



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE ODONTOLOGIA



TATIANA AZEVEDO PÊCEGO

**COMPORTAMENTO INFANTIL E TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO
COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN**

UBERLÂNDIA
2019

TATIANA AZEVEDO PÊCEGO

**COMPORTAMENTO INFANTIL E TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO
COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da UFU, como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabiana Sodré de Oliveira
Coorientadora: Me. Késia Lara dos Santos Marques

UBERLÂNDIA

2019

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de deixar claro que tudo o que conquistei até hoje, não foi sozinha, no meu caminho até aqui conheci pessoas incríveis que me acrescentaram para ser quem eu sou hoje e estar aonde eu estou hoje, por que no final, o que realmente importa, é a nossa caminhada. Gostaria de agradecer à minha família, meu pai, minha mãe e meus irmãos. Eles são a minha base, dispostos sempre a me ajudar e se hoje, estou concluindo o ensino superior é graças a eles, por todo o suporte, confiança, compreensão, carinho, motivação, resiliência e orgulho vindo deles foram o meu combustível para não parar nesta jornada. Também gostaria de agradecer aos meus verdadeiros amigos fora da faculdade, com toda a certeza influenciaram positivamente meu caminho e minhas escolhas, estando comigo nos altos e baixos dessa jornada. Além disso, não poderia deixar passar em branco os meus colegas de faculdade que estiveram comigo nestes cinco anos, compartilhando inseguranças, medos, alegrias, inspirações e momentos que ficarão comigo pelo resto da minha vida. Agradeço também a todos meus colegas que já foram meus parceiros de clínica, por dividirmos experiências, conselhos e aflições, aprendi muito com vocês, obrigada. Novamente, hoje sou quem eu sou porque pude compartilhar experiências com pessoas maravilhosas que me acrescentaram só coisas boas me tornando uma pessoa e profissional da saúde melhor a cada dia. Gostaria de agradecer também à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia pela incrível oportunidade e portas que foram abertas para que eu melhorasse cada vez mais e tivesse experiências incríveis que contribuíram para o meu futuro profissional. Não tenho palavras para agradecer todos os meus professores que me acrescentaram positivamente, cada um do seu jeito me inspiraram, escutaram, aconselharam, ensinaram e me acalmaram. Principalmente, às professoras da área da Odontopediatria que sempre estiveram de portas abertas para que eu pudesse aprender cada dia mais. À LiOP, a Liga de Odontopediatria, com quem eu pude ter mais contato com essa área incrível desde o meu terceiro período e a todos os ligantes anteriores (principalmente os fundadores) que me aceitaram desde cedo e me ensinaram muito além da odontopediatria, me ensinaram sobre humanização, amor e humildade. Se, ao me graduar, eu tiver 50% da competência e carinho pela profissão que vocês, serei muito grata.

Não menos importante gostaria de agradecer à minha orientadora Fabi Sodré, por ter aceitado embarcar comigo nesta pesquisa clínica me dando todo o suporte que foi preciso, por ter me ensinado tanto a ser uma profissional da saúde melhor, com um olhar mais humano e mais carinhoso, por ter me ajudado a ser mais organizada, me acalmado e sempre disposta para ajudar com qualquer problema.

Agradecer também a todos os alunos, doutorandos e residentes que se disponibilizaram e mobilizaram para que eu pudesse realizar minha pesquisa em suas consultas e todos que me ajudaram para que este trabalho fosse concluído.

Aprendi que a Odontologia vai muito além de sorrisos. Cuidamos de pessoas! Pessoas com bagagem emocional, psicológica e que procuram por saúde ou, às vezes, uma simples palavra de conforto. A Odontologia é linda e tenho muito orgulho da profissão que escolhi.

Sou muito grata por esta oportunidade que me foi concedida cinco anos atrás, por todos que seguraram na minha mão quando embarquei nessa viagem e todos em que tive a felicidade de conhecer e passaram a fazer parte disto. Somos a soma de todas as pessoas e experiências em que fizemos parte e, sem a ajuda de todos vocês, eu não chegaria até aqui. O mérito é nosso!

E, para finalizar, gostaria de citar uma frase de Carl Jung em que diz: “Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Gratidão!

SUMÁRIO

Introdução.....	9
Material e Métodos.....	10
Resultados.....	14
Discussão.....	15
Conclusão.....	21
Referências.....	21
Tabelas.....	25

Comportamento infantil e técnicas de gerenciamento comportamental em crianças com
Síndrome de Down

Comportamento de crianças com Síndrome de Down

Tatiana Azevedo Pêcego¹

Fernanda Arantes de Almeida¹

Késia Lara dos Santos Marques²

Letícia Oliveira dos Santos³

Alessandra Maia de Castro Prado⁴

Danielly Cunha Araújo Ferreira⁴

Fabiana Sodré de Oliveira⁴

¹ Aluna de gradua o da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil.

²²Doutoranda do Programa de Pós-Gradua o em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

³³Residente do Programa de Aten o Integral ao Paciente com Necessidades Especiais da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

⁴ Professoras da área de Odontologia Pediátrica, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil

Comportamento infantil e técnicas de gerenciamento comportamental em crianças com Síndrome de Down

Resumo

Objetivos: avaliar e comparar o comportamento infantil e as técnicas de gerenciamento comportamental aplicadas em crianças com e sem Síndrome de Down durante a realização de procedimentos preventivos. Métodos e Resultados: estudo transversal. Participaram 40 crianças entre 2 a 6 anos de idade divididas em dois grupos: 20 crianças com Síndrome de Down e 20 crianças sem Síndrome de Down. O comportamento infantil foi por quatro métodos: fisiológico (batimentos cardíacos), avaliação subjetiva do cirurgião-dentista, Escala comportamental modificada de Melamed e de Frankl. As técnicas de gerenciamento comportamental aplicadas foram avaliadas pela observação direta. Foram aplicados os Testes de Friedman, U de Mann-Whitney e Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman. Houve diferença estatisticamente significativa para os batimentos cardíacos durante a anamnese e realização do procedimento, sendo os valores mais elevados para as crianças com Síndrome de Down e correlação negativa entre os batimentos cardíacos e a idade durante a anamnese, posicionamento e realização do procedimento ($p < 0,05$). Conclusão: houve diferença entre os grupos com relação ao comportamento avaliado pelo método fisiológico. As técnicas de gerenciamento comportamental empregadas foram semelhantes.

Palavras-chave: Comportamento; Síndrome de Down; Criança

Introdução

A Síndrome de Down (SD) é uma anomalia genética, também conhecida como trissomia do 21, descrita pela primeira vez, em 1866, pelo médico inglês John Langdon Down¹. Porém, somente em 1959, LeJeune e Jacobs demonstraram que a SD resultava da presença de um cromossomo extra no par 21, provocando alterações físicas e mentais manifestadas em vários graus²⁻⁷. Apesar do envolvimento cromossômico estar claro e ser comprovado cientificamente que acontece de forma igualitária em qualquer raça, a etiologia da anormalidade cromossômica ainda não é totalmente compreendida¹.

A SD é a alteração genética mais comum, afetando 1/700 nascidos vivos⁸ e em 28,9% dos casos ela está associada com a comorbidade psiquiátrica⁹. Pessoas com deficiência intelectual frequentemente apresentam problemas comportamentais. Em crianças com a SD, a atenção diminuída, a hiperatividade e a impulsividade são condutas comuns¹⁰ e impactam diretamente durante a realização do atendimento odontológico.

Na odontopediatria, o comportamento da criança é uma questão muito importante, principalmente, por ser muito frequente a falta de colaboração. Estes comportamentos não colaboradores geralmente são atribuídos ao medo, traumas anteriores, condições fisiológicas ou a outros fatores específicos da criança, sendo dado pouco valor a eventos presentes durante o atendimento odontológico¹¹. Para amenizar e, se possível, eliminar estes comportamentos não colaboradores, o cirurgião-dentista utiliza algumas técnicas de gerenciamento comportamental como: distração, reforço positivo, modelagem, dizer-mostrar-fazer, entre outras, a fim de tornar o atendimento odontológico agradável¹². E, embora estas técnicas sejam fáceis de serem aplicadas, não se sabe o porquê em alguns casos elas funcionam e outros não¹¹.

Apesar da SD ser considerada a anomalia cromossômica mais comum, existem poucas pesquisas¹³⁻¹⁵ sobre o comportamento da criança com SD e as técnicas de gerenciamento comportamental mais usadas durante o atendimento odontológico, justificando a realização

deste estudo. A hipótese a ser testada é que o comportamento infantil e as técnicas de gerenciamento comportamental básicas são eficazes para o condicionamento tanto de crianças com SD quanto sem SD durante o atendimento odontológico. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o comportamento infantil e as técnicas de gerenciamento comportamental usadas em crianças sem e com SD durante a realização de procedimentos preventivos.

Material e Métodos

Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (CAAE: 06603218.2.0000.5152 e número do parecer: 3.350.637). Pais/responsáveis que concordaram voluntariamente e deram o seu consentimento para os seus filhos participarem da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

Desenho de Estudo

Este estudo é um caso-controle com uma amostra de conveniência.

População de Estudo e Amostragem

Foram incluídas 20 crianças com diagnóstico médico confirmado de SD e 20 crianças sem SD, de ambos os sexos na faixa etária de 2 a 6 anos. Foram excluídas crianças com idades inferiores a 2 anos ou superiores a 6 anos e que apresentavam outras alterações médicas.

Coleta de dados

O estudo foi realizado nas clínicas de Odontopediatria e no Projeto de Extensão para crianças com deficiência desenvolvidas no Hospital Odontológico da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, no período de março a setembro de 2019.

O atendimento odontológico das crianças foi realizado pelos alunos de graduação do Curso de Odontologia e por uma das pesquisadoras. A coleta de dados foi realizada por três pesquisadoras calibradas durante a realização das clínicas (TAP, FAA e LOS). A avaliação da Escala de Melamed¹⁶ e da Escala de Comportamento de Frankl¹⁷ foi realizada pela pesquisadora TAP.

O comportamento infantil foi avaliado usando quatro métodos: (1) método fisiológico: batimentos cardíacos que foram monitorados com o oxímetro (G-TECH - Beijing Choice Eletronic Technology Co., Ltd.); (2) avaliação subjetiva do cirurgião-dentista usando a seguinte escala: 1 = muito ruim; 2 = ruim, 3 = razoável; 4 = boa e 5 = excelente; (3) Escala comportamental modificada de Melamed¹⁶ em que contém os seguintes comportamentos: fechamento de boca inapropriado, asfixia, não senta, tentativas de desalojar instrumentos, reclamações verbais, juntas brancas, negativismo, olhos fechados, mensagem verbal para terminar, recusa abrir a boca, postura rígida, choro, dentista usa voz alta, chute, levanta, rola, desaloja instrumentais, recusa sentar na cadeira e sai da cadeira; (4) Escala de Comportamento de Frankl¹⁷ que é dividida em quatro categorias: 1= definitivamente negativo: a criança recusa o tratamento, com força, com medo; 2= negativo: é relutante em aceitar o tratamento e alguma evidencia de atitudes negativa (não pronunciada); 3= positivo: a criança aceita o tratamento, mas deve ter cuidado, a criança está disposta a obedecer ao dentista, mas pode ter algumas reservas e 4= definitivamente positivo: a criança tem um bom relacionamento com o dentista e está interessada no procedimento odontológico.

Foram calculados os escores médios dos batimentos cardíacos, da avaliação subjetiva do dentista e a Escala modificada de Melamed¹⁶ em cada uma das seguintes partes da consulta

odontológica: sala de espera; durante a realização da anamnese; posicionamento da criança; realização dos procedimentos preventivos e final do procedimento. A Escala de Comportamento de Frankl¹⁷ foi classificada após o atendimento levando em consideração o comportamento da criança em todas as partes da visita.

Os atendimentos foram padronizados e divididos em 14 etapas: 1 - aguardar na sala de espera; 2 - ser chamado pelo cirurgião-dentista para entrar no consultório odontológico; 3 - sentar na cadeira odontológica; 4 - permitir que a cadeira odontológica tenha o encosto abaixado; 5 - permitir que a luz do refletor seja acesa em direção a boca; 6 - abrir a boca; 7 - permitir que o cirurgião-dentista toque na boca; 8 - permitir que o cirurgião-dentista utilize o espelho bucal e a sonda exploradora; 9 - permitir que o cirurgião-dentista “jogue” ar e água nos dentes; 10 - permitir que o cirurgião-dentista utilize o sugador; 11 - permitir que o cirurgião-dentista utilize a escova de dentes com pasta profilática para a escovação; 12 - permitir que o cirurgião-dentista utilize taça de borracha montada no baixa rotação para a escovação; 13 - permitir que o cirurgião-dentista realize a aplicação tópica de fluoreto ou 14 - permitir que o cirurgião-dentista aplique o selante de fossas e fissuras. As etapas 13 e 14 só foram realizadas se houvesse indicação.

Foram considerados os seguintes procedimentos preventivos: orientação de higiene bucal supervisionada com a realização da escovação e uso do fio dental na criança, profilaxia profissional, realização do selamento de fossas e fissuras e aplicação tópica de fluoreto.

As técnicas de gerenciamento comportamental aplicadas foram avaliadas por meio de observação direta de um pesquisador sob supervisão durante todo o atendimento odontológico.

Os dados foram anotados em uma ficha elaborada para registrar as etapas realizadas, o número de tentativas de cada etapa, o comportamento apresentado, as técnicas de gerenciamento comportamental básicas e avançadas aplicadas.

Análise de dados

Após a tabulação, os dados foram submetidos à análise estatística. Foram aplicados os seguintes testes: Teste de Friedman para verificar a existência ou não de diferenças estatisticamente significantes entre os valores dos batimentos cardíacos de todas as crianças nas cinco partes da consulta; Teste U de Mann-Whitney para verificar a existência ou não de diferenças entre os dois grupos e o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman para verificar a existência ou não de correlações estatisticamente significantes de todas as crianças nas cinco partes da consulta e a idade das crianças. O nível de significância foi estabelecido em 0,05 em um teste bilateral.

Resultados

Das 20 crianças com SD que participaram da pesquisa 11 (55,0%) eram do sexo masculino e nove (45,0%) do feminino e das 20 crianças sem SD 12 (60,0%) eram do sexo masculino e oito (40,0%) do feminino. No grupo das crianças com SD, a idade variou de 2 anos e 6 anos (média = 4 anos e desvio padrão de 1 ano e 2 meses). No grupo das crianças sem SD, a idade variou de 3 anos a 6 anos (idade média de 4 anos e 10 meses e desvio padrão de 1 ano e 3 meses).

Na tabela 1, estão demonstrados os valores mínimos, valores máximos, médias e desvios padrão, relativos aos batimentos cardíacos das crianças com e sem SD, na sala de espera, no posicionamento da criança, na anamnese, durante a realização do procedimento e ao final do procedimento.

Na tabela 2, está demonstrada a distribuição numérica e percentual (%) da avaliação subjetiva do cirurgião-dentista do comportamento das crianças com e sem SD, na sala de espera, no posicionamento da criança na cadeira odontológica, na anamnese, durante a realização do procedimento e ao final do procedimento.

Na tabela 3, está demonstrada a distribuição numérica e percentual (%) dos comportamentos das crianças com SD e sem SD avaliadas pela Escala Comportamental de Melamed¹⁶.

Na tabela 4, está demonstrada a distribuição numérica e percentual (%) da classificação do comportamento das crianças com SD e sem SD, de acordo com a Escala Comportamental de Frankl¹⁷.

Na tabela 5, está demonstrada a distribuição numérica e percentual (%) das técnicas de gerenciamento comportamental aplicadas em crianças com SD e sem SD.

Na tabela 6, está demonstrada a distribuição numérica e percentual (%) dos procedimentos preventivos realizados nas crianças com SD e sem SD.

Para a realização do procedimento odontológico, foi necessário um total de 76 tentativas para as crianças com SD e 42 para crianças sem SD.

No teste de Friedman, o valor da probabilidade encontrada foi $p = 0,7385$, indicando que não houve diferenças estatisticamente significantes, entre os valores dos batimentos cardíacos, obtidos com todas as crianças, nas cinco situações analisadas: sala de espera, posicionamento, anamnese, realização do procedimento e final do procedimento.

No teste U de Mann-Whitney, foram encontradas diferenças, estatisticamente significantes, entre os valores das variáveis: batimentos cardíacos na anamnese ($p = 0,0166$) e batimentos cardíacos ($p = 0,0009$) na realização do procedimento, sendo que os valores mais elevados foram os obtidos pelas crianças com SD, nos dois casos.

No Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman, foram encontradas correlações negativas, estatisticamente significantes, entre os valores das variáveis: idade, quando comparadas com todos os batimentos cardíacos no posicionamento da criança ($p = 0,018$), realização da anamnese ($p = 0,016$), realização do procedimento ($p = 0,027$) e ao final do procedimento ($p=0,017$).

Discussão

Neste estudo, o comportamento infantil e as técnicas de gerenciamento comportamental aplicadas em crianças com e sem SD foram avaliados. Os resultados da análise do comportamento pela abordagem fisiológica (número de batimentos cardíacos por minuto) mostraram diferenças apenas em dois momentos da consulta: durante a realização da anamnese e do procedimento clínico. As principais técnicas de gerenciamento comportamental básicas e avançadas foram empregadas sem diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos.

O comportamento infantil é um fator relevante durante o atendimento odontológico. Ele, como um todo, é diretamente influenciado por fatores internos e externos, como fatores ambientais, familiares e até mesmo genéticos^{18,19}. Ele está também relacionado, além de outros fatores citados anteriormente, à idade e o desenvolvimento psicológico da criança, devendo o profissional adequar o tratamento de acordo com o comportamento individual, por meio de técnicas de gerenciamento comportamentais, auxiliando no processo de controle da ansiedade e superação de medos¹². Cerca de 25,0% das crianças apresentam respostas negativas durante a realização do tratamento odontológico²⁰.

Com relação ao comportamento das crianças com SD, um estudo²¹ mostrou que o desenvolvimento neuropsicomotor é “apenas” mais lento, quando comparado às crianças sem SD. Entretanto, outro estudo²² indivíduos com SD possuem também 22 outros pares de cromossomos que lhe conferem um *pool* de diversidade aceitando a ideia de que o seu desenvolvimento é semelhante ao indivíduo sem SD, sendo resultado de influências sociais, culturais e genéticas não existindo uma uniformidade em seus comportamentos.

Crianças com SD, por apresentarem uma espontaneidade natural, podem ser calorosas, simpáticas, pacientes e tolerantes, assim como também, podem apresentar ansiedade e teimosia, podendo apresentar-se hiperativa e impulsiva. Estas crianças também são descritas

como dóceis, de fácil manejo e que cooperam na medida das suas limitações^{3,12}. É interessante afirmar que essas características também se referem às crianças sem SD.

A avaliação dos batimentos cardíacos foi um dos métodos para verificar a ansiedade e medo, tendo em vista que quando estes sentimentos aparecem, observa-se um aumento da frequência cardíaca. A ansiedade e o medo estão diretamente relacionados a um comportamento não colaborador. No presente estudo, foi observado um aumento estatisticamente significativo em crianças com SD em apenas duas ocasiões: na anamnese e durante a realização do procedimento comparado a crianças sem SD. Acredita-se que a demora para preencher as fichas de anamnese possa gerar ou aumentar ansiedade na criança, assim como, na realização do procedimento. Entretanto nos demais momentos, não houve grandes diferenças entre os grupos. Estes dados discordam dos obtidos em outro estudo²³ no qual os autores concluíram que a avaliação do monitoramento da frequência cardíaca não se mostrou como um indicador fisiológico de ansiedade odontológica das crianças sem deficiência. Entretanto, em outro estudo²⁴, os resultados mostraram que crianças sem deficiência apresentaram melhor comportamento e maior frequência cardíaca ao longo da primeira consulta comparados aos obtidos com crianças com deficiência.

Foi constatado que durante todos os cinco momentos da consulta odontológica, a média de batimentos cardíacos foi considerado dentro do padrão normal (próximo a 100 batimentos cardíacos para a faixa etária estudada), sempre com uma taxa mais aumentada para as crianças com SD comparada com as crianças sem SD.

Os resultados mostraram também que quanto menor a idade (quando comparada com todos os batimentos cardíacos), maior a frequência cardíaca, o que faz sentido, já que quanto mais nova a criança, menos discernimento ela apresenta em relação ao procedimento odontológico, gerando assim, maior medo e ansiedade. Os resultados deste estudo concordam

com o de outros^{25,26} que também mostraram que o nível de ansiedade foi inversamente proporcional à idade.

No estudo de Abanto²⁷, o comportamento do paciente com SD foi descrito como cooperativo, com adesão, ansiedade leve a moderada, fobia e completa falta de colaboração. Estas variações de comportamento se devem também pelo fato de a SD poder ou não estar relacionada com outras deficiências como, por exemplo o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O fato de as crianças com SD apresentarem um atraso no desenvolvimento da linguagem e, conseqüentemente, terem dificuldades de se expressarem na medida em que compreende o que é falado, faz com que as pessoas subestimem o seu desenvolvimento cognitivo¹³.

Neste estudo, foi observado que as crianças com SD apresentaram comportamento colaborador em grande parte da consulta odontológica de acordo com a avaliação subjetiva do cirurgião-dentista que realizou o atendimento. Ele foi classificado como bom a excelente para a maioria das crianças em três momentos da consulta: aguardando na sala de espera, durante a anamnese e ao final do procedimento. Por outro lado, 45,0% e 65,0% das crianças apresentaram comportamento variando de ruim a muito ruim durante o posicionamento e na realização do procedimento. Acredita-se que o ambiente odontológico e a cadeira odontológica por si só já são fatores predisponentes à ansiedade e ao medo. O momento em que a maioria (85,0%) das crianças com SD foi classificada com comportamento excelente foi durante a espera na sala de espera e durante a anamnese (90,0%). Interessantemente, 85,0% das crianças com SD foram classificadas como excelente ao final do procedimento, dado que coincide ao obtido na sala de espera.

A avaliação subjetiva do cirurgião-dentista não foi coincidente com a observada pelo método fisiológico (batimentos cardíacos) durante a anamnese. Este resultado, deve-se

provavelmente ao fato de que o profissional estava atento as respostas dos pais e/ou responsáveis e, portanto, não percebeu a ansiedade da criança durante esta etapa.

Já no grupo das crianças sem SD, de acordo com a classificação subjetiva do cirurgião-dentista, o comportamento foi classificado como bom a excelente para a maioria das crianças em todas os cinco momentos avaliados. Nenhuma criança com SD apresentou comportamento excelente durante a realização do procedimento, enquanto 40,0% das crianças sem SD apresentaram. Há relato na literatura¹³ que a criança com SD apresenta uma memória auditiva de curto-prazo mais breve, dificultando as orientações dadas de forma consecutivas. Devido a este fato, é importante a fala estar acompanhada de suporte visual. Esta pode ser uma possível explicação para os resultados encontrados.

Na escala comportamental de Melamed¹⁶, entre os dois grupos, foram mais frequentes as seguintes reações: fechamento inapropriado da boca, reclamações verbais e levantar. Nas crianças com SD foram observadas com maior frequência, também, o choro e o chute. Enquanto no grupo das crianças sem SD, olhos fechados também foi um dos comportamentos mais comuns. Poucos estudos utilizaram a Escala Comportamental Modificada por Melamed¹⁶⁻²⁴ para avaliar o comportamento infantil, o que torna difícil a comparação dos resultados.

Pela análise do comportamento utilizando a Escala de Frank¹⁷, um maior número de crianças com SD foram classificadas com comportamento definitivamente negativo e negativo enquanto as crianças sem SD foram classificadas com comportamento positivo e definitivamente positivo. Como já dito anteriormente, com relação ao comportamento do paciente com SD, tem-se uma ampla variação de atitudes frente ao atendimento odontológico que vai desde afetuosidade e boa adesão à hiperatividade e completa falta de colaboração, devendo avaliar individualmente os fatores que levam a determinado comportamento. Importante ressaltar que todas essas variações de comportamento também são encontradas em pacientes sem SD. Além disso, especificamente para as crianças com SD, elas costumam

apresentar uma maior necessidade de intervenções médicas que podem contribuir para este tipo de comportamento²⁸. Além disso, deve ser considerados outros fatores como a ansiedade materna. Estudos mostram que há uma relação positiva entre o comportamento não colaborador durante o atendimento odontológico com a ansiedade da criança e da mãe²⁹⁻³¹. No entanto, neste estudo não foi realizada esta avaliação.

Apesar da Escala Comportamental de Frankl¹⁷ resultar em mais comportamentos não colaboradores em crianças com SD, foi possível observar que na Escala de Melamed¹⁶ os comportamentos mais frequentes foram semelhantes entre os grupos, com exceção do choro, chute e olhos fechados, fato que deve ser considerado a particularidade de cada criança e sua experiência anterior ou não do atendimento odontológico. Importante ressaltar que todas as crianças já haviam recebido tratamento odontológico anteriormente.

O atendimento infantil é baseado na confiança, a relação paciente-profissional é de suma importância para a sua realização. A atenção odontológica à criança com ou sem SD deve ser realizada em sessões de curta duração, focadas em procedimentos pontuais e específicos, planejados anteriormente, com o uso de técnicas de gerenciamento comportamental, quantas e quais forem necessárias, com o objetivo de tornar o atendimento mais agradável e minimizar alguns comportamentos não colaboradores durante o atendimento como agressões físicas, selamento labial inapropriado, não querer sentar, negativismo, olhos fechados, choro, entre outros.

Com relação às técnicas de gerenciamento comportamentais, as mais usadas para criança com e sem SD foram: reforço positivo, distração e a técnica do dizer-mostrar-fazer. A estabilização protetora ativa foi usada com maior frequência em crianças com SD. A estabilização protetora é uma técnica avançada de gerenciamento comportamental que está indicada para pacientes com deficiência que apresentam movimentos descontrolados que seriam prejudiciais ou interfeririam significativamente com a qualidade do cuidado³².

Os procedimentos preventivos mais realizados nas crianças com SD foi a escovação, enquanto no grupo controle foi a profilaxia. Este fato se deve à necessidade do parecer médico para as crianças com SD para a realização da profilaxia profissional pela possibilidade de ela desencadear uma bacteremia transitória. Este é o protocolo para a realização do tratamento odontológico para todas as crianças com deficiência atendidas no Projeto de Extensão. Para as crianças sem SD que não apresentam alterações sistêmicas não há necessidade da solicitação do parecer médico e o protocolo das clínicas de odontopediatra é a realização da profilaxia profissional sempre antes da realização do exame clínico.

O gerenciamento comportamental do paciente com deficiência pode ser desafiador. Devido à ansiedade dentária ou à falta de compreensão, as crianças com deficiência podem apresentar comportamentos de não colaboração que podem interferir na realização de forma segura do tratamento odontológico. Com o auxílio dos pais/cuidadores, a maioria dos pacientes com deficiência física e intelectual pode ser atendida no consultório odontológico³³.

No âmbito do consultório odontológico odontopediátrico, além dos aspectos técnicos acerca dos procedimentos, é necessária a atenção às questões psicológicas¹⁶. Como visto anteriormente ao equiparar as técnicas de gerenciamento comportamental usadas nos dois grupos e os comportamentos mais presentes na hora do atendimento, foi possível confirmar a hipótese da eficácia da aplicação das técnicas de gerenciamento comportamental tanto para crianças com quanto sem SD, e confirmando a hipótese que o comportamento infantil e as técnicas de gerenciamento comportamental básicas são eficazes para o condicionamento tanto de crianças com quanto sem SD.

As principais limitações deste estudo relacionam-se ao tamanho da amostra, apenas 20 crianças em cada grupo e ser de conveniência. Além disso, o estudo foi conduzido em um hospital escola, onde o atendimento da criança foi realizado juntamente com o de outras no mesmo espaço físico. As crianças também não foram atendidas pelo mesmo aluno.

Conclusão

De acordo com a metodologia empregada e os resultados obtidos foi possível concluir que houve diferença entre os grupos com relação ao comportamento avaliado pelo método fisiológico. As técnicas de gerenciamento comportamental empregadas foram semelhantes entre os grupos.

Referências

1. Paiva CF, Melo CM, Frank SP. Síndrome de Down: etiologia, características e impactos na Família. FSP 2018;2:11.
2. González-Agüero A. Masa muscular, fuerza isométrica y dinámica en las extremidades inferiores de niños y adolescentes com síndrome de Down. Biomecânica 2009;17:46-51.
3. Desai SS. Down syndrome - A review of the literature. Oral surg oral med oral pathol. 1997;84:279-85.
4. Wuo A. A construção social da Síndrome de Down. Caderno de Psicopedagogia 2007;6.
5. Silva NLP, Dessen, MA. Síndrome de Down: etiologia, caraterização e impacto na família. Interação psicol 2002;6:167-176.
6. Oliveira FF. Amamentação, hábitos orais deletérios e alterações fonoaudiológicas: um estudo sobre suas relações. ISBN 2010;978-85-61091-69-9.
7. Carvalho AC. Síndrome de Down: aspectos relacionados ao sistema estomatognático. Rev Ciênc Méd Biol 2015;9:49-52.
8. Bermudez BE, Medeiros SL, Bermudez MB, Novadzki IM, Magdalena NI. Down syndrome: Prevalence and distribution of congenital heart disease in Brazil. Sao Paulo Med J 2015;133:521-4.
9. Prasher VP. Prevalence of psychiatric disorders in adults with Down syndrome. Euro J Psychiatr 1995;9:77-82.

10. Ekstein S, Glick B, weill M, Kay B, Berger I. Down syndrome and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Child Neurol* 2011;26:1290-5.
11. Brandenburg OJ, Haydu VB. Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. *Psicol ciênc prof* 2009;29: 462-475.
12. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2018/2019;40:254-267.
13. Silva FBS, Souza SMG. Síndrome de Down – aspectos de interesse para o cirurgião-dentista. *Salusvita* 2001; 20:89-100.
14. Bissoto ML. Desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem do portador de Síndrome de Down: revendo concepções e perspectivas educacionais. *Ciênc cogn* 2005; 4:80-88.
15. Polastri PF, Barela JA. Percepção-ação no desenvolvimento motor de crianças portadoras de Síndrome de Down. *Sobama* 2002;7;1-8.
16. Melamed BG, Bennett CG, Jerrell G, Ross SL, Bush JP, Hill C, et al. Dentists' behavior management as it affects compliance and fear in pediatric patients. *J Am Dent Assoc* 1983;106:324-30.
17. Frankl, SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *J Dent Child* 1962;29:150-163.
18. Melo RB, Lima FC, Moura GM, Silva PGB, Gondim JO, Moreira-Neto JSJ. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. *Odontol Bras Central* 2015;24:20-25.
19. Soares FC, Lima DSM, Barreto KA, Colares V. A ansiedade odontológica em crianças e os fatores associados: revisão de literatura. *Psicol saúde doenças* 2015;16:373-385.
20. Allen KD, Stanley R, McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatr dent* 1990;12:79-82.

21. Nye J, Clibbens J, Bird G. Numerical ability, general ability and language in children with Down Syndrome. *Down Syndr Rest Pract* 1995;3:92-102
22. Jackson-Cook C. Relatório completo de pesquisa. do site da International Mosaic Down Syndrome Association no World Wide. [citado 21/10/2019]. Disponível em: <http://www.imdsa.com/VCU.htm>
23. Góes MPS, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol Clín-Cient* 2010;9:39-44.
24. Boj JR, Davila JM. Differences between normal and developmentally disabled children in a first dental visit. *J Dent Child* 1995;62:52-56.
25. Abanto J, Vidigal EA, Carvalho TS, Sá SN, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Braz Oral Res* 2017; 6:31:e13.
26. Santos NCN, Oliveira RG, Barros LAN. Evaluation of children's and adolescents's anxiety previously dental treatment: a cross-sectional study. *Pesqui bras odontopediatria clín integr* 2019;19:e4074.
27. Abanto J, Ciamponi AL, Francischini E, Murakami C, Rezende NPM, Gallottini M. Medical problems and oral care of patients with down syndrome: a literature review. *Spec Care Dentist* 2011;31:197-203.
28. Ferreira-Vasques AT, LaMonica DAP. Motor, linguistic, personal and social aspects of children with Down Syndrome. *J Appl Oral Sci* 2015;23:424-430.
29. Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, Menezes JVB. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *Indian Soc Pedod Prev Dent* 2013;31:175-179.
30. Ollé LA, Araujo C, Casagrande L, Bento LW, Santos BZ, Dalpian DM. Anxiety in children submitted to dental appointment. *Pesqui bras odontopediatria clín Integr* 2016;16:167-175

31. Villas-Boas AM, Vieira JO, Diniz MB. Child's behavior and its relationship with the level of maternal-child anxiety during dental care. *Pesqui. bras. odontopediatria clín Integr* 2017;17:e3646.
32. American Academy of Pediatric Dentistry. Protective stabilization for pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 2018/2019;40:268-273.

American Academy of Pediatric Dentistry. Management of dental patients with special health care needs. *Pediatr Dent* 2018/2019;40:237-242.

Tabela 1 - Valores mínimos, valores máximos, médias e desvios padrão, relativos aos batimentos cardíacos das crianças com e sem SD, na sala de espera, no posicionamento da criança, na anamnese, durante a realização do procedimento e ao final do procedimento.

Momentos da consulta	Com SD				Sem SD			
	Valores Mínimos	Valores Máximos	Médias	Desvios Padrão	Valores Mínimos	Valores Máximos	Médias	Desvios Padrão
Sala de Espera	64	125	97,70	15,84	71	141	99,80	19,46
Posicionamento da criança	68	155	112,85	26,27	67	134	99,35	17,58
Anamnese	67	142	109,45*	12,70	66	141	96,25	19,81
Realização do procedimento	82	178	124,80*	27,62	72	136	97,25	16,58
Final do procedimento	72	175	106,35	25,38	62	129	97,55	21,01

(*) $p < 0,05$

Tabela 2 - Distribuição numérica e percentual (%) das avaliações dos cirurgiões-dentistas, do comportamento das crianças com e sem SD, na sala de espera, no posicionamento da criança, na anamnese, durante a realização do procedimento e ao final do procedimento.

Momentos da Consulta	Com SD					Sem SD				
	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito Bom	Excelente	Muito Ruim	Ruim	Bom	Muito Bom	Excelente
Sala de espera	1 (5,0%)	2 (10,0%)	1 (5,0%)	7 (35,0%)	9 (45,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)	4 (20,0%)	5 (25,0%)	10 (50,0%)
Posicionamento da criança	2 (10,0%)	7 (35,0%)	4 (20,0%)	2 (10,0%)	5 (25,0%)	2 (10,0%)	2 (10,0%)	4 (20,0%)	3 (15,0%)	9 (45,0%)
Anamnese	0 (0,0%)	2 (10,0%)	9 (45,0%)	4 (20,0%)	5 (25,0%)	3 (15,0%)	4 (20,0%)	3 (15,0%)	5 (25,0%)	5 (25,0%)
Realização do procedimento	6 (30,0%)	7 (35,0%)	5 (25,0%)	2 (10,0%)	0 (0,0%)	3 (15,0%)	1 (5,0%)	4 (20,0%)	4 (20,0%)	8 (40,0%)
Final do procedimento	1 (5,0%)	2 (10,0%)	8 (40,0%)	3 (15,0%)	6 (30,0%)	1 (5,0%)	1 (5,0%)	2 (10,0%)	7 (35,0%)	9 (45,0%)

(*) $p < 0,05$

Tabela 3 - Distribuição numérica e porcentual (%) das avaliações dos comportamentos das crianças com SD e sem SD, de acordo com a Escala de Melamed.

Reações da Escala de Melamed	Com SD	Sem SD
	N (%)	N (%)
Fechamento boca inapropriado	9 (9,89%)	8 (19,05%)
Não senta	3 (3,30%)	1 (2,38%)
Tentativa de desalojar instrumental	0 (0,00%)	1 (2,38%)
Reclamações verbais	6 (6,59%)	4 (9,52%)
Negativismo	1 (1,10%)	2 (4,76%)
Olhos fechados	4 (4,40%)	5 (11,90%)
Mensagem verbal para terminar	5 (5,49%)	1 (2,38%)
Recusa abrir a boca	7 (7,69%)	1 (2,38%)
Postura rígida	0 (0,00%)	2 (4,76%)
Choro	13 (14,29%)	3 (7,14%)
Dentista usa voz alta	0 (0,00%)	3 (7,14%)
Chute	10 (10,99%)	2 (4,76%)
Levanta-se da cadeira	11 (12,09%)	6 (14,29%)
Rola	3 (3,30%)	0 (0,00%)
Desaloja instrumentais	2 (2,20%)	1 (2,38%)
Recusa sentar-se na cadeira	3 (3,30%)	1 (2,38%)
Sai da cadeira	4 (4,40%)	1 (2,38%)

(*) $p < 0,05$

Tabela 4 – Distribuição numérica e porcentual (%) da classificação do comportamento das crianças com SD e sem SD, de acordo com a Escala comportamental de Frankl.

Classificação do comportamento	Com SD	Sem SD
	N (%)	N (%)
Definitivamente negativo	9 (45,0%)	3 (15,0%)
Negativo	9 (45,0%)	0 (0,0%)
Positivo	1 (5,0%)	11 (55,0%)
Definitivamente positivo	1 (5,0%)	6 (30,0%)

(*) $p < 0,05$

Tabela 5 - Distribuição numérica e porcentual (%) das técnicas de gerenciamento comportamental aplicadas em crianças com SD e sem SD.

Técnicas de Gerenciamento Comportamental	Com SD	Sem SD
	N (%)	N (%)
Distração	10 (20,41%)	7 (17,07%)
Reforço Positivo	16 (32,65%)	14 (34,15%)
Estabilização Protetora Ativa	10 (20,41%)	2 (4,88%)
Estabilização Protetora Passiva	1 (2,04%)	0 (0,00%)
Controle de Voz	0 (0,00%)	4 (9,76%)
Dizer-mostrar-fazer	8 (16,33%)	13 (31,71%)
Modelagem	4 (20,41%)	1 (2,44%)

(*) $p < 0,05$

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual (%) dos procedimentos preventivos, efetuados com os pacientes com SD e sem SD.

Procedimentos Preventivos	Com SD	Sem SD
	N (%)	N (%)
Escovação	17 (85,0%)	3 (15,0%)
Profilaxia profissional	2 (10,0%)	8 (40,0%)
Aplicação tópica de fluoreto	1 (5,0%)	0 (0,0%)
Selante de fossas e fissuras	0 (0,0%)	9 (45,0%)

(*) $p < 0,05$