

UNIVERSIDADE DE UBERABA
DÉBORAH LOURANY SILVA DE LIMA
MIDIAELE HORTÊNCIA DE OLIVEIRA

ESTABILIZAÇÃO PROTETORA EM ODONTOPEDIATRIA: RELATO DE
CASO

UBERABA – MG
2017

DÉBORAH LOURANY SILVA DE LIMA
MIDIAELE HORTÊNCIA DE OLIVEIRA

ESTABILIZAÇÃO PROTETORA EM ODONTOPIEDIATRIA: RELATO DE
CASO

Trabalho de conclusão de curso apresentado à
Universidade de Uberaba, como parte dos
requisitos para a conclusão do curso de
Graduação em Odontologia.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Hueb de
Menezes Oliveira.

UBERABA- MG
2017

**DÉBORAH LOURANY SILVA DE LIMA
MIDIAELE HORTÊNCIA DE OLIVEIRA**

**ESTABILIZAÇÃO PROTETORA EM ODONTOPEDIATRIA:
RELATO DE CASO**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Universidade de Uberaba,
como parte dos requisitos para a
conclusão do curso de Graduação em
Odontologia.

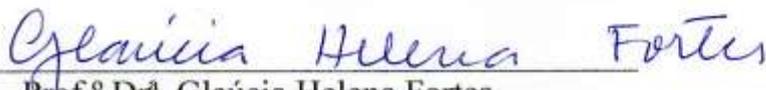
Área de concentração: Odontopediatria

Aprovado em: 16/12/2017

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a. Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira
-Orientadora
Universidade de Uberaba



Prof.^o Dr.^a. Gláucia Helena Fortes
Universidade de Uberaba

Lima, Déborah Lourany Silva de.
L628e Estabilização protetora em odontopediatria: relato de caso /
Déborah Lourany Silva de Lima, Midiaele Hortência de Oliveira. –
Uberaba, 2017.
22 f. il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso -- Universidade de Uberaba.
Curso de Odontologia. Área de Odontopediatria, 2017.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Hueb de Menezes
Oliveira.

1. Odontopediatria. 2. Crianças – Restrição física. 3. Odontologia.
I. Oliveira, Midiaele Hortência de. II. Oliveira, Maria Angélica Hueb
de Menezes. III. Universidade de Uberaba. Curso de Odontologia.
Área de Odontopediatria. IV. Título.

CDD 617.645

RESUMO

A odontopediatria é uma especialidade odontológica que cuida da saúde bucal de crianças e adolescentes, e tem como objetivo a manutenção e preservação dos dentes decíduos e subsequentes os dentes permanentes. Os odontopediatras convivem diariamente com os sentimentos de medo e ansiedade, estes são frequentes entre as crianças no ambiente odontológico dificultando a realização de tratamentos clínicos. Existem técnicas não farmacológicas de manejo utilizadas para amenizar essas sensações desagradáveis, como: técnica do mostrar, falar, fazer, técnica de controle de voz, reforço positivo e mão sobre boca. Em crianças que não aceitam a gestão de comportamento e condicionamento exige um método mais rígido denominada restrição física. A restrição física também conhecida como pacote pediátrico/estabilização protetora é um método de restrição da liberdade de movimentos do paciente, com o intuito de diminuir as chances de ocorrer injúrias e danos, sendo este utilizado com o consentimento e autorização prévia dos pais. O objetivo deste trabalho é abordar a técnica utilizada em crianças não cooperadoras bem como as consequências da técnica proposta e sua aceitação. Como resultado, constatou-se que a utilização da estabilização protetora em crianças não colaboradoras, é um método eficiente que viabiliza o tratamento odontológico.

Palavras-chave: Manejo. Odontopediatria. Restrição física.

ABSTRACT

Pediatric dentistry is a specialty within odontology that takes care of the mouth's health of children and teenagers and aims to maintain and preserve the deciduous teeth and, lately, the permanent teeth. Pediatric dentists live daily with feelings such as fear and anxiety. These are frequent among children in the dentistry environment, making it harder to perform clinical treatments. There are non-pharmacological management techniques used to ease those unpleasant feelings such as: show, tell, do technique, voice control technique, positive reinforcement and hand over mouth. Children that do not accept behavior management and conditioning demand a stricter method called physical restriction. The physical restriction, also known as pediatric package/protective stabilization is a method of restriction of the patient's liberty of movement, aiming to diminish the chances of injuries and damages. This method is used with previous consent from the parents. The present work aims to address the technique used in non-cooperative children, as well as the consequences of the proposed technique and its acceptance. As a result, it was found that the use of protective stabilization in non-cooperative children is an efficient method that makes dental treatment feasible.

Keywords: Management. Pediatric dentistry. Physical restriction.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Consulta inicial	13
Figura 2. Paciente estabilizado na cadeira odontológica	14
Figura 3. Colaboração do paciente frente ao tratamento	15
Figura 4. Consulta final do tratamento	15

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 MATERIAIS E MÉTODOS	13
4.1 CASO CLINICO	13
4.2 RELATO DE CASO	13
5 DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	20
ANEXOS	22
I – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento	22
II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	23

1 INTRODUÇÃO

A odontopediatria é de extrema importância na prevenção e na manutenção dos dentes decíduos na cavidade oral. As visitas frequentes ao consultório odontológico são importantes para um melhor diagnóstico, prevenção e correto tratamento, evitando possíveis problemas dentários, problemas na mastigação, fonética e estética, contribuindo assim para melhoria da saúde bucal e saúde geral entre crianças e adolescentes (OKUNSERI, GONZALEZ, HODGSON, 2015).

A primeira visita de uma criança ao consultório odontológico pode ser uma experiência traumática se não tomada às devidas precauções em proporcionar conforto e confiança ao paciente. As técnicas de gestão de comportamento manuseiam e alteram o comportamento da criança tendo em vista estabelecer relação entre criança, pai e dentista, e conseqüentemente diminuem ou anulam o medo e a ansiedade provocados pela visita odontológica (WILSON, 2013).

A ansiedade e o medo entre os pacientes pediátricos estão presentes na prática Odontológica de rotina e dificulta a realização de tratamentos clínicos. Essa situação pode acabar levando o paciente a desistir do tratamento e, conseqüentemente piorar o estado de saúde bucal do mesmo. Esse estresse geralmente está associado ao processo de socialização da criança que tende a ser influenciada por experiências ruins que os pais relatam ou até mesmo à ameaças que os mesmos fazem. Com o avanço da tecnologia, a odontologia tornou-se um serviço mais humanizado afim de que os profissionais lidem adequadamente com paciente infantis obtendo uma relação paciente – profissional mais favorável (BUSATO *et al.*, 2016).

Para o Odontopediatra, a manutenção das crianças não colaboradoras é uma parte importante da prática, tendo como consequência a colaboração do paciente. “Mostrar, falar, fazer”; reforço positivo; modelagem; controle de voz; e restrição física, são algumas das técnicas utilizadas na prática para gerenciar o comportamento do paciente pediátrico (VENKATARAGHAVANK *et al.*, 2016).

Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, 2005 – 2006), que publica habitualmente um guia denominado de Guia de Manejo do Comportamento Infantil, e tem o objetivo de melhorar o atendimento e conseqüentemente os resultados do tratamento infantil por meio de técnicas de manejo comportamental em situações de intervenções pediátricas. Acredita-se que o Odontopediatra é capaz de aplicar as técnicas de manejo, no

entanto, as respostas de cada criança diante do mesmo procedimento são variáveis, dificultando a realização e a busca dos resultados satisfatórios da técnica (BRANDENBURG e HAYDU, 2009).

Um importante conceito de cuidado odontológico pediátrico é comunicar sobre técnicas de gestão de comportamento aos pais previamente, buscando a participação dos mesmos nas decisões de tratamento com a compreensão de fatores relacionados aos cuidados dentários tendo como resultado a diminuição do estresse e ansiedade durante o atendimento (VENKATARAGHAVAN *et al.*, 2016).

Quando os pacientes não aceitam a gestão de condicionamento, dificultando assim a sequência de tratamento clínico, é necessário o uso de restrição física, definida como uma contenção dos movimentos exercidos pelas crianças nos momentos de elevação de estresse. A estabilização protetora/ restrição física tem a finalidade de estabelecer um tratamento de qualidade com segurança para os pacientes não cooperadores, afim de evitar injúrias durante a realização dos procedimentos odontológicos. Diante de uma situação de medo e estresse, a criança pode impedir ou atrapalhar a realização adequada do procedimento por meio de movimentos bruscos e repetitivos com o intuito de fuga e autoproteção (SHITSUKA *et al.*, 2015).

Nas crianças em que a utilização de restrição física é necessária, nota-se uma correlação entre a ansiedade de mães e filhos que se caracteriza como uma irritação, falta de autoconfiança, hipersensibilidade emocional e pouca capacidade em lidar com as dificuldades da criança. Considerando a influência que as mães têm sobre seus filhos é notável que os sentimentos da genitora possam influenciar na percepção da criança frente ao tratamento odontológico (CARDOSO, LOUREIRO e FILHO. 2004).

A aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo de comportamento geralmente é satisfatória e visa um melhor desenvolvimento no tratamento odontológico. Alguns fatores como: baixa renda, pouca escolaridade e pais que possuem filhos com algum tipo de transtorno psicológico são mais resistentes às técnicas de manejo, mas têm demonstrado um aumento na aceitação dessas técnicas visto que, as mesmas têm como principal objetivo diminuir a ansiedade e o estresse durante o atendimento (ELANGO, BAWEJA e SHIVAPRAKASH, 2012).

A restrição física é feita com a ajuda dos pais e os profissionais auxiliares do ambiente odontológico. O paciente é envolvido por materiais como: lençóis, campos cirúrgicos, faixas com velcro, afim de evitar a movimentação tanto da cabeça, como do corpo do paciente para que não ocorra injúrias durante o procedimento, sendo indispensável

demonstrações de carinho e afeto com a criança por parte dos pais e equipe odontológica diminuindo sua resposta opositora (FERREIRA *et al.*,2016).

É importante realçar que a restrição física pode ser realizada como medida terapêutica, porém com precaução para evitar a sua banalização, pois se utilizada sem indicações corretas, pode ocasionar danos psicológicos e físicos aos pacientes (SHITSUKA *et al.*, 2015).

Um bom planejamento da conduta odontopediátrica com a finalidade de prevenção de fatores ansiogênicos, com uso intensivo dos procedimentos já adotados e técnicas que visam estratégias lúdicas de distração são indispensáveis, todavia é necessária a avaliação da efetividade dos procedimentos sugeridos, pois é possível que a reação de intensa oposição frente ao tratamento, estejam relacionadas à outras variáveis não diretamente ligada ao contexto odontológico (FIORAVANTE *et al.*, 2007).

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o uso de estabilização protetora com o intuito de melhorar a qualidade no atendimento em crianças não colaboradoras minimizando riscos físicos e traumas futuros.

3 OBJETIVO

Demonstrar por meio de relato de caso, a utilização de estabilização protetora em criança não colaboradora e a aceitação dos pais e do paciente no decorrer do tratamento odontológico bem como o progresso gradativo das técnicas de manejo de comportamento.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Caso clínico

Paciente, L.F.P.A, 5 anos, sexo masculino, meladermo, apresentou-se a Policlínica Getulio Vargas da Universidade de Uberaba com queixas de dor no dente 85 que se encontrava com extensa lesão cáriosa já envolvendo a polpa dental, sendo indicado o tratamento de pulpectomia. Na primeira consulta foi realizado uma anamnese minuciosa, avaliação clínica e exames complementares como radiografias do paciente, em busca da etiologia da doença, para assegurar um melhor tratamento.

Para autorizar uso de imagens e de realização do tratamento, dois documentos foram assinados pelo responsável da criança: termo de autorização do uso de imagens e o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.2 Relato de caso

Na segunda consulta, foi feito a tentativa de condicionar a criança em ambiente odontológico, o mesmo apresentou medo, ansiedade e resistência frente ao tratamento proposto, optou-se para as técnicas de manejo de comportamento como o “mostrar, falar, fazer” mas o paciente não se mostrou cooperativo sendo necessária a utilização da estabilização protetora.



Figura 1: consulta inicial sendo necessário o uso da proteção estabilizadora

Foi realizado então a técnica do pacotinho pediátrico na primeira e segunda sessão de tratamento afim de se diminuir injurias e danos ao paciente devido aos movimentos de mão, pés e cabeça. Para minimizar o trauma e o impacto da estabilização foi utilizado palavras como “agasalho para o frio”, “proteção para o vento”, “capa protetora de respingos de água” criando uma relação de confiança entre a criança e o cirurgião dentista.



Figura 2. Paciente estabilizado na cadeira odontológica

Na terceira consulta o paciente se mostrou mais receptivo frente ao tratamento, onde foi feita a tentativa da realização dos procedimentos sem a utilização da contenção física, mas sempre empregando outras técnicas de manejo como o “reforço positivo e “mostrar, falar, fazer”, onde o mesmo se mostrou colaborativo, indicando assim a importância das técnicas de manejo comportamental em crianças não cooperadoras.



Figura 3. Paciente mostrando-se colaborativo ao tratamento.

A partir da terceira sessão não foi mais utilizado o pacote pediátrico devido ao bom comportamento e aceitação do paciente frente ao tratamento proposto mostrando assim uma evolução clínica e psicológica do paciente submetido às técnicas de manejo de comportamento.



Figura 4. Foto final do tratamento

5 DISCUSSÃO

Na prática odontopediátrica é comum deparar-se com vários tipos de comportamento indesejados, ocasionados por sentimentos como medo, ansiedade, birra ou dor, prejudicando o tratamento odontológico. Sendo assim, os odontopediatras necessitam da utilização de técnicas de manejo comportamentais não farmacológicas a fim de obter bons resultados no tratamento do paciente infantil (SILVA *et al.*, 2016)

Segundo GUPTA *et al.* (2014), a capacidade de comunicação das crianças são limitadas e não conseguem expressar seus medos e ansiedades em palavras, sendo expressadas pela resistência ao que foi sugerido como tratamento.

Para obter um resultado positivo no tratamento odontológico em crianças é necessário compreender a fase do desenvolvimento que ela se encontra e com isso optar por uma técnica de manejo comportamental adequada, sendo aplicado de acordo com a necessidade individual de cada paciente (ALBURQUERQUE, 2010).

O comportamento de uma criança na presença do dentista pode ser inesperado, levando-se em conta que existem fatores psicológicos relevantes ao tratamento. Contudo, o odontopediatra deve levar em consideração que cada pessoa tem reações distintas quanto à abordagem odontológica, já que condições externas podem exercer grandes influências na cooperação durante o atendimento (SILVA *et al.*, 2016).

Para SILVA *et al.* (2016) os pais tem o importante papel de orientar as crianças sobre a visita ao consultório odontológico, com o intuito de minimizar danos psicológicos e possíveis ansiedades com relação ao tratamento. O primeiro contato da criança com o odontopediatra deverá ser considerado importante e essencial para o desenvolvimento de uma boa relação e confiança entre ambos.

SHITSUKA (2015) afirma que em crianças não colaboradoras ou que não aderem à gestão de comportamento faz-se necessário o uso de restrição física/ estabilização protetora, que é definida como o ato de restringir os movimentos do paciente, a fim de se diminuir riscos e injúrias e obter melhores resultados no decorrer do tratamento.

CARDOSO (2004) notou que a ansiedade dental se desenvolve através da observação das crianças, e aborda a relação e influência do estresse das mães frente ao tratamento odontológico dos filhos em que necessitam o uso de restrição física. O alto nível de estresse das mães e das crianças, associada a menor capacidade de controlar esse tipo de situação, influencia negativamente a percepção do tratamento odontológico pela criança.

A Academia Americana de Odontologia Pediátrica (AAPD, 2005 – 2006) aborda o uso de restrições físicas em seu site e solicita precaução em seu uso. AAPD adverte que a estabilização pode ser prejudicial se o dispositivo de restrição for tão apertado que interfira na respiração, especialmente no paciente sedado, adverte também que pode ser psicologicamente prejudicial e resultar no desenvolvimento de fobia dentária. As indicações AAPD para restrição física incluem o seguinte:

1. O paciente requer diagnóstico imediato e / ou tratamento limitado e não pode cooperar por falta de maturidade ou incapacidade mental ou física.
2. A segurança do paciente, do pessoal, do dentista ou dos pais estaria em risco sem restrições.
3. O paciente sedado requer estabilização limitada para ajudar a diminuir o movimento adverso.

As contra-indicações da AAPD para restrição física são as seguintes:

1. O paciente é cooperativo.
2. O paciente não pode ser imobilizado de forma segura devido a condições médicas ou físicas associadas.
3. O paciente não coopera com tratamento não emergente e requer consultas prolongadas.
4. O paciente experimentou trauma físico ou psicológico anterior devido a restrições físicas, a menos que não haja alternativas disponíveis.

FUCCIO (2003) afirma que técnicas não restritivas têm maior aceitação pelos pais, enquanto técnicas restritivas e farmacológicas são menos aceitas pelos participantes, devido sua natureza mais aversiva, e quando indicadas informarem corretamente aos pais o motivo de sua utilização. A técnica restritiva associada a um tratamento odontológico mais doloroso, na visão dos pais, pode contribuir para um maior índice de rejeição destes em relação às técnicas de manejo, sendo importante obter uma relação de confiança entre profissional, pais e paciente afim desse obter um adequado andamento do tratamento.

Outra questão importante foi observada por Silva *et al.* (2016), onde reforça que a técnica de restrição física é um método que deve possuir autorização por escrito dos pais, afim de se evitar problemas éticos e legais futuros. Ressalta também que técnicas restritivas quando usadas adequadamente faz com que a criança aceite o tratamento odontológico, de forma a

descobrir que as razões para evitar o tratamento são ineficazes, assim, o paciente passará a desejar tratamentos futuros e o impacto psicológico será positivo.

FERREIRA, *et al* (2016) afirma que a criança tende acostumar com a situação, e reconhecer o meio utilizado, tendo um avanço significativo em seu comportamento, apresentando uma resposta positiva frente as consultas continuas com a utilização de técnicas de condicionamento físico, não apresentando portanto qualquer sinal de trauma.

6 CONCLUSÃO

Ao trabalho exposto, conclui-se que a utilização da estabilização protetora em crianças não colaboradoras, é um método eficiente que viabiliza o tratamento odontológico, minimizando possíveis riscos de acidentes durante o atendimento, proporcionando um tratamento seguro e de qualidade, a fim de que consiga o condicionamento e colaboração da criança sem traumas futuros.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Camila Moraes et al. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arq. Odontol.* [online].vol.46, n.2, pp. 110-115. ISSN 1516-0939, 2010.

American Academy of Pediatric Dentistry .Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **Reference Manual**, v .37, n.6 p. 180-192, 2016.

American Academy of Pediatric Dentistry. (2005-2006). *Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient* . **Reference Manual**. Chicago. p.92.

BUSATO, Paloma et al.Influence of maternal anxiety on infant anxiety during dental care: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**. São Paulo. abr, 2017.

BRANDENBURG, Olivia Justen; HAYDU, Verônica Bender. Behavior. Analysis Contributions to Pediatric Dentistry. **Psicologia Ciência e Profissão**. Londrina. v.29, p.462-475. 2009

CARDOSO, Cármen Lúcia; LOUREIRO, Sônia Regina; FILHO, Paulo Nelson. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and students of dentistry. **Braz. oral res.** São Paulo, v.18, june. 2004.

ELANGO, I.; BAWEJA, D. K.; SHIVAPRAKASH, P. K. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques: A comparative study. **J Indian Soc Pedod Anterior Dent.** Índia, 3. ed. v.30, p. 195-200, dez. 2012.

FERREIRA, Rosilene et al. Use of physical restraint as management techniques in odontológico babies treatment: Review literature. **Revista Gestão & Saúde**. v. 14, n.1, p 31-36, 2016.

FIORAVANTE, Daniele Pedrosa et al . The patient-professional relationship functional analysis in the pediatric dentistry. **Estud. psicol.** Campinas.v.24, n.2, Abr./June. 2007.

FUCCIO, Flavia et al. Parental Acceptance of Child Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. Curitiba, v.6, n.30, p.146-151, mar./abr. 2003.

GRUPTA, Anil et al. Behaviour management of an anxious child. *Stomatologija. Baltic Dental and Maxillofacial Journal*. 16:3-6, 2014.

OKUNSERI,C.,GONZALEZ,C.,HODGSON, B. Children's Oral Health Assessment, Prevention, and Treatment. *Pediatric Clin North Am*.v.62, p.5 oct 2015.

SILVA, Livia Fernandes Pires, et al. Behavioral Management Techniques non Pharmacological in Pediatric Dentistry. *Rev. Odontologia*. Univ. Cid. São Paulo 2016; 28(2): 135-42,mai-ago

SHITSUKA, Rabbith Ive Carolina Moreira et al. Development and assessment of the effectiveness of protective stabilization in pediatric dentistry: a pilot study. *RFO*.Passo Fundo, v. 20, n. 1, p. 59-63, jan./abr. 2015.

VENKATARAGHAVAN, Karthik et al. Pro-Activeness of Parents in Accepting Behavior Management Techniques: A Cross-Sectional Evaluative Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. v.10, jul 2016.

WILSON, Stephen; DMD; MA; PHD. Management of Child Patient Behavior: Quality of Care,Fear and Anxiety, and the Child Patient. *JOE* . v.39, 2013.

ANEXOS

I – Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimento

Uberaba, 2017.

Eu, Elaine de Paulo Vieira

CPF: 085 945 396-06 RG: MG-15 534 668, responsável pelo menor Luiz Felipe de Paulo Alves.

Depois de conhecer e entender os objetivos e procedimentos metodológicos do relato de caso, bem como de estar ciente da necessidade do uso da imagem e/ou depoimentos, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizo, através do presente termo, os acadêmicos Déborah Lourany Silva de Lima e Midiaele Hortência de Oliveira sob orientação da Professora Maria Angélica Hueb de Menezes Oliveira a realizar as fotos que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiro a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos acadêmicos acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, Lei Nº 8.069/1990.

Elaine de Paulo

Participante da pesquisa (Responsável)

Déborah Lourany S de Lima

Déborah Lourany Silva de Lima

(Responsável pelo Projeto)

Midiaele Hortência de Oliveira

Midiaele Hortência de Oliveira

