

**UNIVERSIDADE SAGRADO CORAÇÃO**

**THAÍS CAMPOS NUNES**

**TÉCNICAS DE CONTROLE DO COMPORTAMENTO E  
SUA RELAÇÃO COM O MEDO DA CRIANÇA EM  
ODONTOPEDIATRIA, UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**BAURU  
2015**

**THAÍS CAMPOS NUNES**

**TÉCNICAS DE CONTROLE DO COMPORTAMENTO E  
SUA RELAÇÃO COM O MEDO DA CRIANÇA EM  
ODONTOPEDIATRIA, UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade de  
Odontologia como parte dos requisitos  
para obtenção do título de bacharel em  
Odontologia, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup>.  
Dr.<sup>a</sup> Cristiane de Almeida Baldini  
Cardoso.

**BAURU  
2015**



## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ata de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de Thaís Campos Nunes.

Ao dia dezesseis de novembro de dois mil e quinze, reuniu-se a banca examinadora do trabalho apresentado como Trabalho de Conclusão de Curso em Odontologia de THAÍS CAMPOS NUNES, intitulado: **“Técnicas de controle do comportamento e sua relação com o medo da criança em odontopediatria. Revisão de Literatura.”** Compuseram a banca examinadora os professores Dra. Cristiane de Almeida Baldini Cardoso (orientadora), Dra. Luciana Monti Lima Rivera e Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin. Após a exposição oral, a candidata foi arguida pelos componentes da banca que se reuniram, e decidiram, APROVADA, com a nota 10 a monografia. Para constar, fica redigida a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, segue assinada pela Orientadora e pelos demais membros da banca.

\_\_\_\_\_  
Dra. Cristiane de Almeida Baldini Cardoso (Orientadora)

\_\_\_\_\_  
Dra. Luciana Monti Lima Rivera (Avaliador 1)

\_\_\_\_\_  
Dra. Solange de Oliveira Braga Franzolin (Avaliador 2)

*Dedico este trabalho aos meus pais, aos meus mestres que sempre me apoiaram em minha formação, esteio de todo este processo.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus que, em sua infinita bondade, me proporcionou a ventura de escolher uma profissão em que poderei, com meu trabalho, minorar o sofrimento de meus semelhantes.*

*Agradeço aos meus professores que me forneceram desapeadamente sua cultura profissional, a fim de que obtivesse o conhecimento necessário para o exercício da nobre profissão de dentista, com particular destaque para a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>.Cristiane de Almeida Baldini Cardoso, que não mediu esforços em me apoiar e direcionar minhas pesquisas com vistas a este trabalho de conclusão do curso.*

*Por fim, agradeço ainda aos meus queridos pais, que em todos os momentos acreditaram em mim e, com muito amor e cuidado, propiciaram os meios materiais e espirituais para que tudo se tornasse realidade.*

*“Se você quer ser bem sucedido, precisa ter dedicação total, buscar seu último limite e dar o melhor de si.”*

(Ayrton Senna)

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo analisar as diversas técnicas de controle do comportamento infantil dentro do consultório odontológico, bem como os aspectos psicológicos envolvendo a criança. As técnicas de controle comportamental têm sido utilizadas com o objetivo de restringir movimentos inapropriados da criança durante o tratamento, os quais poderiam ocasionar prejuízos ao próprio paciente ou ao equipamento, além de condicioná-la para que tenha conforto e segurança, com maior aceitação ao tratamento. Dessa forma, procura-se demonstrar, através de revisão da literatura especializada, que para o uso de qualquer procedimento aversivo é de fundamental importância que o profissional tenha conhecimento não apenas das técnicas em si, mas especialmente dos fundamentos e dos aspectos éticos e legais de suas indicações.

**Palavras-Chave:** Psicologia infantil. Odontopediatria. Terapia Comportamental.

## **ABSTRACT**

This literature review aims to analyze different child behavior management techniques in the dental office, as well as the psychological aspects involving the child. The behavioral control techniques have been used in order to restrict inappropriate movements of the child during treatment, which could result in harm to the patient or equipment, and to offer comfort and security, with greater acceptance to treatment. Thus, it seeks to demonstrate, through a review of the literature, that for the use of any aversive procedure is fundamentally important that the professional be aware not only of the techniques themselves, but especially of the ethical and legal aspects of its indications.

**Keywords:** Child psychology. Pediatric Dentistry. Behavior therapy.



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>11</b>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
3.1 Desenvolvimento Psicológico Infantil.....	13
3.2 Medo e Ansiedade no Consultório Odontológico.....	15
3.3 Padrões de Comportamento Infantil.....	19
3.4 Técnicas de Controle do Comportamento.....	22
3.4.1 Técnicas Não Farmacológicas de Controle do Comportamento.....	23
3.5 Contenção Física.....	25
3.5.1 Técnica da Mão Sobre a Boca/ Hand Over Mouth Exercise .....	26
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Cirurgiões-dentistas que atendem crianças, além de serem habilitados no uso dos procedimentos técnicos, devem estar preparados para lidar com o seu comportamento. A principal arma de trabalho do Odontopediatra são as técnicas de controle de comportamento. São elas que o diferenciam do clínico geral, pois têm a capacidade de prover atendimento a crianças muito novas, portadoras de deficiência, amedrontadas, rebeldes ou com algum distúrbio comportamental que dificulte o seu tratamento (BARBOSA; TOLEDO, 2003; BRANDENBURG; HAYDU, 2009).

O relacionamento é a maior diferença que existe entre o tratamento de crianças e adultos. Em geral, o tratamento de adulto exige uma relação de um para um, que é o modo como se relacionam o dentista e o paciente. Entretanto, ao se tratar de uma criança, estabelece-se uma relação de um para dois: o dentista, o paciente infantil e seus pais ou responsáveis. A importância deste contato unificador torna-se evidente quando forem descritas as técnicas de controle (PENIDO, 1987).

O controle do comportamento infantil é um componente integral na prática da Odontopediatria. Com o passar do tempo, tem diminuído a ênfase no uso de restrições e drogas pesadas, e aumentado a necessidade de envolver os pais no processo de decisão/realização dos procedimentos (CORRÊA, 2002).

É preciso que o odontopediatra, em primeiro lugar, perceba cada criança nas suas características próprias. A falta de cooperação durante a visita odontológica pode ser justificada pela ansiedade e desconforto na cadeira do cirurgião-dentista, ou até por medo devido a experiências traumáticas. (ARAGONE; VICENTE, 1998)

Diversas são as técnicas que podem ser empregadas no controle do comportamento infantil preconizadas pela literatura, tais como: elogios com reforço, pedidos, ordens ou sugestões, recompensa após o tratamento, contenção da criança, uso de modelo (GUEDES-PINTO, 1997) além do uso de um correto vocabulário, controle pela voz, comunicação não verbal, falar, mostrar e fazer, distração e restrição física. (CORRÊA, 2001)

Diante do exposto, torna-se relevante o conhecimento e domínio pelo cirurgião-dentista, principalmente o Odontopediatra, das técnicas de controle do comportamento do paciente infantil, a fim de auxiliar na abordagem da criança durante o atendimento clínico.

## **2 OBJETIVO**

O presente estudo tem como objetivo discorrer por meio de revisão da literatura sobre as principais técnicas de controle do comportamento infantil, bem como sua relação com os aspectos psicológicos envolvidos.

### **3 METODOLOGIA**

Do ponto de vista metodológico, trata-se de um trabalho de revisão de literatura com os principais autores que abordam sobre as técnicas de controle de comportamento infantil no consultório odontológico, abordando também os aspectos psicológicos envolvidos. Desta forma buscou-se subsídios teóricos em base de dados específicas de literatura científica como Scielo, MedLine e site de periódicos, monografias e teses disponibilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como revistas e livros na área de Odontopediatria, utilizando-se como palavras-chave: Psicologia infantil, Odontopediatria e Terapia Comportamental. O ano de abrangência de busca literária corresponde aos anos de 1975 a 2005.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Desenvolvimento Psicológico Infantil**

Um dos conceitos mais aceitos atualmente é aquele que salienta que o desenvolvimento é contínuo, tendo início ao nascimento (concepção) e terminando com a morte, identificando-se fases, etapas diferentes não só ao longo dos primeiros anos, mas também durante a juventude até o fim da vida (GUEDES-PINTO, 1997).

A criança nasce com direitos e necessidades, que ao longo de seu desenvolvimento devem ser satisfeitos pelo ambiente (meio em que vive), propondo a ela tarefas diferentes a cada etapa, cujo cumprimento é condição indispensável para um desenvolvimento bem-sucedido (GUEDES-PINTO, 1997).

Ainda segundo Guedes-Pinto (1997), sabe-se que o conhecimento de processos psicossomáticos e a visão correta do desenvolvimento humano permitem ao profissional um diagnóstico mais preciso e um tratamento eficiente, sendo isto, na verdade, condição para que ele se realize profissionalmente, principalmente quando se trata do relacionamento com crianças que por vezes tornam-se imprevisíveis, com recusas frequentes ao tratamento.

Segundo Ramos-Jorge e Paiva (2003), o comportamento da criança diante do tratamento odontológico depende, em grande parte, da sua maturidade psicológica. O odontopediatra deve identificar as etapas de desenvolvimento psicológico de uma criança, para saber lidar com ela e com a mãe de forma segura.

De acordo com Mahler (1977), no primeiro ano de vida, o bebê passa por diversas fases. Nas primeiras semanas de vida, ele está “preocupado” apenas com a satisfação de suas necessidades. O recém-nascido não tem capacidade de ter consciência dos objetos externos nem de relacionar-se com eles. A partir da terceira e quarta semanas de vida, o bebê já apresenta maior sensibilidade ao estímulo externo e uma vaga consciência da mãe como objeto externo, possuidor de habilidade para ajudar na redução da tensão. Do ponto de vista do bebê, não há qualquer diferenciação entre ele e a mãe, que constituem, portanto, um sistema unitário.

Dos quatro aos nove meses o bebê está mais ativo, já consegue usar a mão para a exploração do meio, como por exemplo, pegar objetos. Ele se senta e quer levantar para aumentar a área de alcance das mãos, concentra-se nos músculos do tronco e tenta dominar o equilíbrio. Reage ativamente quando frustrado ou incompreendido pelos adultos e nessa fase progridem as reações afetivas, ficando claras as suas emoções e sentimentos. Aumentam os contatos que produzem dor, alterando as sensações relativas ao medo e perigo e afetando as relações com o ambiente. Nesse período, o bebê incorpora ativamente a mãe (chama, pega) iniciando dessa forma os primeiros estágios de ligação afetiva com os pais ou com a pessoa que cuida (KLATCHOIAN, 2002).

Segundo Mahler (1977), Coutinho (1978) e Guthrie (1997), aos dez meses de idade, quando começa a capacidade de engatinhar, o bebê é capaz de se movimentar a alguma distância de sua mãe, o que favorece ainda mais o aumento da percepção pelo bebê da diferenciação corporal entre ele e a mãe. Por isso a ansiedade de separação é tão característica nessa fase.

A partir dos vinte aos vinte e quatro meses de idade, devido à consolidação da sua individualidade, a criança nega ajuda e relacionamentos com outras pessoas. O negativismo é evidente nessa fase, e a criança geralmente responde com um “não” a todas as sugestões. Inicialmente o negativismo manifesta-se em forma de resistência física e, posteriormente, se transforma em resistência verbal (MAHLER, 1977; COUTINHO, 1978).

Aos três anos de idade, a criança já é mais independente diante das pessoas e ambientes conhecidos e parece autossuficiente. É a idade do “eu também”. Com a habilidade de comunicação aumentada, a criança, por volta do seu terceiro aniversário, é capaz de uma variedade de intercâmbios sociais com outras pessoas. O relacionamento profissional-paciente já se torna relativamente mais fácil. Merece ser mencionada, com relação a esse período, a capacidade da criança de fantasiar, confundindo, assim, o mundo real com o mundo imaginário, estruturando ambos com o mesmo pensamento. Isso explica por que a criança é capaz de viver uma situação imaginária como se fosse real. Gostam de conversar, de ouvir e de contar histórias. O medo que a maioria das crianças sente de pessoas estranhas é extinto nessa fase. Assim, elas podem enfrentar novas situações sociais sem

consequências emocionais e, com o apoio dos pais, podem ser cooperativas durante a visita odontológica (MAHLER, 1977; MUSSELMAN, 1991).

Klatchoian (1993) afirma que dos quatro aos sete anos de idade a criança se encontra na “fase das perguntas”, ocorre um significativo aumento dos interesses intelectuais e da curiosidade. Ela reage muitas vezes com frustração ou antipatia quando sua necessidade de saber não é satisfeita. Outro comportamento típico dessa faixa etária é o medo do desconhecido, que está no auge principalmente aos quatro anos de idade, em contrapartida, diminui o medo de pessoas estranhas. A criança relaciona-se cada vez mais com os companheiros, aumentando assim a socialização infantil. Dos oito aos doze anos o crescimento físico torna-se mais lento, até as mudanças que ocorrerão com a puberdade no final deste período. Um comportamento típico dessa idade é a ligação afetiva com os amigos especiais, a criança torna-se cada vez mais ligada aos companheiros que são quase todos do mesmo sexo. Há um aumento da capacidade de controle do medo e enfim superação do egocentrismo.

### **3.2 Medo e Ansiedade no Consultório Odontológico**

Segundo Corrêa et. al (2002) a ansiedade é caracterizada por um fenômeno humano difícil de definir. Possui papel central na formação de sintomas físicos e psicológicos, manifestando-se por um estado de inquietação que pode ir aumentando progressivamente e é, em geral, acompanhada de uma sensação de perigo eminente, que parece ameaçar a segurança do indivíduo, acompanhada por sentimentos de desassossego, tensão e medo.

A ansiedade ocorre diante da presença de uma condição aversiva ou penosa, algum grau de incerteza ou dúvida que pode modificar o comportamento (OLIVEIRA; COLARES; CAMPIONI, 2009). Em odontologia, especialmente entre as crianças, a ansiedade e o medo são reações emocionais específicas aos procedimentos e objetos no consultório (KLATCHOIAN, 2002). A ansiedade infantil, que acompanha o tratamento odontológico, tem sido objeto de estudo por sua complexa e multifatorial etiologia (OLIVEIRA; COLARES, 2009).

Nas situações de ansiedade, a criança pode experimentar um sentimento de antecipação e expectativa de um perigo que poderá ocorrer a qualquer momento.



Geralmente, a manifestação ocorre através de agitação, irritabilidade generalizada e crises de agressividade que, quando muito intensas, alteram o estado de tranquilidade e equilíbrio emocional da criança (CORRÊA; FERNANDES, TRINDADE, 2002).

Ainda segundo Corrêa, Fernandes e Trindade (2002), a reação de ansiedade não se dirige diretamente aos objetos ou situações externas; na realidade, a criança, na maioria das vezes, não sabe com clareza o que a inquieta; isto é, pode sentir ressentimento pelo profissional, ou situação, mas não se sabe dizer exatamente a razão. Suas reações são principalmente internas, embora a criança possa ser mais nervosa que outras, zangar-se e morder os lábios ou roer as unhas por causa da sua inquietação crônica.

O desencadeamento da ansiedade odontológica tem sido relacionado a fatores referentes a aspectos comportamentais e de personalidade dos pacientes, à própria situação de tratamento e à aprendizagem através da observação ou imitação de modelos (ELI et al., 1997). Entre esses fatores, a importância das primeiras relações com o dentista é ressaltada por Possobon, Caetano e Moraes (1998). Esses autores descrevem que "as experiências odontológicas iniciais deveriam ocorrer com um mínimo de trauma físico e psicológico". Milgron, Weinstein e Getz (1995) afirmam que um dos grandes objetivos do tratamento odontopediátrico é desenvolver atitudes positivas nas crianças frente a essa situação, uma vez que é mais difícil e mais caro alterar comportamentos ansiosos.

Na tentativa de buscar uma melhor compreensão das ansiedades comuns ou ansiedades aflitivas intensas, Hertl (1980) classificou-as de acordo com sua origem. Nessa classificação são descritos cinco diferentes tipos de ansiedades, sendo o primeiro tipo denominado ansiedade Vital; tendo como fonte de ameaça, aquela derivada do próprio corpo, como por exemplo: doença. Já o segundo tipo é a ansiedade Real, a qual deriva do ambiente propriamente dito. O terceiro tipo é determinado pela consciência, proveniente do psiquismo e secundária a concepções de si próprio e da interação com o ambiente. O quarto tipo é descrito como ansiedade Existencial, a qual é mal definida e percebida imprecisamente, surgindo quando o indivíduo abandona os domínios instintivos de segurança. Já o quinto e último tipo é a ansiedade Psicótica e neuropatológica, a qual não possui fundamento

psicológico interno, é desencadeada por processos orgânicos internos ou intoxicações e geralmente incompreensíveis no seu conteúdo (KLATCHOIAN, 2002)

No intuito de orientar o profissional no diagnóstico correto da ansiedade, Klatchoian (2002) descreveu os principais sinais ou sintomas dessa angústia, tais como: dilatação da pupila, tremores finos ou de corpo inteiro; secura da boca; palidez; sudorese; taquicardia (pulsação rápida do coração); taquipnéia (respiração curta e acelerada); aumento de pressão arterial; aumento de glicemia, anorexia; espasmos intestinais e diarreia.

De qualquer maneira, é importante resolver o problema que desencadeia a angústia para ela não se tornar crônica e, mais tarde, na puberdade venha a se perpetuar. Manifestações de ansiedade, quando solucionadas satisfatoriamente, são como vacinas que imunizam, preparando a criança para a vida e as tornando menos vulneráveis ao stress. Toda criança, embora completamente diferente umas das outras, têm as mesmas necessidades psicológicas de se sentirem amadas e dignas. Se durante o tratamento de qualquer criança, o profissional tiver como alicerce este princípio, parte da ansiedade infantil estará contornada (CORRÊA, 2002)

O medo odontológico é um dos problemas mais indesejáveis que afetam a clínica odontológica pediátrica (OLIVEIRA; COLLARES, 2009), podendo ser uma barreira para a realização do tratamento, influenciando de forma negativa na saúde bucal das crianças e seu bem-estar (NUTTAL; GILBERT; MORRIS, 2009; SPLIETH et al, 2009).

Segundo Ferreira (1988) o medo é definido como um “sentimento de grande inquietação frente à noção de algum perigo real ou imaginário”. É considerado uma emoção indispensável para a sobrevivência, pois é uma reação do organismo que busca manter sua integridade física ou psíquica.

De modo geral, o medo relacionado à Odontologia pode atingir cerca de um quinto das crianças (CHAPMAN; KIRBY-TURNER 1999). Em uma amostra de crianças suecas de 4 a 11 anos de idade, 6,7% apresentaram medo de dentista (KLINGBERG 1995). Em adolescentes brasileiros, verificou-se que 5,7% apresentavam alto índice de medo de dentista. O medo está fortemente associado à pouca idade da criança, medos gerais e medo do dentista, além de medo da própria

mãe. Na população infantil, não parece haver diferença entre os sexos com relação ao medo (KLINGBERG; BERGGREN; NORÉN, 1994)

O ambiente familiar é o causador da maioria dos temores e problemas relacionados ao medo: superproteção, ansiedade, rejeição, preocupação e apreensão exageradas dos pais são atitudes que frequentemente interferem como gatilhos do medo.

Segundo Klatchoian (1993), a origem do medo relacionado ao consultório odontológico está concentrado em experiências passadas, do próprio paciente, ou mesmo passada ao paciente, proveniente de medos vividos na infância, através da mãe, ou pessoas que cuidaram da criança, e medo de médicos, outros profissionais da saúde e hospitais.

Com relação ao medo do dentista, podemos ter como causa, o medo objetivo, caracterizado como experiência pessoal pregressa desagradável com conseqüente elaboração da própria criança. Nestas primeiras experiências pessoais, sempre existe a interferência da ansiedade familiar. Crianças que passaram por experiências desagradáveis ou tratamento médico demorado e sofrido tendem a manifestar mais medo do ambiente e tratamento dentário (SANDRINI, 1995).

Sandrini (1995) afirma ainda que o outro tipo de medo descrito na literatura é o medo subjetivo, obtido através de informações de adultos ou crianças maiores, como por exemplo, as histórias frequentemente relatadas por pessoas próximas à criança.

Outros aspectos também devem ser levados em conta com relação à etiologia do medo, tais como a educação da criança, ameaças que podem levar a fobias, e por fim a contaminação, na qual o medo contagia a criança por meio de convivência e imitação (CORRÊA, 2002).

Segundo Corrêa (2002), os medos das crianças pequenas, decorrentes de suas próprias limitações, desaparecem gradativamente com a maturação e por elas se habituarem às experiências que antes as assustavam. Os psicólogos afirmam que no máximo 5% das crianças que tem manifestações constantes de medo necessitam de algum tipo de terapia.

Existem algumas técnicas empregadas na Psicologia que também podem ser utilizadas pelo Cirurgião Dentista capacitado no intuito de tratar o medo odontológico, tais como: descondicionamento do medo, em que é possível lançar mão da associação a experiências prazerosas diante de situações traumáticas; Exposição gradativa, por meio de atitudes de apoio e segurança, aos fatores que desencadeiam o medo; Psicoterapia lúdica, em que são utilizados brinquedos e jogos com orientação e embasamento em filosofias psicológicas, podendo ser individual ou em grupo (KLATCHOIAN, 2002)

A prevalência de medo/ansiedade pode ser considerada elevada na clínica Odontopediátrica (GEÓRGIA; COLARES, 2004), sendo oportuno que o cirurgião-dentista institua estratégias de controle do comportamento, favorecendo o estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente e sucesso dos procedimentos clínicos propostos (SANART et al.,2001). A construção deste relacionamento não é meramente um procedimento técnico, mas o conhecimento da criança e o tratamento desta como um indivíduo único e com direito ao respeito (KLATCHOIAN, 2002).

### **3.3 Padrões de Comportamento Infantil**

O comportamento da criança é determinado por uma série de fatores variáveis. A idade, o sexo, o seu relacionamento com os pais, a maturidade da criança, a abordagem do odontopediatra, suas experiências passadas e muitos outros influenciam as suas reações. Com uma gama de fatores tão diferentes e tão variáveis, é esperado que a alteração de um ou mais destes afete o seu comportamento. Conhecer esses fatores é de fundamental importância para o odontopediatra que busca acompanhar o desenvolvimento de seu paciente (TOLEDO, 1996).

A avaliação do comportamento infantil baseia-se principalmente na observação do paciente. Por isso, é necessário que o profissional tenha tempo para conhecê-lo. De acordo com Klatchoian (2000), temperamento é uma característica genética, hereditária, e tem características que podem ser abafadas, reforçadas ou exacerbadas, de acordo com o meio em que se vive. Em odontopediatria existe um triângulo de temperamentos interagindo, que diz respeito ao temperamento do odontopediatra, dos pais e ao da criança. Estes fatores estão tão intimamente

ligados que qualquer dificuldade no entendimento de um deles irá transtornar todo o relacionamento entre os três.

Segundo Wright (1975), existem três tipos de padrões de comportamento infantil em odontopediatria. O primeiro padrão é mais comum e é o chamado cooperativo, e corresponde a aproximadamente 75% dos pacientes. O segundo padrão é o da falta de capacidade de cooperação, no qual se encontram os bebês e os pacientes especiais. As técnicas de controle de comportamento encontram sua maior indicação no terceiro padrão, que é o do comportamento potencialmente cooperativo, onde se encontram as crianças classificadas como difíceis.

Segundo Klatchoian (2002), o comportamento cooperativo inclui a maioria das crianças que se apresentam no consultório odontológico. São crianças que dialogam com o cirurgião dentista, demonstram sua curiosidade, assimilam de forma positiva os procedimentos necessários a serem realizados e seguem as devidas instruções propostas no andamento da consulta.

Para Costa (1998), a criança que coopera entra no consultório sorrindo, senta-se na cadeira sem provocar a menor contrariedade, coopera com os procedimentos odontológicos e geralmente provém de um lar onde há disciplina e amor envolvido.

Embora a maioria das crianças que comparecem ao consultório odontológico seja cooperativa, esse comportamento cooperador pode ser alterado caso ela não esteja suficientemente preparada para os procedimentos clínicos (KLATCHOIAN, 2002; TOLEDO, 2005). Pois, não somente o comportamento da criança, mas também a postura do profissional e o manejo inadequado dos instrumentos interferem na execução dos procedimentos odontológicos (TEM BERGE; VEERKAMP, 1999).

Já no padrão classificado como falta de capacidade cooperativa, Klatchoian (2002) refere-se a um grupo de pacientes que apresenta dificuldades em estabelecer uma boa comunicação com o dentista e/ou em compreender a natureza ou o porquê dos procedimentos a serem realizados. Dessa forma são incluídas neste grupo as crianças de pouca idade (abaixo de três anos) e aquelas com deficiências físicas ou mentais, que limitem severamente sua capacidade de

compreensão e comunicação. O tratamento nestes casos é geralmente realizado com o uso de agentes farmacológicos para sedação ou sob anestesia geral, ou apenas com o uso de restrição física.

O comportamento potencialmente não cooperativo inclui crianças que impõem problemas para a realização e conclusão dos procedimentos odontológicos e está subdividido em seis padrões, assim descritos:

Comportamento tímido ou envergonhado: é expresso frequentemente por crianças mais novas (3-4 anos), particularmente na primeira consulta. Muitas vezes é resultante de ansiedade da criança quanto ao exercício odontológico e de como se espera que ela aja no consultório. Em muitos casos, a ansiedade da criança faz com que ela não preste atenção ao dentista e, neste caso, as explicações e instruções devem ser dadas calma e vagarosamente, e repetidas quando necessário. Uma vez que a criança adquira confiança no dentista e se familiarize com o novo ambiente, ela passa a ter maior autoconfiança e torna-se um excelente paciente, permitindo que se execute o tratamento necessário, participando e comunicando-se com o profissional (KLATCHOIAN, 2002)

Já no comportamento de cooperação tensa, Klatchoian (2002) afirma que a criança na maioria das vezes tem intenção de cooperar, porém obviamente apresenta-se assustada, por diversos fatores associados, tais como: encontrar-se em uma situação nova, novo ambiente, novo adulto (dentista), ou até mesmo por ter recebido, de outras pessoas, informações desagradáveis e pouco animadoras a respeito de dentistas. Esta criança estará muito concentrada e de olho em tudo o que está se passando a sua volta, em alguns momentos com as mãos travadas, agarrando-se ao braço da cadeira odontológica. Frequentemente, esta criança aceita o tratamento, podendo chorar em momentos de maior ansiedade, como por exemplo, durante a aplicação da anestesia.

Já o comportamento incontrolado é caracterizado principalmente por crianças que choram muito, apresentam crises de birra, chutes e acessos de raiva. A origem é o medo excessivo, proveniente de experiências anteriores traumáticas, ou devido a informações recebidas de familiares e amigos, geralmente muito negativas e desagradáveis a respeito da odontologia. Por isso, é de fundamental importância que o dentista descubra qual o real motivo que levou aquela criança a se comportar

de tal maneira e a partir daí estabelecer um plano de tratamento e a melhor conduta a seguir. No comportamento rebelde ou teimoso, a criança que geralmente em idade próxima à adolescência, manifesta-se dessa forma com o intuito de protesto contra o controle que os adultos exercem sobre a sua pessoa. Na maior parte das vezes, a criança cerra os dentes ou dá respostas como “eu não quero tratar meus dentes” ou “eu não quero abrir minha boca”. Também é comum nesta faixa etária a negligência com a higiene pessoal e escovação dos dentes. É uma fase caracterizada por muitas modificações tanto físicas como emocionais. Diante desse comportamento, o dentista deverá procurar uma comunicação sensível e adequada, buscando se aproximar cada vez mais da criança ou adolescente. (KLATCHOIAN, 2002).

O comportamento tipo choro contínuo faz com que a criança permita o tratamento, mas chore durante todo o processo, podendo ser um choro compensatório para dar vazão a sua ansiedade. O cirurgião-dentista deve ser compreensivo e saber que mesmo com choro é possível estabelecer um bom relacionamento com a criança, mas deve avaliar também seus próprios limites e disposição pessoal em aceitar e conviver com o choro. Por fim, no comportamento estoico, a criança se apresenta com extrema passividade e aceitação ao tratamento mesmo em momentos de maior ansiedade, não apresentando nenhum sinal de desconforto diante de tratamentos invasivos. Ao perceber este tipo de comportamento o profissional deve ficar atento a sinais de maus tratos e negligência (KLATCHOIAN, 2002).

### **3.4 Técnicas de Controle do Comportamento**

Segundo os ensinamentos de Seger (1988), técnicas de controle de comportamento são a principal arma de trabalho do odontopediatra. São elas que o diferenciam do clínico geral no tocante à capacidade de prover atendimento a crianças muito novas, portadoras de deficiência, amedrontadas, rebeldes ou com algum distúrbio comportamental que dificulte o seu tratamento. As técnicas aversivas de controle comportamental são utilizadas para o manejo de crianças insensíveis às técnicas convencionais, como o diga-mostre-faça e o controle de voz.

O controle de comportamento infantil é um componente integral na prática de Odontopediatria. Com o passar do tempo, tem diminuído a ênfase no uso de

restrições e drogas pesadas, e aumentado a necessidade de envolver os pais no processo de decisão/realização do tratamento (CORRÊA, 2002)

Uma vez que a criança estiver no consultório para tratamento, ela dependerá não só do preparo prévio efetuado pelos pais, como também da habilidade do odontopediatra e sua equipe em manejá-la.

O uso de contenção física tem sido aceito e bastante tolerado em crianças, como justificativa para o atendimento de pacientes não cooperadores. Por contenção física devemos entender desde o uso de um abridor de boca até a restrição de movimentos, seja por uso de macas e equipamentos especiais (MaCri, papoose board, pacote pediátrico), a chamada contenção passiva, ou pela apreensão dos braços e pernas do paciente, a contenção ativa (TILLISS, 1993).

Seger (1988) afirma que as técnicas de controle do comportamento são utilizadas para instalar, manter, extinguir ou ainda aumentar a frequência de comportamentos dos pacientes para que se obtenha um resultado satisfatório no tratamento. Devem ser utilizadas para permitir um relacionamento tranquilo para ambos, paciente e profissional, e não apenas para tornar o paciente “bonzinho” ou “quietinho”.

Segundo Wright (1995) existem inúmeras técnicas de manejo que podem ser usadas em situações em que há necessidade de intervenção odontológica. Neste trabalho serão abordadas algumas técnicas que demonstraram ser mais efetivas.

### **3.4.1 Técnicas Não Farmacológicas de Controle do Comportamento**

O gerenciamento do comportamento do paciente infantil faz-se necessário, para viabilizar o atendimento odontológico, de forma a proporcionar segurança à criança e tranquilidade ao seu acompanhante. Técnicas não farmacológicas de controle do comportamento são usadas em odontopediatria com esta finalidade, sendo as mais usadas: comunicação verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, comunicação não verbal, reforço positivo, distração, presença ou ausência dos pais e contenção física.

Colares (2000) define a comunicação verbal como a expressão verbal dos procedimentos. Já a comunicação não verbal corresponde ao reforço às orientações



de comportamento pelo contato, postura, expressão facial e linguagem corporal adequados (CORRÊA; MAIA, 2001).

De acordo com Klatchoian (2002), o reforço positivo significa ajustar o comportamento do paciente com estímulos sociais adequados como na recepção calorosa e o elogio. O primeiro passo do odontopediatra é estabelecer o rapport ou comunicação personalizada, por meio de uma atitude natural e amigável. É muito importante reconhecer a criança como um ser único, individual, usando palavras que tenham significado para ela. Neste ponto, é imperativo diferenciar as diversas 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, por exemplo, o resultado de um jogo de futebol, ou um comentário sobre a última grande festa da região. Já quando a abordagem está direcionada à criança nova, uma forma adequada seria, por exemplo: -“Que lindo brinco de coraçãozinho!”; - “De tênis novo e roupa nova, que chique!”. Tocar no ombro é uma atitude calorosa, assim como colocar-se ao nível dos olhos da criança também pode favorecer o relacionamento.

A técnica de dessensibilização consiste em colocar a criança num estado de relaxamento, expondo-a gradualmente aos procedimentos odontológicos, e tem como objetivo fazer o paciente sentir-se confortável e calmo, diminuindo a ansiedade (GONÇALVES; SAGRETTI; BROGES, 1993; PANSANI; BALSELLS; ROCCA, 1997).

Em odontologia, a técnica de dessensibilização empregada é a técnica conhecida originalmente por TSD, sigla que vem do idioma inglês, que significa: Dizer-Mostrar-Fazer (BARENIE; RIPA, 1977)

A técnica Dizer-Mostrar-Fazer, preconizada por Addelston em 1959, tem como objetivo criar consciência na criança em relação ao tratamento odontológico. Pode ser utilizada como um novo treinamento do paciente que tem encontrado dificuldade para manejar uma situação odontológica, também podendo ser aplicada para crianças que serão submetidas a uma primeira consulta odontológica. É um treinamento que se inicia na primeira consulta do paciente, na qual há troca de aprendizado entre profissional e paciente. O profissional deve estar com sua equipe, demonstrando todos os instrumentais usados no procedimento, explicando sua função de forma adequada e coerente com a idade do paciente. A verdade deve ser

a palavra chave dessa conversa para que se crie uma relação de confiança entre paciente-profissional (PANSANI; BALSELLS; ROCCA, 1997; KLATCHOIAN, 1998; GUEDES-PINTO; MIRANDA, 2003).

Este método equivale à coluna vertebral da fase educacional para a preparação de um paciente pediátrico dental relaxado e receptivo. A técnica é simples e geralmente funciona. Antes de começar qualquer manobra deve-se explicar à criança o que será feito, e mostrar através de algum tipo de simulação o que vai ocorrer. O autor ressalta que a escolha das palavras é importante na técnica do “dizer, mostrar e fazer”. O êxito consiste no dentista utilizar um vocabulário substituto para seus aparatos e procedimentos que a criança possa entender.

Esta técnica consiste em apresentar aos poucos à criança alguns elementos do consultório odontológico, oferecendo-lhes explicações verbais dos procedimentos odontológicos, numa linguagem simples para ela. Envolve ainda a demonstração visual, auditiva, tátil e olfatória dos mesmos procedimentos (CORRÊA, 2002).

Segundo Mc Liveen apud Trindade (1996), a melhor técnica na abordagem da criança para se conseguir um bom controle de comportamento é a técnica Dizer-Mostrar-Fazer. Esta técnica é mais usada pelos dentistas para se relacionar com as crianças de uma maneira informal. Porém não é muito efetiva para aliviar a ansiedade do paciente.

A técnica de distração, tem como significado distrair a atenção do paciente para que este não perceba ou vivencie um procedimento desagradável. Para Vianna (1998) apud Klatchoian (2002) entende-se por atenção e concentração da atividade consciente em um determinado objeto, palavra, fato presente ou fato passado ressurgido pela memória.

### **3.5 Contenção Física**

Segundo Barbosa e Toledo (2003), a contenção física ou estabilização de segurança é a restrição da liberdade de movimento do paciente para diminuir os riscos de injúria durante o tratamento, melhorando a qualidade do atendimento odontológico. Esta técnica requer o consentimento prévio informado dos pais.

A contenção física é indicada para pacientes não cooperativos, diante do insucesso de outras técnicas não farmacológicas de controle do comportamento. A contenção realizada por pessoas, bem como pelo uso de envoltórios de tecidos de faixas requerem uma explicação prévia aos pais e à criança, para que esta não perceba este procedimento como uma agressão ou castigo por não estar colaborando com o atendimento.

De acordo com Tavares et. al. (2000) a contenção física pode variar desde o ato de auxiliar apoiar delicadamente a mão sobre as mãos da criança, até a contenção completa do corpo. Este método é indicado para crianças que não entendem o ato odontológico por serem jovens demais (menores de três anos), com retardo mental, pacientes com defeitos físicos tais como paralisia atetóide, crianças apreensivas que tornam difícil o próprio controle e, ainda para crianças que necessitam de tratamento de emergência.

Wolf (2002), afirma que estes procedimentos tem por objetivo impedir que os pacientes sofram danos por causa da movimentação corporal desordenada. Os adeptos das técnicas restritivas, equivocadamente, entendem que a criança, quando muito pequena, não registra os acontecimentos vividos e que portanto, a experiência não terá efeitos negativos futuros.

### **3.5.1 Técnica da Mão Sobre a Boca/ Hand Over Mouth Exercise (HOME)**

O primeiro relato na literatura a descrever a técnica de mão-sobre-a-boca (MSB) foi de Jordan (1929) apud Levitas (1974), que indicava o uso de guardanapo sobre a boca da criança que estivesse gritando e relutando contra o tratamento.

De acordo com Levitas (1974), a técnica da mão-sobre-a-boca pode ser descrita da seguinte maneira: a partir do momento em que o profissional diagnostica a necessidade e viabilidade da aplicação da técnica, ele deve colocar sua mão firmemente sobre a boca da criança, com o cuidado de não restringir sua respiração e dizer a ela, num tom baixo, suave e próximo ao seu ouvido: “Se você quer que eu tire a minha mão, você deve parar de gritar e me escutar. Eu quero somente falar com você e olhar seus dentes”. Depois de poucos segundos isto é repetido, seguido de “Você está pronto para que eu tire a minha mão?”. Quase que invariavelmente a criança faz movimento afirmativo com a cabeça e a mão é removida. Se a criança

persiste em continuar com o comportamento inadequado, o procedimento deve ser repetido.

Pinkhan et. al (1996) afirma que está técnica não busca assustar a criança, mas sim obter a sua atenção e silêncio para que possa escutar o dentista. Para ele, a técnica da “mão-sobre-a-boca” continua sendo algo controverso, por razões óbvias, e diz que as contraindicações incluem crianças incapacitadas, imaturas e sob medicação cuja compreensão às ordens do dentista, se encontra comprometida.

A técnica está indicada para crianças saudáveis, capazes de entender e cooperar, mas que elegem uma atitude ruidosa, de desafio e de esquiva comportamental histérica. Está contraindicada em crianças incapazes de entender as razões dos procedimentos odontológicos devido à idade, à incapacidade mental, ao uso de medicamentos e à maturidade emocional (KLATCHOIAN, 2002)

Ainda segundo Klatchoian (2002), é importante ressaltar que esta técnica possui várias restrições, pois só deve ser usada por clínicos experientes e ainda assim em situações especiais. A mão-sobre-boca e outras contenções severas não deveriam ser usadas na prática odontopediátrica, exceto durante uma urgência. Técnicas de recursos extremos como esta geralmente não são empregadas sem emoção, especialmente quando o profissional está frustrado e raivoso.

Um trabalho realizado por Newton et al. (2004) avaliou o ponto de vista de 179 dentistas especialistas em odontopediatria no Reino Unido com relação à utilização da técnica da mão sobre de boca, através de um questionário. Aproximadamente 60% dos entrevistados relataram que o HOME (Hand Over Mouth Exercise) nunca deveria ser usado (106 indivíduos, 59,2%). Aqueles que aprovaram o uso do HOME sugeriram que a técnica deveria ser usada apenas em casos de comportamento histérico e birra (57 respondentes, 32%). O uso de contenção física foi aprovado para determinados pacientes com deficiência por 110 indivíduos (62%); e para pacientes muito jovens por 69 entrevistados (39%). Vinte e quatro por cento da amostra de entrevistados considerou que não haveria consequências psicológicas por uso do HOME ou contenção física dos pacientes; porém, 91 entrevistados (51%) consideraram que o HOME resultaria em medo do tratamento odontológico pelos pacientes infantis.

Ainda segundo Junior et al. (2005) a técnica da mão-sobre-a-boca deveria ser abolida, evitando o risco de suposta agressão físico-psíquica ao paciente e até mesmo aos pais, impossibilitando, nesta circunstância específica, eventual responsabilização do cirurgião-dentista pelo uso da técnica. Os autores discutem quais são os danos e quais as possibilidades de produzirem-se durante a utilização da técnica; a violação dos direitos da criança pela utilização da técnica; a validade do consentimento dado pelos pais do paciente; e por fim, a responsabilização do cirurgião-dentista face ao risco e ocorrência de danos frente à legislação internacional, à Constituição Federal, à legislação ordinária, à deontologia da profissão e aos princípios bioéticos da beneficência, não maleficência e justiça.

Conforme Olivieri e Alves (2001), apesar de haver, na literatura, uma série de técnicas de controle de comportamento, observa-se que a chave para o sucesso está em estabelecer uma comunicação positiva com as crianças e seus pais.

## 4 CONCLUSÃO

É indispensável que o profissional tenha um bom conhecimento, tanto teórico como prático, que possibilite o gerenciamento do comportamento do paciente infantil de forma a proporcionar segurança à criança e tranquilidade ao seu acompanhante. Para isso, é de fundamental importância que o odontopediatra conheça seu paciente, principalmente no que diz respeito aos aspectos psicológicos envolvidos. Esse momento de “conhecer o paciente” deve ser realizado logo nas consultas iniciais e deve incluir explicações convincentes sobre o tratamento que será realizado, além de informar aos pais/responsáveis que possíveis imprevistos podem ocorrer no decorrer do mesmo, havendo a necessidade de utilização de técnicas de controle comportamental.

As técnicas aversivas de controle do comportamento devem ser utilizadas somente quando outros métodos comportamentais se mostrarem ineficazes, lembrando-se que ao utilizá-las, é necessário a obtenção do consentimento dos pais ou responsáveis pela criança, respeitando-se os aspectos éticos e legais e possibilitando assim o sucesso no atendimento infantil.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, V. C. S. de A. O Medo e a ansiedade em Odontologia. **Rev. APCD**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 11-12, 1992.

ARAGONE, P. N.; VICENTE, S. P. Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica aplicados à relação criança-família-dentista. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê**, v.2, n.5, p. 23-27, 1998.

BARBENIE, I. T.; RIPA, L. W. The use of behavior modification techniques to successfully manage the child dental patient. **JADA**, v. 94, n. 12, p. 329-334, Feb. 1977.

BARBOSA, C. S. A.; TOLEDO A. O. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em Odontopediatria. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebe**, v. 6, n. 29, p. 76-82, 2003.

CHAPMAN, H. R; KIRBY-TURNER. Dental fear in children: a proposed model. **Br Dent J**, v.187, n.8, p. 408-412, Oct. 1999

COLARES V. **A condução terapêutica psicológica da criança no consultório odontológico**. In: ROSENBLATT, A. Clínica Odontopediátrica. Protocolo de atendimento clínico. Recife: EDUPE, 2000. p. 35-41.

COSTA, C. A. **Odontopediatria**. 5 ed. Rio de Janeiro: Cientifica, 1962.

COSTA, I. C. De onde vem o medo? **J Brasileiro de Odontologia Clínica**. v. 2, p.6-7, 1998.

CORRÊA M.S.N.P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Editora Santos. 2002.

CORRÊA, M. S. N. P.; FERNANDES, F. R. C.; TRINDADE, C. P. **Ansiedade**. In: CORRÊA, M. S. N. P. Sucesso no atendimento odontopediátrico - Aspectos psicológicos. São Paulo: Santos, 2002, p. 175-184.

CORRÊA, M. S. N. P, MAIA, M. E. S. **Técnicas de abordagem. Crianças de 0 a 3 anos de idade**. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 2001. p. 165-178.

COUTINHO, M. T. C. **Psicologia da criança: da fase pré-natal aos 12 anos**. 2.ed. São Paulo: Interlivros de Minas Gerais, 1978. 65p.

ELI, L., UZIEL, N., BATH et al. Antecedents of dental anxiety: Learned responses versus personality traits. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. v. 25, n. 3, p. 233–237, 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988. 687p.

FREUD, S. **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Standard Brasileira, 1976.

GEÓRGIA, C., COLARES, V. Prevalência de medo e/ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. **Rev. Odonto Ciência**. v. 19, n. 46, p. 348-353, 2004.

GIRON, M. C. C. **Fundamentos psicológicos da prática odontológica**. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1988.

GONÇALVES, S. E. M.; SAGRETTI, O. M. A.; BROGES, A. M. C. Método em Odontopediatria: por que e do que as crianças têm medo do tratamento odontológico: técnicas de condicionamento através do toque sutil. **Rev. Paul. Odontol.**, v. 4, n. 3, p. 35-40, Fev.1993.

GUEDES-PINTO, A. C. **Técnicas Psicológicas utilizadas em Odontopediatria**. In: \_\_\_\_\_. Odontopediatria. 6 ed. São Paulo: Santos, p. 136, 1997.

GUEDES-PINTO, A. C.; MIRANDA I. A. D. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 2003. p. 127-135.

GUTHRIE, A. Separation anxiety: an overview. **Pediatr Dent**. Chicago, v.19, n.7, p.486-490, Jul. 1997.

JUNIOR, C. L.; CARVALHO, S. P. M.; SILVA, R. H. A. et al. **Arq Ciênc Saúde**. v.12, n.2, p.97-101, abr./jun. 2005.

KLATCHOIAN, D. A. O comportamento da criança como elemento chave em Odontopediatria. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do bebê**. São Paulo, v. 1, n. 4, p. 102-109, out./dez. 1998.

KLATCHOIAN, D. A. Aula ministrada ao curso de Especialização em Odontopediatria. Escola de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Brasileira de Odontologia – **Seção D.F.** 2000.

KLATCHOIAN, D. A. **A relação Dentista-Paciente**. In: KLATCHOIAN, D. A. Psicologia Odontopediátrica. São Paulo: Editora Santos, p. 13-29, 2002.

KLATCHOIAN, D. A. **Em Busca da Participação e Colaboração da Criança no Atendimento Odontopediátrico**. In: KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 263-285.

KLATCHOIAN, D. A. **A Noção de Temperamento e o Comportamento Infantil no Consultório Odontológico**. In. KLATCHOIAN D. A. Psicologia Odontopediátrica. São Paulo: Editora Santos, p. 243- 254. 2002.



KLATCHOIAN, D. A.; TOLEDO, A. O. **Aspectos Psicológicos na Clínica Odontopediátrica**. In: Odontopediatria: Fundamentos para a prática Clínica. São Paulo: Ed. Premier; 2005; p. 54-72.

KLATCHOIAN, D.A. **Desvios Psíquicos na Infância**. In: SEGER, L.; GALLO M. A. Psicologia Odontopediátrica. São Paulo, p. 196. 2002

KLATCHOIAN, D. A. **Técnicas para adaptação do Comportamento da Criança no Atendimento Odontopediátrico**. In: NORONHA, J. C. Psicologia Odontopediátrica. São Paulo, p. 296-297. 2002

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.; NORÉN, J. G. Dental fear in na urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. **Community Dent Health**, v.11, n.4, p.208-214, Dec.1994.

KLINGBERG, G. Dental fear and behavior management problems in children. **Swed Dent J**, v.103, Supp, p. 1-78, 1995.

LEVITAS, T. C. Home-hand over mouth exercise. **J Dent Child**. Chicago, v.41, n.3, p.178-182, May./June. 1974.

MAHLER, M. S. **A simbiose humana e as subfases do processo de separação-indivduação**. In: MAHLER, M. S. et al. O nascimento psicológico da criança. Tradução de RUSSO, J.A. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. Cap.2, p.57-150.

MILGRON, P.; WEINSTEIN, P.; GETZ, T. (1995). Treating fearful dental patients, Washington: University of Washington in Seattle.

MUSSELMAN, R. J. Considerations in behavior management of the pediatric dental patient: helping children cope with dental treatment. **Pediatr Clin North Am, Philadelphia**, v.38, n.5, p.1309-1324, Oct. 1991.

NEWTON, J. T.; PATEL, H.; SHAH, S. et al. Attitudes towards the use of hand over mouth (HOM) and physical restraint amongst paediatric specialist practitioners in the UK. **Int J Paediatr Dent**. v. 14, n. 2, p. 11-117, Mar. 2004.

NUTTAL, N. M.; GILBERT, A.; MORRIS, J. Children`s dental anxiety in the United Kingdom in 2003. **J. Dent, Amsterdam**, v.36, n.1, p. 857-860, 2009.

OLIVIERI, J. L. S.; ALVES. M. U. Controle de comportamento. A chave para o sucesso em Odontopediatria. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 1, n. 3, 2001.

OLIVEIRA, M. M; COLARES, V.; CAMPIONI, A. Ansiedade, dor e desconforto relacionado à saúde bucal em crianças menores de 5 anos. **Odontologia Clín Científ**. v. 8, p. 47-52, 2009.

OLIVEIRA, M. M.; COLARES V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. **Cad Saúde Pública**. v.25, p.743-750, 2009.

PANSANI, C. A.; BALSELLS, J.; ROCCA, R. A. **Psicologia e motivação**. In: Balsells J. Odontopediatria: procedimentos clínicos. São Paulo: Premier, 1997. p. 27-43.

PENIDO, R. S. **Psicoterapia comportamental na prática odontológica**. In: LETTNER, H. W.; RANGÉ, B. P. Manual de psicoterapia comportamental. São Paulo: Editora Manole Ltda, 1987.

PINKHAN, J. R.; CASAMASSINO, P. S., FIELDS, J. R. et al. **Odontopediatria da infância à adolescência**. 2 ed. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1996.

POSSOBON, R. F.; CAETANO, M. E. S.; MORAES, A. B. A. Odontologia para crianças não colaboradoras: relato de casos. **Rev. Bras. Odontol.** v. 55, n. 2, p. 80-8, 1998.

RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M. Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. **J Bras Odontopediatria Odontol. Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.70-74, jan./fev. 2003.

SANART, H.; ARAD, P.; HANAUER, D. et al. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. **Pediatr Dent.** v.23, n.4, p.337-42, 2001.

SANDRINI, J. C. Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica. **Rev. Odontopediátrica**, v.4, n.3, p. 109-118, Jul./ Set. 1995.

SANDRINI, J. C.; BONACIN JÚNIOR, P.; CHRISTÓFORO, L. R. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**. v. 3, p. 75- 89,1998.

SEGER, L. **Psicologia e odontologia: uma visão integradora**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1998. 165p.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A; AMBROSANO, G. M. Medo e ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesqui. Odontol. Bras.** v. 14, p. 131-136, 2000.

SPLIETH, C.; BÜNGER, B.; PINE, C. Barriers for dental treatment of primary teeth in East and West Germany. **Int J Paediatr Dent**, v.19, p.84-90, 2009.

TAVARES, M. J. et. al. Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e restrição física. **Revista ABO Nac.**, Porto Alegre. v. 8, n. 2, p. 296-301. Abr./ Maio 2000.

TEM BERGE M.; VEERKAMP J. Dentist's behavior in response to child dental fear. **J Dent Child.** v.66, p.36-40, 1999.

TILLIS, T. S. Behavior management techniques in predoctoral and postdoctoral pediatric dentistry programs. **J Dent Educ**, Washington, v.37, n.3, p.232-238, Mar. 1993

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo. 1996.

TRINDADE, C. P. **Conduta clínica e psicológica em odontopediatria**. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, 1996. 126 p.

WOLF, S. **Psicologia no consultório Odontológico**. 2. ed. São Paulo: Arte & Ciência Editora, 2002. 174p.

WRIGHT, G. Z. **Behavior management in dentistry for children**. Philadelphia: Saunders, 1975. 266p.