



CURSO DE ODONTOLOGIA

ROBERTA LÚCIA FERREIRA SILVA

**A INFLUÊNCIA DO COMPORTAMENTO PARENTAL NA
ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

**THE INFLUENCE OF PARENTAL BEHAVIOR ON THE
CHILD'S ADAPTATION TO DENTAL CARE**

SALVADOR
2020.1

ROBERTA LÚCIA FERREIRA SILVA

**A INFLUÊNCIA DO COMPORTAMENTO PARENTAL NA
ADAPTAÇÃO DA CRIANÇA AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

**THE INFLUENCE OF PARENTAL BEHAVIOR ON THE
CHILD'S ADAPTATION TO DENTAL CARE**

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientadora: Prof.^a Dra. Iza Teixeira Alves Peixoto

SALVADOR

2020.1

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo que me é permitido, por todo cuidado e proteção.

Aos meus pais todo meu amor, vocês são a minha base, obrigada pela torcida e mesmo longe, estarem presentes.

Aos meus filhos, vocês me tornam uma pessoa melhor a cada dia, tenho muito orgulho de vocês, de exercer meu papel de mãe. Obrigada por me olharem e deixarem claro o quanto se orgulham de mim, foi desse orgulho e amor que me abasteci durante essa jornada, a mamãe ama vocês.

Ao meu marido, por todo incentivo, dedicação e paciência. Você sempre quis que eu fosse além e não hesitou em me proporcionar tudo isso, amo você.

A orientadora, Prof^a. Dr^a. Iza Teixeira, pelos ensinamentos passados, pela amizade, pela compreensão e pela brilhante orientação.

A minha dupla Raquel Boaventura, o que dizer desses cinco anos? Foram muitos medos, risadas, conquistas e uma cumplicidade que não se abalou com as estremecidas que tivemos. Sentirei falta da nossa rotina e dos cafés todas as manhãs.

Ao meu amigo Anderson Sena, pela paciência, por transmitir essa calma quando eu mais precisei, enquanto você dizia: calma Beta, vai dar tudo certo!

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos os colegas professores.

Gratidão a todos que estiveram ao meu lado me ajudando e torcendo por mim, amigos da faculdade e da vida.

“Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida e entender que não existem pessoas de sucesso e pessoas fracassadas. O que existem são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles”

Augusto Cury

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	9
3. REVISÃO DE LITERATURA	10
3.1 A ANSIEDADE INFANTIL NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....	10
3.1.1. Conhecimento sobre ansiedade e as contribuições da psicologia	11
3.2 A FAMÍLIA E SEU PAPEL NO DESENVOLVIMENTO DA ANSIEDADE INFANTIL.....	13
3.3 A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE E ADAPTAÇÃO AO TRATAMENTO.....	16
3.3.1. Técnica de comunicação verbal	16
3.3.2. Comunicação não verbal	16
3.3.3. Dizer - mostrar - fazer	16
3.3.4. Controle da voz	16
3.3.5. Distração	17
3.3.6. Reforço positivo	17
3.3.7. Modelo	17
3.4 ORIENTAÇÕES AOS PAIS/ACOMPANHANTES.....	17
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	18

REFERÊNCIAS

ANEXO A - DIRETRIZES PARA AUTORES

ANEXO B - ARTIGOS REFERENCIADOS

RESUMO

A influência da ansiedade parental nas crianças produz estímulos aversivos através de relatos de experiências pessoais negativas, por vezes assustadoras, sobre tratamentos dentários traumáticos, medo produzido pelos pais através de ameaças verbais, ou seja, a visita ao dentista citada como uma ameaça, ou como forma de punição. Este trabalho tem como objetivo compreender, através de uma revisão da literatura, a influência de padrões de comportamento dos responsáveis e seu reflexo na adaptação da criança diante do tratamento odontológico. Dessa forma, os objetivos específicos são: 1) compreender a influência da ansiedade no comportamento do paciente infantil frente ao atendimento odontológico; 2) discorrer sobre os fatores que podem impactar nos níveis de ansiedade do paciente infantil diante da consulta ou tratamento odontológico. A revisão de literatura foi realizada a partir da busca de artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, como PubMed, Scielo, BVS, além de consulta bibliográfica. Os descritores utilizados como parâmetros de pesquisa foram ansiedade, comportamento, influência parental, odontopediatria e tratamento. Os artigos foram selecionados através da análise dos resumos, que tinham como assunto principal os fatores associados à ansiedade odontológica e ao atendimento em Odontopediatria. Espera-se compreender os fatores externos que causam comportamentos de medo e ansiedade no paciente infantil, inclusive o próprio comportamento ansioso da família e os padrões disfuncionais que impactam na evolução do tratamento odontológico, bem como as técnicas e métodos de acolhimento e acomodação utilizada pelos Odontopediatras, a fim de viabilizar o levantamento de hipóteses para possíveis intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: Influência parental; comportamento; odontopediatria; tratamento; ansiedade.

ABSTRACT

The influence of parental anxiety on children produces aversive stimulus through negative personal reports, sometimes frightening, about traumatic dental treatments, fear produced by parents through verbal threats, in other words, the visit to the dentist cited as a threat, or as form of punishment. This assignment aims to understand, through bibliographical research and literature review, the influence of behavioral patterns of parents or guardians and its reflection on the accommodation and adaptation of the child to dental treatment. Thus, the specific objectives are: 1) to understand the influence of anxiety on children's patient's behavior regarding dental care; 2) Discourse about the factors that can impact the anxiety levels of the children patients in the face of the dental appointment or treatment. The literature review was made based on the search of scientific articles published in national and international journals, such as PubMed, Scielo, BVS, and bibliographic researches. The descriptors used as search parameters were anxiety, behavior, parental influence, pediatric dentistry and treatment. The articles were selected through the analysis of the summaries, which had as main subject the factors associated with dental anxiety and dental care. It's expected to understand the external factors that cause fear and anxiety behaviors in the children as a patient, including the family's own anxious behavior and the dysfunctional patterns that affects the evolution of dental treatment, as well as the techniques and methods of reception and accommodation used by professionals pediatric dentistry, in order to enable the hypothesis for possible interventions.

KEY-WORDS: parental influence, behavior, pediatric dentistry, treatment, anxiety.

1. INTRODUÇÃO

Mesmo com os avanços tecnológicos e a busca constante pela humanização nos atendimentos de atenção à saúde, a ansiedade entre os pacientes pediátricos durante o tratamento odontológico se apresenta como um dos grandes desafios enfrentados pelo Odontopediatra.

A ansiedade dental, ou medo do dentista, não é uma característica inata dos indivíduos, porém, com o início do processo de socialização na infância, a criança recebe de seus cuidadores, parentes e colegas, estímulos aversivos através de relatos de experiências pessoais negativas, por vezes assustadoras, sobre tratamentos dentários traumáticos. Para além disso, alguns cuidadores utilizam a visita ao dentista como forma de punir a criança (1).

Existem múltiplos fatores etiológicos que influenciam no desenvolvimento da ansiedade no paciente odontopediátrico, tais quais os fatores psicológicos, comportamentais e emocionais, a exemplo de algumas características das crianças como timidez e emoção exacerbada (2).

O comportamento parental também exerce influência no comportamento infantil. Existe uma correlação proporcional entre os níveis de ansiedade infantil e a característica da atitude materna. Desse modo, serão observados menores índices de ansiedade infantil em crianças cujas mães são responsivas, que impõem limites e fazem intervenções – com reforço e punição –, enquanto as crianças cujas mães são mais permissivas, com pouca autoconfiança e que evitam punições ou limitações, apresentam maiores índices de ansiedade (3,4).

Outro importante aspecto que contribui para que se desenvolva tal condição é a visita tardia ao consultório odontológico, o que tem como agravante a instalação da sintomatologia dolorosa, por meio de cáries, fraturas dentárias ou outras patologias bucais (2).

É importante que o Odontopediatra esteja preparado para perceber a existência de fatores que possam ocasionar comportamentos de não colaboração diante do tratamento proposto, conhecendo os preditores de comportamento infantil, pois irá facilitar a rotina de atendimento, permitindo que o profissional atue de maneira mais assertiva diante de situações adversas, sem torná-las traumáticas ou provocadoras de sofrimento (5).

Esse trabalho tem como objetivo compreender, através de uma revisão da literatura, a influência de padrões de comportamento dos responsáveis e seu reflexo na adaptação da criança diante do tratamento odontológico. Dessa forma, os objetivos específicos são: 1) compreender a influência da ansiedade no comportamento do paciente infantil frente ao atendimento odontológico; 2) discorrer sobre os fatores que podem impactar nos níveis de ansiedade do paciente infantil diante da consulta ou tratamento odontológico.

2. METODOLOGIA

A revisão de literatura foi realizada a partir da busca de artigos científicos nas seguintes bases de dados: PubMed, Scielo, BVS e consulta bibliográfica. Os descritores utilizados como parâmetros de pesquisa foram: influência parental (*parental influence*), comportamento (*behavior*), odontopediatria (*pediatric dentistry*), tratamento (*treatment*) e ansiedade (*anxiety*). Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre os anos de 2010 e 2019, nos idiomas inglês e português. Os artigos foram selecionados através da análise dos títulos e resumos, que tinham como assunto principal os fatores associados à ansiedade odontológica e ao atendimento em Odontopediatria. O total de referências obtidas foi de 19 artigos. Os critérios de exclusão foram artigos que não possuíam associação direta com o tema abordado. O artigo de Coêlho e Tourinho (2008), que é anterior a esse período foi anexado devido à importância das informações, selecionado através da análise do resumo, que tinha como assunto principal os fatores associados à ansiedade e ao atendimento em Odontopediatria.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ANSIEDADE INFANTIL NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Quando se fala de tratamento odontológico em crianças, logo vêm os questionamentos sobre o quão difícil este pode ser. De fato, a prática terapêutica com crianças exige esforços e entendimentos que vão além do consultório odontológico. Requer um cuidado com “o todo”, considerando o contexto em que vivem, relação com a família, aspectos psicológicos, condições socioeconômicas, entre outros, para se obter conhecimento da história e das vivências do paciente, nos propiciando a construção de uma boa convivência e parceria com os pais ou responsáveis, além da própria criança atendida (6).

A relação entre o paciente e o profissional de saúde, é um fator preponderante para o sucesso terapêutico, sendo este um diferencial significativo entre o atendimento a crianças e a pessoas adultas. O tratamento com adultos é pautado na confiança e no estreitamento de laços entre o dentista e seu paciente, o que caracteriza uma relação bilateral. Porém, o tratamento com o paciente infantil requer uma relação triangulada, com participação contínua dos pais ou responsáveis, do profissional e da própria criança (6).

Considerando as práticas psicológicas atuais, nota-se uma ação conjunta por parte dos psicólogos em relação aos pais e cuidadores das crianças. Tal parceria se torna alicerce para construção da aliança terapêutica que vai proporcionar o sucesso do tratamento. Na Odontopediatria a lógica é a mesma, ao tratar da promoção de saúde infantil, prevenção de doenças ou da adesão ao tratamento, é necessário que o Odontopediatra envolva os pais e responsáveis, orientando-os acerca do seu papel, visando atingir objetivos que beneficiem a criança (3).

Segundo Kiliņ *et al* (7), algumas crianças apresentam medo e ansiedade quando são expostas a visitas ao dentista e existem fatores específicos que podem explicar tal comportamento. Na Odontologia, esses fatores consistem nos instrumentos odontológicos, que ainda são desconhecidos para o paciente pediátrico, nos métodos de tratamento, no medo e/ou na dor decorrente de tratamentos anteriores, nos prejuízos resultantes da primeira visita tardia ao dentista, na presença de funcionários da clínica, que são pessoas estranhas para

elas e no medo de outras experiências vividas, não necessariamente com tratamento dental, mas através de outros procedimentos médicos (7).

Segundo Venham *apud* Shind (8), sugerem que o comportamento das crianças tende a melhorar nas consultas odontológicas subsequentes, sugerindo que essas visitas ajudam a criança a se familiarizar com o ambiente e com os procedimentos odontológicos mais estressantes. Apesar dos esforços para adequar os equipamentos odontológicos, os consultórios e até mesmo os EPIs, como jalecos, máscaras e gorros, adotando uma aparência mais leve e acolhedora para o paciente infantil, ainda é distante imaginar que a prática odontológica perca sua característica invasiva, decorrente da localização da área de atuação do cirurgião-dentista (9).

Para um melhor entendimento e clareza dos termos empregados neste trabalho, cabe ressaltar os conceitos de ansiedade e medo, bem como salientar diferença entre essas palavras. A ansiedade “consiste num estado emocional inevitável, mas que se torna persistente e desagradável a quem sente”. O nível da dor tem relação diretamente proporcional ao nível de ansiedade, segundo Félix *et al* (9). Já o medo “é uma sensação que evoca um estado de alerta que se manifesta pelo receio de fazer alguma coisa, geralmente por se sentir ameaçado física ou psicologicamente”. Ainda segundo Félix *et al* (9), o medo pode ser classificado como direto e indireto, sendo que o primeiro é percebido a partir da própria vivência do sujeito, enquanto o segundo é adquirido a partir de relatos de terceiros, ou seja, situações que foram vivenciadas por outras pessoas e não pelo próprio indivíduo (9).

Shind e Hedge (8) indicaram a "ansiedade dentária" como o sentimento ou estado apreensivo decorrente do tratamento dentário, que não precisa estar, via de regra, relacionado a um estímulo específico. Já o "medo odontológico", para os autores, se refere a uma reação emocional normal a, pelo menos, um estímulo que represente ameaça face ao contexto odontológico (8).

3.1.1 Conhecimento sobre ansiedade e as contribuições da Psicologia

Diante das evidências e estudos desenvolvidos sobre o comportamento ansioso na infância, faz-se necessário à compreensão dos profissionais de

Odontopediatria acerca dos processos de desenvolvimento da ansiedade em crianças. Friman, Hayes & Wilson *apud* Coêlho e Tourinho (10), indicaram uma imprecisão na abordagem psicológica para o termo ansiedade, de modo que é empregado em diferentes sistemas explicativos e eventos diversos. O uso de metáforas, segundo os autores, dificulta a construção de definições consistentes dos fenômenos para os quais os cientistas se voltam (10).

Coêlho e Tourinho (10) indicaram que a ansiedade tem sido abordada em duas ênfases sobrepostas pela Análise do Comportamento (AC), uma ênfase verbal e outra não verbal. Sobre essas possibilidades os autores indicam os caminhos seguidos por cada teórico da AC:

“Em Fester, Culbertson e Perrot Boren (1977), Lundin (1969/1977), Millenson (1967/1975) e Skinner (1953/1965, 1989), encontram-se exemplos do primeiro tipo de abordagem, enfatizando-se contingências que incluem um estímulo pré-aversivo, um estímulo aversivo (para alguns, incontrolável) e uma resposta "emocional" eliciada pelo pré-aversivo. As argumentações de Friman, Hayes et al. (1998) e Kanfer e Phillips (1974), ilustram o segundo tipo de enfoque, no qual são destacados aspectos referentes à linguagem como fonte de controle de respostas de ansiedade e relações indiretas entre estímulos (públicos e privados)” (10).

Segundo Petersen (11) as emoções, comportamento, pensamentos e o corpo são as dimensões nas quais a ansiedade é expressa. Pensando num contexto de abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), a intervenção se direciona para as dimensões comportamental, cognitiva, emocional e social. “Práticas, recompensas, tarefas para casa, observação do processamento da informação, nomeação de sentimentos e participação dos pais e pares” são as técnicas utilizadas no contexto do tratamento (11).

Setiawan, Agustiani e Kendhawati (12) apresentaram evidências do campo da psicologia comportamental para explicar o desenvolvimento da ansiedade infantil relativa ao tratamento odontológico.

“O comportamento parental que causa condições desconfortáveis para as crianças no consultório odontológico é um estímulo condicionado. Combinado com estímulo aversivo incondicionado (tratamento odontológico). Por tanto as crianças expressam um medo condicionado em relação ao dentista, porque aprendem e esperam que o tratamento odontológico seja desagradável, porque são forçadas pelos pais ou porque recebem declarações negativas sobre o dentista” (12).

Numa perspectiva cognitiva, Bandura *apud* Silva (13) sugere que o aprendizado pode acontecer por meio da observação de terceiros. Desse modo, o indivíduo pode ter um comportamento reforçado por experiências indiretas, desenvolvendo respostas a partir da aprendizagem vicária. Cloninger *apud* Almeida *et al* (14) afirma que, desse modo, o observador – nesse caso, a criança – criará uma representação cognitiva baseada nas consequências relativas à situação observada, que podem gerar o sentimento de medo ou punição, ou seja, as crianças aprendem a sentir medo através do que ouvem ou veem (13,14).

Martins e Dias (15) sugerem que as crianças aprendem, também, através da observação do ambiente onde vivem, trata-se de uma aprendizagem adaptativa e geralmente imitam seus familiares e indivíduos de sua convivência, desta forma internalizam seus hábitos e, a partir desta vivência de medo e ansiedade, a criança pode ser induzida a preconcepção de que ir ao dentista é uma experiência ruim, dolorosa. O contágio emocional envolve uma tendência à imitação e sincronização automática de expressões, posturas, vocalizações e movimentos com o outro, em um ciclo emocional (15).

As pesquisas sobre essa temática indicam maior ocorrência de ansiedade consequente entre mães e crianças, principalmente na idade pré-escolar, quando a dependência parental é, naturalmente, mais acentuada (12).

3.2 O PAPEL DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DA ANSIEDADE INFANTIL

A ansiedade odontológica em crianças tem como principal componente a chamada ansiedade parental, que é transmitida das mães, pais ou familiares para as crianças, através de relatos de experiências dentárias traumáticas, descrições de tratamentos invasivos, como extrações ou tratamentos endodônticos, medo produzido pelos pais através de ameaças verbais, ou seja, a visita ao dentista citada como uma ameaça, ou como forma de punição, para levar a criança a fazer suas atividades diárias, como escovar os dentes (12).

Alguns pais adotam ainda um discurso que faz o dentista parecer mau, através de afirmações como “se você não escovar os dentes, vou te levar ao dentista”. Caso a criança apresente resistência durante a consulta, podem haver ainda as punições físicas, que tendem a resultar em trauma para a criança (12). O comportamento da criança no ato da consulta, inclusive sua disposição

colaborativa, será influenciado também pelos antecedentes aos quais ela está exposta, de modo que eventos traumáticos na história individual acarreta maior probabilidade de estímulos aversivos no ato da consulta (3).

Venham, Murray e Gaulin-Kremer (4) apontaram ainda uma correlação entre a atitude das mães em relação aos seus filhos e o nível de ansiedade apresentado pelas crianças. Os autores observam que as mães mais ativas, impositivas e interventivas, exercendo controle sobre o comportamento infantil por meio de reforço e/ou punição, conseguem lograr maior êxito quanto ao controle do comportamento ansioso dos filhos. De igual modo, as crianças cujas mães são mais permissivas, com pouca autoconfiança e que evitam punições ou limitações, apresentam maior incidência de comportamento ansioso durante as consultas e intervenções Odontológicas (4).

Os autores fazem indicação da figura materna como principal, por vezes única, responsável pelo acompanhamento das crianças em suas atividades diárias, bem como pelos cuidados da saúde dos filhos e, por consequência, responsável pelo desenvolvimento da ansiedade infantil. Os termos “mãe” e/ou “materna (o)”, aparecem diretamente relacionados aos quadros de ansiedade infantil. Em observância a isso e às mudanças de paradigmas sociais que discutem os papéis de homens e mulheres no contexto sociocultural, foi adotado neste trabalho o termo “parental”, a fim de abarcar todos os responsáveis envolvidos nos cuidados e educação da criança.

Cassoni (16) e Cruz *et al.* (17) reforçam a relação direta entre o contexto familiar, sobretudo os parâmetros educacionais exercidos, e o desenvolvimento de comportamentos disfuncionais – a exemplo do comportamento ansioso – e os reflexos ao tratamento odontopediátrico. Cassoni (16) se refere aos estilos parentais para caracterizar os padrões de relacionamento construídos entre pais e filhos, fazendo uma análise proporcional, a partir dos estudos de Weber, Baumrind, Maccoby e Martin, entre responsividade e exigência dos pais em relação aos seus filhos, sendo a exigência as atitudes de controle e a responsividade as ações compreensivas (16). Cruz *et al.* (17) indicam uma atenção ao equilíbrio entre esses dois fatores, uma vez que, de acordo com a autora, exigência em excesso pode ocasionar em ultra disciplina, frustração, complexidade e angústia, enquanto que o relaxamento demasiado tende a

comportamentos de dominação, indisciplina, egoísmo, insegurança e dependência (16,17).

Desse modo, os autores definem os estilos parentais como autoritativo, autoritário, indulgente e negligente. Os pais autoritários são aqueles que apresentam alta exigência e pouca responsividade, enquanto o indulgente se caracteriza de maneira estritamente oposta. Já o negligente apresenta carência dos dois fatores, com baixa exigência e baixa responsividade. Os autores apontam para esse desequilíbrio como fator preponderante para o desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais, indicando o estilo autoritativo, com níveis equilibrados de exigência e responsividade, como modelo mais eficiente na promoção do desenvolvimento infantil saudável para os filhos (16,17).

Outro aspecto importante que se deve observar sobre o comportamento das crianças são os desajustes familiares. Segundo Corrêa, Pinto e Echeverria (6), crianças cujas famílias apresentam desajustes estruturais contínuos e crônicos, podem ter mais dificuldades durante o tratamento odontológico. Estes desajustes podem ser caracterizados por ocorrências constantes de brigas entre membros da família, divórcio, ou mesmo excesso de ocupação dos pais, seja por problemas de trabalho, vaidades pessoais ou até mesmo o nascimento de um(a) irmão(ã). Expostas a este contexto, as crianças normalmente demonstram insegurança, irritação, choro e certa ansiedade em decorrência da falta de estruturação familiar, por isso o profissional deve estar atento ao comportamento do paciente Odontopediátrico, devendo questionar os responsáveis por eventuais acontecimentos desagradáveis e que possam comprometer a estabilidade emocional da criança (6).

Diante dos fatores externos que impactam os comportamentos de medo e ansiedade apresentados pelo paciente infantil, incluindo o próprio comportamento ansioso da família, o Odontopediatra deve investir na orientação, direcionando as atitudes dos pais no sentido de contribuir para a evolução do tratamento odontológico, sendo indispensável que haja uma concordância de pensamentos e ações que permitam que o tratamento da criança seja realizado de forma respeitosa e humana (18).

Os autores reforçam a importância da anamnese, que inclui também informações de tratamento pessoal, o que possibilita maior acomodação do

paciente (18). As orientações contemplam, também, a naturalidade que os pais devem ter com as possíveis reações do filho, seja de choro, medo ou até mesmo de hostilidade e violência, de modo que também é importante a compreensão com as técnicas de manejo adotadas pelo profissional, que pode envolver ainda um tom de voz mais firme ou mesmo a retirada dos acompanhantes do ambiente (6).

Os pais devem contribuir para naturalização da relação com o profissional, desde a explicação honesta do que é a visita ao dentista, até a valorização da curiosidade, da interação com o dentista, até que esteja estabelecida uma relação de confiança entre os envolvidos (6).

As demandas dos pais/responsáveis também são tratadas pelos autores, de modo que os temores e inquietações dos adultos sejam controlados, tanto no que diz respeito a não permitir que a criança tenha acesso a histórias que potencializem sua ansiedade ou medo do dentista, quanto ao solicitar a não intervenção dos acompanhantes durante o atendimento, sugerindo uma interação mínima com a criança naquele momento (6).

3.3 CONTRIBUIÇÕES DA ODONTOPEDIATRIA

Silva *et al.* (13) defendem que o profissional deve conversar com os pais sobre técnicas de manejo comportamental que são utilizados nos atendimentos Odontopediátricos, técnicas essas que viabilizam o tratamento por prover ao paciente segurança e confiança no trabalho do profissional. O manejo comportamental no atendimento tende a minimizar possíveis riscos de acidentes durante os procedimentos, garantindo a qualidade do serviço. As técnicas descritas pelos autores são de comunicação verbal, comunicação não verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, distração, reforço positivo e modelo (13).

3.3.1 Técnica de comunicação verbal

Consiste na explicação, dizer ao paciente cada procedimento a ser realizado durante o seu tratamento (6).

3.3.2 Comunicação não verbal

Traz o contato, a postura, a expressão facial e a linguagem corporal como reforço e orientação ao paciente sobre o que foi dito verbalmente (6).

3.3.3 Dizer- mostrar- fazer

Esta técnica tem o objetivo de reduzir a ansiedade da criança diante de uma situação desconhecida, consiste em apresentar aos poucos à criança alguns elementos do consultório, através de explicações verbais, dos procedimentos odontológicos, utilizando uma linguagem simples, demonstração visual, auditiva e tátil dos mesmos procedimentos que estão sendo realizados (18,19).

3.3.4 Controle de voz

É uma técnica onde o volume e o tom de voz deverão ser adaptados conforme a necessidade, para se ter a atenção do paciente infantil, a instrução deve ser dada de forma clara e sucinta (18).

3.3.5 Distração

Para a técnica de distração da criança podem ser utilizadas músicas, vídeos, histórias infantis e outros recursos audiovisuais através de TVs e *tablets*. A música, além de relaxar a criança, se sobrepõe ao som dos aparelhos odontológicos. Conversar com a criança sobre outros assuntos e deixar que ela segure algum tipo de brinquedo são métodos que complementam e colaboram para um bom relacionamento entre paciente e profissional (18,19).

3.3.6 Reforço positivo

Motivação do comportamento positivo da criança, através de elogios, gestos positivos, expressão facial, além dos reforçadores como lembrancinhas e brinquedos (18).

3.3.7 Modelo

Consiste na utilização de vídeos e comportamento de outras crianças que já se encontram condicionadas ao tratamento, servindo de modelo para o paciente que está tendo primeiro contato com dentista ou que já tenha alguma experiência não positiva. Dessa forma, proporcionar um novo padrão de comportamento utilizando do aprendizado da criança que é baseado na observação e imitação de outros (18).

3.4 ORIENTAÇÕES AOS PAIS/ACOMPANHANTES

Como forma de facilitar a relação do cirurgião-dentista com as crianças e seus pais/responsáveis que acompanham os atendimentos, Corrêa, Pinto e

Echeverria (6) enumeraram uma série de orientações, baseado na literatura clássica disponível, sobre como os pais/responsáveis podem agir para atenuar o comportamento de ansiedade e inquietação dos pacientes infantis durante o tratamento.

As preocupações apresentadas vão desde os cuidados mais básicos de comportamento pré-sessão até as situações mais complexas e que exijam intervenções mais incisivas do profissional, a fim de garantir o sucesso do tratamento (6).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, a ansiedade no contexto do tratamento Odontopediátrico pode estar relacionada tanto aos fatores inerentes ao próprio ambiente do consultório quanto, principalmente, a eventos antecedentes mais ligados a relação da criança com seus pais, o ambiente familiar como um todo e os estímulos aos quais ela está exposta.

Apesar da vasta existência de pesquisas científicas que se debruçam sobre a ansiedade no contexto Odontopediátrico, nota-se ainda a carência de uma interação maior entre os diferentes campos do conhecimento para obtenção de meios mais adequados de enfrentamento do problema em face. Ainda que existam referências a autores da Psicologia na abordagem desse tema, ainda não são observadas com frequência atuações conjuntas de profissionais das áreas correlatas para viabilização do tratamento Odontopediátrico, bem como da ansiedade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Busato P, Garbin RR, Santos CN, Paranhos LR, Rigo L. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. *São Paulo Med. J.* 2017; 135(2): 116-122.
2. Soares FC, Lima DSM, Barreto KA, Colares V. A ansiedade odontológica em crianças e os fatores associados: Revisão de literatura. *Psicologia, saúde & doenças.* 2015; 16(3):373-385.
3. Brandenburg OJ, Marinho-Casanova ML. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: Contribuições da análise do comportamento. *Estudo de Psicologia.* 2013; 30(4):269-640.
4. Venham LL, Murray P, Kremer-Gaulin E. Child-rearing variables affecting the preschool child's response to dental stress. *Clinical Science.* 2015; 58(1):2042-2045.
5. Cademartori MG. Comportamento infantil durante consultas odontológicas sequenciais: influência de características clínicas, psicossociais e maternas [Dissertação] Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2014
6. Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC, Echeverria S. Influências familiares e conselhos aos pais. In: Guedes-Pinto AC, Mello-Moura ACV. *Odontopediatria.* Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2015. p. 125-130.
7. Kiliç G, Akay A, Eden E, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz. Oral Res.* 2016; 30(1):1-8.
8. Shind SD, Hegde RJ. Evaluation of parental anxiety on children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits: *Indian J Dent Res.* 2017; 28:22-26.
9. Felix LF, Brum SC, Barbosa CCN, Barbosa O. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. *Revista Pró-univerSUS.* 2016; 07(2): 13-16.

10. Coêlho NL, Tourinho EZ. O conceito de ansiedade na análise do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2008; 21(2): 171-178.
11. Petersen CS. Evidências de efetividade e procedimentos básicos para terapia cognitivo-comportamental para crianças com transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de psicologia*. 2011; 13(1): 39-50.
12. Setiawan AS, Agutiani H, Kandhawati L. Qualitative study on parental behavior as the source of dental fear development as reported by preschool students in Bandung. *Eur J Dent*. 2018; 15(4):480-484.
13. Silva JPM. Educação do campo Psicologia da aprendizagem. 1.ed. Santa Maria RS: Núcleo de Tecnologia Educacional. 2017. 92p.
14. Almeida AP, Lima FMV, Lisboa SM, Lopes AP, Júnior AJAF. Comparação entre as teorias da aprendizagem de Skinner e Bandura. *Cadernos de Graduação – Ciências biológicas e da saúde*. 2013; 1(3): 81-90.
15. Martins N, Dias MR. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em Odontopediatria. *Rev Port Estomatol Med dent Cir Maxilofac*. 2016; 57(3): 164-170.
16. Cassoni C. Estilos parentais e praticas educativas parentais: Revisão sistemática e critica da literatura. [Dissertação] Ribeirão Preto – SP. Universidade de São Paulo; 2013.
17. Cruz MVA, Vieira LDS, Ferreira RB. Identificando a criança problema em Odontopediatria: Revisão de literatura. *ROdontolPlanal Cent*. 2018; 5(1): 10-14.
18. Silva LFP, Freire NC, Santana RS, Miasato JM. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicos na Odontopediatria. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2016; 28(2): 135-142.

19. Rocha RASS, Rolim GS, Moraes ABA. Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em Odontopediatria. Acta Comportamentalia. 2015; 23(4): 423-435

ANEXO A

Normas da Revista de Odontologia da Bahiana

Journal of Dentistry and Public Health

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.
2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens laterais direita e esquerda de 3 cm e superior e inferior de 2 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.
3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).
4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.
5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.
6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).
- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).
- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus.

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado (CAAE) como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório).

Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em sequência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de "et al."

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo

Artigos em periódicos: Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res* 1992;26:188-93.

Artigo em periódicos em meio eletrônico: Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. *J Clin Periodontol* [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: <http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x>

Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. *Endodontia: bases para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro: Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. *Principles of neural science*. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91.

Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico: Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Books; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em <http://www.list.com/dentistry>.

Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL

Anexo B

Os artigos referenciados serão enviados em anexo em pasta separada.