

Técnica de Condicionamento Psicológico para Uso do Isolamento Absoluto em Criança de Pouca Idade: Relato de Caso

Behavior Management Technique Before the Use of Rubber Dam in a Child: Case Report

Cristina Giovannetti Del Conte Zardetto*
Maria Salete Nahás Pires Corrêa**

Zardetto CGDC, Corrêa MSNP. Técnica de condicionamento psicológico para uso do isolamento absoluto em criança de pouca idade: relato de caso. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(38):341-5.

O uso do isolamento absoluto em pacientes odontopediátricos oferece inúmeros benefícios para a criança, o profissional e a qualidade do trabalho executado. O objetivo deste artigo é descrever um método simples de condicionamento psicológico para o uso do isolamento absoluto em criança de pouca idade, utilizando-se um brinquedo e a participação ativa da criança. Primeiro, empregou-se a técnica do falar-mostrar-fazer e, em seguida, estimulou-se a criança a manipular alguns dos elementos do isolamento absoluto, como o grampo, o lençol de borracha e o arco. Observou-se que a criança participou ativamente do seu próprio condicionamento psicológico de uma maneira divertida e agradável, e aceitou tranquilamente o uso do isolamento absoluto.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência odontológica para crianças; Condicionamento (psicologia); Odontopediatria; Isolamento absoluto.

* Doutoranda em Odontopediatria – FOU SP; Professora do Curso de Especialização em Odontopediatria – FUNDECTO – FOU SP; Rua Harmonia, 765/72, Vila Madalena – CEP 05435-000, São Paulo, SP; e-mail: criszardetto@uol.com.br
a preservação da saúde bucal, ainda há pacientes infantis que necessitam de tratamento odontológico curativo. O emprego do isolamento absoluto facilita a realização de uma Odontologia restauradora e

reabilitadora de alta qualidade nestes pacientes (Ramires-Romito, 2000). Além disso, o uso do isolamento absoluto nos pacientes infantis apresenta outras importantes vantagens, tais como: melhorar o acesso e a visibilidade, porque afasta a língua, lábios, bochecha e saliva do campo de trabalho; retrai e protege os tecidos moles, como língua e bochecha, e também gengiva; promove um campo de trabalho mais seco; impede a ingestão e a inalação de corpos estranhos; ajuda a controlar o paciente, acalmado-o; ajuda a controlar infecções cruzadas, por reduzir a disseminação de microorganismos pelo *spray* (Curzon *et al.*, 1997; Page, Welbury, 1999); e diminui o estresse do profissional (Page, Welbury, 1999).

Um dos desafios com que o Odontopediatria se depara frequentemente é o manejo do comportamento de crianças de pouca idade. A lite-

ratura sobre manejo do comportamento infantil é vasta, assim como as técnicas nela descritas. O gerenciamento do comportamento através da comunicação é usado universalmente em Odontopediatria, tanto nos casos de cooperação dos pacientes como diante da não-cooperação, sendo esta a base para a criação de uma relação amigável com a criança, permitindo, assim, um tratamento odontológico com sucesso e a criação de uma atitude positiva frente a ele (*Guidelines for Behavior Management of the American Academy of Pediatric Dentistry*, 1999-2000).

O medo do desconhecido é um dos fatores mais relevantes que contribuem para a ansiedade (Piedalue, Milnes, 1990), o qual pode levar a criança a não cooperar e não seguir instruções, da mesma maneira que, se ela se sentir ameaçada por alguma coisa, será difícil que coopere. Entretanto,

** Professora Doutora da Disciplina de Odontopediatria – FOU SP; Coordenadora do Curso de Especialização em Odontopediatria – ABENO; Coordenadora do Curso de Odontopediatria na Primeira Infância (de Bebês a 3 anos) – FUNDECTO – FOU SP

INTRODUÇÃO

Apesar do declínio na prevalência da doença cárie, devido aos inúmeros recursos disponíveis para

as manifestações de medo e ansiedade podem ser atenuadas e até eliminadas por um processo de orientação preventiva, que visa a ampliar o campo perceptivo da criança em relação ao tratamento odontológico, quer quando ela for ao consultório pela primeira vez, quer quando já tenha tido uma experiência prévia negativa (Klatchoian, 2002).

Uma das técnicas de manejo do comportamento infantil mais bem aceitas pelos pais é a do falar-mostrar-fazer (Murphy *et al.*, 1984). Esta foi primeiramente descrita por Addeleston, em 1959, *apud* Klatchoian (2002), e consiste em apresentar à criança o ambiente odontológico, assim como alguns instrumentos e procedimentos, oferecendo explicações verbais em linguagem simples. Demonstra-se à criança, gradativamente, estes procedimentos, e ela tem a possibilidade de exercer todos os seus sentidos: visual, auditivo, tátil e olfatório. O objetivo da técnica do falar-mostrar-fazer é lidar com o medo e a ansiedade da criança frente a situações desconhecidas, por promover a familiarização da criança ao ambiente odontológico e seus procedimentos (Barenie, Ripa, 1977; *Guidelines for Behavior Management of the American Academy of Pediatric Dentistry*, 1999-2000; Corrêa *et al.*, 2002). Com esta conduta, oferecem-se informações preparatórias à criança, tornando tais elementos conhecidos e, assim, diminuindo seu medo e sua ansiedade. Conhecendo as funções básicas dos equipamentos, a criança terá menor probabilidade de projetar neles suas fantasias (Klatchoian, 2002).

É importante estabelecer uma hierarquia dos eventos e instrumentais a serem mostrados, iniciando pelos procedimentos que geram baixos níveis de ansiedade para aqueles de maior nível (Barenie, Ripa, 1977), assim como também usar linguagem e conceitos que tornem mais fácil o entendimento da criança, para que ela possa fazer novas e mais agradáveis associações (Klatchoian, 2002). A apresentação de espelho, pinça, explorador e sugador deve ser realizada primeiro fora da boca e depois na boca da criança. Para fazer esta demonstração fora da boca, podem-se utilizar bonecos ou brinquedos e pedir a participação da criança (Corrêa *et al.*, 2002). A partir dos 15 meses de idade, esta técnica pode ser altamente proveitosa, pois, segundo Piaget, crianças nesta idade estão em desenvolvimento sensório-motor e, portanto, ávidas para explorar as coisas à sua volta, por meio do tato e apreensão de objetos (Mathewson, Primosch, 1995).

Nas crianças mais medrosas ou inseguras, pode-se realizar alguns procedimentos primeiro na mãe, para depois permitir que a criança realize-os em bonecos. Por exemplo, a utilização do espelho clínico ou do sugador na boca da mãe; assim como a demonstração do uso da taça de borracha para profilaxia na unha da mãe. Após esta prática, a maioria das crianças sentem-se mais seguras e curiosas, e querem realizar esses procedimentos

nos bonecos e, posteriormente, concordam que sejam executados nelas mesmas (Corrêa *et al.*, 2002).

As crianças podem se beneficiar desta técnica, pois ela lhes permite manipular alguns instrumentos que não oferecem risco de acidente. A criança conhecerá, portanto, a textura, o peso e o funcionamento destes materiais e, assim, diminuirá as fantasias que porventura tenha criado (Corrêa *et al.*, 2002), uma vez que ela percebe que estes não são causadores de medo. Especialmente na idade pré-escolar, permitir a participação ativa da criança resulta num aumento do seu grau de cooperação durante o atendimento odontológico. Isto ocorre porque, nesta faixa etária, a criança quer demonstrar e aumentar sua competência, e transmitir a mensagem de que elas são importantes (Klatchoian, 2002).

Infelizmente, algumas pessoas ainda vêem nos brinquedos apenas aspectos distrativos e fúteis. Porém, os educadores estão de acordo em reconhecer que o brinquedo é um fator de educação importante. Os jogos e os brinquedos são indispensáveis ao crescimento físico, intelectual e social da criança. A brincadeira é uma forma de expressão, de linguagem, especialmente em crianças de pouca idade, que ainda não dominam a linguagem; portanto, a brincadeira pode-se tornar um meio de comunicação entre a criança e o adulto (Bandet, Sarazanas, 1973).

Bonecos, marionetes e ursos são muito utilizados durante sessões de psicoterapia infantil, uma vez que eles permitem que a criança improvise uma linguagem e, assim, auxiliam-na a liberar-se de angústias e a encontrar equilíbrio e segurança (Bandet, Sarazanas, 1973).

Kishimoto (1997) define o brinquedo como algo que representa a realidade e que coloca a criança em frente a reproduções, e considera que um dos objetivos do brinquedo é dar à criança um substituto dos objetos reais, para que possa manipulá-los.

Portanto, o brinquedo assume também um papel muito mais importante do que meramente distrair a criança. Atualmente, a Psicologia e a Pedagogia reconhecem o papel que este apresenta no desenvolvimento infantil e no processo de ensino-aprendizagem e de desenvolvimento infantil. A criança em idade pré-escolar aprende de modo intuitivo e adquire noções espontâneas, por meio de processos interativos que envolvem o ser humano por inteiro, com suas cognições, afetividade, corpo e interações sociais. O jogo e o brinquedo podem contemplar as múltiplas inteligências da criança e, assim, contribuir para a aprendizagem e o desenvolvimento infantil. Permitindo ação intencional, o jogo e o brinquedo atuam na inteligência afetiva, na construção de representações mentais, na inteligência cognitiva e na manipulação de objetos, e favorecem o desempenho de ações sensório-motoras da sua inteligência física (Kishimoto, 1997).

Um método muito utilizado para crianças hospi-

talizadas é a terapia com brinquedos. Inicialmente, esta técnica foi desenvolvida para a Psicoterapia, pois auxilia a criança a expressar suas emoções mais abertamente (Purcell *et al.*, 1983).

Em um estudo com crianças entre 3 e 5 anos de idade, foi verificado o comportamento destas durante o tratamento odontológico e comparada a eficácia da preparação da criança para este tipo de tratamento, que utiliza sessões de brincadeiras, com o grupo que não teve estas sessões. As sessões de “brincadeiras” preparatórias para o tratamento odontológico ocorriam na sala de consulta, utilizando fantoches durante aproximadamente 20 minutos. Segundo a pessoa que “brincou” com as crianças, aquelas que no início apresentavam-se muito ansiosas, ficaram mais calmas durante o tratamento, quando apresentadas novamente aos fantoches utilizados nas sessões de brincadeira preparatória (Purcell *et al.*, 1983).

O objetivo deste artigo é relatar um caso no qual foi empregada uma técnica de condicionamento psicológico para o uso do isolamento absoluto, através da participação ativa de uma criança de pouca idade com um brinquedo.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE

CONDICIONAMENTO

O objetivo deste método é familiarizar a criança e pais e/ou responsáveis com o isolamento absoluto e, assim, diminuir a ansiedade de ambos, utilizando um brinquedo e a participação ativa da criança.

O método descrito a seguir foi utilizado em uma criança normal, com 36 meses de idade. Primeiramente, explicou-se o objetivo do isolamento absoluto de maneira simples e adequada para a idade do paciente. Descreveu-se cada elemento deste procedimento associando-o a outros que a criança já conhecia. Assim, mencionou-se que “o isolamento absoluto era uma capa de chuva que protege os outros dentes que não serão tratados da água do nosso chuveirinho”. Acrescenta-se que, “para que a capa fique firme no lugar, é necessário usar um anel de dente e o fio dental”. “Este anel gosta tanto do nosso dente que dá um abraço gostoso e forte. Se o anel não ficar certinho no dente, a capa de chuva pode cair.” Ao dar as explicações, todos estes elementos são mostrados à criança. Mostra-se como o lençol de borracha é maleável e como ele estica. Se houver possibilidade, é interessante deixar a criança escolher a cor do lençol de borracha.

Em seguida, solicitou-se à criança que atuasse como o Cirurgião-dentista e que cuidasse dos dentes do jacaré, um brinquedo todo de plástico que tem uma boca grande com vários dentes. A

criança manipulou com tranquilidade o espelho clínico (Figura 1). Explicou-se que o “jacaré” precisava tratar de alguns dentes e, para tal, era necessário usar a capa de chuva demonstrada anteriormente. O isolamento absoluto foi então instalado no dente do “jacaré” com o auxílio da criança (Figura 2). Novamente, de maneira clara e simples, descreveu-se a utilidade deste procedimento e seus materiais. A criança ficou muito animada por participar e cuidar dos dentes do “jacaré”. Como a criança mostrou-se muito receptiva, perguntou-se se poderíamos colocar o isolamento absoluto em seu dedo. Ela concordou. Escolheu-se um grampo que fosse compatível com o dedo da criança. Mencionou-se que o “anel do dente faz uma leve pressão no dente, assim como o anel de dedo, e que devemos experimentar para ver qual se adapta melhor. Se ficar frouxo, ele cai do dente”. Amarrou-se o fio dental no grampo antes de prová-lo no seu dedo (Figura 3). A seguir, instalou-se o lençol de borracha, o arco de Young e o grampo no dedo da criança (Figura 4). Esta prática permitiu que a criança entendesse melhor a pressão causada pelo grampo e como fica o isolamento absoluto. Pôde-se também explicar que fica de fora só o dente que será tratado e que todos os outros continuam na boca, só que escondidos por baixo do lençol de borracha.

É importante lembrar à criança que ela não irá para casa com o isolamento absoluto, pois ao terminar a sessão ele será removido da cavidade bucal.

DISCUSSÃO

Ao realizar o atendimento odontológico em um paciente infantil pela primeira vez, o Odontopediatra se depara com uma grande responsabilidade: criar uma base na criança, com a qual ela poderá gostar do tratamento odontológico e confiar no profissional ou não. Isto porque



FIGURA 1: Paciente com 3 anos de idade, brincando tranquilamente com um espelho clínico de plástico no brinquedo “jacaré”. O “jacaré” serve como modelo antes da utilização destes elementos na boca do paciente. O uso do abridor de boca também é explicado à criança e utilizado no brinquedo.



FIGURA 2: Mostra-se como fica a capa de chuva e o “anel de dente” na boca do “jacaré”. Neste caso, o “jacaré” permaneceu com o abridor de boca posicionado dentro da boca e depois foi instalado o isolamento absoluto. Mencionou-se à criança que na prática isto também pode ocorrer.

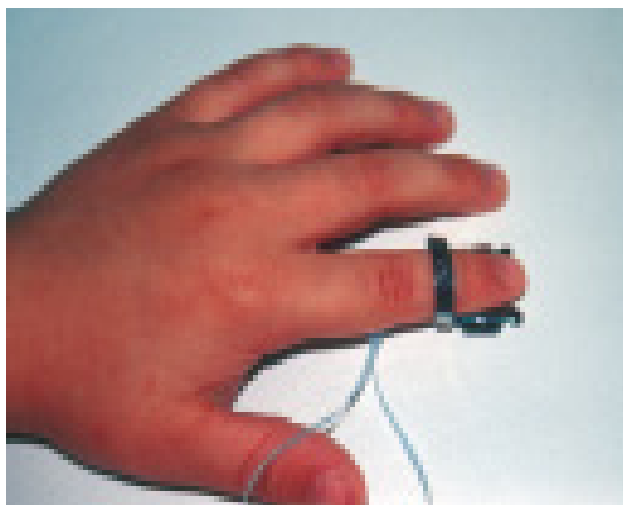


FIGURA 3: Foi escolhido um grampo para o isolamento absoluto de tamanho compatível com o dedo da criança. Este foi amarrado com fio dental e colocado no dedo da criança. Explicou-se à criança que sentirá uma leve pressão do “anel do dente”, e que se esse “anel” ficar frouxo, ele cairá e não segurará a capa de chuva.



FIGURA 4: A seguir são instalados o lençol de borracha, o arco de Young e o grampo no dedo da criança. Se possível, é interessante deixar a criança escolher a cor do lençol de borracha.

já se sabe que as experiências vividas na infância são críticas para a formação do comportamento do adulto (Piedalue, Milnes, 1990). Portanto, apresentando o tratamento odontológico de maneira simples e divertida, seria mais fácil conquistar o paciente infantil.

A técnica do falar-mostrar-fazer é um método eficaz para familiarizar a criança ao ambiente odontológico e diminuir seus medos e ansiedades, e consiste em apresentar gradativamente alguns instrumentos e procedimentos odontológicos (Barenie, Ripa, 1977; *Guidelines for Behavior Management of the American Academy of Pediatric Dentistry*, 1999-2000; Corrêa *et al.*, 2002). Corrêa *et al.* (2002) e Klatchoian (2002) sugeriam a utilização de bonecos ou brinquedos para realizar esta demonstração e permitir a participação direta da criança no condicionamento, uma vez que, a partir dos 15 meses de idade, as crianças apresentam-se em pleno desenvolvimento sensório-motor e, portanto, exploram os ambientes por meio do tato e da apreensão dos objetos (Mathewson, Primosch, 1995). Foi constatado que permitir a participação ativa da criança no condicionamento para o tratamento odontológico aumenta seu grau de cooperação e os benefícios obtidos (Corrêa *et al.*, 2002; Klatchoian, 2002).

Em algumas circunstâncias, a criança muito curiosa gostará de experimentar nela mesma os objetos apresentados. Em outras, porém, as crianças podem ficar mais receosas, e necessitar de mais tempo e contato com os novos “equipamentos”, para permitir tal contato. Naquelas crianças que se demonstrarem um pouco receosas e não quiserem experimentar o grampo antes no seu dedo, o uso de bonecos ou outros brinquedos que tenham dentes pode auxiliar muito nesse processo de condicionamento psicológico. Nestes casos, é interessante permitir que a criança atue como auxiliar e nos ajude a instalar o isolamento absoluto no brinquedo. Geralmente, as crianças gostam de exercer o papel de Cirurgião-dentista ou de Auxiliar (Figuras 1 e 2).

As vantagens que o uso do isolamento absoluto apresenta no tratamento odontológico de pacientes infantis são indiscutíveis (Curzon *et al.*, 1997; Page, Welbury, 1999). Contudo, por ser algo novo para a criança e alguns pais, ele pode gerar certo grau de ansiedade e curiosidade. Portanto, propusemo-nos a realizar uma técnica de condicionamento psicológico utilizando algo que as crianças adoram: o brinquedo e a brincadeira.

É importante que a criança desenvolva associações novas e positivas frente ao tratamento odontológico. Deve-se apresentar e satisfazer a curiosidade da criança, sempre fazendo alusão positiva e dando explicações compatíveis com o nível de compreensão dela (Klatchoian, 1993).

Os brinquedos simplificam ou até mesmo representam a realidade. Isto evidencia melhor sua estrutura real, e assim transforma em brincadeira a aprendizagem de mecanismos complicados (Bandet, Sarazanas, 1973;

Kishimoto, 1997). Se traçarmos um paralelo com o método aqui exposto, pode-se dizer que o uso do brinquedo “jacaré” e o fato de a criança manusear e sentir alguns instrumentais odontológicos permitiram que ela aprendesse o mecanismo destes elementos e, assim, por meio da brincadeira, ela adquiriu conhecimentos sobre este procedimento odontológico.

O fato de o Cirurgião-dentista deixar que a criança brincasse de *ser Dentista*, permitiu maior descontração e a criação de um vínculo afetivo entre o profissional e o paciente. Isto vai de encontro ao que foi mencionado por Klatchoian (2002): quando o profissional apresenta atitudes carinhosas e amistosas, dissipam-se as fantasias e medos relativos à pessoa do Cirurgião-dentista, e a criança torna-se um aliado.

Ao utilizar este método, temos observado que as crianças sentem-se mais seguras e menos receosas com o uso do isolamento absoluto. Isto é importante,

pois o emprego do lençol de borracha traz inúmeros benefícios para a criança, o profissional e a qualidade do tratamento realizado.

O que chama a atenção é que, quando o isolamento absoluto é colocado na criança, ela torna-se mais quieta e relaxada. Isto porque o isolamento absoluto parece funcionar como uma barreira, de tal maneira que os movimentos feitos dentro e fora da boca são menos invasivos para a criança do que sem sua colocação (Waggoner, 1996).

CONCLUSÃO

A técnica descrita foi de fácil realização. A criança permaneceu tranqüila, muito cooperativa, receptiva e feliz, durante o condicionamento psicológico utilizando um brinquedo e sua participação ativa.

Zardetto CGDC, Corrêa MSNP. Behavior management technique before the use of rubber dam in a child: case report. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(38):341-5.

The use of rubber dam in Pediatric Dentistry has many advantages for child patient, dental professional, and to the restorative procedure itself. The aim of this article is to describe a simple and easy method for behavior management before using rubber dam in a 36-month-old infant, using a specific toy. The “tell-show-do” technique was employed first. Next, we allowed the child to hold and play with some of the elements used in the rubber dam technique, such as the clamp, the rubber, and the frame. We observed that the child participated, in a fun and easy way, in his own behavior management.

KEYWORDS: Dental care for children; Conditioning (psychology); Pediatric dentistry; Rubber dams.

REFERÊNCIAS

- Addelston HK. Child patient training. *Fortnightly Review of the Chicago Dental Society* 1959; 38(2):7-9, 27-30 apud Klatchoian DA. Em busca da participação e colaboração da criança no atendimento odontopediátrico. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. 2. ed. São Paulo; 2002. p. 263-85.
- Bandet J, Sarazanas R. Pontos de vista sobre os brinquedos. In: Bandet J, Sarazanas R. *A criança e os brinquedos*. Trad. Maria Manuel Tinoco. Santos: Livraria Martins Fontes; 1973. p.29-51.
- Barenie JT, Ripa LW. The use of behavior modification technique to successfully manage the child dental patient. *J Am Dent Assoc* 1977; 94(2):41-3.
- Corrêa MSNP, Zardetto CGDC, Ramires-Romito ACD. Condicionamento psicológico no paciente infantil – manejo do comportamento infantil por meio da comunicação. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico*. São Paulo: Santos; 2002. p.89-106.
- Curzon MEJ, Roberts JF, Kennedy DB. Isolamento absoluto. In: Curzon MEJ, Roberts JF, Kennedy DB. *Dentística operatória pediátrica*. São Paulo: Premier; 1997. p.53-61.
- Guidelines for Behavior Management of the American Academy of Pediatric Dentistry. *Ped Dent* 1999/2000; 21(5):42-9.
- Kishimoto TM. O jogo e a educação infantil. In: Kishimoto TM, organizador. *Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação*. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p.12-43.
- Klatchoian DA. *Psicologia odontopediátrica*. São Paulo: Sarvier; 1993.
- Klatchoian DA. Em busca da participação e colaboração da criança no atendimento odontopediátrico. In: _____. *Psicologia odontopediátrica*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 2002. p.263-85.
- Mathewson RJ, Primosch RE. Behavior management. In: _____. *Fundamentals of dentistry for children*. 3rd. ed. Coral Stream: Quintessence; 1995. p.137-44.
- Murphy MG, Fields HW, Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Ped Dent* 1984; 6(4):193-8.
- Page J, Welbury RR. Operative treatment of dental caries. In: Welbury RR. *Paediatric dentistry*. New York: Oxford University Press; 1999. p.117-37.
- Piedalue RJG, Milnes A. An overview of non-pharmacological pedodontic behaviour management techniques for the general practitioner. *J Can Dent Assoc* 1990; 56(2):137-44.
- Purcell PD, Albino JE, Bernat JE. Effects of play therapy on preschool children during initial dental visits. *J Dent Child* 1983; 50(6):433-41.
- Ramires-Romito ACD. Isolamento do campo operatório em odontopediatria. In: *Mestrados em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo Biênio 1998-1999*. Odontopediatria – Resoluções clínicas. Curitiba: Maio; 2000. p.33-8.
- Waggoner WF. Odontologia restauradora para a dentição decidua. In: Pinkham JR. *Odontopediatria da infância à adolescência*. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1996. p.326-55.

Recebido para publicação em: 06/12/02
Enviado para reformulação em: 06/03/03
Aceito para publicação em: 25/11/03