



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



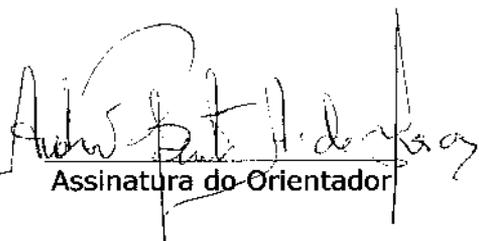
## CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Monografia de Final de Curso

Aluna: Érica Kitamura Kawamoto

Orientador: Antonio Bento Alves de Moraes

Ano de Conclusão do Curso: 2006

  
Assinatura do Orientador

TCC 296

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

Érica Kitamura Kawamoto

## **MANEJO DO COMPORTAMENTO EM ODONTOPEDIATRIA**

Monografia apresentada ao curso de Odontologia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, para obtenção do diploma de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Prof. Antonio Bento A. de Moraes

Piracicaba  
2006

Dedico este trabalho aos meus pais

## AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Antonio Bento A. de Moraes, pela habilidade com que orientou o nosso trabalho

À doutoranda Renata Sá Rocha pela constante paciência, colaboração e apoio

E aos meus pais, sem os quais eu não teria realizado esse sonho

## SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas	5
RESUMO	6
INTRODUÇÃO	7
ESTRATÉGIAS DE MANEJO DE COMPORTAMENTO	10
DISCUSSÃO	33
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Et al. – e colaboradores

## RESUMO

Esse estudo tem como objetivo descrever as estratégias de manejo de comportamento e sua importância no tratamento odontopediátrico. O cirurgião-dentista deve utilizar as estratégias no sentido de fazer com que as crianças compreendam e cooperem com o tratamento odontológico, orientando as condutas adequadas ao atendimento, oferecendo um tratamento seguro e eficaz e preparando a criança para receber tratamento posteriormente. As estratégias mencionadas no presente trabalho (Dizer-mostrar-fazer, Comunicação verbal, Percepção de controle, Controle de voz, Reforço positivo, Distração, Fuga contingente, Fuga não-contingente, Modelagem, Modelação, Dessensibilização, Contenção física, Mão-sobre-boca) podem ser utilizadas em conjunto ou individualmente, dependendo de cada caso. A eficácia das estratégias de manejo de comportamento depende do correto planejamento do uso, do momento em que são utilizadas, do preparo do profissional para utilizá-las e da interação que se estabelece entre profissional e paciente.

Há necessidade da realização de pesquisas em condições cuidadosamente controladas, avaliando relações funcionais entre variáveis da situação de atendimento odontológico, para possibilitar o planejamento de estratégias mais eficientes, diminuindo o estresse do dentista e o medo e ansiedade dos pacientes e seus responsáveis.

## INTRODUÇÃO

A Odontologia atual tem demonstrado grande evolução científica, com profissionais altamente especializados. Por conseqüência, é fundamental que seja atribuída a mesma importância aos aspectos humanos da profissão. O profissional consciente deve fundar sua atividade clínica na ética e no bom relacionamento com seus pacientes, apesar deste aspecto ser ainda negligenciado. O enfoque principal deveria ser dado ao paciente como ser humano, e não apenas como o “portador da doença” (Corrêa et al., 2002b).

Na área de Odontopediatria, a relação profissional-paciente passa a apresentar aspectos ainda mais delicados, pois a infância é uma fase na qual os pacientes estão se desenvolvendo física e psicologicamente, concomitantemente a um franco processo de formação de sua subjetividade. Neste sentido, todas as experiências odontológicas de alguma maneira influenciarão no desenvolvimento psicológico dos pacientes infantis, uma vez que estas farão parte de suas vidas. Então, cabe ao cirurgião-dentista fazer com que as experiências odontológicas contribuam positivamente para o crescimento e desenvolvimento da criança como indivíduo. Desta forma, estaremos cuidando tanto da saúde bucal como da “saúde psicológica” de nossos pacientes (Corrêa et al., 2002b).

As crianças apresentam grande diversidade de atitudes frente ao tratamento odontológico, sendo múltiplas as variáveis que afetam os comportamentos não-cooperativos. Esses comportamentos podem ser conseqüência de algum atraso de desenvolvimento físico ou mental, reflexo de doenças crônicas ou agudas, medo transmitido pelos pais, experiência odontológica prévia desagradável, assim como primeira consulta mal

conduzida, entre outros. Por isso, os odontopediatras devem dispor de métodos e estratégias de comunicação que atendam às necessidades individuais das crianças (Côrrea et al.2002a).

O medo e a ansiedade em situação de tratamento odontológico estão presentes em diferentes graus e em mais da metade dos pacientes infantis, e são responsáveis, em grande parte, pelo abandono do cuidado da saúde bucal (Tollendal, 1985; Tsubouchi, 1999; Weinstein, 1978; Pinkham, 2000a; Singh, 2000).

Murtomaa et al. (1996) apontaram, como principais causas do medo e da ansiedade odontológicos, as más experiências prévias negativas, sensação de impotência e falta de controle na cadeira do cirurgião-dentista, imagem negativa do cirurgião-dentista, fobia e/ou neuroses, ansiedade dos pais, anestesia e alta rotação.

Ao lidar com o comportamento de pacientes na faixa etária pré-escolar fica claro que, além das dificuldades em colaborar com o tratamento, inerentes à idade, tais como permanecer imóvel por alguns minutos com a boca aberta, o medo específico do tratamento pode impedir a atuação adequada do profissional. Histórias de situações odontológicas aversivas representam um conjunto significativo de variáveis predisponentes para respostas de medo em crianças. Fazem parte dessas histórias a qualidade da interação dentista-criança e sensações dolorosas muitas vezes inevitáveis (Moraes, 1999).

Assim, a experiência clínica demonstra que é mais fácil lidar com os comportamentos de uma criança que não tem experiência odontológica do que manejar os comportamentos daquelas que já tiveram experiências desagradáveis no dentista (Piedalue & Milnes, 1994).

Para minimizar o medo e a ansiedade do paciente, o Odontopediatra deve dispor de estratégias de comunicação que atendam às necessidades individuais das crianças. A comunicação é a base para o estabelecimento de um bom relacionamento com a criança e com a família, permitindo a complementação dos procedimentos clínicos (Corrêa & Maia, 1998).

Lawrence et al. (1991) verificou que oferecer informações sobre as estratégias de manejo de comportamento auxilia numa maior aceitação das mesmas pelos pais ou responsáveis pela criança.

Vale enfatizar que existem alguns aspectos a serem considerados para a realização de um manejo de comportamento adequado, entre eles a presença dos pais na sala de atendimento e o tempo de duração da consulta, que podem influenciar positiva ou negativamente o manejo de comportamento infantil (Mc Donald & Avery, 1986; Festa et al., 1993; Pagnoncelli, 1994).

É de fundamental importância que o Odontopediatra tenha conhecimento sobre as etapas de desenvolvimento da criança e de diferentes linguagens para cada faixa etária (Côrrea et al.2003c). Tais conhecimentos aplicados na clínica ajudam na compreensão dos problemas de comportamento apresentados pelo paciente infantil e conseqüentemente, para a indicação de métodos mais eficazes ao seu manejo e preparo psicológico.

Portanto, para lidar com crianças no consultório, os profissionais de Odontopediatria devem fazer uso de métodos não farmacológicos também denominados estratégias psicológicas de manejo do comportamento, que serão descritas a seguir.

## ESTRATÉGIAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO

As estratégias estão fundamentadas nos princípios da Psicologia Comportamental (Choate et al., 1990), que estuda as interações do organismo, como um todo, com seu ambiente.

As estratégias mais comumente utilizadas são as nomeadas positivas. São estratégias informativas, baseadas no aprendizado gradativo do comportamento desejado.

## HORÁRIO E DURAÇÃO DAS CONSULTAS

A hora da consulta pode parecer para muitos um fato sem grande importância, entretanto, deve-se levar em conta alguns aspectos antes de estabelecê-la em determinadas situações. Dessa forma, para crianças muito jovens, deve ser evitada a hora em que estas costumam dormir, à tarde ou se for o caso, pela manhã, porque, se houver esta coincidência, ela provavelmente estará irritada e não colaborar.

Para as crianças que já freqüentam a escola, é preferível não marcar a consulta para períodos imediatamente após as aulas, principalmente se for no período da tarde, uma vez que a criança estará fatigada pelas atividades escolares. Às vezes a consulta só pode ser marcada após o período escolar; nestes casos, deve-se estar preparados para atender a uma criança cansada cuja capacidade de colaboração está diminuída. É interessante também não marcarmos consulta no mesmo dia no qual a criança tenha outras atividades que exigem concentração além da atividade escolar, pelos mesmos motivos já explicados (Guedes-Pinto & Côrrea, 2003b).

Nas primeiras consultas, principalmente para as crianças mais jovens gradualmente à disciplina do tratamento, uma vez que estas em geral são irrequietas e o tempo de ficar sentada praticamente imóvel e com boca aberta pode ser penoso. Mesmo para crianças maiores, as consultas iniciais não devem ser muito prolongadas.

Consultas de 50 minutos são contraproducentes para crianças com menos de 7 ou 8 anos de idade, porque só a partir do início do primeiro grau escolar, quando já se adaptaram a uma disciplina formal, é que se ajustam melhor com consultas mais longas, mesmo assim considera-se o ideal em Odontopediatria consultas de 30 minutos.

Quanto à hora da consulta, deve-se observar as crianças que requerem mais atenção e cuidado nos períodos do dia, e agendá-las quando o rendimento do profissional é maior. Devem ser incluídos aqui também os casos de trabalhos técnicos mais difíceis que necessitam de maior atenção profissional (Guedes-Pinto & Córrea, 2003).

O tempo de duração da consulta deve ser determinado pela necessidade do tratamento, pelas características pessoais da criança, pela habilidade do operador e por fatores externos, como escola, creche, transporte (Pagnoncelli, 1994).

## **PRESENÇA OU AUSÊNCIA DOS PAIS**

Essa estratégia envolve o uso da presença ou ausência dos pais para ganhar cooperação no tratamento. Trata-se de uma modificação ambiental realizada pela profissional para melhorar a colaboração da criança e/ou facilitar

o processo de comunicação. Existe uma ampla diversidade na filosofia sobre a prática sobre a presença ou ausência dos pais durante o tratamento. Os profissionais acreditam no fato de que a comunicação entre o dentista e a criança necessita de foco de ambas as partes (do dentista e da criança). A resposta da criança para essa estratégia pode ser positiva ou negativa. Cabe ao profissional determinar o método de comunicação que otimiza o tratamento, reconhecer suas próprias habilidades, as necessidades da criança, e o desejo do envolvimento dos pais no tratamento (American Academy of Pediatric Dentistry, 2001-2002).

O papel dos pais tem mudado. Enquanto alguns profissionais mantêm a política de exclusão dos pais durante a consulta, muitos têm modificado a situação aumentando o apoio dos pais e minimizando riscos e interferências na relação dentista-paciente (Kamp, 1992; Faraco Jr et al., 1994; Koch et al., 1995; Tostes et al., 1998; Peretz e Zadik, 1998b; Tollara et al., 1999; Casamassimo, 2003).

O acompanhamento dos pais pode afetar significativamente a atmosfera da visita ou tratamento dentário. O acompanhamento dos pais pode contribuir ou prejudicar o progresso do tratamento. A maioria dos dentistas que participaram do estudo feito por Crossley & Joshi (2002) viram que alguns pais certamente aumentam o nível de ansiedade de seus filhos durante o tratamento dentário. No entanto, o acompanhamento dos pais não foi considerado contraproducente e foi, de fato, considerado favorável pela maioria dos odontopediatras. Somente uma minoria dos profissionais se sentiu pressionado. pela expectativa dos pais e dizem preferir realizar o tratamento dentário sem a presença dos mesmos.

Peretz e Zadik (1999a) concluíram em sua pesquisa que a idade, escolaridade e profissão dos pais, bem como a idade das crianças, número de filhos na família, a idade com a qual ela iniciou o tratamento e experiência de tratamento prévia não estavam associadas com atitudes expressadas pelos pais em nenhuma estratégia de comportamento utilizadas no estudo.

### **FALAR-MOSTRAR-FAZER (TELL-SHOW-DO)**

A estratégia do falar-mostrar-fazer, preconizada por Addelston (1959), serve para ensinar a criança em relação aos elementos do consultório odontológico.

Primeiramente, o dentista e o auxiliar se apresentam à criança, para que ela reconheça e identifique as pessoas que vão cuidar dela. Em seguida, o dentista leva a criança até a cadeira odontológica, podendo aí usar termos comparativos como “cadeira espacial”, dependendo do nível de desenvolvimento da criança e tendo o cuidado de explicar que a cadeira sobe, desce, inclina-se para frente e para trás, de acordo com o comando do dentista e fazendo barulho quando se movimenta. Associado a isso, deve-se explicar quais as finalidades desses movimentos.

O dentista pode utilizar linguagem e conceitos que tornem mais fácil o entendimento da criança, para que ela possa fazer novas e agradáveis associações.

Após a apresentação da cadeira segue-se a apresentação da luz e das seringas de água e ar, sendo que o treinamento com a água e a explicação de suas funções são fatores muito importantes no que diz respeito à

familiarização. O momento também é adequado para que a criança conheça o sugador de saliva.

Começa-se então, a demonstração de alguns instrumentos clínicos, como o espelho, explorador, a pinça e a cureta, explicando, em termos figurados, para que serve cada instrumento e já entrando em ação, realizando o exame clínico inicial. A cada consulta deve-se colocar a criança em contato com novos instrumentos e procedimentos da situação de tratamento.

Seguem-se os procedimentos de radiografia, profilaxia, anestesia e processos restauradores e cirúrgicos, sempre partindo dos mais simples para os mais complexos e dando um tempo para que a criança consiga compreender e aceitar a situação.

A estratégia, embora uma das mais utilizadas, não é reconhecida como uma estratégia eficiente se utilizada isoladamente, segundo especialistas no assunto. Algumas evidências sugerem que, quando combinadas com outras estratégias, como a Distração, é mais eficaz e de maior efeito sobre o comportamento da criança (Holst e Crossner, 1984 e Kaakko et al., 1999).

Ripa (1979) sugere que a estratégia seja feita segundo a seqüência de instruções com linguagem adequada ao nível da criança, a demonstração do procedimento deverá ser feita no dentista ou em objetos inanimados. O autor ressalta a importância de se realizar apenas os procedimentos descritos.

O objetivo dessa estratégia é reduzir o medo pelo que é novo e estranho à criança, moldando as respostas dos pacientes para com os procedimentos odontológicos.

## **PADRÕES DE COMUNICAÇÃO VERBAL**

Weinstein et al. (1982), por meio de uma pesquisa feita com dentistas e crianças em idade pré-escolar, chegaram a várias conclusões a respeito da eficácia de estratégias comunicativas na redução do medo infantil.

- dar orientação ou instrução específica à criança e reforço específico (isto é, para cada ato operatório dar a orientação e o elogio ao comportamento colaborador na hora) resultou numa redução do comportamento medroso da criança;
- afagos e atitudes carinhosas com a criança também diminuíram o comportamento temeroso;
- perguntar o que a criança está sentindo foi observado como uma estratégia útil, visto que ignorar ou negar os sentimentos da criança não reduziu comportamentos temerosos
- tranqüilizar a criança com afirmações do tipo: "está tudo bem" ou "fique calma", foram ineficazes na diminuição do medo;
- tentativas de conter a criança tendem a ser seguidas por um aumento substancial do medo;
- explicações, embora com freqüência usadas na faixa etária de três a cinco anos, parecem não reduzir o medo significativamente;
- parar o tratamento quando a criança pede, resultou em comportamentos mais temerosos

Sarnat et al. (2001) avaliaram qualitativa e quantitativamente estratégias de comunicação utilizadas por quatro estudantes de pós-doutorado, durante o tratamento de 24 crianças de 3 a 12 anos. O diálogo entre profissional e paciente foi analisado lingüística e estatisticamente e correlacionado à

ansiedade relatada pela criança, cooperação durante o tratamento, e ao sucesso e humor ao fim do tratamento. As formas de linguagem utilizadas foram a permissiva (que inclui o Dizer-Mostrar-Fazer), que foi a mais freqüentemente utilizada, a empática, menos utilizada, mas a que apresentou maior significância em relação ao sucesso do tratamento, colaboração e satisfação do paciente. Esta forma de linguagem enfoca a preocupação e o sentimento da criança tanto quanto sua necessidade física. O profissional colocava-se no lugar da criança com frases: “ Eu sei como você se sente”, “ Eu estou tentando entender o que você sente”. A linguagem pessoal é útil para estabelecer entrosamento com a criança. O profissional que mostra genuíno interesse e usa diálogo aberto durante as sessões cria a sensação de um ambiente seguro. Os autores concluíram que a comunicação verbal é uma importante estratégia para reduzir o medo e promover a cooperação e a satisfação do paciente.

Uma outra estratégia de comunicação é realizar uma combinação verbal com a criança. Esta deve ser cumprida, pois assim é construída uma relação de confiança entre paciente e profissional. Caso seja necessário alterar uma combinação feita com a criança, o profissional deve parar o tratamento e avisar que o combinado feito anteriormente será modificado explicando as razões para isso; só então deverá continuar a realização do tratamento odontológico, sem trair a confiança da criança (Cardoso, 2002).

Klatchoian (1993) ressalta que não se deve tentar enganar a criança para que possa ser construída uma relação de confiança com o paciente. Apenas deve-se ter a cautela de selecionar o que deverá ser dito e adequar as explicações à idade do paciente.

## PERCEPÇÃO DE CONTROLE

O fator controle refere-se a situações em que o indivíduo percebe que tem em seu repertório condutas que podem diminuir ou eliminar um evento aversivo presente. Logan *et al.* (1991) aponta a falta de controle como um fator de risco para medos diretamente condicionados.

Esta estratégia visa aumentar a percepção de controle pelo incentivo ao paciente para participar de seu próprio tratamento (Law, Logan e Baron, 1994). Para isso preconiza-se o uso de sinalização formal de começo e de término das rotinas; a investigação dos sentimentos da criança, por meio de entrevista e atividade lúdica; a simulação de atendimento odontológico; a manifestação de preocupação do profissional com o bem estar da criança; e a disponibilidade de escolhas à criança, ao longo do tratamento, tais como brindes a comportamentos colaborativos (Costa Junior, 2001; Klatchoian, 2002; Milgrom, Weinstein e Getz, 1995b; Weinstein e Nathan, 1988).

Singh *et al.* (2000) avaliaram medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Os sujeitos foram 364 crianças da faixa etária de 7 a 13 anos. Três questionários com questões de múltipla escolha foram aplicados em grupos de 10 crianças. O primeiro questionário destinou-se à avaliação do medo ao tratamento odontológico e outras situações. O segundo questionário foi relacionado às situações potencialmente produtoras de ansiedade. O terceiro questionário foi relacionado ao controle percebido e ao controle desejado. Foi concluído que: crianças com maior controle percebido apresentaram menor medo ao tratamento odontológico; crianças com experiência anterior de anestesia no tratamento odontológico revelaram-se mais temerosas do que as crianças que tinham feito tratamento sem anestesia;

meninas mostraram-se mais temerosas e ansiosas do que os meninos; em relação a faixa etária as crianças de sete a nove anos de idade mostraram-se menos temerosas do que as crianças pertencentes a faixa de onze a treze anos.

Pode-se dizer que a estratégia de percepção de controle prepara a criança para escolhas mais importantes no futuro, porém, é necessário ressaltar que a decisão sobre procedimentos técnicos é de inteira responsabilidade do cirurgião-dentista, deixando para a criança apenas escolhas que não influenciem no tratamento (como a cor do sugador ou o sabor do anestésico tópico). Em curto prazo, o incentivo a participar de decisões pode simplificar situações nas quais deve ocorrer exposição a procedimentos odontológicos invasivos. Permitir que o paciente participe efetivamente de uma decisão constitui o reconhecimento de sua dignidade, independentemente da faixa etária ou situação em que se encontre - com capacidade mental plena ou não - e o respeito à exigência de iniciar o tratamento odontológico após o consentimento livre e esclarecido dos envolvidos (Ramos, 1993)

## **CONTROLE DE VOZ**

Significa a modificação da intensidade, do timbre e do tom da própria voz, com o objetivo de dominar a interação profissional-paciente. O controle da voz pode ter, pelo menos, três objetivos: desviar a atenção da criança, voltar ao degrau inicial com mais firmeza, ou rejeitar o seu comportamento inaceitável.

*- Desviar a atenção da criança*

Por exemplo, o Odontopediatra pode falar repentinamente em voz alta a fim de chamar a atenção da criança, retirando-a de sua conduta inadequada. Também quando ela grita, o profissional pode usar o aumento do tom de voz simplesmente para ser escutado. Uma vez obtida a devida atenção, o profissional pode baixar a voz, ajustando-a à da criança (Ripa, 1983). O controle de voz geralmente é usado junto com a expressão facial.

*- Voltar ao degrau inicial com mais firmeza*

Significa demonstrar com firmeza à criança a presença da autoridade profissional, usando, por exemplo, a seguinte frase: -"Seus pais sabem que você precisa deste tratamento e me escolheram para tratar de você".

*- Rejeitar o comportamento inaceitável*

Significa explicar claramente à criança como você profissional se sente em relação ao seu comportamento negativo: -"Seu comportamento pode me deixar triste, e eu gosto de me sentir feliz para deixar seu dente também feliz!" Algumas vezes também é oportuno o profissional chamar a si uma autoridade maior do que aquela que a criança vivencia em casa: -"Mesmo que em sua casa outras pessoas deixem você se comportar mal, para seu próprio bem, aqui eu não vou deixar você se comportar mal".

## **REFORÇO POSITIVO**

O fato de algumas crianças não terem o tipo de comportamento desejado pelos dentistas fez crescer o uso de estratégias baseadas em teorias de reforço, em que a criança é recompensada pelo dentista pelo seu bom comportamento durante a consulta. O reforço pode ser verbal ou social, isto é, um elogio ou um abraço ao final da sessão, ou até mesmo um pequeno brinde ou brinquedo, a preço acessível. Prêmios simbólicos como diplomas, adesivos, figurinhas, etc. também são usados.

O primeiro passo do Odontopediatra é estabelecer uma comunicação personalizada, por meio de uma atitude natural e amigável. É muito importante reconhecer a criança como ser único, individual usando palavras que tenham significado para ela. Neste ponto, é necessário diferenciar as faixas etárias dos pacientes odontopediátricos. Quando se aborda o pré-adolescente ou o adolescente, o interesse personalizado deve ser demonstrado pela escolha de assuntos apropriados como o resultado do jogo de futebol, ou um comentário sobre a última festa da região. Já a abordagem direcionada à criança mais nova, seria, por exemplo: - "Que lindo seu brinco de coraçãozinho". Tocar no ombro também é uma atitude calorosa, assim como colocar-se no nível dos olhos da criança também pode favorecer o relacionamento. Talvez exista verdade no mito de que a criança que evita o contato ocular não está apta a colaborar completamente com o profissional (Milgrom, 1985a).

O reforço positivo ajuda a desenvolver a confiança no paciente. Isso também faz com que a criança deposite confiança e veja honestidade na pessoa que a elogia. A estratégia pode proporcionar maior liberdade para cada passo ao longo do tratamento (Wright et al., 1983 e Ibid, 1983).

## **DISTRAÇÃO**

A distração é um método muito utilizado para conseguir a colaboração de crianças durante os procedimentos operatórios de longa duração. Considera-se distração a apresentação de filmes, desenhos ou até mesmo a projeção da própria criança sendo atendida, durante o tratamento, por meio de um vídeo cassete e um monitor de vídeo permanentemente suspenso acima da cadeira e visível para a criança durante o tratamento.

Venham et al. (1981), em pesquisas feitas com programas comuns de televisão, afirmam que a visão passiva da televisão é ineficiente quanto à redução de ansiedade em crianças muito novas, durante o tratamento dentário, sugerindo que mais pesquisas são necessárias nesse campo.

Sheridan (1978) pesquisou 134 crianças fazendo uso de fones de ouvido acoplados a um toca-fitas em que o paciente ouvia histórias como "Guerra dos Mundos", vários mistérios de Sherlock Holmes, "Alice no País das Maravilhas", etc., narradas por profissionais competentes (que tornavam a dramatização mais envolvente para as crianças), obteve resultados bastante animadores. As crianças ficaram tão absorvidas pelas histórias que não mostraram sinais de desconforto durante o tratamento.

Wepman (1978) ressalta o valor da audioanalgesia, ou seja, o uso de fones de ouvido com música, fazendo com que o paciente desvie sua atenção de procedimentos mais dolorosos e, com isso, aumente sua tolerância ao desconforto e à dor.

Ingerssol (1984) descreve o uso da televisão ou de videotapes como uma solução eficiente para reduzir comportamentos não-colaborativos dentro do consultório. A televisão tem o potencial de distrair o paciente durante o

tratamento dentário, sendo uma forma de atenuar a dor e o estresse dentro do ambiente de consulta odontológica. Seus recentes estudos mostram que o uso de videogames para distrair adultos e crianças obteve um grande sucesso quanto à cooperação do paciente.

Muitos estudos na literatura odontológica sobre distração indicam o uso de aparelhos sofisticados como os anteriormente mencionados; entretanto, não é preciso se utilizar de equipamentos específicos e dispendiosos. Quanto mais o profissional souber da criança e do universo infantil, mais elementos terá para distraí-la, diminuindo seu medo e ansiedade durante um procedimento invasivo. Para tanto, pode se valer de métodos simples, provenientes de seu próprio relacionamento com a criança, tais como conversas, histórias, etc.

As pesquisas mostram que a distração pode ser útil em crianças mais jovens logo no começo do tratamento. Isso se baseia em informações de que crianças de dois a sete anos de idade não fixam sua atenção, com frequência, em mais de um aspecto de uma determinada situação ao mesmo tempo. No entanto, o uso da distração tem seus limites. Se o dentista usar a distração antes de um procedimento agressivo, a criança poderá fazer associação dessa modalidade de relação a tais tipos de procedimentos e interpretará a atitude do profissional como sendo uma nova intervenção traumatizante, reagindo com medo e insegurança, não se obtendo conduta cooperativa.

Venham et al. (1981) e Ingersoll et al. (1984) concluíram que a Distração, mediante condições de princípios de Reforçamento Positivo, podem ser mais efetivos que uma formato não contingente utilizando estímulos visuais. A evidência é menos clara, no entanto, utilizando estímulos auditivos (Aitken, 2002 e Parkin, 1981).

Allen et al. (1988b), que testaram a eficácia da técnica de distração, durante o atendimento odontológico de quatro crianças não-colaboradoras. Os resultados mostraram que, após as visitas sucessivas, houve um crescente aumento nos níveis de não-colaboração. Isto torna clara a necessidade de investigar as relações de contingência, explícitas ou não, da situação de atendimento odontológico e, como decorrência, propor estratégias para diminuir a ansiedade e promover a manutenção dos comportamentos colaboradores até o término do tratamento.

## **FUGA CONTINGENTE**

A fuga contingente consiste em interromper o tratamento por um curto intervalo de tempo, somente após manifestações de colaboração no intuito de permitir que a criança descanse. Em uma série de pesquisas, a contingência demonstrou resultados positivos em relação à redução de comportamentos não colaborativos de crianças (Allen & Stokes, 1987; Allen, Stark, Rigney, Nash & Stokes, 1988b; Allen, Loiben, Allen & Stanley, 1992a).

A fuga contingente requer esforço contínuo do cirurgião-dentista, que necessita monitorar o comportamento da criança e saber julgar quando permitir o descanso (O' Callaghan et al., 2006).

## FUGA NÃO CONTINGENTE

Essa estratégia segue os mesmos princípios da Fuga Contingente, porém, na Fuga não contingente é permitido o descanso caso a criança coopere ou não com o tratamento.

O' Callaghan et al., (2006) avaliaram a efetividade de uma intervenção comportamental implementada pelo dentista na qual uma breve fuga do tratamento dental era proporcionada em intervalos regulares de tempo, independentemente do comportamento da criança. O estudo foi delineado em linha de base múltipla, e os sujeitos foram 5 crianças com idades entre 4 a 7 anos. Foram observadas reduções clinicamente significantes no comportamento de não colaboração das 5 crianças com a introdução da fuga não contingente, e o comportamento verbal de não colaboração foi bastante reduzido em 4 das 5 crianças. Além disso, o uso de contenção física pelos profissionais de odontologia foi reduzido a praticamente zero com as 5 crianças.

A fuga não contingente garante maior percepção do resultado, e o fato da estratégia ser baseada no tempo e não na performance do profissional facilita a implantação da estratégia (Hagopian, Fisher & Legacy, 1994; Lalli, Casey & Kates, 1997).

Estudos prévios demonstraram que a estratégia pode produzir significantes mudanças de comportamento durante o tratamento odontológico. E também grande facilidade de implantação. Não são necessários mais do que alguns minutos para explicar a estratégia para o cirurgião-dentista, sendo observados altos níveis de integridade nos tratamentos (Allen et al., 1988b, 1992a; Allen & Stokes, 1987; Stark et al., 1989; Stokes & Kennedy, 1980).

## MODELAGEM

A modelagem é uma estratégia utilizada para produzir um comportamento que a criança ainda não executa, procurando aumentar sua frequência por meio do reforçamento positivo.

Para isso, deve-se iniciar reforçando um comportamento, cuja frequência seja maior do que zero (por exemplo, rabiscar um papel) e que se assemelhe, ao comportamento final desejado (escrever a letra a). Se o comportamento inicial estiver ocorrendo frequentemente, suspende-se o seu reforçamento e espera-se a ocorrência de uma pequena aproximação do comportamento final desejado (rabisco mais parecido com a letra a). Quando este novo comportamento estiver ocorrendo com uma frequência maior, suspende-se o seu reforçamento e espera-se a ocorrência de outra pequena aproximação ao comportamento final. Quando tal aproximação ocorrer, reforça-se este comportamento. Desta maneira, o comportamento final desejado (traçado da letra a) pode ser conseguido reforçando-se aproximações sucessivas do mesmo. Por isso a modelagem também é conhecida como “método de aproximação sucessiva”. Resumindo, essa estratégia desenvolve novos comportamentos, empregando-se o reforçamento a comportamentos que se assemelham cada vez mais ao comportamento final desejado e extinção dos desempenhos já superados, em aproximações precedentes a esse comportamento (Martin & Pear, 1978; Moraes e Pessotti, 1985).

## MODELAÇÃO

Essa estratégia baseia-se na observação da criança à ação de um modelo e o reforçamento a cada bom comportamento. Em seguida, é reforçado para executar a mesma resposta apresentada pelo modelo. Melamed, Hawes, Heiby & Glick (1975) concluíram através de estudos a eficiência da modelação. Realizaram estudos com crianças divididas em grupos, experimental e controle. As crianças do grupo experimental assistiam a um filme no qual outra criança (modelo), submetia-se a um procedimento restaurador com um dentista muito amável que reforçava sua colaboração e ao final de sessão dava-lhe um brinquedo. As crianças dos grupos controle faziam desenhos na mesma sala onde o filme tinha sido exibido, ou viam um filme que mostrava uma outra criança em uma situação não relacionada à Odontologia. O comportamento de todas as crianças foi observado durante sessões subseqüentes de atendimento odontológico e submetido a uma escala de avaliação. Essas sessões incluíam exame radiográfico, profilaxia e restaurações. A freqüência dos comportamentos "perturbadores" dos sujeitos do grupo experimental foi significativamente mais baixa do que a dos sujeitos do grupo controle.

O procedimento para obter a aprendizagem da imitação deve ser realizado com indivíduos que já possuam algum repertório imitativo prévio e envolve os seguintes aspectos: a semelhança entre o comportamento do imitador e o do modelo – não é necessário que as condutas sejam idênticas, mas deve existir uma clara semelhança entre elas; necessidade de um curto intervalo de tempo entre os comportamentos do modelo e do sujeito para que o comportamento deste seja considerado uma resposta imitativa; a ausência de instruções explícitas para que o sujeito imite; a ausência do reforçamento e

outros procedimentos complementares para levar o indivíduo a adquirir uma nova conduta (Moraes e Pessotti, 1985).

## **DESSENSIBILIZAÇÃO**

Esta estratégia consiste em colocar o paciente num estado de relaxamento e respiração profunda, expondo-o gradualmente a estímulos odontológicos que lhe causem medo ou ansiedade. Com o paciente em estado de relaxamento, pede-se que ele imagine um estímulo provocador de ansiedade, em uma ordem gradativa, dos aspectos menos aos mais assustadores (Klatchoian, 2002).

Weinstein e Nathan (1988) relatam ter obtido bons resultados com o uso dessa estratégia em crianças mais velhas, mesmo tendo alguns problemas com a metodologia relativos ao uso do relaxamento como tratamento da ansiedade em crianças, há evidências de que elas conseguem um bom relaxamento muscular. Pode-se ensiná-las a exalar o ar bem devagar, contando alto até cinco ou seis, imaginando que o corpo é um pneu furado e que está murcho; então, pede-se que vá inalando bem devagar, emitindo um som sibilante, "ssh...", de forma a provocar uma sensação de realismo, a imagem a auxiliar o controle da respiração. Também pode-se induzir a criança a um estado de relaxamento com o uso de frases em linguagem de fácil compreensão, como: "deixe o rostinho mole...deixe a boca mole...respire fundo e devagar...deixe a barriga mole...deixe as pernas moles...", etc.

A dessensibilização é frequentemente acompanhada pelo uso de imagens guiadas. A estratégia do uso de imagens guiadas tem muito em comum com a hipnose e pode ser empregada em consultórios odontológicos.

## **ABORDAGEM FÍSICA**

A abordagem física varia desde segurar delicadamente a mão da criança durante a anestesia até o controle completo feito por um pacote pediátrico. Torna-se imperativo explicar aos pais a necessidade do uso de técnicas de contenção tão logo o problema venha a se expressar (Klatchoian, 2002). Esta explicação deve ser dada de forma positiva, dizendo que a criança com comportamento descontrolado é bem vinda e que seu medo e ansiedade são compreensíveis. Esta forma de acolhimento da criança difícil possui enorme poder de diminuir a ansiedade dos pais no ambiente clínico (Noronha, 2002).

Entretanto, antes de implementar uma abordagem física ou farmacológica, o profissional deve checar, segundo Mejäre, Friis-Haschè & Host (1992), os seguintes itens:

- É possível mudar o plano de tratamento?
- Quais idéias os pais podem sugerir?
- Existem outros problemas afligindo a criança?
- Existem distúrbios emocionais graves ou outras razões para justificar esta reação ao atendimento odontológico?
- O acompanhante da criança pode ser mudado?
- O profissional pode ser mudado?

Duas estratégias listadas pela Academia Americana de Odontologia Pediátrica estão disponíveis para utilização nesta etapa denominada de abordagem física: a contenção física e a mão-sobre-boca.

### **CONTENÇÃO FÍSICA**

Significa imobilização parcial ou completa do corpo do paciente. Seu objetivo é reduzir ou eliminar movimentos descontrolados, proteger a criança e a equipe odontológica de eventuais injúrias e facilitar os procedimentos do cuidado profissional. Para Corrêa & Maia (1998), os profissionais podem pedir aos pais que segurem a criança, e, em último caso, ao pessoal auxiliar que deve ser cuidadosamente instruído nesta função.

Existem sistemas de contenção física ou imobilização como os envoltórios de pano que naturalmente exigem autorização prévia para o uso. Esta estratégia está indicada para pacientes que não podem cooperar em virtude de sua imaturidade, sua limitação física ou mental, quando ocorrerem falhas na aplicação de outras técnicas, e quando a segurança do paciente ou do profissional esteja sendo colocada em risco. Está contra-indicada para pacientes cooperativos e aqueles que têm condições sistêmicas que desaconselham a contenção (Pinkham, 1994b).

### **MÃO-SOBRE-BOCA**

Significa colocar a mão sobre a boca da criança enquanto se explica a ela as expectativas quanto ao seu comportamento. A mão é removida quando

aparece o comportamento apropriado e o profissional logo faz esforço positivo desta atitude. Uma reaplicação imediata pode ser necessária. Os objetivos desta estratégia são:

- Obter a atenção da criança para estabelecer a comunicação;
- Eliminar comportamentos de fuga e esquiva inapropriados;
- Aumentar a autoconfiança da criança em cooperar com o tratamento;
- Garantir a segurança da criança durante a aplicação dos cuidados odontológicos.

Está indicada para crianças saudáveis, capazes de entender e cooperar, mas que elegem um atitude ruidosa, de desafio e de esquiva comportamental histórica. Está contra-indicada em crianças incapazes de entender as razões dos procedimentos odontológicos devido à idade, à incapacidade mental, a medicamentos e à imaturidade emocional (Pinkham,1994b).

É muito importante destacar que esta estratégia possui várias restrições, pois só deve ser usada por clínicos experientes e ainda assim em situações especiais (Guedes-Pinto & Côrrea, 1993a). A mão-sobre-boca e outras contenções severas não deveriam ser usadas na prática odontopediátrica exceto durante uma urgência. Estratégias de recursos extremos como esta geralmente não são empregadas sem emoção, especialmente quando o profissional está frustrado e raivoso. Deve-se ressaltar que a mão-sobre-boca é frequentemente usada de forma prematura, porque as crianças não exibem comportamentos inadequados na cadeira sem avisos que possam ser captados por profissionais mais atentos. Na verdade, elas deixam transparecer inúmeros sinais de medo e preocupação. Em muitos casos, o profissional não dá tempo

para que seja possível iniciar um esquema de reforço de comportamentos positivos antes de utilizar mão-sobre-boca (Milgrom, 1985).

Lenchner e Wright consideram que a estratégia ajustada às leis do ensino teórico, como considerava-se em 1975, como atos mal adaptados (luta, chutes e gritos), estão ligados a contenção, enquanto comportamento cooperativo traz a remoção da contenção e o uso com reforço positivo.

Já Levy e Domoto (1979) consideram esta estratégia como uma forma de punição. Craig (1971) e Davis e Rombom (1979) têm uma posição oposta. Davis e Rombom defendem que o uso correto da estratégia aversiva pode ser adaptada para que o paciente aceite o tratamento.

Davis e Rombom, numa pesquisa em 1979 de diretores educacionais de programas avançados em Odontopediatria, relataram uma ampla aceitação da estratégia mão-sobre-boca, mas menor aceitação de variação da estratégia (mão-sobre-boca com restrição das vias aéreas).

Subsequentemente à pesquisa de Davis e Rombom, considerável atenção foi direcionada para o uso de estratégias restritivas, incluindo mão-sobre-boca e mão-sobre-boca com restrição de vias aéreas. Embora o uso muito difundido de tais estratégias dentro de programas educacionais foi interpretado como reflexo da aceitação profissional, tais padrões profissionais foram questionados como conflitos potenciais com os padrões da comunidade, direitos individuais e expectativas (Bowers, 1982). O maior conflito entre o profissional e os padrões da comunidade tem sido expressado em casos em que processos legais ou criminais foram iniciados em cima de técnicas restritivas, como mão-sobre-boca (Schuman, 1987).

Estudos avaliaram a aceitação dos pais em várias estratégias de comportamento indicando que a aceitação poderia ser modificada por meio de informações apropriadas considerando o uso de tais técnicas (Lawrence et al., 1991; Havelka et al., 1992).

## **CONSENTIMENTO**

Para que o dentista possa utilizar qualquer tipo de abordagem física, ele precisa obter o consentimento específico dos pais ou do responsável pela criança.

O consentimento permite que os pais tenham responsabilidade pelas ações de seus filhos pelas circunstâncias indicativas sobre as quais os dentistas não estão aptos para proporcionar o cuidado necessário com segurança a menos que intervenções com estratégias ou medicações seguras sejam empregadas (Donald & Bross, 2004).

O planejamento do tratamento requer a tomada de importantes decisões, que devem envolver os pais e até mesmo a criança. A relação entre os riscos e benefícios e as opções de tratamento devem ser avaliadas e discutidas com os pais (American Academy of Pediatric Dentistry, 1991-1992).

Muitos pais não conhecem as estratégias de manejo comportamental, sendo função do dentista explicá-las detalhadamente, tirar as dúvidas e obter o consentimento antes de sua utilização (Maia et al., 1996).

## DISCUSSÃO

A necessidade de adoção de estratégias de manejo de comportamento com o intuito de diminuir comportamentos não-cooperativos durante o tratamento odontológico constitui um tema atual de pesquisa. Foram encontrados neste levantamento bibliográfico 71 artigos sobre manejo do comportamento em tratamento odontológico, sendo a maioria, 65 artigos (91,6%) escritos em inglês, 3 (4,2%) em português, e 3 (4,2%) em espanhol.

Os artigos existentes na literatura abordam diferentes aspectos do manejo do comportamento na situação de tratamento odontológico:

- Descrição das estratégias de manejo existentes, em artigos de revisão de literatura (Weinstein, 1978; Bowers, 1982; Ibid, 1983; Wright et al., 1983; Holst & Crossner, 1984; Tollendal, 1985; Harrison & Feigal, 1989; Pinkham, 1990d; Braham et al., 1994; Burke & Freeman, 1994; Pinkham, 1995c; Maia et al., 1996; Murtomaa et al 1996; Queirolo & Picasso, 1996; Corrêa & Maia, 1998; Kendrick, 1999; Tsubouchi, 1999; Pinkham, 2000a; Singh, 2000; Reference Manual 2001-2002; Sarnat et al., 2001; Corrêa et al., 2002b; Gallegos et al., 2002; Oliveira et al, 2003; Wilson & Cody, 2005);
- Atitudes dos pais com relação à aceitabilidade das diferentes estratégias de manejo do comportamento (Lawrence et al., 1991; Peretz & Zadik, 1999a; Crossley & Joshi, 2002; Eaton et al. 2005);
- Quais estratégias são mais frequentemente ensinadas e utilizadas em programas de ensino em Odontopediatria (Davis & Rombom, 1979; Acs et al., 1990b; Belanger & Tilliss, 1993; McKnight et al.,

- 1993; Acs et al., 2001a; Adair et al. 2004a; Adair et al., 2004b; Adair et al., 2004c);
- Pesquisas sobre a eficácia de uma estratégia específica ou uma combinação de estratégias (Craig, 1971; Levy & Domoto, 1979; Allard & Stokes, 1980; Parkin, 1981; Venham et al., 1981; Ingersoll et al. 1984; Allen & Stokes, 1987; Allen et al, 1988; Allen et al., 1992a; Hagopian et al., 1994; Lalli et al., 1997; Kaakko et al., 1999; Samat et al., 2001; Aitken et al., 2002; Possobon et al., 2003; O'Callaghan et al. 2006);
  - Vantagens e desvantagens da presença dos pais na sala de atendimento odontológico (Kamp, 1992; Faraco Jr et al., 1994; Koch et al., 1995; Peretz e Zadik, 1998b; Tostes et al., 1998; Tollara et al., 1999; American Academy of Pediatric Dentistry, 2001-2002; Crossley & Joshi, 2002; Casamassimo, 2003);
  - Textos de opinião (Schuman, 1987; Havelka, 1992; Christiano & Russ, 1998; Siegel, 1998; Novello, 2001; Bross, 2004; McTigue, 2004).

Com relação à metodologia empregada para o estudo dos diferentes aspectos abordados, observa-se grande diversidade.

Artigos que avaliam atitudes dos pais com relação à aceitabilidade das diferentes estratégias de manejo do comportamento utilizam questionário com escala de Likert (Crossley & Joshi, 2002), vídeo das estratégias mostrados aos pais e escala visual análoga para verificar a preferência dos pais com relação às estratégias (Lawrence et al., 1991; Eaton et al., 2005); ou apenas questionário (Peretz & Zadik, 1999a).

As revisões de literatura encontradas são do tipo não-sistemáticas, ou seja, os artigos foram selecionados para as revisões de forma aleatória, sem considerar a qualidade científica das referências citadas.

Pesquisas sobre quais estratégias são mais frequentemente ensinadas e utilizadas em programas de ensino em Odontopediatria (Acs et al., 1990b; Belanger & Tilliss, 1993; McKnight et al., 1993; Acs et al., 2001a; Adair et al. 2004a; Adair et al., 2004b; Adair et al., 2004c) foram realizadas por meio de questionários, enviados por e-mail ou por carta.

Um trabalho sobre contenção física utilizou como metodologia o estudo retrospectivo por meio de análise de prontuários (Dias et al., 2001).

Segundo Wilson e Cody (2005) houve um pico de publicações de casos clínicos e revisões sobre manejo na década de 80, os artigos de opinião se mantiveram estáveis com relação ao número de publicações ao longo dos anos, e houve um aumento na freqüência de publicações de pesquisas científicas sobre o tema.

Ainda assim, observa-se na literatura existente, uma proporção relativamente pequena de artigos relacionados a pesquisa de estratégias específicas, sua eficiência e conseqüências quando usadas. De modo geral, o que existe são descrições de estratégias de manejo do comportamento, e pouca informação baseada em evidências científicas está disponível no que diz respeito à efetividade, eficiência e conseqüências do uso destas estratégias.

A presença do acompanhante na sala de atendimento tem sido discutida, porém este assunto não foi estudado com delineamento de pesquisa adequado (randomizado, com grupo controle, controle de variáveis). Os estudos encontrados são em sua maioria especulativos.

Percebe-se também a ausência de estudos que avaliem o impacto e as conseqüências do uso de estratégias como contenção física e mão-sobre-boca, a curto e longo prazo, para os pacientes.

Entre as pesquisas científicas disponíveis, observa-se o baixo número de sessões experimentais realizadas (Johnson e Machen, 1973; Melamed et al., 1975a; Allen et al., 1988b). Com isso, não é possível a verificação das mudanças comportamentais que ocorrem com as crianças ao longo do tempo. Em vários trabalhos (Allen & Stokes, 1987; Stark et al., 1989; Allen et al., 1992a; Possobon et al., 2003; O'Callaghan et al. 2006) não foram consideradas as diferenças decorrentes da fase de desenvolvimento infantil (Biasoli-Alves, 1992). As crianças participantes apresentavam idades variadas, levando a resultados inconclusivos e imprecisos. Para que isso não ocorra, as amostras deveriam ser constituídas por um número maior de participantes ou incluir um maior número de sessões experimentais.

Os estudos não descrevem com clareza a relação funcional entre os comportamentos do dentista e da criança, ou entre o ambiente de cuidados disponibilizado no consultório de Odontologia e os comportamentos da criança exposta ao tratamento.

## CONCLUSÃO

O manejo de comportamento infantil objetiva estabelecer uma relação de confiança entre o paciente e profissional, permitindo o tratamento odontológico de forma adequada.

A estratégia efetiva durante o tratamento odontopediátrico depende da habilidade de comunicação do dentista com os pais, a criança e a equipe. Poucos profissionais têm consciência de como comunicar-se e os pacientes estão extremamente atentos a isso.

É importante que o odontopediatra conheça, compreenda e domine as estratégias de manejo de comportamento infantil, cuja eficácia é comprovada por estudos científicos e que quando associadas à sensibilidade inerente ao profissional, possibilitam estabelecer o controle comportamental adequado e o sucesso do tratamento odontológico.

Recomenda-se que se utilize uma combinação de estratégias adequadas para cada caso, tanto em situações de cooperação como de não-cooperação do paciente.

As estratégias de manejo de comportamento só se tornam facilitadoras por meio do correto planejamento do uso, do momento em que são utilizadas, do preparo do profissional para manejá-las e a qualidade da interação que se estabelece entre o profissional e o paciente.

Há necessidade da realização de pesquisas em condições cuidadosamente controladas, avaliando relações funcionais entre variáveis, para possibilitar o planejamento de estratégias mais eficientes, diminuindo o estresse do dentista e o medo e ansiedade dos pacientes e seus responsáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACS, G.; HERSCH, G.; TESTEN, R.D.; NG, M.W. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. *Pediatric Dentistry*, 23(4): 301-306, 2001a.

ACS, G.; MUSSON, C.W.; BURKE, M.J. Current teaching of restraint and sedation in pediatric dentistry: a survey of program directors. *Pediatric Dentistry*, 12(6): 364-367, 1990b.

ADAIR, S.M.; WALLER, J.L.; SCHAFER, T.E.; ROCKMAN, R.A. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatric Dentistry*, 26(2): 159-166, 2004a.

ADAIR, S.M.; SCHAFER, T.E.; ROCKMAN, R.A.; WALLER, J.L. Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. *Pediatric Dentistry*, 26(12): 143-150, 2004b.

ADAIR, S.M.; ROCKMAN, R.A.; SCHAFER, T.E.; WALLER, J.L. Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatric Dentistry*, 26(2): 151-158, 2004c.

ADDELSTON, H. K. Child patient training. *Fortnightly Review of de Chicago Dental Society*, Chicago, 38(2):7-9, 27-30, July, 1959.

AITKEN, J.C.; WILSON, S.; COURY, D.; MOURSI, A.M. The effect os music distraction on pain, anxiety, and behavior in pediatric dental patients. *Pediatric Dentistry*; 24:114-118, 2002.

ALLARD, G.B.; STOKES, T.F. Continuous observation: a detailed record of children's behavior during dental treatment. *Journal of dentistry for children*, 246-250, jul-aug, 1980.

ALLEN, K.D.; LOIBEN, T.; ALLEN, S.J.; STANLEY, R.T. Dentist-implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25(3): 629-636, 1992a.

ALLEN, K.D.; STARK, L.J.; RIGNEY, B.A.; NASH, D.; STOKES, T.F. Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 55: 273-277, 1988b.

ALLEN, K.D.; STOKES, T.F. Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(4): 381-390, 1987.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Clinical Guideline on Behavior Management. *Reference Manual*. 2001-2002.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guidelines fo behavior management. *AAPD Reference Manual*, 1991-1992.

BELANGER, G.K.; TILLISS, T.S. Behavior management techniques in predoctoral and postdoctoral pediatric dentistry programs. *Journal of dental education*, 57(3): 232-238, 1993.

BIASOLI-ALVES, Z.M.N. Discutindo o desenvolvimento infantil e dos adolescentes. *Apostila. Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto*, 1992

BOWERS, L.T. The legality of using hand-over-mouth exercise for management of child behavior. *J Dent Clin* 49(4): 257-264, 1982.

BRAHAM, R.L.; TSUCHIYA, T.; KURORU, K.; FUKUTA, O. Physical restraint, child abuse, informed consent: sociolegal concerns for the nineties. *Journal of dentistry for children*, may, jun, 169-174, 1994.

BROSS, D.C. Managing pediatric dental patients: issues raised by the law and changing views proper child care. *Pediatric Dentistry*, 26(2): 125-130, 2004.

BURKE, F.J.T.; FREEMAN, R. Psychological aspects of patient management in dental practice. *Dental update*, may, 148-151, 1994.

CASAMASSIMO, P.S. The 2003 Behavior Management Conference – What's at stake?. *Pediatric Dentistry*, 25(5): 423-424, 2003.

CHOATE, B.B. Current trends in behavior management techniques as they relate to new standards concerning informed consent. *Pediatric Dentistry*, 12(2): 83-6, April/May, 1990.

CHRISTIANO, B.; RUSS, S.W. Response: developing preparatory interventions for use in pediatric settings. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(1): 31-32, 1998.

CORRÊA MSNP, ZARDETTO CGDC, RAMIRES-ROMITO ACD. Gerenciamento comportamental em Odontopediatria por meio de estratégias não-farmacológicas. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Santos; Cap. 9, p. 89-106, 2002a.

CORRÊA MSNP, GHERSEL ELA, TELES, GS. A importância da imposição de limites no tratamento odontopediátrico. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Santos; Cap.22, p.227-35, 2002a.

CORRÊA MSNP, SANT'ANNA GR, GUARÉ RO. A comunicação na interação de saúde bucal e o paciente odontopediátrico. In: Corrêa MSNP. *Sucesso no atendimento odontopediátrico. Aspectos psicológicos*. São Paulo: Santos; Cap.11, p.115-28, 2002a.

CORRÊA, M.S.N.P., LEBER, P.M., RAMOS, D.L. Uma reflexão acerca de aspectos psicológicos e éticos no tratamento odontológico de pacientes

infantis. In: Corrêa M.S.N.P. *Sucesso no atendimento odontopediátrico – aspectos psicológicos*. São Paulo: Santos, p. 221-225, 2002b.

CORRÊA MSNP, BONECKER M, BERGAMASCO GN, CORRÊA FNP. Tratamento integral do bebê: abordagem curativa. In: Cardoso RJA, Gonçalves EAN. *Odontopediatria, ortodontia, ortopedia funcional dos maxilares e pacientes especiais. 21º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo*. São Paulo: Artes Médicas; Cap 6, p. 77-96, 2003c.

CORRÊA, M.S.N.P. & MAIA, M.E.S. Técnicas de abordagem – crianças de 0 a 3 anos de idade. In: CORRÊA M.N.S.P. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, cap. XIV, p. 165-77, 1998.

COSTA JR., A.L. Análise de comportamento de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia. Brasília. *Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília. Brasília/DF, 2001.*

CRAIG, W. Hand over mouth technique. *Journal of Dentistry for Children*, 34:387-389, November-December, 1971.

CROSSLEY, M.L.; JOSHI, G. An investigation of paediatric dentist's attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *British Dental Journal*. 192(9): 517-521, 2002.

DAVIS, M.J. E ROMBOM, H.M. Survey if the utilization and rationale for hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pedodontic education. *Pediatric Dentistry*, 1:87-90, June, 1979.

DIAS, K.M.; LOPES, A.C.O.; SILVA, H.R.; DALGALARRONDO, P.; BOTEGA, N.J. Contenção física: o papel de variáveis étnicas, clínicas e sociodemográficas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 50(9-10): 305-311, 2001.

EATON, J.J.; McTIGUE, D.J.; FIELDS Jr, H.W.; BUCK, E.M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 27(2): 107-113, 2005.

GALLEGOS, L.; MIEGIMOLLE, M.; PIANELLS, P. Manejo de la conducta del paciente maltratado. *Acta Odontológica Venezolana*, 40(3): 315-319, 2002.

GUEDES-PINTO, A.C. & CORRÊA, M.S.N.P. Técnicas psicológicas utilizadas em Odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 4.ed. São Paulo: Santos, cap.16, p.251-264, 1993a.

GUEDES-PINTO, A.C. & CORRÊA, M.S.N.P. Manejo da criança no consultório. In: GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 7.ed. São Paulo: Santos, cap. 14, p. 163-179, 2003b.

FARACO Jr, I.M.; DELBEM, A.C.B.; PERCINOTO, C.A. A influência do acompanhante. *Rev Gaúcha Odontológica*, 42(6): 323-325, 1999.

FESTA, S.A.; FERGUSSON, F.S.; HAUK, M. Behavior management techniques in pediatric dentistry. *The New York State Dental Journal*, 59(2): 35-38, 1993.

HALL, J.A., ROTER, D.L., KATZ, N.R. Task versus socioemotional behaviors in physicians. *Med Care*, 25: 399-412, 1987.

HARRISON, R.L.; FEIGAL, R. J. Challenges and dilemmas in behavior guidance of pediatric dental patient. *Journal*, 55(10): 793-795, 1989.

HAVELKA, C., Mc TIGUE, D., WILSON, S., ODOM, J. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. *Pediatric Dentistry* 14(6):376-381, 1992.

HOLST, A. CROSSNER, C.G. Management of dental behavior problems. A 5-year follow-up. *Swed Dent J*; 8:243-249, 1984.

IBID Chapter 8, pp 87-98, 1983.

INGERSOLL, B.D. et al. Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients. *Journal of Dentistry for Children*, Chicago, 51(3):203-9, May/June, 1984.

INGERSOLL, B.D.; NASH, D.A.; BLOUNT, R.L.; GAMBER, C. Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients. *Pediatric Dentistry*; 6: 203-207, 1984.

JOHNSON, R.; MACHEN, J.B. Behavior modification techniques and maternal anxiety. *Journal of Dentistry for Children*, 51: 272-276, 1973.

KAAKKO, T.; RIEDY, C.A.; NAKAI, Y.; DOMOTO, P.; WEINSTEIN, P.; MILGROM, P., Taking bitewing radiographs in preschoolers using behavior management techniques. *Journal of Dentistry for Children*, 66: 320-324, 1999.

KAMP, A.A. Parents separation during dental care: a survey of parents preference. *Pediatric Dentistry*; 14(1): 231-5, 1992.

KENDRICK, F. Practical tips managing children's behavior. *Journal of dentistry for children*, jul-aug, 258-265, 1999.

KLATCHOIAN, D.A. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Sarvier, 1993.

KLATCHOIAN, D.A. Em busca da participação e colaboração da criança no atendimento odontopediátrico. In: *Klatchoian, D. A. Psicologia Odontopediátrica*, 2ª ed. cap. 17. p.263-285, 2002.

KOCH G.; MORDEÉR, T.; POULSEN, S.; RASMUSSEN, P. *Odontopediatria uma abordagem clínica*. 2ª ed. São Paulo: Santos; 1995.

LAW, A.; LOGAN, H.; BARON, R.S. Desire for control, felt control, and stress inoculation training during dental treatment. *Journal of Personality and Social*

*Psychology*, 67: 926-936, 1994.

LAWRENCE, S.M.; McTIGUE D.J.; WILSON, S.; ODOM, J.G; WAGGONER W.F.; FIELDS, H.W. Parental attitudes toward behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry* 13(3): 151-155, 1991.

LENCHNER, V.; WRIGHT, G.Z. Nonpharmacotherapeutic approaches to behavior management. In Wright, G.Z., editor, *Behavior management in dentistry for children*, Philadelphia: W.B. Saunders Co., pp 103-112, 1975.

LEVY, R.L. E DOMOTO, P.K. Current techniques for behavior management: a survey, *Pediatric Dentistry*, 1:160-164, September 1979.

LOGAN, H. L.; BARON, R.; KEELEY, K. Desired control and felt control as mediators of stress in a dental setting. *Health Psychology*, 10: 352-359, 1991.

MAIA, M.E.S., CORRÊA, M.S.N.P., FAZZI, R. Estratégias de conduta clínica psicológica em odontopediatria. *Revista Brasileira de Odontologia*, 53(2): 2-6, 1996.

Mc DONALD, R.E.; AVERY, D.R. *Odontopediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

McKNIGHT-HANES, C.; MYERS, D.R.; DUSHKU, J.C.; DAVIS H.C. The practice of behavior management techniques by dentists across practitioner type, age and geographic region. *Pediatric Dentistry*, 15(4): 267-271. 1993.

McTIGUE, D.J. Controle do comportamento infantil. In: *Clínicas Odontológicas da América do Norte*; Odontopediatria. São Paulo: Roca, cap. 7, p.91-106, 1985.

McTIGUE, D.J. Behavior management for pediatric dental patient. *Pediatric Dentistry*, 26(2): 110, 2004.

MEJÀRE, I. & FRIIS-HASCHE, HOLST, A. O paciente no tratamento odontológico. In: KOCH, G. et al. *Odontopediatria – uma abordagem clínica*. São Paulo: Santos, cap. 5, p. 65-77, 1992.

MELAMED, B.G.; WEINSTEIN, D.; HAWES. R.; KATIN-BORLAND, M. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. *Journal of American Dental Association*, 90: 822-826, 1975a.

MILGROM, P. et al. *Treating fearful dental patients*. Reston: Reston, 320p., 1985a.

MILGROM, P.; WEINSTEIN, P.; GETZ, T. *Treating fearful dental patients*. Washington: University of Washington in Seattle, 1995b.

MORAES, A. B. A. & PESSOTTI I. *Psicologia aplicada à Odontologia*. 35, 1985.

MORAES, A. B. A. & PESSOTTI I. *Psicologia aplicada à Odontologia*. 36-37, 1985.

MORAES A.B.A. *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. São Paulo: Arbytes, p.61-83, 1999.

MURTOMAA H, MILGROM D, WEINSTEIN P, VUOPIO T. Dentist's perceptions and management of pain experienced by children during treatment: a survey of groups of dentists in the USA and Finland. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*; 6(1): 25-30, 1996.

NORONHA, J. C. Técnicas para adaptação do comportamento da criança à experiência odontológica. In: Klatchoian, D. A. *Psicologia Odontopediátrica*, 2a ed. cap. 18. p. 287-303, 2002.

NOVELLO, A.C. Challenges to pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 23(4): 297-300, 2001.

O' CALLANGHAN, P.M.; ALLEN, K.D.; POWELL, S.; SALAMA, F. *Journal of applied behavior analysis*, 39(2): 161-171, 2006.

OLIVEIRA, L.B.; SANGLARD-PEIXOTO, L.F.; CORRÊA, F.N.P.; ZARDETTO, C.G.C.; CORRÊA, M.S.N.P. *Jornal Brasileiro Odontologia – Psicologia Odontológica Pacientes Especiais*, 1(6): 516-521, 2003.

PAGNONCELLI, S.D. Manejo da criança de três anos de idade. *Revista Odonto Ciência*, n.17, p. 135-145, 1994.

PARKIN SF. The effect of ambient music upon the reactions of children undergoing dental treatment. *J Dent Clin*; 48: 430-32, 1981.

PERETZ, B.; ZADIK, D. Parent's attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. *American Academy of Pediatric Dentistry*. 21(3): 201-204, 1999a.

PERETZ, B.; ZADIK, D. Parent's view of their presence in the dental operatory with their children [abstract 1578]. In: 76a *International Association for Dental Research*. *J Dent Res* 77:829, 1998b.

PIEDALUE, R.J. & MILNES, A. Nonpharmacological techniques help practitioners manage young patients. *Journal of Massachusetts Dentistry Society*, 43(1), 247-251, 1994.

PINKHAM JR., Behavior management of children in the dental office. *Dental Clin North Am*; 44(3): 471-86, 2000a.

PINKHAM, J.R. *Pediatric Dentistry: infancy through adolescence*. 2.ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 647p., 1994b.

PINKHAM, J.R. Personality development: managing behavior of the cooperative preschool child. *Dental Clinics of North America*, 39(4): 771-787, 1995c.

PINKHAM, J.R. Behavioral themes in dentistry for children. *Journal of Dentistry for Children*, jan-feb, 38-45, 1990d.

POSSOBON, R.F.; MORAES, A.B.A.; COSTA JR., A.L.; AMBROSANO, G.M.B. Psicologia teoria e pesquisa, Brasília, jan-abr, 19(1), 2003.

QUEIROLO, F.A.; PICASSO, M.T. Técnicas de manejo del niño durante su atención dental. *Al Día Pediatría*, 12(2): 95-98, 1996.

RAMOS, D.L.P. A bioética e a obtenção de consentimento para intervenções odontopediátricas. In: KLATCHOIAN, D.A. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo. Sarvier. Cap. 3, p. 29-35, 1993.

RIPA, L.W. Manejo de las conductas interruptivas de los niños. In: RIPA, L.W. & BARENIE, J.T. *Manejo de la conducta odontológica del niño*. Argentina: Mundi, cap. 6, p. 77-93, 1984.

REFERENCE MANUAL 2001-2002. Clinical guideline on behavior management. *Pediatric Dentistry*, 41-45

RIPA, L.R., BARENIE, J.A. Management of dental behavior in children. Littleton: PSG, 1979.

SARNAT, H.; ARAD, P.; HANAUER, D.; SHOHAMI, E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatric Dentistry*, 23(4): 337-42, 2001.

SCHUMAN, N.J. Child abuse and the dental practitioner: discussion and case reports. *Quintessence International*, 18(9): 619-622, 1987.

SHERIDAN, J.J. Patient distraction and clinical efficiency, *Journal of Clinical Orthodontics*, Boulder, 12(10): 723-26, Oct., 1978.

SIEGEL, L.J. Commentary: evaluating the effective components of interventions to prevent children's distress in health care settings. *Journal of pediatric psychology*, 23(1): 29-30, 1998.

SINGH KA, MORAES ABA, BOVIAMBROSANO GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesquisa Odontologia Brasileira*; 14(2):131-6, 2000.

STARK, L.J.; ALLEN, K.D.; HURST, M., NASH, D.A.; RIGNEY, B.; STOKES, T.F. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22: 297-307, 1989.

- SZASZ, T.S. & HOLLENDER, M.H. A contribution to the philosophy of medicine – the base models of doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine*. Chicago, 97: 585-92, 1956.
- TOLLARA, M.N. et al. Comportamento materno frente ao tratamento odontológico na primeira infância em ambientes de trabalho distintos – público e privados. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2(10): 429-31, 1999.
- TOLLENDAL ME. Reflexões psicológicas em Odontopediatria. 2ªed. São Paulo: Artes Médicas;172p., 1985.
- TOSTES, M.; GOMES, A.M.M.; CORRÊA, M.S.N.P. Separação materna durante o atendimento infantil. *Revista Associação Paulista Cirurgião Dentista*, 52(4): 302-305, 1998.
- TSUBOUCHI, J.; NAKAI, Y.; SHIMONI, T. The association of dental anxiety and dental health in Japanese children. *Pediatric Dentistry*; 9(1): 19-23, 1999.
- VENHAM, L.L. et al. Effectiveness of a distraction technique in managing young dental patients. *Pediatric dentistry*. Chicago, 3(1): 7-11, Mar., 1981.
- VENHAM, L.; GOLDSTEIN, M.; GAULIN-KREMER, E.; PETEROSK; COHAN, J., FAIRBANKS, J. Effectiveness of a distraction technique in managing young dental patients. *Pediatric Dentistry*; 3:7-11, 1981.
- WEPMAN, B.J. Psychological components of pain perception. *Dental Clinics of North America*. Philadelphia, 22(1):101-13, Jan., 1978.
- WEINSTEIN, P. et al. The effects of dentists' behavior on fear-related behaviors in children. *Journal of American Dental Association*. Washington, 104(1): 32-38, Jan., 1982.
- WEINSTEIN, P. et al. Dentists' responses to fear – and non fear – related behavior in children. *Journal of American Dental Association*, Washington, 104(1): 38-40, Jan., 1982.
- WEINSTEIN P, GETZ T, RATENER P, DOMOTO P. The effect of dentists behavior on fear. Related behaviors in children. *J Am Dent Assoc*; 104(1): 32-8, 1982.
- WEINSTEIN, P. & NATHAN, J.E. The challenge of fearful and phobic children, *Dental Clinics of North America*. Philadelphia, 32(4): 667-92, Oct., 1988.
- WILSON, S.; CODY, W.E. An analysis of behavior management papers published in the pediatric dental literature. *Pediatric Dentistry*, 27(4), 331-338, 2005.
- WRIGHT, G.Z., STARKEY, P.E., Gardner, D.E. Managing children's behavior in the dental office. St. Louis: C.V. Mosby Company. Chapter 14, pp167-184, 1983.