



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

## **CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

Monografia de Final de Curso

Aluno(a): **MAITÊ MENDES DE BARROS NEGREIROS**



Ano de Conclusão do Curso: 2003

TCC 006

Maitê Mendes de Barros Negreiros

ABORDAGEM DO COMPORTAMENTO INFANTIL NO  
CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Monografia apresentada à Faculdade  
de Odontologia de Piracicaba, da  
Universidade Estadual de Campinas,  
como Trabalho de Conclusão de  
Curso de Graduação em Odontologia  
Orientador: Profa. Dra. Cecília Gatti

Piracicaba  
2003

## **Sumário**

Agradecimentos.....	2
Listas.....	3
Introdução.....	4
Orientação do comportamento infantil no consultório.....	7
Conclusão.....	18
Referências Bibliográficas.....	20

## **Agradecimentos**

Ao namorado, Caio Junqueira Neto, pela grande ajuda, amizade e compreensão durante este trabalho.

À Professora Dra. Cecília Gatti, pela orientação e ensinamentos transmitidos.

## Listas

Tabela 1 .....	pág 13
Figura 1 .....	pág 07
Figura 2 .....	pág 08
Figura 3 .....	pág 09
Figura 4 .....	pág 12
Figura 5 .....	pág 14
Figura 6 .....	pág 15
Figura 7 .....	pág 19

## **Introdução**

É de conhecimento geral como requisito essencial para o tratamento adequado de uma criança, no consultório dentário, o seu comportamento colaborador. Ao longo dos anos, esse importante conceito vem sendo ensinado e praticado numa filosofia de tentativa e erro, porque há um vácuo em nosso conhecimento sobre a forma apropriada para a preparação psicológica infantil de tal sorte a aceitar o tratamento.

A criança realmente problemática no consultório é uma exceção. Contudo, o cirurgião dentista teria muito mais facilidade em lidar com esta, se soubesse como seu comportamento ou estado de ansiedade poderia ser diagnosticado e solucionado. Estudando o comportamento infantil, sente-se que o controle sobre a criança ou sobre a orientação do tratamento dentário freqüentemente se afasta de um padrão estabelecido. É difícil, ou mesmo impossível, um dentista explicar a outro como proceder diante de um problema de comportamento. As reações de cada criança diferem, e certamente a comunicação entre profissionais também.

Diversas autoridades em odontopediatria opinam que gostar de crianças é meio caminho para se lidar bem com elas no consultório odontológico, e acentuam que esse amor deve ser evidente e externado durante todo o tempo. Mas importante, porém, deve ser o desejo de propiciar um verdadeiro serviço à saúde da criança. Existem ainda odontólogos que possuem excelentes qualidades inatas para lidar com crianças, o que é muito válido para o êxito profissional.

O profissional que inclui muitas crianças em sua prática faz isso porque compreende e aprecia a importância de um serviço de saúde dentária para elas. Essa parte da prática odontológica provavelmente apresenta maior desafio para ele do que outras; além disso, ele tem o privilégio de sentir e ver os benefícios posteriores de um cuidado precoce e adequado. Pode, mais tarde, estimar que sua dedicação às crianças ajudou a reduzir os problemas dentários nacionais acumulados.

O exercício da odontopediatria não pode e não deve limitar-se, tão somente, a prevenção e solução dos problemas buco dentários. Pressupõe-se também o desempenho de um importante papel no setor psicológico e educacional, possibilitando a ampliação dos benefícios do atendimento, pois além de facilitar a execução de uma Odontologia de alto padrão, permite evitar o estabelecimento de possíveis traumas psicológicos. Esses traumas determinam quase sempre a fixação de relações de incompatibilidade com o profissional, com o ambiente clínico e, logicamente, com os procedimentos operatórios restauradores e cirúrgicos, o que pode acontecer em termos definitivos ou em condições de difícil extirpação. Uma revelação remota dessa fixação é, sem dúvida, a comum aversão de muitos adultos ao ambiente clínico e ao tratamento odontológico.

O conhecimento psicológico traz benefícios também porque o odontopediatra realiza o intercâmbio ativo com o ser humano imaturo e em desenvolvimento. Além disso, o relacionamento com o paciente é bastante íntimo, uma vez que, na criança, a boca é uma zona de grande importância emocional e bastante sensível. Os estudos sobre psicologia infantil, ou mais propriamente,

sobre o desenvolvimento psicológico da criança, nos orientarão sobre padrões típicos de conduta nos diferentes períodos cronológicos, bem como sobre a conduta típica e, dessa forma, nos auxiliarão na escolha dos métodos adequados ao manejo do paciente.

## Orientação do comportamento infantil no consultório

Os objetivos que devem ser alcançados pelo odontopediatra são:

1. Interessar e educar a criança nos cuidados de higiene bucal.
2. Educar a criança para que aceite o tratamento necessário e periódico de seus dentes.
3. Ajudar a criança para que aceite a responsabilidade por sua própria saúde bucal.

Como o assunto “psicologia infantil” é muito extenso será abordado aqui, apenas sucintamente, salientando aspectos em função da clínica odontológica.

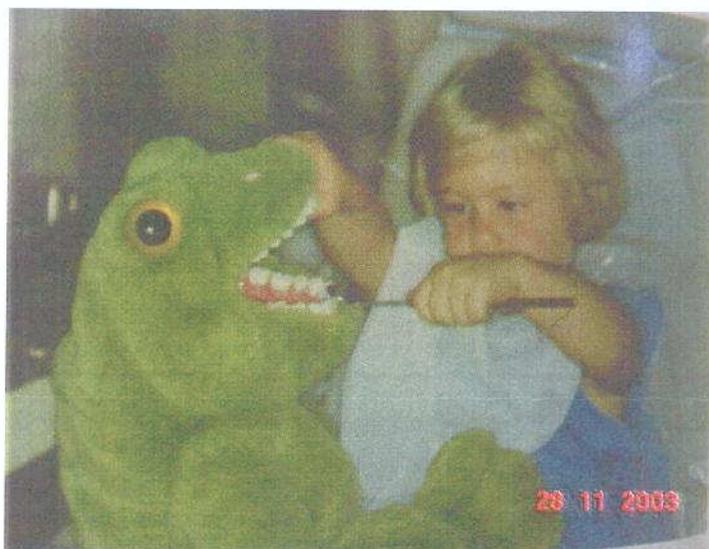


Fig. 1 – O paciente se interessa pelos cuidados da higiene bucal.

Dentro de um padrão de normalidade, a criança adquire simultaneamente desenvolvimento mental e físico, mas em proporções variadas, os quais, mais tarde transforma em hábitos, que podem ser adquiridos e exibidos. Essa mudança talvez seja uma das razões por que a sua reação no consultório varia de uma consulta pra outra. Todos sabemos que cada criança tem um ritmo e um estilo em

seu desenvolvimento. Duas crianças, vivendo na mesma família, não se desenvolvem da mesma maneira. Os que trabalham com elas devem compreender que sua idade psicológica nem sempre coincide com a cronológica, as quais devem ser consideradas pelo dentista no diagnóstico dos problemas do comportamento e no plano de tratamento.

### A) Processo de aprendizado



Fig. 2 - A criança é imatura e exige muita paciência.

**De Zero a Dois anos de idade.** As crianças diferem muito na maneira de se comunicar porque há considerável diferença no desenvolvimento de vocabulário nesta idade. Esta criança é freqüentemente vista como um "estágio pré-cooperativo". Ela prefere brincar sozinha porque ainda não aprendeu a brincar acompanhada. É muito imatura para ser ativada só por palavras e precisa segurar e tocar objetos para entender bem os seus significados. Ela se dá bem com todos os membros da família, entretanto seu pai parece ser, em muitos casos, o favorito. Ela teme ruídos altos e apresenta muito choro e resistência ao tratamento, por isso deve ser atendida no colo ou em dispositivos especiais para bebês. O

atendimento deve ser rápido e não se deve esperar o paciente parar de chorar. Nesta idade, o dentista deve permitir que ela segure o espelho, cheire a pasta dentifrícia e também a tigela de borracha. Assim, ela terá uma idéia melhor do que o dentista se propõe a fazer.

**Dois anos e meio de idade.** O seu comportamento vai, com facilidade, aos extremos contrários, pois, pela inexperiência máxima e falta de maturidade, procura experimentar o que lhe traria maior satisfação. É a idade das atividades incompreendidas. De modo geral encontra-se teimosa, rebelde sendo denominada como idade da oposição, opinião e obstinação. Descobre a sua individualidade desejando fazer tudo sozinha. Na clínica, observa-se perfeita cooperação num dia, e no outro, nada conseguir-se dela, por dificuldades normais de sua crescente maturação. O acordo verbal é difícil pois sua capacidade de compreensão é muito escassa, por isso, não se deve insistir demasiado na disciplina para não exacerbar seu espírito de contradição. Precisa tocar as coisas, manuseá-las, para exercitar sua experiência.



Fig 3 – Nessa idade o negativismo é exarcebado com o medo do desconhecido

**Três anos de idade.** Surge a individualidade a independência ou semi-independência e com isso o negativismo fica pronunciado. O paciente é auto-

suficiente e tem uma curiosidade aguçada. E a idade dos "como e porquês" e "eu também". Tanto o relacionamento com o profissional quanto a comunicação é mais fácil nesta fase. As reações de medo são pronunciadas diante do desconhecido, do inesperado e do abandono, por isso deve se encarar com grande cuidado o afastamento da mãe ou do acompanhante.

**Quatro anos de idade.** A criança, mais comunicativa, está interessada na sociabilidade, porém, os "como e porquês" se intensificam tornando-a a idade que mais exige do odontopediatra. Já está mais compreensiva e menos negativista.

**Cinco e Seis anos de idade.** O paciente está passando por um período de crítica, consegue notar sinceridade ou falsidade nas atitudes das pessoas. Gosta de elogios e sente orgulho de seus conhecimentos. Não tem medo de deixar os pais para a consulta. O profissional deve tomar muito cuidado para não cair em contradição em suas afirmativas. Porém, aos seis anos, a criança passa por um período de transição onde uma picada de agulha ou a vista de sangue pode desencadear gritos explosivos e tensões. Cabe ao profissional preparar adequadamente o pequeno para qualquer nova experiência.

**Sete e Oito anos de idade.** O desenvolvimento social e intelectual são os dois aspectos principais da evolução nesta idade. Aumenta o círculo de amizades e desenvolve um certo sentido de dever, aceitando normas e obrigações sociais.

**Dos Nove aos Doze anos de idade.** É mais segura de si e agrada-lhe que se deposite confiança, não é mais dependente de elogios. É uma fase de pré-adolescência, podendo surgir inquietudes e agitações. Raramente oferece problemas de comportamento pois suporta situações desagradáveis.

## **B) Reações a Experiência Dentária**

Existem pelo menos quatro reações à experiência dentária: medo, ansiedade, resistência e timidez.

**MEDO** – É uma das emoções mais freqüentes da infância. É criado em casa. Toda criança tem certos receios naturais: Um bebê chora se ouve uma porta bater, se a criança imita algum adulto, também se amedrontara com aquilo que ele teme. E um terceiro tipo de medo é um resultado de experiências desagradáveis.

Ao lidar com uma criança assustada no consultório, deve-se primeiro avaliar o grau de medo e os fatores que os causaram. Táticas como: adiantamento da consulta, argumentação com a criança, ridicularizar seu medo, repreender não são recomendadas na luta contra o medo. A tentativa mais indicada é o condicionamento da criança medrosa.

Se ela for muito assustada, uma lenta aproximação do problema será benéfica. O dentista pode superar o medo através de uma demonstração ou de uma explicação.

**ANSIEDADE** – Crianças ansiosas são extremamente assustadas quando enfrentam novas experiências, e sua reação pode ser violentamente agressiva. Se ela tem um temperamento estável, e, no lar, é recompensada, as explosões pode se tornar um hábito. Cabe ao dentista reconhecer se estas reações significam um grande temor ou uma dessas explosões. Se for medo, o profissional deve ser compreensivo e trabalhar lentamente, porém, se for um acesso de mau humor, ele deve demonstrar autoridade e dominar a situação.

**RESISTÊNCIA** - As manifestações são: explosões temperamentais, cabeçadas, vômitos, uma espécie de retorno (a criança parece involuir). Nestas situações, o dentista encontra dificuldade para se comunicar, pois o paciente magoa-se facilmente e chora a toda hora.

Pesquisas mostram que as chances para um comportamento negativo aumentam quando a criança imagina ter um problema dentário, já que esta torna-se muito mais apreensiva. Muitas vezes, o receio foi transmitido a ela pela mãe.

**TIMIDEZ** - Relaciona-se com uma socialização limitada da criança. Devemos permitir que este tipo esteja acompanhada na sala de tratamento, por outra criança, esta uma paciente bem adaptada. A tímida necessita ganhar confiança em si mesma e no dentista.



Fig. 4 – Para perder o medo é importante a distração da criança, pelo consultório, com atividades diversas.

Principais razões para comportamento não cooperativo de crianças pré-escolares, como visto pelos dentistas e pelos pais em porcentagem de crianças.

Fonte ( Mejàrel, Ljungkvist B, Quensel E. Preschool children with uncooperative behavior in the dental situation. Some characteristics and background factors. Acta Odontol Scand 1989.)

Principal razão para comportamento não cooperativo da criança.	Dentista	Pais
Tratamento odontológico prévio	6	54
Necessidade urgente de assistência odontológica	3	1
Doença prévia e/ou lesões físicas traumáticas	3	10
Atitudes na família/educação da criança	44	7
Fatores sócio-econômicos	2	1
Personalidade da criança, tais como ansiedade geral e teimosia	21	15
Imaturidade da criança	15	1
Não sabe	6	11
<b>Total (n=186)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### **C) Manejo da Criança**

Além de encontrar as razões pelas quais faz da criança não colaboradora, deve-se questionar os pais acerca de seu comportamento em outras situações, ganhando assim confiança do pai e do paciente. Traça-se, então uma abordagem para cada caso. As técnicas para eliminar ou reduzir o medo baseiam-se em teorias de aprendizado; são elas:

1. Falar, mostrar, fazer. O dentista explica com uma linguagem clara o que será feito, mostra o instrumental necessário e procede exatamente como relatou.



Fig 5 – Nesta tática, o dentista familiariza a criança com o ambiente odontológico.

2. Modelação do comportamento. Essa técnica tem uma limitação de necessitar de muito tempo, pois a criança temerosa assiste ao tratamento de um paciente colaborador.
3. Treinamento Adicional. É usado quando a criança teve experiências negativas. Descobre-se o que foi para nunca repetir; começa-se por restaurações provisórias e sessões curtas e usa-se atividades lúdicas, audiovisuais e estórias.

#### **D) Interagindo com os Pais**

Os responsáveis devem saber que reações violentas e choro são normais. Eles devem evitar enganar seus filhos e tão pouco chantagiá-los. Uma mínima interferência pode atrapalhar o tratamento odontológico. Os pais devem mostrar confiança no dentista, acompanhar os filhos somente quando necessário, com

exceção de crianças menores de quatro anos, para as quais devem dar muito conforto. Seu comportamento deve ser passivo, caso contrário ele pode inibir o profissional e ainda provocar uma menor colaboração do paciente.



Fig. 6 - A presença dos pais, quando necessária, deve se passiva para não inibir o profissional

Existem certas atitudes paternas que podem atrapalhar o bom andamento do tratamento odontológico, nestes casos, o profissional deve aconselhar os pais com cautela profissional afim de que estes se empenhem em ajudá-los em seu trabalho. Entre elas, estão:

**SUPERPROTEÇÃO COM SUPERINDULGÊNCIA** - Estes pais podem adotar uma educação muito liberal, deixando os filhos fazerem tudo que quiserem e estes tornam-se mimados. Ou, então, filho único ou caçula que é super protegido. Estas crianças apresentam-se de modo dominador, egoísta e indisciplinado. Quando contrariada tem crises de explosões temperamentais. Reage ainda, no consultório com choro, agressividade, manhas e dengo, com o intuito de dominar o profissional.

**SUPERPROTEÇÃO COM DOMINAÇÃO** - nesse caso, os pais pensam, falam e agem pelos filhos. Impedem sua convivência com outras crianças devido a uma ansiedade incontrolável dos mesmos. A consequência para o comportamento

infantil é a timidez, insegurança e dependência dos responsáveis. Ela é retraída, e quando estimulada para agir ruboriza-se, transpira muito e sente medo, solicita freqüentemente a atenção dos pais.

**ANSIEDADE** – É uma preocupação exagerada e constante. Os pais atribuem gravidade a qualquer sinal leve de mal estar que a criança denuncie. A conseqüência é a mesma daquelas que vivem sob a super proteção com dominação.

**REJEIÇÃO** – É a incapacidade de dar amor, atenção e carinho à criança. Os pais afastam-se totalmente de seu convívio e tratam-na com hostilidade. Como resultado surge um paciente agressivo ou submisso. No primeiro caso ele é rebelde, desobediente, desafiante e revoltado com tudo. Frente ao dentista, resiste ao tratamento por desconfiança no profissional. Na submissão, a criança comporta-se como apática e indiferente, mas apenas exteriormente. Não demonstra vontade de cooperar.

**ABANDONO** - Os pais gostam da criança, mas mostram-se indiferentes com relação ao atendimento de suas necessidades. Este tipo de criança é negligenciada, e se sente não desejada, cheia de problemas a serem atendidos. Seu comportamento na clinica assemelha-se aquele das crianças vítimas da rejeição.

**SUPERAUTORIDADE** – Os pais fazem exigências excessivas sobre ordem, limpeza, obediência, bom comportamento e responsabilidade pelos atos. Não toleram negativas, oposições e fracassos. Tal atitude gera uma criança ultra-disciplinada a qual comporta-se como obediente e educada, porém é uma criança frustrada, complexada e frustrada, que vive em estado de tensão. No consultório

submete-se passivamente ao tratamento com medo de ser criticada por mal comportamento.

Qualquer que seja o tipo de criança a ser atendida, o profissional deve evitar qualquer demonstração de insegurança, não assumindo atitudes excessivamente paternais ou de super autoritarismo, mantendo o seu equilíbrio emocional.

## Conclusão

Como já foi mencionado, a ansiedade da mãe, a educação desajustada dos pais, fatores culturais, entre outros, têm influências sobre o comportamento da criança, que pode tornar, por exemplo, simples procedimentos em explosivos desgastes físicos e mentais para o profissional.

Diante disto, o cirurgião dentista não deve limitar-se às normas técnicas; cultivando uma comunicação sensível e compreensiva ele poderá fazer muito mais para que o seu paciente coopere com o tratamento. Dentre as qualidades básicas para se ter sucesso na odontopediatria destacam-se: sentimento positivo em relação às crianças, aceitação pelas mesmas, atualização e aperfeiçoamento profissional e conhecimento da psicologia infantil.

Além disso, é indispensável, que estudantes e profissionais conheçam não só os problemas de orientação ao comportamento, mas também os de diagnóstico e processos de tratamento, a fim de que possam participar na solução dos desafios existentes no campo da saúde dentária. Tais obstáculos parecem crescer quando a grandeza do problema é considerada do ponto de vista da rapidez com que a população infantil aumenta.

Concluimos também que, aquele profissional que conscientizar a criança do seu papel de paciente odontológico e esta mostrar certa flexibilidade de comportamento e interesse com o que acontece a sua volta, terá sucesso profissional, uma vez que a criança revela, agora, capacidade para confiar e reagir

ao dentista e demonstra confiança em sua habilidade para atender as exigências da situação.

Vale ressaltar, que além das técnicas psicológicas, há outros métodos para aumentar a cooperação e reduzir o medo, tais como pré-medicação, uso da sedação com óxido nitroso e anestesia geral.

Assim, o engajamento do profissional e dos responsáveis, concomitantemente, na orientação e educação dos cuidados com a própria boca, aliado ao conhecimento psicológico-técnico-manual do dentista favorecem o trabalho clínico, e, como consequência, levam ao bem estar mental e saúde bucal da criança.

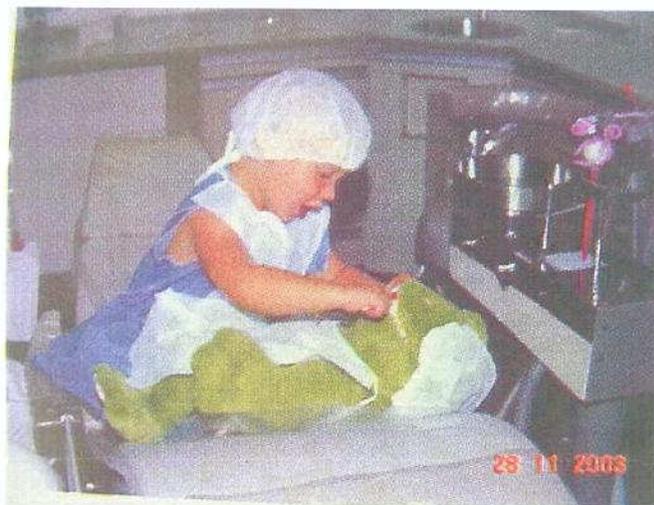


Fig. 7 – O paciente confiante, coopera com o tratamento, induzindo a um bom prognóstico.

## Referências Bibliográficas:

1. Koch, G.; Moder, T.; Poulsen, S. e Rasmussen, P.. Odontopediatria: uma abordagem clinica. São Paulo, Livraria editora Santos, 1992.
2. Issao, Guedes Pinto. Manual de Odontopediatria. São Paulo, Artes Medicas, 1998.
3. Colares, V. e Roseblatt, A. Clinica Odontopediátrica – Uma abordagem psicológica. Recife, Universidade de Pernambuco, 1989.
4. Klingberg, G.; Vannas Lofgvist, L.; Bjarnasons e Noren, JG. Dental behavior management problems in Swedish children. Community Dent. Oral Epidemiol. Munksgaard, 1994.
5. White, G. Patient preparation. Journal of clinical pediatric dentistry – Suppls. Boston, 1996.
6. Mcdonald, R. e Avery, D. Odontopediatria. Rio de Janeiro, RJ, Guanabara Koogan S.A., 1996.
7. Ayrton de Toledo, O. Odontopediatria – Fundamentos para prática clinica. São Paulo, Editorial Médica Panamericana, 1986.



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**  
**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**



# **CERÂMICAS**

# **ODONTOLÓGICAS**

**Piracicaba**

**- 2003 -**

---

---