



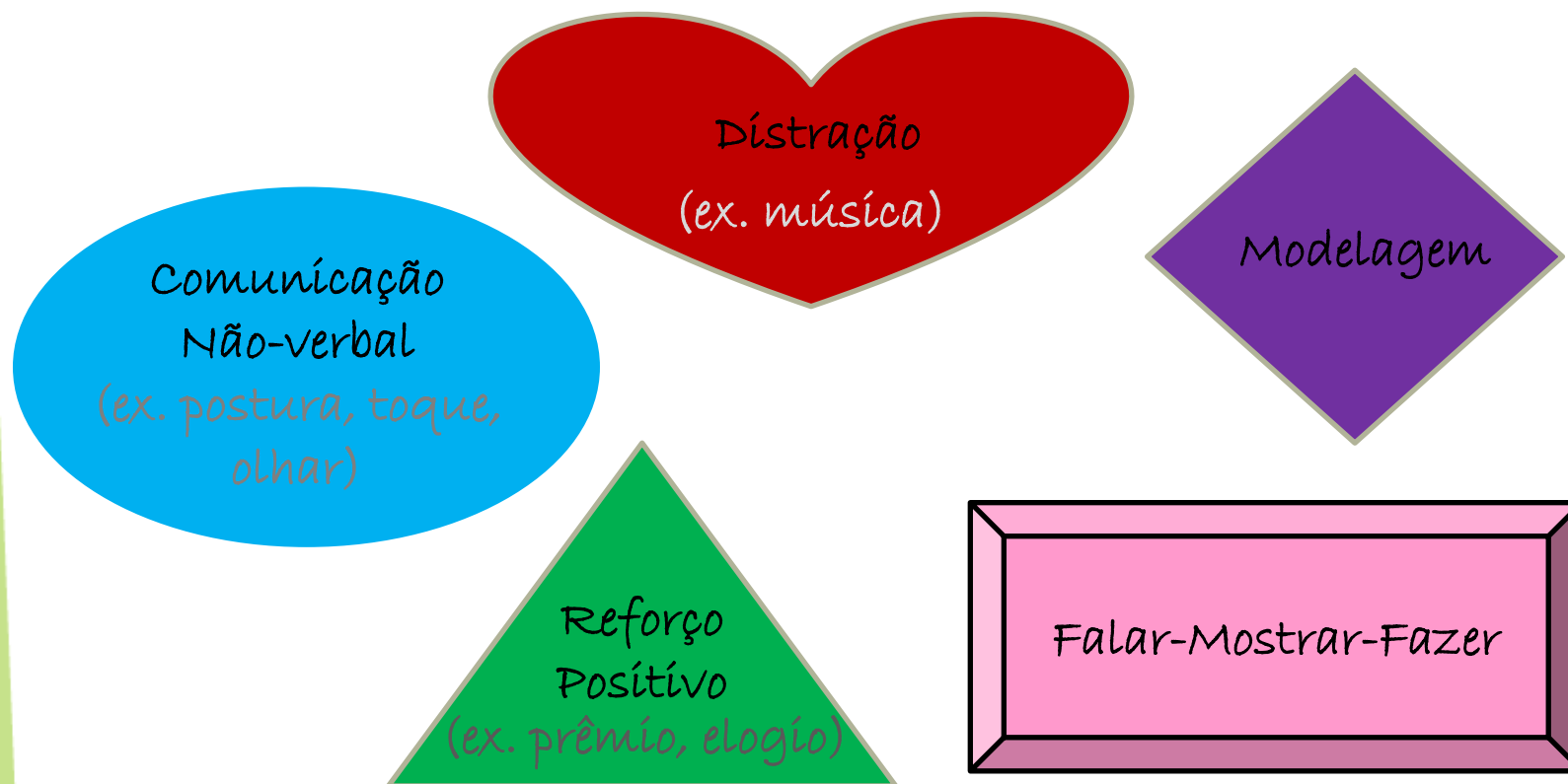
Psicologia em Odontopediatria

**Motivos de não-colaboração
pelo paciente infantil:
casos clínicos**

Professora: Maria Salete Nahás Pires Corrêa

Doutoranda: Christiana Murakami Sato

Técnicas iniciais de manejo comportamental



Caso Clínico: Técnicas iniciais

Falar/Mostrar



Mostrar/Modelagem



Mostrar



- Paciente: David Yuk Wong
 - 6 anos de idade
 - 1ª consulta no dentista
 - irmão Eric (7 anos) já é paciente

Fazer



MOTIVOS DE NÃO-COLABORAÇÃO

Medo?



Birra?

Ansiedade?

Dor?



Manha?



DOR

Não utilizar técnicas de imposição de limites por tom de voz ou presença dos pais nestes casos!

- cabe ao profissional que irá tratar um paciente infantil com dor ou realizar procedimento que possa desencadear dor estar ciente de que cada indivíduo tem um limiar diferente de tolerância da dor e saber respeitar e sentir empatia pelo seu paciente antes de julgar ou mesmo duvidar da intensidade da dor sentida
- conhecendo e obedecendo as técnicas anestésicas corretas conseguimos facilmente controlar esta variável de não-colaboração pelo paciente
- o “choro de dor” é reconhecido pela alteração para o agudo no tom de voz da criança (ex. gritos agudos) e pelo olhar da mesma – é diferente do choro de manha/birra!

Caso Clínico: DOR



- Paciente: Gisele M. Santos
- 3 anos e 6 meses de idade
- 1ª consulta no dentista
- apresenta dor por quadro de cárie de acometimento precoce
- **Abordagem psicológica deve incluir:**
 - técnicas iniciais de manejo comportamental (ver slide 2)
 - explicar que o bichinho da cárie é quem está fazendo o dente dela doer, que o(a) dentista vai ajudar, vai tirar o bichinho
 - ensinar a levantar a mão "se incomodar" para avisar o dentista para parar
 - na 1ª consulta realizar procedimentos indolores: ex. orientação de higiene e dieta, profilaxia, aplicação tópica de flúor
 - realizar condicionamento com anestésico tópico explicando que o dente irá dormir, que ficará diferente, meio gordinho, meio molenga, que é normal e que depois volta ao normal quando ela chegar em casa → próxima consulta: aplicar técnica anestésica correta para criança não chorar de dor durante tratamento

Medo vs. Ansiedade

A ansiedade é precedida pelo medo

MEDO	ANSIEDADE
Associado à descarga adrenérgica	Não associada à descarga adrenérgica
Seca a boca	Aumenta a salivação e secreção gástrica

- **MEDO** = estado emocional de alerta ante o perigo, caracterizado por um conhecimento intelectual do mesmo e de controle cortical
- **ANSIEDADE** = também é estado de alerta ante o perigo (antecipação do sofrimento) mas desprovido de conteúdo intelectual e pelo tom emocional específico (tálamo-hipotálamo) tem manifestações motoras específicas



ANSIEDADE

- Sentimento de antecipação e expectativa de um perigo que poderá ocorrer a qualquer momento
- Manifestações: agitação, irritabilidade generalizada, crises de agressividade, choro
- Mesmo crianças pequenas podem ser intensamente ansiosas
- **Sinais:** distúrbios gástricos, dores de cabeça, insônia, prisão de ventre, temores irracionais, bruxismo, onicofagia, falta de atenção, dificuldade de aprendizado e de resolver problemas

ANSIEDADE



- Se a criança é ansiosa, pedir para os pais não ficarem falando muito antes da consulta que ela irá ao dentista e o que será feito
- Criança não usa ansiedade para interromper o tratamento (como manha e birra), às vezes ela até quer ajudar mas a sua ansiedade atrapalha
- Dica: colocar a mão sobre o peito para sentir batimento cardíaco

Caso Clínico: ANSIEDADE



- Paciente: Daniel S. Gonçalves
- 7 anos de idade
- Histórico odontológico:
 - lesões de cárie extensas na maioria dos elementos dentários
 - ansiedade misturada com medo gerando comportamento não colaborador
- Motivo da consulta: necessidade de exodontias e endodontias múltiplas
- **Abordagem psicológica:**
 - técnicas de abordagem iniciais (ver slide 2)
 - ensinar criança a relaxar, ensinando a respirar fundo – “solte a perninha, solte a barriguinha” ou “puxe o ar pelo nariz e solte pela boca devagarinho”
 - se criança continuar com comportamento ruim após esgotadas as técnicas de abordagem iniciais → impor limites: controle do tom de voz e negociação da presença do acompanhante

Caso Clínico: ANSIEDADE



Condicionamento indireto /à distância, fora da cadeira do equipo – mostrando máscara



Falar-mostrar-fazer com a taça de borracha, observe reação positiva do paciente



Falar-mostrar-fazer com o espelho



Paciente conseguiu colaborar com procedimentos simples como profilaxia e exame clínico – tratamentos mais invasivos serão realizados posteriormente considerando sempre o comportamento da criança e a urgência clínica

MEDO



- Associado à descarga de adrenalina
- Cada criança pode ter medo de alguma coisa:
 - subir e descer da cadeira (→ “cadeira mágica”)
 - jogar água, puxar água
 - ruídos/barulhos: baixa e alta rotação, sugador
 - luz do refletor
 - seringa do ácido fosfórico
- Produz reflexo de “lutar ou fugir”

Medo



- **Medo Objetivo:** experiência pessoal progressiva desagradável
- **Medo Subjetivo:** informações de adultos ou outras crianças

Caso Clínico: MEDO



- Paciente: Gabriel Pereira Lima
- 9 anos de idade
- Deficiente auditivo
- Histórico odontológico:
 - dentista anterior não explicou nada e o segurou à força na cadeira para extrair o 71 – agora está com medo da anestesia
 - dentista atual já realizou as técnicas de abordagem iniciais e já realizou todos os outros procedimentos que não necessitavam de anestesia
- Motivo da consulta: necessidade de exodontia do 75
- **Abordagem psicológica:**
 - falar-mostrar-fazer (falar sempre sem a máscara no seu rosto para que ele possa ler os seus lábios) com o anestésico tópico e carpule sem agulha
 - dificuldade: explicar a sensação de dormência do dente sem usar palavras
 - distração visual (ex. revista, games, tv)
 - explorar técnicas de comunicação não-verbal (ex. toque, gestos, olhar)
 - paciente participou bem da abordagem inicial mas chora e não colabora ao perceber que será anestesiado pq seu medo gerou birra → autorização escrita da mãe para depois realizar “técnica da negociação da presença do acompanhante” e contenção física das mãos se necessário

Caso Clínico: MEDO

Falando sem máscara e mostrando



Ensinando que não pode agarrar a mão da dentista mas sim levantar a mão dele

Paciente colaborando com a anestesia e depois estranhando a dormência mas sem choro



Mostrando no espelho que a boca está normal, que a língua está normal apesar da dormência.
Paciente colaborando.



TÉCNICAS DE ABORDAGEM PARA IMPOSIÇÃO DE LIMITES

(somente para crianças
acima de 3 anos)

Abordagem do paciente não-colaborador com >3 anos idade

- quando todas as técnicas iniciais de familiarização e de condicionamento já foram usadas e esgotadas, sem sucesso, e a criança (>3 anos de idade) chora muito e não presta atenção no que o cirurgião-dentista fala

Controle do Tom e volume de VOZ

(usado para impor LIMITES somente crianças com >3 anos)

Negociação da presença do acompanhante

- Somente em crianças acima de 3 anos de idade!!**
- Sempre com esclarecimento e autorização prévia dos pais!!

Negociação da presença do acompanhante



Sempre manter em mente: **a principal via de comunicação deve sempre ser entre o cirurgião-dentista e o paciente pediátrico**



- O que é: explicar para a criança que você (dentista) quer a mamãe aqui mas se ele(a) chora, a mamãe não pode ficar, tem que esperar lá fora (obs. não deixar mãe falar que vai embora e largar!)
- Propósito: fazer criança parar de pensar “eu mando na mamãe que manda na dentista, eu estou mandando” – impor limite
- Importante: pais devem ser esclarecidos e autorizar a técnica
- OBS: quando a criança ajudar, o acompanhante entra mas já tendo explicado para a criança que se ela chorar ele sairá novamente
- **Não utilizar em crianças com menos de 3 anos de idade**

Controle do tom de voz para imposição de limites

- O que é: “falar bravo sem estar bravo”- tom de voz sério e alto
 - comum o leigo achar que o dentista perdeu a paciência e ficou bravo (ex. alguns alunos de odontologia menos informados acham que o professor “surtou” com a criança)
 - por isso, sempre explicar a técnica aos pais primeiro e só realizá-la com a permissão destes
- Propósito: ajudar a criança a sair do estado de nervosismo /excitação em que ela se fecha qdo. faz manha/birra
- Necessariamente seguido por: reforço positivo (elogios) qdo. a criança consegue se acalmar
- Não utilizar com crianças com menos de 3 anos de idade



BIRRA E MANHA

BIRRA

- É a manifestação da ansiedade e do medo
- Chutes, gritos, vômitos, fechamento da boca
- Sentir limites é para a criança uma questão de segurança, é uma necessidade básica
- Criança entende mas se recusa a ajudar

MANHA

- Sem muita manifestação física agressiva
- Tom de voz da criança é diferente da birra, volume mais baixo, tom de voz manhoso

Caso Clínico: BIRRA



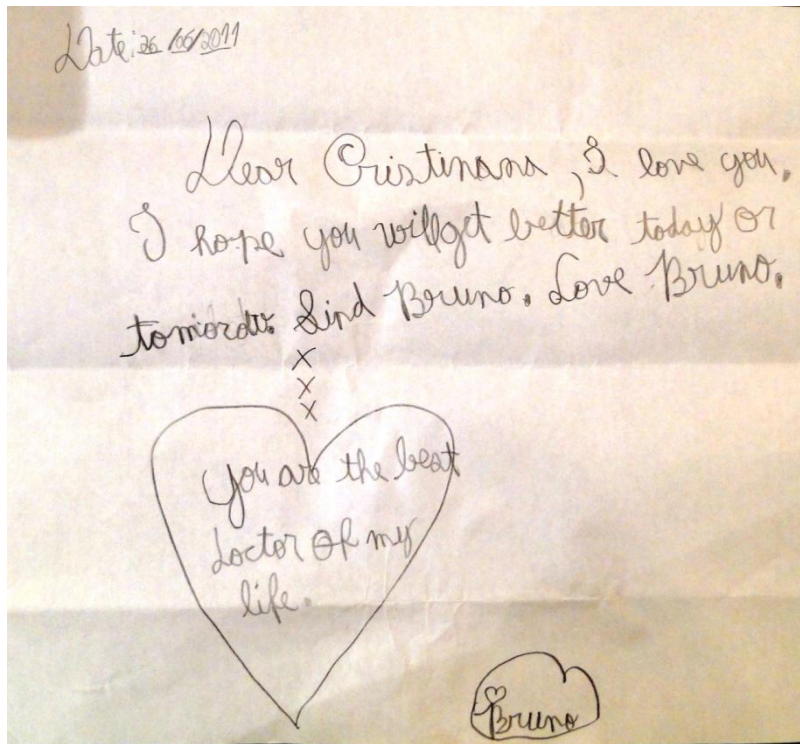
- Paciente: Cauê Souza Ferraz
- 8 anos de idade
- Histórico:
 - cardiopata → pais muito preocupados e superprotetores
 - personalidade: inteligente e bem comunicativo
 - lesão de cárie no 55(O)
 - pais relataram "trauma de profissionais de branco"
- **Abordagem psicológica:**
 - técnicas de abordagem iniciais para eliminar possibilidade de não-colaboração por medo/ansiedade
 - paciente continuou se negando a cooperar, tampando a boca com as mãos
 - técnica da negociação da presença dos acompanhantes & controle do tom de voz

Caso Clínico: MANHA



- Paciente: Marina Cavalcante
- 4 anos de idade
- Histórico:
 - pais divorciados
 - mãe trabalha fora durante a semana e aos sábados
 - não vai à escola
 - passa maior parte do tempo com os avós
- **Abordagem psicológica:**
 - técnicas de abordagem iniciais para eliminar possibilidade de não-colaboração por medo/ansiedade
 - paciente continuou se negando a cooperar, chorando e não participando do condicionamento
 - técnica da negociação da presença dos acompanhantes & controle do tom de voz

THE END!



“Os pacientes de comportamento difícil são aqueles que nós nunca esquecemos, os que mais nos marcam e os que são mais gratificantes na nossa profissão” –

Profa. Dra. Maria Salete Mahás Pires Corrêa