com um resultado diferente de criança para criança. No caso da sedação ser a técnica mais eficaz a utilizar, deve-se adotar os requisitos necessários. A utilização da sedação pelo profissional de saúde tem como objetivo minimizar o desconforto físico, a dor e zelar pela segurança do paciente (Dentistry, 2021; Ladewig et al., 2016; Singh et al., 2014).

O óxido nitroso (N_2O), é um gás incolor, não irritante e de baixa solubilidade, também conhecido como gás hilariante, gás do riso, dióxido de nitrogênio ou protóxido de azoto. Tem sido utilizado há mais de 150 anos para o controlo de ansiedade e dor (Ladewig et al., 2016).

Durante o atendimento clínico o principal objetivo é guiar o paciente pediátrico lentamente, para que o mesmo desenvolva uma atitude positiva em relação à Medicina Dentária. É uma situação que nem sempre acontece visto que muitos pacientes pediátricos vão para as consultas com antecedentes negativos em relação à Medicina Dentária. O ideal é o paciente pediátrico ser introduzido no ambiente dentário desde cedo, para que seja efetuado um condicionamento psicológico, utilizando algumas técnicas não farmacológicas que contribuam positivamente para este efeito. Nos casos em que não resulta o condicionamento devido algum trauma anteriormente vivido e que seja a melhor forma de tranquilizar, proporcionar conforto e confiança ao paciente recorre-se à sedação consciente (Ladewig et al., 2016).

Segundo Baakdah et al., (2021) a sedação consciente com óxido nitroso/oxigênio é o segundo método mais favorável a ser utilizado como técnica de controlo comportamental. A sedação com óxido nitroso/oxigênio é uma técnica utilizada com segurança e eficácia, tem ação rápida e completa, a administração ocorre em pequenas doses de óxido nitroso até à concentração ideal para cada paciente pediátrico, ou seja, de forma crescente. Depende de alguns fatores como as condições físicas e médicas do paciente pediátrico, o efeito na qualidade dos tratamentos a efetuar, o estado dentário geral e o comportamento do paciente pediátrico.

A sedação com óxido nitroso em combinação com outros medicamentos sedativos (ex: benzodiazepinas ou opióides) quando usada em concentrações superiores a 50% a probabilidade de sedação moderada ou profunda aumenta. Quando o Médico Dentista recorre à utilização da sedação com óxido nitroso tem como objetivos reduzir ou eliminar a ansiedade, movimentos involuntários, melhorar a comunicação e cooperação do paciente pediátrico. Uma das grandes vantagens da utilização de óxido nitroso/oxigênio é a administração por via inalatória, pois o profissional de saúde pode ajustar a concentração a cada paciente (Dentistry, 2021).

Existem outras vantagens a considerar como a possibilidade que o paciente fique tranquilo, relaxado e apto para tolerar os procedimentos dentários que serão efetuados, os efeitos clínicos podem começar em menos de 30 segundos com um pico do efeito nos 5 minutos, fácil controlo e reversibilidade rápida, é a única técnica que apresenta reversibilidade de 2 a 5 minutos (Ladewig et al., 2016).

Através de um equipamento específico, o fluxómetro e de uma máscara nasal, que disponibiliza de uma forma continua uma percentagem de 10% a 70% de N₂O e oxigênio permite aos Médicos Dentistas recorrer à técnica de inalação de óxido nitroso (N₂O) associado ao oxigênio. A utilização da técnica incorretamente, pode gerar algumas complicações, embora raras, como o paciente apresentar náuseas e vômito, caso a administração seja prolongada e em altas concentrações, pode levar à hipoxia residual, que ocorre no final quando o Médico Dentista não oferece 100% de oxigênio por 5 minutos (Bezerra Cavalcante et al., 2011; Ladewig et al., 2016).

A utilização da sedação com óxido nitroso tem como contraindicações, pacientes com patologias pulmonares obstrutivas crónicas, infeções recentes do trato respiratório,

distúrbios emocionais graves e dependentes de estupefacientes, primeiro trimestre de gravidez e deficiência de vitamina B12 (Bezerra Cavalcante et al., 2011; Dentistry, 2021).

8.2. Anestesia Local

Em Medicina Dentária a dor é uma sensação presente maioritariamente em todos os pacientes, sendo desagradável e muitas vezes incontrolável, está diretamente relacionada a dois fatores, à sensação da dor propriamente dita e a aspetos psicológicos e/ou emocionais (Silva et al., 2019). A anestesia caracteriza-se pela perda do sentido ou sensação enquanto os anestésicos locais entram em contacto com a fibra nervosa interrompendo todas as mobilidades nervosas de forma totalmente reversível (Carvalho et al., 2013a; Ganzer & Basualdo, 2014; Parise et al., 2017).

Segundo a literatura, existe uma relação direta entre a ansiedade no tratamento dentário com a dor provocada pela punção da agulha no momento da administração do anestésico local. Deste modo e de forma a minimizar a ansiedade posteriormente o medo e a dor, a utilização de anestésicos locais tópicos preparam a mucosa para aliviar a introdução da agulha. Assim, a preparação da mucosa para a introdução da agulha diminui a ansiedade e, por conseguinte, melhora o atendimento clínico. Quando o Médico Dentista utiliza anestésicos locais é muito importante o seu conhecimento sobre os mesmos, uma vez que a sua utilização sem o devido conhecimento, em sobredosagens pode levar ao óbito do paciente (Carvalho et al., 2013a; Silva et al., 2019).

De acordo com Carvalho et al., (2013),Ganzer & Basualdo, (2014), Klein Parise et al., (2017) & Silva Romão et al., (2022) as propriedades essenciais para um bom anestésico são baixa toxicidade, não irritar os tecidos e não lesionar as estruturas nervosas. Existem dois grandes grupos de anestésicos: amida e o éster são os anestésicos mais utilizados em Medicina Dentária, na Odontopediatria os mais utilizados são as amidas, entre elas a lidocaína, a mepivacaína, a prilocaína e a articaína, visto que são menos tóxicas, mais eficazes e com um potencial alergénico menor que os estéres.

A lidocaína é o anestésico local mais utilizado em Medicina Dentária, a sua ação inicia-se entre 2 a 3 minutos, numa concentração de 2%. Nos adultos a dose máxima são 7,0 mg/Kg ou 13 anestubos. Pode ser encontrada nas concentrações de 1% ou 2% (com ou

sem vasoconstritor) e na concentração de 5% na forma tópica. Nas crianças utiliza-se lidocaína a 2% com adrenalina 1:200.000. A dose máxima com ou sem vasoconstritor pode ser administrada 1 anestubo para cada 9,09 Kg (Carvalho et al., 2013a).

A lidocaína pode ser utilizada como anestesia tópica, em concentrações que variam entre 2% e 10% (Silva et al., 2019).

A Mepivacaína é um anestésico local bastante utilizado em Medicina Dentária, o seu potencial de toxicidade é duas vezes maior do que a lidocaína, a sua ação é entre 1,5 a 2 minutos. A dose máxima 6,6 mg/Kg ou 11 anestubos. Apresenta-se numa concentração de 2% com vasoconstritor e 3% sem vasoconstritor. A sua principal vantagem em relação aos outros anestésicos locais, é a sua maior duração anestésica (Carvalho et al., 2013a).

A Prilocaína, quando comparada à lidocaína apresenta um potencial de toxicidade a dobrar. A sua ação é entre 2 a 4 minutos. A dose máxima é 6,0 mg/Kg ou 7 anestubos. A sua concentração pode ser de 3% com vasoconstritor (Felipressina). Não é encontrada na forma tópica (Carvalho et al., 2013a).

A Articaína, quando associada à lidocaína torna-se menos tóxica e quando administrada por via endovenosa tem baixa toxicidade. A dose máxima é de 6,6 mg/Kg ou 6 anestubos. (Carvalho et al., 2013a). A associação de vasoconstritores aos anestésicos locais, permitem um aumento da duração e efeito do anestésico, diminuindo o risco de toxicidade, redução de hemorragia e utilização em menores quantidades da solução (Ganzer & Basualdo, 2014).

Os vasoconstritores são substâncias químicas associadas aos sais dos anestésicos, têm como função a absorção lenta do sal do anestésico, quando associados a anestésicos locais não realizam efeitos farmacológicos, para além da constrição arteriolar localizada. (Carvalho et al., 2013a; Paiva & Cavalcanti, 2005). De acordo com Carvalho et al., (2013^a) & Costa de Almeida Paiva & Leite Cavalcanti, (2005) os vasoconstritores mais comuns são a adrenalina/epinefrina, a noradrenalina/noraepinefrina, a fenilefrina e a octapressin/felipressina.

A escolha do anestésico local a usar depende da idade do paciente, a função hepática, a massa corporal e o historial de complicações com anestésicos locais. O bem-estar do

paciente tem maior importância na escolha do anestésico do que propriamente situações económicas (Ganzer & Basualdo, 2014).

8.3. Anestesia Geral

Em Medicina Dentária quando se trata de pacientes pediátricos não colaborantes, ou que possuam necessidades especiais, com severas limitações físicas e/ou mentais a utilização da anestesia geral melhora o tratamento a ser efetuado. Esta técnica farmacológica deve ser adotada quando nenhuma outra tanto farmacológica como não-farmacológica seja eficaz no comportamento do paciente pediátrico. Na maioria, os pacientes com necessidades especiais são pouco colaborantes e costumam estar na defensiva ou expressam ansiedade extrema durante o tratamento dentário, dificultando a sua cooperação na realização de exames complementares de diagnóstico e no tratamento a efetuar. A falta de diálogo entre o Médico-Dentista e o paciente dificulta a realização de procedimentos preventivos como a profilaxia ou tratamentos invasivos, que necessitem de anestesia (restaurações, exodontias, endodontias, etc....) (Nobre et al., 2022; Santos, 2020; Vasques et al., 2021).

Pacientes com necessidades especiais têm a sua saúde oral mais comprometida, uma vez que existe uma dificuldade no acesso e realização de tratamentos dentários. Devido ao comportamento agressivo, durante o tratamento dentário existem alterações comportamentais que influenciam negativamente a realização do mesmo. Com o avançar da idade, a prevalência de doenças orais é gradualmente persistente. Deste modo, tratamentos preventivos, anestesia local ou restaurações não são realizáveis mediante este quadro comportamental. A realização da anestesia geral quando mais nenhuma outra técnica é viável, permite a realização de vários procedimentos dentários numa única sessão, por exemplo desde a profilaxia a cirurgias necessárias a realizar, efetuando a reabilitação oral total da criança (de Andrade & Eleutério, 2015; Chang et al., 2014).

A anestesia geral, promove um estado de inconsciência ao paciente, a perda de reflexos protetores e a capacidade respiratória espontânea, devido a uma depressão geral do sistema nervoso central. Através desta técnica existe a possibilidade de serem efetuados mais do que um tratamento comparando com a técnica convencional. De acordo com alguns estudos, foi verificado uma dificuldade na qualidade dos tratamentos dentários

utilizando a técnica de anestesia geral, uma vez que não pode ser repetida com frequência como a anestesia local, deste modo, o risco de falhas deve ser diminuído. Para ser empregue a utilização de anestesia geral e para que a mesma seja bem-sucedida, é fundamental a presença de uma equipa multidisciplinar capacitada para a realização desta técnica complexa (Bezerra Cavalcante et al., 2011; Chang et al., 2014; Nobre et al., 2022; Vasques et al., 2021).

Deve-se ter em conta que no dia da utilização da anestesia geral, caso os pacientes apresentem, febre, bronquite, crises asmáticas ou insuficiência cardíaca, não devem ser efetuados os procedimentos dentários. Embora, os avanços na Medicina-Dentária ao longo dos anos tenham vindo a melhorar, atualmente existem algumas lacunas no que diz respeito ao atendimento de crianças portadoras de necessidades especiais, uma vez que a falta de conhecimento e preparação do Médico-Dentista sobre o atendimento, as necessidades dentárias de cada paciente, a negligência do serviço de saúde público e o desleixo dos pais/responsáveis sobre a saúde oral dos pacientes especiais contribuem para a alta prevalência de patologias orais, tornando o atendimento de pacientes especiais mais complexo. A utilização de anestesia geral tem como desvantagens o alto custo e as limitações de tempo, contudo torna-se uma opção viável para tratamentos dentários em pacientes com necessidades especiais (de Andrade & Eleutério, 2015; Castro et al., 2010; Chang et al., 2014; Souza et al., 2017).

De um modo geral a anestesia geral deve ser utilizada como auxílio para a realização de tratamentos em crianças extremamente nervosas, ansiosas, que sofram de algum distúrbio mental, etc... Para a realização desta técnica é necessária uma equipa multidisciplinar em ambiente hospitalar. O Médico-Dentista tem de certificar-se que é efetuada toda a anamnese do paciente pediátrico, dando a conhecer o plano de tratamento que será efetuado aos pais/responsáveis. As crianças devem ser submetidas a diversos exames antes da realização da anestesia geral. O Anestesista é que determina o método de contenção química, devido às patologias que estes pacientes têm e a associação medicamentosa que pode ocorrer com a administração de determinados medicamentos, é importante determinar o estado físico pré-operatório da criança antes da realização da técnica farmacológica. A anestesia geral normalmente dura em média 6 horas, caso a saúde oral e sistémica dos pacientes pediátricos esteja estável, têm alta no mesmo dia (Paula et al., 2015; Regina et al., 2006).

III. CONCLUSÃO

O controlo comportamental dos pacientes pediátricos é um desafio recorrente nas consultas de odontopediatria, apesar dos avanços na Medicina Dentária, o medo e a ansiedade estão presentes em muitas crianças. O medo odontológico é recorrente nos pacientes pediátricos, diversos fatores podem contribuir para a presença do mesmo nas crianças, aquando da realização de tratamentos dentários. O medo tem início na infância, resultado da ansiedade de ir ao médico dentista e o próprio início da infância. As crianças encontram-se em contaste desenvolvimento e crescimento. O medo pode ser potenciado por experiências negativas anteriormente vividas ou experiências negativas transmitidas pelos seus familiares (Cassiano et al., 2022; Meneses et al., 2017b; Vieira et al., 2017).

A ansiedade maioritariamente está relacionada ao tratamento dentário que será efetuado, sobretudo quando são procedimentos que envolvam anestesia. Deste modo a utilização de anestesia tópica, pode minimizar a ansiedade e o medo potenciados pelos tratamentos dentários a serem efetuados. Esta alternativa precede à anestesia local, de forma a diminuir a dor com a punção da agulha (Felix et al., 2016; Martins et al., 2017; F. Silva et al., 2019; Torres et al., 2020).

Deste modo, os pacientes portadores de necessidades especiais, devem receber um tratamento interdisciplinar, priorizando e transmitindo tanto ao paciente como aos pais/responsáveis, a prevenção de doenças orais, a dieta utilizada e a higiene oral, uma vez que a prevalência de patologias orais é elevada nestes pacientes. A presença dos pais para muitos autores é fundamental para a realização de determinados tratamentos dentários. A influência dos mesmos pode contribuir positivamente durante o *setting* terapêutico principalmente em pacientes pediátricos até aos 3 anos (Jesus et al., 2022; Souza et al., 2017).

O odontopediatra tem como grande desafio e responsabilidade, compreender o paciente odontopediátrico, visto que o primeiro contacto entre ambos é fundamental para uma boa relação, considerando a linguagem não-verbal com grande influência no mesmo. Ao lidar com crianças numa fase inicial é necessário respeitar o desenvolvimento de cada uma, para que à posteriori possam ser utilizadas as técnicas de controlo comportamental mais

adequada a cada paciente. As técnicas não-farmacológicas são uma estratégia para lidar com o comportamento indesejável dos pacientes pediátricos, de forma a reduzir o medo e ansiedade dos mesmos para a realização de procedimentos dentários. Devem ser utilizadas de forma individualizada e que traga benefícios para a criança que irá recebê-la. Contudo são necessários mais estudos para a aplicação e eficácia de técnicas não-farmacológicas para controlo comportamental. A técnica não farmacológica mais usada em odontopediatria é a técnica dizer-mostrar-fazer, com maior rejeição são a técnica da contenção física e de seguida a mão-sobre-a-boca (Brito & Machado, 2021; Coelho et al., 2021; Dias et al., 2015; Sant'Anna et al., 2020; Silva et al., 2022).

O recurso a atividades lúdicas no *setting* terapêutico, tem vindo a ser cada vez mais eficaz no controlo comportamental das crianças, contribui positivamente no desenvolvimento, crescimento e aprendizagem dos pacientes pediátricos. É de extrema importância não só consciencializar as crianças sobre a importância da higiene oral, mas também os seus pais/responsáveis através de uma linguagem simples e adequada. Contudo esta vertente deve ser mais estudada para ser mais utilizada pelos profissionais de saúde, como técnica não-farmacológica (Carla & Oliveira, 2014; Vargas-Ramírez et al., 2021).

A utilização de técnicas convencionais para a diminuição da ansiedade e do medo, através da música, da cromoterapia e da hipnose, permite um controlo comportamental eficaz em alguns pacientes pediátricos, melhorando a relação da tríade (Santiago et al., 2009). A realidade virtual em odontopediatria é cada vez mais utilizada pelos Médicos-Dentistas, visa diminuir a ansiedade e o medo, através da técnica de distração com óculos de RV. A utilização da realidade virtual é uma técnica para controlo comportamental dos pacientes pediátricos, que necessita de mais estudos, para que a sua utilização faça parte do atendimento clínico com mais recorrência. O recurso às técnicas de controlo comportamental farmacológicas, são um método para o controlo dos comportamentos negativos dos pacientes pediátricos. A sedação com óxido nitroso é uma alternativa, para pacientes com ansiedade e medo odontológico. A Anestesia local é utilizada comumente na prática clínica em Medicina Dentária, deve-se ter em conta vários fatores para administração da mesma consequentemente a probabilidade de diminuição dos efeitos adversos. A anestesia geral deve ser utilizada em último recurso e em casos muito específicos (Alves et al., 2019; Carvalho et al., 2013a; Dentistry, 2021; Koticha et al., 2019; Ladewig et al., 2016; Nobre et al., 2022).

IV. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. M., Vinícius, C., de Gouvêa, D., de Cássia, R., Moraes, M., Nunes Barros, R., & Fernandes Do Couto, C. (2010). *Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria*.
- Almeida, J., Rodrigues, C., Inocencio, A., & Nogueira, P. (2021). *Revisão da literatura sobre sala de espera e educação em saúde na odontopediatria - novos desafios propostos frente à pandemia*. <https://orcid.org/0000-0003-1967-8842>
- Alves, A. M. R., Byrro, D. D. V., Faria, E. R., Sales, G. S., Santos, L. L., Oliveira, R. K. F., Silva, T. C. A. da, & Lucca, P. D. M. Q. (2019). *Autismo: Estratégias de Interação para Tratamento Odontológico*.
- Alves, Í. B. S., Graville-Garcia, A. F., Firmino, R. T., Gomes, M. C., & Costa, E. M. M. de B. (2019). The use of audiovisual distraction eyeglasses as a resource in Pediatric dental care: a case series. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 67. <https://doi.org/10.1590/1981-863720190005920180028>
- American Academy of Pediatric Dentistry. (2020). *Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient*.
- Andrade, A. P. P. de, & Eleutério, A. S. de L. (2015). *Pacientes portadores de necessidades especiais: abordagem odontológica e anestesia geral*.
- Andrade, D. S. P. de, Minhoto, T. B., Campos, F. de A. T., Gomes, M. C., Granville-Garcia, A. F. G.-G., & Ferreira, J. M. S. (2014). Children's perceptions through drawings and verbal characterizations of the dentist. *Arquivos Em Odontologia*, 184–190. <https://doi.org/10.7308/aodontol/2013.49.4.05>
- Asl Aminabadi, N., Erfanparast, L., Sohrabi, A., Ghertasi Oskouei, S., & Naghili, A. (2012). The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental

- Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 6(4), 117–124. <https://doi.org/10.5681/joddd.2012.025>
- Baakdah, R. A., Turkistani, J. M., Al-Qarni, A. M., Al-Abdali, A. N., Alharbi, H. A., Bafaqih, J. A., & Alshehri, Z. S. (2021). Pediatric dental treatments with pharmacological and non-pharmacological interventions: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01555-7>
- Barasuol, J. C., Busato, C. A., Felipak, P. K., & Menezes, J. V. N. B. (2016). *Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Barros, I. M. C., Alcântara, T. S., Mesquita, A. R., Santos, A. C. O., Paixão, F. P., & Lyra, D. P. (2014). The use of pictograms in the health care: A literature review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(5), 704–719. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.11.002>
- Bengtson, C. R. G., Bengtson, N. G., Bengtson, A. L., Pinheiro, S. L., & Mendes, F. M. (2006). *O uso da anestesia geral em Odontopediatria*.
- Bezerra Cavalcante, L., Sanabe, M. E., Marega, T., Gonçalves, J. R., César, F., & de Abreu-E-Lima, B. (2011). *Conscious sedation: a backup resource for providing dental care to uncooperative children*.
- Boccanera, N. B., Boccanera, S. F., & Barbosa, M. A. (2006). As cores no ambiente de terapia intensiva: percepções de pacientes e profissionais. *Rev Esc Enferm USP*, 343–349.
- Brandenburg, O. J., & Marinho-Casanova, M. L. (2013). A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. *Estudos de Psicologia*, 30, 629–640.

- Brito, G., & Machado, C. (2021). Percepção dos pais sobre técnicas de controle comportamental na Clínica Odontopediátrica da Faculdade UniRuy, Salvador-BA. *Journals Bahiana*, 12, 89–95.
- Carla, J., & Oliveira, C. (2014). *Revista Brasileira de Odontologia Atividades lúdicas na Odontopediatria: uma breve revisão da literatura.*
- Carvalho, B., Lucas, E., Aline, F., & Parodes, G. (2013a). *O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura.*
- Carvalho, B., Lucas, E., Aline, F., & Parodes, G. (2013b). *Revista Brasileira de Odontologia O emprego dos anestésicos locais em Odontologia: Revisão de Literatura.*
- Cassiano, E., Imparato, J. C., & Rezende, K. M. (2022). Ansiedade da criança e dos pais durante a anestesia odontológica: relato de 10 casos clínicos. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, 12(1). <https://doi.org/10.47990/alop.v12i1.343>
- Castro, A. M. de, Marchesoti, M. G. N., Oliveira, F. S. de, & Novaes, M. stella de P. (2010). Avaliação do tratamento odontológico de pacientes com necessidades especiais sob anestesia geral. *Rev Odontol UNESP, Araraquara. Maio/Jun*, 39(3), 137–142.
- Chang, J., Patton, L. L., & Kim, H. Y. (2014). Impact of dental treatment under general anesthesia on the oral health-related quality of life of adolescents and adults with special needs. *European Journal of Oral Sciences*, 122(6), 363–371. <https://doi.org/10.1111/eos.12150>
- Clawson, T. H., Leafman, J., Nehrenz Sr, G. M., & Kimmer, L. S. (2012). Using Pictograms for Communication. In *MILITARY MEDICINE* (Vol. 177). <https://academic.oup.com/milmed/article-abstract/177/3/291/4283647>

- Coelho, V. F. D., Coelho, L. V. D., & Costa, A. M. G. (2021). Técnicas de manejo em Odontopediatria: uma revisão narrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(11), e414101119489. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i11.19489>
- Costa, S. S., & Mania, T. V. (2022). Sedação Consciente com Midazolam via oral como recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *ID on Line. Revista de Psicologia*, 16(59), 1–16. <https://doi.org/10.14295/online.v16i59.3227>
- da Silva, R. C., & Monteiro, C. F. (2013). *Cromoterapia: Um Importante Recurso Terapêutico para a Terapia Ocupacional*. <http://biblioteca.univap.br/dados/000000/000000A>
- de Castilho, L. S., Lage, B. F., Padovezzi, L. D., Diniz, I. M., Oliveira, A. C. B. de, & Resende, V. L. S. (2019). A comunicação não verbal no exercício da prática odontológica entre o profissional, o paciente com deficiências de desenvolvimento, seus pais e cuidadores. *Interfaces - Revista de Extensão Da UFMG, Belo Horizonte*, 7, 01-591.
- Delli, K., Reichart, P. A., Bornstein, M. M., & Livas, C. (2013). Management of children with autism spectrum disorder in the dental setting: Concerns, behavioural approaches and recommendations. *Medicina Oral, Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 18(6). <https://doi.org/10.4317/medoral.19084>
- Dentistry, A. A. of P. (2021). *Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient*.
- Dias, M. do R., & Correia, P. (2016). *Expressões Faciais e Disfonia. Estudo exploratório em mulheres disfônicas*. 65–76.
- Dias, M. do R., da Cruz, J. A., & Martins, N. L. (2015). I am favolas: A health education instrument in dentistry. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 325–330. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106012>

- Dias, M. do R., Monteiro, A. L., Naben, L., Sobral, A., & Neves, A. C. (2018). *No Consultório do Odontopediatra. Um Manual de Educação para a Saúde Oral*. 8(3), 35–41.
- Dias, M. do R., Naben, L. G., Ventura, I., Coroado, S., Dias, V. M., & Santos, S. O. (2019). The House of the Little Tooth Diniz: An Oral Health. *Children and Teenagers*, 2(1), 60. <https://doi.org/10.22158/ct.v2n1p60>
- Dranka, L. K. (2012). *Pictogramas: Teoria, Desenvolvimento e Aplicação*. <http://thenounproject.com/>
- Falcão, A. C. de S. L. A., Santos, J. M. dos, Nascimento, K. L. L., Santos, D. B. do N., & Costa, P. V. de A. (2019). Síndrome de Down: Abordagem Odontopediátrica na Fase Oral. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 31, 57–67.
- Faria, A. E. D. de, Luiza, B. L. R., Martins, G. B., Nápole, R. D. C. D., & Antequera, R. (2021). *Terapias Alternativas e Complementares e seu Uso na Odontologia-Revisão de Literatura*.
- Felix LF, Brum SC, Barbosa CCN, & Barbosa O. (2016). Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. *Revista Pró-UniverSUS*, 7(2), 13–16.
- Felix, L. F., Brum, S. C., Barbosa, C. C. N., & Barbosa, O. (2016). Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. *Revista Pró-UniverSUS*, 7(2), 13–16.
- Fernandes, L. F. P. da, Freire, N. de C., Santana, R. de, & Miasato, J. M. (2016). Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 28(2), 135–177.
- Ferreira Tovo Elise Sasso Faccin Aline Groff Vivian, M. (2016). *Psicologia e Odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil*.

- Ganzer, T. K. R., & Basualdo, A. (2014). Anestésicos Locais e Vasoconstritores Seleccionados em Clínicas Odontológicas. *Journal of Oral Investigations*, 3(1), 43–48. <https://doi.org/10.18256/2238-510x/j.oralinvestigations.v3n1p43-48>
- Grecco, P. S., Silva, F. B. de M., Vasconcellos, I. P., Silva, R. V., & Resende, R. F. de B. (2018). *Benefícios da musicoterapia e sua aplicabilidade na Odontologia*. <http://www.periodicos.uff.br/index>
- Guerra, S. R. (2020). Salud oral del paciente con síndrome de Down. Revisión bibliográfica y propuesta de una guía de atención. *Odontología Pediátrica*, 28(2), 74–83. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>
- Guerreiro, P. O., & Garcias, G. de L. (2009). *Diagnóstico das condições de saúde bucal em portadores de paralisia cerebral do município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*.
- Gurrero, K. R., Sisto, M. P., Clark, R. A. C., & Portuondo, G. R. V. (2017). Salud bucal en pacientes con síndrome de Down según actitud de sus tutores legales. In *MEDISAN* (Vol. 21, Issue 7).
- Hidalgo, L. D., & Souza, J. A. S. (2022). Abordagem de crianças autistas em odontopediatria: uma revisão de literatura. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(5), 1462–1469. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i5.5563>
- Jesus, J. K. A. de, Menezes, K. da C., Silva, P. E. D. da, & Carlos, A. M. P. (2022). Dificuldades odontológicas no tratamento endodôntico de dentes decíduos: revisão de literatura /. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 2439–2453. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-218>
- Júnior, J. C. B. A., Nascimento, G. C., Silva, J. R. T. de C. S., Borges, A. J. de C., & Santos, H. L. R. dos. (2019). *Hipnose na Odontopediatria como Prática Complementar no Controle do Medo e Ansiedade: Relato De Caso*. <http://lattes.cnpq.br/8431544085272515>

- Khandelwal, D., Kalra, N., Tyagi, R., Khatri, A., & Gupta, K. (2018). Control of anxiety in pediatric patients using “tell show do” method and audiovisual distraction. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 19(9), 1058–1064. <https://doi.org/10.5005/JP-JOURNALS-10024-2381>
- Koticha, P., Katge, F., Shetty, S., & Patil, D. P. (2019). Effectiveness of Virtual Reality Eyeglasses as a Distraction Aid to Reduce Anxiety among 6–10-year-old Children Undergoing Dental Extraction Procedure. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 12(4), 297–302. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1640>
- Ladewig, V. M., Ladewig, S. F. A. de M., Silva, M. G. da, & Bosco, G. (2016). *Sedação Consciente com óxido nítrico na clínica odontopediátrica* (Vol. 15, Issue 2). www.cro-pe.org.br
- Laki, K., Beslot-Neveu, A., Wolikow, M., & Davit-Béal, T. (2010). Présence des parents au cours des soins dentaires Child dental care: What’s about parental presence? *Archives de Pédiatrie*, 17(11), 1617–1624. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.07.016>
- Léon, F. C. de, Lara, A. L. R. G. de, Guzman, C. R., & Noyala, A. S. (2018). Disminución de la ansiedad dental pediátrica mediante distracción auditiva y su eficacia en comparación con farmacología. Revisión bibliográfica. *Revista Mexicana de Estomatología*, 5.
- Limeres-Posse, J., Castaño-Novoa, P., Abeleira-Pazos, M., & Ramos-Barbosa, I. (2014). Behavioural aspects of patients with Autism Spectrum Disorders (ASD) that affect their dental management. *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal*, 19(5), e467–e472. <https://doi.org/10.4317/medoral.19566>
- Lisboa, G. M., Xavier, J. P. de A., Paulo, L. F., Souza, N. T. L. de, Borges, K. F. L., & Henriques, L. W. P. (2018). *Efeitos da Musicoterapia aplicada a Odontologia*.

- Magalhães, L. M., Alvarenga, L. F. C. de, & Nina-e-Silva, C. H. (2013). *Atribuição de Emoções a Traços faciais artificiais*.
- Martins, R. J., Belila, N. de M., Garbin, C. A. S., & Garbin, A. J. Í. (2017). Medo e ansiedade dos estudantes de diferentes classes sociais ao tratamento odontológico. *Archives Oh Health Investigation*, 6(1). <https://doi.org/10.21270/archi.v6i1.1785>
- Meneses, G. R., Sakashita, M. S., Antonio, R. C., Rolim, V. C. L. de B., & Cunha-Correia, A. S. (2017a). Comportamento da criança perante a presença das mães durante a assistência odontológica. *ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION*, 6(2). <https://doi.org/10.21270/archi.v6i2.1782>
- Moreira, J. S., Vale, M. C. S. do, Filho, M. L. F., Souza, K. M. N. de, Santos, S. C. C. dos, Pedron, I. G., & Shitsuka, C. (2021). Técnicas de manejo comportamental utilizados em odontopediatria frente ao medo e ansiedade. *E-Acadêmica*, 2(3), e032334. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.34>
- Moreira, J. S., Vale, M. C. S. do, Francisco Filho, M. L., Souza, K. M. N. de, Santos, S. C. C. dos, Pedron, I. G., & Shitsuka, C. (2021). Técnicas de manejo comportamental utilizados em odontopediatria frente ao medo e ansiedade. *E-Acadêmica*, 2(3), e032334. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.34>
- Moreira Pinto, L., Serpa, S., & Baschiroto Custódio, N. (2020). O uso de desenhos como técnica projetiva em odontopediatria. *Revista Da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, 61(2), 103–112. <https://doi.org/10.22456/2177-0018.102663>
- Neta, T. Á. de D., Pereira, C. S., Silva, D. L. M., Oliveira, L. C., Rocha, A. M., Teixeira, D. N. R., & Machado, F. C. (2021). Atendimento odontológico à criança com Síndrome de Down: Revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 10(14), e552101422602. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22602>
- Nobre, K. F., Costa, L. G., Oliveira, C. A. M. de, Brito, E. H. S. de, Pequeno, L. L., Marques, P. L. P., Sampaio, E. F., & Aguiar, D. M. de L. (2022). *Perfil de pacientes*

- com deficiência submetidos a tratamento odontológico sob anestesia geral.*
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i8.31058>
- Noletto, I. S., Borges, L. F. A. de S. S., & Felipe, L. C. da S. (2020). *Protocolo Odontológico para Níveis de Paralisia Cerebral* (Vol. 1).
<https://www.google.com/url?sa=i&url=htt>
- Oliveira, F. V. de, Neta, R., Marques, M., Macêdo, J., Silva, A. D. da, Amorim, F. C., & Carvalho, C. M. S. de. (2021). *Contribuição da musicoterapia no transtorno do espectro autista: revisão integrativa da literatura.*
<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/17779>
- Paiva, L. C. de A., & Cavalcanti, A. L. (2005). Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura. In *Biol. Saúde, Ponta Grossa* (Vol. 11, Issue 2).
- Parise, G. K., Ferranti, K. N., & Grando, C. P. (2017). Sais anestésicos utilizados na odontologia: revisão de literatura. *Journal of Oral Investigations*, 6(1), 75.
<https://doi.org/10.18256/2238-510x/j.oralinvestigations.v6n1p75-84>
- Paz, E. Y. A., & Katz, C. R. T. (2022). Presença ou ausência dos pais durante o atendimento odontológico: revisão integrativa. *Conjecturas*, 22(2), 76–86.
<https://doi.org/10.53660/conj-626-506>
- Rath, S., Das, D., Sahoo, S. K., Raj, A., Guddala, N. R., & Rathee, G. (2021). Childhood dental fear in children aged 7-11 years old by using the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Journal of Medicine and Life*, 14(1), 45–49.
<https://doi.org/10.25122/jml-2020-0084>
- Romão, A. da S., Lopes, A. S. P., Silva, C. L. de O., das Chagas, D. C. F., Ramos, D. B. S., da Silva, F. M., de Lima, J. L., Antunes, L. G. T., Silva, L. B. de S., Martins de Lima, M., Freitas de Araújo, R., Fonseca de Moura, T., Campos Pinheiro, J., de Lima, M. M., de Araújo, R. F., de Moura, T. F., & Pinheiro, J. C. (2022). *Fatores relacionados a anestesia local atraumática em odontologia: Revisão da literatura.* 11(1), 15–17. <http://www.rvacbo.com.br/>

- Sant'Anna, R. M. M., Silva, R. A. da, Silva, L. V. da, & Almeida, T. F. de. (2020). Aspecto Éticos e Legais das Técnicas de Manejo de Comportamento em odontopediatria: Uma revisão narrativa da literatura. In *Rev Bras Odontol Leg RBOL* (Vol. 7, Issue 2). <http://www.portalabol.com.br/rbol>
- Santana, E. A. S. de, Rocha, E. K. M., Souza, T. J. N. de, Miranda, L. M. T., Teixeira, L. O. de, & Araújo, A. C. da S. (2021). *A Utilização da Musicoterapia no Manejo para Ansiedade Odontológica*.
- Santiago, V. F., Duarte, D. A., & Macedo, A. F. de. (2009). *O impacto da Cromoterapia no comportamento do paciente odontopediátrico*.
- Santos, H. R. M. (2020). Semana Científica do Agreste Pernambucano. *Semana Científica Do Agreste Pernambucano*, 2(2675–3731).
- Santos, S. A., Gleiser, R., & Ardenghi, T. M. (2019). Hypnosis in the control of pain and anxiety in Pediatric Dentistry: a literature review. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 67. <https://doi.org/10.1590/1981-86372019000333602>
- Shitsuka, C., Friggi, M. N. P., & Volpini, R. M. C. (2019). Influência dos pais sobre o comportamento infantil no atendimento odontológico. *Research, Society and Development*, 8(7), e43871154. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i7.1154>
- Silva, F., Tuorto, F., Vasconcellos, I., Silva, O., & Resende, R. (2019). *Eficácia do anestésico tópico em odontologia: Revisão de literatura*. 27–54.
- Silva, L. de O., Araújo, W. S., Lopes, M. B., Vale, M. C. S. do, & Neto, A. L. S. (2022). Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na Odontopediatria. *E-Acadêmica*, 3(1), e063186. <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i1.86>
- Singh, H., Rehman, R., Kadtane, S., Dalai, D. R., & Jain, C. D. (2014). Techniques for the Behaviors Management in Pediatric Dentistry. In *International Journal of Scientific Study* (Vol. 2).

- Soares, F. C., de Lima, D. S. M., Barreto, K. A., & Colares, V. (2015). A ansiedade odontológica em crianças e os fatores associados: revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doença*, 16(3), 373–385. <https://doi.org/10.15309/15psd160308>
- Sousa, S. J. L., Magalhães, A. D., Coelho, A. L. A., & Silva, E. S. (2022). Aspecto cognitivo-comportamental dos pais ou responsáveis pelos cuidados dentários pediátricos. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 6193–6209. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-419>
- Souto, T. C., Souza, I. N., & Carvalho, M. T. de. (2021). Condução de manejo de comportamento associadas a terapias integrativas em pacientes odontopediátricos: Revisão de literatura. *ID on Line. Revista de Psicologia*, 15(58), 485–492. <https://doi.org/10.14295/online.v15i58.3308>
- Souza, T. do N., Sonegheti, J. V., Andrade, L. H. R. de, & Tannure, P. N. (2017). Atendimento Odontológico em uma Criança com Transtorno do Espectro autista: Relato de caso. *Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo*, 29(2), 191–198.
- Spagnolo Mariana, Pereira, J. T., Werle, S. B., Scatena, C., & Rodrigues, J. A. (2016). *Manejo de crianças de difícil Comportamento nas Faculdades de Odontologia Brasileiras*.
- Teixeira, J. A. C. T. (2011). *Comportamento e Saúde*.
- Toledo, F. R. V. S., Queiroz, L. G. V., & Costa, A. M. G. (2021). A influência da presença e da ausência dos pais no consultório odontológico para o comportamento infantil: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(16), e98101623611. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23611>
- Torres, M. E. B. B., Souza, K. L. B., & Cruz, V. S. A. (2020). Estratégias de controle do medo e ansiedade em pacientes odontopediátricos: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(11), e5213. <https://doi.org/10.25248/reas.e5213.2020>

- Tovo, M. F., Faccion, E. S., & Vivian, A. G. (2016). *Psicologia e Odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil*.
- Usui, A., Campos, D. de M., Shitsuka, C., Pedron, I. G., & Shitsuka, R. (2020). *Características bucais e manejo com comportamental de pacientes com Síndrome de Down Dental*.
- Vale, M. C. S. do, Carmargos, V. G., Loureiro, D. S., Santos, J. M. dos, Pedron, I. G., Toline, C., & Shitsuka, C. (2021). O uso da música como estratégia de manejo comportamental em odontopediatria. *E-Acadêmica*, 2(3), e232355. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.55>
- Vargas-Ramírez, J., Cardona-Cañas, M. F., Rivera-Suárez, M. F., Guerrero-Jaramillo, A. N., Duque-Mejía, M., Ospina-Metheus, P. A., & García-Oyuela, A. F. (2021). Estrategias lúdicas para mejorar la higiene bucal en una población con síndrome de Down. *Hacia La Promocion de La Salud*, 26(2), 23–37. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.3>
- Vasques, A. M. V., Bueno, C. R. E., Cury, M. T. S., Silva, A. C. R. da, Machado, N. E. da S., Aranega, A. M., Theodoro, L. H., & Dezan-Junior, E. (2021). Tratamento endodôntico em sessão única em paciente portador de necessidade especial sob anestesia geral: Relato de caso. *Research, Society and Development*, 10(4), e14310413949. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13949>
- Viana, V. dos S., Santos, C. R. R., Lima, M. G. C. B., & Santos, M. F. dos. (2021). Atendimento Odontopediátrico a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista: Revisão de Literatura. *Ciências Biológicas e de Saúde Unit*, 7(1), 58–70.
- Vieira, C. D. P., Ferreira, R. B., & Vieira, L. D. S. (2020). O uso de estratégias lúdicas no manejo odontopediátrico - jaleco personalizado. *R Odontol Planal Cent*.

Vieira, L. D. S., Bezerra, R. F., Varella, P. de L. S., Peixoto, M. L. B., & Oliveira, M. S. de. (2017). Manejo Comportamental na Clínica de Odontopediatria. *XVII Safety, Health and Environment World Congress*, 09–12. <https://doi.org/10.14684/SHEWC.17.2017.84-85>