

Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil

Graciela Zanetti* ; Marília Franco Punhagui** ; Wanda Terezinha Garbelini Frossard^{1**}
& Noriedna Oda*

Resumo

Mesmo com um grande avanço técnico em toda área da Odontologia, ainda existe uma sensação desagradável relacionada à experiência odontológica, medo e expectativa de dor pelo paciente. O trabalho apresentado trata dos vários tipos de comportamento infantil, existentes frente ao tratamento odontológico, e a conduta que o odontopediatra pode seguir diante de cada situação. O objetivo deste trabalho é identificar a origem do medo odontológico, os tipos de comportamento infantil e as técnicas de manejo comportamental não medicamentosas. Concluiu-se que a origem do medo odontológico possui várias causas, estando muitas no próprio consultório, justificando a utilização das diversas técnicas de manejo existentes.

Palavras-chave: comportamento infantil, manejo, medo odontológico.

ZANETTI, G.; PUNHAGUI, M. F.; FROSSARD, W. T. G.; ODA, N. Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde.*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 69-75, out. 2001.

Introdução

Apesar do grande avanço técnico da Odontologia alcançado nos últimos anos, ainda persiste uma sensação desagradável relacionada à experiência odontológica, que se traduz pela expectativa de dor do paciente. A relação dentista-paciente é de suma importância, principalmente quando se trata de uma criança. É necessário, segundo Klatchoian (1986), o profissional ter em mente que cada criança é diferente uma da outra, assim como suas respectivas reações e que este pequeno ser em desenvolvimento merece carinho e compreensão. Torna-se necessário que o dentista avalie qual o tipo de comportamento e quais as técnicas adequadas para seu melhor manejo odontológico. Deve-se levar em conta que não existem regras totalmente eficazes para o manejo infantil, devido ao fato de uma criança reagir diferentemente da outra.

Para a utilização de técnicas de manejo é imprescindível que o odontopediatra apure sua personalidade a partir de sua formação técnica para cumprir seu papel de agente integral de saúde. Em vários momentos, o paciente odontopediátrico é conduzido ao dentista em condições de dor, ou seja, emergências, portanto exigindo que técnicas de controle comportamental e manejo técnico sejam utilizadas de diversas formas, não existindo uma norma rígida a ser obedecida. Cada caso deve ser norteado pelo plano de tratamento adequado e apropriado à situação de atendimento da criança.

Embora as técnicas de manejo existam, estas não são definidas como regras obrigatórias. Então, como selecionar a técnica a ser utilizada para a criança?

Diante de dúvidas como esta, surge-nos a oportunidade de revisão bibliográfica objetivando identificar a origem do medo odontológico, os tipos de comportamento infantil e as técnicas de manejo comportamental não medicamentosa.

* Especialistas em Odontopediatria pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

** Mestres em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Bauri (USP). Docente de Odontopediatria da UNOPAR e da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Endereço para correspondência: Complexo Clínico Odontológico / UNOPAR. Rua Marselha, 183. Jd Piza. 86041-140. Londrina, Paraná, Brasil.

Na busca de informações sobre o manejo comportamental da criança observamos, na literatura que Teusher (1961) *apud* Klatchoian (1993) propõe três objetivos básicos da Odontopediatria: interessar e educar a criança nos cuidados de higiene bucal; educar a criança para que aceite o tratamento necessário e periódico de seus dentes; ajudar a criança para que aceite a responsabilidade por sua própria saúde bucal. Klatchoian (1993) acrescenta um quarto objetivo que seria a busca de entendimento e aproximação entre dentistas e crianças, pois o dentista participa de um intercâmbio ativo com um ser humano em desenvolvimento.

É enfatizado por Klatchoian (1986) que, para todo o dentista que trata de crianças, é da maior importância que haja, entre ambos, um alto grau de entendimento e aproximação, a fim de que se consiga efetuar todos os procedimentos necessários para garantir ao paciente infantil um atendimento adequado e proporcionar-lhe um bom nível de saúde bucal. Segundo Tollendal (1985) não se pode ignorar que todos os pacientes, independentemente da faixa etária em que se apresentam, trazem um nível determinado de ansiedade, ainda que não manifesta conscientemente, em consequência do estado de expectativa frente ao ato da consulta odontológica, que para eles constitui em um ato agressivo, no qual sua intimidade será invadida numa zona por excelência erógena.

Para Klatchoian (1993) a visita ao dentista é aguardada por muitas crianças / adultos com ansiedade em graus variáveis, provocada pelo estranhamento do lugar, por idéias pré-concebidas ou experiências concretas anteriores, pela imaginação que preenche desconhecimentos, em suma, pelo aguardo da dor. Um dos fatores mais comuns e que mais interferem na relação criança e dentista é o medo das experiências clínicas, o que pode ser objetivo, como resultado de experiências prévias, ou subjetivo devido às informações recebidas dos pais, ou de outros conhecidos. O medo tem objeto definido, que pode ser enfrentado, analisado, atacado, tolerado e, nesse sentido, pode se tornar auto-afirmação. Desta forma torna-se imprescindível ao odontopediatra que apresente as situações odontológicas de forma gradativa e com segurança para o correto manejo do comportamento da criança (Vono e Vono, 1994).

Para Vono e Vono (1994) e Wilson *apud* Pinkham (1996) o medo natural de luzes brilhantes, barulhos altos, movimentos bruscos e ambientes estranhos é facilmente despertado nas crianças e produzem as mais evidentes expressões de ansiedade durante seus três primeiros anos de vida.

– Ruídos de alta rotação e queda dos instrumentos: podem desencadear medo, principalmente em crianças de até três anos. Quando possível deve-se evitar que ocorram ruídos no consultório ou pelo menos avisar a criança antes que o ruído ocorra, pois este simples fato já diminui o temor que ele poderia causar.

– Perda de apoio: pode ocorrer perda de apoio físico, com movimentos executados com a cadeira sem prévio aviso, e psíquico, quando a criança é deixada sozinha na sala clínica (sensação de abandono). Kendrick (1999) e Vono e Vono (1994) relatam que o estímulo inesperado da cadeira movendo-se para trás pode causar mais ansiedade na criança. Deve-se avisar previamente a ela para que se prepare para os movimentos que se vai realizar com a cadeira. Pede-se que se desencoste para que se possa executar os movimentos e só então ela deverá se acomodar para receber o tratamento.

– Estímulo intenso, repentino e inesperado: introdução da agulha e dor provocada em dentina sensível também são exemplos de origem do medo. Até a sensação de vibração provocada pelo micromotor não deve ser inesperada, pois pode-se demonstrar à criança o que ela irá sentir em sua boca, acionando em baixa velocidade uma taça de borracha para polimento, colocada sobre a unha de um dedo de sua mão para familiarizá-la com a situação.

– O desconhecido é um estímulo subjetivo do medo: tudo deve ser explicado e demonstrado antes da realização dos procedimentos.

– Opiniões e atitudes alheias: o modo como os outros falam do tratamento odontológico pode amedrontar as crianças, devendo-se evitar relatos de experiências passadas frente às crianças.

Segundo Klatchoian (1986), a chave para o controle bem sucedido de crianças que se apresentam com um mau comportamento é o diagnóstico preciso de seu comportamento ofensivo, que uma vez reconhecido, possibilitará ao dentista utilizar uma técnica de controle adequada.

Para o diagnóstico comportamental faz-se necessário reconhecer os padrões de comportamento; segundo Wright (1971) *apud* Klatchoian (1986), há três categorias de comportamento que têm grande aplicabilidade clínica:

Cooperativa

A grande maioria das crianças que se apresentam nos consultórios pode ser classificada como cooperativas. Elas conversam com o dentista, compreendem o procedimento a ser realizado e seguem as instruções polidamente.

Falta de habilidade cooperativa

Refere-se ao grupo de pacientes que não tem a habilidade de se comunicar com o dentista e de compreender os procedimentos a serem realizados. Seriam incluídos neste grupo as crianças de pouca idade e aquelas com desarranjos físicos ou mentais, que limitam severamente a sua capacidade de comunicação. O controle neste caso é geralmente realizado de forma mais adequada, através do uso de agentes farmacológicos para a sedação ou anestesia geral.

Comportamento potencialmente não cooperativo

Esta categoria inclui a maioria das crianças de três anos de idade até o fim da adolescência, que impõe problemas de controle no consultório. Elas se apresentam com medo das experiências clínicas, o que pode ser objetivo, como resultado de experiências prévias, ou subjetivo, devido às informações recebidas dos pais ou de outras pessoas. Nesse grupo pode-se notar os seguintes padrões distintos de comportamento: comportamento histérico ou incontrolado, rebelde ou teimoso, envergonhado, de cooperação tensa, tipo choramingando e estóico.

Embora o comportamento não cooperativo se subdivide, Possobon *et al.* (1998) relatam que a resistência aos procedimentos desaparecem devido à utilização de técnicas adequadas à familiarização da criança ao atendimento odontológico. Reforço se faz à necessidade de exposição gradual do paciente ao ambiente odontológico, segundo Weistein e Nathan *apud* Possobon *et al.* (1998).

Comportamento histérico ou incontrolado

Este comportamento é tipicamente apresentado por crianças de três a quatro anos de idade em suas primeiras visitas odontológicas, ou por crianças mais velhas na hora da aplicação da anestesia. Há uma forte choradeira, chutes e acesso de raiva.

Comportamento rebelde ou teimoso

Esta criança é chamada de criança “mimada”. De certa forma ela controla o seu comportamento, desafiando a autoridade do dentista. Estas crianças apresentam um problema emocional muito sério que possivelmente se manifesta em casa, na escola e em outros lugares. Ela sentará quieta com os dentes cerrados, evitará olhar para o dentista e ignorará qualquer tentativa de comunicação. Esta criança está freqüentemente perto da adolescência e o seu comportamento é uma forma de protesto contra o controle que os adultos exercem sobre sua pessoa.

Comportamento envergonhado

O comportamento tímido ou envergonhado é freqüentemente expressado por crianças novas, particularmente na primeira consulta. É o resultado da ansiedade da criança quanto ao exercício odontológico e como se espera que ela aja no consultório. A ansiedade da criança pode fazer com que ela não preste atenção ao dentista, portanto as instruções devem ser dadas vagarosa e calmamente e repetidas quando necessário. Adquirida confiança no dentista torna-se um paciente excelente.

Comportamento de cooperação tensa

Esta criança quer cooperar, porém está obviamente assustada. Os seus olhos seguem qualquer movimento do dentista ou do assistente e as suas mãos frequentemente se travam no braço da cadeira odontológica. Ela aceita o tratamento, porém pode chorar em momentos de particular ansiedade. O seu comportamento pode melhorar ou piorar, dependendo da preocupação e sensibilidade do dentista com relação a seus sentimentos.

Comportamento tipo choramingando

Pode ser extremamente frustrante seu tratamento. Ela permite que o tratamento seja executado, contudo, ficará choramingando durante todo o processo. As crianças geralmente superam este padrão de comportamento conforme cresce a sua autoconfiança e a sua confiança no dentista.

Comportamento estóico

Esta criança, geralmente, poderá ser considerada como uma criança cooperativa. Ela senta quieta e passivamente aceita todo o tratamento dental, incluindo a anestesia, sem protesto ou qualquer sinal de desconforto.

Técnicas de Manejo de Comportamento

O estabelecimento de comunicação em associação com uma demonstração de carinho é a chave para desenvolver uma perfeita harmonia com qualquer paciente. Contudo, existe uma variedade de técnicas que podem ser usadas para manejar o comportamento de uma criança no ambiente odontológico.

Segundo Pinkham (1996), infelizmente existem poucos estudos bem controlados sobre o impacto do manejo do comportamento usados na infância e suas implicações na idade adulta. Deveria ser enfatizado que a maioria dos pacientes pediátricos podem ser manejados por técnicas simples não agressivas. Portanto até a técnica mais inócua do falar-mostrar-fazer não é garantida de que o paciente não se tornará um adulto fóbico a tratamento odontológico ou de que os pais não reagirão fortemente ao seu uso em seu filho. É sábio e competente o dentista que conhece ambos, os comportamentos das crianças e as expectativas dos pais.

Segundo Scott e Garcia-Godoy (1998), as técnicas são classificadas em manejo verbal (controle de voz e falar-mostrar-fazer), e manejo físico (restrição ativa, restrição passiva e mão sobre a boca).

Wilson *apud* Pinkham (1996) e Peretz e Zadik (1999) relatam as técnicas de manejo do comportamento adotados pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), como sendo:

Manejo verbal

Falar-mostrar-fazer. São explicações dadas no nível cognitivo, seguidas por demonstração e pelo procedimento a ser realizado. Este método equivale à coluna vertebral da fase educacional para a preparação de um paciente pediátrico dental relaxado e receptivo. A técnica é simples e, geralmente, funciona. Antes de começar qualquer manobra (exceto a anestesia local e outros procedimentos que não justifiquem as explicações), deve-se explicar à criança o que será feito e mostrar, através de algum tipo de simulação, o que vai acontecer.

A escolha das palavras é importante nesta técnica. O êxito consiste no dentista usar um vocabulário substituto para seus aparatos e procedimentos que a criança possa entender.

Segundo Kendrick (1999), com a ansiedade fica, mais difícil a cooperação da criança. Essa técnica ajuda a criança a conhecer o que as espera, controlando e explicando o modo dela receber o estímulo sensorial, moldando o comportamento.

Horst (1993) e Possobon *et al.* (1998) demonstram que esta técnica teve bastante aceitabilidade pelos pais, sendo uma estratégia de manejo que deve ser utilizada antes de cada intervenção, e referendada por Vono e Vono (1994), Kuhn e Allen (1994), Freeman (1998), Scott e Garcia-Godoy (1998) e Peretz e Zadik (1999). Quanto aos dentistas, Carr *et al.* (1999) demonstraram que a maioria utiliza técnica de falar-mostrar-fazer com suas crianças, sendo as técnicas de comportamento um componente integral na prática odontopediátrica.

Controle de voz. É feito através da modulação do volume e do tom da voz, influenciando ou direcionando o comportamento do paciente. Esse método requer do dentista mais autoridade durante sua comunicação com a criança. O tom de voz é muito importante. Deve passar a idéia de “quem manda aqui sou eu”. A expressão facial do dentista também deve refletir essa atitude de confiança. O dentista pode usar o “controle de voz” somente diante de sua expressão facial. Essa técnica é essencial para o manejo dos pré-escolares. É muito eficaz para interceptar condutas inapropriadas assim que comecem a ocorrer. Scott e Garcia-Godoy (1998); Horst e Wit (1993); Roberts (1995); Kuhn e Allen (1994) e Kendrick (1999) reforçam que a mudança de modulação do tom e avaliação das palavras conseguem atenção da criança.

Reforço positivo. É um processo de modulação do comportamento da criança através de um elogio, expressão facial etc. Tem como objetivo reforçar o comportamento desejado, e está indicado para qualquer paciente. Segundo Kendrick (1999), deve-se fazer reforço positivo mesmo quando a criança segue em menor parte as instruções dadas. Isto ajuda a desenvolver a confiança que a criança põe na pessoa que fornece o elogio. Devido à ansiedade, as crianças geralmente não cooperam e não seguem as instruções. Se elas sentem-se ameaçadas por alguma circunstância em particular, isto dificultará a sua cooperação. Para algumas crianças, abrir sua boca é uma grande demonstração de confiança. Elogie as crianças repetidamente por seguirem as instruções (POSSOBON *et al.*, 1998; KUNH e ALLEN, 1994 e PERETZ e ZADIK, 1999).

Distração. Serve para desviar a atenção do paciente do procedimento desagradável. Tem o objetivo de diminuir a probabilidade da percepção de um limiar desagradável, e está indicada para qualquer paciente. Segundo Possobon *et al.* (1998), esta estratégia de manejo pode utilizar-se de músicas e histórias infantis. Bustillo *et al.* (1992) incluem a estratégia de música como mais um importante auxiliar no tratamento odontopediátrico. Músicas com sons mais suaves, como cântico de ninar ou melodia, traduzem sentimentos mais tranqüilos, portanto mais indicadas. A música altera os batimentos cardíacos, a dor, a respiração, o metabolismo, atuando no sistema nervoso e, dependendo do ritmo, pode produzir uma espécie de “massagem” molecular no indivíduo, diminuindo o nervosismo e dissipando o ruído de alguns aparelhos.

Comunicação não verbal. O dentista deve transferir o reforço e guiar o comportamento através do contato, postura e expressão facial. Tem como objetivo aumentar a efetividade de outras técnicas de manejo comunicativas e obter, ou manter, a atenção e colaboração do paciente. Está indicada para qualquer paciente.

Além das técnicas endossadas pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) acima descritas, Kuhn e Allen (1994) descrevem mais três técnicas para manejar o comportamento perturbador da criança, como:

- Distração contingente: alguns comportamentos podem ser controlados através de divertimento, atenção e engajamento em atividades alternativas, tais como assistir TV, jogar vídeo-games ou ouvir histórias, mas infelizmente esta técnica requer tempo adicional.

- Técnica da modelagem: permite à criança observar outras se adaptando ao tratamento

odontológico num efetivo modo de prepará-la para aceitar o tratamento e demonstrar o que é esperado dela. Numerosos estudos têm mostrado a eficácia da modelação filmada na redução do medo relatado no comportamento perturbador; entretanto, dentistas não aderiram devido às dificuldades logísticas e econômicas da técnica.

– Fuga/Escape contingente: dentistas têm reconhecido que dar à criança senso de verdade e controle é uma importante estratégia para lidar com procedimentos dentais, usando técnicas não verbais (erguer a mão, p. ex.). Permitir a interrupção do tratamento quando experimentar desconforto.

Possobon *et al.* (1998) utilizaram as seguintes técnicas de manejo de comportamento além das anteriormente citadas:

– Atividade lúdica: atividades, também chamadas de terapia através de brinquedos, foram planejadas para adaptar a criança ao ambiente odontológico e, também, para gratificar o seu desempenho ao término da sessão. A atividade lúdica foi utilizada como reforço aos comportamentos de colaboração.

– Familiarização/Introdução gradual: com esta estratégia, introduz-se a criança gradativamente à situação odontológica, permitindo-a conhecer o ambiente e os instrumentos odontológicos.

Manejo físico

Mão sobre a boca. Neste método o dentista coloca sua mão sobre a boca de uma criança que chora de forma histérica. É usado para controlar birras e outros ataques de ira; deve ser usado junto ao controle da voz. Esse sistema funciona de maneira confiável em vários tipos de personalidades infantis, segundo Levitas (1974) *apud* Pinkham (1996). A técnica busca obter sua atenção e silêncio para que possa escutar o dentista, explicando as expectativas em relação ao comportamento. Para Scott e Garcia-Godoy (1998) é a técnica de manejo físico menos aceita pelos pais, pois eles preferem ter suas crianças sujeitas à anestesia geral a esta técnica.

Embora seja aceita pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD), Kuhn e Allen (1994), Roberts (1995) afirmam que é a mais controversa dentre as técnicas de limitação usadas pelos odontopediatras. Para Braham *et al.* (1994), somente deve ser utilizada com o consentimento dos pais. Embora esta técnica tenha sido descrita em 1920 por Dr Evangeline Jordan, Lampshire (1962) *apud* Braham *et al.* (1994) denominou-a de terapia de surpresa emocional, enquanto Levitas (1974) e Lenchner e Wrigth (1975) a denominaram de condicionamento aversivo, e Levy e Domoto (1979) a enfocaram como punição. Craig (1971) avaliou que 80% dos odontopediatras de Indiana utilizavam mão sobre a boca somente em alguns casos selecionados. Allen *et al.* (1990) mostram que 73% tiveram problemas éticos, legais e de comportamento posterior utilizando a técnica da mão sobre a boca e restrição física. Para crianças muito novas, imaturas e com sérias deficiências físicas, emocionais ou mentais, esta técnica é inaceitável. Ela só pode ser usada em condições estritamente controladas, sem sinal de frustração ou raiva na voz do dentista. Na estrita utilização desta técnica, Carr *et al.* (1999) e Braham *et al.* (1994) enfatizam que devemos sempre informar aos pais sobre a técnica e obtermos seu consentimento por escrito.

Restrição física. No sentido literal, significa conter, fisicamente, os movimentos inapropriados da criança durante um tratamento dental. Pode ser feito com as mãos, cintos, fitas, lençóis ou alguns aparatos especiais. Obviamente, essa técnica, quando usada durante uma consulta, é reservada para crianças de difícil manejo. Os principais candidatos para tal contenção são crianças muito pequenas (menores de 30 meses) que necessitam de tratamento de urgência, e crianças incapacitadas, incluindo aquelas com retardo mental. Pode ser utilizado, ainda, pacote pediátrico para imobilização parcial ou total do corpo.

Segundo Peretz e Zadik (1999), dos pais que aprovaram a restrição, a maior parte das suas crianças não cooperava, mas mesmo assim foi caracterizada como uma técnica menos aceitável.

Scott e Garcia-Godoy (1998), Roberts (1995) e Braham *et al.* (1994) relatam que o pacote

pediátrico é usado em crianças pequenas, pois estas não entendem que suas mãos devem ser mantidas fora do campo operatório. É um método que deve ter o consentimento escrito específico detalhado dos pais, pois sem isso os pais podem conduzir sérias queixas clínicas, como reforça Carr *et al.* (1999), quanto à preocupação ética e legal, aceitação e viabilidade da utilização do pacote pediátrico.

Concluimos, portanto, como Pinkham (1996) salienta, que até a técnica mais inócua, como a do falar-mostrar-fazer, não é garantia de que o paciente não se tornará um adulto fóbico a tratamento odontológico ou de que os pais não reagirão fortemente ao uso em seu filho. É sábio e competente o dentista que conhece ambos os comportamentos, das crianças e de seus pais.

Referências Bibliográficas

KLATCHOIAN, D.A. *A criança e o dentista: bases psicológicas e suas aplicações na clínica infantil*. 1986. Monografia (Especialização em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia. USP, São Paulo, 1986.

KUHN, B.R.; ALLEN, K.D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry*, v.16, n.1, p.13-17, Jan./ Feb. 1994.

POSSOBON, R. de F; CAETANO. M. E. S; MORAES, A. B. A. de. Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *RBO*, v.55, n.2, p.80-83, mar./abr. 1998.

SCOTT, S.; GARCIA-GODOY, F. Attitudes of hispanic parents toward behavior management techniques. *Journal of Dentistry for Children*, p.128-131, Mar./Apr., 1998.

TOLLENDALL, M.E. *Psicobiologia em Odontopediatria*. São Paulo: Artes Médicas, 1985.

VONO, A. Z; VONO, B. G; BIJELA, M. F. T. B. O medo da criança perante o tratamento odontológico. *Odontomaster: Odontopediatria*, v.1, n.2, p.35-64, 1994.

Clinical conducts in face of different types of infantile behavior

Abstract

Even with a great technical advance in every area of Odontology there is still a disagreeable sensation related to the orthodontical experience, the fear and expectation of pain by the patient. The present paper brings several kinds of infant behavior. That exists in regard to orthodontical treatment and the conduct the pediatric odontologist can follow in each situation. The purpose of this paper is to identified the origin of odontologic fears, the type of infant behavior and the odontologic non-medicinal behavioral management techniques. The conclusion is that the origin of odontologic fear has many causes, being many of them in the dentist's office itself. It justifies the utilization of several existing management techniques.

Key words: infant behavior; management; odontologic fear.

ZANETTI, G.; PUNHAGUI, M. F.; FROSSARD, W. T. G.; ODA, N. Clinical conducts in face of different types of infant behavior. *UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde.*, Londrina, v. 3, n. 1, p. 69-75, out. 2001.

