

COMPORTAMENTO INFANTIL DURANTE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS: UM ESTUDO DE PREVALÊNCIA

GIULIANA M^a RIBEIRO DA SILVA¹; IVANA AZEREDO DA COSTA²; IZABEL
GONÇALVES DE SOUZA³; YORRANA MARTINS CORRÊA⁴; MARIANA
GONZALEZ CADEMARTORI⁵

¹Universidade Federal de Pelotas – ribeirogiuliana24@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – azeredoivanaa@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – izagsouza@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – yorranacorrea@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – maricademartori@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

A Odontopediatria é a especialidade odontológica que trata crianças, adolescentes e gestantes, abordando o comportamento do paciente em diversas fases do atendimento, desde a anamnese até o prognóstico (BÖNECKER, 2015). O comportamento infantil durante o atendimento odontológico pode ser colaborativo ou não, sendo influenciado por diversos fatores como idade, expectativa dos responsáveis, ansiedade, dor e personalidade (MANDROLI et al., 2015). Manifestações de medo e ansiedade podem impactar o tratamento odontológico (BRANDENBUR, HAYDU, 2009; POSSOBOM, 2007; MAIA et al., 2024). Procedimentos invasivos, como extração dentária e pulpectomias, frequentemente resultam em maior resistência das crianças (CADEMARTORI et al., 2017), e o comportamento tende a piorar com a duração do tratamento (JAMALI et al., 2018). Apesar de estudos sobre a relação entre procedimentos e comportamento infantil, há uma lacuna na análise do comportamento específico para cada tipo de procedimento. Este estudo visa descrever o comportamento não colaborador infantil em diferentes procedimentos odontológicos.

2. METODOLOGIA

Estudo de caráter exploratório descritivo, realizado entre junho de 2015 e julho de 2016, com pacientes atendidos pela primeira vez na Clínica de Odontopediatria da FO/UFPEL. A amostra foi estimada em 98 crianças, considerando um aumento de 10% para perdas. Os participantes foram selecionados aleatoriamente e utilizado como critérios de inclusão ter entre 7 e 12 anos e apresentar necessidade de tratamento odontológico. Foram excluídas crianças atendidas por urgência, com necessidades especiais ou cujas mães não puderam responder o questionário. Todas as mães e crianças assinaram termos de consentimento e assentimento, respectivamente. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFPEL (Protocolo nº 29/2013). A coleta de dados incluiu uma entrevista com as mães, avaliação do comportamento infantil (usando a Escala Comportamental de Venham) e registros dos procedimentos realizados. As técnicas comportamentais utilizadas durante o atendimento seguiram as diretrizes da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD, 2015). O comportamento das crianças foi avaliado em três momentos: início, durante e final da consulta, sendo considerada a pontuação mais negativa observada (pico). Os procedimentos clínicos foram classificados como minimamente invasivos (exame clínico, escovação supervisionada, aplicação de flúor), invasivos (restauração dentária, tratamento

ortodôntico) e muito invasivos (endodontia, restauração com dique de borracha, anestesia local, extração dentária). As variáveis demográficas incluíram sexo, idade da criança, renda familiar, idade e escolaridade materna. O comportamento infantil foi a principal variável de interesse, dicotomizado em colaborador e não colaborador. As associações entre comportamento e procedimentos foram analisadas por Qui-quadrado, com estratificação por sexo e faixa etária, utilizando o software Stata 17.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 264 crianças participaram do estudo, sendo 123 meninos (46,6%) e 141 meninas (53,4%). Das crianças avaliadas, 125 foram submetidas a um único procedimento, 62 crianças a dois procedimentos, 60 a três e 17 a quatro procedimentos durante a mesma consulta. Foram 426 procedimentos odontológicos avaliados, incluindo exame radiográfico (16 crianças), exame clínico (68 crianças), escovação supervisionada (66 crianças), raspagem supra gengival (5 crianças), isolamento absoluto (15 crianças), anestesia (66 crianças), restauração (117 crianças), exodontia (37 crianças), tratamento endodôntico em dente deciduo (11 crianças) e moldagem ortodôntica (25 crianças). No início do atendimento odontológico, apenas 2 crianças (0,8%) apresentaram comportamento não colaborador, enquanto 262 (99,2%) demonstraram comportamento colaborador. No final do atendimento, o número de crianças com comportamento não colaborador aumentou para 7 (2,7%), enquanto 257 (97,3%) crianças mantiveram comportamento colaborador.

O comportamento infantil foi associado à idade, com maior prevalência de comportamento não colaborador entre crianças mais novas com idade entre 7 e 9 anos (30,1%). Este achado sinaliza que a maturidade tem relação direta com o comportamento da criança. Crianças menores apresentaram maior prevalência de comportamento não colaborador durante diferentes procedimentos invasivos em comparação com as crianças mais velhas. Este achado corrobora com outros estudos apresentados na literatura (FELDEN et al. 2020; SHARMA et al. 2017; XIA et al., 2017; HOMOUD et al., 2023). Em crianças mais novas o comportamento não colaborador pode ser visto como uma reação esperada, refletindo a imaturidade esperada para gerir a situação odontológica que muitas vezes é uma situação nova e desconhecida a ser vivenciada. Dessa forma, é esperado que crianças mais velhas colaborem mais, uma vez que apresentam um maior número de habilidades cognitivas e mais avançadas para compreender fenômenos abstratos como dor, desconforto e ansiedade (KLINGBERG, BROBERG, 2007). Embora as meninas tenham apresentado maior frequência de comportamento não colaborador (26,2%), não houve associação significativa entre o comportamento e o sexo ($p=0,073$).

Em relação aos procedimentos odontológicos, no grupo de 7 a 9 anos, observou-se que as crianças que realizaram exame clínico (94,1%), escovação supervisionada (90,9%) e restaurações (80,6%) apresentaram comportamento colaborador. No entanto, procedimentos como anestesia (69,2%), exodontia (78,6%) e endodontia (80%) foram associados a comportamento não colaborador. No grupo de 10 a 12 anos, o comportamento colaborador foi mais prevalente no exame clínico (100%) e na anestesia (67,9%), enquanto a exodontia resultou em maior resistência, com 60% apresentando comportamento não colaborador.

Durante procedimentos minimamente invasivos, como exame clínico (97,1%), raio X periapical (100%) e escovação supervisionada (93,9%), quase todas as crianças mostraram comportamento colaborador, sem registros de protesto intenso

ou generalizado. Já nos procedimentos invasivos, como raspagem supragengival (80%) e restauração (85,5%), a maioria cooperou, com uma pequena porcentagem apresentando protesto leve ou moderado. Nos procedimentos muito invasivos, como o uso de isolamento com dique de borracha (73,3%) e endodontia (54,5%), a cooperação total também prevaleceu. Protestos leves ocorreram em cerca de 20% das crianças submetidas à anestesia e exodontia, mas não houve protestos generalizados em nenhum dos casos. A maior prevalência de comportamento não colaborador foi observada no procedimento de anestesia, exodontia e endodontia. Pacientes expostos a extrações e tratamento endodôntico apresentaram mais comportamento não colaborador, especialmente no momento da administração de anestesia local. No caso da extração, há também o contexto psicológico diante da perda de um elemento dentário que deve ser considerado (VENHAM et al, 1980). Sabores desagradáveis e desconhecidos, medo de sangue, dor, são fatores que podem despertar esse comportamento não colaborativo (SHAPIRO, 1967; ARMFIELD, 2008), além do medo da agulha e a estranheza sensorial (MORGAN et al., 2017). As diversas sensações enquanto o dente está em contato com os instrumentos, sons, pressões são interpretados como dor pela criança (NAOUMOVA et al., 2012). Esses fatores que influenciam psicologicamente a criança em relação à dor são mais significativos do que a dor em si quando se observam os comportamentos das crianças durante os procedimentos (WILLIAMS, 1947).

4. CONCLUSÕES

O estudo revelou que o comportamento não colaborador foi mais prevalente em crianças de 7 a 9 anos e durante procedimentos odontológicos mais invasivos, como anestesia, exodontia e endodontia. As técnicas comportamentais empregadas foram eficazes em promover cooperação, mas evidenciam a necessidade de estratégias diferenciadas para gerenciar o comportamento em procedimentos mais complexos.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BÖNECKER, M. Odontopediatria marcando presença. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v.69, n.1, p.11-13, 2015.

BRANDENBURG, Olivia Justen; HAYDU, Verônica Bender. Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.29, n.3, p.462-475, 2009.

CADEMARTORI, MG; DA ROSA, DP; OLIVEIRA, LJ; CORRÊA, MB; GOETTEMS, ML. Validade da versão brasileira da escala de avaliação do comportamento de Venham. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.27, p.120-127, 2017

JAMALI, Z.; NAJAFPOUR, E.; EBRAHIM, A.; ADHAM, Z.; SIGHARI DELJAVAN, A.; AMINABADI, NA; SHIRAZI, S. A duração do procedimento odontológico influencia o comportamento das crianças durante e após o tratamento? Uma revisão sistemática e avaliação crítica. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, and Dental Prospects, inverno**, v.12, n.1, p.68-76, 2018. DOI: 10.15171/JODDD.2018.011

MORGAN, AG; RODD, HD; et al. Experiências de ansiedade odontológica em crianças. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.27, p.87-97, 2017. DOI: 10.1111/1365-2710.12238

NAOUMOVA, J.; KJELLBERG, H.; et al. Dor, desconforto e uso de analgésicos após a extração de caninos primários em crianças com caninos deslocados palatinamente. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.22, p.17-26, 2012. DOI: 10.11912/1365-2710.12238

PAI, Ramya; MANDROLI, Praveenkumar; BENNI, Deepa; PUJAR, Pallavi. Análise prospectiva de fatores associados a problemas de gerenciamento de comportamento odontológico em crianças de 7 a 11 anos. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v.33, n.4, p.312-318, 2015. DOI: 10.4103/0970-

SHAPIRO, DN Reações de crianças à experiência de cirurgia oral. **Journal of Dentistry for Children**, v.34, p.97-107, 1967

SHARMA A, KUMAR D, ANAND A, MITTAL V, SINGH A, AGGARWAL N. Factors predicting Behavior Management Problems during Initial Dental Examination in Children Aged 2 to 8 Years. **Int J Clin Pediatr Dent**. 2017 Jan-Mar;10(1):5-9. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1397. Epub 2017 Feb 27. PMID: 28377646; PMCID: PMC5360794.

VENHAM, LL; GAULIN-KREMER, E.; et al. Escalas de classificação de intervalo para ansiedade odontológica infantil e comportamento não cooperativo. **Pediatric Dentistry**, v.2, p.195-202, 198

WILLIAMS, PE Medo, dor e anestesia. **Journal of Oral Surgery, Chicago**, v.5, p.141-145, 1947.

XIA, B.; WANG, C.; GEF, L. Fatores associados a problemas de gerenciamento de comportamento odontológico em crianças de 2 a 8 anos em Pequim, China. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.21, p.200-