Manejo do comportamento infantil em Odontologia: revisitando paradigmas à luz das evidências atuais

Três horas. Foi o tempo necessário para concluir o exame clínico de uma criança de três anos, enquanto a mãe permanecia sentada no chão, subjugada pela própria filha. Ao final da consulta, a mãe pagou, mas não retornou. A criança sim, nas próximas revisões, passando a ser acompanhada pelos avós, cooperativa e cada vez mais confiante. Esse desfecho aparentemente contraditório traduz, com precisão, a tensão central da Odontopediatria contemporânea: não basta manejar o comportamento dos pequenos. Cada vez mais ouvem-se relatos como esses e é preciso compreender o contexto no qual a criança chega ao nosso consultório.[3]

A família mudou. As gerações mudaram. A criança que hoje se senta na cadeira odontológica, ou que se recusa a sentar, cresce em ambientes marcados por novas configurações familiares, de autoridade, por fronteiras negociadas, questões sociais e econômicas, por responsáveis que leram sobre trauma precoce e que não desejam que seus filhos sofram.[2] Essa transformação não é fragilidade parental, como alguns colegas ainda insistem em classificar. É o reflexo de uma mudança social real. E, o Odontopediatra precisa ser capaz de compreender, em vez de resistir a ela.[1,3]

Os guias de manejo comportamental de Odontopediatria já reconhecem essa complexidade.[1,3] A Associação Brasileira de Odontopediatria[1] e a Academia Americana de Odontopediatria[3] revisaram suas diretrizes de orientação de comportamento, incorporando abordagens centradas na criança, na comunicação não coercitiva e no respeito à autonomia do paciente pediátrico. Especificamente no Brasil, as diretrizes científicas acompanham esse movimento, salientando a necessidade de avaliar o impacto de fatores relacionados à ansiedade parental, ao estilo de criação, às experiências odontológicas anteriores, como pontos influentes na cooperação da criança durante o atendimento.[2] Ainda assim, a prática clínica cotidiana frequentemente resiste a essa atualização, uma vez que muitas vezes ainda se apresenta pautada em conceitos antigos que privilegiam o procedimento concluído, em detrimento do vínculo construído.

O que se observa, na realidade dos consultórios públicos e privados, é uma coexistência desconfortável entre expectativas. De um lado, profissionais treinados sob a ótica de técnicas de contenção física e do controle de voz, para quem o choro é um obstáculo que precisa ser eliminado. De outro, uma nova geração de responsáveis que chega com expectativas claras sobre o que pode e o que não pode acontecer com seu filho. Entre esses dois mundos, está a criança que, com grande habilidade, percebe com clareza o conflito existente entre os adultos ao seu redor.[4]

Diante desse cenário, passei a adotar uma pergunta dirigida aos pais, especialmente no início da primeira consulta de pré-escolares: *"Qual é a sua expectativa para essa consulta? E para esse procedimento?"* A pergunta parece óbvia, mas na prática, revela universos.[5] O responsável que solicita que eu não impeça o choro de sua filha — e que, ao saber que autorizo o choro, mas oriento que evitemos gritos que possam gerar ansiedade nas outras crianças da clínica, respira aliviado e colabora com o atendimento. A criança que, ao final, abraça e manda fotos das próximas consultas. E aquele que, sedado com óxido nitroso, recusa o cotonete com anestésico tópico. Já sua mãe não o obriga, e opta pela contenção física. Sai cansada do esforço e com leve sentimento de culpa, que nenhuma técnica bem executada é capaz de apagar.

Esses casos não têm uma única resposta correta. E é justamente aí que reside o ponto crítico do debate atual. A busca por um protocolo universal de comportamento, aplicável a qualquer criança, qualquer família, qualquer contexto, é em si um resquício do paradigma que se propõe revisar. A evidência contemporânea aponta para outra direção: para a personalização do cuidado, para a escuta ativa da criança e de seus responsáveis, para o reconhecimento de que o tempo que cada criança precisa para confiar é também um tempo terapêutico.[1,3,4]

Revisitar paradigmas não significa abrir mão da técnica ou ceder à ausência de limites na relação clínica. Significa reconhecer que a autoridade do Odontopediatra não deve ser imposta, e sim construída, consulta a consulta, percebendo-se o medo que a criança sente e a angústia que o responsável carrega. Significa aceitar que o sucesso de um atendimento não pode ser medido apenas pelo procedimento concluído, e sim, pela confiança. A criança de três anos que retorna com os avós, cooperativa, é a evidência mais convincente disso. E, é ela, a criança, que deve orientar a nossa prática, não o protocolo.

Laura Guimarães PRIMO[1]
[1] Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Faculdade de Odontologia, UFRJ
E-mail: laura.primo1@gmail.com

Referências

1. Associação Brasileira de Odontopediatria. Manejo não farmacológico do comportamento. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para a Prática Clínica em Odontopediatria. São Paulo: Santos Publicações; 2024. p.37-47.
2. Amorim CS, Menezes BS, Chaves JNT, Pereira Junior EP, Coqueiro RDS, Fonseca-Gonçalves A, et al. The effect of socioeconomic aspects and dental history on pediatric patients' dental anxiety. Braz Oral Res. 2022;36:e106. **doi:** 10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0106.
3. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. In: The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, IL: American Academy of Pediatric Dentistry; 2025. p.379-99.
4. Thamilvanan S, Srinivasan D, Benedict CH, Balakrishnan P. Correlation of personality, temperament, and behavior of children in the dental environment. Int J Clin Pediatr Dent. 2024;17(8):907-12.
5. Lee DW, Kim JG, Yang YM. The influence of parenting style on child behavior and dental anxiety. Pediatr Dent. 2018;40(5):327-33.