

**NELSON MONTE DE CARVALHO**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE ACEITAÇÃO DOS PAIS OU  
RESPONSÁVEL ÀS TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO  
COMPORTAMENTAL DO TIPO CONTENÇÃO FÍSICA NA CLÍNICA  
ODONTOPEDIÁTRICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

**UFPA  
Belém  
2006**

**Nelson Monte de Carvalho**

**Avaliação do grau de aceitação dos pais ou responsável às técnicas de Gerenciamento Comportamental do tipo Contenção Física na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal do Pará**

Dissertação apresentada á Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará, para obter o Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

Área de Concentração: Odontopediatria

Orientador: Prof. Dr. Antonio José da Silva Nogueira

Belém  
2006

Catálogo-na-Publicação

Serviço de Documentação Odontológica

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará

Avaliação do grau de aceitação dos pais ou responsável às Técnicas de Gerenciamento Comportamental do tipo Contenção Física na Clínica Odontopediátrica da Universidade Federal do Pará / Nelson Monte de Carvalho; orientador, Antonio José da Silva Nogueira – Belém, 2006. 64: fig.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Odontologia – Área) de Concentração: Odontopediatria) Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

1. Odontopediatria. 2. Crianças – Tratamento dentário. 3. Dentes – cuidados e higiene.

CDD 617.6342

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE E COMUNICADO AO AUTOR A REFERENCIA DA CITAÇÃO.

Belém,03/05/2006

Assinatura

E-mail: [nereal@globo.com](mailto:nereal@globo.com)

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

Carvalho, Nelson Monte de. Avaliação do grau de aceitação dos pais ou responsável às técnicas de Gerenciamento Comportamental do tipo Contenção Física na clínica odontopediátrica da Universidade Federal do Pará. (Dissertação de Mestrado) Belém: Curso de Odontologia da UFPA; 2006.

Belém, 03 / 04/ 2006.

### **Banca Examinadora**

**Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup> Isabela Almeida Pordeus**

**Prof. Dr. Edir Veiga Siqueira**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Regina Fátima Feio Barroso**

## DEDICATÓRIA

Á Deus por tudo que representa em minha vida

Á minha esposa Regina e aos meus filhos, pela presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração, dedico este trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Dr. Antonio José da Silva Nogueira, orientador deste trabalho, pela atenção, responsabilidade, dedicação e eficiência no desempenho de suas funções.

Ao meu filho Nelson pela incansável e prestimosa ajuda na formatação do presente trabalho.

À Professora Conceição de Maria Sales da Silva, Professora do Curso de Especialização em Odontopediatria e da Disciplina de Odontopediatria, pelo incentivo.

Ao Professor Paulo Bisi dos Santos Junior, Professor do Curso de Especialização em Odontopediatria e da Disciplina de Odontopediatria, pela ajuda na coleta de material bibliográfico.

Aos Professores do Curso de Odontologia e participantes desta árdua jornada, que não mediram esforços na luta permanente pela consecução de nossos objetivos.

À bibliotecária Yêda Lima Martins pela inestimável ajuda na pesquisa bibliográfica e normalização desta dissertação.

Às alunas Giovana Corrêa Santos, Lúcia Silva Fidalgo, e a funcionária Socorro Tavares pela colaboração na coleta de dados.

À Universidade Federal do Pará pela oportunidade do Curso de Pós Graduação.

Aos pais ou responsáveis que participaram da pesquisa, pela confiança que em mim depositaram, prestando valiosa colaboração, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

Carvalho, Nelson Monte de. Avaliação do grau de aceitação dos pais ou responsável às técnicas de Gerenciamento Comportamental do tipo Contenção Física na clínica odontopediátrica da Universidade Federal do Pará. Belém: Curso de Odontologia da UFPA; 2006.

## **RESUMO**

A pesquisa está baseada no grau de aceitação dos pais ou responsável às Técnicas de Gerenciamento Comportamental do tipo Contenção Física Ativa, Passiva e Mão Sobre a Boca (MSB) na Clínica Odontopediátrica da UFPA. Este estudo foi feito mediante apresentação de material áudio-visual demonstrando as técnicas e, em seguida, preenchimento de questionário distribuídos aos pais ou responsável, onde os mesmos avaliavam as técnicas demonstradas e respondiam de acordo com seu grau de aceitação. Com a finalidade de obter-se um estudo descritivo e correlacional de natureza quantitativa procurou-se observar as relações de aceitação entre as Técnicas já citadas, onde na análise estatística foi verificado que, entre as Técnicas de Gerenciamento Comportamental, a mais aceita é a de Contenção Física Ativa com 73,33% (110) de casos e, que a maioria dos usuários 83,33% (125) não tinham conhecimento algum sobre Técnicas de Gerenciamento Comportamental.

Palavras chave: Odontopediatria – Gerenciamento Comportamental – Contenção física

Carvalho, Nelson Monte de. Evaluation of the responsible parents or to the techniques of manning management of the type physical containment in the odontopediátrica clinic of the Federal University of Pará. Belém: Dentistry Course of UFPA; 2006.

## **ABSTRACT**

The research is based on the acceptance of the responsible parents or ace Techniques of Mannering Management of the type Active, Passive Physical Containment and Hand On Boca (MSB) in the Odontopediátric Clinic of the UFPA. This study audio-appearance was made by means of presentation of material demonstrating the techniques and after that fulfilling of questionnaire distributed the responsible parents or, where the same ones evaluated the demonstrated techniques and answered its degree of acceptance in accordance with. With the purpose to get a descriptive and correlacional study of quantitative nature we look for to observe the relations of acceptance between the cited Techniques already, where in the analysis statistics he was verified that enters the Techniques of most accepted the Mannering Management is of Active Physical Containment with 73,33% (110) of cases and, that the majority of users 83.33% (125) did not have knowledge some on Techniques of Mannering Management.

Words key: Odontopediatria - Mannering Management - Physical Containment



## LISTA DE FIGURAS

Figura 5.1.1- Demonstração da Técnica de Contenção Física.....	34
Figura 5.1.2- Demonstração da Técnica de Contenção Passiva.....	35
Figura 5.1.3- Demonstração da Técnica de Mão-sobre-a-boca.....	38

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 8.1-Distribuição dos usuários, segundo o estado civil e sexo.....	44
Gráfico 8.2-Distribuição dos usuários, em relação ao acompanhamento do filho durante a consulta na sala de clínica.....	45
Gráfico 8.3-Distribuição dos usuários, com relação se já foi informado sobre Técnica de Gerenciamento comportamental utilizadas.....	46

## LISTA DE TABELAS

Tabela 8.1-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física e sua aceitação.....	47
Tabela 8.2-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Passiva, e sua aceitação.....	48
Tabela 8.3-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica Mão Sobre a Boca e sua aceitação.....	48
Tabela 8.4-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Ativa e sua aceitação de acordo com a faixa etária.....	50
Tabela 8.5-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Passiva e sua aceitação de acordo com a faixa etária.....	51
Tabela 8.6-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Mão-sobre-a-Boca e sua aceitação de acordo com a faixa etária.....	51
Tabela 8.7-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Ativa e escolaridade.....	52
Tabela 8.8-	Distribuição dos usuários segundo a Técnica de Contenção Física Passiva e escolaridade.....	53
Tabela 8.9-	Distribuição dos usuários, segundo a Técnica Mão Sobre a Boca e escolaridade.....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

EFI	ensino fundamental incompleto
EFC	ensino fundamental completo
EMI	ensino médio incompleto
EMC	ensino médio completo
ESI	ensino superior incompleto
ESC	ensino superior completo
HOME	hand over mouth exercise – exercícios de mão sobre a boca
HOM	hand over mouth – mão sobre a boca
HOMAR	hand over mouth and airways – mão sobre a boca e vias aéreas
UFPA	Universidade Federal do Pará

# SUMÁRIO

	p.
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Comportamento Psico Social Da Criança.....</b>	<b>16</b>
2.1.1 Do nascimento até os dois anos de Idade.....	16
2.1.2 Dois Anos de Idade.....	18
2.1.3 Três Anos de Idade.....	18
2.1.4 Quatro Anos de Idade.....	19
2.1.5 Cinco Anos de Idade.....	21
2.1.6 Seis Anos de idade.....	21
2.1.7 Sete anos de idade.....	22
<b>3 A CRIANÇA E O MEDO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Fatores que afastam as crianças dos consultórios odontológicos.....</b>	<b>25</b>
<b>4 GERENCIAMENTO DO COMPORTAMENTO.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Comportamentos cooperativos.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Falta de capacidade cooperativa.....</b>	<b>28</b>
<b>4.3 Comportamentos potencialmente não – cooperativo.....</b>	<b>28</b>
4.3.1 Tímido ou Envergonhado.....	28
4.3.2 Cooperação Tensa.....	29
4.3.3 Incontrolado.....	29
4.3.4 Rebelde ou Teimoso.....	29
4.3.5 Choro Contínuo.....	30
4.3.6 Estóico.....	30
<b>5 TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DO COMPORTAMENTO.....</b>	<b>32</b>

<b>5.1</b>	<b>Contenção física.....</b>	<b>32</b>
5.1.1	Contenção Física Ativa.....	34
5.1.2	Contenção Física Passiva.....	35
5.1.3	Técnica De Mão-Sobre-A-Boca.....	35
<b>6</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>40</b>
<b>7</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>42</b>
<b>8</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
<b>9</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>55</b>
<b>10</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>11</b>	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>
<b>12</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Em Odontologia, o profissional que se torna especialista em Odontopediatria, precisa ter além dos conhecimentos científicos e domínio completo de técnicas específicas, conhecimentos de Psicologia que devem ser fundamentados em aspectos científicos e colocados em prática continuamente. Esta condição tem como objetivo estabelecer um relacionamento profissional/paciente, de forma positiva e construir, assim, vínculos afetivos geradores de confiança e respeito com o paciente e com os seus responsáveis.

É interessante que o paciente jovem tenha autonomia como participante do tratamento a que vai ser submetido. Dessa forma, poderá ficar ciente das decisões tomadas em relação a sua saúde. É dever, portanto, do odontopediatra, informar em linguagem acessível, o tratamento proposto, riscos, custos etc. para que seja feita a escolha, baseada em convicções e valores, e, seja dado o consentimento livre e esclarecido para sua realização de acordo com o princípio de Autonomia da Bioética.

Na prática da Odontopediatria sabemos ser impossível obter esta autorização do próprio paciente, razão pela qual este consentimento deve ser dado pelos pais ou responsável legal.

É importante que o odontopediatra conheça o processo de desenvolvimento infantil, pois os objetivos básicos da Odontopediatria não poderão ser alcançados sem que ele se interesse pelos conhecimentos psicológicos aplicáveis ao exercício profissional.

É sabido que há uma relação direta entre as experiências traumáticas ocorridas durante o tratamento odontológico na infância e comportamentos

negativos destes pacientes quando adultos ao necessitarem de um atendimento odontológico. Com a finalidade de evitar que fatos desta natureza ocorram, torna-se necessário que o profissional de odontologia ao realizar atenção odontológica infantil, promova a integração e adaptação desta criança ao ambiente. É preciso que o Odontopediatra saiba como e quando agir em cada criança individualmente. Deve ter conhecimentos e domínio das técnicas de manejo de comportamento e psicologia infantil que lhe possibilitarão atuar de forma segura.

Sensações como medo e ansiedade são problemas que, entre as crianças e mesmo entre adultos, estão longe de se extinguirem, uma vez que a pessoa, com ou sem dor, diante do dentista, encontra-se em princípio, numa situação de fragilidade, muitas vezes reforçada pela atitude brusca e tecnicista do profissional no consultório.

Saber quando aplicar técnicas de Controle de Comportamento é de suma importância para o odontopediatra, o que o torna diferente do clínico geral, de vez que, esses conhecimentos possibilitarão o atendimento de crianças amedrontadas, rebeldes, portadoras de deficiência ou com alguma alteração comportamental que dificulte o tratamento.

Em Odontopediatria, várias são as dificuldades para um tratamento eficiente quando a criança se recusa a deixar tratar ou, quando as sessões são realizadas quase sempre acompanhadas de lágrimas. É possível então utilizar técnicas apropriadas para o gerenciamento do comportamento infantil, com a finalidade de proporcionar um ambiente apropriado ao bom atendimento do paciente, onde criança, pais ou responsáveis e profissional, todos estarão envolvidos criando uma atmosfera agradável e acolhedora no consultório.



Nos pacientes infantis as técnicas de Gerenciamento de Comportamento são usadas com frequência e, a decisão sobre sua utilização deve levar em consideração além das necessidades do tratamento, a saúde bucal e o desenvolvimento físico, mental e emocional, consentimento dos pais ou responsáveis, visando estabelecer condições apropriadas ao bom atendimento do paciente, envolvendo a criança e seus familiares.

Neste trabalho abordaremos Técnicas de Controle do Comportamento de crianças frente a situações odontológicas, procurando estabelecer parâmetros que auxiliem o Odontopediatra na escolha da técnica mais adequada.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Não se podem usar técnicas de Gerenciamento de Comportamento em Odontopediatria, sem conhecer o desenvolvimento psicológico da criança. Este é sempre demorado e constitui um processo contínuo de transformações, onde cada fase apresenta características próprias de desenvolvimento, com equilíbrios e desequilíbrios inerentes ao próprio desenvolvimento do ser humano (MASTRANTONIO *et al.* 2004,).

### **2.1 COMPORTAMENTO PSICO SOCIAL DA CRIANÇA**

#### **2.1.1 Do nascimento até os dois anos de Idade**

Anderson (1998) diz que os lactentes iniciam seu desenvolvimento psicológico como centro do universo, porém totalmente dependente dos outros para suas necessidades, e, não devemos esperar a cooperação destes na questão Odontológica.

Grunspun (1985) considera que, desde o nascimento, a conduta da criança é de evolução progressiva e mutável, caracterizando o que chamamos de “desenvolvimento da conduta”. Somente quando o ser humano alcança a maturidade é que a conduta se torna estruturada.

Quando recém-nascida a criança não apresenta nenhuma noção de tempo nem de espaço; vive apenas no presente, é dependente total de sua mãe (DAVID, 1986).

Para Klatchoian (1993), a criança nasce com um conjunto de reflexos alimentares, reflexos de sucção, cuja principal finalidade é a busca do alimento necessário à sobrevivência.

Do nascimento até mais ou menos dois anos de idade, o mundo das experiências da criança, restringe-se à ação de seu corpo. A boca é o órgão mais adaptado para funcionar desde o nascimento, constituindo a ponte de ligação do ser com o mundo exterior (GUEDES PINTO, 1995).

Ainda segundo Mahler (1977), no primeiro ano de vida, o bebê passa por diversas fases. Nas primeiras semanas de vida, ele está “preocupado” apenas com a satisfação de suas necessidades. O recém-nascido não tem capacidade de ter consciência dos objetos externos nem de relacionar-se com eles. Aproximadamente aos seis meses, ele começa a perceber outras pessoas, além da própria mãe, e estabelece diferenças entre esta e outras pessoas.

O principal indicador dessa habilidade recém-adquirida é o surgimento, aos seis meses de idade, do medo de pessoas estranhas (Mahler, 1977; Coutinho, 1978, Guthrie, 1997). A partir dos vinte até os vinte e quatro meses a individualidade da criança se faz cada vez mais presente. O negativismo acentua-se e a criança geralmente responde com um “não” a todas as sugestões.

Toledo (1996) relata que, do nascimento até os dois anos de idade, existem fortes laços emocionais entre a criança e a mãe e, por isso, ela só se sente segura quando está em seus braços. Diante do tratamento odontológico, a sua reação natural é de muito choro e resistência e, compreendendo isso, o profissional deve atendê-lo o mais rápido possível, não se preocupando em aguardar que pare de chorar.

### 2.1.2 Dois anos de idade

Ainda Anderson (1998) considera que, nesta idade, as crianças querem fazer as coisas sozinhas, preferem brincar solitariamente, não dividindo seu espaço. Habitualmente são muito ligadas a seus pais, apresentando medo de estranhos, de sons altos, de movimento brusco e de quedas. Não gostam de ver ou tocar as coisas, sendo o consultório odontológico um local com muitos objetos que precisam ser mostrados.

Nesta faixa etária cabe ao profissional respeitar a resistência da criança ao tratamento odontológico, uma vez que ele deve saber da imaturidade da criança e os fortes laços afetivos que o ligam à mãe ou à pessoa que, no momento, desempenha tal função (CASTRO, 1983).

Na criança aos dois anos de idade não é muito freqüente a necessidade de atendimento Odontopediátrico, mas quando esta necessidade surge, a criança não tendo ainda um psiquismo controlado e controlável, é dominada pelo momento presente totalmente estranho, demonstrando certa ansiedade através do choro, uma vez que ainda não apresenta um completo domínio de sua linguagem como meio de exprimir melhor suas reações (CASTRO, 1983),

De acordo com Corrêa (2002), a criança aos dois anos de idade observa os adultos e procura imitá-los e é em casa que absorve todas suas emoções.

### 2.1.3 Três anos de idade

Lowey (1998) diz que as crianças nesta idade são grandes faladores, gostam de ouvir e contar histórias, embora ainda estejam muito ligados aos pais, gostam de agradar e reagem positivamente a qualquer reforço dado.

Segundo Koch *et al.* (1992), nesta fase a criança ainda é bastante tímida com estranhos, mas o processo de socialização já se iniciou, e a criança deseja imitar e cooperar dentro de limites compreensíveis. A percepção da criança acerca de tempo e paciência são limitadas e devem ser consideradas no planejamento do tratamento. Há o surgimento da individualidade e da independência ou semi-independência e, diante de pessoas e ambientes conhecidos, a criança parece auto-suficiente. Observa-se que o relacionamento paciente-profissional já se torna mais fácil.

Addelston (citado por Wright, 1975), afirma que as crianças nesta idade têm imaginação fértil, seu real e irreal se confundem, inventando “estórias” e criando fatos muitas vezes para chamar a atenção dos outros.

O relacionamento profissional-paciente já se torna relativamente mais fácil. As palavras podem ser empregadas com relativo sucesso, e sempre que lhe for dada boa razão, é possível contar com sua colaboração, embora o negativismo ainda esteja bastante presente (MASSLER, 1962).

Ainda para Massler (1962), é capaz de sentar-se sozinha na cadeira odontológica e já responde a comandos diretos. Compreende ordens para abrir a boca, supor a seringa de ar, virar a cabeça, cerrar os dentes e poderá compreender explicações simples.

Walter *et al.* (1996) acreditam que a criança nesta idade tem uma maturação social mais ampla, permitindo relacionamento interpessoal mais longo. Está apta, portanto, para iniciar tratamentos odontológicos convencionais.

#### 2.1.4 Quatro anos de idade

Ao atingir esta idade, inicia-se um processo de transformação na criança, em que a mesma passa de uma total dependência para uma independência e

autonomia, freqüentemente agressiva. É a chamada “idade da independência”. Já possuem um vocabulário onde utiliza com freqüência ou “eu também” ou “meu também”. Por volta dos quatro anos de idade é bastante social, porém, muito curiosa (MASSLER, 1964).

Para Anderson (1998) são freqüentemente agressivas e tentam liderar impondo a sua vontade sobre os outros. São com freqüência menos cooperativas nas consultas odontológicas do que as de três anos de idade. São curiosas e utilizam suas perguntas para adiar o tratamento, apresentando medo ao desconhecido.

Segundo Osterrieth (1969), é a fase dos “comos” e “porquês” às vezes constantes e cansativos, obedecem não só uma função intelectual de informação (conhecer), mas também a uma função afetiva (manter a atenção sobre ela).

De acordo com Toledo (1996) o manejo da criança torna-se bem mais fácil dos quatro anos de idade em diante, pela evolução de seus interesses e de sua capacidade de compreensão, sendo até possível nela um sentido de responsabilidade.

Ainda nesta idade as crianças desenvolvem uma consciência maior de sua genitália, passando a ter mais interesse por ela. Os meninos percebem que são muito mais parecidos com os pais e as meninas com suas mães. Surge então uma tendência a se apresentar e comportar-se semelhante à figura materna ou paterna. É nesta fase, que o menino deseja uma relação próxima erótica para com a mãe semelhante à do pai e teme que uma competição neste sentido o leve a uma punição, privando-o de sua masculinidade, sendo este fato conhecido como “complexo da castração” (LIPSITTH; REESE, 1980).

### 2.1.5 Cinco anos de idade

Nesta idade, normalmente as crianças brincam, cooperativamente com curiosidade, sendo habitualmente receptivas durante o tratamento. Elogiá-las em seus valores e realizações é muito importante (KALTENBACH, 1999).

Com a crescente comunicação que se manifesta, o negativismo começa a desaparecer, dando lugar à sociabilidade. A criança apresenta-se com superatividade, alegre, risonha e acima de tudo sincera. Já apresenta coordenação motora necessária para a escovação dos dentes, vestir-se e o contato com outras crianças é de fundamental importância. É comum a curiosidade sobre os instrumentais e equipamentos do consultório odontológico, assim como explicações sobre o tratamento que será realizado. Há cooperação por parte da criança e é fundamental que o odontopediatra não cometa equívocos e suas explicações não devem ser contraditórias (TOLEDO, 1996).

Em relação ao comportamento motor, para Chambers (1970), a criança de 5 anos de idade comporta-se à semelhança de um adulto, é capaz de criticar-se e gosta de cooperar.

Entretanto, no que se refere ao medo, Finn (1973) e Sandstron (1978), ressaltam que há um declínio gradual dos primeiros medos, devido a compreensão crescente de que não há nada o que temer.

### 2.1.6 Seis anos de idade

É a idade pré-escolar, caracterizada pelo início do convívio com estranhos. A professora passa a ser a pessoa de maior ascendência sobre a criança. Acontecem modificações estruturais e comportamentais. Ela ainda não é

emocionalmente madura, é capaz de ser amigo e hostil sendo muito sensível a elogios e críticas. A frequência à escola inicia o período de sociabilização (WALTER; FERELLI; ISSAO, 1996).

Para Castro (1983), a escola vai proporcionar um novo tipo de experiência, ela precisará aprender a conviver com os outros e trabalhar em grupo, cooperar e respeitar o bem comum.

Kock *et al.* (1992) considera que a criança é menos egocêntrica e progressivamente interessada em seu papel no ambiente social. Escola, companheiros, atividades recreativas e adultas de fora do contexto familiar tornam-se cada vez mais importantes, explorando o mundo extra familiar e descobrindo o que deve ser aprendido, como estabelecer relações com os companheiros e comparando-se com os outros.

Nessa idade o convívio com outras pessoas é bem maior. É um período de alterações psicológicas, é incansável em suas atividades e não toma decisões com facilidade. Pode considerar o tratamento odontológico como uma punição para os sentimentos de posse em relação ao genitor do sexo oposto, apresentando-se bastante temperamental e de difícil controle. Seu comportamento pode ser explosivo ou imprevisível (ELIAS, 2002).

#### 2.1.7 Sete anos de idade

De acordo com Nerici (1983), acabou a “idade da gracinha” no entender dos psicólogos, pois a criança está passando para a terceira infância (dos sete anos à puberdade) que se caracteriza não tanto pelas novas aquisições, mas pela inteligência “racional” que começa a se constituir.



É uma fase de grande crescimento cognitivo, da sociabilidade e do desenvolvimento. Quanto à conduta, deve-se estabelecer um bom nível de interação com a criança e estimular a confiança e autoestima (KLATCHOIAN, 1993).

Seu pensamento é concreto, utilitário e associado a eventos cotidianos. Gostam de contar ao adulto o que estão aprendendo ou fazendo. A interação com o cirurgião-dentista pode ter início em perguntas sobre a escola ou de suas experiências lúdicas. Apresenta ainda ansiedade e medo do tratamento (ELIAS, 2002).

### **3 A CRIANÇA E O MEDO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Segundo Benfatti e Andrione (1984), o medo pode ser considerado como sendo um estado emocional de alerta frente a um perigo, caracterizado por um conteúdo intelectual, com percepção psicológica do mesmo, ou seja, é uma emoção básica normal. Entretanto, a ansiedade é um estado de alerta ante o perigo, porém sem o componente intelectual. Assim é que o medo pode até ser agradável como ocorre com a criança ao assistir certos programas de televisão, ou em alguns brinquedos nos parques de diversões, enquanto que a ansiedade provoca sensações desconfortáveis, dificuldade respiratória etc.

Todavia, para Badra (1987), o medo é uma forma de defesa dos perigos da vida a uma ameaça externa, porém com o passar do tempo ele passa a ser interiorizado, transformando-se em ansiedade. Na maior parte das vezes o medo se origina de uma fantasia e não de fatos concretos. Há, porém um medo comum, universal, imutável, que permanece mesmo depois que se cresce e adquire experiência: é o medo da dor. O medo que protege a criança dos perigos é natural e necessário, devendo ser corretamente treinado; é o medo biológico. A criança pode apresentar evolução patológica do medo, caracterizada por perturbações de conduta a ele ligadas, que pode evoluir desde manifestações de timidez e vergonha, até crises de ansiedade.

Do medo biológico a criança pode passar ao medo psicológico, em que a defesa intelectual é menor e, desse, para o condicionado, de franca interferência em sua conduta (GRUNSPUN, 1985).

Kleiman (1982) constatou que os medos ao tratamento odontológico juntamente com o “stress” da criança constituem um dos maiores impedimentos para

sua realização e que muitas vezes a insegurança do profissional representa o principal fator.

O comportamento da criança no consultório odontológico depende de inúmeros fatores que interagem entre si. Dentre esses fatores, citamos a experiência, personalidade e atitudes da criança, além de sua prática de educação, o relacionamento entre crianças e pais e o conhecimento e habilidade do cirurgião-dentista (KOCK *et al.*, 1992)

Vono (1994) afirma que as causas da não cooperação para a realização do tratamento odontológico podem ser trazidas pela criança ao consultório odontológico ou serem ali criadas no decorrer do próprio tratamento mal conduzido. O medo é apenas uma destas inúmeras causas.

### **3.1 Fatores que afastam as crianças dos consultórios odontológicos**

De acordo com Giglio e Guedes-Pinto (2000), são considerados fatores que afastam as crianças dos consultórios odontológicos, os seguintes aspectos:

- A diferença de porte físico que estabelece quem manda e quem será mandado;
- A criança tem poucos conhecimentos técnicos da situação odontológica e, naturalmente, teme o desconhecido.

A boca é o principal e primeiro órgão de relacionamento com o mundo, possibilitando sua sobrevivência e a introdução de elementos estranhos na cavidade bucal representa agressão.

A posição em que a criança fica na cadeira odontológica, quase sempre reclinada e de boca aberta, impossibilita a comunicação que é fundamental para o

relacionamento. Não é necessário ser criança para experimentar esta impotência durante o tratamento.

Wright (1975) considera o manejo do comportamento o meio pelo qual o odontopediatra ou equipe realiza efetiva e eficientemente o tratamento da criança, e, ao mesmo tempo, motiva uma atitude odontológica positiva.

## 4 GERENCIAMENTO DO COMPORTAMENTO

Gerenciar comportamento durante o tratamento odontológico infantil representa uma tarefa árdua para os profissionais da área e faz parte do seu cotidiano.

Para Oliveira *et al.* (2003), as crianças apresentam grande diversidade de atitude frente ao tratamento odontológico, sendo várias as causas de comportamentos não-cooperativos. Esses comportamentos podem ser consequência de algum atraso de desenvolvimento físico ou mental, reflexos de doenças crônicas ou agudas, medo transmitido pelos pais, experiência odontológica prévia desagradável, etc. A preocupação com os aspectos psicológicos tem sido cada vez maior. É amplamente reconhecido, hoje, que o conhecimento sobre o comportamento do ser humano favorece um relacionamento satisfatório entre cirurgião dentista e paciente, principalmente, na clínica infantil.

É importante para o odontopediatra, ter conhecimento dos vários tipos de comportamento das crianças frente ao tratamento odontológico, pois deste, dependerá a escolha adequada da técnica de gerenciamento do controle comportamental.

Segundo Wright (1975) três categorias de comportamento infantil são importantes para o odontopediatra. Comportamentos cooperativos, falta de capacidade cooperativa e comportamento potencialmente não-cooperativo.

### 4.1 Comportamentos Cooperativos

Característicos das crianças que apresentam interesse e curiosidade ao tratamento odontológico; conversam com o profissional, compreendem os

procedimentos realizados e obedecem às instruções propostas, colaborando para a boa realização do tratamento. Porém, é necessário que a criança esteja bem preparada para receber o tratamento (condicionada), pois a qualquer momento poderá mudar de comportamento se os procedimentos executados não forem esclarecidos em uma linguagem acessível, ou se seus sentimentos não forem respeitados.

#### **4.2 Falta de capacidade cooperativa**

São as crianças que sentem dificuldade de relacionamento e comunicação com o cirurgião dentista, de compreender a importância dos procedimentos clínicos. Estão na faixa etária às crianças abaixo de três anos de idade além daquelas que apresentam deficiências físicas ou mentais que limitam sua capacidade de comunicação com o profissional. O tratamento geralmente é realizado através de sedação, anestesia geral ou contenção física.

#### **4.3 Comportamento potencialmente não-cooperativo**

Em que as crianças colocam dificuldades para a realização do tratamento. Neste grupo estão todas as crianças a partir de três anos de idade que poderão apresentar comportamentos do tipo:

##### **4.3.1 Tímido ou envergonhado**

Manifestado em crianças de três a quatro anos de idade, ocorrendo sempre na primeira consulta. Geralmente é consequência da ansiedade manifestada na criança, sendo necessário que o odontopediatra explique calma e vagorosamente

os procedimentos que serão realizados, precisando, repetir por várias vezes. À medida que a criança adquire confiança no profissional, torna-se cooperativa passando a ser um ótimo paciente.

#### 4.3.2 Cooperação tensa

A criança quer colaborar, entretanto, encontra-se assustada com a nova situação em que se encontra. Está sempre atenta a qualquer movimento do profissional, algumas vezes permanece com as mãos cerradas nos braços da cadeira odontológica. Geralmente aceita o tratamento, porém, pode chorar nos momentos de maior tensão e ansiedade.

#### 4.3.3 Incontrolado

A criança chora demasiadamente, crises de birra, chutes ou acessos de raiva. Esse comportamento é causado por medo excessivo, ou por experiências traumáticas anteriores, ou por informações negativas e assustadoras transmitidas por amigos ou familiares a respeito do tratamento odontológico. O odontopediatra deve levar em consideração a história passada desta criança e o que a influenciou em ter estes comportamentos negativos, após o que, deve procurar a melhor maneira para ele e a criança enfrentarem estas emoções e conduzir sua conduta na busca da participação e do entendimento entre ambos.

#### 4.3.4 Rebelde ou teimoso

Manifesta-se próximo à adolescência, como uma maneira de protesto da criança contra o controle que os adultos exercem sobre ela. Frases como “eu não

quero abrir a boca”, “eu não vou tratar meus dentes”, são comuns e normais, quando estão em evidência os primeiros sinais de não-conformismo e independência. É comum o desleixo com a higiene pessoal e a aparência no vestuário como forma de contestação. Deve o profissional ser compreensivo procurando ser aliado do jovem, com a finalidade de procurar estabelecer um canal de comunicação entre ambos para que haja um maior entendimento e aproximação entre ambos.

#### 4.3.5 Choro contínuo

O tratamento é realizado, porém, sob choro permanente. É uma forma de compensação da criança para justificar sua ansiedade durante o tratamento. O odontopediatra precisa ser paciente, saber o seu limite e disposição pessoal de conviver que este tipo de choro infantil. Apesar deste fato é possível se estabelecer um bom relacionamento com a criança.

#### 4.3.6 Estóico

A criança apresenta-se cooperativa, passiva ao tratamento, não reage nem protesta mesmo nos momentos de ansiedade, tendo um olhar triste e parado. O odontopediatra deve ficar atento, pois este tipo de paciente pode ter sido vítima de violência física.

Segundo Oliveira *et al.* (2003), é de fundamental importância que o odontopediatra tenha conhecimentos psicológicos das etapas de desenvolvimento da criança e de diferentes linguagens para as diferentes faixas etárias. Tais conhecimentos aplicados na clínica ajudam na compreensão dos problemas de



comportamento apresentados pelo paciente infantil e, conseqüentemente, para indicação de métodos mais eficazes ao seu manejo e preparo psicológico.

## **5 Técnicas de Gerenciamento do Comportamento**

No tratamento de pequenos pacientes em Odontopediatria são comuns crianças que apresentam comportamentos que podem ser obstáculos para a segurança e efetividade do tratamento odontológico (Festa e Fergusson, 1993). Embora pequeno, este grupo de pacientes necessita de uma atenção especial, fazendo com que os profissionais conheçam mais profundamente as técnicas de manejo de comportamento, seus aspectos legais, éticos e suas indicações.

Estas técnicas estão agrupadas em duas categorias:

a) as que modificam o comportamento da criança, tais como, Falar-Mostrar-Fazer, Reforço Positivo, Controle da Voz e Mão-Sobre-a-Boca (HOM).

b) as que se destinam apenas a possibilitar o tratamento no momento em que são aplicadas, como, Contensão Física Ativa e Passiva, Controle Farmacológico e Anestesia Geral.

Neste estudo, abordaremos apenas as técnicas de Contensão Física Ativa e Passiva e Mão-Sobre-a-Boca.

### **5.1 Contenção Física**

Significa restringir fisicamente os movimentos inadequados e intempestivos das crianças durante o tratamento dentário, e é indicado para crianças que não entendem o procedimento odontológico porque são jovens demais e não cooperam por imaturidade (menos de três anos), crianças com algum distúrbio mental cujo comportamento possa prejudicar a segurança do tratamento, crianças hiperativas,

teimosas ou desafiantes, crianças de pequena idade que necessitem de um tratamento emergencial (Mc TIGUE, 1985).

É considerada como uma técnica que pode usar de recursos físicos do dentista, auxiliar e pais ou até usar pano apropriado (lençol) ou macas especiais para crianças que não conseguem controlar seus movimentos corporais (FESTA; FERGUSSON, 1993).

Pode envolver algo simples como um abridor de boca, até a restrição de movimentos por uso de macas ou equipamentos especiais como Macri, Papoose Board, Pediwrap, Pedi-Board, Pacote Pediátrico ou apreensão de braços e pernas do paciente pelo Odontopediatra e equipe ou pais (CORRÊA, 2002; FESTA; FERGUSSON, 1993).

A Contenção física é utilizada nos casos em que a rebeldia da criança exige atitudes “autoritárias” do profissional e a participação dos pais bem preparados e orientados é indispensável, pois a presença deles para as crianças demonstra sua aprovação (CORRÊA, 2003).

Convém salientar que, nos casos de necessidade do uso da técnica restritiva, Contenção Física, é necessário obter o Consentimento Livre e Esclarecido dos pais, por escrito, antecipadamente (TAVARES *et al.*, 2000; BARBOSA; TOLEDO, 2003).

Algumas questões precisam ser consideradas antes utilização da técnica:

a-a contenção física é a única forma de resolver o problema?

b-já foram esgotadas todas as formas de gerenciamento do comportamento não-farmacológicas?

c-os pais concordam em participar da contenção?

d-o encaminhamento do paciente a outro profissional criaria possibilidades de resolução do problema?

e- o uso de uma técnica farmacológica é viável? (MORAES; GIL, 1993).

A decisão de empregar técnicas de restrição física deve levar em consideração alternativa de controle do comportamento, necessidade de tratamento, qualidade do tratamento, desenvolvimento emocional e condições físicas do paciente (MAIA; CORRÊA, 2002)

De acordo com Barbosa e Toledo (2003), os métodos de contenção física ou técnicas de controle do comportamento aversivas compreendem:

#### 5.1.1 Contenção Física Ativa

É feita pelos pais ou acompanhantes ou pela assistente do consultório odontológico, em que a criança é segura pelos braços e pernas evitando que ela se movimente enquanto o cirurgião dentista trabalha. A assistente deverá estar treinada para conter a criança e deverá estar preparada para controlar a cabeça, os braços e as pernas da criança. Com frequência é necessário o auxílio de mais de uma assistente de consultório (fig. 5.1.1).



Figura 5.1.1 – Demonstração da Técnica de Contenção Física Passiva

### 5.1.2 Contenção Física Passiva

Em que se usa pano apropriado (lençol) para envolver o paciente contendo-o na cadeira odontológica, evitando sempre o movimento inadequado durante o tratamento. Podem-se adaptar também fitas ou correias ao equipamento dentário para conter o paciente no peito, cintura e pernas, especialmente dos pacientes comprometidos física ou mentalmente que não podem controlar seus próprios movimentos (fig. 5.1.2).



Fotografia 5.1.2- Demonstração da técnica de Contenção Física Passiva

### 5.1.3 Técnica de Mão sobre a boca

Esta técnica, cita a literatura tem sido usada desde os anos de 50, sendo descrita pela primeira vez por Jordan (citado por Levitas, 1974), valendo-se de um guardanapo sobre a boca da criança que estivesse gritando e reagindo contra as atitudes do Odontopediatra.

Os termos mais comumente usados para designar esta técnica segundo Maia, Correa ( 2001) são:

a- HOME: Hand over mouth exercise - Exercício de mão sobre a boca.

b- HOM: Hand over mouth -Mão sobre a boca.

c- HOMAR: Hand over mouth and airways -Mão sobre a boca e vias aéreas.

Todavia, para Morais *et al.* (1997), apesar das inúmeras denominações, a de Levitas (1974) “HOME-hand over mouth exercise” (exercício de mão sobre a boca) é a mais utilizada. Ainda de acordo com Morais *et al.* (1997), a mão sobre a boca é uma técnica de modificação do comportamento que segue as leis da aprendizagem em que uma atitude de não adaptação (choro, grito) é associada com uma experiência desagradável (mão sobre a boca). Seu objetivo é ganhar a atenção da criança e parar com seus acessos verbais para que a comunicação possa ser estabelecida.

Ao diagnosticar as necessidades do uso da técnica MSB, o odontopediatra coloca a mão sobre a boca da criança, tendo o cuidado de não inibir a respiração nasal, e ao seu ouvido em tom baixo, mas firme, diz: “Se você quiser que eu tire a mão de sua boca, para de gritar e escute. Eu quero somente falar com você e depois olhar os seus dentes.” Isto poderá ser repetido imediatamente dizendo-se: “Posso já retirar a minha mão de sua boca?”. Repetir o procedimento em caso da atitude da criança continuar.

Sem dar muita atenção á criança e não comentar sobre o assunto, a fase seguinte do tratamento deve ser logo iniciada (ROBERTS, 1986).

Fundamentalmente, o uso da técnica Mão sobre a boca é para que se possa despertar a atenção da criança e esta então escute o que o odontopediatra está dizendo (BIJELLA *et al.*, 2003).

Um ponto importante da técnica que deve ser ressaltado é que o propósito desta é ganhar a atenção da criança, e poder, assim, realizar os procedimentos odontológicos necessários e, o odontopediatra deve ter maturidade profissional, firmeza

nos atos, controle emocional para executar uma atitude que precisa de energia e, ao mesmo tempo, tom de voz suave (DUARTE; GUEDES - PINTO, 1990).

A técnica de Mão sobre a boca é controversa no gerenciamento do controle do comportamento apesar de não ser a mais utilizada pelos Odontopediatras, pois além de poder causar repercussões até judiciais, geralmente não é bem compreendida pelos pais em função de seu desconhecimento (FUCCIO, 2003; LEVY; DEMOTO, 1997; MORAES *et al.*, 1993).

As maiorias dos Odontopediatra mostram-se familiarizados com a técnica embora não tomem as medidas necessárias ao respaldo jurídico e legal. É indispensável que os profissionais utilizem a técnica dentro de suas corretas indicações, solicitando aos pais um consentimento por escrito (FUCCIO, 2003; LEVY; DEMOTO, 1997; MORAES *et al.*, 1993).

A técnica Mão sobre a boca não deve ser aplicada em crianças assustadas ou ansiosas, onde algumas outras técnicas de gerenciamento têm sua aplicabilidade como: crianças abaixo de três anos de idade, imaturas e que sejam incapazes de compreender a situação odontológica; crianças deficientes comprometidas física ou emocionalmente; crianças que são respiradores bucais e, sempre que o profissional estiver emocionalmente envolvido na situação (BARENIE; RIPA, 1977; KRAMER, 1980; JOHNSEN, 1988; ANDLANW; ROCK, 1993).

Tavares *et al.*, (2000), considera que a utilização da técnica MSB não pode ter caráter punitivo, ou seja, o cirurgião dentista não deve pretender modificar o comportamento infantil através da situação desagradável criada pela técnica. Esta é uma técnica de Gerenciamento Aversiva de Comportamento quando se quer

estabelecer clima propício ao atendimento tranqüilo, envolvendo a criança e seus familiares.

É inegável que o uso da técnica traz um efeito positivo quando usada a longo prazo e pouco efeito negativo. Pode haver impacto psicológico negativo se a técnica for empregada incorretamente. A utilização correta da técnica reforça o bom comportamento, principalmente quando o profissional elogia o comportamento positivo apresentado pela criança após o uso da técnica. Quando a técnica Mão sobre a boca é usada corretamente, o mau comportamento apresentado pela criança é extinto na consulta atual e nas subseqüentes devido principalmente ao componente de reforço positivo e, a criança descobre que as suas razões para evitar o tratamento eram ineficazes. Assim sendo, passa a desejar tratamentos odontológicos futuros e o impacto psicológico é positivo (FUCCIO, 2003; LEVY; DEMOTO, 1997; MORAES *et al.*, 1993).

Com a ênfase dada aos direitos à criança, a atitude dos pais em relação às técnicas de manejo de comportamento constitui fator importante a ser considerado. A aprovação dos pais ou responsáveis deve ser obtida antes do uso das Técnicas de Manejo do Comportamento do tipo Contenção Física Ativa e Passiva incluindo a Mão sobre a boca, para evitar responsabilidade legal ( Corrêa 2002).



Fig. 5.1.3 – Demonstração da Técnica de Mão sobre a boca



Todavia torna-se muito difícil prever quando esta técnica vai ser utilizada, por um paciente infantil pode no início do tratamento apresentar um comportamento cooperativo e durante o tratamento tornar-se problemática e, neste caso o odontopediatra não poderá interromper o tratamento.

## 6 JUSTIFICATIVA

O gerenciamento do controle do comportamento durante o atendimento aos pacientes infantis representa um desafio constante para os odontopediatras e faz parte integrante de sua rotina de trabalho, podendo até interferir na qualidade dos serviços que serão prestados, tornando-se assim um fator fundamental no trabalho diário na Clínica Infantil. Os pais ou acompanhantes dos pacientes deverão sempre ser esclarecidos sobre os procedimentos que serão realizados para que o profissional tenha o consentimento livre e esclarecido necessário para realizá-los.

O comportamento considerado “difícil” de uma criança no consultório de odontopediatria é fator que deixa o profissional, na maioria das vezes, receoso e o faz pensar em como agir sem causar-lhe traumas. Procurar conhecer a criança é fator que poderá dar-lhe segurança na experimentação e aplicação da técnica apropriada. Em se tratando de paciente infantil, a aplicação de diversas técnicas de gerenciamento de controle comportamental passa, na grande maioria das vezes, como todo atendimento odontológico, pela aceitação, aquiescência e crítica dos pais ou responsável, de vez que há sempre o fator proteção demasiada, aliado ao desconhecimento da técnica a ser aplicada. Em muitas situações a escolha da técnica é fator de desistência dos pais das consultas odontológicas.

Os pais ou responsáveis deverão sempre tomar conhecimento dos procedimentos que serão realizados, para que o profissional tenha o Consentimento Esclarecido necessário para realizá-los. Há de se pensar sempre durante o atendimento odontológico da criança, na tríade: pacientes, pais e profissional como forma de desenvolvimento a contento do tratamento odontológico.

Esta pesquisa torna-se importante considerando que as Técnicas Contenção Física Ativa e Passiva e Mão Sobre a Boca, restringem fisicamente os movimentos da criança e suas aplicações precisam ser avaliadas pelos pais e responsáveis, para consentir sua aplicabilidade.

## 7 MATERIAL E MÉTODOS

### 7.1 Materiais

Os materiais utilizados para essa pesquisa foram elaborados de modo que os dados possam ser registrados para posterior tratamento estatístico e representação gráfica necessária. Para a sua realização foi obtida a: autorização do Comitê de Bioética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.(ANEXO A)

A pesquisa utilizou os seguintes materiais:

- Material audiovisual para a exposição aos pais
- Questionário dirigido aos pais/responsável (APÊNDICE A)
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B)

### 7.2 Métodos

Primeiramente realizou-se um estudo com cento e cinquenta pais ou responsáveis que permanecem à espera de seus filhos com idade variável de dois a sete anos de idade de ambos os sexos e, que estavam recebendo atendimento na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

Os pais ou responsáveis convidados a participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Foram comunicados de que não haveria alteração no tratamento dos pacientes, caso não concordassem em participar da pesquisa. Foram feitas, apresentações de material áudio-visual desenvolvido pelo autor em um tempo de 30 minutos, em uma das dependências do

Curso de Odontologia, com orientações sobre as técnicas restritivas de contenção física ativa, passiva e mão sobre a boca.

Em um segundo momento, após a apresentação de cada técnica, os pais ou responsáveis responderam o questionário que apresenta uma breve descrição de cada técnica, com o objetivo de avaliar o grau de aceitação a cada uma delas.

A pesquisa foi baseada em um estudo que visa identificar um fenômeno em uma população alvo, cujo desfecho avaliou o grau de aceitação dos pais ou responsáveis pelas crianças aos métodos de contenção física durante o atendimento odontológico.

O instrumento de pesquisa utilizado para coleta de dados consistiu de um questionário contendo identificação, nível de escolaridade, e perguntas sobre as técnicas de gerenciamento comportamental na clínica odontopediátrica da UFPA.

Para a realização deste estudo e de acordo com o tipo de pesquisa foram utilizados níveis de confiança de 95% e de significância de  $p < 0,05$ .

Os dados coletados foram processados e analisados através do aplicativo Excel / Windows-XP e os resultados apresentados em forma de gráficos/tabelas.

## 8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

São descritos a seguir os resultados obtidos através do tratamento estatístico proposto da amostra e são apresentados sob forma de Gráficos de 8.1 a 8.3 e Tabelas numeradas de 8.1 a 8.9.

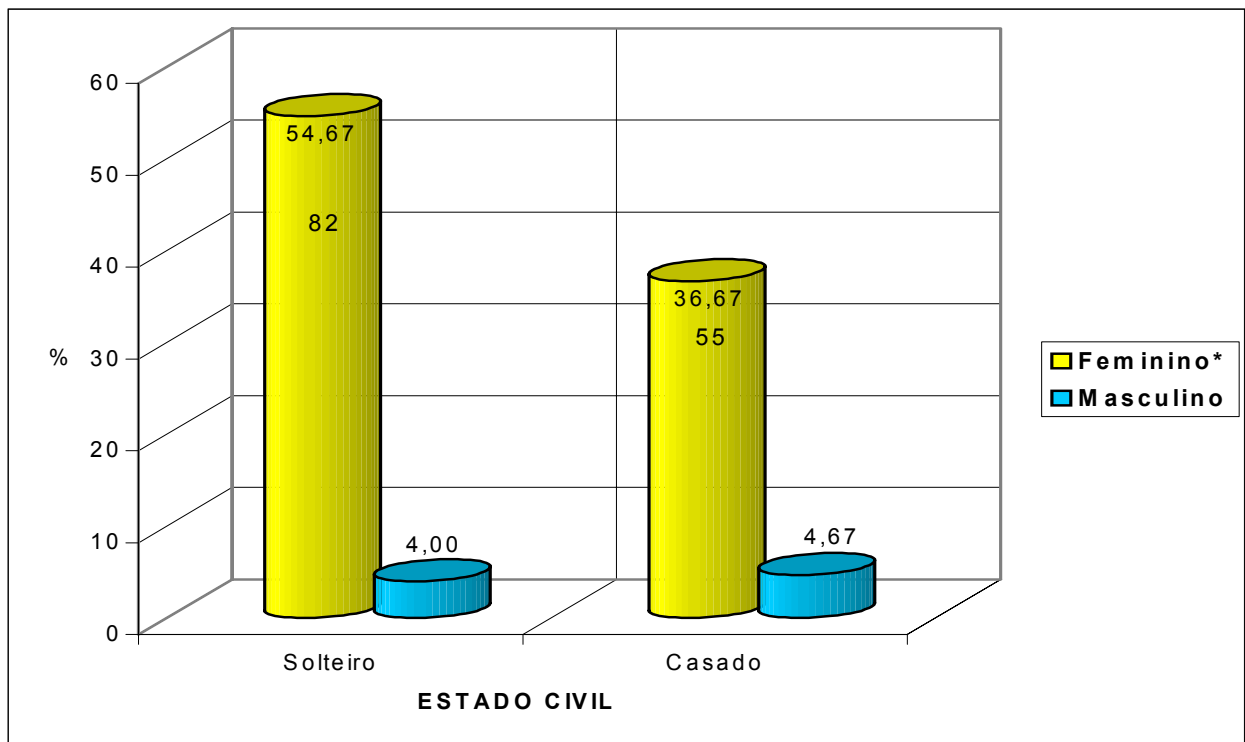


Gráfico 8.1- Distribuição dos usuários, segundo o estado civil e gênero, Belém-Pará 2005.

Esse gráfico demonstra que 54,67% dos entrevistados eram do sexo feminino e solteiras enquanto 36,67% casadas, demonstrando um satisfatório grau de responsabilidade em ambas as amostras quanto à saúde bucal de seus filhos. Ocasionalmente encontramos entre os responsáveis 4,00% do sexo masculino e solteiro e 4,67% casados.

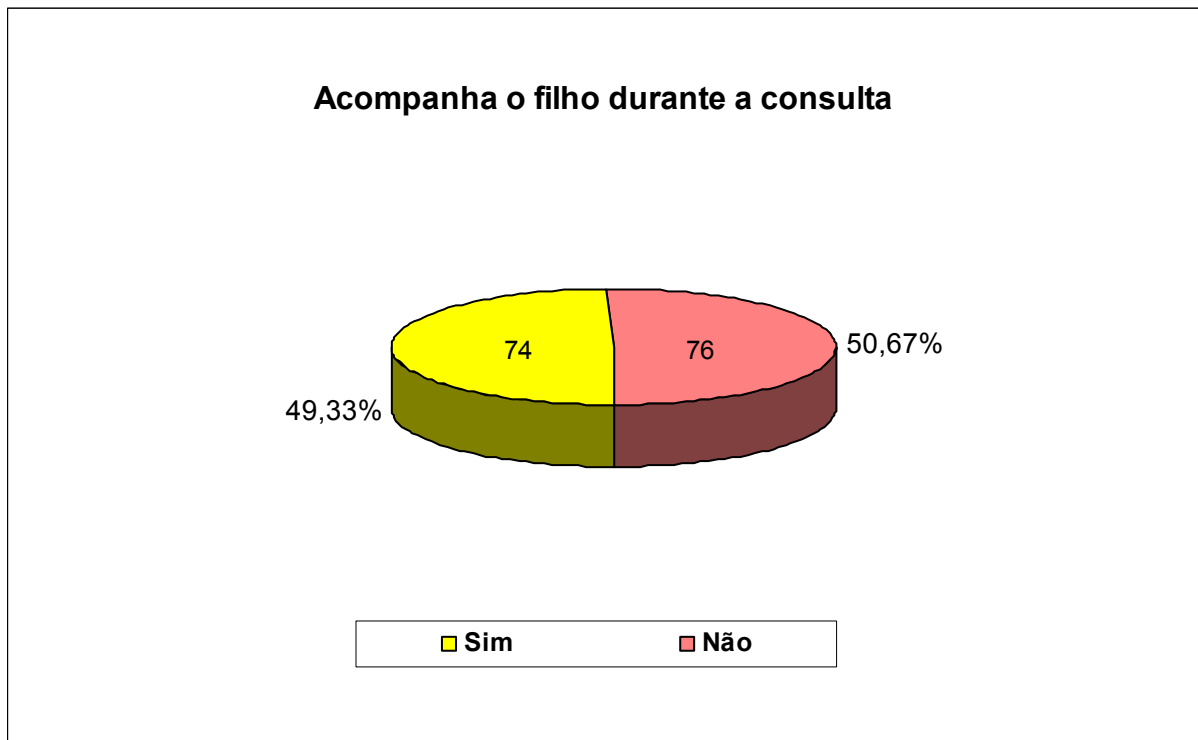


Gráfico 8.2- Distribuição dos usuários, em relação ao acompanhamento do filho durante a consulta na sala de clínica. Belém-Pará, 2005.

O gráfico acima demonstra que apenas 50,67% são acompanhados pelos seus pais ou responsável às salas de clínica onde se realizam os procedimentos odontológicos. O restante, 49,33% tem sua presença recusada pelo cirurgião dentista responsável pelo tratamento. Toledo (1966) relata que, do nascimento até os dois anos de idade, existem fortes laços emocionais entre a criança e a mãe e, por isso, ele só se sente seguro quando está em seus braços. Durante o tratamento odontológico sua reação é de muito choro, razão pela qual, qualquer atendimento odontológico deve ser acompanhado pelos pais ou responsável.

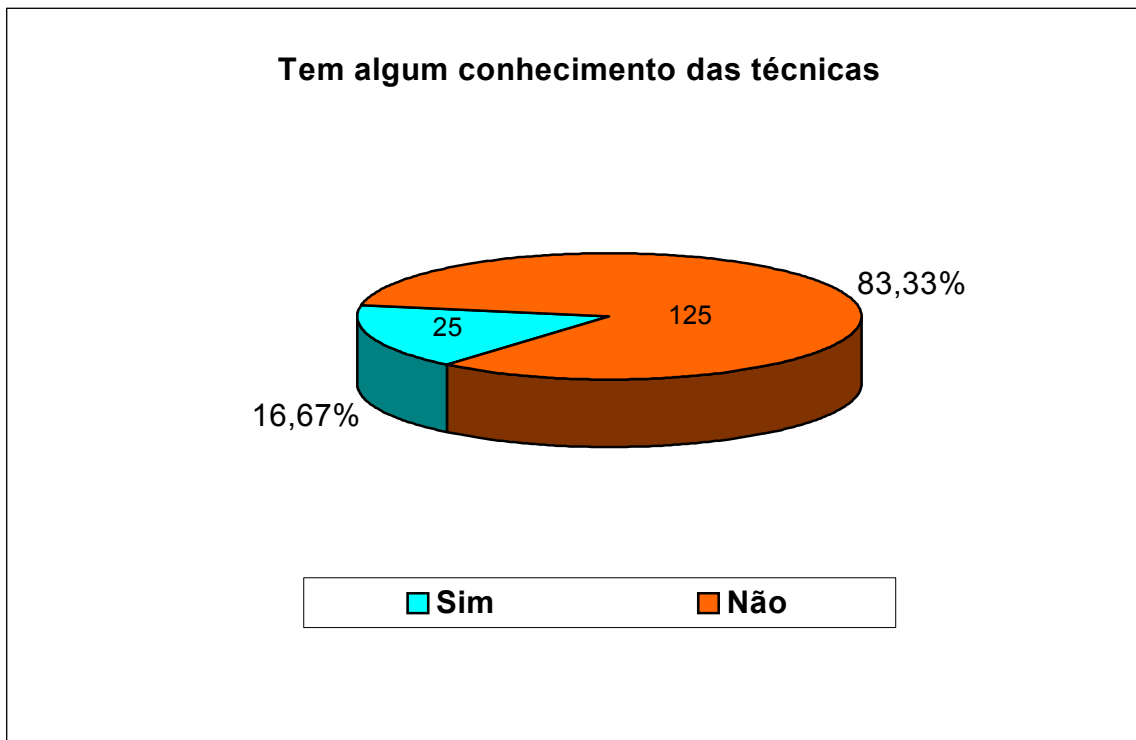


Gráfico 8.3- Distribuição dos usuários, com relação se já tinha conhecimento das Técnicas de Gerenciamento Comportamental utilizadas, Belém-Pará, 2005.

Maioria significativa dos usuários 125 (83,33%) não tem conhecimento das técnicas de gerenciamento comportamental utilizadas, demonstrando com isso uma falha no relacionamento pais ou responsável/profissional que desenvolve atividades na clínica odontopediátrica da Universidade Federal do Pará. Isto possivelmente interfere no comportamento da criança durante o tratamento odontológico, de vez que, por falta de conhecimento dos pais ou responsável às Técnicas de Gerenciamento do Comportamento, foi desperdiçada uma contribuição importante no condicionamento deste paciente infantil ao tratamento dentário.

Vono (1994) afirma que as causas da não cooperação para a realização do tratamento odontológico podem ser trazidas pela criança ao consultório odontológico ou serem ali criadas no decorrer do próprio tratamento mal conduzido.

O comportamento da criança no tratamento odontológico depende de inúmeros fatores que interagem entre si e, entre estes, está o relacionamento entre



as crianças e os pais e o conhecimento do que ocorrerá durante a consulta odontológica (KOCK *et al.*, 1992).

Tabela 8.1 – Distribuição dos usuários, segundo a Técnica da Contenção Física Ativa e sua aceitação, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica</b>	<b>Freqüência</b>	<b>%</b>
Aceita	110	73,33
C/Restrições	35	23,33
Não aceita	5	3,33
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Um grande percentual de pais ou responsáveis (usuários), 110 (73,33%) aceita sem qualquer restrição a Técnica de Contenção Física Ativa adotada em seus filhos, demonstrando não somente confiança no cirurgião dentista e sua equipe, como também pela necessidade da resolução de problemas comportamentais. Um pequeno número de usuários, 5 (3,33%) declarou-se contra a técnica proposta temendo que seus filhos fossem machucados e, 35 usuários (23,33%) concordam com a técnica apenas com restrições àquela que possa parecer traumatizante machucando seus filhos.

De acordo com Barbosa e Toledo (2003) a contenção física ativa deve ser feita sempre com a participação dos pais ou responsáveis além do cirurgião dentista e auxiliares de consultório odontológico. É necessário sempre obter o Consentimento Livre e Esclarecido dos pais ou responsável, por escrito, antecipadamente (TAVARES, *et al*, 2000; BARBOSA; TOLEDO, 2003)

Tabela 8.2 - Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Passiva, e sua aceitação, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Aceita	77	51,33
C/Restrições	37	24,67
Não aceita	36	24,00
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Ao comparar os resultados obtidos para a Técnica de Contenção Física Passiva em relação a anterior, verifica-se uma queda no número de pais ou responsáveis que aceitam, 77 (51,33) e um equilíbrio entre o número de pais que aceitam com restrições, 37 (24,67%) e aqueles que não aceitam 36 (24,00%), em função de nesta técnica a restrição aos movimentos da criança ser mais agressiva. Para Maia; Correa (2002), a decisão de empregar técnicas de restrição física tipo Contenção Física Passiva, deve levar em consideração a alternativa de controle de comportamento, desenvolvimento emocional e condições físicas do paciente.

Tabela 8.3 - Distribuição dos usuários, segundo a técnica Mão sobre a boca e sua aceitação, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Aceita	90	60,00
C/Restrições	30	20,00
Não aceita	30	20,00
<b>Total</b>	<b>150</b>	<b>100,0</b>

Mesmo sendo uma técnica cuja aplicação é questionada por alguns odontopediatras, verifica-se que, uma vez explicada aos pais ou responsável (acompanhantes) que passam então a entendê-la constatando que a mesma não causa nenhum maltrato as crianças, sua aceitação é da ordem de 60% (90).

Para Moraes *et al.* (1972), a Mão sobre a boca é uma técnica de modificação do comportamento que segue as leis da aprendizagem, em que uma

atitude de não adaptação (choro, grito) é associada com uma experiência desagradável (mão-sobre-aboca). Seu objetivo é chamar a atenção da criança e parar com seus acessos verbais para que a comunicação possa ser estabelecida.

Para crianças com idade abaixo de três anos imaturas e que sejam incapazes de compreender a situação odontológica; crianças deficientes, comprometidas física ou emocionalmente; crianças respiradoras bucais, onde algumas outras técnicas de gerenciamento têm sua aplicabilidade; crianças assustadas ou ansiosas recomenda-se que a técnica de Mão sobre a boca não deve ser aplicada (BARENIE; RIPA, 1977; KRAMER, 1980; JOHNSEN, 1988; ANDLANW; ROCK, 1993).

Sabe-se que o uso da técnica Mão sobre a boca tem mais efeitos positivos que negativos. Esta, quando empregada incorretamente pode proporcionar um impacto psicológico negativo. Porém, sua utilização correta reforça o bom comportamento, e, o comportamento positivo apresentado pela criança após o uso da técnica deve ser elogiado pelo profissional. Com o uso correto da técnica, o comportamento inadequado apresentado pela criança é extinto na consulta atual e nas subseqüentes, em função do componente de reforço positivo e, a criança percebe que as suas razões para evitar o tratamento eram ineficazes. Assim sendo, passa a desejar tratamentos odontológicos futuros e o impacto psicológico é positivo (FUCCIO, 2003; LEVY, DEMOTO, 1997; MORAES et al., 1993).

Tavares et al., (2000), considera que a utilização da técnica MSB não pode ter caráter punitivo, ou seja, o cirurgião dentista não deve pretender modificar o comportamento infantil através da situação desagradável criada pela técnica. Esta é uma técnica de gerenciamento Aversiva de Comportamento quando se quer estabelecer clima propício ao atendimento tranqüilo, envolvendo a criança.

Tabela 8.4 - Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Ativa e sua aceitação de acordo com a faixa etária, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica Contenção Física Ativa</b>								
<b>Faixa etária</b>	<b>Aceita*</b>	<b>%</b>	<b>C/Restrições</b>	<b>%</b>	<b>Não aceita</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
18 - 28	43	28.7	13	8.7	3	2.0	59	39.3
28 - 38	37	24.7	16	10.7	1	0.7	54	36.0
38 - 48	15	10.0	2	1.3	1	0.7	18	12.0
48 - 58	11	7.3	3	2.0	0	0.0	14	9.3
58 - 68	4	2.7	1	0.7	0	0.0	5	3.3
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>73.3</b>	<b>35</b>	<b>23.3</b>	<b>5</b>	<b>3.4</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

É interessante observar que, à medida que a faixa etária dos usuários aumenta, o nível de aceitação das técnicas de contenção física ativa tem um declínio muito pequeno, a ponto de para os usuários de idade mais avançada nenhuma rejeição acontece. A provável explicação pode estar no conhecimento de experiências anteriores dos pais ou responsáveis, e, na resolução dos problemas odontológicos em seus filhos. O número de usuários com restrições acredita-se ser por conta do temor que seus filhos venham a ser machucados. Observa-se ainda que o número de usuários que rejeita a técnica é insignificante em relação à amostra. É bom lembrar que a Técnica de Contenção Física Ativa segundo Festa e Fergusson,(1993) apenas possibilita o tratamento no momento em que é aplicada em pequenos pacientes, não modificando portanto seu comportamento em definitivo. Ainda para Mc Tigue, (1985) deve ser usada em crianças que não entendem o procedimento odontológico porque são jovens demais (menos de três anos de idade), tem algum distúrbio comportamental, mas que necessitam de tratamento emergencial, onde a presença e colaboração dos pais ou responsáveis, além da assistente na contenção do pequeno paciente é de grande importância, o que justifica a aceitação dos usuários.

Tabela 8.5 - Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Passiva e sua aceitação de acordo com a faixa etária, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica - Contenção Física Passiva</b>								
<b>Faixa etária</b>	<b>Aceita*</b>	<b>%</b>	<b>C/Restrições</b>	<b>%</b>	<b>Não aceita</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
18 - 28	24	16.0	18	12.0	17	11.3	59	39.3
28 - 38	28	18.7	11	7.3	15	10.0	54	36.0
38 - 48	11	7.3	4	2.7	3	2.0	18	12.0
48 - 58	10	6.7	2	1.3	2	1.3	14	9.3
58 - 68	4	2.7	1	0.7	0	0.0	5	3.3
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>51.3</b>	<b>36</b>	<b>24.0</b>	<b>37</b>	<b>24.7</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Observa-se nesta tabela, que 51.3% (77) dos usuários independentes da faixa etária aceitam a técnica de Contenção Física Passiva, enquanto 24.0% (36) restringe o seu uso e 24,7% (5) não aceitam, talvez por crer que seus filhos possam vir a ser machucados. Nota-se que, apesar da forma como o paciente é contido, há um percentual considerável de usuários que concordam com o uso da mesma, corroborando o que diz Maia, Corrêa, (2002) quando afirma que a decisão de empregar técnicas de restrição física deve levar em consideração alternativa de controle de comportamento, necessidade de tratamento, qualidade do tratamento, desenvolvimento emocional e condições físicas do paciente.

Tabela 8.6 - Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Mão sobre a boca e sua aceitação de acordo com a faixa etária, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica Contenção Mão sobre a boca</b>								
<b>Faixa etária</b>	<b>Aceita*</b>	<b>%</b>	<b>C/Restrições</b>	<b>%</b>	<b>Não aceita</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
18  - 28	29	19.3	18	12.0	12	8.0	59	39.3
28  - 38	34	22.7	7	4.7	13	8.7	54	36.0
38  - 48	11	7.3	3	2.0	4	2.7	18	12.0
48  - 58	11	7.3	2	1.3	1	0.7	14	9.3
58  - 68	5	3.3	0	0.0	0	0.0	5	3.3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>60.0</b>	<b>30</b>	<b>20.0</b>	<b>30</b>	<b>20.0</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Se compararmos os resultados expressos nesta tabela com os da tabela anterior, em que as técnicas demonstradas dão a impressão de que as crianças estão sendo machucadas pela forma como são contidas, verifica-se que há uma

pequena variação no que diz respeito à aceitação por parte dos usuários, o mesmo se verificando com relação às restrições e a não aceitação. Sabe-se que a técnica da Contenção Física Mão sobre a boca é uma das mais polêmicas em Odontologia. Para Bijella *et al* (2003) o uso da técnica é para que se possa despertar a atenção da criança e esta então escute o que odontopediatra está dizendo.

É uma técnica controversa no gerenciamento do controle do comportamento apesar de não ser a mais utilizada pelos odontopediatras, pois além de causar repercussões até judiciais, geralmente não é bem compreendida pelos pais em função de seu desconhecimento. É indispensável que os profissionais utilizem a técnica dentro de suas corretas indicações, solicitando aos pais um consentimento por escrito (FUCCIO, 2003; LEVY; DEMOTO, 1997; MORAES *et al.*, 1993).

Tabela 8.7 - Distribuição dos usuários, segundo a técnica de Contenção Física Ativa e escolaridade, Belém-Pará, 2005.

Técnica Contenção Física Ativa								
Escolaridade	Aceita*	%	C/Restrições	%	Não aceita	%	Total	%
EFI	35	23.3	13	8.7	4	2.7	52	34.7
EFC	24	16.5	7	4.7	1	0.7	32	21.3
EMI	14	9.3	1	0.7	0	0.0	15	10.0
EMC	30	20.0	9	6.0		0.0	39	26.0
ESI	3	2.0	2	1.3	0	0.0	5	3.3
ESC	4	2.7	2	1.3	0	0.0	5	3.3
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>73.3</b>	<b>35</b>	<b>23.3</b>	<b>5</b>	<b>3.3</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Quando observamos o uso das técnicas e a escolaridade dos pais ou acompanhantes das crianças, vemos que a maioria aceita a utilização da Técnica de Gerenciamento proposta em uma proporção de 73,31% (110) Apenas 3,3% (5) não aceitam o uso da técnica proposta e 23,3% (35) aceitam com restrições considerando que seus filhos possam vir a adquirir traumas psicológicos durante o tratamento. Os pais ou responsáveis que possuem ensino fundamental incompleto ,

são os que menos aceitam as técnicas e mais colocam restrições. Atribuímos este fato ao desconhecimento das técnicas não esquecendo que muitas vezes esses acompanhantes são vítimas de violência no próprio ambiente em que vivem.

Tabela 8.8 - Distribuição dos usuários, segundo a Técnica de Contenção Física Passiva e escolaridade, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica Contenção Física Passiva</b>								
<b>Escolaridade</b>	<b>Aceita*</b>	<b>%</b>	<b>C/Restrições</b>	<b>%</b>	<b>Não aceita</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
EFI	25	16.7	14	9.3	13	8.7	52	34.7
EFC	17	11.3	7	4.7	8	5.3	32	21.3
EMI	11	7.3	3	2.0	1	0.7	15	10.0
EMC	19	12.7	9	6.0	11	7.3	39	26.0
ESI	2	1.3	2	1.3	1	0.7	5	3.3
ESC	3	2.0	2	1.3	2	1.3	7	4.7
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>51.3</b>	<b>37</b>	<b>24.7</b>	<b>36</b>	<b>24.0</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Quanto a Técnica de Contenção Física Passiva e sua relação com a escolaridade observou-se que a rejeição aumentou bastante, 24,0% (36), demonstrando que não basta exclusivamente conhecer o desenvolvimento da técnica proposta, pois de maior significado para estes é não ver seus filhos serem machucados. Com isso o percentual de aceitação passa a ser de 51,3% (77) usuários.

Tabela 8.9 - Distribuição dos usuários, segundo a Técnica Mão Sobre a Boca e escolaridade, Belém-Pará, 2005.

<b>Técnica Mão sobre a Boca</b>								
<b>Escolaridade</b>	<b>Aceita*</b>	<b>%</b>	<b>C/Restrições</b>	<b>%</b>	<b>Não aceita</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
EFI	31	20.7	12	8.0	9	6.0	52	34.7
EFC	18	12.0	6	4.0	8	5.3	32	21.3
EMI	12	8.0	3	2.0	0	0.0	15	10.0
EMC	22	14.7	8	5.3	9	6.0	39	26.0
ESI	4	2.7	0	0.0	1	0.7	5	3.3
ESC	3	2.0	1	0.7	3	2.0	7	4.7
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>60.0</b>	<b>30</b>	<b>20.0</b>	<b>30</b>	<b>20.0</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Nesta os usuários já demonstram um grau de aceitação um pouco melhor, 90 casos (60.0%), ficando em 30 (20.0%) os que aceitaram com restrições e em 30

(20.0%) os que não aceitaram a técnica. Ainda, os que tem ensino fundamental incompleto são responsáveis pelos percentuais maiores de aceitação (20.7%), com restrições (8.0%) e não aceitação da técnica (6.0). Porém considerando este item pesquisado, os que tem ensino fundamental completo (18 casos) e os que tem ensino médio completo (22 casos), manifestaram-se significativamente tanto em relação à aceitação total, com restrições e, não aceitação da técnica. Deve-se isto ao fato de ser a técnica bem melhor aceita pelos pais ou responsáveis que acreditam que seus filhos não serão traumatizados (NOGUEIRA,1990).



## 9 CONCLUSÕES

A análise e a discussão dos resultados obtidos no presente trabalho permitiram concluir que:

- 1- Ao compararmos as diversas técnicas pesquisadas, conclui-se que a maioria dos pais ou responsáveis (83,33) não foram informados sobre qual Técnica de Gerenciamento Comportamental seria aplicada em seus filhos, quando necessária.
- 2- A maioria dos pais ou responsáveis é do gênero feminino, solteiras e na faixa etária de 18/28 anos de idade.
- 3- Quanto à aceitação das Técnicas de Gerenciamento Comportamental propostas, a de maior aceitação é a de Contenção Física Ativa (73,33%), 110 usuários e, a de menor aceitação é a Técnica de mão sobre a boca (20%), 30 usuários.

## 10 REFERÊNCIAS

Addelston HK. Child patient traing. Fort. Rev. Dent. Soc.1959; 38(7): p.27-29.

Anderson, K.O. Psychological preparation for invasive medical and dental procedures. J. Behav. Med.1995; 5 (3): 29-45.

Andlanw RJ, Rock WP. A manual of paedodontics. 3<sup>a</sup>. ed. Edinburgh: Churchil Livingstone, 1993.

Badra A. Hipnose em Odontologia: Avaliação da hipnose na terapêutica dentária. In: Gonzaga G. Hipnose; na medicina e na odontologia. São Paulo: Andrei: 1987. p.150-157.

Barbosa CSA, Toledo OA. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. JBP: J Bras Odontoped Odontol Bebê 2003; 6(29): 76-82.

Barenie JT, Ripa LW. The use of behavior modification techniques to successfully manage the child dental patient. J. Am. Dent. Assoc 1977; 94 (2): 329-334.

Benfatti SV, Andrione JV. Alguns princípios básicos de psicologia moderna aplicados a Odontopediatria. Odontol Mod. 1984; 11 (4) 50-54.

Bijela MFTB, et al. A utilização da técnica da mão sobre a boca (MSB) em odontopediatria: Revisão da literatura. JBP: J Bras Odontoped Odontol Bebê. 2003; 6 (30): 163-169.

Castro UJM. Procedimentos infantis na Odontologia. São Paulo: Santos, 1983.

Chambers DW. Managing the anxieties of young dental patients. J. Dent. Child. 1970; 37(5): 363-374.

\_\_\_\_\_. Sucesso no atendimento odontológico: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos. 2003.

Coutinho MTC. Psicologia da criança da fase pré-natal até aos 12 anos. São Paulo: Interlivros. Minas Gerais, 1978. 65p.

David A. A criança de 2 a 6 anos – vida afetiva e problemas familiares. 5ª. ed, São Paulo: Paulinas, 1986.

Duarte MJM, Guedes-Pinto AC. Técnica da mão sobre a boca da criança. Estudo sobre sua utilização pelos Odontopediatras. Rev Gaúcha Odontol. Porto Alegre. 1990; 38 (4); 267-274.

Elias R, Elias C. Odontologia e os pacientes especiais. Rio de Janeiro: Revinter. 2002. 189 p.

Festa SA, Fergusson FS. Behavior management techniques in pediatric dentistry. N.Y State Dent. J. 1993; 39 (2):35-38.

Finn SB. Clinical Pedodontics. Philadelphia: Saunders.1973, Cap. 2. p.15-31.

Fúccio F, Ferreira KD, Watanabe SA, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Mão-sobre-a-boca: avaliação do uso da técnica em Belo Horizonte. Rev. Ibero-am Odontopediatr Odontol. Bebê. 2003; 6 (34): 477-89.

Giglio EM, Guedes-Pinto AC. Princípios de psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: Guedes-Pinto, AC. Odontopediatria. 5ª. ed. São Paulo: Santos. 2000. cap. 6, p.131-45.

Guedes-Pinto A C. Odontopediatria. 5ª. ed. São Paulo: Santos, 1995.

Grunspun H. As atitudes familiares. Distúrbios neuróticos da criança. São Paulo: Prociex. 1985. p. 17-42.

Guthrie A. Separation anxiety: on overview. Pediat. Dent. 1997; 19 (7): 486-490.

Johnsen DC. Managing the patient and parents in dental practice. In: Wey, S.H.W. Pediatric Dentistry: total patient care. Philadelphia: Lea & Febiger, 1998, p. 140-155.

Kaltenbach R F. Psychological aspects of pain. J. Dent. Pediatric. 1999; 6 (4): p. 67-69.

Klatchoian DA. Psicologia Odontopediátrica. São Paulo: Sairer, 1993.

KLEIMAN, M. Fear dentists as factor in children's use of dental services. J. Dent. Child. 1982; 49 (3): 209-213.

Kramer RB. Parent and patient management in the dental office. In: Braham R.L.; Morris ME. Textbook of pediatric dentistry. Baltimore: William & Wilkins, 1980, p. 394-403.

Kock G. et. al. Odontopediatria: uma abordagem clínica. São Paulo: Santos, 1992.

Levitas TC. Home: hand over mouth exercise. J. Dent. Child. 1974; 41(4): 178-82.

Levy RL, Demodo PK. Currente techniques for behavior managment: a survey. Pediatric Dentistry. 1979; 1(2): p. 160-164.

Lipsitth LP, Reese H W. Psicologia do desenvolvimento da criança. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

Lowey GH. Growl and development of children. 8ª. ed. Chicago: Year Book Medical, 1998. p.456-79,

Maia MES, Corrêa MSNP. O ultimo recurso clínico e psicológico: Home a partir dos 3 anos de idade . In: Corrêa MSNP. Odontopediatria na primeira infância. São Paulo: Santos; 2001. cap. 16, p.189-194.

Mahler MS et al. O nascimento psicológico da criança. Rio de Janeiro: Zahar; 1977. cap. 2, p. 57-150.

Massler MS. Psycohology in dentistry for children. Dent Clin N Am. 1962; 6 (4): p. 623-635.

\_\_\_\_\_. La psicologia em odontologia para niños. *Odontol. N. Am.* 1964.18, p. 60-73.

Mastrantonio SDS, Gomes AC, Neves LT, Costa B. Manejo do comportamento infantil no consultório odontológico – relato de um caso clínico. *Rev. Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê.* 2004; 7(37): 230-7.

MC TIGUE DJ. Controle do comportamento infantil. *Dent. Clin. N. Am. Odontoped.* 1985; 28 (3): p. 91-106, 1985.

Moraes ABA, Gil IA. A criança e o medo do tratamento odontológico. In: Usberti, A C. *Odontopediatria clínica.* 2ª. ed. São Paulo: Santos, 1993. cap. 12, p. 113-118.

Morais AP, Bundzman ER, Maia, LC, Souza IPR. Posicionamento dos profissionais de odontologia frente a técnica de mão sobre a boca. *Rev Odont Espec.* 1997; 1(1): 282-85.

Nerici I. Seus filhos, o sexo e você. In: Castro UJM; *Procedimentos infantis na Odontologia.* São Paulo: Santos, 1983.

Nogueira AJ. *Traumatismos dentais.* Belém: Universidade Federal do Pará; 1990..-

Oliveira ACB, Pordeus IA.; Paiva SM. O uso do óxido nitroso como uma opção no controle do comportamento em Odontopediatria. *J Bras Odontopediatria Odontol Bebê.* 2003; 6 (32): 344-50.

Osterrieth P. *Introdução à Psicologia da criança.* 6ª. ed., São Paulo: Nacional, 1969, 192p.

Pinkham JR. Personality development: managing behavior of the cooperative preschool child. *Dent Clin North Am.* 1995; 39(4): p.771-87.

\_\_\_\_\_. *Odontopediatria da infância à adolescência.* 2ª. ed. São Paulo: Artes Médicas. 1996.

Roberts JF. Hand over mouth technique. Br Dent J. 1986; 160 (5): 151.

Sandstrons CJ. A psicologia da infância e da adolescência. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

Tavares MJ, Modesto A, Amaral MT, Rédua PCB, Vianna R. Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e restrição física. Rev. ABO Nac 2000; 8(2); 269-301.

Toledo OA. Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica. 2ª. ed. São Paulo: Premier, 1996. Cap. 1, 17-39p.

Vono AZ. O medo da criança perante o tratamento odontológico. Odontopediatria. 1994; 1 (2): 1-12.

Walter LRF, Ferelli A, Issao M. Odontologia para o bebê: Odontopediatria do nascimento aos 3 anos. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 246p.

Wright GZ. Behavior, management in dentistry for children. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975.

Wright GZ. Controle psicológico do comportamento de crianças. In: McDonald Ralph E., Avery DR. Odontopediatria. 6ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. cap. 3, p.23- 36.

## 11 APÊNDICES

### APÊNDICE A- Questionário resposta



Universidade Federal do Pará  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Odontologia  
Mestrado em Odontologia

**TÍTULO DA PESQUISA:** “AVALIAÇÃO DO GRAU DE ACEITAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS ÀS TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL DO TIPO CONTENÇÃO FÍSICA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DA UFPA”.

#### Questionário Resposta

1. Nome:.....

2. Idade.....Estado civil.....Gênero.....

#### 3. Escolaridade

( ) Nenhum (não sabe ler nem escrever)

( ) Ensino Fundamental ( ) completo ( ) incompleto

( ) Ensino Médio ( ) completo ( ) incompleto

( ) Ensino Superior ( ) completo ( ) incompleto

4. Você acompanha seu(s) filho(s) durante a consulta dentro da sala de clínica?

( ) Sim Não( )

5. Você já foi informado alguma vez sobre Técnicas de Gerenciamento do Comportamento?

( ) Sim Não( )

#### TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DO COMPORTAMENTO

1- **Técnica de contenção ativa:** A auxiliar do cirurgião dentista, os pais ou responsáveis seguram os braços e as pernas da criança, imobilizando-a evitando que ela se movimente durante a realização do tratamento.

( ) **Aceito totalmente**

( ) **Aceito com restrições**

( ) **Não aceito**

- 2- Técnica de contenção passiva:** O cirurgião dentista auxiliado pela assistente, os pais ou responsáveis, utiliza um pano apropriado para enrolar a criança, evitando assim que ela se movimente durante o tratamento.
- (  ) **Aceito totalmente**
  - (  ) **Aceito com restrições**
  - (  ) **Não aceito**
- 3- Técnica mão sobre a boca:** A auxiliar segura a criança enquanto o cirurgião dentista coloca a mão sobre a boca da criança e fala em tom suave, perto do ouvido da criança, que ela para de chorar.
- (  ) **Aceito totalmente**
  - (  ) **Aceito com restrições**
  - (  ) **Não aceito**



APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa



Universidade Federal do Pará  
Centro de Ciências da Saúde  
Curso de Odontologia  
Mestrado em Odontologia

**TÊRMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O projeto **“AVALIAÇÃO DO GRAU DE ACEITAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS ÀS TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO COMPORTAMENTAL DO TIPO CONTENÇÃO FÍSICA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA DA UFPA”**, visa avaliar o nível de aceitação dos pais ou responsáveis de crianças atendidas na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará, às técnicas aversivas **CONTENÇÃO FÍSICA ATIVA E PASSIVA e MÃO-SOBRE-A-BOCA** do Gerenciamento do Comportamento Infantil.

Você estará livre, para decidir a qualquer momento de participar ou não deste Projeto de Pesquisa. Caso não queira participar, seu filho continuará a ser atendido normalmente na Clínica de Odontopediatria do Curso de Odontologia da Universidade Federal do Pará.

Caso você concorde em participar do Projeto, deverá se comprometer em nos responder o questionário que lhe será fornecido. Você não terá nenhuma recompensa material, apenas, estará colaborando para o sucesso da pesquisa e, para isso, sua participação será fundamental.

**OBS: Em caso de dúvidas, fazer contato com o Prof. ANTONIO JOSÉ DA SILVA NOGUEIRA, orientador do Projeto na UFPA, Centro de Ciências da Saúde, pelo fone 3215-2305 ou 9981-5540, ou com o Prof. NELSON MONTE DE CARVALHO, autor do Projeto na Universidade Federal do Pará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Odontologia, pelos telefones 3183-1688, 3230-3804 ou telefone celular 8115-8658.**

**Prof. Nelson Monte de Carvalho  
Nogueira  
CR0.PA 651 – Autor**

**Prof. Antonio José da Silva  
CRO-PA 306 – Orientador**

**Declaro que após ter lido este termo, sinto-me esclarecida, e concordo em participar do Projeto conforme o estabelecido nos procedimentos acima citados.**

---

**Sujeito da Pesquisa**

**12 ANEXO**


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CCS/UFPA

Ao: Prof. Esp. NELSON MONTE DE CARVALHO

Carta nº 001/CEP-CCS/UFPA

Senhor pesquisador, temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "Avaliação da Aceitação dos Pais ou Responsáveis às Técnicas de Gerenciamento Comportamental do Tipo Contenção Física e Mão sobre a Boca na Clínica de Otorrinolaringologia da UFPA", protocolo nº. 053/2005 CEP/UFPA-CCS, foi apreciado e aprovado na reunião do dia 30 de agosto de 2005. Você tem como compromisso a entrega do relatório até o dia 30 de dezembro de 2005 no CEP-CCS/UFPA situado no Campus universitário do Guamá no Complexo de sala de aula do CCS - sala 13 (Altos) (em frente ao estacionamento do Curso de Odontologia).

Atenciosamente,

  
**Prof. M. Sc. Wallace Raimundo Araújo dos Santos**  
Coordenador do CEP-CCS/UFPA

Universidade Federal do Pará – Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 13 - Campus  
Universitário, nº01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará.  
Tel: (48) 3202