

Augusta Maria Pereira Martins

Restrição como técnica avançada de controlo de comportamento em odontopediatria

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Augusta Maria Pereira Martins

Restrição como técnica avançada de controlo de comportamento em odontopediatria

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2015

Augusta Maria Pereira Martins

Restrição como técnica avançada de controlo de comportamento em odontopediatria

Atesto a originalidade do trabalho

“Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção do grau
de Mestre em Medicina Dentária”

RESUMO

É comum, na prática clínica de odontopediatria, manifestações de medo e ansiedade por parte do paciente infantil, e quando estas não são controladas pelo médico dentista poderão comprometer a qualidade dos serviços de saúde oral prestados. Perante estas situações o profissional de saúde deverá recorrer a estratégias básicas de comunicação para conseguir estabelecer uma relação de confiança com o seu paciente. No entanto, perante casos mais severos, este poderá optar por técnicas avançadas de controlo de comportamento, nomeadamente técnicas de restrição.

As técnicas de restrição têm sido utilizadas no âmbito da odontopediatria com o fim de controlar comportamentos inapropriados dos pacientes durante o tratamento dentário, pois, de outra forma, estes poderiam causar danos ao próprio paciente e também à equipa médica.

A presente revisão bibliográfica tem como objectivos enumerar e descrever as diferentes formas de restrição, como técnica avançada de controlo de comportamento em odontopediatria, assim como as suas indicações e objectivos específicos perante as diferentes situações clínicas que possam surgir, e também as principais consequências e implicações no âmbito do controlo de comportamento em pacientes odontopediátricos, assim como em pacientes com necessidades especiais de saúde.

Para tal efeito foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em material científico devidamente publicado, via *online*, recorrendo ao motor de busca *Google*, e às bases de dados *Medline/PubMed* e *B-on*, que decorreu entre Novembro de 2013 e Setembro de 2014. As palavras-chave utilizadas foram as seguintes: *pediatric dentistry*, *pediatric dental patients*, *behaviour management techniques*, *behaviour guidance techniques*, *restraint*, *physical restraint*, *special needs*.

Verifica-se que a devida adopção de uma técnica de restrição adequada às necessidades de cada paciente possibilita tratamentos dentários satisfatórios, no entanto, as complicações e os riscos inerentes à sua utilização são um factor que deve ser considerado aquando do recurso a qualquer uma das técnicas de restrição disponíveis.

ABSTRACT

It is common, in the clinical practice of pediatric dentistry, manifestations of fear and anxiety on the part of the child patient, and when they are not controlled by the dentist might compromise the quality of the health services provided. In view of these situations, the health professional should use basic communication strategies in order to establish a relationship of trust, however, before more severe cases the dentist should have to opt for advanced techniques of behavior control, including restriction techniques.

Restriction techniques as advanced behavior control techniques have been used in the context of pediatric dentistry in order to restrict aggressive moves and control inappropriate behavior of patients during dental treatment, since, otherwise, they could cause damage to the patient and also to the medical team.

This literature review aims to enumerate and describe the different forms of existing restrictions, as advanced techniques for behaviour control in pediatric dentistry, as its indications and specific objectives on the different clinical situations that may occur, and also, the main consequences and implications in behaviour control of pediatric patients, as well as in patients with special health care needs.

For this purpose a research was been done on scientific material-based literature duly published, via *online*, using Google search engine, and databases Medline / PubMed and B-on, which was conducted between November 2013 and September 2014. The keywords used in the search were: *pediatric dentistry, pediatric dental patients, behaviour management techniques, behaviour guidance techniques, restraint, physical restraint, special needs*.

It is noted that due to the adoption of a suitable restriction technique to the needs of each patient enables satisfactory dental care, however, complications and risks linked to their use is a fact that should be considered when using any of the available restriction techniques.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que sempre me incentivaram na minha formação académica e em todos os momentos do meu percurso. Sem eles não teria chegado tão longe.

À mestre Ana Cristina Gião Carvalho pela vontade e aceitação em cooperar com este projecto, pela sua disponibilidade, apoio e dedicação.

À minha prima e futura colega de trabalho Ana Maria Pinto, pela ajuda e apoio nos momentos em que precisei.

Aos meus amigos mais próximos, por toda amizade, carinho e paciência. Um agradecimento especial ao Tiago Chaves, à Manuela Mané e à Sílvia Gonçalves pela ajuda e apoio ao longo da realização desta dissertação.

Muito obrigada.

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO	1
II. MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
III. DESENVOLVIMENTO	4
1. TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA E O COMPORTAMENTO.....	4
2. TÉCNICAS DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO.....	10
3. RESTRIÇÃO COMO TÉCNICA AVANÇADA DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA.....	11
i. Definição	11
ii. Objectivos e Indicações da Restrição Física e Mecânica .	13
iii. Objectivos e Indicações da Restrição Química (Sedação e Anestesia Geral).....	13
4. RESTRIÇÃO FÍSICA POR PARTE DO PROFISSIONAL.....	14
i. Detenção da cabeça	14
ii. Protecção das mãos	15
iii. Detenção Terapêutica.....	16
iv. Mão-sobre-boca.....	17
v. Mão-sobre-boca com restrição das vias aéreas	18
5. RESTRIÇÃO MECÂNICA MEDIANTE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS	18
i. <i>Papoose Board</i>	18
ii. <i>Pedi-Wrap</i>	20
iii. <i>Mouth Prop</i>	21
6. RESTRIÇÃO QUÍMICA	26
i. Sedação	26
ii. Anestesia Geral	28
7. CONTROVÉRSIA E RISCOS ASSOCIADOS AO USO DE RESTRIÇÃO COMO TÉCNICA AVANÇADA DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO EM PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS	29
i. Controvérsia e riscos associados ao uso de restrição como técnica avançada de controlo de comportamento em pacientes com necessidades especiais de saúde	33
IV. CONCLUSÃO	38
V. BIBLIOGRAFIA.....	40

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Interação Médico Dentista – Paciente (adaptado de Stafford, M., 2012)

Figura 2- *Papoose Board* (adaptado de DeBoer *et al.*, 2007)

Figura 3- *Pedi-Wrap* (adaptado de Intelligent Dental, 2010)

Figura 4- *Open-Wide Mouth Prop* (adaptado de MMSI, 2014)

Figura 5- *Molt Mouth Prop* (adaptado de Dentistry and Medicine, 2011)

Figura 6- *McKesson Bite Block* (adaptado de Practicon - Practical Innovation for Dentistry, 2014)

Figura 7- Escova dentária como *Mouth Prop* (adaptado de NDH - NHST, 2014)

Figura 8- *Finger Guard Mouth Prop* (adaptado de Geary *et al.*, 2000)

Figura 9- Sedação com Óxido Nitroso (adaptado de Gapski Odontologia, 2010)

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

ASA – American Society of Anesthesiologists

CED- Council of European Dentists

FDS- Faculty of Dental Surgery

LSUHSC- LSU Health Sciences Center

MMSI- Mobile Medical Systems International

NDH – **NHST** – Northern Devon Healthcare – NHS Trust

RCN- Royal College of Nursing

SAID- Southern Association of Institutional Dentists

I. INTRODUÇÃO

O controlo do comportamento é um factor chave no tratamento de pacientes odontopediátricos, e quando esse controlo não é possível, o êxito do mesmo ficará comprometido, podendo torná-lo difícil ou até mesmo impossível (Roberts *et al.*, 2010).

Acima de tudo, o médico dentista deverá estar preparado para lidar com o medo e a ansiedade inerentes à grande maioria das crianças nas consultas. Segundo Klingberg *et al.* (2006), a ansiedade “representa um estado onde a criança é evocada e preparada para algo que vai acontecer”, e o medo “representa uma reacção a um estímulo ameaçador externo específico”. Para o sucesso da consulta odontopediátrica será necessário um conhecimento pessoal do paciente por parte do profissional, de uma boa compreensão do comportamento humano, do seu desenvolvimento e da sua diversidade cultural (York *et al.*, 2007), sendo que, o controlo do comportamento de uma criança no âmbito dos cuidados de saúde oral, baseados em princípios científicos, também necessita de habilidade de comunicação e escuta do paciente (Adair *et al.*, 2004).

No entanto, quando a habilidade do médico dentista ou o recurso a técnicas básicas de controlo de comportamento não se mostram eficientes quando se trata de comportamento não cooperante que possa pôr em causa a segurança do paciente e de toda a equipa médica, este terá ao seu dispor uma variedade de abordagens e técnicas avançadas de controlo de comportamento. Estas técnicas permitem que o médico dentista lide eficazmente com as diferentes respostas que o paciente possa manifestar, sendo essas, nomeadamente, a Restrição Física por parte do profissional, a Restrição Mecânica mediante dispositivos específicos e a Restrição Química (SAID, 2001).

É importante que o profissional de saúde conheça e aplique as técnicas avançadas de controlo de comportamento aquando da prática de cuidados de saúde oral, favorecendo e estabelecendo um ambiente propício para se obter sucesso nos procedimentos clínicos (Ferreira *et al.*, 2009). O conhecimento e a prática das mesmas devem ser incorporados num processo contínuo de aprendizagem por todos os profissionais odontopediátricos, incluindo os assistentes dentários, que deverão ser preparados e informados para o

conhecimento das várias técnicas disponíveis, para que, assim, as crianças possam ser cuidadas com os mais elevados padrões (Roberts *et al.*, 2010).

Segundo vários autores, no que diz respeito a crianças, adolescentes ou pacientes com necessidades especiais de saúde, exige-se uma prestação de cuidados de saúde oral específica, pelo facto destes possuírem limitações características. Alguns apresentam condições médicas que requerem cuidado extraordinário e conhecimento especializado por parte dos médicos dentistas (Loeppky, 2006). A aplicação de qualquer tipo de restrição no tratamento destes pacientes é um tópico que interessa aos prestadores dos cuidados de saúde oral, aos responsáveis e também ao público em geral. Neste caso, segundo Plaza (2008), a restrição deverá ser adoptada quando outros métodos não funcionam ou estão indisponíveis, no entanto, qualquer forma de restrição pode ter como desvantagem o risco de consequências indesejáveis para o paciente, maioritariamente danos físicos e/ou psicológicos.

Este trabalho consiste numa revisão bibliográfica que tem como objectivos enumerar e descrever as diferentes formas de restrição, como técnica avançada de controlo de comportamento em odontopediatria, assim como as suas indicações e objectivos específicos perante as diferentes situações clínicas que possam surgir na consulta. Apresenta, também, como objectivo enumerar as principais consequências e implicações no âmbito do controlo de comportamento em pacientes odontopediátricos, assim como em pacientes odontopediátricos com necessidades especiais de saúde.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

A análise e elaboração da presente revisão bibliográfica foram fundamentadas em material científico devidamente publicado em livros, artigos, publicações e *guidelines*. A pesquisa bibliográfica foi realizada via *online* recorrendo ao motor de busca *Google* e através das bases de dados *Medline/Pubmed* e *B-on*, que decorreu entre Novembro de 2013 e Setembro de 2014.

A pesquisa e selecção dos artigos e restante material científico foram efectuadas mediante a abordagem do tema e especificidade do mesmo, estando estes datados entre 1927 e 2014, e em idioma Inglês e Português.

Recorreu-se às seguintes palavras-chave e combinação entre elas: *pediatric dentistry*, *pediatric dental patients*, *behaviour management techniques*, *behaviour guidance techniques*, *restraint*, *physical restraint*, *special needs*.

III. DESENVOLVIMENTO

1. TRATAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA E O COMPORTAMENTO

No âmbito da consulta de odontopediatria, existem três tipos de comportamento que podem ser apresentados por parte do paciente. Em primeiro lugar, e mais comum, é o comportamento cooperativo, que se observa na maioria dos pacientes. O segundo é o comportamento no qual se verifica falta de capacidade de cooperação, e que engloba os bebés e os pacientes com necessidades especiais de saúde. E, por fim, o comportamento potencialmente não cooperativo, onde se enquadram as crianças classificadas como difíceis e para as quais as técnicas de controlo de comportamento possuem mais indicações (Wright, 1975 *cit. in* Barbosa, 2003). Segundo vários autores, os profissionais de saúde que prestam atendimento odontopediátrico, por norma, podem enfrentar choros, chutos, ataques de raiva, entre outros comportamentos que possam condicionar a consulta (O'Callaghan, 2005). Deste modo, Ferreira *et al.* (2009) defende que “a avaliação do potencial cooperativo da criança deve fazer parte do plano de tratamento odontopediátrico”.

Segundo Klingberg *et al.* (2006), existe uma vasta variedade de aspectos inerentes à criança que influenciam a capacidade de esta conseguir cooperar com o profissional de saúde, tais como a sua idade, o seu desenvolvimento psicológico, a sua personalidade, as suas emoções e temperamentos, experiências de tratamentos dentários anteriores, aspectos culturais e envolvimento familiar, entre outros. Deste modo, a abordagem da criança por parte do médico dentista deverá ser adequada a estes factores.

Nomeadamente, no que se refere ao desenvolvimento psicológico e ao nível de raciocínio cognitivo da criança, o médico dentista deverá ter sempre em conta que esta pode não ser capaz de perceber integralmente a finalidade do tratamento dentário, assim como a necessidade de anestesia local, e/ou confundir a dor dentária com a dor temida perante os procedimentos dentários. As crianças diferem entre elas relativamente às suas metas físicas e funcionamento cognitivo, e, por isso, o profissional de saúde deverá ter conhecimento desse facto a fim de compreender o desenvolvimento psicológico e cognitivo dos pacientes que cuida (Klingberg *et al.*, 2006).

O comportamento é também influenciado pelos traços de personalidade e temperamento da criança, sendo que o paciente que não protesta ou não manifesta comportamento negativo não signifique que não seja ansioso, mas sim tímido (Klingberg *et al.*, 2006). Deste modo, também é importante que os profissionais de saúde odontopediátricos tenham a capacidade de identificar um paciente tímido, pois trata-se de um grupo de indivíduos com elevado risco de desenvolver medo, o que torna indispensável um cuidado especial com os mesmos durante toda a consulta. Tipicamente, estas crianças têm dificuldade em relacionar-se com indivíduos não familiares, pelo que é necessário muito tempo para que se adaptem a novas situações, sendo também essencial uma apropriada introdução a todos os passos do tratamento a efectuar (Klingberg, 1998).

Relativamente às experiências de tratamentos dentários anteriores, estas têm grande influência no comportamento do paciente odontopediátrico, sendo que, segundo Pavlov (1927), “experiências dentárias/médicas anteriores negativas ou aversivas podem condicionar a criança a ser desconfiada ao aceitar o tratamento, e ao construir um relacionamento de confiança com o dentista”.

A competência do profissional de saúde para realizar os tratamentos dentários passa, em primeiro lugar, pela capacidade de compreender o que a criança pretende comunicar com o seu comportamento, por exemplo, medo, ansiedade ou pânico, são algumas das variadas possibilidades. Nem sempre é possível entender o significado desses comportamentos, no entanto perceber as suas causas mais comuns pode ser fundamental (Feigal, 2001).

Segundo Feigal (2001), muitas das estratégias utilizadas por profissionais de saúde odontopediátricos não são bem aceites, pois muitos métodos e vocabulário utilizados usualmente levam a resultados negativos no relacionamento com a criança. Desse modo, a habilidade de comunicação do médico dentista vai também ser de grande importância no controlo do comportamento. É fundamental que a criança se sinta segura antes de ser iniciado qualquer procedimento, devendo o médico dentista evitar actos abusivos ou agressivos como condição essencial para um tratamento dentário eficiente (Klingberg *et al.*, 2006).

A atitude do profissional de saúde pode influenciar o comportamento e provocar resistência por parte da criança, caso a sua aproximação seja agressiva ou demasiado

assertiva (Connick, 2001). Nos casos em que a criança já sofreu de violência na área facial, esta poderá tornar-se sensível e vulnerável. Por exemplo, se o agressor foi um homem, a probabilidade de esta reagir será superior perante um profissional de saúde do sexo masculino, pelo que é importante que este conheça as experiências e acontecimentos que tenham afectado ou continuem a afectar psicologicamente a criança em questão (Connick, 2001).

Além da comunicação, a flexibilidade é uma habilidade fundamental em odontopediatria, pois o facto de apenas se recorrer a um ou dois métodos para comunicar com o paciente nunca resolverá os problemas inerentes ao controlo do comportamento no consultório. Muitas abordagens diferentes serão necessárias para uma melhor comunicação, tendo em conta a variedade de crianças que procura tratamento dentário, sendo que “algumas precisam de encontros optimistas; algumas precisam de encontros calmos. Algumas são excessivamente assertivas e agressivas; algumas são muito introvertidas e retiradas” (Feigal, 2001). Todas necessitam de comunicação, ensino e orientação aquando do envolvimento com um ambiente novo, que é o consultório dentário. Por esse motivo, o médico dentista deverá estar preparado para utilizar variadas abordagens, todas com os fundamentos da comunicação em mente, podendo experimentar uma determinada aproximação, avaliar o seu efeito e imediatamente alterar a abordagem, se necessário, até encontrar uma que se mostre eficiente (Feigal, 2001).

Segundo as *Guidelines* de controlo de comportamento publicadas pela AAPD, “Controlo de comportamento é tanto uma habilidade clínica, como uma ciência. Não é uma aplicação de técnicas individuais criadas para lidar com crianças, mas sim uma metodologia abrangente destinada a desenvolver uma relação entre o paciente e o médico dentista que, em última análise, constrói confiança e alivia o medo e a ansiedade” (Feigal, 2001).

A psicologia tem sido envolvida no campo da medicina dentária desde a década de 50, em particular na área do medo e da ansiedade associadas à dor inerente ao tratamento dentário (Cohen, 1981). Os profissionais de saúde odontopediátricos com conhecimentos de psicologia aplicada à área irão obter um melhor e mais integrado relacionamento entre eles e o paciente, permitindo-lhes também ter acesso a um diagnóstico global, envolvendo sintomas psicológicos que necessitam ser avaliados, visto que a criança se encontra em constante mudança e contínua transformação. Sendo

este tema bastante importante, tem sido amplamente estudado no âmbito da odontopediatria (Ferreira *et al.*, 2009).

Um dos principais objectivos da psicologia aplicada à odontopediatria é disponibilizar estratégias para facilitar os tratamentos dentários, evitando a exposição do paciente a técnicas restritivas. No entanto, quando se torna essencial recorrer ao uso destas técnicas, existem vários critérios para a sua selecção, sendo o comportamento da criança, por si só, bastante influente nessa decisão (Junior, 2002).



Fig. 1 Interação Médico Dentista – Paciente (Stafford M., 2012)

O comportamento do paciente pediátrico no ambiente dentário pode variar de consulta para consulta, e aquando da mesma consulta. O comportamento que a criança adoptou perante tratamentos dentários anteriores pode ser um óptimo indicador para a necessidade de restrição, por exemplo, se os movimentos dos membros da mesma constituíram um problema, o médico dentista, conseqüentemente, deverá estar preparado para a necessidade de o conter mecanicamente (Kelly, 1976 *cit. in* SAID, 2001). Além disso, o paciente que apresenta hiperactividade, agressividade ou comportamentos semelhantes na sala de espera provavelmente irá exibí-los aquando da consulta, e o mesmo é válido para o paciente que apresenta comportamentos inadequados em situações clínicas semelhantes, nomeadamente em exames físicos, por exemplo, na colheita de sangue (SAID, 2001).

Estes comportamentos são indicadores importantes para que o médico dentista considere recorrer a técnicas avançadas de controlo de comportamento, partindo do princípio de um ponto de vista hierárquico. O tratamento deve, em primeiro lugar, ser executado sem o recurso a técnicas de restrição, a não ser que haja um histórico de comportamentos imprevisíveis ou violentos que possam pôr em perigo a equipa médica e o próprio paciente. Se inicialmente o paciente apresentar apenas alguns movimentos, uma técnica menos restritiva deve ser empregue, mas se os movimentos do corpo do paciente se tornarem contínuos, o profissional de saúde poderá ter de estabilizá-los, recorrendo a dispositivos mecânicos. Neste exemplo verifica-se a progressão da utilização de uma técnica de menor carácter restritivo para uma técnica de maior carácter restritivo (SAID, 2001).

O profissional de saúde é, por norma, valorizado pela sua eficiência técnica, não sendo este recompensado por se dedicar ao estudo do controlo de comportamento dos seus pacientes (Sheller, 2004 *cit. in* Rolim *et al.*, 2008). Além disso, tendo por base pesquisas relacionadas com a odontopediatria, vários autores defendem que não existe consenso nem sobre a utilização, nem sobre os efeitos do controlo de comportamento. As recomendações sobre determinada técnica estão relacionadas, aparentemente, com uma questão moral ou sentimental e não derivam do conhecimento efectivo sobre quando, como e quais seriam os seus efeitos específicos (Rolim *et al.*, 2008).

No âmbito do tratamento de pacientes com necessidades especiais de saúde em odontopediatria, a maioria dos pacientes com deficiências mentais não exibem comportamento inadaptado no consultório dentário. No entanto, para os 30% da população portadora de deficiência mental em geral ou para os cerca de 60% da população portadora de deficiência mental institucionalizada que exibem mau comportamento, o médico dentista deverá estar preparado para lidar com os mesmos aquando da consulta dentária (Dicks, 1973 *cit. in* SAID, 2001).

No caso de pacientes com os quais é impossibilitada qualquer tipo de comunicação, assim como, por exemplo, no caso de alguns indivíduos autistas, técnicas básicas de controlo de comportamento deverão ser optadas em primeiro lugar. No entanto, quando a doença oral é extensa ou urgente e não há tempo suficiente para o recurso às técnicas básicas, técnicas avançadas de controlo de comportamento, tais como Sedação ou

Anestesia geral, entre outras, serão uma opção mais razoável (*American Dental Association Council, 1991 cit. in SAID, 2001*).

Tendo em conta o nível de competência da criança, esta terá sempre o direito de se envolver na tomada de decisão sobre o tratamento, e os seus pontos de vista deverão ser sempre respeitados. Neste contexto, a sua idade e maturidade devem ser sempre considerados, no entanto, uma criança muito pequena também deverá ser sempre informada e envolvida no processo do plano de tratamento. Deste modo, é uma obrigação por parte dos profissionais de saúde zelar pelos interesses dos pacientes odontopediátricos perante todas as situações e decisões (Klingberg *et al.*, 2006) pois a sociedade actual valoriza as mesmas no que toca ao seu bem-estar físico, mental e emocional (Feigal, 2001).

Todos os pacientes que comparecem na consulta de odontopediatria deverão beneficiar de tratamentos eficientes no âmbito da prestação de cuidados de saúde oral, desde um bom diagnóstico a terapêuticas adequadas e até intervenções cirúrgicas necessárias. Desse modo, para que os médicos dentistas recorram a tratamentos competentes, deverão trabalhar em estreita proximidade com os pacientes odontopediátricos, utilizando os elementos essenciais para a construção bem-sucedida de uma interacção satisfatória com os mesmos. É necessário que o profissional de saúde conquiste a confiança do paciente para assim o induzir a uma postura aceitável, e, acima de tudo, obter um comportamento satisfatório por parte do mesmo, com a principal finalidade de concluir os procedimentos dentários de forma eficaz e aprimorada (Feigal, 2001).

No entanto, se o médico dentista não se sentir competente para perceber as necessidades das crianças ou para proceder ao tratamento mais adequado, mediante o recurso a uma técnica de restrição, deverá, então, contactar um colega especialista na área ou até encaminhar para outra clínica dentária (Roberts *et al.*, 2010).

2. TÉCNICAS DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO

Actualmente existem variadas técnicas disponíveis para o controlo do comportamento em odontopediatria. Algumas são agradáveis, outras são razoavelmente aceites em termos psicológicos e outras são consideradas rigorosas e autoritárias (Albuquerque *et al.*, 2010). Segundo vários autores, por vezes são controversas, e provavelmente tão variadas em termos de estilo de entrega como o número de profissionais de saúde que recorrem a elas (Wilson, 2004). Um profissional de saúde deve considerar uma série de factores para além da eficácia relativa de uma determinada técnica de controlo de comportamento (Peretz, 1999). Questões como a responsabilidade e preocupações legais, aceitabilidade, formação, nível de conforto, e também a preparação para emergências deverão ser consideradas (Nathan, 1989 *cit. in* O'Callaghan, 2005). Desde 1990, que as normas exigem que sejam fornecidas ao paciente, e também aos responsáveis, as informações completas e detalhadas sobre uma proposta de tratamento. (Choate *et al.*, 1990).

Segundo Roberts *et al.* (2010) as técnicas de controlo de comportamento compreendem dois grandes grupos, nomeadamente, as técnicas aceites universalmente e as técnicas controversas, não aceites universalmente. As técnicas aceites universalmente, consideradas as técnicas básicas de controlo de comportamento são, por exemplo, “Dizer-mostrar-fazer”, Controlo de voz, Reforço positivo e Presença/ausência parental, sendo que a sua utilização é definida como uma opção que confere uma proporção mais favorável para a razão risco-benefício, considerando-se especificamente a probabilidade de um maior sucesso do tratamento (AAPD, 1990).

Em relação às técnicas controversas, não aceites universalmente, consideradas as técnicas avançadas de controlo de comportamento, estas compreendem a restrição, que inclui vários tipos, designadamente a Restrição Física por parte do profissional, a Restrição Mecânica mediante dispositivos específicos e a Restrição Química (SAID, 2001).

As técnicas que implicam a Restrição Física por parte do profissional são, nomeadamente, Detenção da cabeça, Protecção das mãos, Detenção terapêutica, Mão-sobre-boca e Mão-sobre-boca com restrição das vias aéreas. Por sua vez, as técnicas de

Restrição Mecânica implicam o recurso a certos dispositivos, sendo que os mais comumente utilizados para o efeito são: *Papoose Boards*, *Pedi-wraps*, *Mouth Props*, especificamente *Molt Mouth Props*, *McKesson Mouth Props*, *Open-Wide Mouth Props*, Espátulas linguais, entre outros (SAID, 2001). A Restrição Química inclui Sedação e Anestesia geral (Wilson, 2004).

Segundo a AAPD (2013), as técnicas de restrição são benéficas na prestação de cuidados de saúde oral para bebés, crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais de saúde. A abordagem destas, para cada tipo de paciente, deve ser adaptada às necessidades individuais do paciente e também à aceitação e vontade dos seus responsáveis. Estas não deverão ser utilizadas como um meio de punição ou apenas para o benefício da equipa médica (McDonald *et al.*, 2010), sendo que, desse modo, a selecção da técnica a utilizar deverá ser seleccionada pelo princípio do menor carácter restritivo (Vollmer *et al.*, 2011).

3. RESTRIÇÃO COMO TÉCNICA AVANÇADA DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA

i. Definição

Segundo Romer (2009), o glossário do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos para os Serviços *Medicare* e *Medicaid*, define Restrição Física e Mecânica como “qualquer método manual, ou dispositivo físico ou mecânico, material, ou equipamento conectado ou adjacente ao corpo que o indivíduo não pode remover facilmente e que limita o movimento ou o normal acesso a outro corpo”. Esta limitação pode ser obtida com a combinação de ambas as restrições em simultâneo, ou seja, o uso de um dispositivo mecânico simultaneamente com o envolvimento de uma pessoa (AAPD, 1990). A Restrição Química, por sua vez, é definida como “qualquer droga utilizada para a disciplina ou conveniência e não obrigatoriamente para tratar sintomas médicos” (Romer, 2009).

Concretamente, a Restrição Física, considerada pela AAPD (2013) como uma imobilização activa, é uma restrição pessoal através da qual uma pessoa detém fisicamente a cabeça, o tronco e/ou as extremidades de outra, nomeadamente do

paciente (SAID, 2001). A restrição dos movimentos é obtida com maior facilidade quando a pessoa segura as mãos ou os braços do paciente enquanto este permanece de pé ou sentado na cadeira dentária. Outros procedimentos poderão implicar que o paciente se deite no chão (Harris, 1996) e poderão ser envolvidas mais do que uma pessoa para o fazer, designadamente um responsável, o médico dentista ou um assistente dentário (AAPD, 2013). Esta técnica resulta na redução significativa da frequência dos comportamentos não desejados, segundo consta na maior parte do material científico publicado, devendo este tipo de restrição ser sempre considerado em primeiro lugar (Harris, 1996).

A Restrição Mecânica, considerada pela AAPD (2013) como uma imobilização passiva, refere-se ao uso de dispositivos mecânicos que levam o paciente a permanecer posicionado adequadamente durante todo o tratamento dentário (SAID, 2001), impedindo que este cause danos a si próprio e aos profissionais de saúde que dele cuidam (Wilson, 2005), limitando a sua liberdade de movimentos para permitir uma conclusão eficiente do tratamento (Klatchoian *et al.*, 2009).

Segundo a AAPD (1990), tanto a Restrição Física como a Restrição Mecânica são técnicas que promovem uma estabilização protectora, sendo que a estabilização dos movimentos do paciente pode ser parcial ou completa. Segundo Vollmer *et al.* (2011), em alguns casos, estas poderão ser convenientes para fins terapêuticos e protectores simultaneamente.

A Restrição Química ou restrição farmacológica, por sua vez, implica a administração de um sedativo ou outras drogas com a finalidade de se conseguir um controlo dos movimentos do paciente, sendo que a sua utilização deve ser realizada em associação com as técnicas de Restrição Física e/ou Mecânica, não sendo esta por si só suficiente para se proceder à contenção do paciente (SAID, 2001). Segundo a AAPD (2013), este tipo de restrição é um método eficaz que visa promover um tratamento dentário de forma segura e humanizada para crianças e pacientes com necessidades especiais de saúde ou com necessidades de tratamento extenso, ansiedade situacional aguda, comportamento não cooperativo, funcionamento cognitivo imaturo e deficiências, proporcionando benefícios tanto para o paciente como para a equipa médica. Além disso, de acordo com Bengtson *et al.* (2006) esta técnica é eficaz para o controlo do

medo e da ansiedade que poderiam ser agravados ou exaltados aquando do uso de técnicas de Restrição Física ou Mecânica.

Segundo a AAPD, a estabilização protectora do paciente, mediante o recurso a Restrição Física e/ou Mecânica, bem como a Restrição Química, possuem objectivos e indicações específicos.

ii. Objectivos e Indicações da Restrição Física e Restrição Mecânica

Como objetivos de ambos os tipos de restrição, a AAPD (1990) sugere eliminar movimentos indesejáveis por parte do paciente, e protegê-lo, bem como o médico dentista, a sua equipa médica e os demais responsáveis de possíveis ferimentos e, também, facilitar a realização de um tratamento dentário satisfatório.

Ambas as técnicas estão indicadas quando os pacientes não conseguem cooperar, devido à falta de maturidade ou devido a deficiência física ou mental, nos casos em que é necessário um diagnóstico imediato e/ou tratamento limitado (AAPD, 1990). No caso de situações de emergência, quando os movimentos descontrolados do paciente possam pôr em risco a segurança do mesmo, da equipa médica, do dentista ou do seu responsável. Tratando-se de um paciente previamente cooperativo que se torna momentaneamente não cooperante durante a consulta, mantendo-se a segurança do mesmo, permitindo uma conclusão breve do tratamento. Quando, durante o tratamento, um paciente sedado se poderá tornar não cooperante, ou quando um paciente com necessidades especiais de saúde possa iniciar movimentos descontrolados que poderão ser prejudiciais ou poderão interferir significativamente com a qualidade do atendimento dentário (AAPD, 2013).

iii. Objectivos e Indicações da Restrição Química (Sedação e Anestesia Geral)

Os objectivos a alcançar com a técnica de Sedação passam por manter a segurança e bem-estar do paciente, diminuir o seu desconforto físico e dor, controlar a sua ansiedade, aumentando o potencial amnésico e desta forma minimizando o trauma psicológico. Esta técnica permite ainda controlar o comportamento e /ou os movimentos

para permitir a conclusão segura do tratamento dentário, desse modo, conduzindo o paciente a um estado de alta segurança sob acompanhamento médico. Por sua vez, esta técnica está indicada em casos de pacientes ansiosos, para os quais as técnicas básicas de controlo de comportamento não foram bem-sucedidas, em pacientes não cooperantes devido a uma falta de maturidade psicológica ou emocional e/ou incapacidade mental, física ou médica. Está ainda indicada em pacientes para os quais o seu uso poderá proteger de eventuais distúrbios psíquicos e/ou reduzir o risco médico (AAPD, 1990).

No que toca à Anestesia Geral, surgem como objectivos proporcionar segurança e cuidados de saúde oral eficazes, eliminar ou minimizar a ansiedade, reduzir os movimentos nocivos e as possíveis reações ao tratamento dentário, auxiliar o tratamento do paciente física e mentalmente comprometido e, por fim, eliminar a resposta do paciente à dor (AAPD, 1990).

Esta técnica está indicada para pacientes que não podem cooperar devido a falta de maturidade psicológica ou emocional, incapacidade mental, física ou médica, em pacientes para os quais a anestesia local é ineficaz devido a infeções agudas, variações anatómicas ou até alergias, em casos de crianças ou adolescentes extremamente não cooperativos, medrosos, ansiosos ou não comunicativos e para pacientes que requerem procedimentos cirúrgicos complexos. Está também indicada para proporcionar a protecção dos pacientes de eventuais distúrbios psicológicos, com vista à redução do risco médico ou ainda para pacientes que requerem cuidados dentários imediatos e complexos (AAPD, 1990).

4. RESTRIÇÃO FÍSICA POR PARTE DO PROFISSIONAL

i. Detenção da cabeça

Segundo o *Ministry of Justice* (2012), a detenção da cabeça define-se como uma técnica em que um profissional de saúde segura e controla a cabeça e o queixo do paciente sem exercer muita pressão. O médico dentista deverá segurar a cabeça do paciente entre o seu braço e a parte superior do seu peito, permitindo que a outra mão esteja livre para completar o tratamento dentário (SAID, 2001). Esta posição pode conferir ao paciente uma sensação de segurança, permitindo também ao médico dentista ter a capacidade de

perceber a tensão muscular do paciente podendo assim antecipar movimentos repentinos que poderão causar eventuais danos (Corcoran, 1971 *cit. in* SAID, 2001), desse modo, segundo o *Ministry of Justice* (2012), esta técnica é eficaz no que toca ao controlo de pacientes cujo comportamento possa, eventualmente, se tornar descontrolado.

Segundo vários autores, por vezes, certos movimentos não podem ser controlados pelo médico dentista, sendo, eventualmente, necessário outro membro da equipa médica para o fazer. Uma das formas para controlar os movimentos da cabeça de pacientes altamente resistentes implica a presença de outro membro da equipa médica que se sente ou se ajoelhe atrás da cabeça do mesmo e a segure firmemente entre o antebraço e as mãos. Este deverá manter-se sempre numa posição de controlo para conter eventuais empurrões súbitos da cabeça, mesmo quando por momentos este possa relaxar a apreensão da mesma (SAID, 2001). O assistente deve assegurar-se que mantém os seus dedos fora do campo de trabalho, e as orelhas do paciente não deverão ser utilizadas para apreender a cabeça do mesmo (SAID, 2001), além disso, segundo o *Ministry of Justice* (2012), este também deverá manter sempre a posição correta das mãos no queixo do paciente para garantir que estas não interfiram ou possam comprometer a sua respiração.

Os profissionais de saúde deverão ter sempre em conta que certos problemas de saúde poderão influenciar a forma como o corpo do paciente poderá responder ao aumento do esforço, ou poderão afectar a capacidade do organismo para lidar com o aumento da insuflação de oxigénio durante a contenção prolongada, por exemplo, se sofrer de alguma condição respiratória associada com asma. Desse modo, se as vias aéreas ou a respiração forem afectadas, esta restrição deverá ser interrompida e imediatamente alterada (*Ministry of Justice*, 2012).

ii. Protecção das mãos

Esta técnica implica que o paciente seja impedido de levar as mãos à sua boca (SAID, 2001), de segurar a mão do médico dentista ou até de agarrar os materiais dentários (LSUHSC, 2012), e esse impedimento é efectuado na maior parte das vezes pelo assistente dentário para permitir que o médico dentista realize os tratamentos necessários adequadamente. O assistente posiciona levemente as mãos do paciente nos

braços da cadeira dentária ou pode até bloqueá-las caso seja necessário, daí que se considere, preferencialmente, esta técnica como uma imobilização passiva ao invés de uma imobilização activa (SAID, 2001).

Segundo vários autores, de acordo com os resultados de um estudo sobre restrição aplicada de forma contingente, concluiu-se que a detenção das mãos do paciente é uma técnica menos eficaz em relação a outras técnicas de restrição mais assertivas (Harris, 1996).

iii. Detenção Terapêutica

A detenção terapêutica é um método em que um ou mais adultos detêm fisicamente o paciente odontopediátrico a fim de controlar comportamentos violentos (Lundy, 2005), sendo assim necessária, por norma, uma terceira pessoa para além do médico dentista e do assistente dentário para o fazer. Esta técnica é eficaz na redução de actos como lançar os braços ou chutar com os pés, sendo por isso uma técnica que ajuda no controlo do paciente e que ao mesmo tempo também o protege (SAID, 2001).

Para realizar a detenção terapêutica dos braços do paciente, o profissional de saúde deverá cruzar os mesmos ao nível da anca ou da cintura e prender os seus pulsos firmemente, assegurando-se de que mantém as mãos bem seguras para cada lado do corpo da criança, para evitar arranhões. No caso da detenção terapêutica dos pés do paciente, o profissional de saúde deverá fazer com que este cruze as pernas à altura dos tornozelos e deverá segurá-los com firmeza. Neste caso também deverá recorrer à aplicação de uma Restrição Mecânica acima dos joelhos, para impedir que o paciente dobre os mesmos (SAID, 2001).

É necessário ter em conta que esta técnica se distingue das restantes técnicas de Restrição Física pelo seu propósito e pelo grau de força necessária para a pôr em prática (RCN, 2010). Os profissionais de saúde deverão estar sempre cientes de que a aplicação da detenção terapêutica de forma inadequada ou sem a concordância do paciente poderá levar a um aumento da angústia e da ansiedade do mesmo, podendo este ficar fora de controlo (Labrenos, 2003 *cit. in* RCN, 2010).

iv. Mão-sobre-boca

A técnica Mão-sobre-boca consiste em cobrir a boca do paciente com a mão do médico dentista, informando-o ao mesmo tempo do motivo pelo qual a técnica está a ser utilizada e também explicar-lhe as expectativas comportamentais que são esperadas (Acs *et al.*, 1990), desse modo, a mão será removida, ou reaplicada, dependendo da resposta comportamental da criança (Krise *et al.*, 2003). A principal intenção desta técnica de restrição é obter a atenção do paciente e atingir um nível de cooperação satisfatório, sem ter de recorrer a punições (Acs *et al.*, 1990). Esta deverá ser aplicada em pacientes que não conseguem iniciar uma comunicação verbal satisfatória pois adoptam um padrão comportamental histérico, como choros ou gritos, contudo, segundo vários autores, esta técnica deverá ser aplicada a pacientes que possuam capacidade para compreender a intenção e a finalidade do seu uso (SAID, 2001), principalmente em crianças com uma faixa etária entre os 3 e os 8 anos de idade, aproximadamente (Roberts *et al.*, 2010).

Dessa forma, a indicação para o recurso a esta técnica de controlo de comportamento é definida por Krise *et al.* (2003) do seguinte modo: “O uso da técnica Mão-sobre-boca é indicado para uma criança saudável que é capaz de a compreender e cooperar, mas que apresenta um comportamento de evitação ou histérico”. Por sua vez, esta não está indicada para pacientes com menos de 3 anos de idade ou para pacientes com necessidades especiais de saúde que possuam algum tipo de deficiência mental que impossibilite a comunicação (Bijella *et al.*, 2003).

Este método é bastante eficiente quando se trata de adquirir a atenção de uma criança com comportamento inadaptado, no entanto é bastante duvidoso e pouco aceite pelos responsáveis (McKnight-Hanes *et al.*, 1993). Mão-sobre-boca é a técnica mais controversa de todas as técnicas de controlo de comportamento utilizadas pelos médicos dentistas, sendo que, desse modo é importante referir que esta foi previamente removida pela Assembleia Geral da lista de técnicas avançadas de controlo de comportamento recomendadas, na Sessão Anual da AAPD, em Maio de 2006 (Roberts, 1995 *cit. in* FDS, 2002). Esta decisão foi baseada, não só no seu carácter controverso, mas também devido aos riscos associados à sua utilização (York *et al.*, 2007).

Se o médico dentista tomar a iniciativa de recorrer a esta técnica, este deverá possuir conhecimentos sobre a mesma, nomeadamente teóricos e práticos e sensibilidade para saber qual será o momento mais oportuno para a adoptar (Bijella *et al.*, 2003). Esta é recomendada apenas nos casos em que outras técnicas de Restrição Física não se mostrem eficazes, não devendo ser repetida, pois a intenção da mesma é manter a comunicação com o paciente (Barbosa, 2003).

v. Mão-sobre-boca com restrição das vias aéreas

Esta técnica consiste numa variante da técnica Mão-sobre-boca, mais utilizada no passado, quando a eficácia da aplicação da mão do médico dentista sobre a boca do paciente se mostrava ineficaz. Os objectivos desta técnica são os mesmos que os da técnica Mão-sobre-boca (SAID, 2001), e consiste em cobrir a boca do paciente com a mão do médico dentista, bloqueando ao mesmo tempo as vias aéreas com o dedo polegar e indicador, pressionando as narinas do paciente, não ultrapassando os 15 segundos (Albuquerque *et al.*, 2010).

A técnica Mão-sobre-boca com restrição das vias aéreas é questionada sobre o ponto de vista psicológico, comportamental e também legal. Esta adquire um carácter punitivo e é contra-indicada pelo facto de causar lesões nos pacientes odontopediátricos (Barbosa, 2003). Segundo Roberts *et al.* (2010), esta técnica nunca deverá ser utilizada, devendo por isso ser universalmente sentenciada, apesar de um estudo recente ter comprovado que 31% dos programas de formação dentária no âmbito da odontopediatria continuam a formar dentistas para o seu uso (O'Callaghan, 2005).

5. RESTRIÇÃO MECÂNICA MEDIANTE DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS

i. *Papoose Board*

A finalidade da utilização de um dispositivo *Papoose Board* implica a estabilização do corpo do paciente numa placa de plástico plana, impedindo que este se mova enrolando-o numa espécie de "cobertor" com fecho em *Velcro* (O'Callaghan, 2005). Este meio de contenção está disponível em três tamanhos, nomeadamente, tamanho regular para crianças com faixa etária entre os 2 e os 5 anos de idade, tamanho grande para crianças

com faixa etária entre os 6 e os 12 anos e tamanho muito grande para adolescentes e adultos (SAID, 2001), e pode ser utilizado juntamente com estabilizadores removíveis da cabeça (Adair, 1987).

Este método, tal como todos os outros, possui variadas vantagens e desvantagens. Estes dispositivos possuem a vantagem de serem bastante úteis para crianças que não podem comunicar de forma eficaz (Carr, 1999), são fáceis de aplicar e são ideais para crianças muito pequenas ou com algum tipo de deficiência mental (DeBoer *et al.*, 2007). Também se mostram bastante eficientes no que toca ao controlo dos movimentos das mãos e também permite uma estabilização do tronco do paciente (SAID, 2001).



Fig. 2 *Papoose Board* (DeBoer *et al.*, 2007)

No entanto possui algumas desvantagens, nomeadamente o facto de poder causar hipertermia em crianças bastante agitadas (Kelly, 1976 *cit. in* Adair, 1987). As abas que cobrem o peito do paciente podem dificultar a monitorização da respiração do mesmo, pois podem interferir com a extensão da cabeça e do pescoço para manter a desobstrução das vias aéreas (Adair, 1987). A sua estrutura rígida e plana pode não se adaptar à forma de algumas cadeiras dentárias, sendo nesse caso o uso de almofadas ou livros ideal para ajudar no apoio do *Papoose Board* nas mesmas (Lynch *et al.*, 1983 *cit. in* Adair, 1987). Deste modo, estudos mostram que este método é muitas vezes

denotado negativamente a menos que sejam prestadas informações suficientes sobre a descrição do seu uso ou nos casos em que este é utilizado em situações de emergência (Wilson, 2005). Este método é deveras dispendioso, no entanto constitui um bom investimento para uma clínica dentária devido às vantagens inerentes ao seu uso (SAID, 2001).

ii. *Pedi-Wrap*

O *Pedi-Wrap* é um dispositivo que permite a imobilização passiva das mãos e/ou dos pés da criança (Scholl, 2011) e é constituído por um tecido de malha (Muthu, 2005) incorporado com fecho de *Velcro* (SAID, 2001), que, ao contrário do *Papoose Board*, não possui tiras de cabeça ou placa de encosto (Muthu, 2005). Está disponível em três tamanhos: pequeno, médio ou grande (SAID, 2001).

A utilização deste dispositivo está indicada para crianças até aos 10 anos de idade, e permite que estas se sintam mais seguras durante o tratamento (SAID, 2001), sendo que é ideal para casos em que estas necessitam mais de apoio do que propriamente imobilização (Muthu, 2005).



Fig. 3 *Pedi-Wrap* (Intelligent Dental, 2010)

A sua utilização possui variadas vantagens, tal como o facto de permitir uma melhor ventilação, reduzindo o risco de hipertermia, ao contrário do *Papoose Board*, e também estimula ao relaxamento, permitindo que o tratamento seja realizado de forma eficiente (Muthu, 2005). Além disso, a sua consistência não rígida permite que a criança possa receber os tratamentos dentários em qualquer posição, quer esteja deitada ou de pé, no entanto esse factor pode constituir uma desvantagem quando se pretende manter a criança de forma estável na cadeira, e nesse caso, podem ser utilizadas correias ou cintos para o efeito. Apesar de ser mais acessível que o *Papoose Board*, o seu preço relativamente alto também constitui uma desvantagem (SAID, 2001).

iii. *Mouth Prop*

Mouth Prop ou *Bite Block* é um dispositivo que se coloca na cavidade oral do paciente para impedir que este a feche nos casos em que se torna difícil ou impossível mantê-la aberta, ou mesmo quando se recusa a abri-la (Murphy *et al.*, 1984). Sendo assim, o uso deste dispositivo é ideal para crianças que não conseguem manter a boca aberta ou que tendem a morder o espelho dentário e não só. Também será ideal para crianças com necessidades especiais de saúde que não conseguem controlar a actividade mandibular (Geary *et al.*, 2000).

Este método tem como vantagem o facto de prevenir que o médico dentista seja mordido por um fecho repentino da boca do paciente (Connick, 2001), sendo que ao impedir estes fechos acidentais protege de igual forma o profissional de saúde e o paciente (Elango *et al.*, 2012), e também permite uma boa visibilidade da cavidade oral por parte do médico dentista (O'Donnell, 1984 *cit. in* SAID, 2001). Sendo assim, o recurso a este dispositivo vai permitir um elevado padrão de saúde oral, minimizando a dificuldade inerente e a demora nos cuidados orais (Geary *et al.*, 2000). Segundo um estudo realizado, a utilização do dispositivo *Mouth Prop* demonstrou ser uma das técnicas com uma classificação média no que toca à aceitação parental (Murphy *et al.*, 1984).

No entanto, o uso de *Mouth Props* pode implicar algumas desvantagens, como por exemplo o risco de ocorrência de asfixia. Segundo Ito *et al.* (2010), os resultados de um estudo evidenciaram que o facto de manter a cavidade oral do paciente aberta ao

máximo durante todo o tratamento dentário pode levar a uma alteração morfológica das vias aéreas superiores, provocando uma constrição das mesmas. Desse modo, o profissional de saúde deverá ter especial atenção com pacientes especiais que apresentem problemas de comunicação ou má função neuromuscular, tendo sempre o cuidado de monitorizar a condição respiratória dos mesmos cuidadosamente (Ito *et al.*, 2010).

Estão disponíveis variados dispositivos utilizados como *Mouth Prop* (Geary *et al.*, 2000), tais como o *Open-Wide Mouth Prop*, *Molt Mouth Prop*, *McKesson Bite Block*, Espátulas linguais (SAID, 2001), e outros, tais como o *Finger Guard Mouth Prop* ou até escovas dentárias (Geary *et al.*, 2000).

Existem variadas técnicas que podem ser utilizadas por médicos dentistas aquando do uso de *Mouth Props*. Segundo Levy (2013), uma das técnicas consiste em pressionar o nariz do paciente com dois dedos, enquanto a outra mão segura o *Open-Wide Mouth Prop* perto da sua boa e quando este a abre para respirar o suporte é inserido rápida e suavemente, primeiro numa posição horizontal, fazendo depois uma rotação do dispositivo para vertical. Este é constituído por uma espuma de alta densidade com um núcleo de madeira que lhe confere estabilidade e resistência. O seu cabo permite ao médico dentista manter o controlo do dispositivo, e ao mesmo tempo é confortável e favorável para o paciente (MMSI, 2014).



Fig. 4 *Open-Wide Mouth Prop* (MMSI, 2014)

Relativamente ao uso do *Molt Mouth Prop*, outra técnica que poderá ser utilizada consiste em pressionar um dedo firmemente no queixo do paciente, aplicando pressão no ponto médio para o baixar num ângulo de 45 graus. Assim que o paciente abre a boca, ainda com o *Open-Wide Mouth Prop* bem posicionado, o médico dentista insere o *Molt Mouth Prop* num dos lados da cavidade oral do paciente, e por fim retira cuidadosamente o *Open-Wide Mouth Prop* (Levy, 2013).

Este é um dispositivo unilateral, constituído por metal, que possui dois tubos curtos de borracha nas suas extremidades (Levy, 2013), como cobertura, para evitar danos nos dentes e tecidos moles do paciente, apresentando um *design* muito semelhante ao de uma tesoura. Está disponível comercialmente em tamanho adequado para adultos, crianças e bebés (Kelly, 1976 *cit. in* SAID, 2001).



Fig. 5 *Molt Mouth Prop* (Dentistry and Medicine, 2011)

Em relação ao *McKesson Bite Block*, este é um dispositivo de borracha em forma de cunha que se coloca entre os dentes superiores e inferiores, distalmente, em ambos os lados da cavidade oral do paciente (Murphy *et al.*, 2010). Trata-se de um tipo de *Mouth Prop* que tem sido amplamente utilizado ao longo dos anos, mas o seu uso não é adequado para todas as situações e pode ser traumático (Geary *et al.*, 2000). Segundo vários autores, este deverá ser preso com fio dentário ou então deverá possuir um meio para prevenir uma eventual deglutição do mesmo por parte do paciente e também para auxiliar na sua remoção. Está disponível em variados tamanhos e é indicado para casos de pacientes que não conseguem manter a boca aberta ou para pacientes sob efeito de Anestesia geral (SAID, 2001).



Fig. 6 McKesson Bite Block (Practicon - Practical Innovation for Dentistry)

As Espátulas linguais constituem outra forma de *Mouth Prop*, e podem ser envolvidas em fita para proporcionar um suporte descartável. Estas são fáceis de fabricar a partir de materiais facilmente disponíveis, no entanto podem tornar-se difíceis de manusear e podem apresentar algum volume, o que constitui uma desvantagem. Além das Espátulas linguais, as Escovas dentárias também poderão ser utilizadas para o efeito, permitindo uma melhor visualização e simultaneamente a realização de uma limpeza dentária, podendo ser utilizadas duas escovas unidas pelas suas cerdas quando se requer uma maior amplitude de abertura da cavidade oral do paciente (Geary *et al.*, 2000).



Fig. 7 Escova dentária como *Mouth Prop* (NDH - NHST, 2014)

Por fim, o *Finger Guard Mouth Prop* é um tipo de dispositivo individual e relativamente discreto, confeccionado, geralmente, à medida do dedo indicador esquerdo do médico dentista. Está destinado a facilitar o exame intra-oral e os cuidados de higiene oral para crianças com necessidades especiais de saúde, com deficiência

física ou de aprendizagem, particularmente pacientes que são incapazes de controlar a actividade mandibular (Geary *et al.*, 2000).

Uma impressão em alginato é realizada no dedo sob o qual este *Mouth Prop* será confeccionado. Estes dispositivos são estáveis, fornecem protecção adequada e ajustam-se facilmente ao dedo do operador, e também possuem uma superfície exterior resistente, que não dobra sob pressão, sendo que essa rigidez vai impedir a probabilidade de ocorrência de danos intra-orais. Verificou-se que este dispositivo pode ter uma melhor inserção entre os dentes do paciente se a sua extremidade for confeccionada em forma de cunha fina. Possui como desvantagem o facto de não ser conveniente para crianças mais jovens ou com abertura limitada da mandíbula, não sendo assim possível uma abertura interoclusal com a magnitude necessária para acomodar o dedo indicador do médico dentista, contudo, aquando da sua confecção, este pode ser adaptado às dimensões da cavidade oral do paciente. Outra desvantagem inerente à sua utilização é a impossibilidade de esterilização, no entanto estes podem ser desinfectados quimicamente se forem utilizados novamente no mesmo paciente. Além disso, o facto de uma possível deglutição por parte da criança implica que o operador calce uma luva após a inserção do dispositivo no seu dedo (Geary *et al.*, 2000).



Fig. 8 *Finger Guard Mouth Prop* (Geary *et al.*, 2000)

6. RESTRIÇÃO QUÍMICA

i. Sedação

Segundo Hallonsten *et al.* (2005) existem duas formas de Sedação, nomeadamente Sedação Consciente e Sedação Profunda, sendo que classifica Sedação Consciente como “um estado medicamente controlado de consciência deprimida que permite manter os reflexos protectores e permite uma boa capacidade por parte do paciente para manter uma permeabilidade das vias aéreas eficiente, de forma independente e contínua, e permite uma boa resposta do paciente a estímulos físicos ou verbais, como por exemplo “abra a boca”. A Sedação Consciente é uma técnica em que se recorre à utilização de um agente farmacológico, que vai produzir um estado de depressão no sistema nervoso central, e que permite uma melhor gestão do comportamento, pois não compromete a comunicação entre o médico dentista e o paciente. Os métodos e fármacos utilizados deverão ser correctamente avaliados para que não haja uma perda de consciência, pois perante este tipo de sedação a criança deverá ser capaz de compreender e responder às interacções verbais e também capaz de manter os seus reflexos protectores (Welbury *et al.*, 2005).

Por sua vez, Hallonsten *et al.* (2005), define Sedação Profunda como “um estado medicamente controlado de consciência deprimida ou inconsciência, do qual o paciente não é facilmente despertado. Pode ser acompanhado por uma perda parcial ou total de reflexos protectores e implica uma incapacidade para manter a permeabilidade das vias aéreas de forma independente e para responder a estímulos físicos ou verbais”.

Os fármacos utilizados para realizar Sedação incluem agentes inalatórios, como por exemplo Óxido Nitroso (N₂O) ou benzodiazepinas, tais como Midazolam ou Diazepam (Hallonsten *et al.*, 2005), que são administrados por via inalatória (Welbury *et al.*, 2005). Estes poderão ser administrados ao paciente através de uma máquina especialmente concebida para o efeito, da qual o paciente inala o gás através de um tubo nasal, sobretudo no caso do uso de Óxido Nitroso (Hallonsten *et al.*, 2005). No entanto, outras vias de administração dos fármacos sedativos poderão ser utilizadas, nomeadamente, via oral, via intravenosa ou via transmucosa (Welbury *et al.*, 2005).

O Óxido Nitroso é um agente de inalação extremamente seguro, eficiente e bastante rentável (CED, 2012) e pelo facto de possuir variadas vantagens é comumente requerido (Hallonsten *et al.*, 2005). Este gás pode ser utilizado em baixas concentrações juntamente com oxigénio, sendo esta técnica utilizada há muitos anos e em diversos países. Não é irritante para as vias respiratórias, tem um início de acção rápida e também permite uma recuperação eficaz do paciente (CED, 2012).



Fig. 9 Sedação com Óxido Nitroso (Gapski Odontologia, 2010)

Apesar da eficácia deste agente poderão ocorrer complicações, e devido a esse facto a criança deverá ser sempre monitorizada durante todo o período de Sedação. Também é importante que todos os profissionais de saúde saibam exactamente o que lhes é exigido em caso de emergência, devendo estes estarem devidamente preparados para o caso de alguma ocorrência grave. Além disso deverão possuir equipamento de emergência, especialmente oxigénio, e também deverão estar aptos para realizar o suporte básico de vida, se necessário (Welbury *et al.*, 2005). É importante que a história clínica do paciente seja revista criticamente e também deverá ser sempre realizada uma avaliação física, incluindo a examinação das vias aéreas do mesmo (Fishbaugh *et al.*, 1997)

Uma vez que é administrada ao paciente uma Sedação Moderada ou Consciente, o médico dentista deverá ter sempre em atenção o facto de esta poder evoluir para um estado de Sedação Profunda e, nesse caso, este também deverá estar preparado para aumentar o nível de vigilância correspondente às necessidades de uma Sedação Profunda (Coté, 2010).

ii. Anestesia Geral

Segundo vários autores, a reabilitação dentária sob Anestesia geral é uma modalidade de tratamento utilizada por médicos dentistas odontopediátricos, com o fim de proporcionar atendimento dentário de alta qualidade e abrangente, nos casos em que o tratamento convencional não é possível devido a comportamento inadequado por parte do paciente (Forsyth *et al.*, 2012). O recurso a esta técnica de controlo de comportamento é ideal para os casos em que o medo e a ansiedade poderão ser agravados aquando do recurso a técnicas de Restrição Física ou Restrição Mecânica (Bengtson *et al.*, 2006).

Segundo a AAPD, outras técnicas de controlo de comportamento deverão ser consideradas pelo médico dentista antes de este recorrer à administração de Anestesia geral, no entanto o uso desta técnica possui indicação para “pacientes que são incapazes de cooperar devido à falta de maturidade emocional e/ou deficiência mental, física ou médica”, e também para “pacientes extremamente temerosos, ansiosos ou não comunicativos.” (Dougherty, 2009).

A Anestesia geral é descrita por Evers (2006) como “uma condição reversível induzida por drogas que inclui características comportamentais e fisiológicas específicas – inconsciência, amnésia, analgesia e acinesia – com a estabilidade concomitante do sistema autónomo, cardiovascular, respiratório e de termorregulação” (*cit. in* Brown *et al.*, 2010).

Um princípio fundamental inerente a esta técnica de controlo de comportamento é o facto de o médico dentista não possuir competências para a realizar (Davies *et al.*, 2008), sendo que, segundo vários autores, o paciente deverá ser sempre supervisionado por um profissional de saúde licenciado, treinado ou credenciado para o efeito, nomeadamente um anestesiolista (Forsyth *et al.*, 2012), no entanto, a decisão de recorrer a Anestesia geral apenas cabe ao médico dentista (Davies *et al.*, 2008). A indução anestésica poderá ser realizada por via venosa ou por via inalatória (Cavalcanti, 1997 *cit. in* Bengtson *et al.*, 2006), sendo que alguns dos fármacos hipnóticos disponíveis são, por exemplo, propofol, barbiturato ou etomidato (Brown *et al.*, 2010).

A ASA classifica os pacientes de acordo com o seu estado físico do seguinte modo: (I) paciente saudável normal, (II) paciente com doença sistémica leve, (III) paciente com doença sistémica severa, (IV) paciente com doença sistémica severa que constitui uma ameaça à vida, (V) paciente desfalecido que não tem expectativas de sobreviver sem operação e (VI) paciente com morte cerebral declarada cujos órgãos serão removidos para fins doativos (Hurford, 2002 *cit. in* Forsyth *et al.*, 2012). Os pacientes com classificação ASA I ou II são tratados em ambiente ambulatorio com Sedação moderada, embora a Anestesia geral possa ser uma opção favorável quando há necessidade de tratamentos extensos ou quando há uma má cooperação comportamental por parte do paciente. Pacientes com classificação ASA III ou superior, geralmente não estão indicados para serem tratados sob Sedação Consciente, sendo que a opção mais segura é a Anestesia geral (Forsyth *et al.*, 2012).

7. CONTROVÉRSIA E RISCOS ASSOCIADOS AO USO DE RESTRIÇÃO COMO TÉCNICA AVANÇADA DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO EM PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS

O recurso a técnicas de restrição é considerado um tema controverso, tanto em termos legais como em termos morais (Horsburgh, 2003), e por essa razão tem sido amplamente questionado na área da medicina dentária (Peretz, 2002). Com a crescente preocupação sobre os direitos do paciente, bem como a necessidade de obter consentimento informado dos pais ou responsáveis para iniciar qualquer procedimento, a questão do uso de restrição é destacada (Peretz, 2002).

Embora exista uma grande quantidade de literatura descrevendo o sucesso a curto prazo da utilização de técnicas de restrição, não existe quase nenhuma informação científica que descreva o impacto psicológico a longo prazo nos pacientes. Apesar de essa informação ser incompleta e inconclusiva, algumas discussões sobre o uso de técnicas consideradas controversas focam-se em suposições intuitivas sobre a capacidade da criança esquecer ou reprimir procedimentos desagradáveis no dentista. A maioria dos adultos são capazes de se lembrar de eventos traumáticos na infância, como por exemplo, a colocação de máscara para a administração de anestesia (Peretz, 2002). Weaver (2010) defende que “até pararmos com esta prática bruta e arcaica, essas crianças traumatizadas continuarão a crescer, tornando-se adultos com fobias dentárias, que apesar de todos os

seguros dentários continuam a fugir ao dentista. E a medicina dentária vai continuar a ser considerada universalmente um símbolo de medo e pânico”.

Segundo vários autores, a restrição é considerada uma experiência aversiva, que quando aplicada de forma contingente actua como uma consequência punitiva para a criança. Segundo Harris (1996), conclusões de um estudo realizado mostram que a imobilização dos movimentos do paciente pode ter consequências imprevisíveis para o mesmo, e, por essa razão, poderá tornar-se difícil monitorizá-lo. Além disso, segundo Mazaleski *et al.* (1994), se a restrição é uma experiência aversiva, com a sua contínua aplicação é improvável que se obtenha alguma mudança do mau comportamento do paciente.

O recurso às técnicas que promovem uma estabilização protectora pode originar consequências potencialmente graves, como danos físicos ou psicológicos, perda de dignidade e violação dos direitos do paciente (AAPD, 2013). Técnicas de restrição implicam forçar os pacientes a adoptar posições ou vestir utensílios desconfortáveis, pelo que pacientes que foram sujeitos a tais condições são mais susceptíveis de experienciar efeitos secundários prejudiciais, tais como sequelas físicas (Lovaas, 1969). Mediante a probabilidade acrescida da ocorrência de lesões quando se recorre ao uso de força para restringir os movimentos do paciente (Harris, 1996), é recomendada bastante prudência aquando da sua aplicação (Weaver, 2010). A maioria das lesões relacionadas consistem em pequenas feridas ou arranhões, no entanto, outras lesões mais graves também já foram relatadas (Spreat *et al.*, 1986 *cit. in* AAPD, 2013) por exemplo, pacientes colocados num dispositivo de Restrição Mecânica de consistência rígida podem sobreaquecer durante o tratamento (Fenton, 1989 *cit. in* AAPD, 2013), ou poderá não permitir a extensão completa do pescoço, podendo comprometer as vias respiratórias do paciente, especialmente se se tratar de pacientes mais jovens ou sedados (Adair, 1987).

Segundo Spreat *et al.* (1986), um menor número de lesões ocorrem em consequência do uso de Restrição Mecânica, em relação à Restrição Física, e ainda, um menor número de lesões ocorrem com o uso de Restrição Mecânica planeada, comparada com situações de emergência (*cit. in* AAPD, 2013). Segundo Horsburgh (2003), deverá ser aplicada uma quantidade mínima de imobilização, pelo menor período de tempo possível, com explicações concomitantes para a criança.

Várias pesquisas demonstram que os traumas psicológicos podem ter efeitos prejudiciais sobre o funcionamento do cérebro, e quando o trauma é intenso, frequente ou de longa duração, o subsequente neurodesenvolvimento pode ser alterado e tornar-se inadaptado (Weber, 2004). Além disso, também os pais ou os responsáveis poderão sentir angústia ao ver os filhos contidos aquando da consulta (McGrath *et al.*, 2002 *cit. in* AAPD, 2013).

Embora seja considerado não ético o recurso a meios mais autoritários para adquirir a cooperação do paciente, uma série de técnicas avançadas de controlo de comportamento continua a fazer parte das *guidelines* da AAPD, apesar do decréscimo da formação para o uso destas técnicas no âmbito do ensino em medicina dentária (York *et al.*, 2007). Segundo Harris (1996), a facilidade com que a Restrição Mecânica é utilizada por profissionais de saúde não formados para o efeito origina um aumento considerável de preocupações. Desse modo, a AAPD recomenda que “a gestão do comportamento deva ter um foco maior no ensino da medicina dentária” (York *et al.*, 2007). Continua a haver uma desconexão entre a instrução didáctica das técnicas aos alunos e a sua prática clínica, e devido a diversos factores observa-se uma limitação de oportunidades para os alunos poderem observar o uso das mesmas. Dessa forma, os alunos, e futuros médicos dentistas, poderão sentir maior desconforto aquando da decisão de pôr em prática as técnicas avançadas de controlo de comportamento disponíveis. No entanto alguns autores colocam a hipótese de a idade do profissional também poder influenciar na sua aceitação relativamente ao recurso às mesmas (York *et al.*, 2007).

A falta de meios no que toca à formação de profissionais de saúde para o recurso às técnicas avançadas de controlo de comportamento faz com que sejam necessárias formações e *guidelines* mais aprimoradas no âmbito do recurso a estas técnicas, pois as tentativas de conter ou estabilizar pacientes sem formação por parte dos profissionais para o fazer, pode tornar o paciente, e também o profissional de saúde, e toda a sua equipa médica, susceptíveis de riscos de dano físico (Labrenos 2003 *cit. in* AAPD, 2013).

Mediante a decisão de recorrer a técnicas que promovem uma estabilização protectora, o médico dentista deverá considerar as necessidades de saúde oral do paciente, os níveis de desenvolvimento emocional e cognitivo, as condições físicas e médicas e as

preferências dos responsáveis (AAPD, 2013). Independentemente da técnica optada pelo profissional de saúde, todas as decisões deverão ser baseadas numa avaliação subjectiva, avaliando os benefícios e os riscos recorrentes para a criança (AAPD, 1990). Segundo vários autores, danos físicos e psicológicos deverão ser sempre considerados (AAPD, 1990), sendo que o melhor método de restrição deverá ser identificado de forma individualizada, tendo em conta as circunstâncias específicas relativas ao momento da decisão. Especificamente, as consequências resultantes do recurso a um determinado método vai depender das razões para o seu uso, da severidade do meio utilizado e dos potenciais danos físicos ou psicológicos (Horsburgh, 2003).

No âmbito do recurso a técnicas de Restrição Química, antes de o médico dentista submeter um paciente a Sedação ou Anestesia geral, este deverá realizar uma avaliação pré-operatória da saúde geral do paciente. Resultados indesejáveis e inesperados devem ser revistos para monitorizar a qualidade dos serviços prestados, e, dessa forma, diminuir os riscos inerentes, permitir discussões abertas e francas, e também melhorar a qualidade do atendimento para o paciente odontopediátrico (AAPD, 2001). Segundo Wilson (2004), esta é a técnica de restrição que apresenta a maior probabilidade de causar potenciais efeitos adversos a longo prazo.

Relativamente à administração de Sedação, a AAPD cita que “a Sedação de pacientes pediátricos possui graves riscos associados, tais como hipoventilação, apneia, obstrução das vias aéreas, laringoespasma e comprometimento cardiopulmonar”. (Coté, 2010). As crianças são anatomicamente e fisiologicamente diferentes dos adultos, pois a anatomia das vias aéreas é mais estreita. Fisiologicamente a criança é incapaz de alcançar um maior volume de ar, mesmo quando é necessário, sendo que estas diferenças tornam a criança mais susceptível de sofrer hipóxia, associada à hipoventilação (Welbury *et al.*, 2005). E, pelo facto de os agentes utilizados para Sedação terem o potencial de prejudicar os reflexos protectores das vias aéreas, é provável que, apesar de ser uma ocorrência rara, aconteça uma aspiração pulmonar, causando uma obstrução das vias aéreas, sendo assim importante que o médico dentista avalie a ingestão precedente de alimentos e líquidos. Para os procedimentos em caso de emergência, quando o paciente não está em jejum, o risco de aspiração pulmonar deve ser ponderado (AAPD, 2006).

Segundo Welbury *et al.* (2005) existem outras complicações menos graves que poderão ocorrer aquando da administração de Sedação, como por exemplo náuseas, vômitos, perda total involuntária de consciência e também alguns comportamentos irracionais (Wilson, 2004). Segundo vários autores, também poderão ocorrer complicações mais graves e até dramáticas, que incluem danos cerebrais ou morte do paciente, devido ao comprometimento das vias aéreas do mesmo (Wilson, 2004), daí que seja necessária a monitorização constante do paciente e a capacidade por parte do profissional de saúde para conseguir proceder eficazmente em casos de emergência (Welbury *et al.*, 2005).

Em relação à administração de Anestesia geral, uma vez tomada a decisão de recorrer a esta técnica, a natureza potencialmente grave do procedimento deve ser claramente explicada aos responsáveis e, se for o caso, ao paciente. Existe um risco mínimo, embora real, de acontecimentos dramáticos aquando da administração da mesma. A equipa dentária e o anestesista devem chegar a um acordo sobre os riscos recorrentes, que deverão ser devidamente explicados e documentados (Forsyth *et al.*, 2012).

O profissional de saúde deverá fazer-se acompanhar de uma equipa médica competente (Forsyth *et al.*, 2012), com roupas adequadas e esterilizadas e mãos devidamente lavadas para prevenir possíveis contaminações (Magro-Filho *et al.*, 2000 *cit. in* Bengtson *et al.*, 2006), devendo estes tomarem todas as medidas necessárias para minimizar os potenciais riscos para o paciente (AAPD, 2001). O recurso a esta técnica de controlo de comportamento requer meios e condições apropriadas, devendo o paciente ser tratado em ambiente hospitalar, numa sala cirúrgica devidamente preparada e com todos os equipamentos avaliados e testados, permitindo assim uma ausência temporária da ansiedade do paciente, ficando este imóvel e inconsciente para se realizar um tratamento dentário favorável (Bengtson *et al.*, 2006).

i. Controvérsia e riscos associados ao uso de restrição como técnica avançada de controlo de comportamento em pacientes com necessidades especiais de saúde

A AAPD define as necessidades especiais de saúde como “qualquer deficiência física, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitiva ou emocional ou condição limitante que requer tratamento médico, intervenção de cuidados de saúde, e /ou utilização de serviços ou programas

especializados. A condição pode ser de desenvolvimento ou adquirida e pode causar limitações substanciais em qualquer actividade importante para a vida”, e também defende que “cuidados de saúde para pessoas com necessidades especiais requer conhecimento especializado, maior consciência e atenção, adaptação e medidas de acomodação para além das medidas consideradas de rotina.” (AAPD, 2004).

Segundo Stanková *et al.* (2011), este grupo de pacientes possuem deficiências físicas e/ou motoras que afectam as tarefas do seu dia-a-dia, sendo que os problemas orais associados à deficiência agravam a insegurança do paciente (Plaza, 2008) e também influenciam na prestação de cuidados de saúde, incluindo saúde oral (Stanková *et al.*, 2011). O tratamento destes pacientes na área da medicina dentária é controverso e implica certas dificuldades do ponto de vista legal (Romer, 2009). Segundo o ponto de vista de Weaver (2010), este defende que é desumano recorrer a técnicas de restrição para a realização dos tratamentos de pacientes com deficiência mental ou física.

No que se refere ao recurso a técnicas avançadas de controlo de comportamento no âmbito dos pacientes com necessidades especiais de saúde, as *guidelines* da AAPD afirmam que “a estabilização protectora pode ser útil em pacientes nos quais as técnicas básicas de controlo de comportamento não são adequadas” (Romer, 2009). No entanto, também para este grupo de pacientes, qualquer técnica avançada de controlo de comportamento empregue acarreta o risco de danos ou sequelas físicas e mentais, pelo que a experiência do uso de restrição pode influenciar o paciente para o resto da sua vida, e, por isso, deverá ser cuidadosamente planeada (Plaza, 2008). Além disso, o recurso a técnicas que promovem uma estabilização protectora possui algumas contra-indicações, nomeadamente quando estes pacientes não podem ser imobilizados com segurança devido a condições físicas ou médicas associadas (Jaccarino, 2012).

A técnica de restrição adoptada não deverá ser susceptível de causar danos físicos, e também não deverá proporcionar desconforto físico, sendo que a técnica de menor carácter restritivo deve ser sempre optada em primeiro lugar (Romer, 2009). Não é aconselhável que o profissional de saúde recorra ao uso de restrição logo após outras técnicas terem falhado, sendo que deverá fazê-lo numa consulta seguinte (Plaza, 2008).

Mediante a decisão do recurso a uma técnica avançada de controlo de comportamento aquando do tratamento de um paciente com necessidades especiais de saúde, também é fundamental obter um consentimento informado dos responsáveis (SAID, 2001). A aquisição de consentimento e concordância envolverá a prestação de explicações detalhadas sobre a técnica a ser utilizada, acompanhada de uma declaração sobre os riscos e benefícios inerentes, as razões para o seu uso e as possíveis complicações. Dessa forma, os responsáveis que estão bem informados são os que provavelmente aceitarão da melhor forma a técnica em questão (Peretz, 2002). Segundo vários autores, somente em casos de risco de vida se recorre a técnicas de restrição sem obtenção de consentimento informado (Newton, 2008).

Segundo um estudo realizado, que comparou a aceitação das técnicas de controlo de comportamento entre um grupo de pais de pacientes com necessidades especiais de saúde e um grupo de pais de pacientes sem necessidades especiais de saúde, chegou-se à conclusão que há uma diferença estatisticamente significativa na aceitação das técnicas de controlo de comportamento que recorrem a dispositivos de restrição entre ambos os grupos, tendo o primeiro grupo mostrado significativamente menos aceitação. Também se concluiu que as técnicas básicas de controlo de comportamento são as melhor aceites pelos responsáveis, sendo que, segundo vários autores, as técnicas que promovem uma estabilização protectora são as técnicas de controlo de comportamento menos aceites pelos mesmos (Castro *et al.*, 2013).

Relativamente à aceitação das técnicas de restrição por parte dos pacientes, crianças com experiência anterior de restrição, mostram mais sentimentos negativos do que positivos em relação a essas experiências (Wong, 2005). Além disso, a Restrição Mecânica é considerada menos stressante para o paciente do que a Restrição Física por parte do profissional, sendo que, esta oferece uma maior sensação de conforto e segurança para os pacientes portadores de deficiência (Beaver, 1970 *cit. in* Romer, 2009).

Deverá existir uma exigência profissional e legal clara de restrição, para que esta seja utilizada de acordo com os melhores interesses dos pacientes e dos seus responsáveis, assim como, os desejos e vontades dos pacientes e familiares deverão ser sempre considerados pelo do médico dentista. Também será necessária uma cuidada análise dos

benefícios e do potencial dano, tanto imediato como no futuro, como por exemplo o facto de o uso de uma técnica de restrição ser susceptível de causar impacto em futuras cooperações do paciente em cuidados de saúde (Bridgman, 2000). O médico dentista deverá realizar sempre um julgamento clínico sobre a urgência do tratamento e qual a eficácia do mesmo mediante o recurso a uma técnica de restrição (Newton, 2008).

A AAPD alerta para a necessidade de uma revisão cuidadosa da condição médica do paciente antes de se pôr em prática qualquer técnica avançada de controlo de comportamento (Romer, 2009), a qual alerta também para uma correcta e contínua monitorização do seu uso e uma reavaliação em intervalos regulares, devendo ter-se sempre em atenção o risco de potenciais danos inerentes (Jaccarino, 2012), realizando-se um balanço equilibrado entre os riscos e benefícios da técnica optada (Romer, 2009).

O uso de qualquer técnica que promova uma estabilização protectora, em torno das extremidades ou do peito do paciente, não deverá afectar a circulação ou a respiração do mesmo, e esta deverá ser interrompida se o procedimento causar *stress* para o paciente (Jaccarino, 2012) para evitar a ocorrência de eventuais danos físicos ou psicológicos (Romer, 2009). Desse modo, profissional de saúde poderá considerar a administração de um sedativo leve (Plaza, 2008), no entanto, em alguns casos é necessário o recurso a técnicas de Restrição Química, nomeadamente Anestesia geral de forma a permitir a realização de um tratamento satisfatório (Stanková *et al.*, 2011).

O recurso a Anestesia geral para a execução de um tratamento, no âmbito do controlo de comportamento em pacientes especiais, parece ser uma opção óbvia, no entanto esta técnica possui limitações (Manley, 2000). Tal como foi referido anteriormente, as desvantagens da sua administração requerem uma avaliação cuidadosa do estado físico e mental de cada indivíduo antes de se tomar qualquer decisão, pois os reflexos protectores e os sinais vitais do paciente poderão ficar comprometidos (Dougherty, 2009).

Complicações intra e pós-operatórias são mais comuns aquando da administração de Anestesia geral em comparação com a administração de Sedação (Dougherty, 2009), além disso, a necessidade de recorrer a esta técnica de Restrição Química tem diminuído nos últimos anos com a crescente administração de medicação anti-ansiedade e com as

subsequentes melhorias no uso de Sedação Consciente (Stanková *et al.*, 2011). No entanto, no que toca ao recurso à Sedação no âmbito dos pacientes com necessidades especiais, esta pode também apresentar algumas adversidades, como por exemplo o facto de um paciente com severas dificuldades de aprendizagem não se apresentar apto para compreender ou não estar de acordo com a necessidade de respirar continuamente através do nariz aquando uma Sedação via inalatória (Manley, 2000). Nestes casos, também se poderá tornar impossível uma comunicação verbal entre o paciente e o médico dentista aquando da administração de Sedação Consciente, facto que também constitui uma desvantagem (Manley, 2000).

Manley (2000) defende que é igualmente essencial no âmbito dos pacientes com necessidades especiais de saúde que estas técnicas de Restrição Química sejam empregues por profissionais de saúde que tenham obtido formação adequada e possuam experiência relativamente ao seu uso. Por sua vez, no que se refere ao recurso a técnicas de restrição que promovem uma estabilização protectora, se o médico dentista não está apto para as empregar adequadamente, provavelmente, muitos pacientes com necessidades especiais de saúde não receberão os cuidados fundamentais, ou serão sujeitos a métodos desnecessários que implicarão um maior risco para o seu bem-estar.

Éticamente um médico dentista tem a obrigação de prestar atendimento a todos os pacientes odontopediátricos que procuram cuidados de saúde oral, inclusive os portadores de deficiência (Romer, 2009), a não ser que não possua competências e formação para tal (Roberts *et al.*, 2010). Além disso, segundo Clemetson *et al.* (2012), mais uma vez se salienta que são necessárias melhorias na preparação de estudantes de medicina dentária para se obter uma prestação de cuidados de saúde oral mais eficaz no âmbito de pacientes odontopediátricos com variados tipos de necessidades especiais de saúde.

IV. CONCLUSÃO

Em medicina dentária, os profissionais odontopediátricos poderão deparar-se com obstáculos e dificuldades na prestação dos cuidados de saúde oral, tanto a nível comportamental, cognitivo ou físico, associados a problemas como medo, ansiedade, fobias ou experiências dentárias traumáticas anteriores, ou também associados a deficiência mental ou física do paciente.

Perante tais obstáculos o médico dentista deverá ter a capacidade de compreender os comportamentos e as necessidades do paciente odontopediátrico, devendo basear-se na psicologia da criança e em princípios científicos para poder recorrer a diferentes abordagens com o objectivo de tentar estabelecer uma relação adequada com o mesmo, com base numa comunicação satisfatória. Além disso, este tem ao seu dispor variadas técnicas básicas de controlo de comportamento, aceites universalmente, que visam manter uma boa comunicação e não só.

No entanto, na maior parte das vezes, quando o paciente não coopera devido a condições limitantes, tais como deficiências físicas ou mentais que não o permitem, ou devido a comportamento inapropriado, ou até mesmo severo, que não possibilite uma conclusão satisfatória dos procedimentos dentários, o médico dentista deverá recorrer a técnicas avançadas de controlo de comportamento, nomeadamente técnicas de restrição. Para tal deverá fazê-lo sempre de uma forma hierárquica, ou seja, da técnica de menor carácter restritivo para a técnica de maior carácter restritivo, conforme o grau de exigência.

O médico dentista poderá então proceder ao recurso às técnicas de restrição, das quais possui uma variedade considerável ao seu dispor, sendo que as técnicas de Restrição Física são consideradas as técnicas avançadas de controlo de comportamento com menor carácter restritivo, seguidamente das técnicas de Restrição Mecânica, sendo que as técnicas de Restrição Química são as que apresentam um maior carácter restritivo e um maior número de complicações inerentes ao seu uso.

Estas técnicas avançadas de controlo de comportamento disponíveis são consideradas por vários autores como controversas e não são aceites universalmente, sendo que esse

carácter controverso está relacionado com uma possível ocorrência de danos físicos ou psicológicos, entre outras consequências igualmente indesejáveis, que são comuns a pacientes com ou sem necessidades especiais de saúde, embora haja características específicas associadas aos pacientes especiais que poderão agravar os possíveis danos inerentes. Desse modo, são levantadas uma série de questões de ordem ética, legal e moral em relação ao seu uso, principalmente no âmbito da prestação de cuidados de saúde oral em pacientes com necessidades especiais de saúde, devendo por isso serem sempre consideradas em último lugar. O recurso a técnicas avançadas de controlo de comportamento continua a dividir as opiniões, sendo estas consideradas vantajosas e eficientes por uns autores e inapropriadas ou eticamente não aceites por outros.

É fundamental que o médico dentista tenha sempre em conta que o recurso a qualquer técnica avançada de controlo de comportamento depreende, impreterivelmente, um carácter restritivo inerente a ela, e que, por esse motivo, deverá recorrer ao seu uso de forma consciente, rigorosa e planeada e também de forma eticamente aceitável, respeitando sempre os seus objectivos e indicações.

Além disso, qualquer profissional de saúde que opte por pôr em prática uma técnica avançada de controlo de comportamento deverá ter sempre o especial cuidado de informar o paciente e também os responsáveis de todos os eventuais riscos e consequências associados, tendo estes a liberdade de consentir ou não, por escrito, perante a proposta do profissional. Também deverão adquirir experiência e formação adequadas nesse âmbito para se obter uma prestação de cuidados de saúde oral eficiente para pacientes odontopediátricos, assim como para pacientes odontopediátricos com necessidades especiais de saúde.

V. BIBLIOGRAFIA

AAPD (1990). Guideline on Behaviour Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Reference Manual*, 35(6), pp. 175-187.

AAPD (2001). Guideline on Use of Anesthesia Personnel in the Administration of Office-based Deep Sedation/General Anesthesia to the Pediatric Dental Patient. *Reference Manual*, 35(6), pp. 222-225.

AAPD (2004). Guideline on Management of Dental Patients with Special Health Care Needs. *Reference Manual*, 30(7), pp. 107-111.

AAPD (2006). Guideline for Monitoring and Management of Pediatric Patients During and After Sedation for Diagnostic and Therapeutic Procedures. *Reference Manual*, 35(6), pp. 205-221.

AAPD (2013). Guideline on Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients. *Reference Manual*, 35(6), pp. 188-192.

Albuquerque, C. et alii (2010). Principais técnicas de controlo de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*, 45(02), pp. 110-115.

Acs, G., Burke, M., Musson, C. (1990). An updated survey on the utilization of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatric Dentistry*, 12(5), pp. 298-302.

Adair, S., Durr, D. (1987). Modification of *Papoose Board* restraint to facilitate airway management of the sedated pediatric dental patient. *Pediatric Dentistry*, 9(2), pp. 163-165.

Adair, S. et alii (2004). Survey of Behaviour Management Teaching in Pediatric Dentistry Advanced Education Programs. *Pediatric Dentistry*, 26(2), pp. 151-158.

Bridgman, A. (2000). Mental incapacity and restraint for treatment: present law and proposals for reform. *Journal of Medical Ethics*, 26(5), pp. 387-392.

Brown, E., Lydic, R., Schiff, N. (2010). General Anesthesia, Sleep, and Coma. *The New England Journal of Medicine*, 363(27), pp. 2638-2650.

Bengtson, C. et alii (2006). O uso de anestesia geral em Odontopediatria. *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, 24(4), pp. 319-325.

Bijella, M. et alii (2003). A utilização da Técnica Mão-sobre-boca (MSB) em Odontopediatria – Revisão de Literatura. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 6(30), pp. 163-169.

Barbosa, C., Toledo, O. (2003). Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 6(29), pp. 76-82.

Carr, K. et alii (1999). Behaviour management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatric Dentistry*, 21(6), pp. 347-353.

Castro, A. et alii (2013). Behaviour guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities. *Special Care Dentistry Journal*, 33(5), pp. 213-217.

Clemetson, J. et alii (2012). Preparing Dental Students to Treat Patients with Special Needs: Changes in Predoctoral Education After the Revised Accreditation Standard. *Journal of Dental Education*, 76(11), pp. 1457-1465.

Cohen, L. (1981). Dentistry and the Behavioral/Social Sciences: An Historical Overview. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(3), pp. 247-256.

CED (2012). *The use of nitrous oxide inhalation sedation in Dentistry*. Copenhagen. Council of European Dentists Resolution.

Coté, C. (2010). Paediatric sedation guidelines: where we came from, where we are now, and current drug controversies. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 16(1), pp. 92-95.

Choate, B. et alii (1990). Current trends in behaviour management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Pediatric Dentistry*, 12(2 – Abril/Maio), pp. 83-86.

Connick, C., Friedman, C. (2001). The role of protective support: appropriate use of restraint in the dental treatment of people with special needs: Part VII. *The Exceptional Parent*, 31(11), p. 80.

Davies, C., Harrison, M., Roberts, G. (2008). *Guideline for the use of General Anaesthesia (GA) in Paediatric Dentistry*. Faculty of Dental Surgery Clinical Standards Committee, pp. 1-11.

Dentistry and Medicine (2011). Equipments, Instruments and Materials used in Oral Surgery. [Em linha] Disponível em <<http://www.http://dentistryandmedicine.blogspot.pt/2011/09/equipments-instruments-and-materials.html>> [Consultado em 07/07/2014].

DeBoer, S. et alii (2007). Infant Immobilization and Pediatric Paposes: We've Come a Long Way. *Journal of Emergency Nursing*, 33(5), pp. 451-455.

Dougherty, N. (2009). The dental patient with special needs: a review of indications for treatment under general anesthesia. *Special Care Dentistry Journal*, 29(1), pp. 17-20.

Elango, I., Baweja, D., Shivaprakash, P. (2012). Parental acceptance of pediatric behaviour management techniques: A comparative study. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 30(3), pp. 195-200.

FDS (2002). *Non-pharmacological behaviour management. Draft Clinical Guidelines*. The Royal College of Surgeons Advanced Surgical Standards.

Ferreira, J., Aragão, A., Colares, V. (2009). Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 9(2), pp. 247-251.

Feigal, R. (2001). Guiding and Managing the Child Dental Patient: A Fresh Look at Old Pedagogy. *Journal of Dental Education*, 65(12), pp. 1369-1377.

Fishbaugh, D. et alii (1997). Relationship of tonsil size on na airway blockage maneuver in children during sedation. *Pediatric Dentistry*, 19(4), pp. 277-281.

Forsyth, A. et alii (2012). General Anesthesia time for pediatric dental cases. *Pediatric Dentistry*, 34(5), pp. 129-135.

Gapski Odontologia (2010). Novidade: Sedação com Óxido Nitroso. [Em linha] Disponível em <<http://www.gapski.com.br/noticias.aspx?id=42>> [Consultado em 10/9/2014].

Geary, J. et alii (2000). Individualized mouth prop for dental professionals and carers. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 10(1), pp.71-74.

Hallonsten, A. et alii (2005). *EAPD Guidelines on sedation in Paediatric Dentistry*. European Academy of Paediatric Dentistry Guidelines.

Harris, J. (1996). Physical Restraint Procedures for Managing Challenging Behaviours Presented by Mentally Retarded Adults and Children. *Developmental Disabilities Journal*, 17(2), pp. 99-134.

Horsburgh, D. (2003). How, and when, can i restrain a patient? *Postgraduate Medical Journal*, 80(939), pp. 7-12.

Intelligent Dental (2010). Ever wonder how a dentist is so good at managing children? [Em linha] Disponível em <<http://www.intelligentdental.com/2010/05/31/ever-wonder-how-a-dentist-is-so-good-at-managing-children/>> [Consultado em: 02/06/2014].

Ito, H. et alii (2010). Maximum opening of the mouth by mouth prop during dental procedures increases the risk of upper airway constriction. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 6, pp. 239-248.

Jaccarino, J., (2012). *The Patient with Special Needs: General Treatment Considerations*. Continuing Education Course: 3 hours, pp 1-18.

Junior, A. (2002). Psicologia Aplicada à Odontopediatria: Uma Introdução. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. Artigo 5.

Klatchoian, D., Noronha, J., Toledo, O. (2009). Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara, M., Rédua, P. (Ed.). *Manual de referências para procedimentos clínicos em Odontopediatria*. 1ª Edição. abo-odontopediatria, Associação Brasileira de Odontopediatria, pp. 49-71.

Klingberg, G. et alii. (2006). *EAPD Guidelines on Behaviour Management in Paediatric Dentistry*. Amesterdão, European Academy of Paediatric Dentistry. Final Draft 2006.

Klingberg, G., Broberg, A. (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry*, 20(4), pp. 237-243.

Krise, D. et alii (2003). Chapter 4- Pediatric Dentistry. In: *Indian Health Service Dental Specialities Reference Guide*. Indian Health Service, pp. 4(1-49).

Lovaas, O., Simmons, J. (1969). Manipulation of Self-Destruction in Three Retarded Children. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 2(3), pp. 143-157.

Loeppky, W., Sigal, M. (2006). Patients with Special Health Care Needs in General and Pediatric Dental Practices in Ontario. *Journal of the Canadian Dental Association*, 72(10), pp. 915.

LSUHSC Homepage. [Em linha] Disponível em <<http://www.lsusd.lsuhs.edu/ClinicPedo.html>> [Consultado em 02/09/2014].

Lundy, H., McGuffin, P. (2005). Using Dance/Movement Therapy to Augment the Effectiveness of Therapeutic Holding with Children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(3), pp. 135-145.

Levy, H. (2013). Dental Education by circuit Training. *Dental Magazine*, pp. 118-128.

Manley, M., Skelly, A., Hamilton, A. (2000). Dental treatment for people with challenging behaviour: general anaesthesia or sedation? *British Dental Journal*, 188(7), pp. 358-360.

Mazaleski, J. et alii (1994). Protective Equipment as Treatment for Stereotypic Hand Mouthing: Sensory Extinction or Punishment Effects? *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 27(2), pp. 345-355.

Ministry of Justice (2012). *Minimising and Managing Physical Restraint: Safeguarding Processes, Governance Arrangements, and Roles and Responsibilities*, pp. 1-28.

McDonald, R., Avery, D., Dean, J. (2010). *McDonald and Avery Dentistry for the child and Adolescent*. 9ª Edição. Elsevier Health Sciences.

MMSI (2014). Specialized Care Co, Inc. Every patient presents unique challenges. [Em linha] Disponível em <<https://www.dropbox.com/s/dyhpXgkxmizem86/2014%20Intl%20Catalogue%20with%20MMSI%20for%20distribution.pdf>> [Consultado em 11/09/2014].

Muthu, M. (2005). *Multiple choice questions in Pediatric Dentistry*. 2ª Edição, Reed Elsevier India Private Limited, Elsevier.

Murphy, M., Fields, H., Machen, J. (1984). Parental acceptance of Pediatric Dentistry behaviour management techniques. *Pediatric Dentistry*, 6(4), pp. 193-198.

Murphy, A. et alii (2010). The Mckesson prop - an essential tool for the emergency physician? *Emergency Medicine Journal*, 27(2), pp. 156-158.

McKnight-Hanes, C. et alii. (1993). The use of behaviour management techniques by dentists across practitioner type, age, and geographic region. *Pediatric Dentistry*, 15(4), pp. 267-271.

Newton, J. (2008). Restrictive Behaviour Management Procedures with People with Intellectual Disabilities who Require Dental Treatment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(2), pp. 118-125.

NDH - NHST (2014). Toothbrushing for people with special needs. [Em linha] Disponível em <<http://www.healthyteethdevon.nhs.uk/oral-health-information/public/how-to-look-after-your-mouth/tooth-brushing-for-people-with-special-needs/>> [Consultado em 30/08/2014].

O'Callaghan, P. (2005). The efficiency of noncontingent escape for decreasing disruptive behaviour during dental treatment. Dissertação apresentada à Faculdade de Pós-graduação da Universidade do Estado da Luisiana e ao Colégio Agrícola e Mecânica em cumprimento parcial do requisito para o grau de doutor em Filosofia.

Pavlov, I. (1927). *Conditioned Reflexes, An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex*. Oxford, Inglaterra. University Press: Humphrey Milford.

Peretz, B., Zadik, D. (1999). Parent's attitudes toward behaviour management techniques during dental treatment. *Pediatric Dentistry*, 21(3), pp. 201-204.

Peretz, B., Gluck, G. (2002). The use of restraint in the treatment of paediatric dental patients: old and new insights. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12(6), pp. 392-397.

Plaza, E. (2008). *Oral Health Care For Children With Special Health Care Needs: A Guide for Family Members/Caregivers and Dental Providers*. Oklahoma Association of Community Action Agencies, pp. 1-22.

Practicon – Practical Innovations for Dentistry (2014). Dental supplies & Dentistry equipment. [Em linha]. Disponível em

<http://www.practicon.com/images/practicon/products/1_7010378_fs.jpg> [Consultado em 2/7/2014].

Rolim, G., Alves de Moraes, A., Costa Jr., A. (2008). Efeitos do Controle Aversivo no Contexto de Tratamento Odontopediátrico. *Interação em Psicologia*, 12(1), pp. 51-58.

Romer, M. (2009). Consent, restraint, and people with special needs: a review. *Special care in Dentistry*, 29(1), pp. 58-66.

Roberts, J. et alii (2010). Review: Behaviour Management Techniques in Paediatric Dentistry. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 11(4), pp. 166-174.

RCN (2010). *Restrictive physical intervention and therapeutic holding for children and young people. Guidance for nursing staff*. Londres, Royal College of Nursing.

Scholl, E. (2011). Office Policies. [Em linha] Disponível em <<http://www.coastalmainepediatricdentistry.com/office-info/office-policies.aspx>> [Consultado em 10/09/2014].

SAID – Self-study Course (2001). *Managing Maladaptive Behaviours: The use of dental restraints and positioning devices*, 6, pp. 1-24.

Stafford, M. (2012). The Best Age for Child's First Dental Visit. [Em linha] Disponível em <<https://www.thetoothofthematter.org/the-best-age-for-your-childs-first-dental-visit/>> [Consultado em 10/04/2014].

Stanková, M. et alii (2011). Patient with Special Needs within Treatment under General Anesthesia – Meta-analysis. *Prague Medical Report Journal*, 112(3), pp. 216-225.

Vollmer, T. et alii (2011). The Association for Behaviour Analysis International Position Statement on Restraint and Seclusion. *The behaviour analyst*, 34(1), pp. 103-110.

Weber, D., Reynolds, C. (2004). Clinical Perspectives on Neurobiological Effects of Psychological Trauma. *Neuropsychology Review*, 14 (2 – Junho), pp. 115-129.

Welbury, R., Duggal, M., Hosey, M. (2005). *Pediatric Dentistry. Third Edition. Oxford.* Oxford, Inglaterra. University Press.

Weaver, J. (2010). Why is physical restraint still acceptable for dentistry? *Anesthesia Progress*, 57(2), pp. 43-44.

Wilson, S., Cody, W. (2005). An Analysis of Behaviour Management Papers Published in the Pediatric Dental Literature. *Pediatric Dentistry*, 27(4), pp. 331-338.

Wilson, S. (2004). Pharmacological Management of the Pediatric Dental Patient. *Pediatric Dentistry*, 26(2), pp. 131-136.

Wong, I., Chien, W. (2005). Young medical patients experience of physical restraint: an exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1 – Janeiro), pp. 120-121.

York, K. et alii (2007). Pediatric Behaviour Management Techniques: A Survey of Predoctoral Dental Students. *Journal of Dental Education*, 71(4), pp. 532-539.