

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**

**HELLEN CRISTINA BATISTA SOUZA**

**JOGOS LÚDICOS NA PRÁTICA ODONTOPEDIÁTRICA:  
CULTIVANDO BOAS MEMÓRIAS NA CADEIRA DA DENTISTA**

**UBERLÂNDIA**

**2022**

**HELLEN CRISTINA BATISTA SOUZA**

**JOGOS LÚDICOS NA PRÁTICA ODONTOPEDIÁTRICA:  
CULTIVANDO BOAS MEMÓRIAS NA CADEIRA DA DENTISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Artes Cênicas, do Instituto de Artes (IARTE), da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Artes Cênicas.

Área de concentração - Artes Cênicas.

Linha de pesquisa: Estudos em Artes Cênicas - Poéticas e Linguagens da Cena.

Orientador: Prof. Dr. Narciso Larangeira Telles da Silva

**UBERLÂNDIA**

**2022**

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU  
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

S729 Souza, Hellen Cristina Batista, 1989-  
2022 Jogos lúdicos na prática odontopediátrica [recurso eletrônico] : Cultivando boas memórias na cadeira da dentista / Hellen Cristina Batista Souza. - 2022.

Orientador: Narciso Larangeira Telles da Silva.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Artes Cênicas.  
Modo de acesso: Internet.  
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2022.584>  
Inclui bibliografia.  
Inclui ilustrações.

1. Teatro. I. Silva, Narciso Larangeira Telles da, 1970-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-graduação em Artes Cênicas. III. Título.

CDU: 792

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:  
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091  
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
 Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Artes Cênicas  
 Av. João Naves de Ávila, 2121, Bloco 1V - Bairro Santa Mônica, Uberlândia-MG, CEP 38400-902  
 Telefone: (34) 3239-4522 - ppgac@iarte.ufu.br - www.iarte.ufu.br



### ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Artes Cênicas				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico				
Data:	14/10/2022	Hora de início:	14:05	Hora de encerramento:	16:30
Matrícula do Discente:	11912ARC007				
Nome do Discente:	Hellen Cristina Batista Souza				
Título do Trabalho:	Jogos Lúdicos na prática odontopediátrica: cultivando boas memórias na cadeira da dentista				
Área de concentração:	Artes Cênicas				
Linha de pesquisa:	Estudos em Artes Cênicas: poéticas e linguagens da cena				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	O artista cênico em desalinho				

Reuniu-se através de plataforma digital, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Artes Cênicas, assim composta: Professores Doutores: Vilma Campos dos Santos Leite (PPGAC/UFU), Fabiana Sodré de Oliveira (FO/UFU) e Narciso Lorangeira Telles da Silva (PPGAC/UFU), orientador(a) do(a) candidato(a).

Iniciando os trabalhos o(a) presidente da mesa, Dr. Narciso Lorangeira Telles da Silva, apresentou a Comissão Examinadora e o candidato(a), agradeceu a presença do público, e concedeu ao Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação do Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovado(a).

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.

Documento assinado eletronicamente por **Narciso Lorangeira Telles da Silva, Professor(a) do**



**Magistério Superior**, em 14/10/2022, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fabiana Sodre de Oliveira, Professor(a) do Magistério Superior**, em 14/10/2022, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Vilma Campos dos Santos Leite, Usuário Externo**, em 20/10/2022, às 08:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://www.sei.ufu.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **3958931** e o código CRC **EA80C286**.

## AGRADECIMENTOS

Minha jornada foi extensa, cansativa e por vezes desacreditada. Surpreendida por uma pandemia que virou minha pesquisa de ponta a cabeça e sacudiu meus alicerces, me vi impedida não só de exercer minhas atividades rotineiras conforme meu costume, como ainda sob uma perspectiva proibitiva e incerta de tudo que me cercava. No meio do turbilhão de emoções fui diagnosticada com Síndrome de *Burnout*, perdi o avô do meu esposo, que após uma parada cardíaca permaneceu acamado por mais doloridos sete meses até ter seu merecido descanso, enquanto acompanhei as desventuras em série da minha avozinha que fraturou o fêmur e passou por diversas cirurgias, entre idas e vindas de ambulância nos ambulatórios da UFU, consultas médicas e requerimentos judiciais para que ela tivesse acesso ao que é dela por direito. Reformei meu consultório, assumi riscos inerentes à esta atitude arriscada devido à instabilidade econômica por nós vivida neste momento pandêmico, solicitei dilações de prazo com aperto no peito de não ter condições físicas e mentais para dar o prosseguimento e o andamento que eu tanto desejava. Chegar aqui não foi fácil. Meu primeiro orientador me escolheu, e a meu contragosto, passei a maior parte desta jornada desconfortável, até que fui acolhida por meu novo orientador, Prof. Dr. Narciso Larangeira Telles da Silva, que com muito carinho, respeito e paciência me deu suporte necessário para finalizar este trabalho com chave de ouro. Outra pessoa fundamental foi meu esposo Roberto, ao qual agradeço muito, pois me ajudou e me apoiou quando tudo em volta me fazia querer desistir. Agradeço também a Angélica que é muito mais que uma amiga, e me estimula todos os dias a acreditar e continuar com meu trabalho. Aos meus colegas de sala, Hudson, Brenda, Jéssica, Célio, Takaiúna, Danilo, Thomaz e Carlos Eduardo: vivi dias incríveis ao lado de vocês! Aprendi muitas coisas novas, como a me sentir valorizada e agradeço do fundo do meu coração todo apoio e incentivo que vocês me deram ao longo desta caminhada. Que nossa amizade permaneça e frutifique sempre, foi um prazer pesquisar ao lado de artistas talentosos como vocês. Agradeço também a minha amiga Camila Amuy, pela amizade, apoio, e motivação em momentos críticos. Você foi fundamental para concretização deste trabalho. Agradeço meus pais Ângela e Ailton, que sempre me estimularam e investiram nos meus estudos, fazendo o possível e o impossível para que eu tivesse educação de qualidade. Finalmente, gostaria de agradecer aos membros componentes da banca, Profa. Dra. Fabiana Sodré de Oliveira e Profa. Dra. Vilma Campos do Santos Leite, pela atenção e acolhimento dispensados em um momento tão significativo.

## RESUMO

O medo de ir ao cirurgião-dentista é histórico e ainda latente na maior parte da população. Na primeira infância, nem sempre a criança estará disposta ao tratamento odontológico, ou mesmo possuirá maturidade para compreender a importância da visita ao cirurgião-dentista e da manutenção da saúde bucal. Partindo deste ponto, para que o atendimento e o tratamento sejam estabelecidos de forma humanizada, é necessário que o odontopediatra gerencie o comportamento infantil. A presente dissertação apresenta e analisa sete relatos vividos em minha prática clínica na odontopediatria, sendo estas práticas realizadas em minha clínica particular, sediada na cidade de Araguari, Minas Gerais; onde faço uma reflexão sobre a importância do lúdico na minha experiência com atendimento odontopediátrico. Descritos na literatura, existem técnicas de gerenciamento comportamental e recursos lúdicos que, se empregados pelo profissional de forma certa, podem transformar a visita ao cirurgião-dentista em um momento de muita diversão e aprendizado. Na minha carreira, sendo cirurgião-dentista e atriz de formação acadêmica, pude aliar técnicas de gerenciamento e recursos lúdicos já existentes na prática teatral, pesquisando e desenvolvendo jogos, que neste contexto adotam o sentido de brincadeiras, para enriquecer meus atendimentos infantis. Esta prática que a princípio aconteceu de forma empírica e despretensiosa, se tornou rotineira. O brincar tomou um lugar de grande destaque nos atendimentos de forma que decidi pesquisar academicamente estas possibilidades terapêuticas.

**Palavras-chave: Infância. Odontopediatria. Lúdico. Jogos Teatrais. Brincar. Comportamento infantil. Terapia Comportamental. Criança.**

## **ABSTRACT**

The fear of going to the dentist is historical and still latent in most of population. In early childhood, the child will not always be willing to undergo dental treatment, or even have the maturity to understand the importance of visiting the dentist and maintaining oral health. From this point on, for the care and treatment to be established in a humanized way, it is necessary for the pediatric dentist to manage child behavior. This dissertation presents and analyses seven reports experienced in my clinical practice in pediatric dentistry, these practices were performed in my private clinic, based in the city of Araguari, Minas Gerais; where I reflect on the importance of playing in my experience with pediatric dental care. Described in the literature, there are behavioral management techniques and ludic resources that, if used correctly by the professional, can transform the visit to the dentist into a moment of great fun and learning. In my career, as a dental surgeon and actress with an academic background, I was able to combine management techniques and ludic resources that already exist in theatrical practice, researching and developing games, which in this context adopt the sense of play, to enrich my child care. This practice, which at first happened in a empirical and unpretentious way, became routine. Playing took a prominent place in the consultations, so I decided to academically research these therapeutic possibilities.

**Keywords: Childhood. Drama. Pediatric Dentistry. Ludic. Drama Games. Play. Child Behavior. Behavior Therapy. Child.**

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
CAPÍTULO 1 – A Dentista Artista/Arteira – A união da saúde e da arte.....	10
1.1 O medo de dentista.....	10
1.2 Experiência clínica – a abordagem profissional diante do “medo de dentista” .....	14
1.3 Avaliação do nível de ansiedade.....	17
1.4 A Dentista Artista.....	18
1.5 A união da saúde e da arte.....	21
CAPÍTULO 2 – A importância da boca no desenvolvimento infantil.....	28
2.1 O crescimento e desenvolvimento infantil.....	28
2.2 A vida intrauterina e o papel fundamental da boca no desenvolvimento humano.....	34
2.3 As necessidades do bebê após o nascimento.....	36
2.4 A importância da boca no desenvolvimento da criança.....	39
2.5 A doença cárie.....	40
2.6 A abordagem familiar diante à doença cárie.....	43
CAPÍTULO 3 – Práticas lúdico teatrais na Odontopediatria.....	45
3.1 Abordagem psicológica do paciente pediátrico.....	45
3.2 O universo particular de cada criança.....	47
3.3 Atendimento odontológico em bebês.....	67
3.4 O poder do lúdico.....	71
3.5 Jogos Lúdicos na prática odontopediátrica – cultivando boas memórias na cadeira da dentista.....	73
CONCLUSÃO.....	96
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
APÊNDICE.....	105

## INTRODUÇÃO

Começo este trabalho falando um pouco sobre minha trajetória acadêmica até aqui e o motivo pelo qual decidi entrar nessa jornada *stricto sensu*.

Sou graduada em Odontologia (bacharelado) e em Teatro (licenciatura) pela Universidade Federal de Uberlândia, tendo tido meu primeiro aprofundamento em odontopediatria quando participei do programa de iniciação científica ofertado pela Faculdade de Odontologia.

Na minha primeira graduação, tive a oportunidade de aprender a cuidar de um delicado sistema, importante e expressivo do corpo humano: o sistema estomatognático, que compreende ossos, músculos, articulações, dentes e demais tecidos da cabeça e pescoço. Iniciei muito jovem, com dezessete anos de idade, e seguindo os moldes desta graduação, obtive excelente formação técnica. Na minha segunda graduação (ano de 2012, quando eu tinha entre vinte e dois e vinte e três anos de idade) pude encontrar no Teatro um jeito mais sensível de ver o mundo e comecei a questionar a forma como eu trabalhava como cirurgiã-dentista. Aos poucos eu fui tomando consciência da importância da vivência de uma formação mais sensível, visto que na primeira graduação em odontologia a ênfase foi uma abordagem técnica, ou seja, o foco é a reprodução de procedimentos odontológicos como: habilidade e treinamento para estar apto a fazer procedimento restaurador ou reabilitador, cirurgias, tratamento de canal etc. relacionados ao ofício de um cirurgião-dentista.

Neste contexto pode se considerar que a prática exercitada com primor e qualidade pode levar à perfeição. Portanto, por mais dificuldade manual que um aluno de graduação tenha, as aulas de laboratório, as práticas clínicas, permitem o aperfeiçoamento e desenvolvimento de suas habilidades, sempre com respaldo científico, claro. Após entrar no mercado de trabalho, cheguei à conclusão de que executar de forma primorosa os procedimentos clínicos de ordem odontológica é apenas mais uma das obrigações do profissional, e atrelado a isto, é necessário que o profissional também desenvolva durante a graduação uma conduta clínica e psicológica bem-preparada para receber estes pacientes. Na minha avaliação, este pode ser um dos maiores desafios do currículo acadêmico.

Este aspecto da qualidade das relações interpessoais em específico, eu identifiquei que a graduação em teatro me proporcionou, pois eu acreditei estar preparada para cuidar de pessoas, mas eu não estava. Por mais que tivesse paciência e empatia, a rotina de atendimentos diários foi aos poucos me mostrando fragilidades.

Por mais estranho que soe esta narrativa, de fato, avalio que sofri um grande baque quando comecei a prestar atendimentos em meu primeiro consultório particular, sem a orientação dos meus professores universitários. Eu realmente me senti despreparada.

O dia a dia vai mostrando que a Odontologia vai além dos dentes, claro que vai. Nada de novo. Mas também me foram apresentados nuances e comportamentos antipáticos aos atendimentos que reverberavam em mim de forma negativa. Muitos dos pacientes se queixavam pelo simples fato de comparecerem ao consultório odontológico. Por quê?

Durante a graduação até compreendia o medo, porque era uma escola, ainda éramos aprendizes e os pacientes respeitosamente permitiam que nós aprendêssemos ao realizar os tratamentos. Eu entendia que ali era realmente uma posição frágil e tensa para os dois lados, pois eu, como acadêmica, ainda não tinha plena segurança em executar os procedimentos. Acreditei que seria diferente quando eu tivesse meu consultório, mas não foi. Eu sabia conduzir os procedimentos, era habilidosa, empática, mas ainda enfrentava as mesmas dificuldades da graduação quando se tratava de criar um ambiente acolhedor na relação com alguns dos meus pacientes. Me sentia frustrada, me questionava diariamente sobre o porquê das reclamações e do medo, afinal toda minha ação era voltada para o cuidado. Qual motivo de todo esse medo e apreensão? Eu ainda me indagava sobre qual a razão de suar frio assim. Essa pessoa está realmente se sentindo mal desta forma só de estar na minha presença como dentista? Divagava sobre nunca ter tido medo de ir ao dentista, e por isso tinha dificuldade em entender o motivo pelo qual tal criança gritava daquela forma pavorosa antes mesmo de adentrar na sala de atendimento. Quanta coisa passava pela minha cabeça imatura! O que eu ia fazer com isso? Eu recém-formada ainda não sabia as respostas destes questionamentos, mas reconhecia a necessidade de construir uma nova abordagem para estas pessoas que se sentiam daquela forma.

Enquanto isso, na Faculdade de Teatro, cursei diversas disciplinas que me propunham um movimento diferente: olhar para “dentro de si”. Este movimento estimulava minha propriocepção, fortalecendo o lugar da corporeidade. Também me auxiliava a encontrar meu lugar no espaço. Quando cursei estas disciplinas, vivenciei algumas situações que foram extremamente desconfortáveis e desafiadoras somente pelo simples fato de me tirar do meu lugar comum, da minha zona de conforto. O convite para explorar meu corpo e o espaço era um pouco estranho e me conferia uma liberdade que eu não estava acostumada a ter, porque nunca havia experimentado antes. Entretanto, para outros colegas que participavam das atividades, aos meus olhos, não parecia que a prática acionava neles questões tão profundas. No meu caso, a primeira questão que constatei foi o meu “medo” do toque, “medo” do outro e

do corpo do outro. Eu tinha muito “medo” e conseqüentemente resistência ao toque considerando a questão tátil corporal. Mas “medo” de que? Não sei exatamente, acredito que era mais um desconforto que eu era incapaz de nomear naquele tempo. A verdade é que sempre que nas dinâmicas das aulas havia a necessidade do contato físico, e esta é uma prática comum visto se tratar de vivências voltadas para a tomada de consciência do corpo e de estudos de movimento e ação corporal; eu não permitia o toque, porque aquilo me causava imenso desconforto, pois tinha a sensação de que meu corpo estava sendo invadido. Eu sentia que meus colegas invadiam a minha intimidade e isto me causava reações de medo, pânico e indisponibilidade para as atividades acadêmicas devido a este desconforto.

*Click.* A chave deu a primeira virada. Por que eu podia sofrer com um toque do outro e meu paciente não? Porque o que é “normal” para mim não é “normal” para meu paciente. É preciso pedir permissão para chegar na intimidade do outro? Como, em uma relação que pressupõe contato físico, saber os limites da outra pessoa, principalmente se ela não sabe ou não consegue se expressar de forma clara, como é o exemplo do contexto de trabalho com pacientes pediátricos?

Diante destes questionamentos que surgiam acerca do meu cotidiano como dentista, senti uma necessidade ainda maior em mudar a dinâmica dos meus atendimentos. Aos poucos fui incrementando minha rotina clínica com novas experiências adquiridas nas disciplinas da Faculdade de Teatro, e a aceitação dos pacientes pediátricos falava por si só.

O primeiro entrelaçamento foi feito com experimentações, onde eu fazia releituras das atividades propostas por meus professores para nós alunos graduandos em sala de aula, nos meus atendimentos odontopediátricos. Tudo que era possível trazer para meu cotidiano, eu trazia. Neste momento iniciei as releituras de jogos, cantigas, exercícios que acompanharam este novo posicionamento profissional com as crianças. Paralelo a este novo movimento de experimentação, também investi em brinquedos para recepção, em itens de festa como balões, pequenos brinquedos, anéis etc. para gratificar as crianças pelo bom comportamento ao final da consulta. Na Odontopediatria esta ação de gratificar faz parte de uma técnica de gerenciamento comportamental conhecida como reforço positivo. Uma prática que já é costumeira e retratada na literatura, que não se resume apenas a uma recompensa física. Adiante falarei mais sobre técnicas de gerenciamento comportamental em Odontopediatria, as quais emprego na prática clínica, embora não seja especialista neste ramo tão delicado da Odontologia.

Observei que, quanto mais envolvente era a atividade proposta em consulta, menor o interesse em receber os brinquedos ofertados como reforço positivo. Dependendo da atividade

proposta, a criança sequer se lembrava deste detalhe ao final da consulta. Isto me deixou intrigada. Pensei que os brinquedos não estavam muito atraentes. Então fiz uma pesquisa mercadológica para estar mais atenta aos gostos contemporâneos das crianças por brinquedos, e introduzi itens de beleza como enfeites de cabelo, Slime (uma massa gelecóide que era sensação do momento, na minha infância era chamada pela marca comercial Amoeba), perfumes, kits com vários acessórios, e comecei a construir o conceito do “Sopra Bolhas Mágico”. De início as crianças demonstraram forte interesse nas novas surpresas, mas em pouco tempo, também perderam o interesse comparado ao interesse nas atividades durante as consultas. Desta forma, concluí que a interação saudável entre profissional e paciente por meio dos jogos era infinitamente proveitosa e frutificante para ambas as partes. Assim, apenas gratificar a criança com brinquedos, foi se tornando algo quase que obsoleto, mas, de forma alguma descartável nas práticas diárias. Eu mantive a caixinha de brinquedos para uma recompensa extra pelo bom comportamento, e continuei com a experimentação da releitura de jogos e atividades lúdicas no dia a dia clínico até chegar em um específico número de atividades que funcionavam para mim. Meu foco era tornar as consultas viáveis de uma forma divertida, extremamente simples, porém efetiva, com focalização total na criança, onde ela pudesse colecionar boas memórias na cadeira da dentista. Destas atividades destaco as três mais utilizadas, sendo as mais requisitadas as atividades do Sopra Bolhas Mágico, Pintura Corporal, Contação de histórias, ou mesmo, como acontece na maioria das vezes, uma miscelânea.

De forma curta e breve, foi assim que começou minha jornada dupla de consultório e faculdade de Teatro. Todos os seus desdobramentos contribuíram para a motivação central da minha decisão de ao terminar a graduação de Teatro, em pesquisar mais sobre esta interação entre profissional e paciente, com foco nos pacientes pediátricos, a partir da releitura de jogos lúdicos integrada nas técnicas de gerenciamento do comportamento infantil já utilizadas na prática odontopediátrica.

Bem assim, embora não tenha a Odontopediatria como especialidade, a dupla vivência profissional, decorrente da minha formação na área da saúde e na área artística, me forneceu ferramentas que puderam moldar e aprimorar a minha prática clínica, unindo a formação técnica da Odontologia com a sensibilidade das Artes Teatrais.

Este trabalho é, portanto, uma proposta de análise da minha vivência clínica como “dentista-artista”.

Figuras 1, 2 e 3 - H. escolhendo seu brinquedo ao final da consulta. Esta é uma forma de reforço positivo.



Fonte: Arquivo pessoal.

## **CAPÍTULO 1 – A Dentista Artista/Arteira – A união da saúde e da arte**

### **1.1 O medo de dentista**

Avalio que um dos maiores obstáculos (se não for o maior) entre o cirurgião-dentista e o paciente, sejam o medo e seus desdobramentos como a ansiedade, fobia, aflição.

É de conhecimento popular que “ir ao dentista” não é uma visita que agrada o bolso, mas antes mesmo da questão financeira (até mesmo porque nos tempos atuais houve uma facilitação ao acesso devido às clínicas populares que conseguem oferecer serviços com valores mais condizentes com a realidade da maioria da população, que infelizmente é de baixa renda), o medo e a ansiedade podem ser um enorme obstáculo que congela e paralisa quem o tem, levando algumas pessoas a perdas dentais, convivência com a dor e mutilações irreversíveis. Mas, afinal, o que é o medo?

Segundo Correa (2013 p. 123), o medo é uma reação emocional primária considerada normal diante um ou vários estímulos ameaçadores. É um estado emocional de alerta, é temer a algo externo e que pode representar uma situação real de perigo, podendo ameaçar a integridade desta pessoa, seja física, ou psicológica.

Dentro da odontologia, podemos definir o medo, mesmo quando esse sentimento é confundido com ansiedade. É importante salientar que um paciente com medo não necessariamente possui um comportamento ruim na presença do cirurgião-dentista, pois medo é um sentimento que o paciente sente, e este, quando dá sinais, pode ser observado pelo cirurgião-dentista.

Existe uma concepção de medo odontológico (RACHMAN, 1977) que consiste em medo objetivo, que pode ser direto ou indireto, e o medo subjetivo. O medo objetivo direto acontece quando o paciente passou por situações de desconforto ou dor por ações que aconteceram durante o procedimento odontológico, experiências negativas que aconteceram sob os cuidados de outros profissionais. O medo objetivo indireto acontece por ações que aconteceram em ambientes que se assemelham ao consultório, e o paciente pode, por conta própria, fazer assimilações entre algum acontecimento ruim que ocorreu em hospitais ou pronto socorros, ou durante uma visita ao médico, ao tomar uma vacina etc. e, por meio do imaginário, prever de forma irracional que a mesma situação poderia acontecer ali no ambiente odontológico. Eu, por exemplo, opto por usar jalecos coloridos justamente por isto, para que o paciente (principalmente crianças) me desassocie a outros profissionais da área de saúde que fazem o uso de roupa branca.

Por fim, temos o medo subjetivo, e este acontece quando o paciente ouve relatos e experiências desagradáveis vividas por outras pessoas, que podem ser amigos ou familiares, e a partir daí começam a fantasiar a visita ao dentista como um pesadelo repleto de dor e tensão. O medo subjetivo é mais difícil de ser mensurado em crianças pequenas (primeira infância), pois ele foi criado no imaginário, e não é toda criança que consegue verbalizar como se sente, por isto, nesta faixa etária, a literatura apresenta algumas controvérsias em relação ao que determina o medo odontológico, mas é sabido que este medo é multifatorial e a idade neste caso seria apenas um fator predisponente para este medo se estabelecer. Neste caso podemos fazer uso de questionários com desenhos. Falarei mais sobre isso adiante.

Além de desvendar o que é o medo, também é necessário questionar: o que é ansiedade?

Segundo Correa (2013, p.131), a ansiedade é o temor sem a materialização do objeto, é uma expectativa de sentimentos negativos provocada por agentes externos, que podem ser deflagrados por imaginação ou experiências anteriores, é a transferência do medo para uma situação imaginada decorrente de fatos semelhantes.

A ansiedade pode ser manifestada em diversos graus, pois são sentimentos de tensão e preocupação diretamente ligados à vivência do indivíduo. O grau de ansiedade influencia diretamente no limiar de dor do paciente, de forma inversamente proporcional, ou seja, quanto mais ansioso, menor o limiar (tolerância à dor) e assim, mais propenso a ter uma experiência desagradável na visita ao dentista (MORAIS, 2003).

Mas *de quando* vem esse medo?

Bom, o medo de dentistas possui origens bem arcaicas. De acordo com Guerini (1909), historicamente falando, a prática odontológica, assim como a medicina, teve seu início de forma intuitiva, primitiva e rudimentar. A necessidade e o instinto podem ter ensinado o homem primitivo à prática simples de curativos (da mesma forma que o ensinou a preparar seus alimentos), dando origem à medicina popular, que, por sua vez, evoluiu até dar origem à medicina que conhecemos hoje. Até chegarmos em profissionais da saúde, a arte de “curar” possuía cunho religioso, onde a causa da doença era atribuída a algum descontentamento de divindades (as pessoas explicavam como podiam os acontecimentos que não conseguiam compreender, desde os trovões às moléstias da saúde), e o sacerdote/líder religioso possuía a função de facilitador entre o doente e a divindade. Aos que eram curados atribuíam-se a cura pelo perdão divino, e os que pereciam, eram vistos como não dignos de cura, sem perdão, e por isto castigados por meio da doença. Muitas das vezes a cura era alcançada na forma de placebo, pela indução e sugestionamento do paciente pelo líder religioso. Acredito, guardada as práticas de povos originários que guardam legados e conhecimentos integrais da relação homem/natureza, que ainda nos dias de hoje, podemos ver curandeiros líderes religiosos, promovendo curas milagrosas em centros religiosos com as mesmas artimanhas sugestionáveis. Muitas vezes me pego questionando o motivo pelo qual ainda nos prendemos a este tipo de fantasias miraculosas, tendo em vista os avanços tecnológicos.

Ainda baseado no trabalho de Guerini (1909), das civilizações antigas, foi no Egito que encontraram os primeiros relatos em papiro de prescrições odontológicas. Além dos egípcios, os hebreus consideravam a perda de dentes como lesão grave, dando a mesma importância à perda de um olho, e em diversas passagens bíblicas é possível interpretar que os dentes eram considerados sinais lívidos de saúde, força e vigor. Na China antiga, existiam não somente detalhamento de cada afecção como ainda prescrições medicamentosas para elas, incluindo receitas para “clareamento dentário caseiro”, e uso da acupuntura para a dor de dente. Em diversas civilizações antigas estudaram-se as afecções bucais, variadas causas e alternativas para tratamentos, que foram feitos por populares, líderes religiosos ou mesmo os “profissionais” da época que se dedicavam a este tipo de ofício.

A questão é que apesar das boas intenções, a região oral é extremamente delicada e todo e qualquer tratamento utilizado na tentativa de sanar o mal, impreterivelmente também causava dor, desconforto e até a morte. E por ser doloroso, na idade média, algumas sociedades faziam uso de procedimentos dentais como extração (remoção de dente) como forma de penalidade e tortura aos transgressores das leis. Alguns exemplos de transgressões que poderiam deixar o

acusado “banguela” eram comer carne na quaresma, ou mesmo se recusar a pagar alguma taxa ou imposto para os nobres da época. Veja que a associação destes procedimentos como algo tenebroso, punitivo e torturoso é extremamente datada, e infelizmente ainda perdura entre nós, pois a imagem de ir ao dentista ainda soa para muitos como tortura, mesmo após a descoberta da anestesia, que permitiu que a maioria dos procedimentos cruentos fossem mais confortáveis por meio do controle da dor.

Inclusive, a esse respeito, é detalhada a lição de Guerini:

Na idade média, a extração de um ou mais dentes eram feitas como castigo, por exemplo, por ter comido carne durante a quaresma, [226] ou naqueles condenados como culpados ou criminosos, ou por terem se recusado em contribuir com quantias de dinheiro requeridas pelo seu senhor Feudal. Bom, como este tipo de punição eram aplicadas aos culpados pelos executores da justiça pública, é muito natural que os médicos se recusassem a praticar um procedimento que poderia degradar sua profissão ao rebaixá-la quase à classe de carrasco. (GUERINI, 1909, p.88)

O contexto histórico nos descreve a prática odontológica como algo estritamente relacionado a uma experiência dolorosa, desde as afecções que além de causar dor e sofrimento, acometem uma região muito delicada e funcional, até as tentativas primitivas, rudimentares, e incontestavelmente dolorosas, que, no processo evolutivo, chegaram à medicina dentária que conhecemos hoje. Está no dito popular, nas raízes de cada povo, todas as tentativas empíricas para sanar os males das afecções bucais, inclusive as receitas caseiras, as simpatias dos “mais velhos” que, apesar de não funcionarem, e em alguns casos até piorarem o problema, ainda se fazem presentes em nossos cotidianos. É através da vivência do cotidiano e de reinterpretações do discurso do profissional que a representação de saúde bucal é construída, determinada histórica e culturalmente, surgem como reflexos das realidades objetivas de cada ser como indivíduo (BERND et al., 1992). Assim as concepções de saúde e doenças estão relacionadas às origens das pessoas, sendo influenciadas por meio de suas experiências, de modo que suas concepções vão sendo construídas em relação à sua posição e lugar na sociedade (MINAYO, 1989).

A representação do cirurgião-dentista na sociedade, sob a ótica da revisão histórica, só repete o dito popular. Troca-se facilmente uma receita caseira a uma ida ao dentista. Em obras literárias ou filmes, em quase sua totalidade, os dentistas são retratados de forma negativa e

caricata. Sempre aparecem como figuras estranhas, a sala de espera como fila de purgatório e a sala de atendimento como local de penitências. Infelizmente, este tipo de retrato caricato só perpetua a imagem negativa do profissional que já povoa o imaginário popular. É questão de saúde pública desconstruir esta imagem negativa, para que a população em geral não associe a ida ao dentista a uma experiência infeliz, e sim um ato de amor-próprio, cuidado necessário para manutenção da saúde, sem sadismos ou fantasias macabras. Apesar da odontologia ainda estar presente de forma caricata na ficção, na “vida real” tenho observado um movimento de valorização profissional e de mudança comportamental dos novos profissionais, que desde a graduação já se preocupam em praticar uma odontologia mais humanizada; e isto me deixa muito feliz.

## **1.2 Experiência Clínica – a abordagem profissional diante do “medo de dentista”**

Durante meus quase doze anos de prática clínica (não é muito tempo, mas me orgulho destes anos), presenciei diariamente o medo e a ansiedade como maior empecilho na minha atuação clínica, por sentir dificuldade em lidar com estes pacientes. Acho desafiadora a abordagem de pacientes nesta situação de fragilidade. O coração acelerado, suor escorrendo no canto do rosto, a respiração curta e forte e a voz trêmula não deixam somente o paciente desconcertado. É uma situação que deixa o profissional em uma posição muito difícil. Todo ambiente se torna tenso e de certa forma desconfortável. Em inúmeros momentos o paciente não consegue verbalizar com clareza, tamanho o nervosismo, e a situação acaba por tornar-se mais constrangedora, apesar dos esforços para deixar o ambiente agradável.

Claro que não depende de mim, eu sei que apesar das tentativas em fazer o melhor para que o paciente se sinta confortável, ele também é parte ativa do tratamento, portanto também tem que estar com os objetivos alinhados aos meus e receptivo às abordagens utilizadas. O tratamento é responsabilidade de todos envolvidos, principalmente quando o paciente é pediátrico. Por isso ressalto a importância de um profissional bem-preparado para receber e educar este indivíduo emocionalmente fragilizado, que pode ser tanto o paciente quanto o responsável pelo paciente.

Existem medos comuns de acordo com cada idade: até o sexto mês de vida, o bebê tem medo de perda de apoio, quedas e barulhos intensos. Entre sete meses e um ano de vida, o bebê tem medo de altura, barulhos, pessoas estranhas, objetos repentinos e se separar dos pais. Com dois anos de vida, o medo da separação, ruídos fortes, animais, escuro, mudança ambiental e objetos grandes existe. Entre três e quatro anos, a criança tem medo de ficar sozinha, monstros, máscaras, pessoas fantasiadas, escuro. Entre cinco e sete anos, a criança tem medo de seres

sobrenaturais, de pessoas “más”, de se machucar, de estar sozinho, de acontecer algo com os pais (MORRIS, 1983). Estar ciente do medo de cada idade ajuda o profissional a elaborar uma abordagem adequada para cada faixa etária, bem como quais materiais de apoio utilizará para este fim.

Dependendo do tipo de procedimento e da idade do paciente, a forma como este “medo” é exteriorizado também é variável, e apesar de terem origens multifatoriais (como personalidade, ambiente em que vive, situação socioeconômica etc.) alguns sinais comportamentais são mais comuns, e podem ser identificados na primeira consulta, podendo se manifestar como inquietação, agitação, midríase, palidez, suor excessivo, hiperventilação, choro, distúrbios gastrintestinais, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca (ANDRADE, 2002). E algo que é determinante nestas situações são as experiências anteriores negativas, que, em sua maioria, foram impostas na infância, pela experiência de procedimentos invasivos ou relatos por meio de familiares e amigos. Outro ponto a ser comentado é em relação à predominância de comportamentos ansiosos entre homens e mulheres, onde diversos estudos mostraram que mulheres tendem a ser mais ansiosas durante o tratamento odontológico que os homens (SINGH, 2000; SIVIERO, 2008).

Tratamentos mais invasivos como cirurgias, extrações dentárias, próteses, restaurações extensas, e tratamentos endodônticos são associados com maior probabilidade de sentir dor durante o tratamento (MAGGIARIAS, 2002), portanto são procedimentos que apesar de cotidianos, exigem uso de injeções anestésicas, que causam fobia e podem deixar os pacientes mais propensos ao medo, ansiedade e diminuição do limiar de dor. Algumas empresas investiram em dispositivos a fim de apresentar uma solução aos profissionais na parte de anestesia, por isso hoje podemos encontrar no mercado anestésias robóticas, que consistem em um aparelho que faz a injeção do anestésico de forma computadorizada, fazendo com que o anestésico seja injetado de forma lenta e gradual. Os fabricantes prometem uma anestesia indolor, o que ajudaria no controle da ansiedade do paciente diante o procedimento. Eu, particularmente, não consigo ver este equipamento como uma solução efetiva, e talvez seja somente mais um trambolho, que pelo contrário, poderia até deixar o ambiente mais assustador, já que não é só a injeção do produto que causa medo ou desconforto, mas também o ato da punção com a agulha.

O uso de anestésicos injetáveis é uma preocupação constante na minha rotina, principalmente em pacientes pediátricos, afinal de contas, uma agulha não é lá muito simpática, e só de imaginar ser espetado por aquilo, realmente, causa calafrios na maioria das pessoas. E

não só pelo ato em si, mas o anestésico é um medicamento, uma droga, e possui efeitos colaterais não só no local aplicado, mas também em todo organismo, ou seja, para fazer o controle de dor de determinado procedimento em determinado paciente, não basta só ter conhecimento sobre qual o anestésico a ser utilizado, mas também qual a possível reação daquele paciente com o medicamento escolhido. Existem vários tipos de anestésias, cada uma com indicação e dose limite específicas.

Abrindo um parêntese no texto para compartilhar com vocês o que tem dado certo comigo na questão de anestesia, vou relatar algo que aconteceu comigo. Desde que me formei, busquei alternativas para tornar esse momento corriqueiro menos desconfortável, porque a tensão gerada pode deixar até o profissional desconcertado. Em congressos sempre nos são apresentadas novidades do mercado odontológico, e em um congresso em 2017, o CIOSP (Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo), fui em busca de novidades em todos os campos. Chegou ao meu conhecimento que neste congresso seria apresentada uma alternativa indolor para anestesia: a anestesia sem agulha! Sem sombra de dúvidas percorri o local (esse congresso é anual, acontece na Expo Center Norte, em São Paulo, o espaço físico é enorme) em busca do estande da anestesia sem agulha. Nesta viagem fui acompanhada da minha assistente, que também estava curiosa em relação a esta modernidade.

Depois de muita procura, encontramos o estande desta “anestesia”, entramos na fila, que era imensa, esperando nossa vez de conhecer, experimentar e testar em nós. Depois de duas horas na fila, finalmente chegou nossa vez de conhecer a “miraculosa”. Adivinhem: bem no nosso momento, o responsável disse que teríamos que voltar em uma hora, porque quem tomava conta das apresentações estava cansado e precisava sair para almoçar. Ficamos um pouco chateadas com o tempo de espera, mas também reconhecendo que ali existe um ser humano com necessidades básicas, e estava tudo bem. Achamos justo e fomos desbravar o congresso, a fim de conhecer outras novidades. Em outro estande, enquanto nos divertíamos fazendo fotos, nos aparece um grupo de graduandos; uma das meninas relatando dor e com o rosto extremamente edemaciado. Adivinhem de novo: era o grupo que entrou antes de nós no estande da anestesia sem agulhas.

Depois descobrimos que a tal da anestesia sem agulha é feita em uma pistola que me lembrou uma utilizada no passado para fazer vacinação. Esteticamente falando, assim como a carpule (instrumento metálico, esterilizável, nela se encaixa o tubete anestésico e a agulha descartável para fazer aplicação da anestesia) não é um objeto que agrada os olhos, faz o disparo com alta pressão para que o anestésico se difunda entre os tecidos da região a ser anestesiada,

o que pode causar susto pelo barulho e possíveis danos teciduais, como vimos na menina do grupo que entrou antes de nós no estande da “miraculosa” e em outras pessoas que estavam no congresso. Sorte a nossa termos ficado de fora.

Alguns procedimentos devem ser executados da forma que gere menor dano físico e psicológico ao paciente. O que resta a nós, profissionais, é tentar alterar a percepção do paciente acerca do procedimento por meio de uma consulta bem executada, explicativa e acolhedora. O paciente não precisa ver a agulha, podemos deixar ela camuflada, ele pode fechar os olhos enquanto explicamos o que vamos fazer com muito carinho e cuidado, porque isso funciona.

No meu consultório, eu uso anestésico tópico em pomada antes da aplicação do anestésico injetável em pacientes que na anamnese (questionário realizado na primeira consulta para conhecer histórico de saúde do paciente, motivo da consulta etc.) relatam experiências negativas anteriores, medo, ansiedade, independentemente da idade, por estes pacientes apresentarem um limiar menor para dor. Limiar menor para dor significa que estas pessoas são mais propensas a sentirem dor, são mais sensíveis. Pacientes que não apresentam quadros de ansiedade ou memórias desagradáveis de consultas anteriores, eu faço o procedimento normalmente, claro, sem deixar instrumental às vistas do paciente, conversando sempre para remover o foco do paciente do procedimento para a minha voz. Desta forma, obtenho uma resposta comportamental positiva e controle de ansiedade. Falarei mais sobre a minha conduta clínica nos capítulos adiante.

### **1.3 Avaliação do nível de ansiedade**

Considero ser possível mensurarmos o grau ou nível de ansiedade do paciente, como comentei acima, com questionários no momento da anamnese. Nestes questionários, é possível convidar o paciente a dimensionar sua própria ansiedade (HUMPHRIS, 2000). Existem questionários para mensurar grau de ansiedade em crianças. Em 2015, Barbério, em sua tese de doutorado, avaliou a confiabilidade e a validade da versão brasileira do questionário *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (CFSS-DS). A amostra de 136 crianças de livre demanda que, recrutadas de forma aleatória e que foram atendidas na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Bauru, responderam ao questionário previamente à consulta odontológica, que se mostrou ser muito confiável e uma excelente ferramenta para mensurar ansiedade na rotina clínica do odontopediatra.

Ter estas informações acerca do nível de ansiedade do paciente em geral é de extrema importância para evitar complicações durante os atendimentos, como síncope, aumento da pressão, hemorragias em caso de cirurgias, distúrbios gastrintestinais e descontroles urinários

(já aconteceu comigo de uma criança urinar na cadeira por medo advindo de experiências negativas anteriores, com outros profissionais), pois permite ao profissional ter condições de conduzir os procedimentos de forma personalizada, condicionando o paciente, que se torna mais cooperativo e colaborativo durante o tratamento, assim as consultas se tornam mais agradáveis. Quando o profissional transparece tranquilidade e confiança, é mais fácil descondicionar o medo pela associação de experiências agradáveis diante de situações desafiadoras. Vejam que, ao final das contas, tudo se resume em cuidado e confiança. O medo e a ansiedade diante a visita ao dentista é algo enraizado e exacerbado pelo imaginário popular. Sendo medo objetivo ou subjetivo, eu acredito que não existe medo que resista a um profissional que trabalha com amor e respeito à individualidade de cada pessoa.

#### **1.4 A Dentista Artista**

A minha formação acadêmica foi muito privilegiada. Pude estudar na mesma Universidade Federal em ambas as graduações: Odontologia e Teatro. A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia é uma das melhores do mundo, e me proporcionou uma excelente formação técnica. Durante este período de graduação, me interessei por diversas disciplinas, e uma delas foi a Odontopediatria. Fomos preparados para lidar não somente com as afecções que podem acometer a cavidade oral de uma criança, como ainda condutas psicológicas básicas de como agir diante dos pequenos. Claramente o tempo foi curto para se consolidar condutas e conquistar uma experiência clínica abrangente, por este motivo, ainda na graduação procurei por fazer iniciação científica, assim conseguiria me dedicar mais naquela área que tanto me iluminava os olhos; também foi uma experiência curta, porém importante e enriquecedora. Como já mencionei na introdução desta dissertação, assim que comecei minha carreira profissional, longe do acompanhamento dos professores, me senti muito despreparada. Para a execução dos procedimentos nem tanto, mas para o gerenciamento comportamental com certeza foi muito desafiador. Mesmo adorando meu ofício, e tendo me preparado para este fim, tive muitas dificuldades de manejo de pacientes com ansiedade e medo, independentemente da idade.

A princípio, eu não entendia a dificuldade do outro por me faltar experiência e maturidade, me formei com pouca idade e minha experiência era criticamente restrita ao que vivi na universidade. Hoje estou certa de que isto é perfeitamente normal e aceitável, mas naquele momento foi um impulso para que procurasse por me desenvolver como profissional.

Em paralelo ao início da minha carreira clínica como dentista em consultório particular, prestei vestibular para fazer Faculdade de Teatro também na Universidade Federal de Uberlândia. Era um desejo antigo, e eu me sentia preparada para realizá-lo naquele momento.

Acredito que a Faculdade de Teatro foi meu divisor de águas na carreira como dentista, não é à toa que decidi fazer o mestrado no Teatro, e não na Odontologia. As diversas disciplinas por mim cursadas na faculdade de Teatro, exploravam nosso corpo e criatividade, disposição no espaço e nos estimulavam a investigar novos pontos de vista. Novas perspectivas fizeram com que borbulhassem na minha mente novas formas de ver e lidar com as pessoas no mundo. Sempre fui muito reservada, porém atenta às relações interpessoais, e as novas perspectivas do olhar sobre o corpo e sobre as pessoas me permitiram enxergar um mundo novo a ser explorado. Eu tenho uma visão de que a graduação na Odontologia, apesar de se manter atualizada em todos os avanços tecnológicos, perde muito na interação humana ao deixar de explorar as possibilidades criativas dos alunos com grades curriculares de caráter muito objetivo, o que não acontece no Teatro, que explora também questões subjetivas. Exercitar a criatividade, explorar o espaço físico além do rotineiro, diversificar a forma de interação entre os próprios alunos, e claro, aluno-paciente, adotar posturas menos “engessadas” seria, na minha opinião, uma experiência muito enriquecedora aos graduandos de odontologia, já que na minha forma de ver, a arte e a ciência caminham muito bem juntas.

Muitas das disciplinas, como por exemplo, as que estimulam o desenvolvimento da consciência corporal, me abriram para um olhar sensível para o meu corpo e o corpo do outro. Comecei a perceber de forma empírica a importância e o poder do toque, e como isso entrava em conflito com a minha rotina diária na prática clínica. Lembro-me de quando comecei a pedir “permissão” consciente para fazer os exames intraorais, que antes eu simplesmente pedia para o paciente gentilmente abrir a boca e executava de forma robótica e coordenada. A partir destas novas vivências, refleti internamente e comecei a compreender estes limites e a importância na doçura do toque, já que ali eu era uma prestadora da área da saúde, e a minha linguagem corporal deveria passar ao paciente uma mensagem de cuidado, portanto meu toque também deveria ser cuidadoso. Eu entendia neste momento que a minha intenção poderia ser percebida pela criança, e eu queria que ela me percebesse da maneira mais carinhosa possível. Ressalto que sempre tomei muito cuidado nos exames e execução dos procedimentos odontológicos, mas nunca foi algo feito de forma racional, apenas tinha receio de machucar ou inferir dor, era automático, digamos assim. O que mudou a partir desta uma nova visão foi a intenção, pois percebi estar numa posição que entendia melhor os limites do meu corpo e do corpo do paciente,

e assim comecei a trabalhar de forma consciente e, ainda sim, obviamente, tomando cuidado para ser delicada, já que atuo numa área muito sensível do corpo humano, portanto é devido todo respeito.

Em resumo, tudo começou desta forma: paulatinamente comecei a ver o mundo de forma diferente porque comecei a conhecer a mim, a meu corpo e a como eu me apresentava ao mundo usando-o. De início foi tudo acontecendo de forma empírica, as associações me impulsionando a pesquisar e estudar mais sobre cada questionamento que de repente aparecia. Foi a primeira virada de chave, e asseguro que minha carreira começou “de verdade” nesta fase. Neste período eu atendia poucas crianças, mas atendia muitos adultos, e em sua maioria, tinham muito medo de dentista, ou seja, era desafiador receber e acolher estas pessoas.

Esta forma de trabalhar que fui aos poucos desenvolvendo e adaptando à minha rotina clínica de atendimentos me trouxeram grandes frutos. Muitos pacientes que se autointitulavam ser “traumatizados”, aos poucos iam demonstrando estar mais confortáveis nas consultas e se sentiam seguros na minha presença. E veja, eu apenas estava sendo verdadeiramente respeitosa e acolhedora de forma consciente. Quem diria que este poderia ser um dos segredos de uma Odontologia de sucesso? E segundo a minha experiência, fui muito “bem-sucedida” nesta forma de trabalhar. O paciente seguro e calmo me permitia executar tudo com mais facilidade e tranquilidade. Veja só, qualquer um concordará comigo que trabalhar sob pressão não é interessante, muito menos saudável para nós, dentistas.

Nesta época fiz rapidamente uma grande clientela, estava já no segundo ano da graduação de Teatro. Estes pacientes adultos, que eram pais, e já não tinham mais “medo de ir ao dentista”, se sentiram seguros de levar seus filhos para também estarem sob meus cuidados. O que compartilho com vocês agora é o embrião que deu origem a esta pesquisa: como eu fiz para tornar o atendimento odontopediátrico um ambiente favorável para crianças aliando técnicas odontopediátricas de gerenciamento do comportamento infantil com ferramentas que extraí de experiências oriundas do fazer teatral. Reforço que, sendo a maior parte do meu desenvolvimento pessoal e profissional ter acontecido durante e com fortes influências da minha graduação de Teatro, nada mais justo que trazer esta pesquisa para o Teatro. Não acredito que na Odontologia o terreno seria tão fértil para as minhas experimentações artísticas da forma como acontecem no Teatro, onde me sinto livre para pensar “fora da caixa”, exercer e explorar minha criatividade com suporte artístico de professores artistas e ter à minha disposição laboratórios de criação artística, me conferindo espaço físico para experimentações ilimitadas.

Figura 4 - Ambiente físico do Laboratório de Ações Corporais - Curso de Teatro - UFU – ano de 2019.



Fonte: Arquivo pessoal.

### **1.5 A união da saúde e da arte**

Eu sinto que me desenvolvi como ser humano ao cursar Teatro. Relacionei-me com pessoas muito diferentes do meu usual convívio, e isso foi uma experiência muito enriquecedora para mim, mais do que jamais pude imaginar. Às vezes me pegava pensando nisto, e me achava muito privilegiada de poder ter conhecido tantas pessoas e de viver todas as experiências proporcionadas pela graduação de Teatro.

Quando ingressei no Curso de Teatro, estava em meu segundo ano de formada em Odontologia e minha agenda era vazia (me sentia péssima, autocobrança é algo muito ruim na vida de um recém-formado). Trabalhava meio período por dia, indo somente quando tinha paciente agendado, e como raramente eu tinha paciente agendado, eu frequentava pouco meu local de trabalho. Aos poucos a política do “boca a boca” e a minha desenvoltura nos atendimentos foram montando uma clientela fiel, que confiava muito no meu trabalho, o que me trazia grande satisfação. Assim, logo começaram a confiar a mim suas crianças.

Atender criança sempre me foi um prazer imenso, porém não quer dizer ser algo fácil ou simples (penso assim até os dias atuais). O desenvolvimento infantil é delicado, complexo e acontece em fases, que devem ser do nosso conhecimento para uma abordagem adequada. Ao receber uma criança que nunca foi ao dentista, ou mesmo nunca foi contaminada pelo histórico negativo que ronda esta experiência de cuidados bucais, me sentia de certa forma apta a executar um bom atendimento, que acontecia na maioria das vezes sem estresse ou a presença de choro,

mas quando acontecia, naquela época ainda me era desesperador. Os pais esperavam de mim um controle absoluto das emoções das crianças. Não julgo, eu também acreditava que tinha esse controle guardado em algum lugar, só me faltava a técnica correta para acessar (doce ilusão, *OK?*). Reconheço minha dificuldade em abordar tanto a criança quanto o responsável nesta época. Isto foi consequência da minha falta de conhecimento e experiência, algo comum para um profissional recém-formado.

Quando a criança chegava aos meus cuidados, já tendo passado por experiências negativas anteriores, era muito desafiador. Recordo-me de um episódio em que eu estava à beira do choro, tamanho meu nervosismo. A criança entrou chorando, e o acompanhante não parava de exclamar de forma rude que eu deveria fazer a criança parar de chorar. Me senti constrangida por não saber me posicionar, e me lembro de ter perdido até meu senso crítico neste momento. Após inúmeras tentativas frustradas de tentar conversar com a criança, que tinha aproximadamente quatro anos, tive que sair da sala de atendimentos para ir beber água, respirar fundo e pedir para reagendar a criança. Me senti envergonhada pelo insucesso. Não voltaram. Me taxaram como “não profissional”.

Aquilo me gerou um grande desconforto. Sempre achei o choro aceitável, principalmente em criança de pouquíssima idade. O incômodo maior foi pelo responsável cobrar de mim um controle que nem ele tinha sobre a criança, que havia passado por experiências negativas anteriores a mim.

Nesse episódio, me descobri extremamente despreparada e sem recursos para abordar uma criança em tamanha situação de medo e ansiedade. No período de faculdade, quando isto acontecia, choro descontrolado, ou uma birra iminente, os professores interviam e acudiam a situação para nós, gerenciando o comportamento da criança. Na minha primeira vez sozinha, não consegui, senti vontade de chorar e remarquei o atendimento.

Diante desta primeira situação desconcertante, decidi aprofundar os estudos a respeito do atendimento infantil e procurar por mais recursos que me dessem suporte nestas situações críticas. Procurei investir em brinquedos para ofertar como reforço positivo, fantoches, macromodelos de escova e da arcada dentária etc. Os recursos materiais são muito importantes, porém me provaram que não surtiam bons efeitos em todas as ocasiões. Era importante estudar e pesquisar mais para que eu conseguisse fazer um bom condicionamento do comportamento infantil.



p.27-41) as técnicas a seguir descritas tem como objetivo criar confiança, dissipar a ansiedade e o medo de forma humanizada, valorizando o paciente e respeitando a sua história.

A primeira técnica descrita é a falar-mostrar-fazer, iniciada por Adelston em 1959. Nesta técnica é apresentada à criança de forma gradual os elementos presentes no ambiente odontológico bem como procedimentos por meio da comunicação verbal e demonstração visual, auditiva, tátil e olfatória. Esta técnica deve ser iniciada assim que a criança entra no consultório e continuar durante todo o atendimento. Ela visa dessensibilizar a criança, promovendo a familiarização antes da execução do tratamento. Esta técnica diminui o medo e a ansiedade da criança, pois permite que ela conheça as funções e sons dos equipamentos, texturas e temperatura de instrumentais e demais materiais como luvas e algodão, e evita que ela projete neste equipamento ideias fantasiosas ou assustadoras. Neste primeiro contato, a autora destaca que o ideal é que o dentista não esteja paramentado neste momento, onde a intenção é construir um relacionamento entre profissional e criança. Sugere também que haja uma hierarquia para a apresentação dos instrumentais e procedimentos, dos que gerem baixos níveis de ansiedade para os que gerem níveis mais altos. Quando a criança oferece resistência para que se realize as demonstrações com ela, uma das sugestões é pedir à mãe (ou acompanhante) para fazer em seu lugar. Desta forma, quando o condicionamento é feito por meio do acompanhante, é chamado de condicionamento indireto ou à distância. Estes procedimentos também podem ser demonstrados em bonecos, e podemos permitir que a criança faça o mesmo sob nossa supervisão, sem que corra riscos. Em crianças muito medrosas, sugere-se também executar os procedimentos na mãe e depois na criança. Geralmente as crianças demonstram certa curiosidade, e despertam a vontade de realizar os mesmos procedimentos na mãe, ou mesmo no boneco. Posteriormente, podem concordar que estes procedimentos sejam realizados nelas também. Após a demonstração da sala, dos equipamentos, dos sons, das texturas e de alguns procedimentos, sugere-se a dessensibilização da criança sentando-a na cadeira, molhando sua boca para que ela experimente a sensação do sugador sugar a saliva, do spray de ar e jato de água. Nesta fase, muitas crianças já permitem o exame clínico, e outras permitem até a realização do procedimento. Mas para crianças menores de três anos de idade, a autora sugere que o exame clínico seja feito em outro momento, bem como a execução dos procedimentos, que poderá exigir mais preparo. Em procedimentos emergenciais, esta técnica deverá ser executada de forma rápida, para que a emergência seja acudida, sendo necessária uma nova sessão para condicionamento em um outro momento posterior a este. Abrindo um parêntese agora para comentar sobre a minha prática clínica, tendo conhecimento na área

teatral, pude levar esta técnica à patamares artísticos de forma mais profissional, aprofundando as atividades lúdicas com a manipulação de objetos (em sua maioria brinquedos) e dedoches (são pequenos fantoches, normalmente feitos de pano, que se encaixam nos dedos). Eu não sou especialista nesta linguagem teatral, mas levei para prática clínica minha vivência de disciplinas em que trabalhamos Teatro de formas animadas. Desta forma, lanço mão de técnicas como a de triangulação (recurso onde permitimos com o olhar que o expectador entre em cena) para atrair a criança para cena dos objetos manipulados, o que impreterivelmente gera momentos de comicidade. Tomo cuidado em me policiar para sempre manter uma sintonia entre mim e o objeto manipulado, desta forma a criança tem a chance de experienciar um momento de entretenimento verdadeiramente construído para ela.

Figura 6 - Profilaxia sendo demonstrada em boneco na técnica falar-mostrar-fazer.



Fonte: Arquivo pessoal.

Outra técnica estratégica descrita pela mesma autora (CORREA, 2013) é a de Reforço Positivo, que inclusive mencionei no início deste trabalho. Esta técnica consiste em gratificar a criança quando ela apresenta um comportamento desejado, para que desta forma sua repetição seja motivada. As crianças podem se sentir impotentes diante do tratamento odontológico, e ao reforçar o bom comportamento, é possível estimular a cooperação e melhorar a autoestima. Existem diversas formas de fazer este reforço positivo, e as mais fáceis de serem feitas são extremamente simples, como um sorriso, um elogio, um contato físico como um carinho ou abraço. Podemos oferecer também um prêmio pelo bom comportamento, oferecendo um brinquedo ao final do atendimento. A autora sugere que o reforço positivo seja realizado imediatamente após a atitude desejada para que a criança possa identificar exatamente qual é o

comportamento almejado, sendo importante que o profissional não reforce comportamentos negativos. Diante de um comportamento negativo, o profissional deve ter autocontrole, evitando frases que iniciem com “Não faça..., ou Pare!”. É interessante que o profissional utilize as frases na primeira pessoa para mostrar à criança como ele se sente e o que ele espera dela. Abrindo novamente um parêntese, aliado à minha experiência teatral aplicada na prática clínica, como atividade aliada à técnica reforço positivo, deixo à disposição da criança materiais de pintura corporal para atividades lúdicas, as quais eu somente entro como um “guia” da brincadeira. As atividades podem tomar rumos inesperados, porque cada criança demonstrará um interesse específico em representar algum personagem, ou fantasiar algum momento específico que faça sentido para ela.

Voltando às técnicas de gerenciamento descritas por Correa (2013), o Controle de voz, é a técnica onde se tem alteração controlada do volume, tom e ritmo da voz, utilizada para influenciar no comportamento infantil, tendo como objetivos atrair a atenção da criança quando esta não está atenta às orientações, ou quando a criança que está evitando o tratamento colabore e estabelecer autoridade, evitando comportamentos negativos. Frases comuns utilizadas são: “Olhe para mim, preste atenção...”. Esta abordagem é indicada para crianças que tenham a linguagem desenvolvida, sejam desatentas e não cooperativas. Ou seja, é contraindicada em crianças que não podem compreender devido à idade, imaturidade emocional, ou que fazem uso de medicamentos. É muito importante que toda instrução seja passada de forma clara e concisa, para que a criança não cooperativa receba os comandos de forma dócil e assim ser estabelecido um guia de comportamento. Deve haver uma harmonia entre tom de voz, expressões faciais e corporais e os dizeres do profissional. Crianças a partir dos três anos de idade já apresentam a linguagem desenvolvida e podem ser manejadas por meio deste processo.

A distração é uma técnica que consiste em mudar atenção do paciente de alguma situação desagradável, podendo ser utilizada com qualquer pessoa, sem contraindicações. Para utilizar a técnica, é simples, chama-se atenção da criança a algum assunto interessante para ela por meio da conversa. Assim, ela perde o foco do procedimento. Este momento é perfeito para contar histórias, cantar, ou mesmo permitir que a criança use o telefone para assistir vídeos ou jogar jogos. Esta técnica eu emprego sempre, pois na maioria das consultas eu utilizo este recurso de contação de histórias.

A comunicação não verbal engloba o reforço e condução do comportamento infantil por meio do contato, postura e expressão facial. Segundo Correa (2013) esta técnica é utilizada para aumentar o efeito das outras técnicas, para ganhar ou mesmo manter a cooperação da criança

durante o atendimento, não tendo contraindicações. Podemos transmitir por meio da expressão facial um olhar ou gesto de agrado ou desaprovação. Afagos na cabeça é um exemplo de comunicação não verbal que promove um vínculo afetivo entre paciente e profissional.

A modelagem é a técnica onde o aprendizado acontece por meio da observação, onde uma criança apreensiva assiste outra criança já condicionada sendo tratada pelo profissional, desta forma a criança pode adquirir novos padrões de comportamento e reduzir os indesejáveis. Este tipo de aprendizado é muito útil e interessante, podendo ser utilizada em qualquer paciente. Grande parte do aprendizado e desenvolvimento infantil é baseado na imitação dos outros, ou seja, por meio de vivências no meio social. Na modelagem a criança-paciente aprende a se comportar imitando os padrões comportamentais da criança-modelo. Este modelo, pode ser alguém da mesma faixa etária ou de grande prestígio, a mãe, irmão, pai, amigos ou outro membro da família. Vale lembrar que o modelo escolhido deve se comportar bem, devemos evitar colocar nesta posição um paciente ansioso ou mesmo medroso.

Figuras 7 e 8 - A. de dois anos de idade em sua primeira consulta acompanhada pela irmã V. de quatro anos de idade, a “modelo” da técnica empregada: Modelagem.



Fonte: Arquivo pessoal.

Tendo compartilhado as técnicas de gerenciamento que mais utilizo, ainda compartilharei meus sete relatos clínicos, com crianças de idades diferentes, onde empreguei recursos lúdicos de forma a gerenciar o comportamento infantil e executar o tratamento odontológico proposto. Porém, antes de compartilhar estes relatos com vocês, acho importante fazer uma breve revisão teórica do desenvolvimento infantil, desde a vida intrauterina até a primeira infância, a fim de contextualizar pontos importantes do desenvolvimento humano, bem como a importância do odontopediatra nos cuidados básicos da saúde oral na infância.

Figuras 9 e 10 – Material gráfico com orientações sobre saúde bucal e “slime” feito por mim para oferecer como Reforço Positivo em consulta.



Fonte: Arquivo pessoal.

## **CAPÍTULO 2 – A importância da boca no desenvolvimento infantil**

### **2.1 O crescimento e desenvolvimento Infantil**

O ciclo da vida inicia com a fertilização de um óvulo pelo espermatozoide (células sexuais feminina e masculina). A partir daí, o zigoto, ou célula-ovo, sofrerá transformações e mitoses celulares até se tornar um embrião, por conseguinte um feto, e quando completamente desenvolvido, se tornará um bebê apto ao nascimento para vida externa, fora do aconchego do útero da mãe, mas ainda totalmente dependente de seus cuidados e presença física tanto para seu crescimento, quanto para seu desenvolvimento saudável (CORREA, 2013, p. 2).

Muitas pessoas não sabem, mas apesar de coexistirem, existe uma grande diferença entre crescimento e desenvolvimento do ser humano. Quando falamos do crescimento em si, se diz respeito a um processo meramente biológico de multiplicação celular, o qual resulta gradativamente no aumento de tamanho corporal. Já o desenvolvimento possui um conceito mais amplo de transformação, pois trata-se de um processo contínuo e dinâmico. O desenvolvimento vincula características genéticas, envolvendo não só o aprendizado, como ainda a maturação, inserida dentro de um contexto psicossocial (BEE, 1984). Ou seja, o desenvolvimento acontece em fases, e cada fase da criança é atrelada à maturação do sistema nervoso central e influenciada pelo meio em que está inserida, pois o ambiente em que a criança se encontra, como ela é tratada e alimentada, influencia diretamente tanto em seu crescimento, quanto em seu desenvolvimento (KLINGBERG; BROBERG, 2007).

A psicologia do desenvolvimento humano possui um campo teórico muito vasto e multifacetado, com diversos conceitos, autores e respectivas perspectivas. É importante compreender que cada conceito de desenvolvimento elegeu um aspecto a ser sistematizado, podendo ser cognição, motricidade, psicosexualidade etc. e que também enfatizam algumas características, que podem ser biológicas, culturais ou da unidade biopsicossocial (BARRETO, 2013).

O desenvolvimento humano ocorre em diferentes dimensões de forma integrada a toda existência, e pode ser iniciado antes da própria concepção, devido às influências de expectativas familiares (MARCHIONI; GALLI; GALLO, 1998), pois é produto da interação contínua da hereditariedade com o meio em que se vive, o que implica em imensuráveis influências, incluindo também a vida intrauterina, experiências de ordens sensoriais e, também, os eventos físicos (DAVIDOFF, 1983).

Atualmente há uma preocupação dos profissionais com a vida intrauterina e os primeiros anos de vida, e existe uma contribuição significativa na psicologia sobre o psiquismo fetal, o estado psicológico das gestantes e as singularidades da primeira infância (BARRETO, 2013). Para o profissional da área de saúde, é de suma importância conhecer cada etapa do desenvolvimento do ser humano, desde a vida intrauterina até a vida adulta e suas respectivas abordagens psicológicas. É importante também ter clareza de que mesmo tendo conhecimento sobre as fases de desenvolvimento, deve atentar-se ao fato de que existem, como já foi mencionado acima, desenvolvimento biológico (crescimento corporal) e desenvolvimento psicológico (maturidade psicossocial), portanto a abordagem com o paciente deverá ser sempre personalizada.

O bebê cresce e se desenvolve no período em que se encontra dentro do útero. E quando falamos do desenvolvimento do sensível, podemos falar sobre o sentido do tato. Na vida intrauterina o sentido do tato existe do início ao fim da gestação, por isto após o nascimento ele é o sentido mais aguçado no bebê. A pele é o maior e mais sensível órgão de nosso corpo, nos envolve por completo e exerce inúmeras funções vitais. O primeiro sistema sensorial a ser desenvolvido no embrião humano é o sistema tátil e, coincidentemente, também é o primeiro a se tornar funcional em todos os espécimes já pesquisados até o momento. O recém-nascido encontra-se em um estado de “recepção sinestésica”. Isso quer dizer que ele se encontra programado para sentir e viver o mundo de forma visceral. Ele vai desenvolvendo outras habilidades e sentidos de acordo com sua evolução natural progressiva (SPITZ, 1954). Os primeiros meses após o nascimento podem ser considerados como continuação deste estado

intrauterino, por isto é importante que a mãe ou cuidador embale, ou segure o bebê no colo em intervalos de tempo regulares, assim as necessidades dos sentidos sinestésicos e musculares serão satisfeitas (HALLIDAY, 1948).

O mundo do bebê está limitado às suas necessidades corporais, por isto é importante que a mãe lide com o bebê de modo físico, pois assim falará em sua “linguagem”, ou seja, por meio do contato, do calor do corpo, do embalo, da segurança do colo. Este contato com o corpo da mãe, a forma de como o bebê é tocado exerce função importante no contínuo desenvolvimento do bebê, pois ele entende e diferencia o toque cheio de amor do simples toque, porque neste caso, o toque é a mensagem. E é importante que estas mensagens sejam amorosas e tranquilizadoras. Quando a estimulação cutânea é inadequada, a criança sofre de um defeito no desenvolvimento integrativo de seu organismo como ser humano, devido a uma falha na experiência do amor, que pode afetar tanto seu desenvolvimento fisiológico quanto psicológico (MONTAGU, 1988).

Todo esse cuidado com o bebê irá afetar sua vida futura, sua autoestima, relações interpessoais, a visão que ele terá de si mesmo, dentre outras (WINNICOTT, 2000), pois o toque é fundamental para o desenvolvimento e comportamento do ser humano. O tato é nosso primeiro meio de comunicação, é origem dos olhos, ouvidos, nariz e boca, e dependendo do tipo de estimulação ambiental que o indivíduo recebe, este sentido continua se desenvolvendo com a idade, de forma única e singular. A estimulação da pele do bebê por meio do tato o capacita a sair de sua pele; é, portanto, um ato de libertação (MONTAGU, 1988). Em complemento, podemos também dizer que tato, diferente da visão e da audição, trabalha com nossa própria subjetividade mais do que qualquer outro sentido, pois nos permite sentir coisas dentro de nós (LEVITSKY, 1975).

No primeiro momento da vida do neonato tudo é processado pela região oral, que é a região mais importante para se estabelecer o relacionamento entre mãe e filho, que ocorre durante a amamentação, que é a “obrigação” mais importante na vida do recém-nascido. Os lábios possuem milhares de terminações nervosas sensoriais e podem ser considerados como zona erógena, pois são estruturas que conferem prazer ao bebê mesmo antes dele nascer; como exemplo, alguns bebês sugam o dedo ainda dentro do útero da mãe (MONTAGU, 1988).

Amamentar no seio traz incontáveis benefícios à saúde e ao desenvolvimento do bebê e para a mãe. As funções vitais do bebê compreendem em: sucção fisiológica (reflexo primitivo que pode ser observado antes mesmo do nascimento, como mencionado acima), deglutição e respiração (ROSS, 1957).

O reflexo de sucção é acentuado até o quarto mês de vida, e gradualmente vai sendo reduzido. Existe a hipótese de que este reflexo ainda pode se manter presente de forma suave até a idade em que as estruturas periorais (conjunto neuromuscular) tenham se adaptado aos movimentos coordenados de comer e beber, o que geralmente ocorre em torno dos dois anos de idade (SUBTELNY, 1973).

A sucção do bebê pode ser classificada entre nutritiva e não nutritiva. A nutritiva compreende ao ato de sucção do bebê durante sua alimentação, seja ao seio da mãe, seja pela mamadeira, ou mesmo ambos. A sucção não nutritiva refere-se ao ato de sugar objetos ou dedos sem fins nutricionais; como por exemplo a chupeta, dedo polegar ou mesmo outros dedos (NGOM et al.,2008).

O ato de sucção é um ato prazeroso para o bebê, promove satisfação, supre as necessidades psicoemocionais, servindo como válvula de escape, permite a liberação de endorfinas e conseqüentemente relaxamento (BEE, 1997). Todos estes benefícios mencionados pelo ato de sucção são alcançados apenas com o aleitamento materno, pois a amamentação é um ato físico e emocional. Não somente pela nutrição e imunidade que o leite materno provê ao bebê, a amamentação no peito permite o contato caloroso com o corpo da mãe, permite momentos que constroem o relacionamento entre mãe e neonato. O contato e a segurança da criança sendo alimentada ao seio é extremamente importante ao desenvolvimento do bebê, que aprende a diferenciar o cheiro do seio de sua mãe de outras mulheres, e essa capacidade pode ser considerada com um mecanismo de sobrevivência. Bebês que se alimentam com mamadeira não são capazes de fazer a mesma distinção (PAPALIA, 2006).

O hábito de sucção não nutritiva pode persistir em algumas crianças por muitos anos, alguns permanecem com este hábito até a fase adulta, e existem algumas teorias que explicam a causa desta persistência. É importante que o profissional saiba reconhecer e orientar os responsáveis a respeito dos hábitos de sucção não nutritivos.

A Teoria da Função Perdida baseia-se no fato de sucção insuficiente ou inadequada nos primeiros vinte quatro meses de vida. O grau de saciedade dos bebês está ligado à atividade de sucção, mas mesmo após a mamada, a criança ainda pode manter um desejo excedente pelo ato de sugar. Toda criança nasce com este instinto de sucção, o que muda é a intensidade dele entre cada criança. Quando, por algum motivo, a criança não faz aleitamento materno exclusivo (recomendado é até o sexto mês de vida), ou faz uso de mamadeiras que exigem menor esforço da mamada, por permitir liberação de um fluxo maior de leite, a criança acaba por se alimentar mais rápido comparado à mamada no seio, que exige mais esforço e tempo. Assim, fica um

excedente do desejo de sucção para promover satisfação no bebê, e, para saciar este desejo, o bebê procura por algum substituto, como por exemplo o dedo, ou a chupeta, quando ofertada pela mãe ou cuidador responsável (KLACKENBERG, 1949).

Já na Teoria Psicanalítica proposta por Freud, o primeiro estágio de desenvolvimento psicológico do ser humano, conhecido como Fase Oral que ocorre no primeiro ano de vida, e tem como força motriz a zona da região oral. Quando falamos de força motriz, se entende como uma força que motiva o comportamento da criança, como uma pulsão ou libido. Esta pulsão aparece como desejo de sucção, e quando a criança suga no seio da mãe, ela satisfaz esse desejo e sente prazer. Se a criança for amamentada no seio, esta pulsão vai desaparecendo ao longo do crescimento da criança. Se a criança faz uso majoritário de mamadeira, a fome pode ser satisfeita, mas o desejo não, daí pode surgir o desejo de sucção não nutritiva (CORREA, 2013).

A Teoria Comportamental alega que acontece na mente da criança uma associação dos momentos de alimentação (onde há o movimento de sucção) a eventos agradáveis, pois a mãe o pega no colo para dar a mamada. A criança também pode associar o hábito de sucção de dedo a outras situações como alimentação (neste caso ingestão de alimentos), calor, segurança, atenção dos pais e à renúncia de agressão, e sendo o efeito desta conduta gratificante, o hábito poderá se repetir, podendo se formar um padrão de conduta adquirida. Nesta teoria, este ato, portanto, é um hábito aprendido, e depende do prazer gerado do ato de sugar, que começa de forma consciente e, devido à repetição, acaba se tornando um hábito inconsciente (CORREA, 2013).

Existe uma tendência natural da criança em abandonar o hábito de sucção, seja do dedo ou da chupeta, de acordo com o aumento da idade, que gira em torno dos dois anos. Em casos em que a criança persiste com o hábito, na idade entre três e quatro anos, dependendo da criança, já é possível “negociar” a remoção no hábito a partir de diálogos. Nesta fase a criança já possui maturidade para compreender e aceitar melhor as condutas necessárias impostas pelos responsáveis ou pelo profissional que faz o acompanhamento dela. Existem diversas técnicas, que não serão mencionadas aqui, para remover o hábito de sucção não nutritiva da criança. Vale salientar que este hábito é considerado deletério, ou seja, causa prejuízo para criança, e se não for removido na época correta pode causar deformação na arcada dentária de forma definitiva, ou seja, a não resolução fisiológica desta deformidade (CORREA, 2013).

Todo ser vivo merece ser tratado e cuidado com amor e respeito. Quando somos tocados e acariciados de forma amorosa e delicada, aprendemos a tocar e acariciar da mesma forma. Nos primeiros meses de vida, através do toque, a mãe passa a mensagem ao bebê de como ele

aprenderá a ser. O respeito e o cuidado reverberarão positivamente à medida que a criança se desenvolve. O sistema afetivo entre a mãe e a criança acontece em quatro fases (HARLOW, 1960). Na primeira fase o bebê encontra-se em um estágio reflexo, por isto ele reage de forma automática aos estímulos da mãe, dura alguns meses. A segunda fase é a de vinculação afetiva, ela inicia-se cerca de trinta minutos após o parto, mas só ficará evidente no comportamento do bebê a partir do segundo ou terceiro mês de vida, porque é quando ele começa a demonstrar o afeto voluntário a partir de sorrisos e aconchegos. A terceira fase é o estágio de segurança e acontece após o início da segunda fase, também é conhecida como a fase de ansiedade dos seis meses, e a quarta e última fase é o estágio da independência. Essas vivências e trocas entre mãe e filho são cruciais para o desenvolvimento infantil. Os pais muitas das vezes são privados de ter estas vivências com os filhos devido a inúmeros fatores, principalmente sociais, e é por isto que em nossa sociedade a maioria das crianças se identifica mais fortemente com a mãe.

É importante que pai e mãe acompanhem a criança na primeira consulta odontológica, para que ela se sinta segura. Algumas crianças podem sentir-se ansiosas ou com medo do desconhecido na primeira consulta, por isso o toque carinhoso do profissional é fundamental para o condicionamento infantil. A topografia (tipo do toque) e seu contexto afeta as respostas do paciente (MONTAGU, 1988).

Na primeira infância a comunicação é multissensorial. Para o profissional é desafiador estabelecer comunicação com o infante, por isso é importante que este se comunique não só com a voz, como ainda na postura, no toque cuidadoso para dessensibilizar, na expressão facial de forma que transmita segurança e tranquilidade. O bebê recém-nascido deve ser levado para consulta odontológica para que o odontopediatra faça o exame de cavidade oral; depois deste primeiro contato, o bebê estando saudável, deverá retornar para uma nova consulta a partir do nascimento do primeiro dente para orientações preventivas. Da mesma forma que os pais constroem diariamente um relacionamento afetivo com o bebê, é possível construir um relacionamento positivo com o profissional com consultas sucessivas, desta forma o bebê aprende a relacionar as visitas ao dentista a uma experiência agradável.

Figura 11 e 12 - Primeira consulta de bebê de dois anos, na presença dos pais. Criança explorando o ambiente, se sentindo segura.



Fonte: Arquivo pessoal.

## **2.2 A vida intrauterina e o papel fundamental da boca no desenvolvimento humano**

O bebê é um ser inteligente e sensível antes mesmo de nascer. Possui traços de personalidade próprios, e sua vida emocional e afetiva tem vínculo à sua experiência relacional com a mãe, estando os dois unidos em perfeita comunicação não só fisiológica como ainda empática, já que consegue captar os estados emocionais da mãe e a disposição afetiva dela para com ele. Estas percepções são possíveis porque o bebê não possui somente um desenvolvimento biológico, mas também um desenvolvimento emocional por meio dos órgãos dos sentidos (VERNY, 1993). Após o nascimento, estes laços podem ser estreitados e reforçados de acordo com o relacionamento entre mãe e filho, e o desenvolvimento desta relação, como já foi mencionado antes, além de influenciar, poderá delinear o desenvolvimento do perfil psicológico da criança até a sua vida adulta.

A boca possui papel fundamental na vida do ser humano começando já na vida intrauterina. Aí você me lança um questionamento: mas o bebê não é “alimentado” por meio do cordão umbilical? Como a boca pode ter alguma função nesta fase se todos nutrientes e oxigênio são providos da mãe por este cordão? Bom, no capítulo anterior, eu os informei sobre esse instinto vital de sugar que o bebê possui, e que ele não é só importante para alimentação, como ainda para satisfação do bebê, tanto que, elucidei três teorias que explicam o motivo de algumas crianças não perderem este hábito, que é conhecido como sucção não nutritiva. Dentro

do útero a boca abre-se pela primeira vez aproximadamente no vigésimo oitavo dia após a concepção. Com doze semanas o bebê pode deglutir, sorrir e sugar o próprio dedo a partir de reflexos congênitos. Estas ações trazem não só conforto como equilíbrio emocional ao bebê, por isto é importante entendermos que a boca é o meio que o bebê conhecerá o mundo, é dotada de incrível sensibilidade e terá funções específicas para cada fase de desenvolvimento (CORREA, 2013).

A embriologia estuda o desenvolvimento do embrião, a partir da sua fecundação. Confesso que durante a graduação de odontologia, era uma das minhas disciplinas favoritas. É encantador a formação e o desenvolvimento de cada estrutura do nosso corpo. A boca começa a ser formada lá pela quarta semana de vida, visualmente é apenas uma demarcação, uma pequena depressão de onde surgirá uma das estruturas mais importantes para nosso desenvolvimento, e nesse estágio recebe o nome de boca primitiva ou estomódio. À medida que o feto cresce e sua cabeça aumenta de tamanho, o estomódio se rompe, dando origem à faringe. Ao redor desta estrutura temos os arcos faríngeos ou branquiais, estes darão origem às estruturas da cavidade oral como mandíbula, maxila, língua, musculatura etc. O músculo que origina a língua advém do primeiro arco branquial (mandibular), e sua acomodação permite acontecer a formação do palato, por volta da sexta semana; o palato separa a cavidade oral da cavidade nasal nos mamíferos, conhecemos popularmente como “céu da boca”. Ele é muito importante, pois permite que nós consigamos comer e respirar ao mesmo tempo (ENLOW, 1993). Em crianças com má formação podem ser acometidas por fendas labiais à palatais, com diversos graus de severidade, podendo comprometer a saúde e o desenvolvimento da criança. Nestes casos é necessário intervenções por meio de próteses que separam as cavidades até que seja possível ser feita a cirurgia reconstrutiva reparadora. Com a fenda labial ou mesmo as cavidades interligadas, o bebê não consegue sugar de forma efetiva, portanto não se alimenta bem, não satisfazendo suas necessidades fisiológicas e emocionais. Com a formação do palato, o bebê inicia sua primeira função tátil, ao movimentar a língua em direção a ele.

Por volta da sétima semana de vida, o embrião já possui o esboço de como será sua face. Entre a décima quarta e trigésima segunda semana, reflexos respiratórios, reflexos de deglutição e regurgitamento são desenvolvidos. A musculatura da região orofacial (boca e face) possui responsabilidade vital para o bebê após seu nascimento, já que todas essas funções desenvolvidas na vida intrauterina nas semanas acima citadas vão se estabelecer e se acomodar de acordo com o posicionamento mandibular e postura da língua, que por sua vez permitirá

liberação das vias aéreas. Para correto posicionamento da mandíbula e da língua, é crucial a pega correta do mamilo durante a amamentação no seio (CORREA, 2013).

Durante o crescimento e desenvolvimento do bebê na vida intrauterina ele começa a desenvolver os sentidos. O primeiro deles é o tato que permite que ele não se sinta isolado e tenha uma percepção do útero não só pela pele que o reveste, mas também com a extensão atribuída pela cavidade oral. Após o nascimento a boca será seu primeiro contato com o mundo, protagonista de seu desenvolvimento, pois apresenta altíssimos níveis de funções sociomotoras integradas (CORREA, 2013). Segundo Freud, a fase oral é atribuída ao desenvolvimento psicológico do ser humano, sendo esta do nascimento até os 18 meses de vida. Nesta fase, o bebê sente muito prazer na região oral, por isto suga, morde e mastiga tudo que toca.

### **2.3 As necessidades do bebê após o nascimento**

Após o nascimento o bebê possui três necessidades básicas, sendo elas: oxigênio, alimento e afeto. Todas estas necessidades são supridas usando a boca como elemento central, que é um sistema ativo e que permitirá que o bebê estabeleça seus primeiros vínculos com o mundo (RIBBLE, 1975). A boca e a face iniciarão as funções perceptivas do bebê, que se desenvolverão para acompanhá-lo o resto da vida, já que a região orofacial é o local onde mais se concentra funções sociomotoras integradas. O sistema nervoso do bebê precisa ser estimulado para que ele se desenvolva, e a amamentação, por meio do ato de sugar, permite que esta interação neural comece a ser desencadeada. Quando o lábio inferior do bebê toca no mamilo do seio materno existe um estímulo neural, que permite a manifestação de três reflexos. O primeiro deles é a movimentação, pois o bebê movimenta a face para o lado de onde veio o toque. Ao tocar o mamilo no lábio, o bebê virará a cabeça e abrirá a boca para colocar o mamilo dentro dela. O segundo reflexo acontece quando o mamilo toca o palato, que é quando se inicia o movimento de sucção, que ao comprimir a região resultará na saída do leite materno. O terceiro reflexo espontâneo é o da deglutição, que geralmente acontece após três sucções, quando a boca se enche de leite. De acordo com o desenvolvimento do bebê, o ato de sugar se tornará mais fácil e será ligado a outras atividades sensoriais; a partir de dois meses de vida, o bebê já mostra atividade ocular mais intensa, ao olhar e acompanhar os movimentos da mãe, e a voz da mãe também começa a ser reconhecida e associada ao ato de mamar, que é um momento muito prazeroso e que permite o bom desenvolvimento neural (CORREA, 2013).

A respiração do recém-nascido é superficial e irregular. O ato de sugar de forma adequada, com movimentos ritmados, permitirão que haja um desenvolvimento gradativo da plenitude respiratória. O oxigênio é vital para a maturação das células nervosas (que precisam

mais de oxigênio que uma célula não neural) e, por isto que, amamentar no seio influencia tanto no desenvolvimento neurológico do bebê. Durante a amamentação, cerca de vinte músculos orofaciais são recrutados para esta atividade (CORREA, 2013).

O tato, a visão e audição do bebê vão se tornando integradas às atividades exercidas pela boca, e juntas vão se desenvolvendo e o bebê começará a agarrar com as mãos para morder, pois é assim que ele explorará o mundo nesta etapa. Tudo será agarrado e levado à boca.

Outra etapa importante do desenvolvimento humano é o ato de sorrir. O sorriso é um instrumento extremamente poderoso e valoroso, pois implica na sobrevivência, ao produzir alegria ele mantém o relacionamento próximo da mãe com a criança. Nas primeiras semanas o sorriso ainda não é usado de forma proposital, é considerado sorriso espontâneo ou reflexo, pois são descargas espontâneas do sistema nervoso central. Ocorrem com maior frequência durante estados de sono *REM* (movimentos oculares rápidos). Por volta da terceira semana de vida, podem ser observados os primeiros sorrisos “verdadeiros”, e entre o primeiro e terceiro mês, ocorrem mudanças nestes sorrisos, que passam a ser reativos às interações lúdicas humanas (VERNY, 1993).

O riso é a versão do sorriso mais elaborada, envolve o desenvolvimento cognitivo do bebê. Este será resposta a estímulos externos provocados por interações com novas situações. Sob a ótica comportamental, o riso poderia surgir até mais cedo do que comumente ocorre porque os padrões de características do riso e do choro já existem no recém-nascido, e o fato dele não aparecer antes, pode estar ligado a limitações no desenvolvimento das esferas cognitivas e/ou motivacional. Quando bem pequenos, os sentimentos e comportamentos dos bebês são baseados no “tudo ou nada” (MCGHEE, 2001).

Com o crescimento e o desenvolvimento do bebê surgem novas estruturas primordiais para o desenvolvimento biológico e social do ser humano: os dentes. É por meio da primeira dentição que a criança poderá enriquecer sua dieta com novos alimentos, desenvolver sua face ao mastigar alimentos mais duros ou resistentes, desenvolver a fala e a percepção estética de si. O nascimento dos primeiros dentes precisa de muita atenção dos pais ou cuidadores. É uma fase em que o bebê passará por novas experiências e manifestações sistêmicas que poderão interferir no comportamento da criança. Excesso de salivação, nervosismo, febre, coriza, diarreias, provocam desconforto, deixando o bebê irritado e mais propício ao choro. Nesta fase, é possível, com atitudes simples, ajudar o bebê a superar estes desafios.

A sugestão dada por mim em meu consultório é a seguinte: precisamos aliviar os sintomas para ajudar o bebê a lidar com esta fase da melhor maneira possível. Um exemplo é o

uso de mordedores. O mordedor é muito interessante, pois ao morder, o bebê poderá descarregar suas tensões e aliviará o desconforto. É interessante também oferecer mordedores gelados, o frescor alivia o desconforto e a irritação na mucosa gengival causada pela erupção dental. Importante lembrar que o bebê não sabe diferenciar o morder em um objeto ao morder em uma pessoa, pais ou cuidadores devem estar atentos para a evolução do processo de morder para ensinar e corrigir algum comportamento inadequado para convivência social. O bebê com doze meses de vida já consegue perceber consequências de ações, por exemplo, se ele empurra um brinquedo da mesa o brinquedo cai e faz um som ao cair. Se por acaso morder alguém, e o alguém demonstrar insatisfação com a mordida, ele é capaz de aprender que morder pessoas não é algo legal pela reação negativa da pessoa que foi mordida. O ato de morder deve ser supervisionado, mas não é garantia de controle. O bebê mesmo aprendendo que “morder pessoas não é legal”, ainda assim pode manter o hábito quando tentar chamar atenção dos adultos, ou tentando imitar outros bebês. Os bebês sempre estão tentando tornarem-se independentes, isto faz parte do crescimento, e morder é um meio que ele pode usar para mostrar domínio e conseguir o que se quer diante de outros bebês. A frustração é cotidiana no desenvolvimento do ser humano, e por muitas das vezes os bebês podem não conseguir expressar com clareza seus sentimentos, por isso podem se comunicar nestes momentos com mordidas, tapas ou empurrões (CORREA, 2013).

Figuras 13 e 14 - Primeiro atendimento da O., com 1 ano e 5 meses, segurando o brinquedo pedagógico oferecido em consulta.



## **2.4 A importância da boca no desenvolvimento da criança**

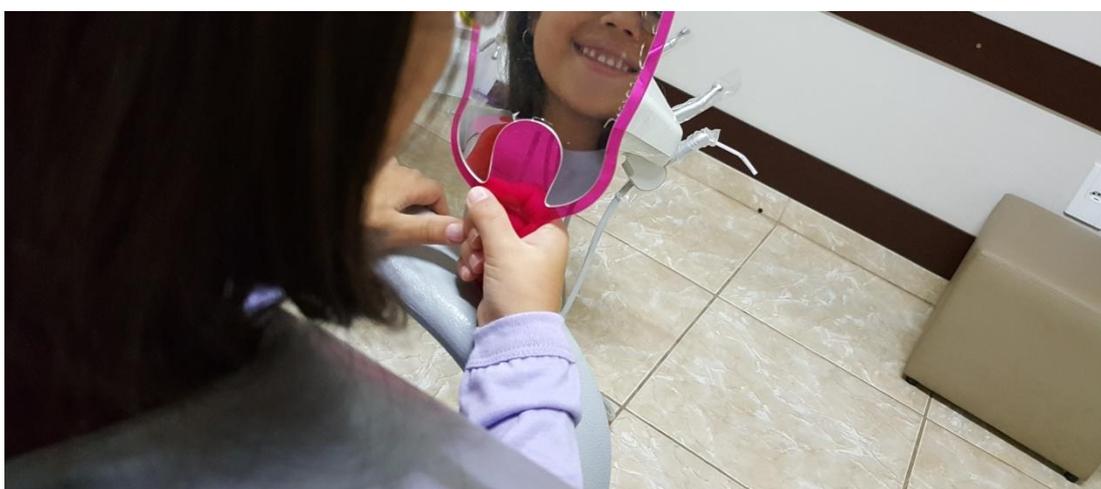
A boca na infância tem função fisiológica e psicoemocional. As expressões faciais de alegria, raiva, tristeza, medo são reconhecidos pelas crianças em pessoas, fotografias e desenhos. As crianças também possuem capacidade de expressarem suas emoções por meio da mímica facial, quando contente esboçando um sorriso, quando contrariada franzindo a testa e fazendo bico, dentre outras; e por meio da fala com a comunicação verbal (SANTROCK, 2004). Por volta dos quatro anos de idade, a criança já possui um vasto vocabulário para estabelecer uma comunicação coerente (CORREA, 2013).

Nesta idade e contexto, os dentes decíduos já estão presentes na boca, e possuem importância fundamental para o desenvolvimento da cavidade e da fala, já que muitas consoantes dependem da existência dos dentes para serem pronunciadas. Os dentes também são importantes para correta mastigação e absorção de nutrientes, o que é diretamente ligado ao desenvolvimento fisiológico da criança, e claro, são usados na comunicação para expressar diversos sentimentos. Uma criança até seis anos de idade pode sorrir em condições normais uma média de trezentas vezes ao dia. E isso é muito importante, pois sorrir é um ato extremamente saudável para o organismo já que afeta positivamente em diversos aspectos físicos e mentais. Existem diversos profissionais da área da saúde que fazem uso dos benefícios do riso como meio terapêutico. Dr. Hunter “Patch” Adams foi o médico pioneiro em empregar uma “terapia do riso” para auxiliar no tratamento de enfermos. E o sucesso desta terapia inusitada, envolve o profissional se fantasiar de “palhaço” (que nada lembra a figura tradicional do médico) e proporcionar ao enfermo experiências divertidas no ambiente hospitalar, por meio de brincadeiras e gargalhadas. E o riso de fato funciona, pois proporciona alívio, relaxamento muscular, diminuição de hormônios estressantes, melhora da resposta imunológica, reduz a sensação de dor, favorece atividade cardíaca e a respiração (CORREA, 2013).

Existe uma velha expressão popular que diz que sorrir é o melhor remédio, eu concordo plenamente, e acrescento que o órgão responsável por esta atividade prazerosa necessita de cuidados especiais para que possa exercer todas as suas funções de forma satisfatória. Sorrir com uma boca saudável é diferente de sorrir com uma boca adoecida, acometida pela doença cárie, por exemplo, que além de causar dor, pode também destruir os elementos dentais e causar sérios prejuízos na mastigação, na fala e na vaidade do indivíduo. Falar sobre o sentimento de vaidade é muito importante, principalmente quando se trata da criança, pois este é manifestado assim que a criança se reconhece e se entende como uma “criança bonita”.

A criança sabe reconhecer elogios e isso é muito importante para seu desenvolvimento social, e a estética facial está diretamente ligada à boca e os dentes. Em um primeiro momento, a criança relacionará seus conceitos de beleza a roupas, acessórios, corte de cabelo, dentre outros, mas assim que amadurece a percepção de si, ela começa a estabelecer valores ligados a sua estrutura física, e é aí que os dentinhos entram, pois começam a integrar no conceito de autoestima da criança.

Figura 15 - Espelho de mão sendo utilizado em consulta para estimular os cuidados com os dentes, evidenciando a importância de um sorriso bem cuidado.



Fonte: Arquivo pessoal.

A autoestima infantil deve ser estimulada pelos pais ou cuidadores por meio de elogios diários, comentários positivos e cuidados pessoais como a higiene. O emocional da criança é manifestado majoritariamente pela boca, por isto a importância dos responsáveis em não só manter a saúde bucal da criança, como ainda em ensiná-la a ter cuidados especiais com os dentes, para que ela entenda que se cuidar é se amar, e se amar é uma maneira de se integrar no conceito de autoestima, é uma forma saudável de estar no mundo.

## 2.5 A doença Cárie

A cárie dentária é definida como uma doença dinâmica, multifatorial, não transmissível, sendo mediada pelo biofilme e modulada pela dieta, resultando na perda de minerais dos tecidos duros do dente. O biofilme é um consórcio de microrganismos que se aderem à superfície dentária, estando envoltos por uma matriz polimérica extracelular. Esta doença é determinada por fatores biológicos, comportamentais, psicossociais e ambientais. É considerada como a doença crônica não transmissível mais prevalente em todo mundo, podendo se manifestar ao

longo de toda vida do indivíduo: bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos (PITTS et al., 2019). O biofilme também pode ser chamado pelo termo clínico placa dentária.

As lesões de cárie acontecem quando vários fatores coexistem. Exemplificando de forma simples, em uma dieta rica em açúcares com higienização precária da cavidade oral, os dentes estarão mais propícios a sofrerem desmineralização do esmalte, que é a perda de minerais devido aos ácidos provenientes de alimentos e dos metabólitos do biofilme. Esta perda de minerais, será contínua enquanto este hábito permanecer, e se não forem tomadas atitudes básicas para mudança, como higienização e controle na ingestão destes alimentos, de forma progressiva, poderão surgir lesões de cárie, que podem atingir vários estágios, desde o superficial que clinicamente é visto como uma “mancha branca” até a formação de cavitações, que podem atingir regiões mais profundas do dente. Para que quem está lendo possa entender um pouco, vou explicar de forma simples como é esta organização estrutural do órgão dentário. Primeiramente, o dente não é osso, ele encontra-se em alvéolos, que são revestidos internamente por fibras elásticas que o mantêm dentro do osso. O dente não se reconstrói nem cresce novamente se avariado como as unhas ou cabelos. Dente é um órgão vivo, composto das seguintes estruturas, de fora para dentro: Esmalte dentário – estrutura mineralizada mais resistente do corpo humano, é formada por cristais de hidroxiapatita de cálcio, é a proteção física e térmica do órgão dentário; seguido da dentina, que é uma estrutura de mineral e matéria orgânica, é mais “macia” que o esmalte, e possui poros, e é através deles que existe a sensibilização do dente, pois estes poros são continuação de túbulos que atravessam toda dentina até chegar na polpa dentária, parte centralizada do órgão, onde encontramos tecido conjuntivo, veias, artérias e terminações nervosas. A polpa é a parte viva do dente, qualquer dano à dentina ou diretamente à polpa pode gerar da sensibilidade à dor, e dependendo da severidade da agressão, pode levar à morte pulpar, “matando” o órgão dentário.

Figura 16 - Órgão dentário.



Fonte: Banco de imagens do Canva.

Somente a presença de bactérias na cavidade oral não fará mal à estrutura dentária. Como já mencionado, para que a doença cárie se estabilize é necessário que vários outros fatores estejam correlacionados. Em resumo, é necessário que as bactérias estejam organizadas em biofilme, é necessário também que este biofilme esteja aderido à estrutura do esmalte e que tenha alimentos disponíveis para estas bactérias se alimentarem e excretarem ácidos sobre a superfície, que é quando se inicia o processo de desmineralização. Para isto tudo acontecer é necessário higienização precária, pois se não há escovação, o biofilme (saliva agregada de bactérias, restos celulares e alimentares que ficam aderidos à superfície dentária) cresce e se organiza, ficando visível a olho nu (famosa placa bacteriana). A alimentação rica em carboidratos permite que sempre tenha alimentos disponíveis para as bactérias se proliferarem, e a imunidade baixa faz com que não haja anticorpos suficientes na saliva. Como já foi explicado neste texto, o esmalte é uma estrutura totalmente mineralizada, então para ser destruída é necessária uma atividade que corrompa sua estrutura, e a produção gradativa de ácidos pelas bactérias consegue este feito destruidor. A lesão cariosa aparece clinicamente como uma “mancha branca”, esta região afetada desmineraliza até comprometer a estrutura do esmalte, que é quando se forma a cavidade propriamente dita. A partir daí, com a manutenção destes hábitos nocivos, sem nenhum manejo profissional, a tendência é que a doença progrida de forma rápida, e uma vez que a lesão ultrapassa o esmalte e alcança a dentina, que não é tão mineralizada, considerada mais “macia” que o esmalte por possuir menor quantidade de mineral, a lesão pode se aprofundar e alcançar a polpa do dente, gerando inflamações na polpa e por consequência a morte pulpar. A pulpite é uma experiência dolorosa e extremamente desagradável. Concluindo este raciocínio, a cárie sendo uma doença crônica e progressiva, se o tecido contaminado não for removido e a mudança comportamental não for gerenciada, a tendência é a destruição total do órgão dentário.

A cárie na Primeira Infância, é um problema sério de saúde pública; é caracterizada pela presença de uma ou mais lesões de cárie (com ou sem cavidade), perda dentária ou superfície restaurada (tratada) em qualquer dente decíduo (dente de leite) em uma criança com menos de seis anos de idade, quando não tratada pode ter profundo impacto na vida das crianças (IAPD, declaração de Bangkok). A incidência de CPI acompanha o nível de pobreza da população, pois está diretamente ligado à saúde e alimentação precárias. A CPI tem consequências duras na vida da criança, pois aumentam o risco de novas lesões cariosas nos dentes ainda não acometidos, tanto decíduos (popularmente conhecidos como dentes de leite) quanto permanentes; aumentam o custo do tratamento, atrapalham o desenvolvimento físico, escolar e

o aprendizado, sem contar que podem ocasionar dor, afetam a estética dentária e consequentemente a postura da criança em relação ao meio onde convive. A saúde bucal integra bem-estar físico, mental e social. Uma criança acometida com esta enfermidade se encontra em sofrimento físico, psicológico e social. Dependendo da gravidade da doença (nível de destruição dentária) a autoimagem e interação social da criança são afetados de forma negativa. Crianças afetadas têm problemas para dormir, se irritam com facilidade, evitam rir ou sorrir ou falar com outras pessoas (ABANTO et al., 2011). Por isso é importante a intervenção odontológica, para que sejam restaurados não só os dentes, como ainda as interações interpessoais e a forma como a criança se vê e se apresenta no mundo.

## **2.6 Abordagem familiar diante à doença cárie**

A intervenção odontológica é um passo crucial para o reestabelecimento da saúde da criança acometida pela doença cárie, mas encontra inúmeras barreiras, principalmente dentro da família da criança. A partir da minha vivência clínica, trago a vocês algumas das dificuldades vividas ao prestar atendimento ao público infantil.

Por mais que pareça ser “difícil” atender criança, na minha opinião, o maior obstáculo são os pais/e ou cuidadores. Primeiramente porque existe uma falácia popular onde algumas crianças possuem “dentes fracos” devido à genética ou ao uso de antibióticos, ou demais medicamentos. A questão é que isso realmente é uma falácia. Não existem evidências científicas para crianças normorreativas (crianças sem doenças crônicas ou sistêmicas) apresentarem dentes naturalmente fragilizados a ponto de espontaneamente apresentarem lesões cáries. Isso serve para as acusações contra os antibióticos. Os medicamentos feitos para crianças geralmente são produzidos em formas de xaropes açucarados para facilitar a aceitação e ingestão do medicamento. Mas para que o açúcar do medicamento cause lesões cáries, a criança dependeria de várias ingestões diárias, por semanas do medicamento sem higienização da cavidade oral. E isso, obviamente não acontece. Portanto, o antibiótico não é o algoz.

Outra questão muito séria é a ingestão exagerada de alimentos açucarados e processados. Muitos pais confundem dar doces com dar carinho aos filhos. Durante a anamnese (perguntas feitas na consulta inicial a respeito da saúde pregressa e hábitos do paciente) sempre questiono sobre a ingestão de doces. Os pais ou cuidadores sempre respondem: “Ah, ele come doce demais, não sei o que eu faço.” Aí pergunto novamente: “Mas quem oferece doces à criança?” E obviamente são os próprios pais, ou avós que oferecem doces às crianças. E quando novamente questionamos o motivo pelo qual o pai insiste em comprar estes tipos de alimentos,

eles sempre me dão respostas do tipo: “Ah, você não entende, ela pede e eu fico com dó, tadinha, ela gosta tanto!” ou “Ah, na minha infância eu tinha pouco acesso a doces, e eu não quero que ela passe vontade de nada”, “Ah, ela gosta, eu quero agradar, já fico pouco tempo em casa.” Em resumo, a maioria dos responsáveis associa dar doces com dar amor. E infelizmente, eles estão adoecendo as crianças de diversas maneiras, com a falta de limites e com alimentos extremamente maléficis à saúde em geral. Eu como dentista, não gosto de criminalizar o doce, é um alimento que apesar de não ser nutritivo, é gostoso, prazeroso de se comer, mas que precisa ter limites. E os limites devem ser estabelecidos pelos pais, e não pelo dentista, que possui função de ensinar e orientar. E é importante a conscientização dos responsáveis que, por mais carinhoso que seja o ato de presentear com doces uma criança, o doce não supre a ausência, e nada tem a ver com a infância regressa do adulto. A criança que nunca experimentou o doce em refrigerantes, sucos de caixinha, achocolatados, bombons etc. não sentirá falta destes alimentos. O paladar é um sentido programável. O indicado é a introdução prorrogada e leve do açúcar na dieta da criança. Já presenciei muitos relatos onde a refeição da criança era trocada por mamadeira de leite com achocolatado. Além de não ser saudável, induz a criança a um comodismo, de um alimento rápido, fácil, que não exige esforço nenhum para ser ingerido, que por outro lado, gera outro problema no desenvolvimento facial da criança. Alimentos duros são indispensáveis para que a criança desenvolva a face ao exercitar os músculos durante a mastigação e estimular a esfoliação dos dentes decíduos (queda dos dentes de leite) para a vinda dos dentes permanentes.

Orientação e prevenção são e sempre serão o melhor remédio contra as lesões cariosas, mas nada adiantam se os ensinamentos não forem praticados em casas pelos pais, afinal de contas, a criança passa mais tempo em casa do que no consultório odontológico. É preciso identificar o papel de cada um neste contexto, para que não haja uma responsabilização exclusiva sobre o odontopediatra. Os pais ou responsáveis são os cuidadores. O odontopediatra educa, e trata quando necessário for. Que cada um execute bem sua função para que haja harmonia e saúde. Finalizamos este tema, para ingressarmos no próximo capítulo, onde falaremos sobre alguns aspectos psicológicos da criança e compartilharei com vocês relatos clínicos vivenciados por mim em minha clínica particular e abordagens lúdicas empregadas, ressaltando a importância do brincar como atividade essencial nos atendimentos infantis.

Figura 17 - O. e sua mãe, registrando os momentos da primeira consulta.



Fonte: Arquivo pessoal.

## **CAPÍTULO 3 – Práticas lúdico-teatrais na Odontopediatria**

### **3.1 Abordagem psicológica do paciente pediátrico**

Existe uma grande expectativa, não só na criança, como ainda nos pais de como será a consulta odontológica. O imaginário popular não ajuda muito, já que historicamente a ida ao dentista é associada por muitos a experiências aterrorizantes. O grau de ansiedade da criança vai depender de vários fatores, como experiências pregressas, informações distorcidas ou fantasiadas a respeito de como é uma consulta odontológica. Independente disto é muito importante que a primeira consulta seja um momento agradável, de acolhimento (da família e da criança), onde não só a criança irá conhecer o profissional, como o profissional também terá a oportunidade de conhecer a criança, colher elementos importantes para que na próxima consulta ele esteja ainda mais preparado para recebê-la, já que o intuito é a focalização integral na criança.

Existe um consenso comum entre profissionais de que o dentista que se habilita a atender crianças deve ter uma sala de espera ambientada, com decorações infantis, e o mesmo se aplica para sala de atendimento. Outro ponto, seria que o odontopediatra use EPIs coloridos (EPI – equipamento de proteção individual, como luvas, gorro, máscara, jaleco) para que não sejam associados a outros profissionais da área de saúde que usam branco. Eu concordo com este consenso. De fato, uma sala ambientada faz com que a criança se sinta mais à vontade

avistando brinquedos ou seus personagens favoritos. Correa (2013 p.155) afirma que a clínica odontológica que se propõe atender crianças deve preparar uma sala de espera infantil, com decoração alegre e brinquedos de fácil desinfecção. É importante que o local seja ambientado para receber as crianças, mas somente o espaço físico não será suficiente para uma experiência positiva na consulta odontológica. A forma que a criança irá reagir diante o atendimento está sob duas responsabilidades: a primeira da preparação dos pais e a segunda da abordagem do profissional para o gerenciamento do comportamento. Anteriormente à pandemia do novo Coronavírus, eu tinha por costume receber as crianças somente de jaleco e ir me paramentando ao longo da consulta, explicando o motivo do gorro, da máscara, dos óculos e das luvas. Assim a criança entendia o motivo da paramentação e não apresentava estranhamento ou se sentia ameaçada pela vestimenta diferente do seu cotidiano. Atualmente este primeiro contato está um pouco prejudicado, já que além de toda paramentação ainda precisamos fazer uso de *face shield* (viseira em acrílico para proteção da face); por outro lado, as crianças já se encontram familiarizadas com uso de máscaras, o que nos ajuda neste primeiro contato.

Existem condutas físicas (estabilização protetora para restrição de movimentos), farmacológicas (calmantes e sedativos) e psicológicas (reforço positivo, atividades lúdicas) para execução dos procedimentos odontológicos. As duas primeiras possuem desvantagens, efeitos colaterais físicos devido às tentativas da criança em se desvencilhar da estabilização, desconforto geral diante da situação estressante, e possíveis reações aos fármacos, mas são aceitas, descritas pela literatura e prescritas quando necessário for.

As técnicas psicológicas para gerenciamento comportamental (que já foram mencionadas anteriormente no texto) são mais demoradas, podem exigir mais de uma consulta para conseguir êxito, devem se adequar à idade de cada paciente, exigem paciência (dos pais principalmente), requerem muita dedicação e empenho do profissional envolvido e o principal: amor em cada ação. Saliento que o uso de uma conduta não exclui a outra, elas coexistem. O ideal é que condutas que fazem uso de fármacos, ou que fazem restrições de movimentos (estabilização protetora) sejam utilizadas em últimos casos, que envolvam situações extremas de não cooperação do paciente pediátrico, onde o risco da doença se sobrepõe à contundência da conduta escolhida. Mas é algo rotineiro, não prejudica a criança em nenhum aspecto, muito pelo contrário, deve ser empregado quando necessário. As condutas físicas e farmacológicas não fazem parte dos relatos a serem compartilhados, por isto não serão aprofundadas aqui. O foco nesta pesquisa são abordagens em que a arte e a ciência se encontram para um objetivo comum: promoção de saúde de forma humanizada.

### **3.2 O universo particular de cada criança**

Cada ser humano é único. Esta frase pode soar um pouco clichê, mas neste contexto, comecei com esta justamente para frisar a individualidade do ser. Por sermos únicos, construímos ao longo de nossa vida nossa própria visão de universo e nossa forma única de nos comunicarmos nele, ou seja: nosso desenvolvimento cognitivo é um processo único e individual. Neste processo passamos por mudanças sucessivas, quantitativas e qualitativas de nossas estruturas cognitivas. Constantemente estamos construindo e reconstruindo habilidades cognitivas a fim de interagirmos com o ambiente. Piaget denominou um padrão para estas construções, e este padrão está de acordo com estágios que podem estar associados a idade (PIAGET, 2003).

Para o atendimento odontopediátrico, o imaginário infantil é de extrema importância para o processo não só de compreensão, como ainda de adesão ao tratamento por parte da criança. A formação do imaginário infantil acontece paralelamente ao desenvolvimento cognitivo, tal tendência se perpetua até a última fase do ciclo da vida, por isto é tão importante a abordagem de forma cautelosa e respeitosa nesta fase, pois diante de algum trauma, ou exposição ao ambiente odontológico de forma chocante ou assustadora, a vivência desagradável ou traumática pode perdurar neste imaginário e impactar de forma significativa na saúde bucal do indivíduo em toda sua infância até sua vida adulta.

Segundo Correa (2013, p.170-71) a formação do imaginário infantil é um processo dinâmico que acontece simultaneamente ao contato da criança a fatos e objetos que a envolvem a todo o momento. Cada experiência vivenciada é representada pela criação de uma série de imagens, ou mesmo representações mentais da realidade circundante. Toda essa criação imagética é inspirada por diversos estímulos vivenciados pela criança, ou seja, experiências visuais, sensoriais, afetivas e emocionais. Neste processamento de dados coletados pelos órgãos do sentido e pela própria cognição, a criança não só aprende a ver o mundo do seu jeito único, mas também aprende a criar, imaginando possíveis situações a partir da sua visão de realidade.

Cada etapa do desenvolvimento cognitivo permite uma capacidade diferente de criação, por isso, ao longo de seu desenvolvimento, a criança se torna propensa a ser cada vez mais criativa, não excluindo ou perdendo a base imagética anteriormente criada, ou seja, ela pode acumular e reelaborar suas experiências, mantendo as características da fase mais marcante, onde a imaginação é o processo e o imaginário seu produto final. Assim, podemos dizer que o imaginário é o conjunto de imagens mentalmente elaboradas e arquivadas na memória, com inúmeras representações simbólicas do real (POSTIC, 1993).

O contato com o social permite que a criança faça a tradução mental de sua realidade para o imaginário. As representações imaginárias são um compilado de emoções, fantasias, simbolismos e memórias, que conduzem e modelam as formas que esta criança estabelecerá contato e perceberá o meio em que está inserida. Todos os mecanismos de apreender experiências vividas na infância são relacionados à aquisição da linguagem, e isto inclui o imaginário. Quando existe um atraso ou dificuldade no desenvolvimento da linguagem, existe concomitantemente um atraso na evolução dos processos imaginativos. Como exemplo, crianças com surdez parcial, ou mesmo mudas, apresentaram formas de imaginação escassas e rudimentares (VIGOTSKI, 1998), entretanto, em casos como estes, criam-se condições favoráveis para o desenvolvimento de outras formas de imaginação e comunicação não verbal (FREUD, 1972).

A imaginação é extremamente importante não somente para o desenvolvimento como ainda para o comportamento do ser humano, pois se trata de uma condição essencial para toda e qualquer atividade mental. Desta forma, quanto mais estímulos a criança possui, quanto mais ouve, vê, e vivencia inúmeras experiências proporcionadas pelos familiares e consequentemente pelos elementos do ambiente que está inserida, maior é a possibilidade de ela ampliar e assimilar o saber. Por ser uma atividade complexa e totalmente dependente das fases de desenvolvimento, das experiências e do interesse da própria criança em estar disposta a se relacionar com o meio, é muito importante que a criança seja estimulada de forma positiva, contínua e constante.

As relações entre imaginação e realidade são estabelecidas a partir de quatro condições: a primeira é que todo resultado da imaginação é composto a partir de elementos reais, a segunda é que a experiência em si é apoiada na imaginação para que possa interpretar a realidade. A terceira condição diz que a relação existente entre imaginação e realidade sofre interferências alternadas de caráter emocional, ou seja, hora o emocional influenciando na atividade imaginativa, ora a imaginação influenciando no emocional. A quarta e última condição diz que quando a imaginação é cristalizada sob determinadas obras ou objetos, podem provocar alterações na realidade, sendo capaz de construir algo totalmente novo, que nunca nem existiu nas experiências vividas pelo indivíduo, ou mesmo corresponda com algo existente na realidade (VIGOTSKI, 2009).

Cada etapa ou fase do desenvolvimento infantil compreende um nível evolutivo de desenvolvimento do imaginário, que por sua vez depende das experiências e fantasias que gradativamente vão sendo criadas e consolidadas de forma única e original. De acordo com a

consolidação desta primeira etapa, que é operacional e abstrata, é iniciado o processo de amadurecimento da imaginação, que quando na idade de transição ou adolescência, unir-se-á ao delicado processo de amadurecimento da fantasia até chegar à sua forma final do processo de elaboração da realidade (VIGOTSKI, 2009). O modo de aquisição da linguagem e como a criança se relaciona com as pessoas e com o mundo é crucial para evolução deste processo de elaboração da realidade. A linguagem tem papel fundamental já que todo processo é baseado na transformação de fatos e palavras em imagens. Quando a criança consegue associar fatos ou objetos a palavras, ela cria significados e possibilidades de se comunicar, pois quanto maior o número de palavras associadas, maiores as possibilidades de comunicação. A via contrária também é verdadeira, quanto menor o estímulo ou palavras a serem associadas a fatos e objetos, menor o desenvolvimento da linguagem, o que pode levar a um atraso do desenvolvimento.

Agradáveis ou não, as experiências vividas pela criança são armazenadas em sua memória e fazem parte de seu imaginário. De forma inconsciente, memórias desagradáveis ou mesmo aterrorizantes e ameaçadoras são reprimidas de forma que ela seja resguardada de possíveis efeitos negativos destas vivências, assim existe uma tendência de ficarem disponíveis à consciência apenas representações que permitam se estabelecer integridade emocional e bem-estar (FREUD, 1905). Mesmo existindo este mecanismo inconsciente de proteção, é possível que futuras experiências sejam associadas às experiências negativas do passado, podendo gerar sofrimento psíquico. Nestes casos são esperadas manifestações de comportamentos de esquiva em situações passíveis de enfrentamento (POSTIC, 1993).

A fala e o comportamento da criança são manifestações do que se passa em seu imaginário e por isto não devem ser negligenciados. É a partir do que ela nos apresenta que temos condições de auxiliá-la e de tentar compreender como ela vê o mundo. O adulto para a criança é seu referencial de proteção ou superação de eventos traumáticos, por isso a conduta do adulto é essencial, pois deliberará uma postura de fuga ou enfrentamento da situação vivenciada pela criança. Muitos adultos ainda apresentam temores infantis, e, por meio de palavras e ações, a criança tende a se espelhar, absorvendo o comportamento por imitação. É importante induzir a criança a enfrentar obstáculos e por meio de seu processo imaginativo ressignificar representações ameaçadoras contidas em seu imaginário. No atendimento odontopediátrico esta escuta e este encorajamento partindo do adulto se faz extremamente necessário.

E quem é este adulto? Todo e qualquer adulto que estiver presente durante a consulta está envolvido na atmosfera do atendimento odontopediátrico: o cirurgião-dentista, o auxiliar,

e os acompanhantes, caso sejam mais de um. Salientando que em casa a criança deve ser orientada de forma carinhosa e esclarecedora de como será a visita ao cirurgião-dentista. É preciso conscientizar os pais ou responsáveis que a base para condicionamento infantil está sob a custódia deles. Pais que ameaçam ou assustam as crianças antes da consulta, com conversas desnecessárias e ameaçadoras somente atrapalham o processo de condicionamento do comportamento infantil, pois alimentam seu imaginário de forma negativa. A exposição de crianças a experiências ameaçadoras faz com que elas estejam sempre em um nível de alerta, se imaginando em situações terríveis que as fazem criar mecanismos de defesa para evadirem da consulta odontológica.

Na minha prática clínica diversas vezes intervi após ouvir os responsáveis fazerem ameaças na recepção. Condutas do tipo: “Se você não ficar quieto e vou mandar a dentista te dar uma injeção!”, “Não vai doer nada, pode entrar e abrir a boca, senão eu vou te bater!”, “Quando chegar lá é para você abrir a boca e ficar quieto, senão vou falar pra ela arrancar seu dente!”, “Se você não abrir não vou te dar mais o presente que eu falei que ia te dar e vou falar para seu pai te bater!”. Este tipo de conduta é um desserviço ao atendimento infantil. A criança se encontra tensa, apreensiva e em estado de alerta antes mesmo de entrar na sala de atendimento. Os responsáveis e os profissionais envolvidos precisam ter atitudes empáticas, compreensivas e encorajadoras, e não contribuir para uma construção imagética macabra da visita ao dentista. Isto é muito sério, e se não bem conduzido, pode afetar a saúde bucal do indivíduo até a vida adulta, pois este pode desenvolver fobia de ir ao dentista e negligenciar sua própria saúde por um medo irracional da experiência frente o tratamento odontológico.

Medo e ansiedade são sentimentos muito comuns em crianças diante novas experiências, e isto, sem dúvida, é um grande obstáculo para nós cirurgiões-dentistas. Sob a tensão e o medo, a criança pode chorar, apresentar tremores, taquicardia, suor excessivo, ânsias ou mesmo vômito. Este medo pode ser originado de diversas fontes, podendo estas serem causadas por ele estar em um ambiente desconhecido, com pessoas desconhecidas que em seu imaginário, podem agir de forma a ferir sua integridade; e, também, por imagens criadas a partir de experiências negativas regressas ou mesmo por ouvir relatos assustadores de amigos ou membros da família. Existe o medo histórico diante do atendimento odontológico, por isto é comum este pré-julgamento negativo antes da visita ao consultório. Este pré-julgamento também existe em concepções mal esclarecidas de alguns pais superprotetores, que por sua vez, postergam ao máximo a visita da criança ao odontopediatra, na tentativa de proteger a criança de possíveis experiências ruins. Este tipo de conduta é de um prejuízo imenso para todos

envolvidos, pelo fato de que quando, por algum motivo maior, decidirem procurar por atendimento, a doença cárie provavelmente já estará estabelecida em estágio avançado, o que dificulta ainda mais a abordagem e a execução dos procedimentos preventivos e curativos, pois a criança poderá apresentar sintomas dolorosos (pelo estabelecimento de lesões dentárias), o que a deixa ainda mais apreensiva e sensibilizada, além do tratamento, que se exige mais tempo e mais dificuldade em sua execução, por não se tratar mais de procedimentos simples como os preventivos, exigindo uso de anestésicos injetáveis, como por exemplo.

As visitas precoces para prevenção são muito ricas e importantes, pois é possível condicionar a criança a esta experiência como algo divertido, acolhedor e também a conscientizar acerca da importância do cuidado com a higiene oral; mas não se engane, o temor diante dos procedimentos irá existir mesmo em crianças que já passaram por atendimento preventivo, pois temer o desconhecido faz parte das nossas vivências.

O bom relacionamento entre dentista e criança é um aliado de grande importância para vencer estas situações desafiadoras para os pequenos, e para isto acontecer é necessário que o dentista esteja aberto a mergulhar no universo infantil. Existem inúmeras abordagens que o profissional pode fazer uso para interagir com a criança e desconstruir e a imagem distorcida do dentista e superar as expectativas assombrosas do atendimento odontológico, para isso, é necessária atenção e muita paciência, pois nem sempre a criança teme a pessoa por trás do profissional. Ela pode temer os instrumentais, os equipamentos, a posição que ela se encontra, ou mesmo por ter que abrir a boca, região tão íntima, delicada e sensível. Existem crianças que se recusam a abrir a boca para a própria mãe, não permitindo a escovação dos dentes com choro ou birra. Quase diariamente recebo este tipo de queixa dos pais. Este fato só reforça a necessidade de abordagens delicadas, com os pais e as crianças, para construção de um hábito de saúde básico necessário na vida de uma pessoa, como escovar os dentes.

O posicionamento do profissional no ambiente odontológico dirá muito de como será a dinâmica dos procedimentos a serem executados, sejam eles quais forem. Tudo naquele ambiente novo para a criança deve ser apresentado e esclarecido seguindo a técnica de gerenciamento Falar-Mostrar-Fazer. Não tememos o que conhecemos. E apenas este simples ato de esclarecer, falar com calma e tranquilidade, mostrar e ensinar, já cria um vínculo importante, o início de uma relação de confiança entre cirurgião-dentista e paciente. Durante esta apresentação da sala de procedimentos e dos objetos, é possível irmos captando nuances comportamentais daquela criança. Como ela fala, como recebe as orientações, como ela

interage com você e com os objetos é um termômetro perfeito para avaliarmos a direção do próximo passo.

A imaginação da criança é totalmente influenciada pela cultura em que está inserida e pela linguagem. É interessante estarmos atentos a que tipo de mídia a criança tem consumido. Antes mesmo da primeira consulta, durante o agendamento dos pais, tenha sido feito pessoalmente ou por telefone, já é possível conseguir estas informações. Podem ser questionados aos pais quais tipos de brincadeiras a criança gosta, desenho animado favorito, qual tipo de mídia ela consome, cores favoritas, sonhos, manias ou mesmo pessoas que esta criança admira, para que no primeiro contato, o profissional já esteja um pouco mais preparado para não só receber a criança com referências conhecidas por ela, como ainda para fazer paralelo deste universo pessoal infantil com o atendimento odontológico.

O primeiro relato que compartilho é o da I. C. de M. sexo feminino, três anos de idade, que recebi em minha clínica em 27 de junho de 2017, vinda de outro profissional. A mãe nos ligou, e na ligação, nos contou frustrada sobre seus receios, já que a última visita ao dentista teria sido muito frustrante para ela e para criança. Demonstrou estar aflita e preocupada. Segundo a mãe, a criança não permitiu o atendimento, chorou muito, enquanto ela tentava “segurá-la” para execução dos procedimentos. Em uma situação destas, a primeira medida a ser tomada é conscientizar e orientar esta mãe acerca do atendimento infantil. Não é aconselhado executar procedimentos já na primeira consulta. Vamos discutir o porquê disto.

Difícilmente uma criança permitirá que um desconhecido a deite sozinha em uma cadeira “estranha” que se movimenta (instabilidade, medo de cair), e permitirá que este insira dentro de sua cavidade oral instrumentos estranhos, pontudos e gelados (devido ao metal de sua constituição passam sensação tátil de frio) sob uma luz focal que dificulta sua visão. Devido ao fato de ela não conhecer o profissional, ela ainda não sabe se pode confiar no dentista, pois não pode dizer se ele é uma figura protetora ou ameaçadora. Para uma criança de três anos, deitar-se sozinha em uma cadeira grande que se movimenta pode fazê-la sentir-se só e encurralada.

Os instrumentais pontudos e gelados podem ser instrumentos que a façam sentir dor e medo, é uma nova experimentação tátil. A boca deve ser dessensibilizada para este tipo de contato. É importante que ela tenha uma oportunidade anterior de conhecer os instrumentais e materiais que serão utilizados em consulta. A luz do foco, utilizada para facilitar a visão das estruturas da cavidade oral dificulta a visão da criança, podendo gerar sensação de pânico momentâneo por não conseguir enxergar bem. Cadeira, instrumental e foco de luz. Só isso já

basta para deixar a criança apreensiva. Todos estes elementos em movimento podem gerar choro e desespero em um primeiro contato mal gerenciado.

Compartilho a conduta utilizada por mim nesta situação. Primeiramente, decidi esclarecer e repassar todos estes pontos com a mãe. Ela precisa de orientação para entender que não é aconselhado “forçar” a criança a executar um procedimento oral já na primeira consulta. Obriga-la a mergulhar neste ambiente novo sem que ela queira é uma conduta equivocada, porque para ela não faria sentido nenhum entrar por conta própria em um ambiente aparentemente hostil, muito menos permitir que um “estranho” faça algo em seus dentes. Por isto, para que possamos desconstruir do imaginário dela esta representação do medo, todo ambiente da sala odontológica deve ser apresentado de novo para criança, mas sob uma nova ótica.

Os pais geralmente querem a resolução imediata do problema; neste caso o tratamento para o dente cariado que em breve pode gerar dor ou dificultar a criança a comer. Mas na prática as coisas não podem ser feitas desta maneira, devemos respeitar a criança e fornecer para ela condições para que ela supere o medo do desconhecido e compactue com o tratamento proposto, sendo parte ativa da ação. Exigir que o dente seja restaurado no primeiro encontro tem mais chances de não dar certo porque é algo forçado, não orgânico e de certa forma agressivo, por não respeitar o tempo da criança. Por este motivo primeira consulta deve ser indicada para que a criança vá para somente conhecer o profissional, a equipe e o consultório.

Após a mãe ser devidamente orientada, assim fizemos. No dia da consulta, a pequena entrou com semblante choroso e a mãe com semblante preocupado, e agindo de forma contundente para controlar as emoções da criança diante da consulta odontológica. Neste momento, foi feita nova intervenção para um diálogo amoroso e esclarecedor com a responsável, enquanto a criança tinha a atenção distraída pela auxiliar, que a propôs explorar os brinquedos dispostos para este fim na recepção. Neste diálogo, foi exposto as seguintes premissas: ameaças ou atitudes rudes geram mais sofrimento e pânico. Diante daquela postura, não poderíamos esperar mais do que reações como choro daquela criança de apenas três anos de idade. A postura que indicamos aos pais é de encorajamento de forma amorosa. Aproveitei a oportunidade para saber um pouco mais sobre os gostos da pequena e descobri que ela gostava muito de vermelho, de anéis e de pulseiras, de *glitter* e da personagem de quadrinhos de super-heróis, *Mulher Maravilha*. Pedi que a mãe se retirasse da sala e aguardasse na recepção junto à criança, aonde fui de encontro para me apresentar. Com a voz calma e controlada em baixo tom (controle de voz), contei para a criança que na minha sala tinham inúmeras coisas legais, e se

ela não gostaria de ir brincar comigo lá dentro, pois eu tinha uma caixa com muitos anéis e pulseiras. E, também, o “brilho do poder”, que eu peguei emprestado com a *Mulher Maravilha*. Ela ficou meio desconfiada, olhou para mãe que assentiu com o olhar e a encorajou a entrar, a criança demonstrou estar um pouco desconfiada, mas a curiosidade a fez me acompanhar até a sala de procedimentos. Neste momento perguntei o nome dela, sua idade, se ela estudava, se tinha amigos, para coletar mais elementos para minha próxima abordagem. E mostrei tudo o que eu tinha ali, por meio de recursos lúdicos, fazendo paralelo com a realidade; como por exemplo a cadeira “maluca” que se movimentava sozinha se pisar no botão, o brilho da luz do sol que estava escondido na cabeça da cadeira e aparecia ou sumia ao passar a mão sob o sensor, os brinquedos que eu tinha ali dentro de uma caixa grande e bonita, que eu presenteava meus amigos, como os anéis e pulseiras, e apresentei também os instrumentais geladinhos que eu usava para caçar bichos da cárie. Eu permiti que ela manuseasse e colocasse o espelho explorador na boca para ver se era gelado de verdade, para que ela se acostumassem com a sensação tátil do instrumental e por último, a apresentei o “*Glitter do Poder*”. O recurso para apresentar este *Glitter* foi o da contação de histórias, que em resumo, se tratava de um presente que a *Mulher Maravilha* me deu para eu ajudar todas as crianças que queriam se sentir poderosas e corajosas. Perguntei se ela gostaria de experimentar o “*Glitter do Poder*”. Ela disse que sim, então passei um pouco de *glitter* dourado no dorso de suas mãos e perguntei se ela já se sentia mais poderosa. Com um sorriso divertido, ela disse que sim, e eu a desafiei a subir sozinha na cadeira odontológica para ver se ela realmente estava se tornando mais poderosa. Ela prontamente subiu. Eu parabeneizei toda sua força com palmas e alegria (Reforço Positivo). Perguntei se ela tinha coragem de se deitar na cadeira enquanto eu descia o encosto elétrico da cadeira e ela disse que sim. Deitei o encosto da cadeira e ela permaneceu deitada com um sorriso no rosto. Senti que ela estava à vontade e curiosa pelo que estava por vir. Novamente elogiei sua força de estar ali. Perguntei se ela tinha coragem de deixar eu ligar a luz e olhar os dentes dela com meu espelho geladinho. Ela disse que sim e eu fiz o exame clínico na primeira consulta. Terminei o exame, desci a cadeira e disse que realmente aquele poder era verdadeiro, e agora ela era muito poderosa e ninguém mais tiraria a coragem dela, e perguntei se ela também gostaria de ser minha amiga. Aos pulos e sorrisos ela disse que queria, assim eu peguei a caixa de brinquedos e presenteiei ela com anéis e pulseiras das mesmas cores que compõe o figurino da *Mulher Maravilha*. Eu disse a ela que eu presenteio meus amigos e quem me ajuda a cuidar dos dentes, e era por este motivo que eu ia presentear-lá (Reforço Positivo). Deixei claro que eu somente presenteio crianças que merecem ser presenteadas pela amizade, bom comportamento

e cooperação, já que amigos se ajudam (condicionando-a a se manter com este comportamento). Este primeiro contato foi crucial para todo relacionamento que desenvolvemos ao longo do tratamento, que não foi rápido. Para execução de todos os procedimentos propostos no primeiro contato, foram necessárias em torno de dez consultas para que pudéssemos finalizar o tratamento.

Diante de novas situações, o choro esteve presente porque é algo normal, mas foi contornado com cautela, para que o tratamento fluísse sempre de forma amorosa e respeitosa. Mesmo com a presença choro em alguns momentos, executamos o tratamento e ela se divertiu com as atividades lúdicas nas consultas. É necessário sermos persistentes para conseguirmos concluir todo tratamento evitando experiências negativas ou dolorosas. Os recursos lúdicos devem ser empregados conforme a necessidade de cada consulta.

A nossa pequena *Mulher Maravilha*, por conta própria, pediu que a mãe a fizesse um figurino igual, que ela utilizava para ir às consultas. Como ela era muito poderosa, precisava de uma roupa também com muito poder, e assim foi feito. Ao final da execução de cada procedimento, íamos para a atividade lúdica propriamente dita, onde eu contava histórias sobre como consegui os “*Glitters*” poderosos. Escolhíamos os materiais de pintura juntas, e ela escolhia o desenho que seria feito em seu rosto para finalizar o atendimento com muito “poder”, fechando com uma sessão de fotos.

Este relato de caso é um exemplo que demonstra que por meio de recursos lúdicos bem empregados e de acordo com o universo específico de cada criança, é possível com tempo, empatia e paciência, ressignificar o medo, transformando-o em outras virtudes, como neste exemplo a coragem. Salientando que mesmo aplicando técnicas de gerenciamento de comportamento, o choro existiu nas consultas onde executamos os primeiros procedimentos restauradores. Ao longo das consultas, ela se familiarizou com os procedimentos e até se tornou parte ativa, ajudando a auxiliar a segurar o sugador de saliva, por exemplo. Ao final do tratamento, os episódios de choro se extinguiram e conseguimos e promover saúde, e muitas memórias divertidas que compartilho por meio destas imagens realizadas ao final de diferentes consultas.

Figuras 13, 14, 15 e 16 - I. representando a Mulher Maravilha em diversas consultas.



Fonte: Arquivo pessoal.

Mesmo trabalhando o condicionamento, recursos lúdicos, muito amor e carinho, o choro estará presente em alguns momentos do tratamento. O choro é uma manifestação humana e está integrado no universo infantil como um ato espontâneo de comunicação diante do desconhecido. É necessário considerarmos e conhecermos este choro.

Ao nascer, o choro existe com uma função vital. É uma representação sonora que ultrapassa a linguagem ao exigir a presença física e material do cuidador, que é representado na maior parte das vezes pela figura materna. Para criança, o choro pode ir além de uma forma de expressão emocional, sendo uma condição obrigatória de um estágio de desenvolvimento da motricidade do aparelho fonatório. Mesmo reconhecendo ser uma expressão natural da criança, ele pode influenciar de forma negativa todo fluxo do tratamento odontopediátrico, como aumento do número e da duração de consultas ou execução do tratamento de maneira inadequada (CORREA, 2013).

Primeiramente é importante conhecer a história odontológica pregressa de cada criança. Como ela se relaciona no seio familiar, se possui alguma disfunção ou má formação dental, como é sua higiene e se possui alguma experiência vivida em consultório odontológico. A partir destas informações, é possível tentar interpretar o choro da criança. O choro pode ser classificado em quatro tipos: satisfação, raiva, tristeza e dor. Representam a evolução do bebê, que pode chorar de dor ou de fome, e em momentos de frustração, pode chorar de raiva. Quando chora por medo pode indicar uma expectativa de dor, e por fim, quando chora por tristeza, há indicação de um acontecimento mais complexo, que indica que esta criança se posiciona no mundo e interage com o meio (WINNICOTT, 2000). Outros tipos de classificação são por

motivações: motivado por medo, acompanhado de comportamento histérico; motivado por dor; motivado por compensações e estático (ELSBACH, 1963). O choro também pode ser classificado em obstinado, que é acompanhado de acessos de fúria e agressão, como chutes e mordidas, podendo não ter lágrimas; choro de medo que acontece em constante tom de lamento e excesso de lágrimas; choro de dor que é agudo e muito comum em crianças pequenas e choro compensatório, que não é considerado como um choro completo. Caracteriza-se por um som emitido pela criança e não envolve a presença de lágrimas (KING,1997). Existe também a classificação da “criança que chora”, diferente da natureza do choro, que compete em choro por medo, choro por ressentimento, choro para relaxar tensão, criança “chorona” e criança manipuladora (ZADIK; PERETZ, 2000).

Crianças “choronas”, assim classificadas por alguns pais, que estão acostumados à choros recorrentes diante variadas situações domésticas, recorrem ao choro para conseguir manipular os pais. Esta manipulação pode também acontecer durante o tratamento odontológico na intenção de interromper o tratamento, sem que haja algum motivo de gravidade aparente, como medo ou dor. Nestes casos, é interessante adotar uma postura incisiva a fim de estabelecer limites, e esclarecer que chorar é permitido, mas não é motivo para deixarmos de lado um tratamento totalmente voltado para saúde e bem-estar físico da criança. É muito importante apoio dos pais para contornar estes comportamentos evasivos. Os pais devem servir de apoio para postura mais firme do profissional, caso contrário, a criança que ditará de forma arbitrária o andamento do tratamento, e isso não pode ser admitido, pois incorre expor a criança a um tratamento mal executado e suas possíveis consequências negativas à saúde.

Outro comportamento desafiador é a birra. Ela também faz parte do desenvolvimento infantil, e é caracterizada por episódios histéricos de fúria ou extrema frustração por não conseguir realizar suas vontades. Pode ser acompanhada de gritos, chutes, mordidas, atirar objetos, tapas, rolar no chão, cometer auto injúrias, fazer necessidades fisiológicas na roupa e até mesmo forçar o vômito (DANIELS; MANDLECO; LUTHY, 2012). Estes acessos de birra ocorrem com uma maior frequência na idade de dois a cinco anos. No ambiente odontológico, é comum presenciarmos birras, cometidas na intenção de não passarem por atendimento, postergando o tratamento. Esta é uma forma que a criança encontra para demonstrar sua frustração e seu descontentamento diante desta realidade (CORREA, 2013). No meu dia-a-dia clínico é muito comum acontecer estes episódios, que dificultam muito o andamento do tratamento e causam desgastes físicos e emocionais em todos envolvidos. O cuidado emocional da criança é responsabilidade dos pais, estes devem impor limites saudáveis para que a criança

se adapte ao meio social e entenda que nem tudo é feito para saciar suas vontades. Nem sempre atendemos crianças emocionalmente saudáveis e por este motivo, quando estão sob nossos cuidados, é necessário adotar uma postura pacífica e calmante para tranquilizar e conter os acessos de raiva durante os atendimentos.

Segundo Correa (2013), a manha é outro contratempo comportamental que necessita de postura assertiva, firme e séria do profissional e apoio dos pais. A criança manhosa conversa em um tom lento e manhoso, resmunga insistentemente se direcionando aos pais dizendo que não quer estar ali ou executar o procedimento proposto para aquela consulta. Muitas das vezes simula estar sentindo dor ou qualquer desconforto físico, sem que isto de fato esteja acontecendo. Lidar com estes comportamentos desafiadores não é fácil, o profissional precisa estar atento para controlar suas próprias emoções, exercitando a empatia, porque a criança testará os limites de todos envolvidos, pois este comportamento faz parte do processo de desenvolvimento. Neste sentido, é impreterível que os pais estabeleçam limites para a própria segurança da criança, que necessita destes para se sentir segura e amada. Mas é claro que cada núcleo familiar tem suas peculiaridades, sendo o excesso de limites prejudicial para o desenvolvimento da criança. Cabe a nós profissionais recolher por meio de conversa com os pais, anamnese, exame clínico e observação comportamental informações a respeito do universo particular de cada criança, e materializá-lo consulta após consulta a partir de condutas repletas de ações lúdicas voltadas a sanar as necessidades particulares de cada paciente diante do atendimento odontopediátrico. É fato que possamos nos sentir ameaçados por agressões físicas ou mesmo xingamentos por parte das crianças e falta de um posicionamento coerente por parte dos pais, por isso saliento que para seguir em frente e prestar um atendimento pediátrico de qualidade, é preciso gostar, ter muita paciência e autoconhecimento. O autoconhecimento nos permite dominar nossos impulsos, emoções e controlar as emoções dos pais e das crianças.

A forma como nos comunicamos é outro ponto a ser discutido. Reconhecer e cocriar o universo da criança para recebê-la sem estranhamentos, de forma que ela reconheça naquela relação pontos em comum com sua própria vivência é de uma sensibilidade enriquecedora e nos permite propor um tratamento mais humanizado, mas de nada adianta se não formos capazes de nos comunicarmos de forma efetiva. A comunicação é o elo do relacionamento entre as pessoas. Para que seja efetiva, as informações passadas devem ser recebidas e processadas com a mesma intenção de que foram passadas, sem distorções. Quando interagirmos com crianças, devemos nos atentar à forma, à mensagem e qual é a capacidade de percepção delas,

para que de fato haja comunicação. O profissional precisa captar o que cada paciente necessita dele e qual é a melhor linguagem a ser utilizada, assim a criança poderá se sentir amada e compreendida. Não existem fórmulas para esta comunicação. Habilidades como criatividade e improviso são bem-vindas para reforçar a autenticidade do comunicador. Manter a tranquilidade em situações estressantes é mandatório. A rotina de atendimentos em consultório é desgastante, e falo de desgaste físico, emocional e psicológico, por este motivo, em dias difíceis, o controle sobre nossas emoções deve estar em pleno vigor para evitarmos situações desnecessárias com descargas de fúria instigadas por uma criança manhosa e/ou birrenta, ou pais não cooperativos, que por sua vez, também insistem em testar nossos limites.

Alguns erros de comunicação que não devem ser cometidos são: não ser carinhoso, não ser atencioso, não perceber a criança como um ser emocionalmente imaturo em desenvolvimento de sua relação com o meio, fazer críticas ou uso de palavras em tom pejorativo para ofender ou ridicularizar, gritar ou usar tom de voz rude, não oferecer apoio ou estímulos, mentir e não ser claro com as regras e limites estabelecidos em seu consultório. Não nos comunicamos apenas com a fala, mas com olhares, ações, atitudes, condutas e posturas. A capacidade de ouvir, observar, respeitar, não julgar e refletir também influencia na qualidade da nossa comunicação por fornecer ferramentas que endossam a nossa assertividade. Crianças são muito sensíveis e tendem a captar facilmente determinadas emoções e reagirem de acordo. Por exemplo, se estamos impacientes ou mal-humorados, ela responderá de acordo, com um comportamento negativo, inquieto.

O segundo relato, começa em 9 de março de 2016, quando recebi em meu consultório A.L. da S. S., sexo feminino, quatro anos de idade, com memórias negativas da experiência de ir ao dentista, memórias estas que também foram influenciadas pelo temor dos pais, que são mais velhos e declaram ter fobia de dentista. Desafiador e muito gratificante, por poder cuidar dela até os dias atuais, já contando com 10 anos de idade. Na primeira abordagem notei que ela se encontrava em um estágio emocional fragilizado por estar com vários dentes acometidos por lesões cáries e por já ter passado por várias experiências desagradáveis no ambiente odontológico. Aos poucos fui percebendo a melhor forma de me comunicar com ela, de forma que ela entendesse que minha única missão era cuidar e curar. Apesar de demonstrar desconforto, permitiu que o exame clínico fosse feito já na primeira consulta. O tratamento foi longo, em torno de quinze encontros. A cada consulta fui observando suas preferências, gostos, formas de se posicionar no mundo e seu peculiar apreço pela vaidade, que foi a maneira pela qual eu consegui ensinar a ela a importância de cuidarmos dos seus dentes, que era um processo

que não dependia somente de mim, mas da cooperação dela, no consultório e principalmente em casa. Para deixarmos ela mais bonita, teríamos que trabalhar em equipe, porque eu sozinha, não daria conta. Não houve episódios de choro ao longo do tratamento, mas nos primeiros encontros era perceptível a ansiedade, que foi se dissolvendo com o tempo. Ela não ofereceu resistência ao uso de anestésicos, mas não gostava do barulho do motor. Finalizamos o tratamento com êxito, promovemos saúde.

Um dos recursos lúdicos oferecidos para esta paciente foi a pintura corporal. A cada fim de atendimento (agendo uma hora de consulta, onde metade do tempo é dedicado ao tratamento odontológico e o restante utilizado na atividade lúdica) escolhíamos juntas algum personagem fantasioso que ela se identificava e a partir daí iniciávamos um processo criativo para recriar imagens de sereias, princesas do campo, fadas do bosque, unicórnios, unicórnios-sereias, rainhas, etc. utilizando materiais como tintas para uso corporal, glitter, adesivos, cristais autocolantes, tiaras decorativas, anéis, pulseiras, dentre outros adornos disponíveis, e é claro muita imaginação. Este jogo lúdico de representar uma figura imaginária (fadas, princesas, rainhas) permitia muitas possibilidades de explorar tanto os materiais dispostos quanto o ambiente físico, que em um estralar de dedos virava um reino encantado. A minha função era conduzir todo este processo, e terminada a atividade, apresentamos para o acompanhante responsável o resultado de todo nosso tempo juntas na consulta, do dente tratado até a fantasia materializada, que na maioria das vezes é seguida por uma sessão de fotos e muitas risadas. Se eu não estivesse disposta a ouvir e me comunicar de forma efetiva, provavelmente o tratamento teria acontecido de alguma forma, porque eu não poderia deixar uma criança com lesões nos dentes, mas não colecionaríamos memórias importantes, nem teríamos mudado a concepção sobre “ir ao dentista” que estava gravada na mente da mãe como uma experiência negativa. A discussão aqui não é sobre restaurar dentes, é sobre ressignificar a ida ao odontopediatra. É sobre criar vínculos e colecionar boas memórias. Abordagens de sucesso envolvem parceria com os pais, uma entrega completa do profissional para a escuta de seu paciente, dedicação diária, muita paciência, um bocado de criatividade coberto de muito amor pelo que faz. Uma curiosidade deste caso compartilhado, é que após dois anos de acompanhamento da paciente, a mãe (que “morria de medo de ir ao dentista”) agendou uma consulta conosco após quase vinte anos sem se consultar. Abordagem certa e amorosa transformou a realidade da criança e da família.

Figuras 17, 18 e 19 - A. L. em consultas distintas, experimentando personagens.



Fonte: Arquivo pessoal.

Crianças com emocional saudável são mais equilibradas, e este equilíbrio é o reflexo dos pais. É preciso saber identificar os aspectos psicológicos de quem acompanha o tratamento da criança. Na maioria das vezes, este acompanhante é a mãe da criança, mas vou denominar aqui de forma generalista como acompanhante ou responsável devido à variabilidade de quem pode ser este adulto, pois pode ser a mãe, o pai, avós, tios etc. Incertezas, medos e angústias podem ser transmitidos à criança pelos pais, por isto a educação recebida pela criança influencia tanto em seu comportamento durante o tratamento. Uma criança educada e estimulada certamente responderá melhor que uma criança mimada e insegura. A educação antiga dada pelos pais era moldada por padrões rígidos, que reprimia os filhos, por outro lado a educação moderna, mais liberal, possui maior dificuldade em estabelecer limites, valores e impor autoridade dos pais no dia a dia (CORREA, 2013).

Para o primeiro contato, acho indispensável a presença do responsável dentro da sala de atendimento, principalmente quando se trata de criança na primeira infância. A presença do adulto responsável serve de modelo para o comportamento da criança. Quando se porta com segurança no profissional, calma e tranquilidade, isto é percebido pela criança que tende a mimetizar este comportamento, o que colabora para o bom andamento da consulta; o contrário também é verdadeiro, posturas inseguras e ansiosas geram crianças mimetizando comportamentos inseguros e ansiosos (modelagem). A conduta do responsável dentro da sala de atendimento também contribui ou atrapalha o atendimento odontológico. Condutas rígidas

ou agressivas que passam por cima da autoridade do dentista são de grande prejuízo para o condicionamento infantil. Exemplo destas condutas são dadas em ocasiões que o responsável atravessa as falas do dentista mandando a criança “abrir a boca logo”, ou mesmo fazendo ameaças de nível físico. Este tipo de conduta empobrece as chances de um bom relacionamento entre criança e dentista, além de tirar a autoridade profissional para conduzir o tratamento da melhor forma. Quem deve ditar as regras é quem está mais preparado para tal. Em casa, quem dita as regras são os pais ou cuidadores, no consultório quem dita as regras é o cirurgião-dentista e sua equipe. Os responsáveis só devem interferir quando for solicitado pelo odontopediatra, para que a criança não se sinta confusa em quem está no controle da situação. Limites são necessários, e deve estar claro para a criança quem dita estes limites em cada ambiente.

Nem sempre é possível conseguir sucesso em tratamentos na odontopediatria porque não depende só do preparo técnico e emocional do dentista, outros fatores como perfil psicológico e emocional da criança e dos pais têm grande relevância nos resultados finais. O terceiro relato é de um episódio que vivenciei em meu consultório deixou marcas fortes em minha carreira.

No dia 16 de fevereiro de 2015, paciente G. L. M de J., sexo feminino, nove anos e três meses, compareceu ao consultório sob a custódia do pai, apresentando desconfortos, que foram relatados por ela como dor no dente de trás (*sic*). O pai não apresentou interesse (apesar da minha insistência) em entrar na sala de atendimento para acompanhar a primeira consulta e ficou na recepção. A recepção fica em frente a sala de atendimentos, e para resolver esta questão do pai desinteressado, deixei a porta da sala de atendimento aberta, assim havia visibilidade para ambas as partes, o pai poderia assistir a consulta e a criança conseguia ver o pai. De início detectei sintomas de medo e ansiedade na criança, como inquietação, tremores, boca seca e suor frio, mas após conversarmos, ela permitiu que o exame das estruturas bucais fosse feito na primeira consulta. No retorno (segunda consulta), ela estava acompanhada da mãe. Neste momento foram feitos exames de raio x e profilaxia dental (limpeza executada por escova motorizada e pasta profilática, acompanhada da aplicação de flúor tópico). A criança apresentou-se menos amedrontada, mas ainda ansiosa diante a consulta. O atendimento aconteceu de forma inorgânica diante da presença rígida e ameaçadora da mãe, que também não entrou na sala de procedimentos durante a profilaxia e se manteve distraída ao telefone na sala de espera (mas a porta da sala sempre se manteve aberta para haver visibilidade). Ou seja, o procedimento foi executado não por necessidade ou confiança no profissional, foi executado diante do medo das ameaças da mãe, que eram maiores que se dispor à execução dos

procedimentos não invasivos. A radiografia revelou lesão extensa de cárie no elemento dental 46 (primeiro molar permanente inferior, lado direito) com acometimento pulpar; diagnóstico foi pulpíte aguda por lesão cariosa extensa, necessitando intervenção com tratamento endodôntico e posteriormente procedimento restaurador deste elemento dental. Este tratamento é de nível mais elaborado, mas não foi possível ser executado por falta de cooperação da paciente e principalmente dos pais. Apesar de não ter pouca idade, e ser capaz de compreender a necessidade da intervenção para seu próprio bem-estar, a criança apresentava histórico negativo diante do atendimento odontológico por experiências negativas anteriores ao meu primeiro atendimento. Na consulta em que fizemos a profilaxia, por ser um procedimento mais simples e não invasivo, e diante das ameaças da mãe que interveio sem ser convidada (o que prejudicou minha autoridade) ela permitiu que todos os procedimentos fossem executados mesmo estando claro de não se sentir à vontade, pois observei tensão nos membros com rigidez muscular e taquicardia, mas não houve choro. Na terceira consulta, proposta para o início do tratamento endodôntico, onde seriam feitas anestesia local e abertura do canal para alívio de dor, ela veio acompanhada novamente pela mãe. A mãe não demonstrava interesse em entrar na sala, nestes casos, como já mencionei antes, eu mantenho a porta aberta para que a criança tenha visão da mãe e não se sinta tão abandonada. Conversamos sobre a necessidade de anestesia que este procedimento requeria, e ela permitiu que eu executasse a anestesia. Mas, ao chegar às vias de fato, diante da presença da carpule, instrumental metálico utilizado para aplicar anestesia local, a criança entrou em desespero e começou a chorar de pavor. Antes que eu pudesse acalmá-la, e pedisse para que ela desviasse o olhar dos instrumentais para conversarmos, a mãe adentrou na sala em tom ameaçador e começou a gritar de forma descontrolada com a criança, novamente prejudicando minha autoridade e contribuindo de forma negativa para o andamento do tratamento. Eu intervi, pedi que a mãe se acalmasse, sentasse-se ao lado da criança segurando sua mão, e disse que a criança precisava de mais tempo para respirar, e que conseguiria ser anestesiada. Fiz várias tentativas, mas sempre que o momento de abrir a boca chegava, a criança entrava em descontrole emocional. A mãe que estava sentada ao lado, perdeu a paciência na minha última tentativa, e antes que eu pudesse intervir agrediu a criança física e verbalmente na minha frente, com socos, puxões de cabelos e arranhões a ponto de haver sangramento. Este episódio me assombra até os dias atuais. Minha impotência diante da situação foi terrivelmente paralisante. Pedi ajuda para minha auxiliar, que calmamente retirou a mãe da sala, após acalmar a criança e limpar os arranhões, pedi que fossem para casa descansar. Foram agendadas mais duas consultas com intervalos de 5 e 10 dias, e ao

meu pedido, sugeri que o pai acompanhasse a criança. Não obtivemos sucesso, pois a criança possuía um pavor real de ser anestesiada e o pai não teve interesse algum em oferecer apoio para aquela criança que se descontrolava diante da ideia de ser anestesiada, e também não apresentou interesse em outras formas de abordagem, como por exemplo a farmacológica. Infelizmente, a mãe se negou a marcar uma terceira consulta para mais uma tentativa, sugerindo que eu não era capaz de executar o procedimento na filha dela. De forma completamente desproporcional, esta mãe que visivelmente apresentava descontroles emocionais, de forma arbitrária, transmitiu para mim suas responsabilidades com aquela criança. Este tipo de conduta errônea, que delega ao outro as responsabilidades dos pais, é muito comum no dia-a-dia clínico, e por isto deve ser esclarecido e findado pelo profissional. Higiene diária e educação é obrigação primordial dos pais com seus filhos. Orientação para prevenção é dever do cirurgião-dentista. Provavelmente esta criança pode ter perdido um elemento dental permanente de forma precoce por falta de apoio emocional da parte dos pais.

A presença do pai ou da mãe na sala é muito importante, mas precisa ser uma presença de qualidade. Amedrontar, criticar ou ameaçar como no exemplo citado reduz as chances de sucesso. Por outro lado, pais que mimam exageradamente os filhos, podem ter a presença não requisitada durante os procedimentos. Algumas crianças podem fazer birra, manha, com choro sem lágrima somente para testar os limites dos pais. E quando fora da presença destes, com outro acompanhante, por exemplo, se comportam maravilhosamente bem respeitando os limites impostos pelo profissional.

No início da minha carreira como cirurgiã-dentista, no primeiro consultório particular que trabalhei na minha cidade, Araguari-MG, vivenciei situações que envolviam pais que não colocavam limite em sua criança.

O quarto relato, se inicia no dia 15 de novembro de 2012, recebi M. S. M, de apenas dois anos e cinco meses de idade para ser consultado. Pais relataram rebeldia na criança que não permitia que eles escovassem seus dentes, por isso não faziam a higiene e eles notaram que os dentes estavam cheios de cárie (*sic*). Durante a primeira consulta os pais relataram que a criança não possuía horários para dormir, comer ou mesmo tomar banho. Disseram também que a criança comia muitos doces, dados pelos avós que cuidavam dele enquanto os pais estavam no trabalho. Observei a inquietação da criança, que pela curiosidade queria desbravar aquele ambiente novo. Ele não se sentiu intimidado por mim, ou pelas minhas vestimentas, que na época ainda eram de cor branca. Atualmente não faço mais uso de roupas ou jalecos exclusivamente brancos. A criança corria de forma descontrolada em todos os trajetos possíveis

de serem feitos dentro daquele ambiente. Em momento algum os pais, que eram bem jovens, demonstraram desconforto ou preocupação com o comportamento agitado e desagradável da criança. Todas as consultas seguintes (que foram dez) ocorreram da mesma maneira. A criança chegava correndo, pulava nas cadeiras, caía, derrubava objetos propositalmente, não permitia o atendimento, e se fazia do choro manhoso para fazer somente suas vontades.

De todas as tentativas de abordagem para atendimento, em momento algum os responsáveis tomavam alguma atitude a fim de estabelecer limites para a criança, que era tão pequena e muito mal-educada. Em 2012, eu tinha dois anos de prática clínica pós formatura.

Ainda imatura e com dificuldades de abordar não somente a criança, como ainda os pais, também não coloquei limites em nenhum deles. Eu tinha muita dificuldade em ser firme e mostrar aos pais que se a criança não era capaz de respeitá-los, o que seria de mim? Por não saber a melhor forma de me expressar e temer soar ofensiva, eu não me sentia segura em conversar com os pais a respeito da falta de limites, e por este motivo também não obtive sucesso no tratamento, com inúmeras consultas frustrantes e sequer foi finalizado, pois os pais diziam que ele não gostava de ir às consultas, não queria, e no final das contas concordavam com o menino, pois achavam que os procedimentos poderiam “judiar demais” da criança.

Após quatro meses de sofrimento para todos envolvidos, o tratamento foi abandonado sem sucesso. Eu me senti aliviada por um lado, porque os atendimentos me esgotavam de todas as formas possíveis, havia muitas faltas por não comparecimento, toda esta situação gerava prejuízo financeiro, mas concomitantemente, senti o peso e a dor de ter fracassado com aquela criança. Mesmo dando o meu melhor, não fiz uma boa abordagem, minhas ações não foram suficientes para conseguir executar os procedimentos curativos, pois eu não tinha maturidade para me posicionar de forma assertiva, por medo de ser mal interpretada pelos familiares e gerar situações constrangedoras que poderiam prejudicar o início da minha carreira. Hoje com mais experiência e maturidade, vejo que mesmo solicitando o posicionamento dos pais, caso estes não aderissem e não cooperassem em casa e nas consultas, eu não obteria sucesso da mesma forma. Não está somente nas mãos do profissional a obtenção do êxito. Não existem receitas “mágicas” para o sucesso, existe conhecimento de causa, gerência comportamental e cooperação de todos envolvidos.

Algumas atitudes dos pais ou responsáveis devem ser observadas para melhor planejamento e aumento das chances de êxito diante as abordagens e para maior conforto da execução dos procedimentos. É desgastante para todos envolvidos e principalmente para o cirurgião-dentista executar procedimentos delicados em um ambiente agitado, com choro

descontrolado, birras ou intervenções não desejadas dos pais. Destas atitudes, podemos observar a superproteção, que de forma sufocante não permite que a criança chore ou fique sozinha. Pais que colaboram mas não apresentam reações que demonstram amor diante a presença do choro da criança, pais que não demonstram ter paciência com a criança, e passam suas responsabilidades para outras pessoas e acreditam que a saúde bucal da criança depende só do profissional, pais inseguros que superalimentam seus filhos com dietas cariogênicas, interferem de forma desproporcional e por isso afetam a autoridade do profissional, pais assustados ou apavorados que agem de forma impensada e pais críticos, que fazem comparações das crianças com outros familiares ou amiguinhos.

Estas atitudes entregam mensagens implícitas negativas, e observá-las nos permite interferir de forma positiva, a fim de construir um relacionamento saudável com os cuidadores e com as crianças. É importante também diferenciarmos a falta de conhecimento dos pais a problemas emocionais ou de relacionamento. Existem barreiras e preconceitos a serem vencidos, mas não é preciso lidar com estes casos de desequilíbrio sozinho, é interessante orientar a procura por tratamento psicológico para o núcleo familiar que apresente esta necessidade.

Para criar um filho, é mais importante a condição psicoemocional dos pais que a financeira ou intelectual. Filhos precisam de pais competentes, sensíveis, responsáveis e compreensivos. Filhos não devem ser gerados para consertar a vida de um casal. Crianças estão em constante aprendizado, precisam de horários estruturados e de brincar. Brincadeiras e aprendizado andam lado a lado e uma não deve acontecer sem a outra. No consultório isto deve se repetir, tendo a hora certa para brincar e para serem executados os procedimentos odontológicos (CORREA, 2013). Ao longo da minha carreira, fui impulsionada por experiências positivas vividas na faculdade de Teatro, e a partir daí, pude experimentar e desenvolver formas artísticas para incrementar minhas abordagens e criar um universo particular a fim de prestar atendimento odontológico único e exclusivo para cada criança.

Figura 20 - O. brincando de Coelho durante atividade lúdica proposta em consulta.



Fonte: Arquivo pessoal.

### **3.3 Atendimento odontológico em bebês**

Crianças estão em constante desenvolvimento, e agem e se comunicam de formas inconstantes, podem rir, chorar, gritar e brincar com apenas intervalos de segundos, portanto é preciso de paciência, tempo e atenção para compreendermos o que se passa com ela em cada momento e assim podermos nos comunicar de forma mais assertiva. A postura e forma de reagir do adulto diante destes momentos é que criam os ambientes favoráveis (ou não) ao desenvolvimento saudável de cada criança, sendo importantes não somente no ambiente familiar, mas também no consultório, pois o desenvolvimento da criança acontece de forma contínua, não sendo estagnado durante as visitas ao odontopediatra. Ela está aprendendo, evoluindo e se desenvolvendo ali também, na “cadeira do dentista”. A criança aprende captando habilidades de quem a conduz, absorve atitudes e hábitos de quem a cerca (CORREA, 2013). Conhecer as fases de desenvolvimento infantil nos permite entender e adaptar suas limitações diante o atendimento odontológico.

Quando um recém-nascido requer cuidados odontológicos, como por exemplo na presença de um dente neonatal, ou necessita de intervenção cirúrgica com finalidade de liberar o freio lingual para correta pega do seio durante amamentação, o profissional deve estar atento que a boca é o órgão mais sensível pelo qual o bebê está a reconhecer o mundo. No exame

intrabucal e durante os procedimentos é necessário cuidado e muita delicadeza ao toque, pois o toque é a linguagem, e a mensagem que queremos passar é a de amor e cuidado.

O atendimento a bebês em seus primeiros meses de vida deve ser feito sempre com muita delicadeza e rapidez. Nesta fase o bebê aprende a se movimentar e pode ficar contrariado se restringirmos por muito tempo seus movimentos para o exame clínico da cavidade oral, ou mesmo se incomodar e revelar para nós por meio do choro sua insatisfação diante a inspeção oral, o que é completamente normal e esperado. Muito importante informar aos pais que chorar nem sempre coincide com sentir dor, para evitar dissabores. O choro é uma reação normal do bebê. Até os dez meses de idade a criança pode se relacionar bem com estranhos sem chorar, a partir desta idade, a maioria dos bebês adquirem maturidade em reconhecer que outras pessoas podem ser estranhas e adotar comportamentos de não querer sair de perto da mãe. Este tipo de comportamento pode se estender até a faixa de dois anos e cinco meses de idade (CORREA, 2013) o que reforça a importância da presença da mãe nas consultas de forma que demonstre calma e segurança. A presença de uma mãe ansiosa ou medrosa não contribui positivamente para experiência do bebê na consulta. Pelo contrário, ela pode deixar o bebê ansioso e dificultar a execução da inspeção clínica da cavidade oral do bebê. A mãe medrosa e o choro nestas situações deixam o ambiente turbulento. O clima instaurado é bem desagradável para todos os envolvidos.

Figura 21 - Primeiro atendimento da M. I. no ano de 2017.



Fonte: Arquivo pessoal.

Os dentes do bebê começam a se formar a partir da sexta semana de vida uterina, encontrando-se internamente aos seus processos alveolares. Quando examinamos a boca do bebê podemos ver volume ósseo na mandíbula e maxila, tumefações que correspondem aos germes dentários e um espessamento da mucosa oral que formam os rodetes gengivais. Nos seis primeiros meses de vida começam a surgir os primeiros sinais de erupção dentária, onde o dente emerge da cripta óssea e atravessa a gengiva, até encontrar o plano oclusal (MARTINS et al., 2010). A erupção segue uma sequência cronológica, sendo influenciada por fatores genéticos e ambientais (DUARTE et al., 2011). Podem ter início entre o quarto e décimo mês de vida, seguindo, na maioria das vezes a seguinte sequência: incisivos centrais inferiores, incisivos centrais superiores, incisivos laterais inferiores, incisivos laterais superiores, primeiros molares, caninos e segundos molares decíduos, estando todos erupcionados até os trinta e seis meses de vida da criança (CORREA, 2013).

Por volta dos dois anos de idade a criança começa a demonstrar sua necessidade de independência e desejo por brincar. Ainda não sabe reconhecer seus sentimentos, e não consegue compreender as limitações impostas pelos cuidadores, e por isso adota atitudes de raiva diante do “não”, o que gera frustrações. Muitos pais sentem dificuldade em estabelecer limites nessa fase pela não aceitação da criança. Um exemplo é a questão da escovação, que pode ser negligenciada por pais que não querem contrariar a criança por temer o choro e acabam por prejudicar de forma consequente a saúde oral do bebê. Um exemplo deste foi citado no relato anterior, onde tal conduta somou para o fracasso do tratamento do bebê que os pais não estabeleciam limites. A criança precisa aprender a conviver com frustrações para um desenvolvimento saudável, e os pais devem apresentar empatia e tolerância para uma convivência harmoniosa e saudável. Dificilmente, nesta fase, em crianças não cooperativas e sem limites, é possível executar procedimentos sem choro excessivo e estabilização protetora para restrição física de movimentos. Por isto o grande apelo aos pais para proporcionarem a suas crianças uma criação regrada, com horários, disciplinas e obrigações básicas de higiene.

Dos três aos seis anos de idade, temos uma fase em que a criança é muito curiosa e está aberta a explorar novas experiências. O medo é um fator que sempre pode estar presente, mas é mais facilmente dominado e ressignificado com abordagem adequada e apoio dos responsáveis. A preparação emocional dos pais e da criança antecede toda e qualquer ação preventiva e curativa. O processo de preparação emocional pode ser feito em cinco etapas, sendo utilizado para educação de ambos os pais e criança. Primeiramente, deve-se perceber a emoção. Ao percebê-la, reconhecer nesta emoção uma oportunidade de criar intimidade e

aprendizado. Outro fator é ajudar o outro a encontrar palavras que identifiquem esta emoção que está sentindo, para que ambos compreendam melhor qual é a situação emocional a ser vivenciada. Por fim, devem ser impostos limites ao mesmo tempo em que estratégias da solução do problema em questão são elaboradas para se manter o controle da situação (GOTTMAN e DECLAIRE, 1997). Diante de tudo isso podem ser observados comportamentos de fuga, raiva, agressividade ou mesmo introspecção por parte da criança, portanto os pais e o dentista não podem representar para ela uma figura que passa falta de confiança ou medo. É preciso respeitar a individualidade com abordagens únicas que refletem o universo de cada criança.

A criança com mais de cinco anos idade, consegue envolver-se mais nas atividades propostas por estarem em um estágio mais avançado de seu desenvolvimento cognitivo. Conseguem focar mais sua atenção, sendo menos dispersas que crianças com menos idade. Entre cinco e sete anos é observada a atenção seletiva, que está associada às suas noções de expectativas, ou seja, se ela tem conhecimento de eventos que estão prestes a acontecer, ela possui expectativa do que pode ser visto ou ouvido neste evento (CORREA, 2013).

Para construção de abordagens que refletem o universo infantil de forma personalizada, de antemão é preciso identificar a idade da criança e observar em qual fase de desenvolvimento se encontra, aproximação e conhecimento de quem é e como é a vida da criança a ser atendida. Precisamos estar abertos para conhecer o outro, e, para isto, é muito importante nos conhecermos. Na minha jornada existencial, devido à minha criação, religião, e demais fatores, durante grande parte da minha vida, não estive de forma consciente de modo que compreendesse meus sentimentos, ou mesmo validasse meus questionamentos. Hoje vejo que por muitos anos vivi de forma automática e regrada. Esta frase pode parecer um pouco desajeitada, mas sinto que só pude me reconhecer melhor já na idade adulta, tendo como trampolim vivências em disciplinas feitas na graduação de teatro e suas reverberações fora do ambiente acadêmico, que me impulsionaram a estudar, pesquisar e fazer outros cursos de caráter introspectivo e por conseguinte aprender formas de me conhecer melhor. Este foi o caminho que eu trilhei para chegar até aqui, eventos desencadeados em forma de cascata que me proporcionaram um olhar diferente para mim e para o mundo. Estudar e praticar o autoconhecimento me foi muito rico, e me trouxe também inúmeras benesses. Cada ser é singular, aqui falo de minha experiência particular, mas acredito que o despertar e a busca pelo autoconhecimento é um caminho libertador. Quem decide seguir por esta jornada de autoconhecimento, por existirem individualidades específicas, é certo que procurará ambientes ou instituições que o guiarão para tal, e assim poderá trilhar e vivenciar conforme seus caminhos

se abrirem para esta nova jornada. Cursar a graduação em Teatro, em meu específico caso, me proporcionou além da busca pelo autoconhecimento, um novo olhar para mim e conseqüentemente para o outro, além de ferramentas primorosas para enriquecer abordagens de atendimento infantil de caráter lúdico.

### **3.4 O poder do lúdico**

O lúdico tem seu lugar na vida do ser humano em qualquer idade. O brincar e o jogar encontram seu *locus* em toda fase da vida por não se restringir à infância e adolescência, apesar de ser mais predominante nestes períodos. No brincar o ser humano expressa sua criatividade (WINNICOTT,1975). Muitas das vezes o lúdico pode ser esquecido em meio ao universo adulto, repleto de obrigações, compromissos e afazeres inadiáveis, assim não agregam importância em brincar com seus filhos. Não reconhecem nestes momentos oportunidades de relacionamento afetivo e aprendizagem.

O brincar pode expressar processos inconscientes dinamicamente semelhantes aos sonhos, assim o lúdico se torna essencial para compreensão das dimensões não conscientes do psiquismo humano (SIMON, 1986). Freud afirma serem os sonhos considerados uma porta de acesso ao inconsciente, e o lúdico se faz semelhante. Existem momentos de prazer na brincadeira da criança, mas também podem vir à superfície episódios traumáticos (ABERASTURY, 1996).

Quando a criança brinca lhe é possibilitada lidar com ansiedades do passado, do presente e do futuro, integrando experiências sensoriais, emocionais, cognitivas e sociais. Exercer a criatividade a permite lidar com vários tipos de sentimentos (CALLIA, 2008). Atividades lúdicas também são encontradas em animais, e como nos seres humanos, também se encontram atreladas a seu desenvolvimento (BOWLBY, 1990). O lúdico tem sido muito utilizado em outras áreas da saúde como na psicologia infantil e na pediatria. Com introdução de atividades lúdicas têm se observado grande aceitação por parte dos pacientes pediátricos, melhora da qualidade dos atendimentos e melhores resultados terapêuticos. Isto já é de conhecimento geral da população devido à popularização de intervenções artísticas na área médico-hospitalar como por exemplo as dos Doutores da Alegria e Pediatras do Riso.

Doutores da Alegria é uma associação sem fins lucrativos fundada por Wellington Nogueira em setembro de 1991 na cidade de São Paulo. Segundo as informações entregues pela associação em seu próprio website, em 1984, Wellington foi estudar na academia Americana de Teatro Dramático e Musical de Nova Iorque, nos Estados Unidos, quando conheceu a iniciativa *Big Apple Circus Clown Care Unit*, fundada pelo ator e palhaço Michael Christensen,

onde chegou a fazer parte do elenco de palhaços que visitava crianças hospitalizadas pelo mundo. Atualmente ele se encontra licenciado da organização. O elenco de doutores palhaços é composto por profissionais formados em artes cênicas. Apesar de atuarem de forma gratuita nos hospitais, não fazem trabalho voluntário, os projetos são suportados por parceiros, doações e leis de incentivo. Pediatras do Riso foi o projeto fundado em 1998, pelo professor doutor Narciso Larangeira Telles, na Universidade Federal de Uberlândia. Neste projeto que já passou por várias coordenações, alunos das graduações de Teatro e Psicologia promoviam visitas semanais de palhaços para pacientes hospitalizados no Hospital das Clínicas da própria universidade. O impacto gerado pela visita dos doutores palhaços é gigantesco e contribui de forma positiva para a evolução do tratamento dos hospitalizados.

No ambiente odontológico este tipo de intervenção não é tão bem “aproveitado”. Como já dito, o tratamento dentário é algo muito íntimo e envolve a construção de um relacionamento intimista entre paciente e profissional. A confiança é a base de todo relacionamento, e na odontologia não seria diferente. Visitas de doutores palhaços não passariam de mero entretenimento passageiro e geraria dispersão do paciente. Tendo em vista estas peculiaridades, existem outras formas de introduzir intervenções artísticas no cotidiano do dentista.

O dentista não é visto pela população em geral como aquele profissional descontraído com convite certo para a diversão. A nossa marca no decorrer da história é maculada pelo medo e terror do imaginário popular. Mas este papel de carrasco deve ser desconstruído. É importante buscarmos alternativas para trabalharmos de forma mais criativa e divertida. Um ambiente descontraído gera uma atmosfera acolhedora e próspera. Existem inúmeros recursos artísticos que podem ser lançados mão para alcançarmos estes objetivos dentro dos limites pré-estabelecidos pelo profissional. É preconizado o tempo de brincar e o tempo de tratar, porque ambos possuem importância de mesma igualdade. Na minha prática clínica me organizo para que haja proporção entre as duas obrigações. Sim, brincar é obrigatório. Disponibilizo para cada paciente pediátrico uma hora de consulta, assim, trinta minutos são dedicados à realização do procedimento e os outros trinta são dedicados às brincadeiras ou práticas artísticas selecionadas de acordo com cada perfil do paciente. Nas primeiras consultas não são executados procedimentos, somente exame clínico assim que a criança me permite fazê-lo. É um momento precioso onde o mais desejado é conhecer o paciente e ganhar sua confiança e respeito. A partir do exame clínico é feito o planejamento, que é discutido e aprovado pelos pais, onde é explicado como funcionará cada dinâmica proposta e qual será o papel deles em cada etapa pré-estabelecida.

É muito importante termos variabilidade nas atividades artísticas. Cada visita deve ser uma experiência surpreendente e nada óbvia, transcendendo recursos materiais como jogos e brinquedos, pois buscamos pelo encantamento da criança, que é uma experiência imaterial.

Cada visita deve ser melhor que a anterior. A criança deve sentir-se respeitada, acolhida e amada. Para que isto seja possível precisamos aprender a ouvir, ouvir o que a criança fala com a fala, com o corpo e o que ela também não fala. Nem sempre conseguiremos êxito nas tentativas, mas é preciso persistência, porque mesmo existindo na literatura condutas para intervenções físicas ou farmacológicas, estas não estão livres de produzir momentaneamente efeitos colaterais físicos e psicológicos.

Algumas atividades lúdicas podem ser adaptadas e inseridas na prática clínica odontológica sem muito segredo: Contação de histórias e leitura de livros infantis, Pintura Corporal, Pintura e Desenho, fantoches, dedoches, bonecos, jogos, cantigas, dentre outros. Cada atividade é selecionada de acordo com a idade e fase de desenvolvimento em que a criança se encontra, e claro suas preferências. A atividade precisa fazer sentido para a criança sentir-se atraída a participar.

### **3.5 Jogos lúdicos na prática odontopediátrica – cultivando boas memórias na cadeira da dentista**

A prerrogativa de nos propormos a proporcionar boas experiências às nossas crianças nas consultas odontológicas deve considerar todo e qualquer desdobramento do hall de ações integradas neste objetivo, ou seja, existe uma sugestão de planejamento de atividade para cada consulta dentro do plano de tratamento proposto à criança.

Mas porque devemos focar na experiência? Somente conseguir executar os procedimentos e obter a manutenção da saúde bucal não é o suficiente? Sob meu ponto de vista, não é. É necessário desconstruir o histórico negativo da visita ao dentista, é questão de saúde pública a educação em saúde bucal, como ainda seu acesso pela população. E por isto, se possível for, tornar estes momentos experiências memoráveis, alegres e educacionais; vale a pena o investimento na ação. Quando experimentamos algo bom, é certo que estamos dispostos a passar por este evento novamente, pois gerou em nosso íntimo sensações e sentimentos agradáveis. Por outro lado, quando experimentamos algo que para nós tomou conotação ruim, ou negativa, certamente vamos querer nos afastar de todo e qualquer evento que nos leve a sentir sensações desagradáveis. Para termos adesão popular aos tratamentos e eventos que visam autocuidado com a saúde bucal precisamos do atrativo do bem-estar, da boa experiência.

Mas como poderíamos gerar boa experiência neste ambiente historicamente classificado como hostil? Quando se trata de criança, a resposta é simples: brincando.

Reforçando o que já foi falado diversas vezes neste trabalho: cada criança é única, e desde a primeira consulta precisa ser recebida e percebida com exclusividade, e a partir destas informações coletadas neste primeiro contato, iniciar uma construção em conjunto com todos envolvidos, para a criação de um ambiente receptivo de forma que se aborde a criança por inteiro, respeitando suas percepções e a forma como se expressa.

E é importante salientar que cada idade pode corresponder a uma fase do desenvolvimento infantil, que engloba um conjunto de possíveis comportamentos. Quando digo que “pode” corresponder, é que nem sempre a criança estará “de acordo” com o comportamento “esperado” de cada idade, mas existe algo que é unânime e universal entre todas as crianças: elas brincam e se desenvolvem brincando.

Peter Slade, em *O Jogo Dramático Infantil*, discorre acerca desta prerrogativa. Afirma que o *Child Drama*, traduzido para nosso idioma como jogo dramático infantil, é uma forma de arte inata dos seres humanos, tem papel vital no desenvolvimento infantil e é observado como um meio pelo qual a criança se expressa na vida. A terminologia de “Jogo Dramático” surgiu devido ao surgimento de nítidos momentos de caracterização e situação emocional, sendo diferenciada do sentido amplo da palavra drama e teatro. Sob este ponto de vista, Slade discorre:

O jogo dramático é uma parte vital da vida jovem. Não é uma atividade de ócio, mas antes a maneira da criança pensar, comprovar, relaxar, trabalhar, lembrar, ousar, experimentar criar e absorver. O jogo é na verdade a vida. (SLADE, 1978, p.17,18)

E para que o jogo se estabeleça, é necessário que um adulto promova as condições necessárias para tal:

A melhor brincadeira teatral infantil só tem lugar onde oportunidade e encorajamento lhe são conscientemente oferecidos por uma mente adulta. Isto é um processo de “nutrição” e não é o mesmo que interferência. É preciso construir a confiança por meio da amizade e criar a atmosfera propícia por meio de consideração e empatia. (SLADE, 1978, p.18)

Assim, para que eu conseguisse estabelecer um ambiente propício para o jogo no ambiente de um consultório odontológico, deveria primordialmente conquistar a confiança da criança por meio da amizade e encorajar a atividade como um guia, um aliado que preste suporte consciente com fim de conduzir o atendimento, a realização do procedimento no tempo do jogo. Para Slade, a criança pequena faz a descoberta de si e da vida por meio de tentativas emocionais e físicas, e depois através da prática repetitiva, que é o jogo dramático. Neste sentido, na minha prática clínica, estabelecer regras ou limites para fazermos determinado jogo, faz todo sentido.

As experiências vividas no jogo dramático geram fortes emoções pessoais e há a possibilidade de tomar um rumo para que este fazer teatral se desenvolva também em grupo. Neste contexto entende-se que a criança pode adotar papéis tanto de ator quanto de espectador, a ação de fazer teatral aqui tem uma conotação de explorar possibilidades, tanto na representação quanto nas ações, onde se encontram imersos, absorvidos, totalmente envolvidos na brincadeira de forma honesta e sincera, que traz consigo o sentimento intenso de realidade e experiência. Slade acredita que estas qualidades devem ser estimuladas por todos os meios ao nosso alcance, e que podem emergir em duas formas distintas de jogo: Pessoal e Projetado. A distinção entre um jogo e outro é feita de forma racionalizada, porque para a criança tudo acontece de forma fluida e natural, já que as experiências de vida cotidiana exterior e vida imaginativa interior se entrelaçam no momento de jogo. De toda forma, Slade acredita que seja importante compreender a diferença entre os jogos.

O jogo projetado é mais evidente nos estágios mais precoces da criança pequena, se caracteriza por um uso proeminente da mente toda, assim, o corpo não é usado totalmente. A criança encontra-se parada, sentada utilizando principalmente as mãos. Observa-se que a ação principal é localizada fora do corpo, onde uma forte projeção mental está presente. Existe uma tendência para uma quietude mental e física. Os objetos com os quais a criança brinca assumem vida e exercem a atuação, com a voz emprestada da criança em questão. Este é o principal jogo responsável pela crescente qualidade de absorção da criança no momento presente (SLADE, 1978).

Neste sentido, entende-se que brincar em si é uma forma de se fazer teatro, obviamente aqui não falo de teatro profissional, falo da atividade teatral de representar e encenar livremente, sozinho ou em grupo, com ou sem objetos. Na área odontopediátrica é muito comum introduzirmos na rotina brinquedos, fantoches, dedoches, fantoches dentários, bonecos ou demais figuras animadas a fim de tornar o ambiente mais lúdico. Estes itens entram como decorativos, educativos e interativos, com manipulação do profissional, do paciente pediátrico

ou mesmo de ambos, fazendo a ressalva de que este tipo de recurso se diferencia do Teatro de Formas Animadas. Apesar de fazer manipulação de objetos na minha prática, eu não sou especialista nesta linguagem de Teatro de Animação. A minha proposta é brincar para além do brinquedo, pois trabalho com recursos aprendidos em aula durante a minha graduação em Teatro, a dentista artista que brinca de forma despreziosa e aleatória, fugindo do óbvio, tornando cada atendimento infantil único. Apenas a título de curiosidade, aqui de forma curta e breve discorro sobre esta prática artística a fim de diferenciar de forma breve as práticas acima mencionadas.

Teatro de bonecos, de máscaras e objetos fazem parte do universo do Teatro de Formas Animadas, e deste se ocupam tantos artistas profissionais, arte-educadores, quanto as pessoas do povo. Está presente em ritos, festejos religiosos e profanos, em manifestações da arte erudita e popular. É marcada pela forte relação e profundo respeito do ator manipulador com o boneco, máscara ou objeto manipulado.

O Teatro de Animação é conhecido popularmente pelo uso de bonecos, mas este é somente mais um gênero no mar de possibilidades desta área teatral. No ocidente o gênero do teatro de bonecos é alijado de suas conotações originais e sufocado pelo pensamento racionalista, sem o apoio religioso, de onde se originou, se encontra relegado ao imaginário popular e infantil. No Oriente o teatro de bonecos se encontra ligado ao sobrenatural, em seu devido lugar, ao melhor da tradição (AMARAL, 1996).

Uma informação interessante é que devido ao seu potencial educativo, alguns países socialistas deram apoio ao desenvolvimento ao teatro de bonecos. A Rússia é um exemplo, investiu muito no teatro de bonecos por entender seu potencial na educação infantil. Sendo uma prática artística antiga e que se popularizou de forma global, sabemos que paralelamente às experimentações para fins educativos, outras práticas e experimentações desta arte milenar também despontaram para a contemporaneidade, agregando também novas formas de expressão artística aliadas à novos recursos disponíveis pela modernidade.

Uma prática contemporânea do Teatro de Animação é a subárea denominada Teatro de Objetos. Na prática, trata-se de poéticas teatrais que agregam objetos para a realização da cena teatral. Podem ser utilizados objetos luminosos, sonoros, itens do dia a dia como talheres, bola, pedaços de tecido, pedras etc. Nesta prática, o artista manipulador agrega características ou comportamentos humanos em sua performance, trazendo a quem assiste a sensação inusitada da magia ao objeto tomar vida e transmitir ideias e reverberar sensações e sentimentos no espectador.

O Teatro de Animação quando chegou ao Brasil, foi adaptado pelos artistas locais de forma a fazer parte da nossa história e da nossa cultura. Brevemente, cito alguns feitos populares de forma ilustrativa para exemplificar como esta arte floresceu em nosso país. Os primeiros bonecos utilizados foram os de luva, estilo fantoche que conhecemos hoje, trazidos por portugueses e espanhóis em nossa época de colônia. Imigrantes de variadas partes do mundo também trouxeram consigo sua arte com bonecos, povo germânico por exemplo, também trouxeram o seu teatro de títeres (fantoche).

O Brasil é um país de dimensão continental, e em cada região, tomaram-se nomes e espetáculos que se atrelaram a cultura local. Em Minas Gerais, São Paulo e Rio temos bonecos com o nome de Briguela ou João Minhoca; na Bahia temos como Mané Gostoso; Pernambuco temos como Mamulengo, e temos o João Redondo no Rio Grande do Norte e Paraíba. Estes bonecos são arquétipos derivados da *Commedia Dell'Arte*, adaptados à nossa cultura, apresentados em espaços populares sobre palcos improvisados, manipulados por artistas que movimentam e dão voz aos personagens, com improviso e participação popular, ou seja, é algo que faz parte não só da cultura brasileira, como ainda de nossa vivência, por isto é sabido que a maioria das pessoas já tiveram a deliciosa experiência de assistir e se divertir em apresentações artísticas deste estilo teatral.

Claro que em algumas regiões, esta arte pôde se desenvolver e se envolver mais com a dinâmica da vida social, este parágrafo teve somente a função de reforçar a coexistência artística do teatro de animação com a sociedade brasileira.

A criança, por sua vez se reconhece nessa arte popular, se identifica e sente-se atraída a manipular bonecos e objetos, e é por isto eu considero sua prática no ambiente odontológico; deixando claro que esta prática a qual me refiro é outra, e completamente diferente quando celebrada no consultório odontológico. Eu a retrato no meu dia a dia não em sua forma profissionalizada, muito pelo contrário, ela aparece como um reflexo cultural, na presença de fantoches em teor educativo e com demais objetos no puro exercício do brincar.

Por ser uma especialidade artística da área teatral, que tive o cuidado de falar a respeito, mesmo que de forma diminuta, considere importante pincelar para diferenciar da prática executada por mim nas consultas odontopediátricas. E mesmo que tenha pincelado de forma breve e compacta, acredito ter sua importância de estar aqui neste capítulo para elucidar tamanha grandeza e riqueza desta arte ancestral que nos presenteia até hoje com bons momentos de fantasia e alegria.

Na área educacional, os fantoches são muito utilizados devido ao seu potencial pedagógico. Algumas empresas produzem fantoches próprios para o uso na odontologia, fantoches de dedo, pelúcias com arcadas dentárias, dentre outros artefatos voltados para educação em saúde bucal, que podem ser utilizados tanto em escolas, creches, quanto em consultório.

Eu, particularmente, não faço uso destes tipos de fantoches dentários em específico, nem de pelúcias com macromodelos de arcada dentária, por opção pessoal mesmo, pois nem todas as crianças os veem com bons olhos, algumas sentem medo, por este motivo, na minha prática clínica, optei por não investir neles. Eu os vejo como excelentes recursos educativos, porém, ainda prefiro ter à minha disposição bonecos ou artefatos não muito óbvios, para instigar a imaginação da criança. Mas friso que esta é uma escolha pessoal, pois valorizo a produção deste tipo de material que visa promover saúde aos pequenos. É extremamente importante ao profissional da área da saúde que lida com público infantil ter a sua disposição diversos produtos para este fim.

Figuras 22 e 23 - Modelo de macromodelo dentário utilizado em Odontopediatria. Este modelo é o Joca, é propriedade da minha amiga Odontopediatra Dra. Marcella Menezes Rios.



Fonte: Arquivo pessoal.

Melissa Trimingam e Nicola Shaughnessy, pesquisadoras da Universidade de Kent, na Inglaterra, lideram um projeto que faz uso de teatro, fantoches e elementos digitais interativos para estimular o desenvolvimento de crianças com Autismo. Este projeto se chama “Imaginando o Autismo”, e tem obtido bons resultados devido ao fato de estimular as crianças

a participarem das ações, desenvolvendo uma maior capacidade para interação e comunicação social com dinâmicas que estimulam a imaginação. Ou seja, uma prova social riquíssima do quanto esta prática pode ser maravilhosa quando bem empregada.

Atividades baseadas ou inspiradas em Teatro de Animação, ou Formas Animadas é um recurso pedagógico muito interessante e que as crianças de quase todas as idades reconhecem de forma positiva e por isso tendem a adorar este tipo de atividade, inclusive demonstram-se interessadas em participar da atividade de forma ativa, manipulando um fantoche, o boneco ou mesmo o objeto. Desta forma, para exemplificar, compartilho meu quinto relato, em que foram empregadas atividades lúdicas com uso de brinquedos, onde houve interação e participação ativa de todos envolvidos.

Em 27 de junho de 2017, recebi o paciente J. G. A. L. de apenas quatro anos de idade. Já havia recebido atendimento odontológico de outros profissionais e declarava não gostar de ir ao dentista. Foram necessárias duas consultas condicionamento para quebrarmos a barreira pré-existente entre mim e J.

Na primeira consulta, ele não demonstrava interesses em brincar com materiais de colorir e pintar, ou mesmo ouvir histórias, e, demonstrava-se desconfortável ao toque, pois recusava abraços, carinhos e atividades como pintura corporal. Ele também não demonstrou interesse em ouvir ou cantar músicas. Diante de todas nossas ofertas, tínhamos um “NÃO” como resposta. Como era muito introspectivo, me dizer não já era muita coisa. Eu ofereci dar brinquedos, ele dizia já ter brinquedos demais em casa. Na terceira consulta, fizemos o procedimento de profilaxia (limpeza dental). Ele permitiu o atendimento, mas percebi que para ele estava enfadonho, e que ele se manteve ali por pura obediência à mãe. Ao final da consulta, como recompensa, eu ofereci balões, ele aceitou, mas assim que eu enchi e entreguei para ele, adivinhem: jogou o balão no chão e pisou em cima até estourar. Neste dia eu fiquei muito chateada. Eu não queria desistir dele, era um paciente especial, que eu tinha muita simpatia. Na quarta consulta, eu começaria os procedimentos restauradores no J. Estes são procedimentos mais delicados, com grau de dificuldade maior de executar, e era muito importante conseguir a cooperação dele para que fossem bem executados. Nesta época os pais de J. tinham acabado de se divorciar, o que pode explicar o comportamento fechado e arredo dele. Chegou o dia em que eu deveria começar o plano restaurativo dos dentes, experimentei uma nova dinâmica e recebi o J. de forma diferente. Com ajuda da minha auxiliar escondemos três bonecos de plástico na minha sala de atendimento (estes bonecos são os monstrinhos “Poupançudos da Caixa”, eram brindes dados a quem abrisse uma poupança no banco Caixa no ano de 2009).

Contamos a dinâmica para a responsável no dia da consulta. Disse a ele que tinha acontecido algo na minha sala e não sei se ele poderia entrar, esta fala despertou a curiosidade nele, que, desconfiado perguntou o que tinha acontecido que eu não poderia recebê-lo ali. Com a ajuda da minha auxiliar, contamos a ele que nós tínhamos capturado três bichos da cárie muito perigosos no início da semana, e eles tinham fugido e agora estavam soltos na minha sala de procedimentos. De diálogo combinado, minha auxiliar desafiou J. a entrar na sala e me ajudar a caçar estes bichos, como um “dentista de verdade”. O jogo estava dado e os papéis bem definidos. Foi muito divertido ver a mudança da fisionomia no rosto dele. Soltou um sorriso engraçado, e imediatamente topou o desafio, entrando na brincadeira. Fizemos a descrição dos fugitivos para que ele não os perdesse de vista, e claro, pedimos para ele tomar muito cuidado, eram bichos poderosos, loucos para entrar em um dente branquinho para fazer aquele estrago. Ele demonstrou interesse em saber como era cada monstrinho, e se divertia com as características que construímos para cada um: “Barrigudo, Bundudo e Baleiudo”. Iniciamos a caçada, eu encontrei o primeiro boneco de forma proposital, minha auxiliar encontrou o segundo; iniciamos nossa atividade com bonecos, manipulando e dando a voz a cada “bicho” que fora encontrado para interagir e instigar J. a encontrar o último “bicho da cárie”, que era o “Barrigudo”. J. demonstrou se divertir em cada momento pois estava imerso no jogo, e depois de pouco tempo, encontrou o terceiro “bicho”, como as regras foram dadas no início, instintivamente ele chegou no balcão da minha sala, onde estava eu e minha auxiliar com um boneco cada na mão, manipulando e representando o terceiro “bicho”. A encenação foi tomando forma, os “bichos” conversaram muito entre si (neste momento não existia Hellen, Angélica nem J.) contaram coisas terríveis que eles faziam com os dentes das crianças e ainda se gabavam do tamanho de suas barrigas. Como guia do jogo em questão, mantive a brincadeira e contornei os momentos até tomarmos a decisão conjunta de que os bichos deveriam ser presos de volta no saco de pano preto.

Depois desta intervenção, nós ganhamos a confiança do J., que me pareceu perder a timidez e, de certa forma, entendeu a importância de não deixar bichos soltos por aí, porque era muito perigoso para os dentes. Após esta atividade, conversamos e ele concordou que agora era o momento de caçarmos os “bichinhos filhotinhos” que estavam morando nos dentes dele. Durante a execução deste procedimento, apesar do estranhamento inicial, ele colaborou de forma ativa durante toda a consulta. Entregamos um espelho de mão infantil para que ele pudesse me ajudar, caso enxergasse algum “Barrigudo” correndo na boca dele. A título de

curiosidade, ele viu vários. Todos os filhotes de bichos foram caçados e capturados antes que comessem dentes demais e ficassem “barrigudos”.

Para o atendimento e execução dos procedimentos odontológicos, o mais interessante foi ele ter se tornado ativo durante os procedimentos, colaborando conscientemente para boa execução. Munido de espelho na mão ele se divertia com uso do motor (não tinha medo do som, pelo contrário, gostava), com as curetagens da estrutura dental (limpeza feita na cavidade com uma colher de dentina, que visa remover estrutura acometida pela doença cárie) que instigada pelo universo imaginário, ele via bicho a bicho ser removido de cada dente e vibrava com as conquistas. Os “bichos” que ele enxergava na cureta, eram apenas a estrutura contaminada sendo removida com o instrumental, mas ele estava tão envolvido na atividade curativa, que cada pedacinho que saía tomava forma de “bichinho vencido” e se tornava conquista.

A partir da quarta consulta, onde foi proposto este jogo lúdico, as consultas seguintes só poderiam começar após o J. conferir se os “barrigudos” estavam mesmo presos dentro do saco preto. Aí ele mesmo tirava um dos bonecos e começava a manipular, brigava com os “bichinhos”, e esta “briga” sempre terminava na cadeira de atendimento. J. era atendido abraçado com os brinquedos. Ao final de cada consulta, guardávamos os brinquedos de volta ao saco preto. Esta dinâmica foi proposta em todas as consultas até o fim do tratamento. Atualmente, nas visitas de rotina, J. só é atendido se os “barrigudos” estiverem presentes, sendo esta a primeira coisa que ele pergunta quando chega na recepção. Por isto já deixamos os três brinquedos no balcão da sala aguardando por ele. Com educação em saúde bucal, atualmente só fazemos no J. consultas para prevenção com profilaxias e aplicação de flúor.

Agora compartilho uma informação curiosa, que reforça a importância na criação de um vínculo de confiança entre paciente e profissional: o pai de J. tentou levá-lo em outro profissional por algum motivo que foge de nosso conhecimento, o que deixou sua mãe contrariada. Surpreendentemente, apesar de ter ido até outro consultório, J. não permitiu que outro profissional o examinasse. Ele foi claro com o pai que só iria na dentista que era caçadora de “bichos barrigudos”. Isto aconteceu porque J. desenvolveu um relacionamento de confiança comigo a partir do encantamento e compartilhamento de bons momentos que surgiram com a atividade lúdica e seus divertidos desdobramentos. Ir à consulta foi ressignificado como momentos de diversão e de autocuidado; e é este tipo de experiência que devemos proporcionar às nossas crianças.

Figura 24 - “Bonecos Barrigudos” utilizado em consulta para representar os “bichinhos da cárie” de forma lúdica.



Fonte: Arquivo pessoal.

Pensando desta forma, a criança precisa desde a primeira consulta ser conduzida de forma amorosa, respeitosa em um ambiente favorável à toda proposta de cuidados dentários. É importante ter uma recepção calorosa com itens decorativos que atraem o olhar infantil e uma sala de atendimentos aconchegante, mas não se engane, somente isso não é, e nunca será o suficiente. Com a minha experiência clínica, percebi que apesar de ser um ponto importante, ele não é preponderante. A criança valoriza muito mais o que não pode ser visto ou dado, e sim experienciado. Os bons momentos, a sinceridade e cumplicidade tem muito mais peso na adesão da criança ao tratamento que qualquer papel de parede temático.

Outra pontuação interessante é sobre o choro. Mesmo trabalhando de forma meticulosa e evitando todos os melindres, o choro é algo esperado e presente na infância. Já foi falado sobre o choro e os tipos de choro neste trabalho, mas é algo tão pertinente que vale a pena ser enfatizando sempre que possível.

Eu acompanho a paciente M. I. M. L. desde 2017, com seus poucos meses de vida, e o choro quase sempre esteve presente em algumas consultas conforme ela foi ficando mais velha. Normalmente é o contrário, a criança pequena chora e de acordo com o crescimento o choro cessa, porém neste caso foi o inverso, e justamente por este motivo que compartilho aqui o meu sexto relato de experiência.

Apesar de conhecer uma rotina de cuidados desde bebê de colo, a M. I. em diversas consultas foi às lágrimas. Mas porque isso aconteceu?

Como já descrito, desde bebê, M. I. é consultada duas vezes ao ano. Está acostumada às atividades lúdicas, inclusive ela adora, e ao procedimento profilático (inspeção perioral e da cavidade oral, limpeza profissional dos dentes e aplicação tópica de flúor). Este procedimento não é doloroso, muito pelo contrário, é muito bem-quisto pelas crianças por ter sensação tátil gostosa durante e ao final do procedimento. Então por que o motivo do choro?

O motivo neste caso era o fato de que a paciente em questão somente quer brincar. Demonstrava interesse e ansiedade para chegar logo o dia da consulta, sempre adorou todas as atividades lúdicas propostas, inclusive tem a sua atividade preferida, porém queria se manter somente na atividade, evitando assim o procedimento odontológico. Assim que a atividade terminava, ficava contrariada, e a fim de evitar o procedimento, ela chorava muito, em claros episódios de birra. Mas, mesmo chorando, ela sempre permitiu o atendimento, portanto, está tudo certo para a prevenção de doenças orais. Porém, também devemos pensar na saúde de todos os envolvidos, e no intuito de evitar a fadiga mental, tendo em vista que este comportamento causa um severo cansaço mental nos pais e na equipe, a dinâmica de atendimentos foi modificada para que a atividade lúdica acontecesse ao final do procedimento, assim ela teria que permitir de forma tranquila que o procedimento odontológico fosse executado como moeda de troca para a atividade lúdica.

A mudança da dinâmica foi negociada de forma clara e objetiva, para que ela compreendesse que para brincar ela teria antes que permitir o procedimento sem fazer birra. Não gostou, mas teve que concordar. Em sua última consulta, obtivemos muito sucesso. Ela compreendeu e cooperou de forma ativa, inclusive se divertiu durante o procedimento. Conseguimos concluir tudo sem a presença do choro e ela pode escolher a sua atividade favorita que é a pintura corporal. Esta atividade é a campeã de escolha das crianças, que participam de forma ativa na escolha dos materiais e em qual personagem ela irá se “transformar”.

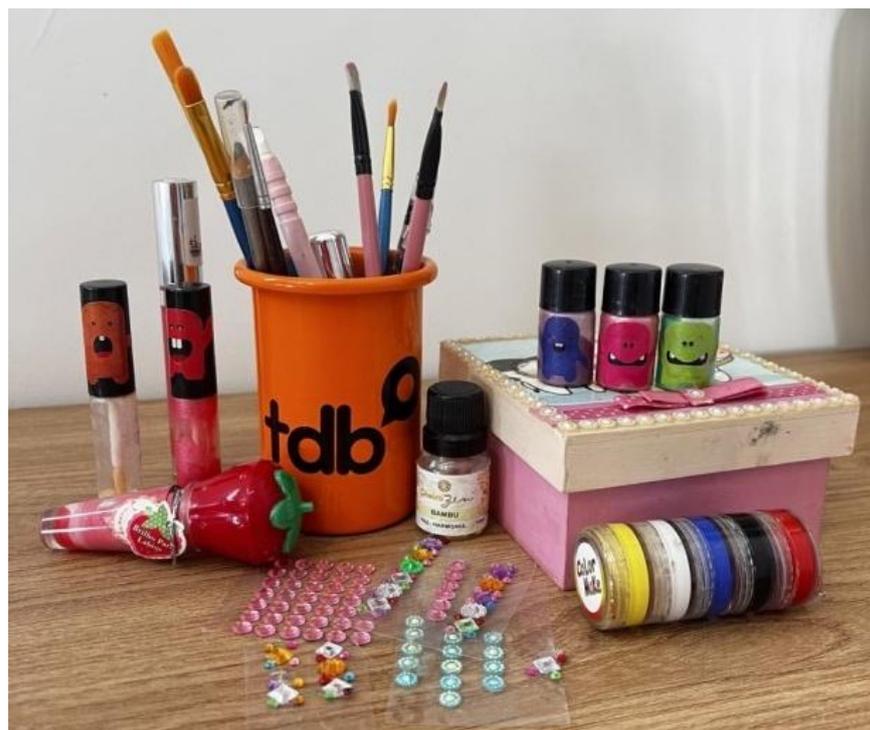
Figuras 25 e 26 - M. I. em consulta odontológica e atividade lúdica de pintura corporal – maquiagem de Unicórnio, ano de 2022



Fonte: Arquivo pessoal.

A atividade de pintura é a preferida entre todas as crianças e é feita da seguinte maneira: deixamos à disposição da criança tintas e pigmentos próprios para pintura corporal infantil, *glitter*, brocol, lantejoula, cristais autocolantes, perfumes e demais itens decorativos. A criança escolhe os materiais de seu interesse, a partir desta escolha ela decide se quer ser algum personagem ou se ela quer apenas um desenho de sua preferência, e o local onde este desenho será executado. Na maioria das vezes a criança desenvolve um personagem fictício para brincar, sendo que todo este processo faz parte da atividade. A escolha dos materiais, a experimentação de cada material na mão, a textura, o aroma, a percepção da cor, enfim, é uma atividade que deixa as crianças imersas naquele momento e estimula a criatividade. Sendo assim é a atividade mais solicitada, aproximadamente 90% dos pacientes a escolhem. Este jogo lúdico é uma brincadeira que não acaba no final da consulta. As crianças tendem a permanecer no personagem enquanto a pintura durar. Os pais relatam que ao chegar em casa, as crianças costumam se apresentar aos familiares como o personagem e permanecem brincando. Algumas se recusam a remover a pintura e vão para a escola desta forma. Por isto, eu sempre peço aos pais que se a consulta for antes da aula, já levem a criança de banho tomado para evitar dissabores futuros.

Figura 27 - Material de pintura corporal utilizado nas atividades lúdicas.



Fonte: Arquivo pessoal.

A criação dos personagens pode acontecer antes ou depois das escolhas dos materiais. Depende muito da criança, que inclusive pode trocar o material caso mude de ideia durante a dinâmica do jogo. Os personagens fictícios mais comuns escolhidos pelas crianças do sexo feminino são fadas, unicórnios e sereias. Os personagens mais comuns escolhidos pelas crianças do sexo masculino são animais ferozes, monstros ou personagens de histórias em quadrinhos. Nem sempre a criança tem interesse em brincar de ser algum personagem. Algumas querem apenas fazer a atividade de escolher o material para que um desenho de sua preferência seja pintado no seu corpo.

Figuras 28 e 29 -Escolha da pintura das crianças – Bichinho da cárie “barrigudo” e policial.



Fonte: Arquivo pessoal.

Quando a criança quer ser o personagem que estamos caracterizando, abrimos espaço para que a brincadeira aconteça de forma natural. A brincadeira começa na escolha dos materiais e se desenvolve ao longo da pintura, não existe separação na hora de escolher, hora de pintar e hora de brincar. É muito divertido e interessante assistir a criança quando se finaliza a pintura. Ela se apresenta inteira ali, vivendo aquele personagem, jogando, brincando, sendo ele de verdade. É algo extremamente natural, visceral e intuitivo. Neste momento, não existe muito segredo, meu papel é apenas de conduzir a criança em sua fantasia e em seguida apresentar aos pais todos nossos feitos. Esta atividade pode durar de 10 a 30 minutos, depende muito do nível de imersão da criança e da pressa do responsável em ir embora. Por mais que entendam a necessidade da atividade, ainda existe uma dificuldade real em doação de tempo. Atualmente eu faço a atividade após a finalização do procedimento odontológico, mas isto tem suas variáveis. Para algumas crianças o processo pode acontecer durante a própria execução do procedimento com a ajuda da minha assistente. Este recurso ajuda a tirar o foco da criança do procedimento (distração) e a convidar para vivenciar a experiência provocada pelos novos estímulos sensoriais, atizando imaginação. Trabalhamos com muitos objetos como bolinhas do tipo *squish* para estimular o sensorial da criança durante o atendimento. Temos dois objetos utilizados como instrumentos educadores: o Godi e o Teo. Oferecemos estes objetos para acompanhar algumas crianças que demonstram ter mais ansiedade durante a consulta. O primeiro é o brinquedo *Squish* conforme ilustrado na imagem a seguir, e o segundo é o Teo, um dentinho de crochê. Outros estímulos sensoriais como aromas, ou massagem nas mãozinhas da criança durante os procedimentos são riquíssimos para desviar atenção da criança para onde desejamos e contornar sentimentos como medo e ansiedade. Contamos com uma variedade de aromas na sala para este fim. O aroma pode ser utilizado de diversas maneiras. Pode ser borrifado no ambiente para receber a criança nos atendimentos, pode se tornar um jogo onde estimulamos a criança tenta adivinhar qual cheirinho ela está sentindo, pode ser aplicado ao final da consulta para que a criança experimente a sensação de ser perfumada pelo aroma de seu agrado. Cada aroma é acompanhado de alguma história fantástica. Eu não entrego os objetos de forma óbvia para as crianças. Sempre estimulo a imaginação e a criatividade contando histórias e convidando a criança a participar da atividade. Muitos dos aromas que eu tenho à disposição foram nomeados pelas próprias crianças. O aroma mais famoso, sendo o favorito da criança é a da “fada de chiclete”. Estes aromas são comprados em perfumarias, são conhecidos comercialmente como *body splash*. Sempre dou preferência para aromas que remetem a infância, com cheirinhos mais frutados e doces, que aguçam os sentidos.

Independente de qual recurso utilizamos, sempre trazemos as crianças para um jogo. Sempre existe um convite aberto para o brincar.

Figuras 30 e 31 - Godi e Teo e aromas utilizados em atividades lúdicas.



Fonte: Arquivo pessoal.

Peter Slade, em *O jogo Dramático infantil* reflete acerca dos benefícios de atividades desta estirpe. Relata que a criança entre um e cinco anos, quando sob oportunidades certas, poderá experimentar no jogo dramático (brincar) fragmentos de pensamento e experiência nos momentos de representação, já que estes tipos de jogos exercem uma influência no desenvolvimento, na construção do comportamento e na capacidade do homem em viver em sociedade. Por isto é muito importante encorajamento dos pais nestes tipos de atividade na vida da criança: é necessário brincar. E por isto que eu implementei atividades desta categoria nos atendimentos odontopediátricos abrindo um espaço dedicado a esta atividade. As técnicas de gerenciamento comportamental em odontopediatria são lúdicas, a forma que experimentei trabalhar o lúdico foi ir além da técnica, ofertando um espaço de tempo na consulta somente para brincar. Eu literalmente dedico um determinado período de tempo para que a criança brinque durante a consulta odontológica.

Após estabelecer este tempo de brincar como atividade necessária, nossa rotina se transmutou completamente de maneira muito positiva. Claro que ainda enfrentamos diversas dificuldades oriundas da prática odontopediátrica, porém aqui declaro que trabalhando desta maneira temos uma vantagem, um facilitador incrível e de baixíssimo custo. Que pode ser implementado por qualquer profissional que tenha interesse. Não é necessário ter formação em teatro para conquistar bons resultados, basta beber da fonte da criatividade e não cessar em buscar recursos que se adaptem à realidade de cada um. E claro, o apoio dos pais é fundamental.

Fazer com que eles entendam esta necessidade em darmos tempo para a criança viver jogando em cada momento, faz toda a diferença.

Nosso último relato, é sobre o primeiro atendimento prestado à paciente A. S. R. de apenas um ano e meio de idade. O primeiro contato com a mãe foi pelo telefone, e explicamos a ela como seria a dinâmica do primeiro atendimento. Para dessensibilizar a criança, iniciamos apresentando a sala de procedimentos, os instrumentais, os brinquedos, os aromas para que a criança se familiarize com o ambiente. Desta forma conduzimos de forma lúdica a criança para procedimento (exame clínico). Durante o exame clínico trabalhamos com histórias, cantigas e demais artimanhas para envolver a criança naquele momento. Se a criança permitir o exame o faremos, se não partiremos da mesma forma para outra atividade lúdica. Estas atividades são propostas de acordo com as informações passadas pelos pais antes da consulta. Temos o hábito de perguntamos as preferências pessoais da criança, como cor favorita, desenho favorito, apelido, nome de outra criança a qual ela tem apreço, comida favorita etc. Com estas informações é possível personalizar a primeira consulta.

Programamos tudo para cada criança: desde a música tocando na televisão, às cores dos brinquedos ofertados como reforço positivo ao final da consulta, ao aroma da sala. A mãe de A. demonstrou sensibilidade e interesse desde o primeiro momento para fazer com que a experiência da fosse agradável, e isto fez toda a diferença. O apoio dos pais é fundamental, e eles podem somar de diversas maneiras positivas para que este momento seja precioso, e desperte o interesse da criança não somente em voltar aos atendimentos, como ainda a manter sua saúde bucal em casa.

O primeiro exame clínico de A. foi feito joelho a joelho, onde a criança, devido ao tamanho, é atendida no colo do responsável e do dentista ao mesmo tempo. Tivemos muito êxito neste primeiro contato, A. se divertiu, permitiu o exame clínico, permitiu demonstração de escovação e uso de fio dental, demonstrou interesse em todos os materiais ofertados em consulta, tampouco queria ir embora. A experiência foi tão positiva para este bebê, que desde este primeiro contato ela pedia para que a mãe escovasse seus dentes da mesma forma em casa, deitada nos joelhos, mimetizando o que foi feito em consulta.

Tudo sendo feito com tanto carinho e atenção não passou despercebido pelo bebê, e por esta razão ela sentiu desejo em reviver este momento de cuidados com a mãe em casa. A linguagem emocional não engana. O mínimo cuidado ao toque é percebido de forma positiva pela criança. E quando passamos por experiências agradáveis, é normal querermos passar por

elas novamente. A. continuou com bom comportamento nas consultas periódicas, feitas a cada seis meses para acompanhamento, e mantendo os bons hábitos em casa.

Figuras 32 e 33 - Atendimento da O., de um ano e cinco meses, feito de “joelho a joelho”.



Fonte: Arquivo pessoal.

Gradativamente as atividades foram evoluindo para acompanhar A., que por sua vez, já é atendida na cadeira odontológica, não mais na técnica “joelho a joelho”, e sobe na cadeira sozinha, pois não tem medo. Além de não ter medo, um ponto específico de A. é que ela sempre pede para ser uma “etelinha” (estrelinha) ao final das consultas. Este pedido específico sempre acontece porque ao final da primeira consulta de A., eu coleí estrelinhas no dorso de sua mão, e ela ficou tão encantada com a história das estrelinhas do céu que a fadinha colheu, que não esqueceu. Portanto, toda consulta da A. nós temos “etelinhas”.

Na última consulta de A. realizada este ano, fizemos a atividade lúdica do “Sopra Bolhas Mágico”. É uma atividade que geralmente eu faço com crianças maiores (a partir de quatro anos) por ser imbuída de maior significado, porém, não descarto a possibilidade de fazer com crianças menores, como no caso da A. que é muito comunicativa e desenvolvida para sua idade (encontra-se com três anos).

Nesta atividade, a criança escolhe cores de *glitter* que representam emoções. Eu explico que cada cor tem um significado, e o significado dado muda de acordo com cada idade e preferência, por não ser uma atividade engessada, portanto muda de acordo com a mudança de

criança, sendo conduzida por mim e supervisionada pelo responsável, que também pode participar deste momento.

Para exemplificar, posso dizer que o *glitter* cor-de-rosa significa amor, o azul a amizade, o verde a natureza etc. Se o acompanhante estiver participando do jogo, posso perguntar para ele o que a determinada cor significa, para que ele seja parte ativa também. O responsável entra no jogo e diz: tal cor significa alegria, e assim a criança entende o jogo e começa escolher suas cores e, se quiser, pode também nomear as cores de acordo com a sua criatividade. Após nomearmos as cores dos *glitters*, para conferir significado, escolhemos o que vamos ter dentro do nosso sopra bolhas. Queremos amizade? Alegria? Amor? A criança decide. O sopra bolhas é então entregue (já com sabão mágico dentro) e gradativamente a criança vai colocando *glitter* e/ou a intenção selecionada dentro do frasco, sendo finalizado com o aroma da escolha da criança, e a customização do frasco com cristais ou adesivos de sua preferência.

Sopra Bolhas está pronto. Ativamos a magia dele agitando todos os ingredientes mágicos e ele está energizado para entrar em uso. Nesta fase do jogo explicamos para criança como o Sopra Bolhas pode ser usado. Sendo ele feito somente de coisas boas que só a criança escolheu, ele tem um poder muito especial: cada bolha assoprada tem o poder de realizar os “desejos puro do coração”, portanto, sempre que for soprar, a criança poderá fazer um pedido especial, espalhando pelo ar todas as coisas boas que ela escolheu colocar no frasco.

As crianças geralmente ficam bem absortas nesta atividade, se concentram para conseguir colocar o *glitter* dentro do frasco e depois se envolvem com a brincadeira devido as variadas possibilidades de pedidos encantados. Outras solicitam uma pintura especial para acompanhar o novo brinquedo, e o desejo é prontamente atendido.

Figura 34 - Imagem Ilustrativa do primeiro Sopra Bolhas Mágico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Da mesma forma que enchemos o Sopra Bolhas Mágico de bons adjetivos, devemos encher nossos atendimentos de amor e paciência para colher bons resultados. Nem toda brincadeira proposta terá o efeito esperado, ou mesmo desejado, porém valerá a pena sua tentativa em busca de um atendimento mais humanizado, e que desperta o que há de melhor na infância: o brincar. Finalizo este capítulo com meus pequenos brincando em consulta, colecionando boas memórias na cadeira da dentista.

Figura 35 - Materiais disponíveis para confecção do Sopra Bolhas Mágico.



Fonte: Arquivo Pessoal

Figuras 36, 37 e 38 - H. escolhendo os materiais, e recebendo as regras de como funciona a dinâmica do jogo Sobra Bolhas Mágico.



Fonte: Arquivo pessoal

Figuras 39, 40 e 41 - H. concentrada na atividade, construindo o Sobra Bolhas Mágico com os *glitters* e aroma escolhidos por ela.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 42 e 43 – H. finalizando o Sopra Bolhas Mágico com cristais.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 44 e 45 - H. se divertindo e fazendo pedidos especiais com Sopra Bolhas Mágico.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 46 e 47 - A. recebendo suas “etelinhas”, A. L. feliz com sua maquiagem de “galáxia”.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figuras 48 e 49 - O. sentindo-se à vontade no atendimento, contando com apoio emocional da mãe dentro da sala de atendimentos.



Fonte: Arquivo pessoal.

Figura 50 - V. e A. escolhendo materiais para atividade de Pintura Corporal.



Fonte: Arquivo pessoal.

## CONCLUSÃO

Odontologia é uma ciência que cuida e restaura a mais bela curva do corpo humano: o sorriso. A Odontopediatria, por sua vez, é a arte e a ciência de promover atendimento humanizado às crianças, respeitando suas peculiaridades e fornecendo ferramentas para lidar com o desconforto do tratamento odontológico de forma leve, lúdica e educativa.

Historicamente a Odontologia é maculada pela visão tortuosa e negativa do passado como uma prática punitiva ou negativa por causar dor, porém tem se visto um movimento diferente a fim de levar os cuidados com a saúde bucal para outro patamar, o de bem-estar e autocuidado. Na área Odontopediátrica, este movimento foi até mais precoce, afinal de contas, o trato com a criança exige muito mais cautela e cuidados especiais para que haja uma maior aceitação pela parte do paciente e conseqüentemente uma execução primorosa dos procedimentos.

A boca é um órgão extremamente crucial para desenvolvimento físico e psicológico da criança e necessita de todos os cuidados possíveis, porém é também uma região delicada e seu acesso depende muito da aceitação da criança. A criança de um a três anos ainda não tem a linguagem completamente desenvolvida, o que pode dificultar a comunicação, afetando a prática clínica de determinados procedimentos mais elaborados. A partir dos quatro anos de idade, a criança já se encontra com a linguagem mais desenvolvida e pode compreender e estabelecer diálogos e acordos com Odontopediatra. E estes acordos (permissão da criança para execução de procedimentos odontológicos), segundo minha avaliação, eram mais fáceis de serem fechados se em troca, eu proporcionasse para esta criança confiança, conforto, segurança, amizade e experiências positivas.

Ambientalizar o espaço físico para receber a criança é a parte mais fácil de todo percurso a ser trabalhado. É unânime que ter uma recepção e uma sala de atendimentos calorosa, com brinquedos ou itens que remetam a infância, deixem a criança mais à vontade no novo ambiente por ela reconhecer itens do seu universo nele, porém sabemos que somente isto não é suficiente para a adesão da criança ao tratamento. Também existe a sugestão do profissional se vestir de forma mais alegre, com jalecos coloridos, por exemplo, a fim de desconectar da ideia do branco gélido, que deixa o profissional com ar mais austero e pouco interessante para o público infantil. Mas, novamente, como foi falado ao longo deste trabalho, somente isso não é o suficiente.

Para conquistar a confiança de uma criança, é preciso primeiramente tratá-la com respeito e todo amor do mundo, estar também sob o apoio e compreensão constante dos responsáveis e se posicionar de forma acessível e amiga. Alguns recursos educativos (muitos

que cito estão descritos em literatura) podem ser trabalhados de forma a trazer a criança para este novo universo, sendo eles: fantoches dentários, macromodelos de escova dental, dedoches, brinquedos para gratificar a criança por bom comportamento como reforço positivo, certificado de coragem, medalhas, dentre outros.

Além de todos estes descritos, nesta pesquisa eu trouxe sete relatos da minha experiência pessoal. A minha vivência artística pessoal me proporcionou fortalecer o lugar da corporeidade e desenvolver um olhar diferente acerca do atendimento odontopediátrico que me permitiu ir além. As primeiras experimentações aconteceram de forma empírica, e assim fui trazendo paulatinamente atividades lúdicas para complementar técnicas de gestão comportamental em Odontopediatria. Estas atividades lúdicas, podemos chamar também de jogos lúdicos, ou mesmo dramáticos devido à sua essência. Em minha prática clínica a finalidade destas atividades era promover um tempo de qualidade para que a criança brincasse sob minha supervisão durante a consulta odontológica. A minha intenção era construir um elo de confiança, promover momentos recreativos para conquistar a colaboração do paciente pediátrico e aumentar a adesão aos procedimentos odontológicos, proporcionando uma odontopediatria mais humanizada para criança.

Das atividades que mais utilizo, que são respectivamente a pintura corporal, com possível desenvolvimento para construção e encenação de um personagem fictício a ser representado, jogo do Sopra Bolhas Mágico, brincar e manipular bonecos, objetos e demais brinquedos presentes no ambiente, contação de histórias, onde tudo pode ser misturado e ressignificado. Ao tornar esta prática recorrente, adaptei cada momento de acordo com a necessidade de cada criança, tornando atendimento único e, espero, inesquecível.

Observei que o brincar se tornou uma ação necessária não somente para adesão da criança, como ainda um meio educacional voltado para o ensino de educação em saúde bucal. Segundo Tavares (2009, p.69-70) no contexto do jogo dramático uma boa ação lógica pode ser real e não ser real ao mesmo tempo, o que nos deixa diante de um paradoxo. O jogo realiza simultaneamente diferentes níveis de mensagens, tornando possível uma representação ficcional e metafórica da realidade, já que a situação de jogo funciona no nível da metáfora. A riqueza da linguagem teatral está na arte de mostrar para compreender. A linguagem artística é completa, é um sistema complexo de signos, possui regras próprias que se comunicam de maneiras diferentes da linguagem falada. Ao jogar, desenvolvemos diferentes níveis de abstração na comunicação, por isto o jogo exercita a capacidade de comunicação de todos os envolvidos. No dia-a-dia clínico odontopediátrico, a prática do jogo dramático permite que se

estabeleça um vínculo afetivo de confiança e amizade, em que a criança não somente brinca para se divertir, como ainda se desenvolve e aprende coisas novas a cada consulta.

Ao implementar jogos mais elaborados nas consultas, percebia que as crianças se comportavam de uma forma diferente, positiva, houve o aumento do interesse das crianças em retornar as consultas. Sendo que estas informações eram relatadas pelos próprios pais que diziam: “Estava louco para que chegasse logo o dia da consulta” “Não para de me perguntar quando irá de novo na Tia Hellen”, “Pede para ir na Tia Hellen”, “Quer brincar em casa igual brinca na Tia Hellen”.

Outra mudança que observei foi em pacientes tímidos, que de início mal verbalizavam e de repente se posicionavam de forma mais ativa, demonstrando interesse em também conduzir as brincadeiras. Outras mudanças comportamentais que observei foram a dos pais, observei um aumento do interesse e da adesão dos pais em participar ativamente dos tratamentos. Muitos deles que tinham questões pessoais de cunho negativo em relação à ida ao dentista foram convidados a ter uma visão mais branda sobre o tratamento odontológico ao observarem seus filhos brincando e se divertindo enquanto estavam sob nossos cuidados; se sentiram imbuídos a cuidar de si, e desta forma a ressignificar a visita ao dentista.

Assim, destaco que o brincar na consulta odontopediátrica trouxe excelentes resultados para todos os envolvidos, principalmente para a equipe, tendo em vista que existe um gasto de energia imenso, sendo uma rotina pesada e cansativa. Ou seja, quanto mais tranquilas forem nossas abordagens, menores os danos físicos e psicológicos para a equipe, que deve estar sempre preparada para acolher todos os tipos de sentimentos, sejam bons ou ruins, dos pacientes e familiares.

Apesar de não existir “receita de bolo”, e sabermos que o medo, o choro, a birra, dentre outros percalços, estarão presentes por ser algo inerente a infância, seguimos experimentando e aprendendo diariamente com cada criança que atravessa nossas vidas. As brincadeiras na rotina clínica, além de condicionarem o comportamento infantil, também são uma forma de amenizar, ou mesmo evitar que emoções de conotação negativa aflorem a todo momento, sendo assim bálsamo para todas estas dores.

O brincar é uma atividade que para minha prática se tornou tão essencial quanto um procedimento restaurador. É uma prática que eu recomendo fortemente e acredito ser a chave para o atendimento humanizado na odontologia moderna. E por não necessitar de investimento financeiro nenhum, é muito fácil de ser instaurada na rotina, de forma que todos saem ganhando. Como já disse antes, o profissional não precisa ser artista profissional, formado em Teatro ou

“coisa e tal”. Precisa estar com sua escuta atenta, “prescrever” uma boa brincadeira, se posicionando de forma assertiva e congruente, utilizar uma boa dose diária de criatividade, conhecer bem seu paciente, e estar disposto a modificar a atividade sempre que achar necessário, ou mesmo conveniente.

Brincar é um direito estabelecido pelo marco legal da Primeira Infância, sancionado em 8 de março de 2016 (Lei nº. 13.257/2016), sendo também um direito ser cuidado por profissionais qualificados.

A criança quando brinca é potente, aprende, se desenvolve e se revela. Brincar é de graça, é um excelente recurso pedagógico, é acessível e somente quem implementar esta prática na rotina entenderá o potencial maravilhoso que tem nas mãos.

Figura 51- Reportagem feita em meu consultório pelo programa Manhã Total, Rede Integração, sobre atendimento infantil lúdico.



Fonte: Arquivo pessoal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABANTO J., et al. **Impact of oral diseases and disorders on oral health-related quality of life of preschool children.** Community Dent Oral Epidemiol., Copenhagen, v.39, p. 105-114, 2011. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00580.x>

ABERASTURY, A. **Abordagens à psicanálise de crianças.** Tradução Francisco Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 200 p.

AMARAL, A. M. **Teatro de Formas Animadas: Máscaras, bonecos, Objetos /Ana Maria Amaral.** 3 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996. p. 17-166.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Behavior guidance for the pediatric dental patient.** The reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago: III.:American Academy of Pediatric Dentistry, p. 306-324, 2021.

ANDRADE, E. D.; MATTOS FILHO T. R. **Terapêutica medicamentosa em odontologia.** São Paulo: Artes Médicas, 2002. p. 23-24.

BARBÉRIO, G. S. **Confiabilidade e Validade do Questionário Children´s Fear Survey Schedule-Dental Subscale para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças.** 2016. 76f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

BARRETO, R. A. **O desenvolvimento humano e suas interfaces com a Odontopediatria.** Conduta Clínica e Psicológica na Odontopediatria. 2 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2013. p. 469-474.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** Tradução Maria Adriana Veríssimo Veronese. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 612 p.

BEE, H. **O ciclo vital.** Tradução Regina Garcez. Porto Alegre: Artmed, 1997. 656 p.

BERND, B. et al. **Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão.** [S.l.]: Saúde em Debate, n. 34, p. 33-39, mar. 1992.

BOWLBY, J. **Apego e Perda.** Tradução Álvaro Cabral. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

CALLIA, M. M. M. **No caminho da transicionalidade: brincando criamos o mundo.** In GUELLER A. S.; SOUZA, A. S. L. *Psicanálise com crianças: perspectivas teórico-clínicas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. p. 135-150.

CORREA, M. S. N. P. et al. **Conduta Clínica e Psicológica na Odontopediatria.** 2 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2013.

DANIELS, E.; MANDLECO, B.; LUTHY, K. E. **Assesment, management, and prevention of childhood temper tantrums.** *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.* v. 24, n. 10, p. 569-573, oct. 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00755.x>

DAVIDOFF, L. L. **Introdução à psicologia.** Tradução Auriphebo Berrance Simões e Maria da Graça Lustosa. São Paulo: McGraw – Hill do Brasil, 1983. 732 p.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Edição 46, Seção 1, Pag 1, lei nº13.257/16. Publicado em 09/03/2016.

DUARTE, M. E. Q. et al. **Fatores associados à cronologia de erupção dos dentes decíduos – Revisão de Literatura.** *Revista Eletrônica da Universidade Vale do Rio Verde,* n. 9, p. 139-151, 2011. <https://doi.org/10.5892/RUVRV.91.139151>

ELSBACH, H. G. **Crying as a diagnostic tool.** *J Dent Chil,* v. 30, p. 13-16, 1963.

ENLOW, D. H. **Crescimento facial.** 3 ed. São Paulo: Artes Médicas, 1993.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade.** In: Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

GOTTMAN, J.; DECLAIRE, J. **Inteligência emocional e a arte de educar nossos filhos.** Tradução Adalgisia C. da Silva. Rio de Janeiro: Objetiva, 1997. 231 p.

GUERINI, V. **History of Dentistry: from the most ancient times until the end of eighteenth century.** *Part I, First Period - Antiquity - Introduction.* New York: Lea & Febiger, 1909.

HALLIDAY, J. L. **Psychosocial medicine: a study of the sick society.** New York: Norton, 1948. p. 244-245.

HARLLOW, H. F. **Primary affection patterns in primates.** *Am J. Orthopsychiatry,* v. 30, p. 676-677, 1960. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1960.tb02085.x>

HUMPHRIS, G. M.; LING, M. **Behavioural sciences for dentistry**. London: Churchill Livingstone, 2000. 160 p.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar**. Tradução Zuleika Thompson, Onides Gordon. Reimpr. 1991, Revista Londrina, 1997.

KLACKENBERG, G. **Thumbsucking, frequency and etiology**. Pediatrics. v. 4, p. 418-424, oct. 1949. <https://doi.org/10.1542/peds.4.4.418>

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. **Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitante psychological factors**. Int J Pedriatic Dent. v. 17, n. 6, p. 391-406, nov. 2007. <https://doi.org/10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x>

LEVITSKY, A. **In touch with feeling**. [S.l.]: Human Behavior, v. 4, p. 16-23, 1975.

MAGGIARIAS, J.; LOCKER, D. **Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment**. Community Dent Oral Epidemiol. v. 30, n. 2, p. 151-159, apr. 2002. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0528.2002.300209.x>

MARCHIONI, S. A. E.; GALLI, V. L.; GALLO, M. A. **Desenvolvimento humano**. In: Seger L. Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos, 1998. p. 81-100.

MARTINS, A. L. C. F. et al. **Erupção dentária**. In Correa M. S. C. Odontopediatria na primeira infância. 3 ed. São Paulo: Ed. Santos, 2010. 942 p.

MCGHEE, P. **The humor and laughter therapy**. New Jersey: [s.n.], 2001.

MINAYO, M. C. S. **Na dor do corpo, o grito da vida**. In: COSTA, N. do R. et al. Demandas populares, políticas públicas e saúde. Petrópolis: Vozes, 1989. p. 75-101.

MORAIS, E. R. B. **O medo do paciente ao tratamento odontológico**. Rev. Faculdade de Odontologia Universidade Federal do Rio Grande do Sul. v. 44, n. 1, p. 39-42, 2003. <https://doi.org/10.22456/2177-0018.103209>

MONTAGU, A. **Tocar o significado humano da pele**. 6 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1988. p.104-108, 129.

- MORRIS, R. J.; KRATOCHWILL, T. R. **Treating Children's fears and Phobias: A Behavioral Approach**. Boston: Allyn & Bacon, 1983. <https://doi.org/10.1051/orthodfr:200803>
- NGOM, P. I. et al. **Prevalence and factors associated with non-nutritive sucking behavior. Cross sectional study among 5 to 6 year old Senegalese children**. Orthod Fr. v. 79, n. 2, p. 99-106, jun. 2008.
- PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W. **Desenvolvimento humano**. 8 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- PIAGET, J. (1964). **Seis estudos de Psicologia**. 24 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. p.13-17.
- PITTS, N. et al. **Early Childhood Caries: IAPD Bangkok Declaration**. Int J Pediatr Dent.v. 29, p. 384-386, 2019. <https://doi.org/10.1111/ipd.12490>
- PITTS, N. B. et al. **Dental Caries**. Nat Ver Dis Primers. may. 2017. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.30>
- POSTIC, M. **O imaginário na relação pedagógica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- RACHMAN, S. **The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. Behavior research and therapy**. v. 15, n. 5, p. 375-387, jan. 1977. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90041-9](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90041-9)
- RIBBLE, M. A. **Os direitos da criança**. 2 ed. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- ROSS, S.; FISHER, A. E.; KING, A. **Sucking Behavior: a review of the literature**. J. Genet Psychol. v. 91, p. 63-81, sep. 1957. <https://doi.org/10.1080/00221325.1957.10533030>
- SANTROCK, J. W. **Child development**. 10 ed. Chicago: McGraw-Hill, 2004.
- SIMON, R. **Introdução à psicanálise: Melanie Klein**. São Paulo: EPU, 1986. 136 p.
- SINGH, K. A.; MORAES, B. A.; Bovi Ambrosano, G. M. **Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico**. Pesquisa Odontológica Brasileira. v. 14, n. 2, p.131-136, abr./jun. 2000. <https://doi.org/10.1590/S1517-74912000000200007>
- SIVIERO, M.; NHANI, V. T.; PRADO, E. F. G. B. **Análise da ansiedade como fator preditor de dor aguda em pacientes submetidos à exodontias ambulatoriais**. Revista de Odontologia da UNESP. v. 37, n. 4, p. 329-336, 2008.

- SLADE, P. **O Jogo Dramático Infantil / Peter Slade.** Tradução de Tatiana Belinky; direção e edição de Fanny Abramovich. São Paulo: Summus, 1978. p.17-34.
- SPITZ, R. A. **An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in childhood.** The psychoanalytic study of the child. 1954. p.53-74.
- SUBTELNY, J. D. **Oral habits-studies in form, function, and therapy.** Angle Orthod. v. 43, n. 4, p. 349-383, oct 1973.
- TAVARES, R.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Arte e Saúde, experimentações pedagógicas em enfermagem.** São Paulo: Yendis, 2009. 281 p.
- VASCONCELLOS, L. P. **Dicionário de teatro.** 3 ed. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.
- VERNY, T.; KELLY, J. **A vida secreta da criança antes de nascer.** 3 ed. São Paulo: Salmi, 1993.
- VIGOTSKI, L. S. **Imaginação e criação na infância: ensaio psicológico: Livro para professores.** Lev Semionovich Vigotski; apresentação e comentários Ana Luiza Smolka. São Paulo: Ática, 2009. p. 11-34.
- VIGOTSKI, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância.** São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 3-131.
- WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas.** Rio de Janeiro: Ed. Imago, 2000.
- WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade.** Tradução José Octavio de Aguiar Abreu e Vanete Nobre. Rio de Janeiro: Ed Imago, 1975. 203 p.
- ZADIK, D.; PERETZ, B. **Management of the crying child during dental treatment.** ASDC J Dent Child. v. 67, n. 1, p. 55-58, jan./feb. 2000.

## APÊNDICE

### Apêndice – Termo de Autorização de uso de imagem e voz

#### Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,

Virgínia Cunha dos Santos Resende,

inscrito(a) no CPF sob o nº. 061.782.136-46, na condição de

genitora

AUTORIZO uso da imagem e voz de

Alana Santos Resende

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

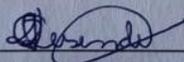
Seguindo na Prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira do dentista

em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 20 de junho de 2021.



Assinatura

Nome: Virgínia Cunha dos Santos Resende

RG: MG-14-093.004

CPF: 061.782.136-46

Telefone: (34) 99189-5297

Endereço: Rua Comandante, nº 270 Centro

Cidade: Araguari

Estado: MG

## Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,  
Natane Rodrigues Ribeiro Lamotte Garcia,  
inscrito(a) no CPF sob o nº. 043.827.423-02, na condição de  
mãe AUTORIZO uso da imagem e voz de

Otávio Antônio Ribeiro Garcia

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Logosfônicos na prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira da dentista.  
em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 20 de junho de 2022.

Rainald  
Assinatura

Nome: Natane Rodrigues Ribeiro Lamotte Garcia

RG: 5494448 PCGO CPF: 043.827.423-02

Telefone: (31) 99939-1114

Endereço: Rua Dr. Ronaldo Duarte 91 Sclan Park Bela Vista

Cidade: Araguari Estado: MG

## Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,  
Eliane Aparecida da Silva Santos,  
inscrito(a) no CPF sob o nº. 931 658 036 68, na condição de

mãe responsável

AUTORIZO uso da imagem e voz de

Uma Moura da Silva Santos

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Google Bídicos na prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira do dentista.

em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 22 de Junho de 2021.

Eliane Aparecida da Silva Santos

Assinatura

Nome: Eliane Aparecida da Silva Santos

RG: 10.029 794 CPF: 931 658 036 68

Telefone: ( ) 9-887 937 24

Endereço: R. Dos Carpinteiros nº 171

Cidade: Araguari Estado: MG

## Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, eu e para todos fins de direito, eu,

Doana Oliveira Mota, inscrito(a) no CPF sob o nº. 079.678.846-47, na condição de

mãe responsável AUTORIZO uso da imagem e voz de

Marcia Isabel Mota Boeggio

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Seguidores na Prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira do dentista em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 22 de Junho de 2021.

Doana Oliveira Mota

Assinatura

Nome: Doana Oliveira Mota

RG: MG 13.617.950 CPF: 079.678.846-47

Telefone: 049 99253-9722

Endereço: Av. Batalhão Mauá 1291 Ap. 42 Bloco D

Cidade: Araguari Estado: Minas Gerais

## Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,

Manifes de Mier,  
inscrito(a) no CPF sob o nº. 07829928622, na condição de

pai responsável AUTORIZO uso da imagem e voz de

Isabela Loução de Mier

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Aspectos lúdicos na prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira da Dentista

em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 22 de Junho de 2021.

Manifes de Mier  
Assinatura

Nome: Manifes de Mier

RG: 14869622 CPF: 07829928622

Telefone: 997730540

Endereço: RUA 3 nº 210

Cidade: ARAAGUARI Estado: MG

## Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,  
Nayana de F. M. C. Silva,  
inscrito(a) no CPF sob o nº. 09474438609, na condição de  
mãe responsável AUTORIZO uso da imagem e voz de

Ana Luiza Silva Marques Costa

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Segs buidicos na prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira da dentista.

em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 04 de maio de 2021.

Nayana de F. M. C. Silva

Assinatura

Nome: Nayana de F. M. C. Silva

RG: MG 15538454 CPF: 09474438609

Telefone: 69 988178861

Endereço: Rua 10 nº 70 Bella Suíça

Cidade: Araguari Estado: MG

### Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu, Tatiane Beatriz Oliveira,  
inscrito(a) no CPF sob o nº. 999.439.726-53, na condição de  
mãe AUTORIZO uso da imagem e voz de

Letícia Magalhães Oliveira Rosa

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Leções bíblicas na Prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na cadeira da dentista  
em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 01 de Agosto de 2021.

Tif

Assinatura

Nome: Tatiane Beatriz Oliveira  
RG: 27.512.852-0 CPF: 999.439.726-53  
Telefone: 34 98882-1357  
Endereço: R. Pastor Flourentino Ferreira 160  
Cidade: Araguari Estado: MG

### Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,  
Tatiane Beatriz Oliveira,  
inscrito(a) no CPF sob o n.º 999.439.726-53, na condição de

Mãe AUTORIZO uso da imagem e voz de

Antonella Magaraz Oliveira Rosa

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

Impactos da prática Odontopediátrica: utilizando boas memórias na cadeira da dentista.  
em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 01 de Agosto de 2021.

Fil

Assinatura

Nome: Tatiane Beatriz Oliveira  
RG: 27.512.852-0 CPF: 999.439.726-53  
Telefone: 98882-1357  
Endereço: R. Pastor Florentino Ferreira 160  
Cidade: Araguari Estado: MG

### Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu,  
Larissa Duarte Baile,  
inscrito(a) no CPF sob o nº. 357.514.298-00, na condição de  
mãe responsável AUTORIZO uso da imagem e voz de

Helena Baile Marques

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

X Processos bucais na Prática Odontopediátrica: Cultivando boas memórias na caduêcia de  
dentista  
em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

X Araguari, 01 de Agosto de 2021.

Larissa Duarte Baile

Assinatura

Nome: Larissa Duarte Baile

RG: 44.476.344-2 SP/SSP CPF: 357.514.298-00

Telefone: (34) 98838-2854

Endereço: Rua Três, nº 900 Ouro Verde

Cidade: Araguari Estado: Minas Gerais

## Termo de autorização para uso de imagem e voz

Neste ato, e para todos fins de direito, eu, Ana Karolina Schutz Samara Costa Pereira,

inscrito(a) no CPF sob o nº. 098.673.116-12, na condição de

mãe, responsável legal AUTORIZO uso da imagem e voz de

Olivia Schutz Samara

em todo e qualquer material envolvido na pesquisa de mestrado desenvolvida pela pesquisadora Hellen Cristina Batista Souza sob orientação do Professor Dr Fernando Manoel Aleixo na Universidade Federal de Uberlândia intitulada:

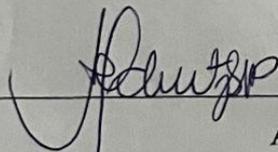
Jogos lúdicos na prática Odontopediátrica: Cultivando Boas Memórias na  
cadeira da dentista.

em caráter definitivo, gratuito, em fotos e filmagens, materiais impressos, gravados ou digitais, incluindo transcrições da entrevista feita para este fim.

Imagens e vídeos poderão ser exibidas de forma total ou parcial na pesquisa de forma impressa e digital, em apresentação audiovisual, publicações em redes sociais, divulgações em congressos, festivais e demais eventos nacionais ou internacionais. Concordo também que estas imagens estarão disponíveis no banco de imagens resultantes em pesquisas de internet ou outras mídias futuras.

Por ser esta expressão da minha vontade, de nada reclamarei a título de direitos conexos a minha imagem, voz ou qualquer outro, decorrentes do trabalho em questão.

Araguari, 01 de agosto de 2021.



Assinatura

Nome: Ana Karolina Schutz Samara Costa Pereira

RG: 11.890.965 CPF: 098.673.116-12

Telefone: (34) 99189-3430

Endereço: Av. dos Jardins 250, Púmulas 190, Jardim Barcelona

Cidade: Uberlândia Estado: MG