

A Utilização da Técnica da Mão-Sobre-a-Boca (MSB) em Odontopediatria – Revisão de Literatura

The Utilization of the Hand-Over-Mouth (HOM) Technique in Pediatric Dentistry – A Review of the Literature

Maria Francisca Thereza Borro BIJELLA*

Arsênio Sales PERES **

Maria Fernanda Borro BIJELLA***

José Vitor Nogara Borges de MENEZES****

Ana Luiza Falavinha VIEIRA*****

Cleide Cristina Rodrigues MARTINHON*****

Daniela RIOS*****

Paloma Dias da Silva TELLES*****

BIJELLA, M.F.T.B.; PERES, A.S.; BIJELLA, M.F.B.; MENEZES, J.V.N.B. de; VIEIRA, A.L.F.; MARTINHON, C.C.R.; RIOS, D.; TELLES, P.D. da S. A utilização da técnica da mão sobre a boca (MSB) em odontopediatria – revisão de literatura. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.30, p.163-169-, mar./abr. 2003.

Esta revisão de literatura tem por objetivo principal trazer à tona aspectos clínicos, éticos e legais relacionados à utilização da técnica de mão-sobre-a-boca (MSB) em Odontopediatria. As principais indicações e contra-indicações, a percepção que os profissionais, pais e/ou responsáveis pelas crianças têm desta manobra e as implicações éticas e legais deste procedimento também são discutidos.

PALAVRAS-CHAVE: Odontopediatria; Terapia comportamental; Criança.

*Professora Associada Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da FOB-USP, Coordenadora do Programa de Pós- graduação nível de Doutorado em Odontopediatria da FOB-USP

INTRODUÇÃO

Muitos Odontopediatras e Cirurgiões-dentistas que tratam de crianças pequenas encontram em sua prática a dificuldade de tratamento de crianças com problemas comportamentais que podem ser modificados com a segurança da criança e aquelas que objetivam apenas viabilizar o tratamento no momento em que são aplicadas (FESTA *et al.*, 1993). Embora seja uma minoria, este grupo de crianças requer um tipo de abordagem especial por parte do profissional.

À medida em que a consciência de cidadania torna-se parte integrante e é praticada pelas pessoas, seus parâmetros de deveres e direitos são mais compreendidos e exigidos na prática. Isto leva a uma maior preocupação com os aspectos legais e éticos da profissão, fazendo com que os Odontopediatras se adequem a este novo contexto, conhecendo mais a fundo técnicas de manejo e suas indicações.

Estas técnicas podem ser divididas em duas

categorias que podem ser modificadas com a segurança da criança e aquelas que objetivam apenas viabilizar o tratamento no momento em que são aplicadas (FESTA *et al.*, 1993). No primeiro grupo podem-se incluir as técnicas de “Falar-Mostrar-Fazer”, reforço positivo, controle de voz e mão-sobre-a-boca. No segundo, estão a restrição física, o controle farmacológico e a anestesia geral.

Em situações específicas para crianças com tipo de comportamento agressivo, a técnica da mão-sobre-a-boca pode ser indicada para estabelecer comunicação e cooperação necessárias à seqüência do tratamento (MURPHY *et al.*, 1984).

**Professor-assistente do Departamento de Odontopediatria, Ortodontia e Saúde Coletiva da FOB-USP

***Doutoranda em Odontopediatria/Faculdade de Odontologia Bauru – USP

****Doutorando em Odontopediatria/Faculdade de Odontologia Bauru – USP; Rua Carneiro Lobo, 153/2002, Água Verde – CEP 80240-240, Curitiba, PR; 901 e-mail: josevitor@uol.com.br

*****Doutoranda em Odontopediatria/Faculdade de Odontologia Bauru – USP

*****Doutoranda em Odontopediatria/Faculdade de Odontologia Bauru – USP

*****Doutoranda em Odontopediatria/Faculdade de Odontologia Bauru – USP

*****Doutoranda em Odontopediatria/Faculdade de Odontologia Bauru – USP

Este procedimento, no entanto, causa polêmica entre os profissionais e tem pouca aceitação por parte dos pais (SCOTT & GARCIA-GODOY, 1998).

Esta revisão de literatura tem como objetivo descrever a correta seqüência da técnica da mão-sobre-a-boca, mostrar suas indicações, discutir a sua aceitação por parte dos profissionais e dos pais de pacientes, bem como seus aspectos éticos e legais.

REVISÃO DA LITERATURA

Descrição da técnica, indicações e contra-indicações

O primeiro relato na literatura a descrever a técnica de mão-sobre-a-boca (MSB) foi de Jordan (1929) *apud* Levitas (1974), que indicava o uso de guardanapo sobre a boca da criança que estivesse gritando e relutando contra o tratamento.

De acordo com Levitas (1974), a técnica da mão-sobre-a-boca pode ser descrita da seguinte maneira: a partir do momento em que o profissional diagnostica a necessidade e viabilidade da aplicação da técnica, ele deve colocar sua mão firmemente sobre a boca da criança, com o cuidado de não restringir sua respiração e dizer a ela, num tom baixo, suave e próximo ao seu ouvido: "Se você quer que eu tire a minha mão, você deve parar de gritar e me escutar. Eu quero somente falar com você e olhar seus dentes". Depois de poucos segundos isto é repetido, seguido de "Você está pronto para que eu tire a minha mão?". Quase que invariavelmente a criança faz movimento afirmativo com a cabeça e a mão é removida. Se a criança persiste em continuar com o comportamento inadequado, o procedimento deve ser repetido.

Enquanto a criança está se recuperando, o profissional não deve fazer menção do que aconteceu, e o segundo estágio (tratamento) pode ser iniciado (ROBERTS, 1986).

Um ponto importante a ser lembrado é que o verdadeiro propósito da técnica é ganhar a atenção da criança para que ela escute o que o dentista está lhe dizendo, e poder, assim, levar a cabo os procedimentos odontológicos necessários. A utilização desta técnica requer certa maturidade do profissional, como 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).

O delineamento das indicações e contra-indicações foi primeiramente descrito por Levitas (1974). Atualmente, a Academia Americana de Odontopediatria, em seu manual de referência (1999-2000), cita que esta manobra deve ser aplicada em crianças denominadas normais, saudáveis, capazes de entender e cooperar mas que

demonstram comportamento desafiador, desregrado ou histérico ao tratamento dentário, contra-indicando-o em casos nos quais as crianças, devido à idade, medicação ou imaturidade emocional, não são capazes de entender e cooperar. Desta forma, este procedimento nunca deve ser indicado para pacientes menores de três anos de idade (Association of Pedodontic Diplomates, 1981).

Em estudo realizado por Hartmann *et al.* (1985) através de prontuários de 1.773 pacientes atendidos durante uma média de 10 sessões, verificou-se que 9,7% dos pacientes receberam a técnica de mão-sobre-a-boca, sendo que a maioria a recebeu em uma única sessão. Destes, 81,4% apresentaram comportamento positivo em duas ou mais consultas subseqüentes. Através deste estudo, os autores concluíram que a técnica de mão-sobre-a-boca é uma técnica segura e efetiva para controlar crianças altamente não-cooperativas, não acarretando conseqüências negativas, mas auxiliando o estabelecimento de uma comunicação positiva entre a criança e o Cirurgião-dentista.

Percepção dos pais e/ou responsáveis

Fields Jr. *et al.* (1984) estudaram o nível de aceitação, por parte dos pais, das técnicas de controle comportamental em relação aos tipos de procedimentos clínicos a serem realizados nos pacientes. Um vídeo com a demonstração de dez técnicas de manejo comportamental e outro com seis tipos de procedimentos clínicos odontológicos foram apresentados a 67 pais. Aos pais foi solicitado que indicassem em que tipo de situação clínica as manobras de controle comportamental seriam aceitáveis ou não. A anestesia geral e a sedação foram consideradas aceitas apenas para exodontias e restaurações, respectivamente. A contenção física pelo(a) auxiliar foi mais aceita que a executada pelo profissional. A técnica da mão-sobre-a-boca foi considerada inaceitável pela maioria dos pais para praticamente todos procedimentos clínicos.

Havelka *et al.* (1992), em trabalho semelhante com 122 pais, avaliaram a aceitação dos mesmos para as seguintes técnicas de manejo: falar-mostrar-fazer, óxido-nitroso, *Papoose Board*[®], controle de voz, mão-sobre-a-boca, pré-medicação oral, restrição física e anestesia geral. Os pais foram divididos em dois grupos, sendo que para o primeiro grupo foi exibido um vídeo com a demonstração de todas as técnicas, contendo explicações prévias de cada uma delas, e para o segundo grupo o vídeo foi mostrado sem qualquer explicação. Posteriormente foi pedido aos pais para que marcassem seu grau de aceitação para cada técnica apresentada. Os autores constataram que os pais que não tiveram acesso às explicações prévias apresentaram uma menor

aceitação, sendo que a técnica de mão-sobre-a-boca foi uma das menos aceitas. Concluíram, portanto, que a necessidade de um consentimento informado dos pais é de extrema importância para a prática da técnica MSB.

A questão da aceitação, por parte dos pais, das técnicas de controle de comportamento em crianças também foi objeto de estudo de Scott & Garcia-Godoy (1998). Os autores mostraram vídeos de oito estratégias de controle para dois grupos de 16 pais de crianças de origem hispânica, de três a cinco anos. Um grupo recebeu explicações prévias sobre cada uma das técnicas, e o outro, não. Foram mostrados procedimentos de controle verbal, farmacológico e de contenção física. Os autores encontraram 66% de rejeição, pelos pais, da técnica mão-sobre-a-boca no grupo que recebeu explicação prévia sobre esta, e 81% no grupo que assistiu ao vídeo que continha apenas a demonstração da técnica. Concluíram, então, que: os pais previamente orientados tendem a mostrar maior nível de aceitação das estratégias mostradas; as medidas de contenção física, dentre elas a técnica da mão-sobre-a-boca, mostraram grau de não-aceitação estatisticamente maior do que as outras; os pais preferiam ter os filhos submetidos a tratamento sob anestesia geral do que ao procedimento de mão-sobre-a-boca. No entanto, os autores ressaltaram que se os pais tivessem sido comunicados sobre os riscos da anestesia geral talvez as respostas fossem diferentes.

Para avaliar a opinião dos pais sobre a origem da fobia ao tratamento odontopediátrico, Berge *et al.* (2001) conduziram entrevistas com dois grupos de pais: um de pais de crianças que apresentavam alto grau de medo ao tratamento e um grupo controle. Os pais de pacientes com alto grau de fobia relatavam que as principais causas da mesma foram procedimentos clínicos invasivos e dolorosos, problemas médicos prévios e o temperamento das crianças, nessa ordem. Os pais de crianças do grupo controle citaram que as principais causas de as mesmas não terem medo do tratamento odontológico foram a empatia com o profissional que realizou o atendimento, adequada orientação por parte dos pais e ausência de experiências negativas prévias durante consultas odontopediátricas. Cerca de 67% dos pais de crianças fóbicas relataram experiências negativas prévias durante consultas a profissionais da área. Esta mesma porcentagem crê que o comportamento do odontopediatra e a técnica de controle comportamental utilizada pelo mesmo são fatores fundamentais para não incutir fobias ou para diminuir o grau das mesmas.

Percepção dos odontopediatras

Atualmente, a classe odontológica vem se

preocupando com as técnicas de manejo na clínica infantil, e várias pesquisas têm sido conduzidas com o intuito de rever os fundamentos aplicados nas instituições de ensino e a conduta seguida pelos Cirurgiões-dentistas em seus consultórios.

Nathan (1989), analisando respostas de questionários enviados por 616 Cirurgiões-dentistas norte-americanos sobre a utilização de estratégias de controle comportamental em crianças, encontrou que 40% dos profissionais entrevistados concordaram com a utilização da técnica, MSB 38% não concordaram e 22% foram indiferentes. O autor citou que, embora haja controvérsia, a técnica da mão-sobre-a-boca pode ser considerada aceitável se utilizada por profissionais preparados para assegurar a atenção de crianças com comportamento histérico e potencialmente perigoso. Ratifica ainda a importância do consentimento por parte dos pais como uma forma de esclarecê-los acerca da necessidade de utilização deste tipo de procedimento e evitar problemas legais.

Acs *et al.*, em 1990, compararam respostas de dois questionários, um realizado em 1979 e outro em 1989, enviados a diretores de programas de pós-graduação em odontopediatria de universidades norte-americanas, acerca da utilização de estratégias de contenção física e de mão-sobre-a-boca para controle comportamental de crianças. A análise das respostas mostrou que, em 1989, apenas 11,1% dos programas nunca faziam uso da mão-sobre-a-boca, mesma porcentagem de 1979. Todavia, a associação da técnica MSB com a restrição das vias aéreas diminuiu de forma significativa no período de dez anos.

Em 1991, na Austrália, foi realizado um estudo conduzido por Wright *et al.*, no qual os autores aplicaram questionários a 673 Cirurgiões-dentistas e observaram que 74% dos entrevistados nunca haviam utilizado a técnica da mão-sobre-a boca.

Belanger & Tilliss (1993) relataram uma menor ênfase, e, algumas vezes, a eliminação da técnica mão-sobre-a-boca nos programas de graduação e pós-graduação nas universidades dos Estados Unidos e Canadá, dando maior relevância às abordagens alternativas, tais como a presença da mãe durante o procedimento, o uso do reforço positivo e o uso de uma linguagem apropriada à idade da criança. Segundo os autores, o principal fator responsável por essas mudanças seria o aumento do nível de exigência e participação dos pais.

Ainda nos Estados Unidos, uma avaliação conduzida por Carr *et al.* (1999) com 528 odontopediatras, utilizando metodologia semelhante, concluiu que 57,4% dos entrevistados não utilizavam a referida técnica, ressaltando um consenso

com relação à não utilização da restrição das vias aéreas.

Em 2001, Acs *et al.* utilizaram estratégia semelhante para verificar possíveis diferenças na abordagem da técnica de MSB nas escolas de pós-graduação em Odontopediatria dos Estados Unidos. Comparando as respostas dos questionários, os autores puderam constatar que houve diminuição significativa da quantidade de programas que ainda utilizavam a técnica, sendo que 50% dos que relatavam utilizá-la em 1989 não mais a ensinavam a seus estudantes.

No Brasil, Hanke *et al.*, em 1981, realizaram um trabalho com 40 Odontopediatras, com metodologia semelhante, visando a coletar dados sobre a utilização ou não da técnica MSB. Os autores concluíram que 31 deles a utilizavam, 8 não a aplicavam e apenas 1 desconhecia a técnica. Desse profissionais, 96,5% somente usavam a mão, enquanto que 3,5% faziam o uso de uma toalha para executar esta técnica.

Já em 1994, Pinheiro & Dias, em Brasília (DF), utilizando técnica semelhante às anteriormente citadas, constataram que, apesar de todos os 50 entrevistados possuírem conhecimento sobre a técnica MSB, somente 28% a utilizavam, sendo esta empregada com o consentimento por escrito dos pais e/ou responsáveis, principalmente em pacientes com atitudes desafiadoras, agressivas ou de birra. Os autores também ressaltaram a não-existência de seqüelas emocionais, tais como perda de sono, alteração do comportamento motor ou de relacionamento.

Em 2000, Tavares *et al.* realizaram uma pesquisa, durante o XV Congresso Brasileiro de Odontopediatria, através de 300 questionários, e concluíram que, dos 49% da amostra que utilizavam a técnica, somente 15% seguiam as indicações de Levitas (1974) em relação à necessidade do consentimento por escrito dos pais, que evitaria comprometer os legalmente.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Com o objetivo de encorajar os profissionais apreensivos quanto à legalidade do uso da técnica de MSB, Bowers (1982) revisou as leis dos diversos estados americanos, verificando as implicações legais da utilização desta técnica. O autor reporta 4 diferentes bases legais que podem ser utilizadas para a defesa do profissional que utiliza a técnica de mão-sobre-a-boca, sendo elas: 1- consentimento por escrito dos pais ou responsáveis para utilização da técnica; 2- autorização por escrito para o tratamento da criança, na qual subentende-se que a técnica de mão-sobre-a-boca é parte inseparável deste tratamento; 3- autorização por escrito para o tratamento da criança,

na qual está descrita a possibilidade de uso da técnica, não necessitando ser informado quando da sua utilização; 4- o Cirurgião-dentista pode lançar mão da técnica sem qualquer autorização prévia, pois torna-se um responsável temporário pela criança durante o tratamento.

Os desafios e dilemas com os quais os Odontopediatras norte-americanos se defrontam regularmente ao terem de se definir por um procedimento de controle comportamental foram abordados por Harrison & Feigal (1989). Nessa abordagem, os autores citam a importância de relevar aspectos éticos e legais no momento de optar pela aplicação de medidas de restrição física para o condicionamento de pacientes odontopediátricos.

No Brasil, a Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990, também conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 7º no inciso II, que versa sobre o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, diz que "é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor".

O conhecimento de alguns aspectos do Código de Ética Odontológica (1998) também se faz necessário para contextualizar a legalidade da utilização da técnica MSB no Brasil, de acordo com Puppini *et al.* (2000). No capítulo V do referido código, seção I, em seu artigo 6º, relata que constitui infração ética: deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento (inciso II); abandonar paciente, salvo por motivo justificável, circunstância em que serão conciliados os honorários e indicados substitutos (inciso IV); iniciar tratamento de menores sem autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência (inciso VI); desrespeitar ou permitir que seja desrespeitado o paciente (inciso VII).

DISCUSSÃO

Tendo em vista o aumento do número de processos legais contra Cirurgiões-dentistas, a questão da utilização ou não da técnica MSB passou a ter maior importância no contexto odontológico atual. Os fatores desencadeantes desta polêmica são conseqüências de seu emprego muitas vezes equivocado, de indicações inadequadas, da utilização por profissional não-capacitado e da falta de conhecimento sobre a técnica.

É digno de nota inserir nesta discussão a responsabilidade profissional, assaz debatida, que vem se consolidando através dos tempos, tanto na área de saúde quanto em outras, quando profissionais de saúde respondem civil, penal e eticamente por seus atos, apesar de que no caso

destes ela só pode ser caracterizada mediante a comprovação de culpa.

Há de se retratar que a mudança da consciência das pessoas, aliada à crise socioeconômica pela qual o Brasil tem passado, vem modificando a postura da sociedade perante a conduta dos profissionais de saúde, exigindo uma postura ética e legal tanto daqueles que exercem suas atividades em consultório e clínicas particulares quanto daqueles que exercem em serviços públicos e afins.

Em Odontologia, tem-se notado que a prestação de serviços às vezes não fica à altura da expectativa dos pacientes, sendo que, em algumas situações, isto ocorre devido ao despreparo técnico ou ético do profissional, dentre outras causas.

O que pode ser constatado após breve reflexão é que há algum tempo a população não discutia a respeito da conduta do Odontopediatra ou, ainda, do clínico que atende crianças. As falhas eram vistas como fatalidades advindas do tratamento, e não havia preocupação em contestar o ato realizado para elucidar se haviam ocorrido falhas por parte do profissional.

O que ocorre, em verdade, atualmente, é que a população está se tornando mais consciente dos seus direitos e os tem reivindicado. Além disso, a constante mercantilização dos serviços de saúde, dentre outras causas, tem feito com que ocorra uma ruptura na relação profissional/paciente. Anteriormente, devido à confiança depositada nos profissionais, quaisquer questionamentos a respeito de sua conduta eram inibidos.

A questão esbarra não só na aplicabilidade, mas em quem está apto a aplicar esta ou aquela técnica. Todos os Cirurgiões-dentistas estão legalmente aptos a atender crianças; entretanto, nem todos têm o mesmo preparo profissional, necessitando, para o atendimento da criança com condutas difíceis, de uma pós-graduação no assunto.

A discussão, entretanto, não pode fugir da habilitação legal e profissional, nem se pretende que assim seja entendida, mas há de se firmar que, desde que obtido o título de Cirurgião-dentista em entidades que supram os requisitos da legislação brasileira que dispõe sobre o assunto, e, posteriormente, o registro no Conselho Federal de Odontologia (CFO) através de seus regionais, o indivíduo é habilitado a praticar quaisquer atos pertinentes à Odontologia, aptidão adquirida em ensino de graduação ou pós-graduação. No entanto, o Código de Defesa do Consumidor nos leva a caminhos tortuosos frente ao atendimento dos nossos pacientes, em especial aos que não respondem por si próprios, civil e penalmente.

Com relação à indicação da técnica de MSB, o erro mais freqüente ocorre quando o Cirurgião-dentista aplica esse procedimento em pacientes que

não estão aptos a recebê-lo, ou seja, em crianças com idade menor do que 3 anos, com algum tipo de deficiência mental, medrosas, tímidas e ansiosas. Estas falhas ocorrem, normalmente, devido à falta de conhecimento específico sobre o assunto.

Os profissionais devem apresentar experiência e conhecimento suficientes para discernir os comportamentos apresentados pelas crianças e o momento exato de intervir, e deve possuir autocontrole, característica extremamente necessária para a correta execução da MSB. A necessidade da capacitação profissional fica clara quando Cirurgiões-dentistas recém-formados, sem especialização no assunto e sem vivência clínica, não conseguem fazer distinção entre uma criança amedrontada e outra em plena crise de birra, aumentando, assim, a alteração comportamental da mesma.

Muitos discordam da aplicação da MSB por terem uma idéia errônea de suas características e fundamentos. De acordo com Tavares *et al.* (2000), apenas 14,5% a utilizam conforme o método descrito por Levitas (1974). Segundo este, o profissional deve estar em equilíbrio emocional, apresentando-se calmo, controlado, respeitando as características comportamentais da criança, que devem ser de conhecimento prévio do profissional (ROBERTS, 1986; DUARTE & GUEDES-PINTO, 1990).

Esta técnica só deve ser utilizada como um dos últimos recursos no controle do comportamento infantil. Antes disso, todas as outras opções de condicionamento do paciente devem ter sido esgotadas (HOLST & CROSSNER, 1984; HARTMANN, 1985). No entanto, existem situações nas quais a criança se apresenta com alto grau de birra, sendo impossível manter qualquer tipo de comunicação. Neste caso, o Cirurgião-dentista deverá, através da MSB, trazer a criança de volta ao juízo da situação (ROMBOM, 1981; PIEDALUE & MILNES, 1990).

Vale ressaltar a necessidade de consentimento prévio, por escrito, dos pais ou responsáveis pela criança, visto que muitos pais possuem uma expectativa muito grande quanto à qualidade do tratamento e, por falta de esclarecimento prévio, consideram a MSB como uma forma de agressão à criança (FIELDS JR. *et al.*, 1984; HAVELKA *et al.*, 1992; SCOTT & GARCIA-GODOY, 1998).

Em geral, os trabalhos que avaliaram a opinião dos pais em relação às técnicas de controle do comportamento de crianças mostraram um grau relativamente baixo de aceitação da MSB, sendo preferidas até mesmo a sedação farmacológica e anestesia geral, embora Scott & Garcia-Godoy (1998) ressaltem a necessidade de comunicação aos pais dos riscos destes procedimentos, o que poderia alterar as opiniões.

Existem divergências quanto à utilização da

MSB pelos profissionais. Vários estudos realizados no exterior e também no Brasil mostram índices bastante variados de profissionais que a utilizam e um número elevado de Cirurgiões-dentistas que possuem conhecimento da técnica (NATHAN, 1989; ACS *et al.*, 1990; WRIGHT *et al.*, 1991; CARR *et al.*, 1999; ACS *et al.*, 2001). No Brasil, a utilização da técnica mão-sobre-a-boca varia de 28 a 49%, sendo que há uma maior prevalência de uso entre os Cirurgiões-dentistas com pós-graduação formal em Odontopediatria (HANKE *et al.*, 1981; PINHEIRO & DIAS, 1994, TAVARES *et al.*, 2000).

Diante do exposto e discutido, fica claro que a liberdade absoluta é algo inatingível, e, nas relações humanas, ser livre é ter liberdade para optar. Portanto, esta liberdade deve ser exercida com total responsabilidade.

A responsabilidade de todos os Cirurgiões-dentistas terem de responder pelos atos praticados no exercício da Odontologia é chamada de responsabilidade profissional (PUPPIN *et al.*, 2000). Esta responsabilidade é muito discutida em Odontopediatria, pois estes profissionais lidam cotidianamente com o bem maior dos humanos em sua sociedade, que é o seu fruto.

As falhas acontecem somente com aqueles que têm coragem para fazer. A conscientização da própria classe acerca de seus direitos e deveres é condição precípua para o exercício da Odontopediatria, e é preciso, mais do que nunca, investir na formação ética e moral do profissional, pois estes devem sempre lembrar que atendem um ser diferenciado, em crescimento e desenvolvimento, que é a criança. Não devemos nunca esquecer de um dos princípios básicos da Odontopediatria, que é oferecer segurança e conforto à criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura consultada, pode-se concluir que:

- a técnica da mão-sobre-a-boca (MSB) é um procedimento de restrição física que pode ser considerado uma alternativa para o condicionamento da criança que apresenta comportamento de birra ou cólera durante o atendimento odontológico;

sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors. *Pediatr Dent*, Chicago, v.12, n.6, p.364-367, Nov./Dec. 1990.

BELANGER, G.K.; TILLISS, T.S.I. Behavior management techniques in predoctoral and postdoctoral pediatric dentistry programs. *J Dent Educ*, Washington, v.57, n.3, p.232-238, Mar. 1993.

BERGE, M.T.; VEERKAMP, J.S.J.; HOOGSTRATEN, J.; PRINS, P.J.M. Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v.68, n.1, p.51-54, Jan./Feb. 2001.

BOWERS, L.T. The legality of using hand-over-mouth exercise for management of child behavior. *ASDC J Dent Child*, Chicago, v.49, n.4, p.257-265, July/Aug. 1982.

CARR, K.R.; WILSON, S.; NIMER, S.; THORNTON, J.B. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr Dent*, Chicago, v.21, n.6, p.347-353, Sept./Oct. 1999.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Código de ética odontológica. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: 25 mar. 2002.

DUARTE, M.J.M.; GUEDES-PINTO, A.C. Técnica da mão sobre a boca da criança: Estudo sobre sua utilização pelos Odontopediatras. *Rev Gaúcha Odontol*, Porto Alegre, v.38, n.4, p.267-274, jul./ago. 1990.

- o principal objetivo deste procedimento é resgatar a atenção da criança para o atendimento, restabelecendo, desta forma, a comunicação com a mesma;

- este procedimento é contra-indicado em crianças menores de 3 anos de idade ou com algum tipo de deficiência mental que impossibilite sua comunicação com o profissional;

- a técnica da MSB nunca deve ser utilizada associada a qualquer tipo de restrição de vias aéreas superiores;

- é fundamental que o profissional, ao lançar mão desta técnica, esclareça previamente os pais ou responsáveis pela criança e obtenha consentimento por escrito dos mesmos para a realização deste procedimento;

- o momento exato para utilização desta técnica e o perfil da criança em condições de recebê-la são definidos pelo profissional, que deve possuir conhecimento teórico e prático, boa capacidade de autocontrole e sensibilidade para tomar a decisão certa na hora adequada.

BIJELLA, M.F.T.B.; PERES, A.S.; BIJELLA, M.F.B.; MENEZES, J.V.N.B.; VIEIRA, A.L.F.; MARTINHON, C.C.R.; RIOS, D.; TELLES, P.D. da S. The utilization of the hand-over-mouth (HOM) technique in pediatric dentistry – A review of the literature. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.30, p., mar./abr. 2003.

The main goal of this literature review is to show some clinical, ethical, and legal aspects related to the utilization of the hand-over-mouth (HOM) technique in pediatric dentistry as a behavior management procedure. The indications, the parents, children, and professionals' perception of this approach are also discussed.

KEYWORDS: Pediatric dentistry; Behavior therapy; Child.

REFERÊNCIAS

ACS, G.; BURKE, M.J.; MUSSON, C.M. An updated survey on the utilization of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatr Dent*, Chicago, v.12, n.5, p.298-302, Sept./Oct. 1990.

ACS, G.; HERSCH, G.; TESTEN, R.D.; NG, M.W. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatr Dent*, Chicago, v.23, n.4, p.301-306, July/Aug. 2001.

ACS, G.; MUSSON, C.A.W.; BURKE, M.J. Current teaching of restraint and

- FESTA, S.A.; FERGUSON, F.S.; HAUK, M. Behavior management techniques in pediatric dentistry. **N Y State Dental J**, New York, p.35-38, Feb. 1993.
- FIELDS JR., H.W.; MACHEN, J.B.; MURPHY, M.G. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. **Pediatr Dent**, Chicago, v.6, n.4, p.199-208, Dec. 1984.
- HANKE, C.M.R.; RIBEIRO, I.P.; HANKE FILHO, E. Técnica da mão na boca - seu emprego em odontopediatria. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan./fev. 1981.
- HARRISON, R.L.; FEIGAL, R.J. Challenges and dilemmas in behaviour guidance of the pediatric patient. **J Can Dent Assoc**, Toronto, v.55, n.10, p.793-795, Oct. 1989.
- HARTMANN, G.; PRUHS, R.J.; TALF, T.B. Hand-over-mouth behavior management technique in a solo pedodontic practice: a study. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.52, n.4, p.293-296, July/Aug. 1985.
- HAVELKA, C.; BURKE, M.J.; MUSSON, C.M. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behaviour management techniques. **Pediatr Dent**, Chicago, v.14, n.6, p.376-381, Nov./Dec. 1992.
- HOLST, A.; CROSSNER, A.C.-G. Management of dental behaviour problems: a 5-year follow-up. **Swed Dent J**, Stockholm, v.8, n.4, p.243-249, July/Aug.1984.
- LEVITAS, T.C. Home-hand over mouth exercise. **J Dent Child**, Chicago, v.41, n.3, p.178-182, May/June 1974.
- MURPHY, M.G.; FIELDS JR, H.W.; MACHEN, J.B. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. **Pediatr Dent**, Chicago, v.6, n.4, p.193-198, Dec. 1984.
- NATHAN, J.E. Management of the difficult child: a survey of pediatric dentists' use of restraints, sedation and general anesthesia. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.56, n.4, p.293-301, July/Aug. 1989.
- PIEDALUE, R.J.G.; MILNES, A. An overview of non-pharmacological pedodontic behaviour management techniques for the general practitioner. **Scientific J**, New York, v.56, n.2, p.137-144, Feb. 1990.
- PINHEIRO, G.A.; DIAS, A.M. Técnica de mão sobre a boca. **Odontólogo moderno**, Porto Alegre, v.21, n.4, p.21-23, set./out. 1994.
- PUPPIN, A.A.C.; PAIANO, G.A.; PIAZZA, J.L.; TORRIANI, M.A. Ético versus legal – Implicações na prática clínica. **Rev ABO Nac**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.38-41, fev./mar. 2000.
- ROBERTS, J.F. Hand over mouth technique. **Br Dent J**, London, v.160, n.5, p.151, Mar. 1986.
- ROMBOM, H.M. Behavioral techniques in pedodontics: the hand-over-mouth technique. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.48, n.3, p.208-210, May/June 1981.
- ROMER, M.; DOUGHERTY, N.; FRUCHTER, M. Alternative therapies in the treatment of oral self-injurious behavior: a case report. **Spec Care Dent**, Chicago, v.18, n.2, p.66-69, Mar./Apr. 1998.
- SCOTT, S.; GARCIA-GODOY, F. Attitudes of hispanic parents toward behavior management techniques. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.65, n.2, p.128-131, Mar./Apr. 1998.
- TAVARES, M.J.; MODESTO, A.; TOSTES AMARAL, M.; RÉDUA, T.C.B.; VIANNA, R. Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão-sobre-a-boca e restrição física. **Rev ABO Nac, Porto Alegre**, v.8, n.2, p.296-301, abr./maio 2000.
- WRIGHT, F.A.C.; GIEBARTOWSKI, J.; McMURRAY, N.E. A national survey of dentists' management of children with anxiety or behaviour problems. **Aust Dent J**, Sydney, v.36, n.5, p.378-383, Oct. 1991.
- WRIGHT, F.A.C.; McMURRAY, N.E.; GIEBARTOWSKI, J. Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with anxiety or behavior problems. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.58, n.3, p.223-228, May/June 1991.

Recebido para publicação em: 22/01/02

Enviado para reformulação em: 15/03/02

Aceito para publicação em: 09/04/02