



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



## CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

### Revisão de Literatura: Manejo do Comportamento Infantil em Consultório Odontológico

Aluno(a): George Gurgel da Fonseca

Orientador(a): Rosana Fátima Possobon

Ano de Conclusão do Curso: 2012



---

Assinatura do Orientador

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
Marilene Girello - CRB 8/6159

F733r Fonseca, George Gurgel da, 1984-  
Revisão de literatura: manejo do comportamento infantil em consultório odontológico / George Gurgel da Fonseca. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2012.

Orientador: Rosana de Fátima Possobon.  
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) –  
Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Odontologia de Piracicaba.

1. Odontopediatria. 2. Ansiedade ao tratamento odontológico. I. Possobon, Rosana de Fátima, 1968- II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

## SUMÁRIO

1. RESUMO	3
2. METODOLOGIA	3
3 INTRODUÇÃO	3
4 REVISÃO DA LITERATURA	5
5 DISCUSSÃO	12
7. CONCLUSÃO	13
8 REFERÊNCIAS	13

## Resumo

O estudo apresenta formas de manejo do comportamento de crianças, escolares e pré-escolares, durante o atendimento odontológico. O trabalho mostra situações em que a técnica de manejo do comportamento foi utilizada para conter o comportamento disruptivo e diminuir o medo e a ansiedade do paciente. Os estudos presentes foram conduzidos por meio de questionários respondidos pelos pais e pacientes e consultas de pacientes previamente selecionados para aplicar as técnicas.

## Metodologia

Foi tomado como foco principal para a revisão de literatura temas que estavam relacionados ao estudo do comportamento de crianças, escolares e pré-escolares, durante o atendimento odontológico. Para tanto, os artigos buscados relatavam pesquisas e estudos que tratavam sobre o medo e/ou ansiedade despertados perante o ambiente profissional e o tratamento odontológico. A pesquisa foi realizada na internet, utilizando-se os sistemas Pubmed e Lilacs, para selecionar artigos de odontologia e de psicologia. Os trabalhos selecionados foram publicados no período de 1900 até 2010.

A maioria dos autores quantificava medo e ansiedade e dividia as formas de avaliação em questionários e escalas, de modo que estes questionários eram aplicados em escolares e em pré-escolares. Esse método se justifica pelo fato de que o questionário exigia maior compreensão e cooperação por parte do paciente analisado e as escalas eram simples e objetivas, fáceis de serem aplicadas e não dependiam tanto da cooperação do paciente. Há etapas das pesquisas em que mais de um profissional avaliava o comportamento do indivíduo em questão e que esta era filmada. Dessa forma, a sessão poderia ser revista caso houvesse uma discrepância significativa entre a avaliação de um pesquisador e outro.

## Introdução

As pessoas em geral sentem medo e esta emoção é descrita por Silveiras & Souza (1999) como um componente de nossas vidas, necessário para nossa sobrevivência, com função adaptativa quando o mesmo apresenta-se dentro de

limites consideráveis. Costa & Morais (1994) dizem que o medo é uma resposta emocional do indivíduo diante de uma situação de ameaça ou perigo. Sendo assim, há pacientes que se sentem dessa forma diante do tratamento odontológico, do consultório ou até mesmo do dentista e agem de forma não cooperativa, porém esse quadro não surge de forma espontânea, como mostra Berge (1999). Em seu estudo, alega que adultos atribuem seu medo de dentistas a experiências passadas, comparando o dentista com uma imagem desagradável e fria. Poulton (1997) descreve em seu trabalho vários estudos mostrando que, em países industrializados, mais de 50% da população tem extremo medo do tratamento dental e 5% a 15% dos entrevistados evitam o tratamento odontológico.

Fuccio (2003) relata que a criança incorpora em si, com grande intensidade, o estado emocional dos pais, portanto, a tríade dentista-paciente-pais deve ser formada para a conscientização do manejo do comportamento das crianças, ou seja, é de extrema importância do entendimento e aceitação dos pais. Stokes & Kennedy (1980) relatam que o atendimento odontológico à criança é considerado como um ambiente estranho, pois esta deve permanecer deitada de costas enquanto o odontopediatra manuseia objetos que podem ser desagradáveis e causar dor, porém o atendimento é necessário e o tratamento deve ser atraumático para o paciente. Em pacientes não – colaboradores o medo é muito estudado, pois estes não são adultos em miniatura, tanto que o medo em crianças é um problema freqüente em consultórios odontológicos. Com isso, o cirurgião - dentista tem pouco a oferecer a não ser um curto tempo operatório e as dificuldades e os riscos no atendimento de crianças são tão numerosos que alguns clínicos evitam o atendimento desses pacientes (INGERSOLL, 1984).

O comportamento inadequado pode impedir a atuação do odontopediatra, que muitas vezes não é remunerado pelo tempo e o manejo comportamental efetuado no atendimento, tornando-o específicos e mais complexos. Devido a esse quadro, são desenvolvidas técnicas de manejo de comportamento para facilitar o atendimento da criança e também diminuir seu medo e ansiedade durante a consulta. Tais técnicas serão apresentadas na revisão de literatura.

## Revisão de literatura

Pesquisadores têm estudado estratégias para manejar o comportamento não colaborador de crianças em consultórios por meio da tentativa de diminuir a ansiedade e o medo da criança. Os trabalhos a seguir mostram, de uma forma geral, pesquisas sobre o comportamento em odontopediatria.

### Modelação e Dessensibilização

Johnson & Machen (1973) e Machen & Johnson (1974) avaliaram duas estratégias de manejo de comportamento em crianças com 36 a 65 meses de idade, sem experiências odontológicas, a fim de testar as técnicas de manejo modelação e dessensibilização. As crianças foram divididas em 3 grupos para receber o manejo com as técnicas. Ao terceiro grupo (controle) não foi aplicada nenhuma técnica de manejo para a realização do tratamento odontológico.

Os 3 grupos tiveram a primeira sessão base “conte - mostre - faça” e foi feita a anamnese, exame clínico, profilaxia e tomadas radiográficas. O tratamento restaurador se iniciou na 2ª e na 3ª sessão.

O grupo de modelação assistiu a um vídeo – tape com aproximadamente 11 minutos mostrando crianças colaboradoras que eram recompensadas pelo dentista com elogios e brindes. Já o grupo de dessensibilização foi levado a uma sala diferente do consultório e foram apresentados às crianças instrumentos odontológicos em ordem crescente ao potencial gerador de ansiedade (o espelho bucal foi mostrado antes da seringa carpule, por exemplo) em uma sessão que durou 30 minutos. Ao final da sessão, as crianças foram conhecer o consultório e os equipamentos odontológicos.

O comportamento foi monitorado e classificado durante as 3 sessões em 4 categorias; definitivamente negativo: quando a criança apresenta recusa ao tratamento, hostilidade, medo extremo, choro forte e isolamento. Levemente negativo: menor resistência ao tratamento, mas ainda apresenta medo, nervosismo ou choro. Levemente negativo: aceitação cautelosa do tratamento, alguma relutância, perguntas ou táticas de atraso, boa vontade moderada para colaborar

com o dentista. Totalmente positivo: bom relacionamento, sem sinal de medo, interesse nos procedimentos, contato verbal.

Ao fim das 3 consultas observou-se que houve uma diminuição nas taxas de não - colaboração entre a primeira e a última sessão e que durante a realização das restaurações na segunda e na terceira sessão houve uma redução significativa na taxa de não – colaboração dos grupos experimentais em comparação com o grupo controle, sendo que não houve diferenças relevantes nessa taxa entre os grupos de dessensibilização e modelação. Os autores relataram facilidade na utilização do manejo, não implicando em um demasiado aumento no tempo clínico, mas que não houve extinção total de pacientes não colaboradores.

MELAMED et al. (1975) selecionou 14 crianças de 5 a 9 anos sem experiências em atendimento odontológico para avaliar a modelação por vídeo. Neste, foi exibida uma criança de 5 anos para um tratamento restaurador, demonstrando comportamento adequado e recebendo reforço positivo com elogios. Ao final da sessão o paciente foi premiado com brinde por apresentar comportamento colaborador.

As crianças foram divididas em dois grupos e as duas primeiras sessões foram idênticas para ambos os grupos, sendo a primeira para radiografias e profilaxia, a segunda para exame clínico e na terceira sessão foram aplicadas anestésias e isolamento absoluto. As 7 crianças do grupo controle eram convidadas a entrarem em uma sala para desenhar durante o período que o vídeo era apresentado para as crianças do grupo experimental antes do procedimento restaurador. Os comportamentos das crianças foram observados e registrados utilizando uma ficha de observação que continha várias categorias de comportamento, tais como: recusa em sentar na cadeira odontológica, chutar, chorar, não abrir a boca, entre outros.

Os resultados mostraram que o grupo experimental apresentou maior colaboração que o grupo controle. As crianças do grupo controle mostraram um aumento no comportamento não – colaborador na ordem de 120% entre a 1ª e a 3ª sessão.

### Conte - mostre - faça

ADDELSTON (1959) idealizou esta técnica de manejo que chamamos de “conte – mostre – faça”, demonstrando a importância de diminuir a ansiedade em crianças, principalmente naquelas sem experiência odontológica prévia. O estudo mostra resultados positivos quando o cirurgião-dentista demonstra o procedimento em manequim e mostra os instrumentais, para posteriormente operar na boca do paciente.

No estudo de MILGROM et al. (1985) é evidenciada a eficácia desta técnica, pois mostra ao paciente as “novas sensações” envolvidas no tratamento, para assim eliminar a “surpresa” que assusta a criança. O autor acredita que usar um espelho durante os procedimentos, para que o paciente observe os dentes, auxilia na dissociação entre o medo e aquilo que ele está observando, simulando o atendimento em outra pessoa.

STOKES & KENNEDY (1980) utilizaram a técnica de reforço de positivo: “conte - mostre – faça” ao vivo para modelação de crianças. O estudo consistia em diminuir a não colaboração de crianças entre 7 e 8 anos de idade que passaram por duas sessões para conhecer o ambiente odontológico e receber profilaxia e aplicação tópica de flúor, sendo que ao fim das duas sessões o tratamento restaurador era iniciado e a criança da sessão seguinte era marcada para assistir o atendimento. O comportamento da criança era avaliado e registrado em 4 categorias: movimentos de cabeça, movimentos de corpo, choro ou queixa, interrupção do procedimento.

Ao final do estudo, as crianças apresentaram um decréscimo dos comportamentos de não - colaboração durante as sessões experimentais, embora ainda houvesse sinais de não - colaboração presentes até o final do tratamento.

### Reforçamento e fuga contingente

ALLEN & STOKES (1987) estudaram a prática do reforçamento com o intuito de melhorar o comportamento durante o atendimento. Para esse estudo, foram selecionadas 5 crianças com idade entre 3 e 6 anos. As crianças eram recompensadas com pausas durante o tratamento e ganhavam pequenos brindes e elogios quando demonstravam comportamento colaborador.

As sessões foram filmadas e os comportamentos das crianças registrados e observados a cada 15 segundos. Os autores encontraram uma redução de 75% nos níveis de não - colaboração nas sessões de tratamento comparadas às sessões de linha de base (nas quais não foram utilizadas as estratégias de recompensa), mostrando a eficácia desta estratégia em aumentar a colaboração da criança.

O trabalho de ALLEN et al. (1988) mostrou que a utilização do reforçamento e da fuga contingente podem auxiliar no controle dos comportamentos de não - colaboração. Os participantes deste trabalho foram duas crianças, ambos com 36 meses de idade, que apresentaram comportamentos extremamente não - colaboradores durante tratamentos odontológicos anteriores, apresentando alto grau de agressividade contra a equipe profissional e necessitando de contenção física na maioria das visitas, nas quais as estratégias de distração e entrega de brindes não se mostraram eficazes. Nas sessões de linha de base (2 sessões para um participante e 3 sessões para o outro) o dentista ou a assistente explicava os procedimentos que seriam realizados e as possíveis sensações e, durante o tratamento, elogiava a criança pelos comportamentos de colaboração ou por ter permanecido quieta e a oferecia um brinde ao final. Nas 4 sessões experimentais, um dos autores da pesquisa (que não era o dentista que fazia o atendimento) levava a criança para o consultório e dizia que ela teria a oportunidade de ser o “grande ajudante” do dentista: se permanecesse quieta, com as mãos ao lado do corpo, ela seria recompensada com uma breve interrupção no tratamento e com um brinde no final. O dentista aumentava em alguns segundos o tempo necessário para a interrupção a cada procedimento, até que o paciente permanecesse quieto por 30 segundos. Durante a sessão, os comportamentos colaboradores eram recompensados com um adesivo colorido que era colado num pequeno álbum, que ficava pendurado no refletor, para que fosse visto facilmente pela criança e entregue a ela quando completasse 5 adesivos. Ao final da consulta, se a criança apresentasse comportamentos de colaboração em 70% do tempo ou 15% a mais que na sessão anterior, poderia escolher mais um brinde. Dois observadores independentes anotavam, a cada 15 segundos durante a sessão, os comportamentos manifestados (movimento de cabeça, movimentos de corpo, choro e reclamações e movimentos de corpo que requeriam contenção física). Basicamente, seis procedimentos clínicos foram observados a cada sessão: uso da

sonda exploradora, injeção da anestesia, instalação do isolamento absoluto, uso de alta ou baixa - rotação, uso da seringa tríplice ou sugador e procedimentos de restauração. Os autores conseguiram com isso diminuir as taxas de não - colaboração 65% em média.

ALLEN et al. (1992) examinou se o oferecimento da contingência de fuga e elogio para comportamento de cooperação pode ser efetivo para reduzir os comportamentos disruptivos dos pacientes durante o tratamento odontológico. Para esse estudo foram utilizados 4 crianças de 3 a 7 anos que apresentavam níveis de comportamento disruptivos moderados para o severo. A linha base do atendimento consistia em explicar o tratamento odontológico para a criança com a técnica do “conte - mostre – faça” e cada criança também recebia elogio pela colaboração e um brinde independente de seu comportamento. Um treinamento foi passado para as crianças ensinando procedimentos de fuga e elogio (quando a criança permanecia calma o cirurgião – dentista parava e elogiava a criança). Caso a criança não colaborasse, seu comportamento disruptivo era ignorado até o comportamento colaborador ser restabelecido.

Foi observado que, quando implantada a contingência de fuga apropriada, cada criança imediatamente mostrou redução do comportamento disruptivo e que esta pode ser uma técnica para o cirurgião dentista aplicar em crianças com baixo grau de cooperação. Estes resultados sugerem que a exposição temporária à fuga, durante o tratamento odontológico, contingente ao comportamento de colaboração, pode ser um meio efetivo para o cirurgião - dentista manejar crianças difíceis. Entretanto, os autores alegam que, se o nível de não - colaboração destas crianças fosse maior, esta estratégia teria sido insuficiente para manejá-las.

#### Relaxamento, distração e controle percebido

Em seu estudo, CORAH et al. (1979a) recomenda técnicas para reduzir o estresse em consultas odontológica e a base desse estudo parte do principio de que é impossível uma pessoa relaxada sentir ansiedade. Sendo assim, foi avaliada a eficácia das técnicas de relaxamento, distração e controle percebido para diminuir a ansiedade e o desconforto durante o tratamento odontológico de 80 pacientes adultos com 50 homens e 30 mulheres. Os pacientes foram divididos em quatro grupos: o primeiro grupo foi instruído a relaxar os músculos e ouvia musica durante

o tratamento por meio de fones de ouvido, o segundo grupo distraía-se com jogos de vídeo – game, ao terceiro era entregue um interruptor em que o indivíduo sinalizava ao dentista quando desejasse um intervalo na consulta e o quarto grupo (grupo controle) recebia tratamento de maneira convencional. Ao fim da sessão, o profissional e o paciente avaliavam o grau de desconforto por meio de uma escala que pontuava as sensações percebidas durante a realização dos procedimentos classificando se o paciente permaneceu calmo, relaxado a tenso ou preocupado.

As conclusões do trabalho revelaram que a estratégia de distração se mostra mais eficaz para os participantes do sexo masculino, enquanto o relaxamento foi mais eficaz para as mulheres. O controle percebido, ou seja, a possibilidade de interromper o tratamento sinalizando o desejo ao dentista, não mostrou diminuir ansiedade ou desconforto em ambos os sexos. Esses resultados foram confirmados em trabalho posterior semelhante (CORAH et al., 1979b), sugerindo o uso dessas técnicas em consultório, sem necessidade de grandes investimentos financeiros e com resultados satisfatórios.

STARK et al. (1989) mostram a eficácia da distração durante o atendimento odontológico em um trabalho utilizando 4 crianças com idades entre 4 e 7 anos, sendo essas consideradas não colaboradoras. Para selecionar os participantes, foi criado uma tabela com 6 itens sendo que 1 representava comportamento extremamente cooperativo e 6 identificava comportamento extremamente não – cooperativo. Outra tabela elaborada determinava o grau de ansiedade da criança, que variava entre extremamente ansioso e extremamente relaxado. Após as sessões de linha de base (três para 1 criança e duas para as outras 3 crianças), em que foram empregadas apenas as estratégias do “conte - mostre - faça” e reforçamento positivo, os sujeitos foram expostos a estímulos de distração por meio da observação de um pôster com desenhos infantis e de uma história sobre a figura do pôster, que era ouvida através de fones de ouvido durante a execução do tratamento. Ao término da sessão, os pacientes recebiam um questionário e deveriam responder 16 testes sobre a história ouvida. Caso a criança acertasse 65% ou mais das questões, poderia escolher um brinde especial. Se acertasse menos que 65% dos testes, ganharia um balão de ar e um brinde comum. Durante o atendimento, dois observadores independentes anotavam numa ficha de observação a cada 15 segundos o comportamento da criança (movimento de corpo e de cabeça

e reclamações) e o procedimento odontológico realizado. As sessões foram filmadas com a finalidade de conferência das observações quando a concordância entre os observadores fosse inferior a 80%.

Os resultados deste estudo mostraram que, para as 3 crianças, a ansiedade e os comportamentos não - colaboradores aumentaram ao longo das sessões de linha de base e que houve uma redução imediata desses comportamentos inadequados na primeira sessão em que se utilizou a técnica de distração. Entretanto, após sucessivas sessões odontológicas com distração, os índices de não – colaboração passaram a níveis crescentes. Este quadro destaca a contínua necessidade de buscar a renovação de maneiras para diminuir a ansiedade e promover a manutenção dos comportamentos colaboradores até o término do tratamento.

### Distração com música

A terapia com música para redução da ansiedade foi avaliada no trabalho de Bekhuis T. (2010), no qual foi realizada uma busca em dezesseis bancos de dados e 393 estudos potencialmente elegíveis foram identificados. Destes, 19 ensaios clínicos escolhidos aleatoriamente preencheram os critérios necessários e foram utilizados na análise. Os ensaios clínicos foram realizados em vários contextos clínicos, sendo que 4 foram conduzidos em clínicas odontológicas. Os estudos incluíram 1513 pacientes, principalmente crianças e alguns adultos jovens que foram submetidos a procedimentos médicos e odontológicos associados com a dor e a ansiedade. A idade variou de 8 meses a 18 anos de idade nos estudos incluídos.

A intervenção utilizada foi musicoterapia ativa ou passiva, sendo que o primeiro método envolveu ouvir uma música terapêutica e comunicação interativa e o último envolvia simplesmente ouvir música. Os tipos de música foram variados: folk, por exemplo, contemporâneo, canção de ninar e música clássica. Em alguns estudos, as crianças que selecionavam o tipo de música. Em 4 estudos, a música foi combinada com outras técnicas, tais como exercícios de relaxamento.

Em 12 estudos, o tratamento com musicoterapia foi comparado com o tratamento padrão; em 6 estudos, com uma intervenção activa (por exemplo,

história falada), placebo (fones de ouvido sem música), ou conversas com um musicoterapeuta; e em 2 estudos, a um agente farmacológico.

Os resultados foram registrados com base em dados obtidos a partir de observação do experimentador e relatos dos pacientes. Avaliando três meta-análises comparando o atendimento que utilizava musicoterapia com um grupo controle, constatou-se que a musicoterapia reduz significativamente a dor ou ansiedade. A diferença nas estimativas de efeito entre o uso da terapia ativa e da terapia passiva não foi estatisticamente significativa.

Os autores concluíram que a música reduz a dor e ansiedade para as crianças submetidas a procedimentos médicos ou odontológicos. Com base em análises de subgrupos, eles ainda concluíram que a utilização de musicoterapia passiva pode ser tão eficaz quanto o uso de musicoterapia ativa e que esta técnica, quando combinada com outras modalidades, pode ser mais eficaz do que utilizada isoladamente. Além disso, os autores admitem que o uso da terapia com música pode reduzir a quantidade de agentes farmacológicos necessários para controlar a dor e ansiedade.

Apesar de os resultados do uso da terapia com música serem positivos, numa revisão literária, Klassen et al. (2008) avaliou resultados publicados e não publicados em inúmeras fontes e verificou uma considerável variedade com respeito ao tipo de terapia de música, tipo de procedimento, idade do paciente, entre outros aspectos. Além disso, as respostas individuais à musicoterapia variou consideravelmente. Baixa qualidade nos estudos e alta heterogeneidade nos resultados indicam que as conclusões dos trabalhos devem ser vistos como sugestivas e não confirmatórias.

### Discussão

Na busca literária não foi possível encontrar trabalhos envolvendo a participação de crianças menores de 3 anos. Os artigos utilizados desenvolvem o tema em questão com pacientes de faixa etária acima de 3 anos, o que inviabiliza o uso das escalas citadas e das técnicas de manejo estudadas na prática clínica ou em pesquisas com indivíduos de idade menor. Para que tais trabalhos possam ser conduzidos com pacientes em uma faixa etária menor, seriam necessários

equipamentos e condutas específicas, sendo que isto somente dificultaria o bom andamento de pesquisas e tornaria necessária a utilização de dois ambientes de trabalho distintos.

Ao analisar os trabalhos apresentados, descobrimos um baixo número de sessões experimentais realizadas pelos pesquisadores (JOHNSON & MACHEN, 1973; MELAMED 1975a; ALLEN, 1988), ou seja, os mesmos não mostram a observação intensiva das mudanças comportamentais que ocorrem em longo prazo. Isto certamente pode ter influenciado os resultados, pois não houve tempo suficiente para adaptação das crianças às técnicas e assim uma conseqüente melhora de seu comportamento em consultório odontológico. Dessa forma, é possível sugerir que as medidas propostas e implantadas para o manejo do comportamento infantil podem se mostrar ainda mais eficazes se utilizadas por um período de tempo estendido, de forma a realmente condicionar o paciente às sensações, aos procedimentos e ao ambiente odontológico, e não somente com a finalidade de observação durante um prazo consideravelmente curto (3 a 4 sessões, na maioria dos estudos).

Em vários trabalhos (STARK, 1989, ALLEN & STOKES, 1987, ALLEN 1992) foram levadas em consideração as possíveis diferenças decorrentes da fase de desenvolvimento pela qual os participantes estariam passando, pois estes possuíam idade variada, com larga faixa etária, apresentando uma variação de até 4 anos entre elas. Este fator tem impacto direto no entendimento da criança e no efeito que a técnica de manejo em questão causa a esta, podendo certamente ter influenciado nos resultados finais.

Para diminuir o impacto dessa variável, seria ideal que fossem utilizados um maior número de participantes e que fosse realizada a condução dos estudos com um maior número de sessões. A distribuição aleatória dos pacientes entre os grupos experimentais não neutraliza a variável.

### Conclusão

De forma geral, os resultados apresentam relevância na interrupção das reações não – colaboradoras de crianças com comportamento disruptivo após a introdução das técnicas de manejo, tornando-as mais cooperativas com o cirurgião-dentista durante a prática odontológica. Entretanto, tais trabalhos não mostraram serem capazes de produzir uma mudança estável significativa nos padrões

comportamentais dos pacientes avaliados, demonstrando uma ineficácia sobre a extinção das manifestações de não colaboração e a total adaptação da criança ao tratamento.

Um dos aspectos analisados é a ausência de estudos longitudinais, ou seja, os trabalhos presentes apresentaram observações focadas a atendimentos nos quais se realizavam exame clínico, aplicação tópica de flúor, profilaxia e o procedimento em si com poucas sessões. Essa escassez, como já discutido, é considerável nas possíveis alterações dos resultados.

Também é notável que possa ocorrer uma grande variabilidade na frequência dos comportamentos de não – colaboração decorrente da influência de variáveis impossíveis de serem controladas, desconhecidas do experimentador e inerentes à vida do paciente, como problemas de saúde, conflitos familiares, dificuldades escolares e sociais. Além disso, o padrão de relacionamento dentista - paciente tem sido uma característica pouco investigada e que, certamente, tem impacto relevante no condicionamento da criança ao tratamento odontológico.

### Referências

Addelston HK. Child patient training. Fortnightly Review of the Chicago Dental Society 1959; 38(2):7-9, 27-30.

Allen, K.D., Loiben, T., Allen, S.J. & Stanley, R.T. (1992). Dentist – implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. Journal of Applied Behavior Analysis, 25(3), 629-636.

Allen, K. D., Stark, L. J, Rigney, B. A., Nash, D. A. & Stokes, T. F. (1988). Reinforced practice of children’s cooperative behavior during restorative dental treatment. Journal of Dentistry for Children, 55, 273-277.

Allen, K.D. & Stokes, T.F. (1987). Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. Journal of Applied Behavior Analysis, 20(4), 381-390.

Bekhuis, T. Music Therapy May Reduce Pain and Anxiety in Children Undergoing Medical and Dental Procedures J Evid Based Dent Pract. 2009 Dec;9(4):213-4.

Corah, N. L. Gale , E. N. Illig , S. J. (1979a). Psychological stress reduction during dental procedures. *Journal of Dental Research*,58,1347-1351.

Corah, N. L. Gale , E. N. Illig, S. J.(1979b).Psychological stress reduction during dental procedures .*Journal of Dental Research*,58,1347-1351.

Costa, S.M. & Moraes, A.B.A. (1994). Medo em Odontologia: um estudo com escolares. *Revista Brasileira de Odontologia*, 51(5), 26-31.

Fuccio, F. et al. Mão-sobre-a-boca: avaliação do uso da técnica em Belo Horizonte. *J. Bras Odontopediatr Odontol Bebê*, v.6, n.34, p.477-489, 2003.

Ingersoll, B. D., Nash, D. A. & Gramber, C. (1984). The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. *Journal American Dental Association*, 109, 717-720.

Johnson, R. and Machen, J.B. (1973) Behaviour modification techniques and maternal anxiety. *J Dent Child* 40: 272-276

Klassen JA, Liang Y, Tjosvold L, Klassen TP, Hartling L.. Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials. *Ambul Pediatr* 2008 Mar-Apr;8(2):117-28.

Machen, J.B. and Johnson, R (1974) Desensitization, model learning, and the dental behaviour of children, *J Dent Res* 53: 83

Melamed, B. G., Hawes, R. R., Heiby, E. & Glick J. (1975). Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. *Journal of Dentistry Research*, 54, 797-801.

Milgrom, P.; Weinstein, P. Treating fearful dental patients. A patient management handbook. Seattle : Ed. Reston Pub., 1985, p. 3-6, 45-48.

Poulton R, Thomson WM, Brown RH, Silva PA. Dental fear with and without blood-injection fear: implications for dental health and clinical practice. *Behav Res Ther.* 1998 Jun;36(6):591-7.

Stark, L.J., Allen, K.D., Hurst, M., Nash, D.A., Rigney, B. & Stokes, T.F. (1989). Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22(3), 297-307.

Stokes, T.F. & Kennedy, S.H. (1980). Reducing child uncooperative behavior during dental treatment through modeling and reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13(1), 41-49.

Ten Berge, M., Veerkamp, J. & Hoogstraten, J. (1999). Dentist's behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 66(1), 36-40.