

Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria

Use of Aversive Techniques for Behavior Management in Pediatric Dentistry

Camila de Sousa e Albuquerque BARBOSA*
Orlando Ayrton de TOLEDO**

BARBOSA, C. de S. e A.; TOLEDO, O.A de. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29, p.76-82, jan./fev. 2003.

O presente estudo trata de técnicas aversivas de contenção física para o controle de comportamento em odontopediatria. Estas técnicas têm sido utilizadas com o objetivo de restringir movimentos inapropriados da criança durante o tratamento, que poderiam causar danos ao próprio paciente ou ao equipamento. Procura-se demonstrar, através de pesquisa bibliográfica, que para o uso de qualquer procedimento aversivo é necessário que o profissional tenha conhecimento não apenas das técnicas, mas principalmente dos fundamentos e dos aspectos éticos e legais de suas indicações. Não existem equações que o levem a prever qual criança apresentará melhora de seu comportamento ao ser submetida a um desses procedimentos. Técnicas de controle de comportamento não-aversivas devem sempre ser tentadas antes de se partir para uma técnica aversiva. O consentimento esclarecido dos pais deve sempre ser obtido, por escrito, antes do emprego de uma técnica aversiva.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento infantil/Psicologia; Odontopediatria; Terapia comportamental.

*Especialista em Odontopediatria pela EAP da Associação Brasileira de Odontologia do Distrito Federal; SHIN QI 09 conjunto 10 casa 21 –

Técnicas de controle de comportamento são a principal arma de trabalho do odontopediatra. São elas que o diferenciam do clínico geral no tocante à capacidade de prover atendimento a crianças muito novas, portadoras de deficiência, amedrontadas, rebeldes ou com algum distúrbio comportamental que dificulte o seu tratamento. As técnicas aversivas de controle comportamental são utilizadas para o manejo de crianças insensíveis às técnicas convencionais, como o diga-mostre-faça e o controle de voz (SEGER, 1988).

O comportamento da criança é determinado por uma série de fatores variáveis. A idade, o sexo, o seu relacionamento com os pais, a maturidade da criança, a abordagem do odontopediatra, suas experiências passadas e muitos outros influenciam as suas reações. Com uma gama de fatores tão diferentes e tão variáveis, é esperado que a alteração de um ou mais destes afete o seu comportamento. Conhecer esses fatores é de fundamental importância para o odontopediatra que busca acompanhar o desenvolvimento de seu paciente (TOLEDO, 1996). A consciência de que o profissional é um agente ativo nas modificações que ocorrem durante o atendimento da criança lhe

dá uma ferramenta de trabalho bastante poderosa: a capacidade de mudar aquilo que não está sendo proveitoso para o seu paciente.

Crianças são seres humanos na fase inicial de sua formação. Isto quer dizer que pouca coisa ou quase nada nelas é definitivo, imutável. É neste aspecto que se inserem as técnicas de controle de comportamento. Este estudo faz a abordagem das técnicas aversivas, ou seja, aquelas que limitam alguns movimentos do paciente sem o uso de agentes farmacológicos. São técnicas que, para inúmeros clínicos, encontram sua indicação antes do uso de medicação e após terem sido tentadas, sem sucesso, técnicas de modificação do comportamento.

O uso de contenção física tem sido aceito e bastante tolerado em crianças, como justificativa para o atendimento de pacientes não-cooperadores. Por contenção física devemos entender desde o uso de um abridor de boca até a restrição de movimentos, seja por uso de macas e equipamentos espe-

Cep 71535-200, Brasília, DF; e-mail: csab@uol.com.br

**Professor Titular do Departamento de Odontologia da Universidade de Brasília

INTRODUÇÃO

ciais (MaCri, *papoose board*, pacote pediátrico), a chamada contenção passiva, ou pela apreensão dos braços e pernas do paciente, a contenção ativa (BELANGER & TILLISS, 1993).

Este trabalho tem como objetivo oferecer ao profissional bases teóricas de compreensão do uso de contenção física. O enfoque dado foi o de rever e discutir diferentes correntes de pensamento e facilitar ao odontopediatra a escolha de sua conduta frente aos problemas de comportamento infantil.

REVISÃO DA LITERATURA E

DISCUSSÃO

Conceituação

Segundo Wright (1975), existem três tipos de padrões de comportamento infantil em odontopediatria. O primeiro padrão é mais comum e é o chamado cooperativo, e corresponde a aproximadamente 75% dos pacientes. O segundo padrão é o da falta de capacidade de cooperação, no qual se encontram os bebês e os pacientes especiais. As técnicas de controle de comportamento encontram sua maior indicação no terceiro padrão, que é o do comportamento potencialmente cooperativo, onde encontram-se as crianças classificadas como difíceis.

As técnicas de controle do comportamento são utilizadas para instalar, manter, extinguir ou ainda aumentar a frequência de comportamentos dos pacientes para que se obtenha um resultado satisfatório no tratamento. Devem ser utilizadas para permitir um relacionamento tranqüilo para ambos, paciente e profissional, e não apenas para tornar o paciente "bonzinho" ou "quietinho" (SEGER, 1998).

Técnicas de manejo de comportamento não-farmacológicas permitem o desenvolvimento de um tratamento odontológico em crianças sem o risco potencial que as drogas de controle do comportamento carregam. A contenção física faz parte do grupo não-farmacológico de técnicas de manejo do comportamento infantil. Tem como objetivo restringir movimentos inapropriados da criança durante o atendimento odontológico. Pode envolver algo simples como um abridor de boca em uma criança pequena que não consegue ou não irá manter a sua boca aberta durante o tratamento ou até usar um pacote pediátrico ou macas especiais (*papoose board*), para crianças que não conseguem controlar seus movimentos corporais (FESTA & FERGUSON, 1993).

Segundo Festa & Ferguson (1993), as técnicas de contenção física são utilizadas em crianças cujas atitudes não respondem a técnicas de modificação do comportamento e devem ser consideradas na

hierarquia das técnicas de manejo antes do uso de fármacos. Alguns candidatos em potencial são as crianças muito pequenas (abaixo de 30 meses) e algumas crianças com deficiências de desenvolvimento que necessitem pequenas intervenções.

Belanger & Tilliss (1993), em pesquisa feita através de questionário enviado para diretores de programas em odontopediatria, dividiram os métodos de contenção física (ou técnicas aversivas) da seguinte maneira: 1) a contenção física feita pelos pais ou acompanhantes ou pela assistente do consultório odontológico (contenção ativa); 2) pelo uso de bloco de mordida, pelo pacote pediátrico ou *papoose board* (contenção passiva); 3) contenção pela técnica de mão sobre a boca (H.O.M.) e pela técnica de mão sobre a boca com obliteração das vias aéreas (H.O.M.A.R.).

Conhecendo o paciente

A avaliação do comportamento infantil baseia-se principalmente na observação do paciente. Por isso, é necessário que o profissional tenha tempo para conhecê-lo. De acordo com Klatchoian (2000), temperamento é uma característica genética, hereditária, e tem características que podem ser abafadas, reforçadas ou exacerbadas, de acordo com o meio em que se vive. Em odontopediatria existe um triângulo de temperamentos (Figura 1) interagindo, que diz respeito ao temperamento do odontopediatra, ao temperamento dos pais e ao da criança. Estes fatores estão tão intimamente ligados que qualquer dificuldade no entendimento de um deles irá transtornar todo o relacionamento entre os três.

McDermott Jr (1963) afirma que a ansiedade é esperada em qualquer situação nova e estressante, como a primeira visita ao dentista, e que dois conjuntos de fatores são importantes para determinar a reação da criança: o primeiro diz respeito à atitude do ambiente, como os pais e o dentista, e o segundo conjunto refere-se ao significado emocional do evento para ela. Sobre este significado



FIGURA 1: Triângulo de Temperamentos, segundo Klatchoian (2000).

irão influenciar a idade da criança, a relação desta com os pais e até mesmo o seu sexo.

A atitude do ambiente compõe-se de temores e ansiedade paternos, das maneiras como os pais reagem às impressões da criança e da preparação da criança para aquele evento. Uma criança que teve uma boa preparação pelos pais tem seu

medo diminuído, e conseqüentemente também a sua resistência. As atitudes do dentista frente à criança também irão influenciar a sua reação. Crianças muito pequenas são muito ligadas à figura materna. Assim, a presença da mãe durante o exame e a posição do profissional frente a ela são notadas pela criança. A explicação prévia do tratamento, como na técnica do diga-mostre-faça, ajuda a diminuir a tensão e ansiedade. Mesmo assim, o profissional terá de lidar ainda com a valoração das sensações da criança, sendo comum que haja um sub ou superjulgamento delas pelo odontopediatra.

Além de agradar à criança, o odontopediatra deve agradar aos pais. Entre os fatores que influenciam a satisfação dos pais, Klatchoian (2000) cita a experiência e a inteligência do profissional, a qualidade das explicações, o gênero semelhante (mães se identificam com odontopediatras do sexo feminino e pais como os do sexo masculino) e a presença dos pais na consulta. Durante a consulta, o odontopediatra estará sendo analisado nos seguintes tópicos: competência, inteligência, acessibilidade, comunicação e afetividade, atenção dada ao paciente e informações dadas sobre o tratamento.

O segundo grupo de fatores é ainda mais complexo, pois envolve as emoções da criança frente àquela situação. De acordo com a idade, a criança tem um foco de atenção diferente para o seu desenvolvimento que além de variar com a idade depende também do seu grau de maturidade. As crianças em idade pré-escolar costumam sentir muito a sua separação das mães, enquanto que aquelas que já freqüentam a escola entendem essa separação momentânea. A ida ao dentista pode deixá-la confusa e estar relacionada com outros problemas (KLATCHOIAN, 2000).

Segundo Seger (1998), o dentista tem um papel fundamental na atitude da criança. A autora nos lembra que, assim como a criança está ansiosa e temerosa na sua primeira consulta com o odontopediatra, o profissional também está ansioso com relação à reação do paciente. Pacientes especiais ou mesmo difíceis fazem o profissional enfrentar um enorme medo do desconhecido, o que o fragiliza, pois terá de lidar com situações que podem fugir do seu controle, atitudes que ele não domina. Nesse momento é preciso que o profissional reconheça seu ponto fraco, sua ignorância, e não se sinta por isso diminuído. É necessário um tempo para que o profissional estude aquele paciente, que o conheça e o entenda, e só então o odontopediatra saberá como tratá-lo. Este conhecimento pode se prolongar por diversas sessões de dessensibilização, onde, além de trabalhar o paciente, o próprio odontopediatra estará trabalhando em busca de diminuir suas limitações,

para conhecer melhor aquele ser que diante dele se apresenta indócil pois também desconhece e ignora o que irá acontecer.

Quando a criança se comporta de maneira agressiva e o odontopediatra responde com contenção física, não existe uma grande chance de conhecimento, pois no tempo em que estão juntos os indivíduos se ocupam em lutar por seu espaço, em mostrar ao outro a sua importância, e nenhum dos dois se lembra de tentar analisar e compreender seu "adversário". Muitas vezes o medo do dentista de não ter o controle da situação em seu espaço é maior do que o medo que a criança tem daquele ambiente novo e desconhecido (SEGER, 1998).

Tornar o tratamento odontológico mais humano para o paciente, para os pais e o dentista é um desafio contemporâneo, de acordo com Harrison & Feigl (1989). Cada vez mais os pais procuram o odontopediatra com altas expectativas relacionadas com a qualidade do tratamento, principalmente pensando que deve haver uma maneira mágica de tratar seus filhos sem envolver agulhas, brocas ou lençóis de borracha. Além disso, as técnicas de que o odontopediatra dispõe para oferecer no controle do paciente nem sempre são agradáveis aos pais, e necessitam de uma explicação muito boa para serem empregadas, principalmente quando falamos de HOM e *papoose board*. Os autores sugerem que, para humanizar o tratamento, o odontopediatra deve tomar algumas medidas, como dividir a carga das decisões do manejo do paciente com outros profissionais, tais como psicólogos e psiquiatras, além de considerar um tempo mais longo de preparação do paciente antes de iniciar o tratamento, ter maior flexibilidade na marcação de consultas, considerar os pais como aliados na distribuição dos cuidados bucais e buscar sempre o tratamento precoce e preventivo. A ajuda de outros profissionais alivia a pressão dos pais sobre o dentista, pois eles enxergam que o comportamento da criança pode estar fora dos padrões normais e necessitar de alguma intervenção.

Utilização das Técnicas

Em um estudo de Nathan (1989) foi encontrada uma baixa necessidade do uso de contenção física (pacote pediátrico), algo em torno de 4% dos pacientes, sendo a maioria deles deficientes ou estando sob sedação. Como tal, sua primeira e principal indicação é permitir uma aceitável qualidade de cuidados sob circunstâncias nas quais o paciente é desprovido de capacidade cooperativa, e nunca utilizada como uma punição para uma criança potencialmente cooperadora, cujo comportamento pode ser simplesmente rebelde.

Na técnica de mão sobre a boca, ou HOM, existe um ponto comum entre os autores pesquisados: a criança precisa ter compreensão do que se passa para que a técnica possa ser recomendada e bem sucedida, indicação diferente da contenção física propriamente dita (CRAIG, 1971; ROMBOM, 1981; BOWERS, 1982; NATHAN, 1989).

Na técnica descrita por Craig (1971), após avaliar o comportamento infantil e concluir que o procedimento é indicado, o dentista coloca sua mão gentilmente, porém firme, contra a boca da criança. Quando cessa o barulho, a criança ouve que quando a cooperação for obtida a mão será removida. A mão então é removida, e o paciente, reavaliado. Se o problema persistir, a mão é novamente colocada sobre a boca e ainda o nariz pode ser fechado por alguns segundos. O dentista novamente solicita cooperação. Em alguns casos esta rotina precisará ser repetida várias vezes até que se obtenha cooperação suficiente para se efetuar um tratamento seguro. O autor ressalta que a técnica é mais efetiva em crianças entre 3 e 6 anos, é contra-indicada em crianças muito novas e deficientes mentais, e que após a sua utilização o bom comportamento da criança deve ser reforçado.

Rombom (1981) preconiza que a técnica deve ser utilizada em crianças com três anos ou mais e que sejam capazes de entender o que é esperado e agir da maneira solicitada. O autor chama a atenção para que não se realize a manobra como uma forma de punição. O dentista deve falar calmo e de uma maneira confiante, nunca parecendo estar com raiva ou aborrecido.

Segundo Bowers (1982), a técnica de mão sobre a boca deve ser aplicada em crianças histéricas, com acesso de raiva ou agressivas, para as quais o tratamento é impossível sem que o comportamento da criança seja modificado, ou a criança seja contida, ou sedada, ou ainda submetida à anestesia geral, e não deve ser usada em qualquer criança. Crianças muito jovens ou imaturas também não devem ser submetidas à HOM. Neste estudo é discutida a legalidade do uso de HOM e HOMAR. O odontopediatra deve ter sempre o consentimento dos pais por escrito, e deve ter pleno domínio da técnica para que não a utilize de forma a gerar qualquer lesão na criança. O autor questiona a decência da técnica HOMAR do ponto de vista psicológico e de controle comportamental e do ponto de vista legal, pois HOMAR adquire um caráter punitivo, e é significativo notar por que HOMAR funciona quando HOM não funciona: a criança está desconfortável por causa da restrição de ar.

Em uma carta do Comitê para Negligência

e Abuso Infantil constituído na Academia Americana de Pediatria (1992), a técnica HOMAR é contra-indicada por causar lesões em crianças, e a técnica HOM é recomendada apenas quando nenhuma outra técnica de manejo de comportamento houver funcionado, e não deve ser repetida, pois sua intenção é estabelecer contato com a criança. O comitê ainda formula algumas recomendações, entre elas:

- as metas do manejo de comportamento são promover saúde bucal no paciente infantil e ajudar a desenvolver uma atitude positiva da criança frente a essa saúde.
- os objetivos dos métodos de manejo são estabelecer comunicação e encorajar a educação, suavizando o medo e a ansiedade e construindo uma relação de confiança entre o dentista e a criança.
- todas as decisões envolvendo comportamento devem ser baseadas em uma avaliação risco/benefício.
- os pais devem participar do processo de tomada de decisões que envolva o tratamento de seus filhos.
- o consentimento dos pais ou responsáveis deve ser obtido antes do uso de HOM.

Uma hipótese para a alta aceitação do uso de HOM pelos odontopediatras, formulada por Davis & Rombom (1990), deve-se ao fato de que nenhuma outra alternativa simples foi tão largamente divulgada. Em 1990, Acs *et al.* realizaram um estudo com diretores de cursos de especialização em odontopediatria, e compararam seus achados colhidos no ano de 1989 àqueles encontrados por Davis & Rombom em 1979. Verificaram que apenas 11,1% dos cursos de pós-graduação em odontopediatria não ensinavam a técnica de HOM. Comparativamente, diretores mais antigos mostraram-se significativamente menos propensos a acreditar que HOM devesse ser indicado para o controle da criança histérica ou com crise de raiva.

Esta mesma pesquisa encontrou que a maioria dos diretores preconizava o uso de contenção física nas seguintes situações: alguns pacientes deficientes, pacientes muito jovens, pacientes pré-medicados e pacientes fisicamente resistentes. Em 1989, a incerteza quanto à possibilidade das técnicas de contenção física induzirem problemas psicológicos era maior do que em 1979, e havia mais cursos que incluíam em seu currículo aulas de psicologia infantil ou desenvolvimento da psicologia.

Em um estudo de Barton *et al.* (1993) foram utilizadas entrevistas com dois grupos de indivíduos. O primeiro grupo era composto pacientes que foram submetidos à técnica de HOM e/ou

ao uso de contenção física quando crianças, e o segundo grupo (controle) era composto por indivíduos que não tiveram tal experiência. A média de idade dos entrevistados foi de 13 anos, e a técnica havia sido aplicada quando a criança tinha em média 5 anos e meio, mas crianças de até 11 anos foram submetidas à manobra.

Nesse estudo não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos com relação a medos generalizados e nem quanto a medos específicos no consultório odontológico. As mulheres foram significativamente mais medrosas do que os homens (42% contra 22%). Quando perguntado se lembravam de experiências aversivas no consultório, o grupo HOM teve mais lembranças do que o grupo controle, o que foi estatisticamente significativo. A análise de dados deste estudo mostrou que a aplicação de HOM/contenção, em pequena idade, não teve impacto detectável no comportamento posterior no consultório odontológico.

Aspectos Relacionados com os Pais

Outra questão a ser analisada quanto ao uso de contenção física é a opinião dos pais sobre este procedimento. Em um estudo de Brandes *et al.* (1995) feito com pais de crianças de clínicas públicas e particulares, estes foram divididos em pais de crianças normais e pais de crianças portadoras de alguma deficiência, sendo que cada um dos dois grupos contava com 40 pais. Metade de cada grupo recebeu informações a respeito de diversas técnicas de controle de comportamento, e a outra metade, não. Foi entregue a esses pais uma escala analógica de valores, na qual deviam preencher seu nível de aceitação das seguintes técnicas para tratamento de seus filhos: HOM, sedação, contenção física usando *papoose board* e anestesia geral. O estudo concluiu que não houve diferença estatisticamente significativa na aceitação das técnicas entre os grupos.

Em outro estudo, de Havelka *et al.* (1992), com 122 pais divididos em grupo experimental e controle, foi analisada a aceitação de 8 diferentes técnicas de manejo de comportamento. Cada técnica contou com pais que assistiram (grupo experimental) e não assistiram (grupo controle) a um vídeo explicativo antes de responderem ao questionário proposto pelo pesquisador, e as respostas foram depois analisadas e comparadas. Entre todas as técnicas, a que teve menor aceitação entre os grupos foi HOM, porém houve diferença estatisticamente significativa na aceitação da técnica entre o grupo que não recebeu explicação e o que recebeu, sendo que este teve maior aceitação.

Estudo semelhante a esse foi realizado por Scott & Garcia-Godoy (1998), porém tendo como

objeto de estudo 32 pais de origem hispânica. As técnicas de manejo pesquisadas foram as mesmas analisadas no estudo anterior, e uma escala de variação analógica foi usada para medir a aceitação dos pais para cada técnica. Os pais pareceram aceitar algumas técnicas de controle. As técnicas verbais (diga-mostre-faça e controle de voz) tiveram a maior, porém não total, aceitação. Técnicas de controle farmacológico (óxido nitroso, pré-medicação e anestesia geral) foram avaliadas como um pouco menos aceitáveis por ambos os grupos, porém isso não foi estatisticamente significativo. As técnicas de manejo físico (*papoose board*, HOM e contenção ativa) mostraram ser estatisticamente ($p < 0,05$) mais inaceitáveis para os pais, quando comparadas aos métodos verbal e farmacológico. Os pais prefeririam ter seus filhos submetidos à anestesia geral do que ao HOM.

A técnica HOM e o uso de contenção em crianças maiores são ainda muito controversos, mesmo existindo já bastante literatura e pesquisa sobre o assunto. Em um estudo de Nathan (1989), com questionários enviados a pais e a odontopediatras, chegou-se à conclusão que as técnicas são usadas prematuramente e que a maioria dos pais não aprova a HOM. Geralmente a criança dá sinais de medo e preocupação que são ignorados pelo profissional, ou então é atendida de maneira superficial, sem que a confiança seja realmente retomada. Além disso, mesmo não sendo a maneira indicada, dificilmente estas técnicas são aplicadas sem emoção, pois o cenário de uma criança se debatendo e chorando é emocionalmente carregado. A criança pode sentir a irritação do profissional e não se pode esperar que ela responda de maneira positiva a tal situação.

Aspectos Éticos e Legais

Devem ainda ser analisados os aspectos legais e éticos. Ao realizar um procedimento aversivo, o profissional poderá ser acionado judicialmente por ter cometido agressão ou mesmo abuso físico. O abuso físico é definido por Gabarino & Gilliam (1981) como um dano físico não-acidental, resultante dos atos (ou omissões) de pais ou responsáveis que violam os padrões da comunidade no tocante aos cuidados com a criança. Em nossa sociedade (Brasil), o uso da força física é utilizado por muitos pais como método disciplinar. Como método disciplinar, utilizado por professores, vem entretanto causando denúncias e queixas por parte dos pais, e acredita-se que não seria diferente com o odontopediatra.

De acordo com o Código de Ética Odontológica (1992), no seu capítulo V, seção I, que

trata do relacionamento com o paciente, constitui infração ética "...deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento" e também "...iniciar tratamento de menores sem autorização de seus responsáveis ou representantes legais, exceto em casos de urgência ou emergência". Tais infrações éticas estão sujeitas a penalidades que vão desde a advertência confidencial em aviso reservado até a cassação do exercício profissional. O Conselho Regional também pode arbitrar o pagamento de uma multa entre 5 (cinco) e 25 (vinte e cinco) vezes o valor da anuidade.

Conseqüentemente, a melhor maneira para um odontopediatra aplicar qualquer técnica de controle aversiva é obtendo o consentimento dos pais no decorrer do tratamento. Para obter tal consentimento expresso é necessária uma explicação da técnica e dos riscos em potencial associados ao seu uso. Se os pais concordarem que o odontopediatra pode utilizá-la, os pais e a criança não podem opor-se subseqüentemente ao seu uso apropriado. Porém, os pais podem argumentar que o profissional excedeu os limites do que haviam concordado sobre os procedimentos ou que aplicou HOM ou HOMAR imprópriamente ou de maneira negligente (ou seja, cometeu imperícia). Mas o odontopediatra não precisa temer a responsabilidade quando age cuidadosamente, dentro da maneira descrita pela técnica.

Em pesquisa realizada por Tavares *et al.* (2000) por meio de questionários respondidos por dentistas durante o "XV Congresso Brasileiro de Odontopediatria", 78,6% dos pedidos de consentimento dos pais, para HOM e contenção física, eram feitos de forma verbal, e apenas 14,5% dos dentistas realizavam a técnica de HOM seguindo indicações tidas como padrão. Este quadro é preocupante, pois se a técnica estiver sendo utilizada de maneira errada pode haver o comprometimento legal do profissional, além de prejudicar o bom desenvolvimento emocional da criança.

A obtenção de um consentimento prévio ao uso de HOM ou HOMAR pode ser impraticável ou indesejável. A descrição da técnica para os pais pode causar-lhes uma repulsão imediata; além disso, nunca sabemos quem são os pacientes que irão precisar se submeter a tais técnicas. Alguns odontopediatras recomendam que se obtenha consentimento paterno prévio para a utilização de contenção física, pois tal procedimento normalmente incluirá amarrar a criança, envolvê-la e segurar suas pernas e braços, mas os pais não entendem que isso incluirá colocar a mão sobre a boca da criança e fechar suas narinas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O critério para o uso de uma técnica de contenção deve estar seguramente bem definido. O odontopediatra deve sempre ter tempo para conhecer o seu paciente. As consultas iniciais devem ser mais longas e incluir explicações convincentes sobre o tratamento a ser realizado e a eventual necessidade de se aplicar uma técnica de controle de comportamento.

Pais e profissional devem trocar idéias quanto ao bem estar do paciente, porém cabe ao odontopediatra a responsabilidade sobre o tratamento. De qualquer modo, os pais devem participar do processo de tomada de decisões e seu consentimento prévio deve ser obtido por escrito.

As técnicas aversivas descritas são recomendadas quando outros artifícios de controle de comportamento já se mostraram ineficientes. Deve ser lembrado que o objetivo do manejo do comportamento não é apenas promover saúde bucal, mas desenvolver uma atitude positiva da criança perante essa saúde.

A técnica de mão sobre a boca com obliteração das vias aéreas não encontra apoio científico para ser aplicada.

Não foram detectadas conseqüências indesejáveis no comportamento posterior frente aos cuidados odontológicos quando técnicas aversivas foram empregadas em crianças muito novas. A literatura consultada deixa espaço para que realizem-se pesquisas, investigando a existência ou não de conseqüências psicológicas no uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria.

BARBOSA, C. de S.e A de.; TOLEDO, O.A. Use of aversive techniques for behavior management in pediatric dentistry. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, Curitiba, v.6, n.29, p.76-82, jan./fev. 2003.

This literature review presents aversive techniques such as restraint performed by dental assistant or parents, use of moth-prop, use of papoose board, hand-over-mouth (H.O.M.) and hand-over-mouth with airway restriction (H.O.M.A.R.) for child behavior management in pedodontics. These techniques are used to contain children's unwanted movements during dental treatment, that could cause physical damage to the child, to the dentist, dental assistant or office equipment. This study shows that, prior to the use of any of the techniques mentioned above, some knowledge of these techniques and their indications, such as other alternative child management techniques, is necessary, since none of these can be used as a mathematical formula in all kids.

KEYWORDS: Child behavior/Psychology;

REFERÊNCIAS

- ACS, G.; BURKE, M.J.; MUSSON, C.W. An update 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.
- BARTON, D.H.; HATCHER, E.; POTTER, R.; HENDERSON, H.Z. Dental attitudes and memories: a study of the effects of hand over mouth/restraint. **Pediatr Dent**, Chicago, v.15, n.1, p.13-19, Jan./Feb. 1993.
- BOWERS, L.T. The legality of using hand-over-mouth exercise for management of child behavior. **J Dent Child**, Alexandria, v.49, n.4, p.257-265, July/Aug. 1982
- BRANDES, D.A.; WILSON, S.; PREISCH, J.W.; CASAMASSIMO, P.S. A comparison of opinions from parents of disabled and non-disabled children on behavior management techniques used in dentistry. **Special Care Dent**, Chicago, v.15, n.3, p.119-123, May/June 1995
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA - **Código de Ética Odontológica**. 1992, p.13.
- CRAIG, W. Hand over mouth technique. **J Dent Child**, Alexandria, v.28, n.6, p.387-389, Nov./Dec. 1971.
- DAVIS, M.J.; ROMBOM, H.M. Survey on the utilization of and rationale for Hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pedodontics education. **Pediatr Dent**, Chicago, v.1, n.1 p. 87-90, Jan./Feb. 1979.
- FESTA, S.A.; FERGUSSON, F.S. Behavior management techniques in pediatric dentistry. **N Y State Dent J**, New York, v.39, n.2, p.35-38, Feb. 1993
- GABARINO, J.; GILLIAM, G. **Understanding abusive families**. Massachusetts: Lexington Books, 1981.
- HARRISON, R.L.; FEIGAL, R.J. Challenges and dilemmas in behaviour guidance of pediatric dental patient. **J Can Dent Assoc**, Ottawa, v.55, n.10, p.793-795, Oct. 1989.
- HAVELKA, C.; McTIGUE, D.; WILSON, S.; DOM, J. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. **Pediatr Dent**, Chicago, v.14, n.6, p.376-381, Nov./Dec. 1992.
- KLATCHOIAN, D. **Aula ministrada ao curso de Especialização em Odontopediatria**. Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia – Seção D.F. 2000.
- MC DERMOTT JR., J.F. Understanding the nature of children's reactions to dental experience **J Dent Child**, Alexandria, v.8, n.1, p.124-129, Jan./Feb. 1963.
- NATHAN, J.E. Management of the difficult child: a survey of pediatric dentists' use of restraints, sedation and general anesthesia. **J Dent Child**, Alexandria, v.56, n.4, p.293-301, July/Aug. 1989.
- PEDIATRICS AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILD ABUSE AND NEGLECT Behavior management of pediatric dental patients. **Pediatrics**, Evanston v.90, n.4, p.651-652, Oct. 1992.
- ROMBOM, H.M. Behavioral techniques in pedodontics: the hand over mouth technique. **J Dent Child**, Alexandria, v.48, n.3, p.209-210, May/June 1981.
- SCOTT, S.; GARCIA-GODOY, F. Attitudes of hispanic parents toward behavior management techniques. **J Dent Child**, Alexandria, v.65, n.2, p.128-131, Mar./Apr. 1998.
- SEGER, L. **Psicologia e odontologia: uma visão integradora**. 3.ed. São Paulo: Santos, 1998. 165p.
- TAVARES, M.J.; MODESTO, A.; AMARAL, M.T.; RÉDUA, P.C.B.; VIANNA, R. Avaliação dos métodos de controle de comportamento utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e contenção física. **Rev ABO Nac**, São Paulo, v.8, n.2, p.296-301, abr./maio 2000.
- TILLIS, T.S. Behavior management techniques in predoctoral and postdoctoral pediatric dentistry programs. **J Dent Educ**, Washington, v.37, n.3, p.232-238, Mar. 1993
- TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2.ed. São

Recebido para publicação em: 19/06/01

Enviado para reformulação em: 28/08/01

Aceito para publicação em: 23/05/02