

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

ANGÉLICA RIBEIRO DA SILVA

**TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DE
COMPORTAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA**

BAURU
2018

ANGÉLICA RIBEIRO DA SILVA

**TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DE
COMPORTAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em odontologia sob orientação da Prof.^a Dra. Sara Nader Marta, e co-orientação da M.^a Débora de Melo Trize.

Bauru
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com
ISBD

S5861t	Silva, Angelica Ribeiro da Técnicas de gerenciamento de comportamento: revisão de literatura / Angelica Ribeiro da Silva. -- 2018. 36f. : il. Orientadora: Prof. ^a Dr. ^a . Sara Nader Marta. Coorientadora: Prof. ^a M ^a Débora de Melo Trize. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade do Sagrado Coração - Bauru - SP 1. Odontopediatria. 2. Psicologia da criança. 3. Controle comportamental. I. Marta, Sara Nader. II. Trize, Débora de Melo. III. Título.
--------	---

ANGÉLICA RIBEIRO DA SILVA

TÉCNICAS DE GERENCIAMENTO DE COMPORTAMENTO: REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em odontologia sob orientação da Prof.^a Dra. Sara Nader Marta, e co-orientação da M^a Débora de Melo Trize.

Banca examinadora:

Prof.^a Dra. Sara Nader Marta
Universidade do Sagrado Coração
ORIENTADORA

Prof.^o Dr. Fabiano Jeremias
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dra. Joselene Martinelli Yamashita
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 27 de novembro de 2018.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que foi minha maior força nos momentos de angústia e desespero. Sem ele, nada disso seria possível. Obrigada, senhor, por colocar esperança, amor e fé no meu coração, e por me dar força e energia para realizar o sonho de concluir a faculdade.

Agradeço a minha mãe Cleusa Lúcio Ribeiro da Silva e ao meu pai Paulo Aparecido da Silva que não mediram esforços para me oferecerem uma educação de qualidade, por sempre acreditarem em mim e por todas as palavras de incentivo. Ao meu irmão Rafael que sempre me ajudou a descontraír nos momentos de estresse.

As minhas tias Vera, Cidinha, Renata e Zenaide que sempre se fizeram presente durante a minha faculdade e sempre me ajudaram com tudo o que precisei.

Agradeço em especial a minha orientadora Prof^a Dra. Sara Nader Marta e a minha coorientadora Prof.^a M^a Débora de Melo Trize por toda ajuda, paciência e por todos os ensinamentos que me passaram durante o TCC.

RESUMO

O comportamento do paciente infantil é de considerável importância para o atendimento do mesmo no consultório odontológico. Sabe-se que o odontopediatra deverá ter uma certa habilidade em manejá-lo, ser conhecedor do desenvolvimento psicológico da criança e empregar corretamente as técnicas de manejo comportamental indicadas para cada situação. O objetivo deste trabalho foi, por meio de uma revisão da literatura, descrever e discutir as principais técnicas para controle de comportamento, destacando as técnicas: controle pela voz, falar-mostrar-fazer, e mão sobre a boca. A literatura foi pesquisada através dos bancos de dados da Medline, Biblioteca Cochrane, Embase, Pubmed, Scielo e da Internet. Os critérios de inclusão foram: estudos escritos em inglês e português, e publicados entre 2000 e 2018, que se encaixavam nos descritores selecionados para busca.

Palavras-chave: Odontopediatria. Psicologia da criança. Controle comportamental.

ABSTRACT

The behavior of the infantile patient is of considerable importance for the attendance of the same in the dental office. It is known that the pediatric dentist should have a certain ability to manage it, be aware of the child's psychological development and correctly use the behavioral management techniques indicated for each situation. The objective of this work was, through a literature review, to describe and discuss the main techniques for behavior control, highlighting the techniques: voice control, talk-show-do, and hand over mouth. The literature was searched through the databases of Medline, Cochrane Library, Embase, Pubmed, Scielo and the Internet. Inclusion criteria were: studies written in English and Portuguese, and published between 2000 and 2018, which fit the descriptors selected for search.

Keywords: Pediatric dentistry. Child psychology. Behavior control.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REVISÃO DE LITERATURA	9
2.1	COMUNICAÇÃO E ORIENTAÇÃO COMUNICATIVA	9
2.1.1	Imagens positivas pré-consulta	11
2.1.2	Observação direta	11
2.1.3	Falar-mostrar-fazer	11
2.1.4	Perguntar-falar-perguntar	12
2.1.5	Controle de voz	12
2.1.6	Comunicação não verbal	12
2.1.7	Reforço positivo e elogio descritivo	13
2.1.8	Distração	14
2.1.9	Reestruturação de memória	15
2.2	PRESENÇA/ AUSÊNCIA PARENTAL.....	15
2.3	TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO PARA PAIS (E PACIENTES ADEQUADOS À IDADE).....	16
2.4	TÉCNICA DA MÃO-SOBRE BOCA.....	17
3	OBJETIVOS	19
4	MATERIAL E MÉTODO	20
5	RESULTADOS	21
6	DISCUSSÃO	28
7	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A maior diferença entre o tratamento odontológico entre adultos e crianças, é o relacionamento. Ao tratar o adulto o cirurgião dentista só se comunica com o paciente, já com o paciente infantil a relação é entre o profissional, a criança e os pais ou responsáveis pela mesma (SANDRINI, 1995). O principal fator para o sucesso do tratamento na odontopediatria é a cooperação do paciente. Para isso precisamos da ajuda dos pais para a preparação prévia ao tratamento além da habilidade do cirurgião dentista e sua equipe em controlar o comportamento da criança (PENIDO, 1987).

O paciente infantil usa a falta de cooperação como recurso para evitar a dor ou uma sensação desagradável, que teme sentir durante o tratamento odontológico (RIBBLE, 1975). Muitos profissionais usam como terapia para o comportamento inadequado ou falta de colaboração da criança a sedação profunda; mas com o passar do tempo vem sendo deixada de lado o uso de drogas pesadas e colocado em prática a ajuda dos pais na decisão do tratamento (AZEVEDO, 2006).

O medo ao dentista persiste, a despeito do decréscimo da incidência de doença cárie resultante das medidas preventivas e de melhorias no controle da dor. A aversão ao tratamento odontológico por parte dos pacientes odontopediátricos é uma realidade da qual não se pode fugir (AZEVEDO, 2006). Métodos preventivos, o condicionamento gradativo e técnicas de controle do comportamento no consultório odontológico possibilitam a reversão de uma grande parte dessa aversão (COSTA JÚNIOR, 2002). Contudo, uma parcela da população infantil ainda permanece à margem dos cuidados odontológicos pela não capacitação dos profissionais diante da resistência ao tratamento (AZEVEDO, 2006).

As técnicas de controle do comportamento têm como objetivo, manter uma boa comunicação com a criança, orientar o paciente a cooperar com o tratamento odontológico e construir uma relação confiável (RIBBLE, 1975). Existem várias técnicas de controle de comportamento infantil, alguma delas são agradáveis, outras são razoáveis e algumas chegam a ser mais rigorosas e devem ser utilizadas apenas por profissionais que tenham experiência clínica com crianças e controle da situação (PINKHAM et al., 1996).

Além disso, por maior que seja a instituição de medidas preventivas na odontologia, sempre haverá crianças com necessidade de tratamento invasivo, pela presença de doenças instaladas, ou por traumas, ou fruto de más formações dentárias (HOSEY; BLINKHORN, 1995). Um aspecto que dificulta o êxito dos tratamentos odontológicos em crianças de tenra

idade, motivo de muitos estudos, embora a maioria deles pouco conclusiva, está relacionado com o controle do comportamento infantil.

O odontopediatra deve estar preparado para lidar com a ansiedade, com medo e com comportamentos negativos do paciente diante do atendimento odontológico, sendo muitas as variáveis que influenciam esses aspectos (COSTA JÚNIOR, 2002). Além disso, as grandes diferenças entre os desenhos metodológicos dos estudos que envolvem tal tema, dificultam a escolha por métodos confiáveis para a avaliação da ansiedade e do medo infantil (CÉ, 2002).

Entre as técnicas de controle de comportamento existem três que são as mais indicadas para controlar medo e ansiedade da criança durante o tratamento, que são: Controle pela voz; Falar-Mostrar-Fazer e a Técnica da mão sobre a boca (AZEVEDO, 2006).

2 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir apresenta as técnicas utilizadas pelos Odontopediatras para o manejo da criança no consultório odontológico.

2.1 COMUNICAÇÃO E ORIENTAÇÃO COMUNICATIVA

Há um consenso geral de que atitude ou expectativas do dentista podem afetar o resultado da consulta. As afirmações positivas aumentam as oportunidades de êxito no tratamento das crianças. Elas são muito mais efetivas que perguntas ou comentários descuidados. Para ser bem sucedido com as crianças é preciso prever o sucesso; os integrantes da equipe odontológica, têm de estar cientes de seus papéis quando se comunicam com seu paciente infantil (ALBUQUERQUE et al., 2010).

É preciso haver um “encontro” entre a mensagem pretendida e a mensagem entendida. Ouvir também é importante no tratamento de crianças. Contudo, quando se está tratando de uma criança mais velha, escutar suas palavras é sempre mais importante do que escutar as de uma criança mais jovem, quando a atenção ao comportamento não verbal muitas vezes é mais difícil (PENIDO, 1987).

É necessário conhecer o tipo de comportamento infantil e alguns aspectos do desenvolvimento das crianças, para podermos tomar atitudes adequadas e conseqüentemente facilitar o relacionamento com a criança, uma vez que não se consegue realizar trabalhos técnicos de alto nível sem a sua cooperação. Por isso para que a aproximação e o manejo da criança sejam compatíveis com suas experiências precisamos conhecer as características psicológicas e físicas de acordo com os diferentes níveis de idade (SANDRINI, 1995).

O controle com a voz é uma técnica essencial para o manejo dos pré-escolares. É muito eficaz para interceptar condutas inapropriadas assim que começam a ocorrer e é mais ou menos bem-sucedida uma vez que os comportamentos inconvenientes alcançam sua máxima expressão. O tom de voz é muito importante. Deve passar a ideia de “quem manda aqui sou eu”. A expressão facial do dentista também deve refletir esta atitude de confiança (PINKHAM et al., 1996,).

O manejo comunicativo e o uso apropriado de comandos são aplicados universalmente na odontologia pediátrica com a criança cooperativa e não cooperativa. No início de uma consulta odontológica, fazer perguntas e ouvir de forma ativa / reflexiva pode ajudar a estabelecer confiança (NASH, 2006).

Uma vez iniciado o procedimento, a capacidade do dentista de orientar e moldar o comportamento torna-se primordial e o compartilhamento de informações torna-se secundário. O intercâmbio bidirecional de informações muitas vezes dá lugar à orientação unidirecional do comportamento por meio de diretivas. Uso de técnicas de assertividade auto-reveladoras (por exemplo, “Preciso que você abra sua boca para que eu possa verificar seus dentes”, “Preciso que você fique quieto para que possamos fazer um raio- X”) diz à criança exatamente o que é necessário para ser cooperativo (NASH, 2006).

A observação da linguagem corporal da criança é necessária para confirmar a mensagem recebida e para avaliar o nível de conforto e dor (NUTTER, 2009a). O gerenciamento comunicativo inclui uma série de técnicas específicas que, quando integradas, melhoram a evolução de um paciente cooperativo. Em vez de ser uma coleção de técnicas singulares, o gerenciamento comunicativo é um processo subjetivo contínuo que se torna uma extensão da personalidade do dentista. O dentista deve considerar o desenvolvimento cognitivo do paciente, bem como a presença de outros déficits de comunicação (NASH, 2006; NUTTER, 2009a, 2009b).

O gerenciamento comunicativo inclui uma série de técnicas específicas que, quando integradas, melhoram a evolução de um paciente cooperativo. Ao invés de ser uma coleção de técnicas singulares, o gerenciamento comunicativo é um processo subjetivo contínuo que se torna uma extensão da personalidade do dentista.

Associados a esse processo estão as técnicas específicas de imagens pré-consulta, observação direta, falar-mostrar-fazer, perguntar-falar-perguntar, controle de voz, comunicação não-verbal, reforço positivo, distração e reestruturação de memória. O dentista deve considerar o desenvolvimento cognitivo do paciente, bem como a presença de outros “déficits” de comunicação (por exemplo, distúrbio auditivo), ao escolher técnicas específicas de gerenciamento comunicativo.

Antes da consulta: Consultas devem ser feitas com horários marcados, para que a criança e a família não tenham que esperar. Menções mais curtas e mais frequentes são melhores para a criança hipercinética, mas se a família tiver problemas de transporte, menos consultas e mais longas serão mais eficazes, desde que tolerados pela criança. Os consultórios podem ter arte no teto ou na parede, acesso a jogos ou até vídeos, e bolhas a soprar para acalmar e distrair. Algumas crianças, particularmente se forem hipercinéticas, se beneficiam tendo cadeiras nas quais podem girar enquanto esperam que o pai/provedor realizem a consulta inicial com o profissional. (FISHER-OWENS, 2014).

2.1.1 Imagens positivas pré-consulta

Aos pacientes são mostradas fotografias positivas ou imagens de odontologia e tratamento odontológico na área de espera antes da consulta odontológica. Os objetivos das imagens positivas pré consulta são fornecer às crianças e pais informações visuais sobre o que esperar durante a consulta odontológica, e fornece às crianças o contexto para poder fazer perguntas relevantes aos profissionais antes que os procedimentos odontológicos sejam iniciados. Pode ser usado com qualquer paciente (FOX; NEWTON, 2006).

2.1.2 Observação direta

Os pacientes recebem um vídeo ou são permitidos observar diretamente um jovem cooperador em tratamento odontológico. Os objetivos da observação direta são: familiarizar o paciente com o ambiente odontológico e as etapas específicas envolvidas em um procedimento odontológico e dar ao paciente e aos pais uma oportunidade de fazer perguntas sobre o procedimento odontológico em um ambiente seguro. Pode ser usado com qualquer paciente (TOWNSEND, 2013).

2.1.3 Falar-mostrar-fazer

Falar-mostra-fazer é uma técnica de comunicação (verbal e não verbal) utilizada universalmente por odontopediatras, combinado com reforço positivo (ADAIR et al., 2004). A técnica envolve explicações verbais de procedimentos em frases apropriadas ao nível de desenvolvimento do paciente (falar); demonstrações para o paciente dos aspectos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento em um ambiente cuidadosamente definido e não ameaçador (mostrar); e então, sem se desviar da explicação e demonstração, conclusão do procedimento (fazer) (BLAIN, 2003; FEIGAL, 2001; LAW; TOWNSEND, 2013).

A técnica familiariza a criança com procedimentos e aspectos do ambiente odontológico de forma a minimizar a ansiedade por meio da familiarização com o reforço e dessensibilização positiva (KREINCES, 1975; ROBERTS et al., 2010). Três fases estão envolvidas na hierarquia da técnica: o componente “falar” é uma explicação simples do procedimento em linguagem apropriada ao nível cognitivo e à compreensão de uma criança; na fase “mostrar”, o procedimento é demonstrado utilizando a sensação tátil e tantas modalidades sensoriais quanto possível; finalmente, a fase do “fazer” deve seguir sem

demora, acompanhada de reforço positivo do comportamento desejado (ROBERTS et al., 2010).

Os objetivos do falar-mostra-fazer são ensinar ao paciente aspectos importantes da consulta odontológica e familiarizar o paciente com o ambiente odontológico, e moldar a resposta do paciente aos procedimentos por meio de dessensibilização e expectativas bem descritas. Pode ser usado com qualquer paciente (BLAIN; FEIGAL, 2001; LAW; 2003).

2.1.4 Perguntar-falar-perguntar

Esta técnica envolve indagar sobre a visita do paciente e sentimentos em relação a ou sobre quaisquer procedimentos planejados (perguntar); explicando os procedimentos através de demonstrações e linguagem não ameaçadora apropriada ao nível cognitivo do paciente (falar); e novamente perguntando se o paciente entende e como ela se sente sobre o tratamento iminente (perguntar). Se o paciente continuar a ter preocupações, o dentista pode abordá-las, avaliar a situação e modificar os procedimentos ou as técnicas de orientação de comportamento, se necessário (GOLEMAN, 2014). Os objetivos do perguntar-falar-perguntar são avaliar a ansiedade que pode levar a um comportamento não compatível durante o tratamento; ensinar o paciente sobre os procedimentos e como eles serão realizados; e confirmar se o paciente está confortável com o tratamento antes de prosseguir. Pode ser usado com qualquer paciente capaz de dialogar.

2.1.5 Controle de voz

O controle de voz é uma alteração deliberada do volume, do tom ou do ritmo da voz para influenciar e direcionar o comportamento do paciente. Embora uma mudança de cadência possa ser prontamente aceita, uso de uma voz assertiva pode ser considerado aversivo para alguns pais não familiarizados com esta técnica. Uma explicação anterior ao seu uso pode evitar mal-entendidos (BLAIN; FEIGAL, 2001; LAW; 2003; TOWNSEND, 2013). Os objetivos do controle de voz são: obter a atenção e a conformidade do paciente; evitar comportamento negativo ou evitação; e estabelecer papéis apropriados de adulto-criança. Pode ser usado com qualquer paciente. Contraindicações para pacientes com deficiência auditiva.

2.1.6 Comunicação não verbal

A comunicação não verbal é o reforço e a orientação do comportamento através de contato apropriado, postura, expressão facial e linguagem corporal (FEIGAL, 2001; LAW;

BLAIN, 2003; TOWNSEND, 2013). Os objetivos da comunicação não verbal são aumentar a eficácia de outras formas de comunicação técnicas de gestão, e obter ou manter a atenção e a conformidade do paciente. Pode ser usado com qualquer paciente.

2.1.7 Reforço positivo e elogio descritivo

No processo de estabelecer o comportamento desejável do paciente, é essencial dar um feedback apropriado. O reforço positivo recompensa os comportamentos desejados fortalecendo a probabilidade de recorrência desses comportamentos. Reforços sociais incluem modulação de voz positiva, expressão facial, elogios verbais e demonstrações físicas apropriadas de afeição por todos os membros da equipe do dentista. O elogio descritivo enfatiza comportamentos cooperativos específicos (por exemplo, "Obrigado por ficar parado", "Você está fazendo um ótimo trabalho mantendo as mãos no colo") em vez de um elogio generalizado (por exemplo, "Bom trabalho") (NASH, 2006). Reforços não-sociais incluem fichas e brinquedos. O objetivo do reforço positivo e elogios descritivos é reforçar o comportamento desejado (PINKHAM et al., 1996; TOWNSEND, 2013). Pode ser usado com qualquer paciente.

Reconhecer a exatidão do comportamento de uma criança é uma ferramenta poderosa para reforçar o comportamento desejável. Existem, no entanto, formas apropriadas e inapropriadas para o fazer. Segundo Ginott (1965), "a regra mais importante é que o elogio só lida com os esforços e realizações da criança, não com seu caráter e personalidade, nossos comentários devem ser redigidos de tal forma que a criança extraia deles inferências positivas sobre sua personalidade" (GINOTT, 1965).

Com demasiada frequência, na tentativa de conquistar os filhos, os praticantes de cooperação elogiam as crianças com termos avaliativos como "ótimo", "bom" e "maravilhoso". Sem dúvida, essas expressões são uma tentativa de "moldar o comportamento". Skinner (1966) enfatizou o papel do reforço positivo no comportamento de modelagem (SKINNER, 1966). O princípio é que, se a consequência de um determinado comportamento é agradável ou desejável, é mais provável que esse comportamento se repita no futuro. Elogios de comportamentos desejáveis são consistentes com este princípio de condicionamento operante. O problema, no entanto, é que o elogio por meio de termos avaliativos coloca o odontopediatra no papel de juiz. Com tal uso, a criança entende que o clínico está em um papel de avaliação em relação ao seu comportamento, e que o comportamento da criança pode facilmente, em um momento futuro, ser designado como "ruim". Tal elogio avaliativo pode criar um sentimento de ansiedade na criança sobre um

possível fracasso no futuro. A característica mais notável de um julgamento positivo não é que seja positivo, mas que é um julgamento. Pessoas, incluindo crianças, não gostam de ser julgadas (NASH, 2006).

Kohn vê o elogio avaliativo como contraproducente porque as crianças acabam sendo manipuladoras (KOHN, 1993, 2005). Além disso, ele acredita que "rouba o prazer de uma criança" ao decidir quando se sentir bem sobre seu comportamento e quando não. Condicionada por avaliações globais, as crianças procuram continuamente um adulto para um veredicto.

Branden (1969) declarou fortemente a questão: "Não há julgamento de valor mais importante para o homem [crianças], nenhum fator mais decisivo em seu desenvolvimento psicológico e motivação do que a estimativa que ele passa sobre si mesmo... A natureza da auto-avaliação tem efeitos profundos nos processos de pensamento, emoções, desejos, valores e objetivos de um homem [criança]. É a chave mais importante para o seu comportamento" (BRANDEN, 1969).

A alternativa ao elogio global de avaliação é um elogio descritivo (GINOTT, 1965). Em vez de dizer "bom trabalho", é importante refletir sobre a razão pela qual tal julgamento ou avaliação seria feita e depois expressar essa razão para a criança. Por exemplo: "Você ficou muito quieto e segurou sua boca tão grande e larga enquanto eu borrifava a água em seus dentes". Ou, na terceira pessoa, diga: "Eu vi uma jovem que abriu a boca tão grande e ficou tão quieta enquanto eu joguei água nos dentes". Em ambos os casos, o odontopediatra está descrevendo o que aconteceu - não avaliando - deixando o julgamento da criança sobre a qualidade de seu comportamento. Não só você pode descrever o que é visto, quanto você pode descrever como se sente quando uma criança responde positivamente (por exemplo, "É realmente um prazer ser o dentista pediátrico de uma jovem que é tão cooperativa"). Uma terceira maneira de elogiar descritivamente é resumir o comportamento da criança em uma palavra (por exemplo: "Eu vejo um jovem com as mãos no colo. Isso é o que chamo de cooperação!") (NASH, 2006).

2.1.8 Distração

A distração é a técnica de desviar a atenção do paciente do que pode ser percebido como um procedimento desagradável. Dar ao paciente uma pequena pausa durante um procedimento estressante pode ser um uso eficaz da distração antes de considerar técnicas de orientação de comportamento mais avançadas (PINKHAM et al., 1996). Os objetivos da

distração são diminuir a percepção de desagrado, e evitar comportamento negativo ou evitativo. Pode ser usado com qualquer paciente.

2.1.9 Reestruturação de memória

A reestruturação da memória é uma abordagem comportamental na qual memórias associadas a um evento negativo ou difícil (por exemplo, primeira visita ao dentista, anestesia local, procedimento restaurativo, extração) são reestruturadas em memórias positivas usando informações sugeridas após o evento ter ocorrido (KAMATH, 2013). Essa abordagem foi testada com crianças que receberam anestesia local em uma visita odontológica restauradora inicial e demonstrou alterar os medos relacionados à anestesia local e melhorar os comportamentos em visitas de tratamento subsequentes (KAMATH, 2013; PICKRELL et al., 2007).

Essa reestruturação envolve quatro componentes: (1) lembretes visuais; (2) reforço positivo por verbalização; (3) exemplos concretos para codificar detalhes sensoriais; e (4) senso de realização. Um lembrete visual poderia ser uma fotografia da criança sorrindo na visita inicial (ou seja, antes da experiência difícil). Reforço positivo através de verbalização poderia estar perguntando se a criança havia dito a seus pais o bom trabalho que ela tinha feito no último encontro. A criança é convidada a representar e dizer ao dentista o que ela disse aos pais. Exemplos concretos para codificar detalhes sensoriais incluem elogiar a criança por um comportamento positivo específico, como manter as mãos no colo ou abrir bem a boca quando solicitado. A criança então é solicitada a demonstrar esses comportamentos, o que leva a um sentimento de realização.

Os objetivos da reestruturação da memória são reestruturar experiências odontológicas passadas difíceis ou negativas e melhorar o comportamento do paciente em consultas odontológicas subsequentes. Pode ser usado com pacientes que tiveram visitas dentárias negativas ou difíceis.

2.2 Presença/ Ausência parental

A presença ou ausência dos pais às vezes pode ser usada para obter cooperação para o tratamento. Existe uma grande diversidade na filosofia do praticante e na atitude dos pais em relação à presença ou ausência dos pais durante o tratamento odontológico pediátrico. O envolvimento dos pais, especialmente nos cuidados com a saúde de seus filhos, mudou drasticamente nos últimos anos (FEIGAL, 2001; LAROSA-NASH; MURPHY, 1996). O desejo dos pais de estar presentes durante o tratamento de seus filhos não significa que

desconfiam intelectualmente do dentista; pode significar que eles se sentem desconfortáveis se visualmente não puderem verificar a segurança de seus filhos. É importante entender as mudanças nas necessidades emocionais dos pais por causa do crescimento de um sentido latente, mas natural, de proteger seus filhos (PINKHAM, 1991). Os profissionais devem se acostumar com esse envolvimento adicional dos pais e acolher as perguntas e preocupações de seus filhos, considerando os desejos dos pais e estar abertos a uma mudança de paradigma em seu próprio pensamento (FEIGAL, 2001; PINKHAM, 1991; SHROFF; HIGHER; MOBLEY, 2015).

Os objetivos da presença / ausência dos pais são:

- a) Para os pais: participar de exames e / ou tratamento infantil; oferecer apoio físico e psicológico às crianças muito pequenas; e observar a realidade do tratamento de seus filhos;
- b) para os profissionais: ganhar a atenção do paciente e melhorar sua adesão; evitar comportamentos negativos ou evitativos; estabelecer papéis apropriados de dentista-criança; melhorar a comunicação eficaz entre o dentista, a criança e os pais; minimizar a ansiedade e alcançar uma experiência dentária positiva; e facilitar o consentimento rápido e informado para mudanças no tratamento ou orientação comportamental. Pode ser usado com qualquer paciente. É contraindicado para pais que não estão dispostos ou não podem estender o suporte efetivo.

2.3 TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO PARA PAIS (E PACIENTES ADEQUADOS À IDADE)

Como os pais são os guardiões legais de menores, uma comunicação bidirecional bem-sucedida entre o dentista / equipe e os pais é essencial para assegurar uma orientação eficaz do comportamento da criança (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2015). Status socioeconômico, nível de estresse, discórdia conjugal, atitudes dentárias alinhadas a um patrimônio cultural diferente e habilidades linguísticas podem apresentar desafios para uma comunicação aberta e clara (FISHER-OWENS, 2014; GOLEMAN, 2014; LONG, 2014). Técnicas de comunicação como perguntar/falar/perguntar, ensinar e entrevistar, fazem o dentista e sua equipe refletirem sobre o cuidado em se envolver em uma abordagem centrada no paciente / pai (GOLEMAN, 2014).

Quando os clínicos compartilham informações, eles predominantemente revelam informações, muitas vezes com muitos detalhes, e em termos que, às vezes, alarmam os

pacientes. O compartilhamento de informações é mais eficaz quando é sensível ao impacto emocional das palavras usadas. Ao usar uma técnica de perguntar é possível melhorar a compreensão dos pacientes e promover a adesão. De acordo com a teoria da aprendizagem de adultos, é importante permanecer em diálogo (não monólogo), começar com uma avaliação das necessidades do paciente ou dos pais, contar pequenos pedaços de informação adaptados a essas necessidades e verificar o entendimento do paciente, reações emocionais e preocupações (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2018)

Isso é resumido no formato de três etapas Falar/Perguntar/Falar. Peça para avaliar o estado emocional do paciente e seu desejo por informação. FALE pequenas quantidades de informação em linguagem simples e PERGUNTE sobre a compreensão, reações emocionais e preocupações do paciente. Muitas conversas entre médicos e pais soam como Falar/Falar/Falar, um processo conhecido como balbúcio do médico (*babble doctor*) porque os médicos parecem falar consigo mesmos, em vez de conversarem com pais ou pacientes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2018).

2.4 Técnica da Mão-sobre boca

Nenhuma técnica de gerenciamento de comportamento evoca tanta controvérsia quanto o exercício de mão-sobre-boca. A técnica envolve colocar a mão de um dentista sobre a boca de uma criança gritando para ganhar sua atenção. É acompanhado por controle de voz e instruções sobre o comportamento desejado, caso a criança queira remover a mão (ROBERTS et al., 2010).

A técnica foi indicada para uma criança não cooperativa que apresenta comportamento histérico. A mão do dentista deverá ser colocada gentilmente sobre a boca da criança e as expectativas comportamentais explicadas com calma para a criança (LEVITAS, 1974).

Em maio de 2006, a Academia Americana de Odontopediatria (*American Academy of Pediatric Dentistry - AAPD*) eliminou a técnica da mão-sobre-boca de suas diretrizes clínicas sobre o manejo do comportamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2006).

Mão sobre a boca com restrição das vias aéreas é uma versão modificada, onde as vias aéreas da criança são restritas por um curto período de tempo, fechando as narinas, bem como a boca, com a mão do dentista. Uma referência inicial, possivelmente o primeiro na literatura odontológica, datada de 1898, descreve a técnica quando foi usado com sucesso pela mãe de um paciente para obter a sua cooperação (BETHEL, 1898). Embora essa técnica tem sido

utilizada por alguns profissionais (ACS et al., 2001) a técnica nunca foi incluída nas orientações AAPD (*American Academy of Pediatric Dentistry*).

3 OBJETIVOS

O objetivo desse trabalho foi descrever, mediante uma revisão da literatura, abordagens ao gerenciamento de técnicas de comportamento da criança, durante o tratamento odontológico, sem uso de medicamentos.

4 MATERIAL E MÉTODO

Foi realizada uma busca exploratória, computadorizada nas bases de dados Medline, Biblioteca Cochrane, Embase, Pubmed, Scielo e da Internet, no período compreendido de 2000 a 2018, sobre as técnicas utilizadas para o gerenciamento básico do comportamento da criança diante do tratamento odontológico.

Os descritores utilizados foram inglês e português: odontopediatria/ pediatric dentistry, psicologia da criança/ child psychology, controle comportamental/ behavior control, os quais foram cruzados nos mecanismos de busca.

A lista inicial de artigos foi submetida a análise por dois avaliadores, que aplicaram critérios de inclusão para determinar a amostra final de artigos, que foram avaliados pelo seu título e resumo.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para a seleção dos artigos:

- a) Técnicas de manejo infantil na odontologia;
- b) amostra com crianças;
- c) descritores selecionados;
- d) estudos escritos em inglês e português, publicados entre 2000 e 2018.

O foco principal da pesquisa foi o de avaliar estudos clinicamente objetivos sobre o manejo de técnicas comportamentais de crianças frente a odontologia.

5 RESULTADOS

Após a aplicação dos critérios de inclusão, dos 71 registros encontrados, 18 preencheram a caracterização, para técnicas de manejo infantil na odontologia (Quadro 1).

Quadro 1- Técnicas básicas de manejo de comportamento infantil

AUTOR/ ANO	TÉCNICA	PESQUISA	CONCLUSÃO
(ACS et al., 2001)	Mão sobre a boca (HOM)	Inquérito, foi enviado para os diretores de programas de Odontologia pediátrica, sobre a utilização de HOM e HOMAR.	Incerteza em relação as sequelas associadas com HOM. Houve uma significativa diminuição do número de programas que aprovou seu uso.
(FÚCCIO et al., 2003a)	Mão sobre a boca (HOM)	Avaliar o conhecimento e utilização da técnica HOM por parte dos Odontopediatras.	Odontopediatras familiarizados com a técnica, embora não tomem as medidas necessárias ao respaldo jurídico e legal. É indispensável solicitar um consentimento escrito.
(FÚCCIO et al., 2003b)	<p>NÃO RESTRITIVAS: falar-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, modelo.</p> <p>RESTRITIVAS: mão-sobre-a-boca, contenção ativa, contenção passiva.</p> <p>FARMACOLÓGICAS: sedação e anestesia geral.</p>	<p>Avaliar a opinião dos pais em relação as técnicas de gestão de manejo do comportamento infantil utilizadas na odontopediatria, e quais são aceitas e não aceitas pelos mesmos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 49 pais de pacientes • assistiram vídeos das diversas técnicas • anotaram o grau de aceitação de cada uma dessas técnicas assistidas. 	As técnicas não restritivas são bem mais aceitas pelos pais .É mais informação sobre a indicação de utilização de cada técnica, para que eles tenham mais conhecimento e menos preconceito.

(ZACHARIAS; SALTORI; HAPNER, 2003)	Falar-mostrar-fazer, uso do vocabulário adequado, elogios como reforço, distração e recompensa após tratamento.	Avaliar as técnicas de manejo de comportamento que os alunos utilizam e se são as mesmas preconizadas pela disciplina .	Concluiu-se que os alunos não estão usando as técnicas como deveriam, pois as duas instituições preconizam que essas técnicas devem ser utilizadas em todas as sessões e os alunos utilizam apenas na primeira sessão, pois acham que não é necessário fazer isso em todas. Com isso observou que há maior necessidade de uma interação melhor entre o conteúdo teórico com o prático.
(ADAIR et al., 2004a)	Técnicas comunicativas e farmacológicas	<p>Pesquisar membros da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) quanto ao uso de técnicas de manejo comportamental</p> <p>A pesquisa continha itens sobre variáveis demográficas e uso (atual, passado e futuro) de técnicas comunicativas e farmacológicas.</p>	A maioria dos participantes não mudaram a frequência com que utilizam as técnicas, mas previram mudar nos próximos 2 á 3 anos. Houve exceções no caso do uso da HOME que teve uma diminuição na utilização e a anestesia geram que teve um aumento.
(ADAIR et al., 2004b)	Comunicativas e farmacológicas	Entrevistou diretores de programas de pós graduação em odontopediatria, em relação ao ensinios de técnicas de gestão de comportamento, através de questionários.	A maioria dos programas ensinam como aceitáveis todas as técnicas comunicativas e farmacológicas, com exceção da HOME, que é ensinada como inaceitável. Os diretores dos programas relatam que não há probabilidade de mudarem a carga horária dedicada as técnicas de gestão de comportamento.

(AZEVEDO, 2006)	Instrumentos para o diagnóstico do comportamento em crianças	Avaliou o grau de concordância de diferentes instrumentos para o diagnóstico do comportamento em crianças entre um e 4 anos de idade, sendo dois instrumentos utilizados a partir da observação . Escala de Frankl e Escala de Codificação do comportamento	Concluiu-se que o diagnóstico do medo e da ansiedade em odontologia, em crianças de idade precoce, deve ser realizado através da avaliação do comportamento, fazendo uso de instrumentos a partir da observação no ato da intervenção.
(FOX; NEWTON, 2006)	A ansiedade odontológica é comum em crianças	Determinou o impacto da visualização de imagens positivas antes de uma consulta odontológica sobre os níveis de ansiedade das crianças que frequentam o tratamento odontológico.	A visualização de imagens positivas de dentistas e dentistas resulta em reduções de curto prazo na ansiedade antecipatória em crianças
(O'CALLAGHAN et al., 2006)	Fuga não contingente.	Avaliou a eficácia de uma intervenção comportamental implementada pelo Cirurgião-dentista.	O uso da fuga não contingente é um meio eficaz de diminuir o comportamento não cooperativo dos pacientes pediátricos. O comportamento perturbador foi significativamente diminuído e o uso da contenção física reduziu a quase zero. Os tratamentos tiveram uma redução de 30% do tempo de consulta com a implementação dessa técnica.

(FIORAVANTE et al., 2007)	Técnicas comunicativas	Verificou se as condutas dos profissionais funcionam, e quais os comportamentos da criança levaria á uma alteração no ambiente do profissional.	Conclui-se que a implementação de estratégias como distração da criança e de técnicas lúdicas para que a criança se familiarize com o procedimento a ser executado, é necessário para a diminuição de comportamentos não cooperativos. Mas ainda são necessários mais estudos para avaliarem o efeito das técnicas discutidas nesse estudo.
(PICKRELL et al., 2007)	Reestruturar a memória	Este estudo procurou "reestruturar" a memória do tratamento dentário para ajudar as crianças a desenvolverem memórias e cooperar mais plenamente com o dentista em futuras visitas.	A reestruturação da memória pode ser eficaz na redução do medo de tratamento futuro e é facilmente adaptável à prática clínica em outras situações de saúde.
(FARHAT-MCHAYLEH; HARFOUCHE; SOUAID, 2009)	Modelagem ao vivo e falar-mostrar-fazer.	Comparou as técnicas em questão de acordo com a frequência cardíaca da criança. A técnica falar-mostrar-fazer, e durante o tratamento foi feito a monitoração da frequência cardíaca de cada criança.	Concluiu-se então que a modelagem ao vivo é uma técnica que valeria a pena que os profissionais utilizassem em seu consultório, porém é necessário mais estudos para permitir á avaliação dessa técnica em escala nacional, e continuar estudando as técnicas não farmacológicas para uso na Odontopediatria.
(OUEIS et al., 2010)	Mão sobre a boca (HOME).	Técnicas de manejo de comportamento alternativas que podem ser utilizadas por Odontopediatras no lugar da técnica da Mão sobre a boca.	Com o estudo foi concluído que após a eliminação da HOME, as demais técnicas de gerenciamento de comportamento serão mais utilizadas pelos membros da AAPD.

(ALLEN; WALLACE, 2013)	Não contingência.	Teve como objetivo realizar um estudo RTC de fuga não contingente. - Pausas fixas para os pacientes demonstrarem qualquer tipo de comportamento não cooperativo e foram registrados todos os movimentos e comportamentos das crianças e dos profissionais.	Pode se concluir então com esse estudos em conjunto com estudos anteriores que a utilização de quebrar durante o tratamento odontológico tem um bom efeito e uma boa aceitação e pode ser uma ferramenta útil e na vida cotidiana da Odontopediatria.
(JUNGTGEN et al., 2013)	Falar-mostra-fazer Controle de voz Comunicação não verbal Reforço positivo Distração Presença/Ausência pais Inalação de óxido nitroso / oxigênio Estabilização de proteção Sedação oral / nasal Sedação intra-venosa Anestesia geral	Identificar fatores que influenciam a utilização da técnica de orientação comportamental entre os cirurgiões-dentistas praticantes e explorar possíveis barreiras à incorporação de técnicas não utilizadas anteriormente.	A seleção e utilização de técnicas de orientação comportamental entre os cirurgiões-dentistas praticantes foi influenciada por múltiplos fatores, incluindo treinamento em educação avançada, tipo de residência, década de graduação e tipo de prática. Obstáculos à incorporação de técnicas previamente não utilizadas parecem ser multifatoriais.
(MOURA et al., 2015)	Técnica de distração.	Avaliar as reações emocionais antes e depois do livro áudio-visual infantil com os pontos desencadeadores do medo e da ansiedade no tratamento odontológico, e avaliar a eficácia desse livro como condicionamento antes da consulta odontológica.	A aplicação do método de distração utilizando o livro lúdico foi eficaz para a redução do medo e ansiedade da criança para o tratamento odontológico.

(CHANG et al., 2018)	Técnicas comunicativas e farmacológicas.	Definir como a etnia influencia a aceitação dos pais para as técnicas de manejo de comportamento utilizado pelos Odontopediatras.	Foi concluído que no geral entre as etnias as técnicas não invasivas são mais aceitas que as invasivas, somente a sedação consciente foi mais aceita pelos pais de etnia asiática do que os pais com etnia hispânica.
(WELLS et al., 2018)	Técnicas comunicativas e farmacológicas.	Determinar as características dos profissionais que praticam e o que influencia o uso das técnicas de gestão de comportamento.	Foi concluído que houve muita mudança durante essas 3 décadas no uso das técnicas de gestão de comportamento, principalmente nas técnicas farmacológicas. As técnicas comunicativas são utilizadas por profissionais mais experientes. As farmacológicas são mais utilizadas por recém-formados ou mulheres que atendem pacientes de baixa renda.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

A AAPD descreve a orientação comportamental como uma interação entre o paciente, o dentista e a equipe odontológica, com o objetivo de aliviar o medo e a ansiedade, promovendo o tratamento ideal para uma boa saúde bucal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2016).

A AAPD defende que a formação profissional e a experiência clínica devem ter impacto na seleção de técnicas, e os pacientes devem ser encaminhados quando suas necessidades de orientação comportamental excederem a perícia profissional do profissional (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2016)

Tais recomendações implicam variação na utilização das técnicas de orientação de comportamento endossadas pela AAPD entre os profissionais, um tópico que tem sido extensivamente (ADAIR et al., 2004c, 2004a).

A maioria dos profissionais, no estudo de Juntgen (2013) utilizam as técnicas: falar-mostrar-fazer, comunicação não-verbal, reforço positivo, distração e presença/ausência dos pais com mais de 75 por cento dos pacientes em um determinado mês (JUNTGEN et al., 2013).

Segundo a opinião dos pais, sobre manejo de comportamento, a técnica de controle de voz é aprovada por 67,3%, já a técnica falar-mostrar-fazer, é mais aceita por eles com 98% de aceitação (FÚCCIO et al., 2003b).

O estudo de Shroff (2015) foi projetado para obter as preferências e atitudes dos pais sobre a sua presença no consultório odontológico para procedimentos comumente realizados e técnicas de gestão (SHROFF; HIGHERS; MOBLEY, 2015). A maioria caracterizou estas mudanças parentais como ou “provavelmente ruim” (54%) ou “ruim” (38%). Os entrevistados caracterizaram sua satisfação em praticar as alterações afetadas pelos pais como diminuída (43%), não afetada (46%) ou aumentada (11%) (SHROFF; HIGHERS; MOBLEY, 2015).

No estudo de Casamassimo (2002), onde ele avaliou mudanças no manejo dos pacientes desde a prática inicial, para a presença dos pais em procedimentos e cirurgia houve um aumento de 64%, segundo os profissionais entrevistados (CASAMASSIMO; WILSON; GROSS, 2002).

Como percebido por dentistas pediátricos, os estilos parentais evoluíram ao longo dos anos (CASAMASSIMO; WILSON; GROSS, 2002). Parece legítimo perguntar também se as mudanças observadas por Shroff (2015), das técnicas de manejo

comportamental são simplesmente respostas protetoras para se contrapor a uma paternidade mais envolvida e difícil ou se são adaptações por parte dos clínicos para lidar mais efetivamente com os comportamentos para realizar o tratamento (SHROFF; HIGHER; MOBLEY, 2015).

Não é de surpreender que os dentistas mais velhos fossem mais propensos a se sentirem fortemente nessa questão do que os mais jovens. Isso é mais provável por causa de um período de tempo mais amplo de experiência oferecido pelos dentistas mais velhos, mas também pode ser explicado por fatores geracionais ou de gênero. Por exemplo, os praticantes mais jovens tendem a ser mais propensos a permitir a presença dos pais durante o tratamento. Eles também podem ser mais flexíveis nos comportamentos dos pais (CASAMASSIMO; WILSON; GROSS, 2002). Uma terceira possibilidade pode ser que o profissional graduado de hoje tenha uma visão muito diferente do gerenciamento do comportamento e das expectativas quanto ao comportamento dos pais e, portanto, da criança. Muitos, na verdade, podem ser produtos de estilos parentais mais próximos do caráter de seus pacientes do que os dentistas pediátricos mais antigos. O dentista mais jovem pode ter habilidades diferentes das de seus colegas mais velhos em virtude de sua própria educação, de seus próprios estilos parentais ou do ensino contemporâneo.

Os resultados revelaram uma predominância de mães (76%) acompanhando seus filhos no atendimento odontológico (FÚCCIO et al., 2003b).

Embora a técnica de mão-sobre-boca tenha sido objeto de muitos estudos sobre seu uso, ensino e aceitabilidade, nenhum estudo examinou as preocupações que os dentistas pediatras podem visualizar com o uso da técnica. Poucas pesquisas abordaram os efeitos psicológicos sobre a criança após seu uso. No estudo de Oueis 2010, apenas os diretores dos programas odontológicos foram pesquisados e os resultados têm uma tendência de declínio da certeza de que a técnica está livre de sequelas psicológicas negativas (ACS et al., 2001).

Oueis (2010) revelou que 32% dos profissionais entrevistados acreditavam que HOME pode causar danos psicológicos para a criança, entretanto (68%) disseram que não acreditam que HOME cause algum dano psicológico à criança (OUEIS et al., 2010).

Todos os programas ensinam como aceitável a técnica de mão-sobre-boca. A maioria dos programas de pré-doutorado ensinam como aceitáveis todas as outras

técnicas, com exceção da mão-sobre-boca. Dos programas de pré-doutorado, 62% ensinam que a técnica é inaceitável (ADAIR et al., 2004a).

Acs (2001) encontrou que existe uma contínua incerteza quanto às sequelas psicológicas associadas ao técnica mão-sobre-boca pelos profissionais, assim havendo uma diminuição significativa no número de dentistas que defendiam seu uso (ACS et al., 2001) (ACS; BURKE; MUSSON, 1990).

Barton et al. (1993) relataram em estudo de acompanhamento de crianças que foram tratadas usando a técnica mão-sobre-boca. As crianças desse estudo não demonstraram diferença significativa com o grupo controle em termos de ansiedade ou medo dentário. A principal preocupação dos dentistas pediátricos (70%) neste estudo foi o equívoco dos pais.

Casamassimo et al. (2002) relataram que 9 de 10 membros do College of Diplomates concordaram que os estilos parentais haviam mudado recentemente consideravelmente (CASAMASSIMO; WILSON; GROSS, 2002). Eles concluíram que uma mudança no uso de técnicas de comportamento dos profissionais em direção a técnicas menos assertivas está relacionada aos estilos parentais. A segunda grande preocupação (55%) dos entrevistados foi o possível litígio. Essa preocupação no presente estudo foi particularmente alta para os recém-formados (74%). Apenas 17% de todos os entrevistados disseram que não tinham preocupações usando técnica mão-sobre-boca (CASAMASSIMO; WILSON; GROSS, 2002).

Os entrevistados da pesquisa de Oueis et al. (2010) foram organizados em 6 grupos de acordo com a data de formatura. Praticantes mais velhos podem ter respostas diferentes do que os mais jovens, porque os relatórios da técnica mão-sobre-boca sugeriram que o ensino e a prática da técnica diminuiriam significativamente com o tempo (ADAIR et al., 2004c, 2004b).

Enquanto apenas 28% dos entrevistados no grupo de 1960 relataram que não usaram a técnica mão-sobre-boca antes de sua eliminação, quase 75% dos entrevistados nos grupos 5 e 6, respectivamente, não o utilizaram. A última pesquisa, realizada em 2003 sobre o uso da técnica mão-sobre-boca antes de sua eliminação, informou que apenas 21% dos membros da AAPD utilizaram-a (ADAIR et al., 2004a).

7 CONCLUSÃO

As habilidades e estratégias de comunicação explicadas e defendidas neste artigo não são naturais ou intuitivas e não são facilmente aprendidas. Aprender a usá-las efetivamente é análogo ao aprender a usar uma língua estrangeira. Somente os praticantes que estão dispostos a se disciplinar para adquirir a linguagem através da prática e repetição, entenderão e apreciarão seu valor. Utilização dessas habilidades tem o efeito de “humanizar” a relação entre o dentista pediátrico e a criança. As habilidades ajudam a promover um relação saudável de respeito e consideração positiva. Contudo, “os agentes de ajuda nunca são apenas as técnicas, mas a pessoa que os emprega. Sem compaixão e autenticidade, as técnicas falham ”. Se as estratégias de comunicação defendidas são empregadas apenas como técnicas para envolver a cooperação de uma criança, provavelmente falhou. Se, no entanto, eles são habilidades que fluem de alguém que é genuína, empática e respeitosa, elas podem ser estratégias bem-sucedidas para promover o tipo de relacionamento com uma criança que facilite seu desejo de ser útil e cooperativo.

REFERÊNCIAS

- ACS, G. et al. A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. **Pediatr Dent.**, Chicago, v. 23, n.4, p. 301–306, jul. / aug. 2001. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11572487>>. Acesso em: 12 abr. 2018.
- ACS, G.; BURKE, M. J.; MUSSON, C. A. W. An updated survey on the utilization of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. **Pediatr Dent**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 298–302, 1990. Disponível em: < <http://www.aapd.org/assets/1/25/Acs-12-05.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- ADAIR, S. M. et al. A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. **Pediatric dentistry**, v. 26, n. 2, p. 159–166, 2004a. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15132278>>. Acesso em: 12 abr. 2018.
- ADAIR, S. M. et al. Survey of Behavior Management Teaching in Predoctoral Pediatric Dentistry Programs. **Pediatric Dentistry**, v. 26, n. 2, p. 143–150, 2004b. Disponível em: < <http://www.aapd.org/assets/1/25/Adair1-26-02.pdf>>. Acesso em: 10 aug. 2018.
- ADAIR, S. M. et al. Survey of Behavior Management Teaching in Pediatric Dentistry Advanced Education Programs. **Pediatric Dentistry**, Chicago, v.26, n. 2, p. 151-158, mar./apr. 2004. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15132278>>. Acesso em: 15 aug. 2018.
- ALBUQUERQUE, C. M. et al. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 2, p. 110–5, 2010. Disponível em: < <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- ALLEN, K. D.; WALLACE, D. P. Effectiveness of using noncontingent escape for general behavior management in a pediatric dental clinic. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 46, n. 4, p. 723–737, 2013. Disponível em : < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24114693>>. Acesso em 20 jun. 2018.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. **Reference Manual**, v.37, n. 6, p. 180-193, 2006. Disponível em: < http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_behavguide.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on Informed Consent. **Pediatr Dent**, v. 37, n. 5, p. E95–E97, 2015. Disponível em: < http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_informedconsent.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. **Reference Manual. Anais...Pediatric Dent**, 2016. Disponível em: < http://www.aapd.org/assets/1/7/G_BehavGuide.pdf>. Acesso em: 12 sep. 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Behavior guidance for the pediatric dental patient. **Reference Manual**, v. 40, n. 6, p. 254–267, 2018. Disponível em: < http://www.aapd.org/media/policies_guidelines/g_behavguide.pdf>. Acesso em: 14 sep. 2018.

AZEVEDO, I. **Controle do Comportamento Infantil : Aferição e Avaliação de Técnica Tese (doutorado em odontologia)**. [s.l.] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. 140 f. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/89307/231623.pdf?sequence=1>> . Acesso em: 23 maio 2018.

BETHEL, L. How to make unruly children open their mouths. **Ohio Dent J**, v. 18, p. 301–302, 1898.

BRANDEN, N. **The Psychology of Self Esteem: A Concept of Man's Psychological Nature**. New York, NY: Bantam Books, 1969.

CASAMASSIMO, P. S.; WILSON, S.; GROSS, L. Effects of changing U.S. parenting styles on dental practice: perceptions of diplomates of the American Board of Pediatric Dentistry present. **Pediatr Dent**, v. 24, n. 1, p. 18–22, 2002.

CÉ, L. **Fatores de influência e de predição da ansiedade e comportamento do paciente odontopediátrico- métodos para a avaliação da ansiedade**. [s.l.] UFSC, 2002. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874053>>. Acesso em: 15 sep. 2018.

CHANG, C. T. et al. Influence of Ethnicity on Parental Preference for Pediatric Dental Behavioral Management Techniques. **Pediatric Dentistry**, v. 40, n. 4, p. 265–272, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30345965>>. Acesso em: 15 sep. 2018.

FARHAT-MCHAYLEH, N.; HARFOUCHE, A.; SOUAID, F. Techniques for Managing Behaviour in Pediatric Dentistry: Comparative Study of Live Modelling and Tell -Show-Do Based on Children's Heart Rates during treatment. **Applied research**, v. 75, n. 4, p. 283a–283f, 2009.

FEIGAL, R. Guiding and managing the child dental patient: A fresh look at old pedagogy. **Journal of Dental Education**, v. 65, n. 12, p. 1369–1377, 2001. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11780655>>. Acesso em: 17 sep. 2018.

FIORAVANTE, D. P. et al. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 267–278, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2007000200013&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 20 set. 2018.

FISHER-OWENS, S. Broadening Perspectives on Pediatric Oral Health Care Provision: Social Determinants of Health and Behavioral Management. **Pediatr Dent**, v. 36, n. 2, p. 115–120, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717748>>. Acesso em: 21 sep. 2018.

FOX, C.; NEWTON, J. T. A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 34, n. 6, p. 455–459, 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17092274>>. Acesso em: 03 sep. 2018.

FÚCCIO, F. et al. Mão-sobre-a-boca : Avaliação do Uso da Técnica em Belo Horizonte. **Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 34, p. 477–489, 2003a. Disponível em: < <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/M%C3%A3o-sobre-a-boca-Avalia%C3%A7%C3%A3o-do-Uso-da-T%C3%A9cnica-em-Belo-Horizonte.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2018.

FÚCCIO, F. et al. Aceitação dos Pais em Relação às Técnicas de Manejo do Comportamento Utilizadas em Odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 6, n. 30, p. 146–151, 2003b. Disponível em: < <https://www.dtscience.com/wp-content/uploads/2015/11/Aceita%C3%A7%C3%A3o-dos-Pais-em-Rela%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0s-T%C3%A9nicas-de-Manejo-do-Comportamento-Utilizadas-em-Odontopediatria.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

GINOTT, H. **Between Parent and Child**. New York, NY: The Macmillam Company, 1965.

GOLEMAN, J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. **Pediatric Dentistry**, v. 36, n. 2, p. 121–127, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717749>>. Acesso em: 13 sep. 2018.

HOSEY, M.; BLINKHORN, A. An evaluation of four methods of assessing the behaviour of anxious child dental patients. **International J Paediatr Dent**, v. 5, p. 87–95, 1995. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7547819>>. Acesso em: 15 sep. 2018.

JÚNIOR, A. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 2, p. 67–77, 2002. Disponível em: < <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7760>>. Acesso em: 15. oct. 2018.

JUNTGEN, L. et al. Factors Influencing Behavior Guidance: A Survey of Practicing Pédiatrie Dentists. **Pediatr Dent**, v. 35, n. 7, p. 525–529, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553279>>. Acesso em: 05 oct. 2018.

KAMATH, P. A Novel Distraction Technique for Pain Management during Local Anesthesia Administration in Pediatric Patients. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, v. 38, n. 1, p. 45–47, 2013. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24579282>>. Acesso em: 10 oct. 2018.

KOHN, A. **Punished By Rewards**. Boston: Houghton Mifflin, 1993.

- KOHN, A. **Unconditional Parenting**. New York, NY: Astria Books, 2005.
- KREINCES, G. Ginott psychology applied to pedodontics. **J Dent Child**, v. 42, p. 119–122, 1975.
- LAROSA-NASH, P. A.; MURPHY, J. M. A clinical case study: parent-present induction of anesthesia in children. **Pediatric Nursing**, v. 22, n. 2, p. 109–111, 1996.
- LAW, C.; BLAIN, S. Approaching the pediatric dental patient: A review of nonpharmacologic behavior management strategies. **J Calif Dent Assoc**, v. 31, n. 9, p. 703–, 2003. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14560874>>. Acesso em: 13 oct. 2018.
- LEVITAS, T. HOME: Hand Over-Mouth-Exercise. **ASDC J Dent Child**, v. 41, p. 18–22, 1974.
- LONG, N. Stress and economic hardship: The impact on children and parents. **Pediatr Dent**, v. 36, n. 2, p. 109–114, 2014. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717747>>. Acesso em: 24 sep. 2018.
- MOURA, B. F. et al. Child's anxiety preceding the dental appointment: evaluation through a playful tool as a conditioning feature. **RGO - Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 37, n. 4, p. 455–460, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372015010500455>. Acesso em: 12 sep. 2018.
- NASH, D. Engaging children's cooperation in the dental environment through effective communication. **Pediatr Dent**, v. 28, n. 5, p. 455–459, 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17036713>>. Acesso em: 12 sep. 2018.
- NUTTER, D. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: Iatrogenic considerations. **J Calif Dent Assoc**, v. 37, n. 10, p. 713–718, 2009a. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/40021098_Good_clinical_pain_practice_for_pediatric_procedure_pain_iatrogenic_considerations>. Acesso em: 20 aug. 2018.
- NUTTER, D. Good clinical pain practice for pediatric procedure pain: Target considerations. **J Calif Dent Assoc**, v. 37, n. 10, p. 719–722, 2009b. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19927615>>. Acesso em: 21 aug. 2018.
- O'CALLAGHAN, P. M. et al. The Efficacy of Noncontingent Escape for Decreasing Children's Disruptive Behavior During Restorative Dental Treatment. **Journal of Applied Behavior Analysis**, v. 39, n. 2, p. 161–171, 2006. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479781/>>. Acesso em: 20 aug. 2018.
- OUEIS, H. S. et al. Alternatives for hand over mouth exercise after its elimination from the clinical guidelines of the american academy of pediatric dentistry. **Pediatr.Dent.**, v. 32, n. 3, p. 223–228, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557706>>. Acesso em: 23 aug. 2018.
- PENIDO, R. Psicoterapia comportamental na prática odontológica. In: LETTNER, H.;

- RANGÉ, B. (Eds.). . **Manual de psicoterapia comportamental**. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1987.
- PICKRELL, J. E. et al. Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 6, p. 439–448, 2007. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17935597>>. Acesso em: 02 sep. 2018.
- PINKHAM, J. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. **J Dent Child**, v. 58, n. 6, p. 458–463, 1991. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1783696>>. Acesso em: 05 sep. 2018.
- PINKHAM, J. et al. **Odontopediatria da infância à adolescência**. 2 ed. ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1996.
- RIBBLE, M. **Os direitos da criança**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- ROBERTS, J. et al. Review: behaviour management techniques in pediatric dentistry. **Eur Arch Paediatr Dent**, v. 11, p. 166–174, 2010. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840826>>. Acesso em: 15 aug. 2018.
- SANDRINI, J. Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica. **Rev Odontopediatr.**, v. 3, p. 109–118, 1995. Disponível em: < <http://revodontobvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>>. Acesso em : 19 aug. 2018.
- SHROFF, S.; HIGHERS, C.; MOBLEY, C. Attitudes and Preferences of Parents About Being Present in the Dental Operator. **Pediatr Dent**, v. 37, n. 1, p. 51–56, 2015. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25685974>>. Acesso em: 18 sep. 2018.
- SKINNER, B. **Science and Human Behavior**. New York, NY: The Free Press, 1966.
- TOWNSEND, J. Behavior guidance in the pediatric patient. In: CASAMASSIMO, P. et al. (Eds.). . **Pediatric Dentistry - Infancy through Adolescence**. 5 ed. ed. Sr. Louis, MO: Elsevier-Saunders Co, 2013. p. 352–370. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26531077>>. Acesso em: 14 sep. 2018.
- WELLS, M. H. et al. Usage of Behavior Guidance Techniques Differs by Provider and Practice Characteristics. **Pediatric Dentistry**, v. 40, n. 3, p. 201–208, 2018. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29793567>>. Acesso em: 20 sep. 2018.
- ZACHARIAS, L.; SALTORI, E.; HAPNER, A. **Psicologia em odontopediatria; utilização das técnicas de manejo comportamental pelos alunos de odontopediatria em duas universidades de Curitiba-PR**. [s.l.] Universidade Tuiuti do Paraná, 2003.