

Revista Brasileira de Odontologia Legal – RBOL

ISSN 2359-3466

<http://www.portalabol.com.br/rbol>



Relacionamento profissional-paciente

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DAS TÉCNICAS DE MANEJO DE COMPORTAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA: UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA.

Ethical and legal aspects of behavior management techniques in pediatric dentistry: a narrative review of the literature.

Rafaela Magalhães Melo SANT'ANNA¹, Ricardo Araújo da SILVA², Lucililian Viveiros da SILVA³, Tatiana Frederico de ALMEIDA⁴.

1. Graduada em Odontologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.
2. Mestre em Deontologia e Odontologia Legal, Doutorando em Saúde Pública, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.
3. Graduada em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
4. Mestre e Doutora em Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia e Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Salvador, BA, Brasil.

Informação sobre o manuscrito

Recebido em: 17 Julho 2020

Aceito em: 22 Agosto 2020

Autor para contato:

Dra. Tatiana Frederico de Almeida.
Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, Av. Araújo Pinho, 62 - Canela, Salvador - BA, Brasil. CEP: 40301-155
E-mail: tatifrederico@Yahoo.com.br.

RESUMO

Introdução: A orientação de comportamento fornecida pelo(a) cirurgião(ã) dentista alivia medo e ansiedade, ajuda a construir uma relação de confiança com a criança promovendo atitude positiva. No Brasil, toda criança tem direito, assegurado pelo ECA, a ser educada sem uso de castigo físico ou tratamentos cruéis ou degradantes. Objetivo: Realizar uma revisão da literatura narrativa sobre técnicas de manejo de comportamento em Odontopediatria, trazendo à luz uma abordagem dos aspectos éticos e legais relacionados ao cuidado e proteção da vida do(a) paciente infantil. Metodologia: Foram utilizados estudos relacionados à temática, em livros e artigos publicados em periódicos científicos, em inglês e português, nas bases de dados eletrônicas: PubMed/Medline, Scielo, Lilacs e Google Scholar no período de 2000 até 2019. Resultados: Entre todas as técnicas de controle de comportamento infantil, a mais realizada e aceita pelos(as) odontopediatras e responsáveis é a dizer-mostrar-fazer. As outras técnicas, como reforço positivo, distração, modelagem, controle de voz, podem ser usadas em conjunto para melhor conforto e segurança da criança. É necessário que o(a) cirurgião(ã) dentista aprenda a identificar comportamentos de ansiedade e seja capaz de estabelecer uma adequada relação com o(a) paciente infantil de modo a não causar nenhum dano físico ou moral (com consequências éticas e legais). Considerações finais: O conhecimento técnico e científico do manejo do comportamento infantil no atendimento odontológico é fundamental. Além disso, o(a) odontopediatra deve ficar atento(a) aos aspectos legais e éticos deste manejo, em busca do desenvolvimento físico e emocional infantil de modo satisfatório e não prejudicial.

PALAVRAS-CHAVE

Odontologia legal; Odontopediatria; Comportamento; Ansiedade.

INTRODUÇÃO

É de extrema importância que, durante a infância e adolescência, as consultas odontológicas sejam positivas, pois a primeira experiência no consultório tem efeito na vida adulta². As técnicas de adaptação do comportamento devem ser planejadas individualmente para promover atitude positiva, estimulando a cooperação, relaxamento e confiança no profissional, permitindo um bom relacionamento entre a criança e o(a) odontopediatra, reduzindo a ansiedade e o medo^{3,4,5}.

A *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD) explica que a orientação de comportamento representa um conjunto de técnicas comunicativas projetadas para ajudar a desenvolver uma atitude positiva com a saúde bucal da criança⁶.

Neste contexto da Odontopediatria, é importante ressaltar que toda criança tem direito, assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em seu Art.18, a ser educada sem uso de castigo físico ou tratamento cruel ou degradante. Assim, qualquer abordagem ou técnica odontológica que preconize a contenção física precisa ser empregada com cautela e análise de sua pertinência por parte do(a) cirurgião(ã) dentista⁷.

Não há dúvidas da importância do reconhecimento da abordagem e das técnicas do manejo do comportamento infantil durante o atendimento odontológico. Desse modo, o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão da literatura narrativa sobre as técnicas de manejo de comportamento em Odontopediatria, trazendo à luz uma abordagem dos aspectos éticos e legais relacionados ao

cuidado e proteção da vida do(a) paciente infantil.

METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão de literatura narrativa, foi realizada uma busca de estudos, leis, estatutos, relacionados às técnicas de manejo de comportamento em Odontopediatria em livros e artigos publicados em periódicos científicos nas bases de dados eletrônicas: *PubMed/Medline*, *Scielo*, *Lilacs* e *Google Scholar*. Foram utilizadas palavras-chave em português e seus correspondentes em inglês: Odontopediatria (*Pediatricdentistry*); comportamento (*behavior*); ansiedade (*anxiety*); legislação (*legislation*).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: data de publicação de 2000 até 2019; estudos em português e inglês com abordagem das técnicas de manejo de comportamento infantil, além dos aspectos éticos e legais relacionados com a proteção da vida da criança no contexto do Brasil. Foram utilizados como critérios de exclusão os artigos incompletos (apenas com resumo) e os que não estavam relacionados com o tema.

MEDO E ANSIEDADE NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

O medo de dentista tem sido um dos comportamentos mais frequentes e vivenciados pela população em geral e pode ser adquirido em qualquer fase da vida. É necessário que o(a) Odontopediatra identifique comportamentos de ansiedade e seja capaz de estabelecer uma adequada relação com o(a) paciente. Para que a criança não desenvolva medo do tratamento

odontológico, é preciso disponibilizar experiências odontológicas agradáveis⁸.

Apesar dos avanços da Odontologia, a ansiedade ainda é um problema significativo e comum enfrentado no ambiente odontológico, sendo um obstáculo para um tratamento com sucesso e qualidade^{3,4,9}. A Odontopediatria bem sucedida depende da habilidade com as técnicas e da cooperação da criança¹⁰.

O medo é um reflexo inconsciente e uma das emoções primárias que aparecem após o nascimento. É a noção de um perigo real ou imaginário, um sentimento de inquietação¹¹. Crianças mais velhas possuem mais medo e ansiedade, por vivenciarem mais experiências de serviços curativos invasivos e dolorosos, provocando dor, levando ao medo e ansiedade¹².

O(a) cirurgião(ã)-dentista tem que acolher o(a) paciente que está ansioso(a), passando segurança e respeitando sua individualidade, pois poderá reverter a ansiedade do consultório odontológico para um momento tranquilo de consulta, tornando um momento de prazer para as crianças¹³.

TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

A AAPD⁶ descreve várias técnicas para o manejo de comportamento infantil, que são utilizadas pelos(as) odontopediatras com a criança cooperativa e com a não cooperativa. O(a) dentista deve considerar o desenvolvimento cognitivo do(a) paciente, bem como a presença de deficiências de comunicação, ao escolher a

técnica específica de adequação do comportamento⁵.

A abordagem inicial bem sucedida tem que ser com discrição e tranquilidade⁵. Reconhece-se que a estratégia mais usada pelo(a) dentista, a instrução, não é eficaz quando usada com crianças que não colaboram em rotinas invasivas e que a estabilização protetora (contenção física) por mais que seja eficaz para prosseguir a realização do tratamento, não é a estratégia mais adequada¹⁴. A utilização de técnicas de contenção física só deve ocorrer quando as outras técnicas de controle de comportamento forem ineficazes¹⁵.

A abordagem linguística pode ser usada com as crianças colaboradoras e não colaboradoras. São exemplos de técnicas com ênfase na abordagem linguística: distração, dizer-mostra-fazer, controle de voz, comunicação não verbal, reforço positivo⁵.

Técnica da Distração

Ela é usada para desviar a atenção do(a) paciente do que pode ser percebido como um procedimento desagradável. Diminui a percepção de desconforto e evita o comportamento negativo ou de recusa. Esta técnica é indicada para qualquer paciente e não tem contraindicação⁵. A facilidade de aplicação e custo mínimo sugerem que a incorporação desta técnica seja considerada como um procedimento preventivo¹⁶. Distração inclui: distração verbal, desenhos animados, audiovisual, truques de mágica, música, diálogo, contar histórias, cantar músicas, brinquedos coloridos e que a criança possa tocar, apertar e segurar podem ser usados a fim

de desviar atenção da criança do procedimento que está sendo realizado⁶.

Segundo estudo feito por Navit et al.⁹, a música instrumental foi ineficaz na redução da ansiedade nas crianças quando comparada com o grupo controle, as crianças geralmente não costumam ouvir música instrumental, além disso, poderia ter sido monótona e sem letras para a criança. Essas explicações podem revelar um impacto menos significativo da música instrumental na redução da ansiedade, em comparação com as canções e rimas infantis. A história por áudio foi mais eficaz na redução da ansiedade das crianças.

Técnica “Dizer-Mostrar-Fazer/ Tell-Show-Do”

Dizer-mostrar-fazer é uma técnica de modelagem muito usada pelos(as) odontopediatras. Envolve explicações verbais de procedimentos em frases adequadas para o nível de desenvolvimento do(a) paciente e é utilizada com a comunicação de habilidades (verbais e não verbais) e reforço positivo. Pode ser aplicada a qualquer paciente e não tem nenhuma contraindicação⁶.

A técnica consiste em explicar e mostrar à criança a forma como será atendida, os procedimentos que serão realizados. É recomendado que o exame comece sem o auxílio de instrumento. A criança tem que visualizar e acompanhar como será o procedimento¹⁷. São dadas explicações verbais sobre os procedimentos (dizer); depois são mostrados aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento (mostrar) e então se passa à execução do procedimento (fazer). Esta

sequência familiariza o(a) paciente com os elementos do consultório, moldando a resposta do(a) mesmo(a)^{5 18}.

É importante não usar mentiras/chantagens para obter bom comportamento da criança, pois isso implicará em perda de confiança. Estudos mostraram que os(as) odontopediatras utilizam mais as técnicas dizer-mostrar-fazer e reforço positivo do que as outras técnicas de controle do comportamento^{10,19}.

Técnica de Controle de Voz

É uma técnica controlada pelo volume, tom e ritmo da voz, é importante conversar com os pais antes da realização da técnica para não haver mal entendido. Essa técnica ganha atenção e cooperação do(a) paciente, previne a recusa e molda a relação “adulto-criança”. Pode ser usada com todos os(as) pacientes e é contraindicada para pacientes com deficiência auditiva⁵. Um toque suave no ombro pode relaxar e tranquilizar um(a) paciente mais do que a comunicação verbal, as expressões faciais e o controle de voz são fundamentais para a comunicação da mensagem e prevenção do comportamento aversivo⁶.

Técnica de Reforço Positivo

O reforço positivo é eficaz em recompensar e fortalecer comportamentos desejados. Pode ser usado em todos os(as) pacientes e não tem nenhuma contraindicação. O objetivo é que as crianças, ao serem motivadas, repitam o comportamento positivo na própria consulta. Pode ser classificado em social (demonstrações de elogios e afeto) ou não

social (prêmios, brinquedos). É bastante produtivo quando se presenteia a criança no momento correto⁵. É importante a manutenção do comportamento positivo durante o atendimento infantil, os prêmios devem ser utilizados como satisfação com o comportamento obtido durante o tratamento e não como suborno¹⁷.

Técnica da Modelagem

A técnica da modelagem coloca o(a) paciente em exposição a um ou mais indivíduos que demonstrem comportamento adequado. O modelo pode estar presente (ao vivo) ou filmado (simbólico). A criança, quando observar, irá imitar o modelo apresentado quando vivenciar a experiência. Bonecos podem servir de modelos e ainda auxiliam na distração. Pode ser considerada uma técnica de comunicação verbal, principalmente quando o uso do modelo é ao vivo²⁰. Os objetivos dessa técnica são permitir que a criança adquira novo comportamento, elimine o medo, promovendo atenção e cooperação da criança. É importante demonstrar compreensão pelo sentimento da criança².

Técnica da “Mão Sobre a Boca/ Hand Over Mouth”

A técnica da “mão sobre a boca” é recomendada para interromper um comportamento indesejável e histérico que não pode ser modificado por outras técnicas. O(a) dentista coloca a mão sobre a boca da criança e explica, de forma clara e calma. Tem que haver uma via aérea liberada para a criança respirar. Quando a criança demonstra que reassumiu seu autocontrole, retira-se a mão e faz-se um

reforço positivo. Para aliviar a tensão e ansiedade, o(a) dentista tem que usar logo após a técnica uma abordagem linguística²⁰.

Os princípios básicos da Odontopediatria não devem ser esquecidos, como a segurança e conforto da criança. Esta técnica é contraindicada em crianças menores de 3 anos de idade ou com algum tipo de deficiência mental que impossibilite sua comunicação com o profissional, criança que está sob efeito de medicamento, adolescentes, crianças com problemas de obstrução permanente ou temporário de vias aéreas²⁰²¹. Ela não é usada rotineiramente, apenas como último recurso, e pode ser um método seguro e eficaz para controlar o problema de comportamento extremamente difícil²².

Técnica da estabilização protetora

A técnica da estabilização protetora envolve a restrição física da criança por outra pessoa. Indicada quando um(a) paciente necessita de um diagnóstico imediato e/ou urgente, tratamento limitado e não pode cooperar devido ao estado emocional, paciente com necessidades especiais etc. Os benefícios são: redução ou eliminação dos movimentos indesejáveis, proteção do(a) paciente/dentista/pai/mãe e permissão do tratamento odontológico de qualidade. Para um(a) paciente que está passando por estresse emocional grave ou histeria, um protetor de estabilização (aparato protetor, almofada) deve ser utilizado para evitar possível trauma físico ou psicológico⁶.

A estabilização protetora é considerada desde uma leve colocação da mão do(a) auxiliar sobre as mãos da criança

até o uso de acessórios para a contenção efetiva²⁰. Ela pode ser feita com abridores de boca ou “pacote pediátrico” que imobiliza a criança embrulhando com tecido ou cobertores¹⁸.

Esta técnica diminui os comportamentos não colaborativos²³. É contraindicada quando o(a) paciente é colaborador(a), paciente que não pode ser imobilizado(a) por problemas médicos, consultas prolongadas, paciente que já teve trauma físico ou psicológico²⁰. Durante a intervenção, o(a) responsável pela criança tem o direito de ficar junto a ela, um termo de consentimento livre e esclarecido deve ser assinado pelo(a) responsável e a tomada de decisão para este tipo de procedimento deve ser feita junto com a família. É importante descrever na ficha clínica, e avaliar o comportamento da criança a cada sessão²³.

PRESENÇA/AUSÊNCIAS DOS(AS) RESPONSÁVEIS

Sobre a presença/ausência dos(as) responsáveis durante o atendimento, o(a) odontopediatra deve se responsabilizar pelo tratamento e tem que conversar com os pais para eles tomarem decisões e dar o consentimento do tratamento planejado por escrito; lembrando que o(a) profissional deve conhecer bem a criança e a primeira consulta deve ser mais longa para explicar o tratamento e a necessidade de uma técnica de controle de comportamento¹⁵.

A presença dos(as) responsáveis durante o tratamento tem como objetivo ganhar e melhorar a colaboração do(a) paciente, evitar a recusa, permitir uma comunicação eficaz do(a) profissional-

criança e diminuir a ansiedade da criança. Aqueles adultos que não têm capacidade de apoiar a criança são contraindicados para estar no consultório⁵.

A aceitação dos(as) responsáveis das técnicas mais invasivas é muito importante, especialmente durante as primeiras sessões. No estudo realizado por Paryab et al.²⁵ as mães preferiam a técnica mão sobre a boca do que a anestesia geral da criança para a realização do procedimento odontológico.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS RELACIONADOS COM A PROTEÇÃO DA VIDA DA CRIANÇA

No Brasil, toda criança tem direito, assegurado pelo ECA em seu Art.18, a ser educada sem uso de castigo físico ou tratamento cruel ou degradante, pelos integrantes da família, responsáveis, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou qualquer pessoa encarregada de cuidar deles. Considera-se castigo físico o uso da força física sobre a criança ou o adolescente resultando em sofrimento físico ou agressão. O tratamento cruel ou degradante é humilhar, ameaçar ou ridicularizar. No Art.7º está declarado que a criança e o adolescente devem ser protegidos de qualquer tratamento violento, desumano, constrangedor ou aterrorizante⁷.

O Art.129 do Código Penal brasileiro relata que ofender a integridade física ou saúde de alguém é crime com detenção de 3 (três) meses a 1 (um) ano. No artigo é descrita a saúde mental. A lesão corporal pode ser dividida em dolosa ou culposa. A dolosa que é com intenção/vontade pode ser leve (hematoma ou arranhão), com

reclusão de 3 (três) meses a 1(um) ano; grave (incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias, perigo de vida, debilidade permanente de membro/sentido/função, aceleração de parto), com reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos; gravíssima (incapacidade permanente para trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro/sentido/função, deformidade permanente, aborto), com reclusão de 2 (dois) a 8 (oito) anos ou seguida de morte (se resulta em morte, não quis o resultado e não assumiu o risco de produzi-lo), com reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos²⁶.

A contenção física nos procedimentos de saúde quando contraindicadas podem ser consideradas violência, condenada pelos direitos humanos e pela justiça⁷, O Código de Ética Odontológica, no seu art.11, esclarece que é infração ética não explicar adequadamente riscos, custos, alternativas de tratamentos e iniciar o tratamento em menores de idade sem autorização dos pais e responsáveis legais²⁷.

O Art.5º da Constituição do Brasil diz que não podem ser violáveis os direitos à vida, à liberdade, à igualdade, e que ninguém será submetido(a) à tortura e nem tratamento desumano²⁸. A Lei nº 9.455, estabelece que constitui crime de tortura constranger ou submeter alguém que está sob poder ou autoridade com violência ou grave ameaça, intenso sofrimento físico ou mental, como forma de aplicar castigo²⁹. O maltrato infantil refere-se ao maltrato físico, emocional, ao abuso sexual e negligência, ocorrendo com a participação de pais e

outros membros da família, cuidadores, amigos, professores, policiais etc.³

DISCUSSÃO

O medo no consultório odontológico pode ser descrito como uma condição de ansiedade devido aos desafios envolvidos nos procedimentos, experiências compartilhadas ou rumores de histórias traumáticas. Algumas variáveis relevantes para seu aparecimento incluem: experiência odontológica traumática na infância, atitudes negativas sobre cuidados dentários na família, percepções e expectativas negativas após tratamento doloroso³¹.

Este tipo de medo é altamente prevalente na população em geral (10 a 20%). Pessoas com medo do tratamento odontológico possuem mais cárie não tratada e necessidade de tratamento odontológico mais invasivo. Esses(as) pacientes também têm pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal em comparação a pessoas com menor ansiedade^{31,32}.

Desse modo, a Odontopediatria pode contribuir para a redução e controle do medo e ansiedade, através das técnicas de controle de comportamento infantil, baseadas na psicologia comportamental¹¹.

É importante a avaliação dos tipos de comportamentos infantis no consultório para que as técnicas de manejo de comportamento não sejam empregadas de modo aleatório. Estas técnicas devem basear-se na relação benefício x avaliação de risco de sofrimento e trauma no campo da Odontologia⁶. É importante fornecer aos pais informações sobre essas técnicas^{33,34}. Assim, o termo de consentimento livre e

esclarecido deve informar claramente ao(à) responsável e/ou cuidadores de crianças como será o procedimento, o tempo, os benefícios e malefícios, riscos e custos²⁷.

A presença do(a) responsável durante o tratamento odontológico infantil é crítica para os(as) dentistas pediátricos(as) e tem sido tema de debate há décadas. Embora alguns autores argumentem que a ausência dos pais no consultório pode melhorar o comportamento da criança, outros sugerem que é importante manter os pais no consultório.³⁵

Referente à adequação das técnicas de controle de comportamento infantil, a literatura faz algumas abordagens. Para a Odontopediatria, técnicas de controle físico, sedação moderada e anestesia geral, são técnicas avançadas de controle comportamental indicadas durante o tratamento odontológico infantil, oferecendo vantagens e desvantagens. Estudos mostraram melhor aceitação, em longo prazo, do tratamento odontológico por crianças com o método "dizer-mostrar-fazer" em comparação com a sedação moderada ou anestesia geral³². Em algumas crianças, devido à idade, ao estado cognitivo, ou devido a alguns problemas emocionais, há necessidade de usar algumas substâncias farmacológicas e técnicas invasivas de retenção física para o manejo do comportamento. O conhecimento e a aceitação dos(as) responsáveis sobre esses métodos são altamente necessários²⁵.

Salientamos que também é necessário que o(a) cirurgião(ã) dentista esteja atento(a) e reflita sobre as questões éticas e legais que envolvem o uso de técnicas avançadas de controle

comportamental no tratamento odontológico. Tais procedimentos devem ser executados quando muito bem indicados, apenas após tentativas de outras técnicas linguísticas.

O abuso físico de uma criança é definido como o uso intencional da força física contra uma criança que resulta em danos para a saúde, sobrevivência, desenvolvimento ou dignidade. O abuso emocional e psicológico também pode ocorrer durante a infância e podem ter uma alta probabilidade de danificar a saúde física, mental, o desenvolvimento espiritual, moral ou social. Abusos desse tipo incluem: a restrição de movimento, depreciação, culpabilização, ameaça, imposição do medo, discriminação e ridicularização³⁰.

Alertamos que a técnica de mão sobre a boca leva à discussão de temas como: a violência contra a criança, danos psicológicos, físicos, dor, etc. Segundo o Biodireito, conjunto de normas jurídicas que disciplinam questões relativas à vida, esta técnica deve ser adequada ao contexto jurídico atual. Devendo ser realizado sem que haja piora no estado de saúde do(a) paciente.

De acordo com o ECA, o tratamento proposto pelo(a) cirurgião(ã) dentista passa a ser desumano quando é acompanhado de sofrimento físico e psicológico. As técnicas de estabilização protetora e mão sobre a boca podem ser consideradas tratamentos desumanos ou degradantes, pois restringem a liberdade, gerando medo, humilhação e outros sentimentos que estão envolvidos⁷. Cabe ao(à) cirurgião(ã) dentista estar bem informado(a) sobre as indicações e contraindicações das técnicas de controle

do comportamento infantil, refletir sobre os potenciais prejuízos causados especialmente por aquelas que preconizam uma restrição física, e procurar adequar ao máximo a criança ao contexto odontológico, partindo do diálogo e da busca do vínculo com a criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre as técnicas de controle do comportamento infantil, a mais realizada e aceita pelos(as) odontopediatras e responsáveis é a dizer-mostrar-fazer, pois aos poucos conquista a criança sem ela perceber que está na cadeira do(a) dentista. As outras técnicas apresentadas nesta revisão, como reforço positivo, distração, modelagem, controle de voz, podem ser usadas conjuntas para melhor conforto e

segurança da criança. As técnicas que impõem alguma restrição física, como a mão sobre a boca e a estabilização protetora podem levar a danos psicológicos, que às vezes podem ser irreversíveis.

O(a) odontopediatra deve ficar atento(a) às leis vigentes do país e aos aspectos técnicos, científicos e regulatórios da Odontologia para saber o que pode e o que não pode ser realizado em consultório. O ECA é contrário a qualquer tipo de tratamento desagradável para a criança ou adolescente. Importante escolher técnicas que não agridam a pessoa nem física e nem psicologicamente, pois as consequências podem ser irreversíveis e muito prejudiciais ao bem-estar da criança ainda em formação.

ABSTRACT

Introduction: The guidance of behavior provided by the dentist relieves the child from fear and anxiety and helps building a reliable relationship between them, promoting a positive response. In Brazil, every child has, warranted by the Statute of the Child and Adolescent, the right to be educated without physical punishment or cruel and degrading treatment. **Objective:** The purpose of this study is to do a narrative review of the literature on the techniques of behavior in Pediatric Dentistry, demonstrating an approach of the legal aspects related to the care and protection of the life of the child. **Methodology:** It was made a review of the literature related to the thematic both in books and articles published in English and Portuguese, in the electronic databases: PubMed / Medline, Scielo, Lilacs and Google Scholar from 2000 until 2019. **Results:** Among all child behavior control techniques, the most effective and accepted by pediatric dentists and guardian is tell-show-do. Other techniques such as positive reinforcement, distraction, modeling, voice control can be used together for better comfort and safety of the child. The dentist must learn to identify anxiety behaviors and be able to establish an appropriate relationship with the child, so as not to cause any physical or moral harm. **Conclusion:** Technical and scientific knowledge of child behavior management in dental care is essential. In addition, the pediatric dentist has to be aware of the legal and ethical aspects during the dental care, seeking the physical and emotional development of the child in a satisfactory and not detrimental way.

KEYWORDS

Forensic dentistry; Pediatric dentistry; Behavior; Anxiety.

REFERÊNCIAS

1. Penido RS, Toledo OA, Teixeira SRC. Papel do Odontopediatra. In: Massara ML, Rédua PCB. Manual de referências para procedimentos clínicos em Odontopediatria. 2ªed. São Paulo: Editora Santos; 2013. p. 1-8.
2. Bausells J, Benfatti SV, Cayetano MH. Interação Odontopediátrica - Uma Visão Multidisciplinar. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 59-74.
3. Furtado MD, Thurow LB, Damé JLD, Bighetti TI. Adaptação infantil ao tratamento odontológico: relato de caso. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Passo Fundo. 2018; 23(2): 211-17. <https://doi.org/10.5335/rfo.v23i2.8059>.
4. Viana Filho JMC, Clementino MA, Lima LCM, Garcia AFG, Carvalho MMP, Ferreira JMS. Anxiety of parents and children in

- dental care. Revista Gaúcha de Odontologia. 2018; 66(4): 321-9. <https://doi.org/10.1590/1981-863720180004000053483>.
5. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara ML, Rêdua PCB. Manual de referências para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2ª edição. São Paulo: Editora Santos; 2013. p.49-67.
 6. American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. In: The Reference Manual of Pediatric Dentistry. 2015.p. 266-279.
 7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial da União 16 de jul 1990.
 8. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa-Junior AL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. Psicologia em Estudo. 2007; 12(3): 609-16. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000300018>.
 9. Navit S, Johri N, Khan SA, Singh RK, Chadha D, Navit P, et al. Effectiveness and Comparison of Various Audio Distraction Aids in Management of Anxious Dental Pediatric Patients. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015; 9(12): 5-9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/15564.6910>.
 10. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental Attitude Toward Behavioral Management Techniques in Dental Practice with Schoolchildren in Kuwait. Med Princ Pract. 2011; 20(4): 350-5. <https://doi.org/10.1159/000323758>.
 11. Mello HSA, Pentsagna MB. Ansiedade e medo. Técnicas básicas para controle do comportamento infantil. In: Marsillac MWS. Controle da dor, medo e ansiedade em odontopediatria. 1ª edição. São Paulo: Santos; 2013. p.1-16.
 12. Singh KA, Moraes ABA, Ambrosano GMB. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Pesquisa Odontológica Brasileira. 2000; 14(2): 131-6. <https://doi.org/10.1590/S1517-74912000000200007>.
 13. Marques KBG, Gradwohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Aracajú-CE. RBPS. 2010; 23(4): 359-61. <https://doi.org/10.5020/18061230.20https://doi.org/10.p358>.
 14. Drugowick RM. Comportamentos do dentista e da criança durante o atendimento odontológico com uso de contenção física. Campinas. [Tese] - Faculdade de Ciências Médicas; 2011.
 15. Barbosa CSA, Toledo OA. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. Jornal Brasileiro Odontopediatria & Odontologia do Bebê. 2003; 6(29): 76-82.
 16. Kuhn BR, Allen KD. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. Pediatric Dentistry. 1994; 16(1):13-7. PMID:8015936.
 17. Abraão GM, Vieira BHOM. Intervenções não farmacológicas para controle de dor em crianças. In: Marsilac MWS. Controle da dor, medo e ansiedade em odontopediatria. 1ª edição. São Paulo: Editora Santos; 2013. p. 75-80.
 18. Brandenburg OJ, Haydu VB. Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. Psicologia: ciência e profissão. 2009; 29(3): 462-75. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000300004>.
 19. Kawia HM, Mbawalla HS, Kahabuka FK. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. The Open Dentistry Journal. 2015; 9(2): 455-461. <https://doi.org/10.2174/1874210601509010455>.
 20. Marsilac MWS. Controle da dor, medo e ansiedade em Odontopediatria. 1ª edição. São Paulo: Editora Santos. 2013. p.121-130.
 21. Bijella MFTB, Peres AS, Bijella MFB, Menezes JVN, Vieira ALF, Martinhon CCR et.al. A Utilização da Técnica da Mão-Sobrea-Boca (MSB) em Odontopediatria. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. 2003; 30(6): 163-9.
 22. Wright GZ. Controle psicológico do comportamento de crianças. In: McDonald RE, David RA. Odontopediatria. 2ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. 2001. p.24-36.
 23. Rolim GS, Moraes ABA, César J, Costa Junior AL. Análise de comportamentos do odontólogo no contexto de atendimento infantil. Estudo de psicologia. 2004; 9(3): 533-41. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300016>.
 24. Campos CC, Machado GCM, Gonçalves IMF, Amorim LFG, Vieira LAC, Costa LRRS. Clínica odontológica infantil: passo a passo. Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. 2010; 1(1): 7-12.
 25. Paryab M, Afshar H, Mohammadi R. Informing Parents about the Pharmacological and Invasive Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry. Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects. 2014; 8(2): 95-100. <https://doi.org/10.5681/joddd.2014.017>.

26. Brasil. Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Dispões sobre lesão corporal Brasília. Lei nº 2.848. Brasília 1996. Diário Oficial da União 31 de dez de 1940.
27. Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº. 118, de 11 de maio de 2012. Código de ética odontológica. Diário Oficial da União 14 de jun de 2012; Secção I.
28. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
29. Brasil. Lei nº 9. 455, de 7 de abril de 1997. Código de Processo Penal. 08 de mar de 1997 (p. 6742, col. 1) Brasília-DF; 1997.
30. World Health Organization – WHO. International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Switzerland, 2007.
31. Doganer YC, Aydogan U, Yesil HU, Rohrer JE, Williams MD, Agerter DC. Does the trait anxiety affect the dental fear? Brazilian Oral Research. 2017; 31(1). <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2017.vol31.0036>.
32. Elango L, Baweja DK, Shivaprakash PK. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative study. Journal of Indian Society Pedodontics and Preventive Dentistry. 2012; 30(3): 195-200. <https://doi.org/10.4103/0970-4388.105010>.
33. Antunes DE, Viana KA, Costa PS, Costa LR. Moderatesedation helps improve future behavior in pediatric dental patients a prospective study. Brazilian Oral Research. 2016; 30(1). <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0107>.
34. Venkataraghavan K, Shah J, Kaur M, Trivedi K, Shah S, Virda M. Pro-Activeness of Parents in Accepting Behavior Management Techniques: A Cross-Sectional Evaluative Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016; 10(7): 46–9. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18378.8162>.
35. Pani SC, Al Anazi GS, Al Baragash A, Al Mosaihel M. Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry. 2016; 6(2): 148–52. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.189750>.
36. Lopes Junior C, Carvalho SPM, Silva RHA, Peres AS. Técnica da mão-sobre-a-boca em odontologia: implicações jurídicas e reflexões bioéticas. Arquivo Ciência Saúde. 2005; 12(2): 97-101.