



Artigos originais

Inclusão de Crianças na Escolha de Estratégias de Manejo Comportamental em Odontopediatria

Children's inclusion in decision-making of Pediatric Dentistry behavior management techniques

Renata Andréa Salvitti de Sá Rocha¹
Gustavo Sáttolo Rolim²
Antonio Bento Alves de Moraes³

¹Professora, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande. Patos, PB- Brasil

²Professor, Universidade Federal de Juiz de Fora. Governador Valadares, MG - Brasil

³Professor, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP- Brasil

Resumo: O objetivo foi avaliar a participação de crianças em decisões sobre estratégias comportamentais em odontopediatria. Participaram três dentistas e três crianças em 6 sessões com 1.) o uso de procedimento preparatório com fantoche para ensino das estratégias: Dizer-Mostrar-Fazer, Estruturação do Tempo, Suporte, Participação Ativa, Distração, Relaxamento; e 2.) um procedimento de escolha das estratégias. Registrou-se os comportamentos por amostragem de evento e calculou-se a probabilidade das estratégias serem seguidas de colaboração ou não colaboração. As três crianças fizeram escolhas sobre o uso de estratégias, que foram atendidas pelos profissionais nas sessões subsequentes. Os dados sugerem que crianças com 5 a 6 anos são capazes de participar do processo de escolha de estratégias a serem utilizadas em tratamentos.

Palavras-chave: odontopediatria, comportamento, tomada de decisão.

Abstract: The aim was to assess children's participation in decisions about behavior strategies in pediatric dentistry. Three dentists and three children participated in 6 sessions, with 1.) use of preparatory procedure with toy puppet to teaching of the strategies: Tell-Show-Do, Time Structuring, Support, Active Participation, Distraction, Relaxation; and 2.) a decision-making procedure of the strategies. The behaviors were registered by event sampling and the probability of strategies to be followed by collaboration or non-collaboration was calculated. The three children made choices about behavior management and were attended by the professionals in the subsequent sessions. Data suggests that 5 to 6 years old children are capable to participate of the decision-making process about their treatment.

Keywords: pediatric dentistry, behavior, decision making.

1. Introdução

O paciente, com problemas de saúde bucal, necessita da intervenção qualificada de um profissional habilitado. Estas intervenções incluem instrumentos bem como ações técnicas que muitas vezes são percebidas como adversas pelos pacientes. Esta exposição do paciente a situações de tratamento pode ser agravada caso não exista a oportunidade para o ensino de respostas eficientes de enfrentamento, o que pode gerar uma maior probabilidade de respostas indicadoras de ansiedade e comportamentos não-colaborativos¹.

A psicologia da saúde, área de conhecimento e intervenção específica da psicologia, visa à promoção da saúde, a prevenção de doenças a manutenção de comportamentos saudáveis². Trata-se uma área de conhecimento que agrega pesquisas e serviços derivados da Psicologia que são aplicados de modo multidisciplinar as mais

diversas áreas da saúde como: a Medicina, a Enfermagem, a Odontologia, etc. A psicologia da saúde aplicada em odontologia constitui um conjunto de conhecimentos teóricos e técnicos utilizado para a avaliação, controle e modificação de comportamentos de indivíduos e familiares em situações de tratamento odontológico. Um dos principais objetivos da psicologia da saúde aplicada em odontologia é a disponibilização de estratégias que promovam a aquisição de comportamentos saudáveis. Para tanto, cabe ao profissional planejar situações facilitadoras para o ensino de respostas de adesão e de estratégias de enfrentamento de situações adversas em saúde. Nos atendimentos de crianças que não permitem a realização de rotinas invasivas, pode ser feito um treinamento de adaptação às exigências do tratamento³.

Uma maneira de possibilitar tal treinamento para crianças que apresentam respostas de medo ou ansiedade é pela implementação de atividades lúdicas previamente estruturadas. Estas atividades podem ter objetivos de entretenimento, ensino ou terapia. Com relação ao ensino de estratégias de enfrentamento em saúde, o treinamento busca facilitar a aquisição de respostas que permitam a realização dos procedimentos técnicos necessários para a recuperação da doença ou da manutenção da saúde. O termo enfrentamento, do inglês coping, representa um processo de mudança comportamental com o objetivo de modificar, tolerar ou reduzir as demandas ambientais. Este processo envolve a história de aprendizado da pessoa e das contingências presentes no contexto de cuidado, que poderão influenciar o modo como o indivíduo lida com as demandas ambientais^{4,5}.

Cuidadores, pais e profissionais, podem, desta maneira, influenciar seus filhos a enfrentarem situações de saúde percebidas como adversas. O uso de atividades lúdicas é um treinamento frequente na área da saúde para o ensino de respostas de enfrentamento. Este treino é utilizado em hospitais e ambulatórios, especialmente por meio de brinquedos e brincadeiras, como o uso de bonecos que representam a família, o paciente e a equipe hospitalar; como também instrumentos cirúrgicos em miniaturas e roupas similares às da equipe profissional⁶.

Floravante; Soares et al⁷ sugerem que o uso das estratégias lúdicas também promovem a familiarização da criança com o ambiente odontológico e com os procedimentos a serem adotados. Esta apresentação dos instrumentos e equipamentos propicia uma redução de respostas emocionais e a emergência de comportamentos colaborativos, devido à apresentação de estímulos novos ou desconhecidos. Os autores apontam que os estudos na área ainda não são conclusivos, dado que a apresentação pode muitas vezes aumentar a frequência de respostas de ansiedade e medo.

Além da utilização de procedimentos lúdicos, para facilitar a aquisição de estratégias de enfrentamento da situação em contextos de tratamento odontológico, tem sido valorizado a participação do paciente no processo de tomada de decisão em tratamentos⁸. Parece que esta prática ainda não foi totalmente incorporada pelos profissionais da área de odontologia⁹. Possivelmente, as condições específicas de tratamentos e serviços odontológicos ainda apresentem algumas dificuldades para a incorporação dos conhecimentos da psicologia da saúde aplicada a odontologia, mesmo com toda a história de produção científica e tecnológica comum entre estas duas áreas.

Pressupõe-se que a criança que participa ativamente de decisões durante o tratamento odontológico adquire controle, ou, pelo menos, aprende a observar os eventos relacionados a procedimentos invasivos de modo a se ajustar as exigências típicas do tratamento³. O aumento da participação, ouvir e respeitar as opiniões de pacientes pediátricos pode promover uma maior autonomia para as crianças. Esta autonomia é limitada e cabe ao profissional saber incentivar a participação nas decisões

possíveis sobre que procedimento clínico ou psicológico a deve ser realizado. Porém a decisão final cabe ao profissional que deve estar atento ao o interesse imperativo da promoção de saúde do paciente^{10,11}.

Considerando-se que as decisões em odontologia não se limitam apenas à escolha dos procedimentos técnicos, materiais e instrumentos a serem utilizados, mas, também, à escolha das estratégias de manejo de comportamentos de paciente. A escolha técnica comportamental deve respeitar o conhecimento científico e clínico produzido na interface da Psicologia e Odontologia¹². Diversos trabalhos avaliam a aplicação de técnicas comportamentais adequadas ao atendimento de crianças. No entanto, não foram identificados estudos que avaliam os efeitos comportamentais da inclusão do paciente odontopediátrico em processos de tomada de decisão sobre o próprio tratamento.

Sabe-se que existem estudos sobre a tomada de decisão nas especialidades pediátricas, porém não foi possível até o presente momento identificar um estudo sistemático que identifique claramente os efeitos da inclusão da criança, exposta a tratamento odontológico, em processos de tomada de decisão sobre o manejo do próprio comportamento, bem como os efeitos sobre os demais indivíduos envolvidos na situação de tratamento odontológico.

2.Objetivos

Identificar escolhas da criança sobre estratégias de manejo de comportamento, após uma situação de atividade lúdica planejada, apresentada pelo cirurgião-dentista (Dizer-Mostrar-Fazer, Distração, Participação Ativa, Estruturação do Tempo, Relaxamento e Suporte a serem utilizadas durante o tratamento odontológico); identificar se o cirurgião-dentista atende às escolhas da criança; e determinar a probabilidade de ocorrência de estratégias de manejo seguidas de comportamentos da criança.

3.Percurso Metodológico

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da FOP-UNICAMP, sob o protocolo nº 017/2006. Os participantes desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram selecionados para este estudo três crianças e três dentistas, especialistas em Odontopediatria (critério de inclusão para profissionais). Os critérios de inclusão, para crianças, foram: (a) possuir entre 5 e 6 anos de idade; (b); (b) apresentar necessidade de tratamento odontológico que demandassem, no mínimo, de 6 sessões de tratamento; (c) possuir história recente (no máximo 6 meses antes) de não-colaboração com tratamento odontológico; (d) apresentar comportamentos classificados como "D", ou seja, não colaborador, na escala de Avaliação do Comportamento de Stark et.al¹³, nas duas primeiras sessões do estudo. O profissional recebia um roteiro, um dia antes de cada sessão de atendimento, com instruções sobre o modo de realização das sessões e rotinas odontológicas, e lia, junto com o pesquisador, 30 minutos antes da sessão.

Cada cirurgião-dentista (CD) atendeu uma criança, e foram realizadas seis sessões para cada díade (CD-criança). O intervalo entre as sessões foi semanal e estas foram gravadas em vídeo no formato digital. A câmera de vídeo ficava em um dos cantos da sala de atendimento, sobre um tripé em cima de uma bancada. Em todas as sessões, para possibilitar a comunicação do pesquisador com o cirurgião-dentista, foi utilizado um sistema de ponto eletrônico, garantindo-se o cumprimento de todas as

etapas do procedimento de pesquisa. O pesquisador poderia lembrar o cirurgião-dentista sobre algum item do procedimento que não estivesse sendo cumprido, além de informar o momento de encerramento da sessão.

Realizou-se imediatamente antes do horário previsto para o início da sessão, uma preparação de 10 minutos de duração, que consistia em uma atividade lúdica planejada, com simulação de estratégias comportamentais, realizada com um fantoche de pelúcia com arcada dentária de borracha, instrumentos odontopediátricos de tamanho reduzido e com ponta romba, uma seringa anestésica com tubete contendo água e sem agulha, um pote plástico pequeno com dentifrício, um motor de alta rotação sem brocas, um motor de baixa rotação com escova de Robinson, seringa tríplex, sugador, um espelho de mão, luvas de procedimento, máscara, gorro e óculos de proteção.

Na atividade lúdica planejada o cirurgião-dentista oferecia à criança a opção de atuar como dentista ou paciente. O dentista representava o papel não escolhido pela criança e apresentava situações que caracterizavam o uso de seis estratégias de manejo de comportamentos, a saber: (a) dizer-mostrar-fazer (descrever instrumentos e/ou materiais odontológicos, nomeá-los e solicitar permissão para execução da rotina odontológica); (b) estruturação do tempo (informar a duração, em segundos, de uma rotina odontológica, e, ao realizá-la, contar os segundos em voz alta); (c) suporte (disponibilizar a opção do acompanhante segurar a mão do paciente durante a realização do tratamento); (d) participação ativa (disponibilizar a possibilidade do paciente segurar o espelho de mão, sugador ou outro instrumento odontológico); (e) distração (solicitar ou oferecer-se para cantar músicas ou contar histórias); e (f) relaxamento (interromper execução de rotina odontológica e instruir a criança a realizar procedimento de respiração cadenciada).

Para a atividade lúdica planejada, o indivíduo que fosse representar o cirurgião-dentista (CD) ficava sentado no mocho à direita da cadeira odontológica. Ficavam disponíveis, na mesa auxiliar ao lado deste mocho, os instrumentos odontopediátricos, seringa tríplex e motores descritos acima. O paciente (tigre de pelúcia) ocupava a cadeira odontológica, e o indivíduo que fosse representar o paciente ficava no mocho à esquerda da cadeira odontológica. O CD foi instruído a apresentar comportamentos que caracterizassem as 6 estratégias de manejo de comportamentos, uma a uma, a partir do início da simulação de uma rotina odontológica

O Procedimento de Escolha foi realizado da seguinte forma:

(1) Oferecimento de opções: o CD instrua a criança para que escolhesse duas estratégias de manejo para o próprio tratamento, por meio do seguinte roteiro: (a) **Perguntar à criança:** “- você pode escolher uma ou duas atividades para fazermos agora quando eu tratar seus dentes: posso mostrar os instrumentos, você pode segurar espelho e sugador, posso cantar música ou colocar no rádio, você pode levantar a mão para respirar, sua mãe (ou acompanhante) pode segurar sua mão, posso contar o tempo”; (b) **Pergunte para a criança se ela entendeu a pergunta e peça para ela repetir. A seguir peça para ela escolher.**

(2). Estabelecimento de uma ou duas estratégias: se a criança não escolhesse, o CD deveria repetir as opções para a criança e solicitar, novamente, que escolhesse duas estratégias de manejo a serem utilizadas. Se, ainda assim, a criança não escolhesse, o CD deveria sugerir duas estratégias, escolhidas aleatoriamente. As estratégias escolhidas deveriam ser obrigatoriamente implementadas pelo CD na sessão de tratamento odontológico subsequente, porém, o CD estava autorizado a utilizar outras estratégias de manejo também, caso achasse necessário.

Com o início da sessão de atendimento odontológico, se a criança não colaborasse em até 10 minutos, a sessão era encerrada. O CD era instruído a não realizar punições verbais, ameaças ou contenção física. Todas as sessões foram planejadas e conduzidas tecnicamente de modo usual, ou seja, não foram testados novos materiais ou técnicas de tratamento. Na primeira sessão foram previstas as seguintes rotinas odontológicas: anamnese, treino de escovação, profilaxia, exame clínico e aplicação tópica de flúor. Caso a criança não permitisse o atendimento na primeira sessão, o CD deveria realizar as rotinas previstas na primeira sessão, bem como o tratamento restaurativo previsto para a segunda sessão. Se a criança não permitisse o atendimento na segunda sessão, o CD deveria fazer tentativas de realização das etapas iniciais e do tratamento restaurativo previsto para a terceira sessão, e assim sucessivamente.

Para a observação dos comportamentos dos CDs e das crianças foi utilizada a técnica de registro de Amostragem de Evento. Esta técnica é realizada a partir de observação e registro de todos os eventos comportamentais ocorridos em um determinado contexto. Deste modo, cada evento comportamental foi caracterizado como o início do uso de uma estratégia de manejo pelo profissional durante o tratamento seguido da resposta da criança após o uso da estratégia. O evento comportamental poderia ou não compreender a realização da atividade clínica odontológica. Foram elaboradas categorias de comportamentos dos participantes, como Colaboração (dada a ocorrência de uma estratégia comportamental a criança permite a realização da atividade clínica planejada), Não Colaboração (dada a ocorrência de uma estratégia comportamental a criança impede ou dificulta a realização da atividade clínica) ou Mudança Comportamental (dada a ocorrência da estratégia comportamental a criança passa impedir e a dificultar, mas em seguida passa a colaborar com a realização do procedimento).

A escolha por utilizar a técnica de registro de eventos comportamentais devido ao fato da unidade de medida ser o próprio comportamento e não o intervalo de tempo. “Esta técnica é usualmente aplicada a comportamentos que ocorrem com baixa frequência e/ou com pouca regularidade, suprimindo uma das limitações da Amostragem de Tempo”¹⁴.

O protocolo de observação por Amostragem de Evento (Apêndice 2) consistiu na identificação e registro do número de eventos comportamentais que caracterizassem o uso de estratégias de comportamentos do CD em cada rotina odontológica e as respostas subsequentes da criança a cada evento comportamental, durante o tratamento. O registro foi sequencial por rotina e sessão odontológica.

Os dados foram registrados em planilhas do software EXCEL (versão 7.0). Foi realizado o registro de cada rotina odontológica: **Entrada - EN** (condução do paciente à cadeira odontológica e paramentação do dentista com gorro, luvas e máscara); **Exame Clínico - EC** (realização de diagnóstico, prognóstico e plano de tratamento das necessidades clínicas do paciente); **Profilaxia - PRO** (remoção de biofilme dentário com motor de baixa-rotação, escova de Robinson e pasta profilática); **Aplicação Tópica de Flúor -ATF** (aplicação de flúor gel sobre o esmalte dos dentes); **Tomada Radiográfica -RX** (realização de tomada radiográfica intrabucal para obtenção de raio X periapical ou interproximal) **Anestesia Tópica - AT** (aplicação de pomada anestésica para analgesia de mucosa em que será realizada punção), **Anestesia Infiltrativa - AI** (punção e injeção de droga anestésica visando analgesia de dentes e/ou tecidos periodontais); **Isolamento Absoluto - IA** (acomodação de Arco de Otsby com lençol de borracha e grampo no dente a ser tratado, para que fique isolado da presença de saliva), **Preparo Cavitário - PC** (remoção de cárie utilizando colher de dentina e motor de alta e baixa rotação); **Restauração RE** (inserção de material restaurador no dente).

Dois observadores independentes fizeram o registro de 100% das sessões realizadas. Os índices de concordância entre observadores foram de 96%.

Realizou-se a determinação da probabilidade incondicional e condicional das sequências de eventos comportamentais (estratégias) seguidas das respostas das crianças (colaboração, não colaboração e mudança comportamental). A compreensão da probabilidade condicional implica em observar que, por exemplo, dada uma sequência de eventos ABBACCABBAAABABC, observamos a ocorrência de 16 eventos diferenciados entre A, B e C, sendo que a frequência absoluta (probabilidade incondicional) de A é sete, B seis e C três. A probabilidade incondicional de A, isto é, a probabilidade de ocorrência desse evento considerando a totalidade dos eventos apresentados é calculada por $p(A) = \text{frequência absoluta de A} / \text{número total de eventos}$, portanto $p(A) = 7/16 = 0,44$. A probabilidade incondicional de B é representada por $p(B) = 6/16 = 0,37$ e a de C $p(C) = 3/16 = 0,19$. Em razão de A apresentar a maior frequência absoluta, A é então selecionado como evento critério. Para se estabelecer a probabilidade condicional todas as sequências de estratégias de manejo ocorridas em todas as sessões de atendimento de cada criança, foram consideradas como um *continuum*.

Para este estudo, a probabilidade de A ocorrer após a apresentação de A foi verificada com probabilidade condicional através da expressão $p(A \text{ seguido de } A / \text{Total de eventos})$, ou seja, contagem do número de vezes que A seguiu A dividido pelo número total de eventos da sessão. Desta maneira, a probabilidade de A-A neste exemplo seria de $2/16 = 12,5\%$ (PA-A/Total de eventos). A probabilidade condicional de B ocorrer após a apresentação de A é calculada através da expressão $p(A-B / \text{total de eventos})$ ($3/16 = 0,18$). As comparações entre probabilidade condicional e incondicional dos eventos A e B a partir do evento critério A, indicam para B, a probabilidade condicional (A-B) é maior que a condicional A-A, sugerindo então, as chances de B ocorrer após A são maiores que as chances A-A ocorrer. Dessa forma, foi determinada a probabilidade de ocorrência de determinadas categorias de respostas do dentista diante das instâncias de comportamento do paciente.

4. Resultados

Na Tabela 1 observa-se a Probabilidade Incondicional da ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD1 e P1 em cada sessão e rotina odontológica, nas situações de Colaboração, Não-Colaboração e de Não-Colaboração seguida de Colaboração da criança.

Nesta secção optou-se por apresentar os resultados das sessões em que procedimento preparatório de simulação foi empregado. Na Tabela 1 observa-se a Probabilidade Incondicional da ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD1 e P1 em cada sessão e rotina odontológica, nas situações de Colaboração, Não-Colaboração e de Mudança Comportamental da criança.

Tabela 1 - Probabilidade Incondicional da ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD1P1 da 3ª a 6ª sessão de atendimento restaurativo e rotina odontológica em cada sessão, por episódio comportamental seguidos de Colaboração, Não-Colaboração, e de Mudança Comportamental

CD1P1	n=46	C					NC				NC-C			Total			
		Sessões		Rotinas		DM	DT	ET	PA	RL	DM	ET	PA		RL	DM	PA
Sessão 3 (n=4)	Entrada	-	-	-	-	-	4%	2%	-	2%	-	-	-	-	-	-	9%
Sessão 4 (n=17)	Exame	-	-	-	4%	-	-	-	-	-	2%	4%	-	-	-	-	11%
Escolha: DM	Profilaxia	4%	7%	-	2%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13%
	Anestesia Tópica	-	-	-	-	-	4%	-	2%	-	-	-	-	-	-	-	7%
	Anestesia Infiltrativa	-	-	-	-	-	2%	-	-	-	-	4%	-	-	-	-	7%

Sessão 5 (n=13)	Anestesia Tópica	-	-	-	-	-	2%	-	-	-	-	2%		
Escolha: Todas	Anestesia Infiltrativa	-	2%	-	-	2%	7%	4%	-	2%	4%	2%	2%	26%
Sessão 6 (n=12)	Anestesia Tópica	-	-	7%	2%	2%	-	-	-	-	-	-	-	11%
Escolha: PA ,DM	Anestesia Infiltrativa	-	-	-	-	-	4%	9%	-	-	2%	-	-	15%
Total		4%	9%	7%	9%	4%	22%	17%	2%	4%	9%	11%	2%	100%

Legenda: n= número de ocorrências; **C**= Colaboração da criança; **NC**=Não-Colaboração da Criança; **MC**= Mudança Comportamental; **DM**=Dizer-Mostrar-Fazer; **DT**=Distração; **ET**=Estruturação do Tempo; **PA**=Participação Ativa; **RL**=Relaxamento.

Na Tabela 1. observa-se na primeira coluna que o Participante 1 (P1) realizou escolhas em todas as sessões de tratamento (da 3ª a 6ª sessão), e que houve preferência pela estratégia Dizer-Mostrar-Fazer (DM), escolhida em todas as sessões. Na 5ª sessão, P1 escolheu as seis estratégias de manejo, para serem utilizadas em seu tratamento. Pode-se observar, também, que P1 não colaborou na 3ª sessão de tratamento, não permitindo a realização da rotina Entrada. Nas sessões subseqüentes, P1 passou a aceitar outras rotinas odontológicas, como Profilaxia, Anestesia Tópica e Infiltrativa, mas o tratamento não foi concluído em nenhuma sessão. A estratégia de maior probabilidade incondicional, para esta díade foi DM (35%, somando-se o percentual de DM nas colunas C, NC e MC). Em ordem decrescente de probabilidade foram encontradas as estratégias: Estruturação do tempo (ET=24%), Participação ativa (PA=22%), Relaxamento (RL=11%) e Distração (DT=9%).

Os eventos comportamentais seguidos de mudança comportamental (MC) com s com maior frequência foram associados à estratégia Participação Ativa (11% de probabilidade de ser seguida de mudança comportamental). Esta estratégia foi seguida de mudança comportamental nas rotinas Exame e Anestesia Infiltrativa, na 4ª e 5ª sessão.

Observa-se na Tabela 2 a Probabilidade Condicional da interação da díade CD1P1, do uso de seqüências de estratégias de manejo ao longo das quatro sessões experimentais de CD1P1.

Tabela 2 - Probabilidade Condicional da interação da díade CD1P1, de ocorrência de seqüências de estratégias seguidas de Colaboração, Não-Colaboração ou Mudança Comportamental da criança.

Seqüência de Estratégias	C	NC	NC-C	Total
DM-DM	2%	7%	4%	13%
DM-ET	-	9%	-	9%
DM-PA	2%	2%	4%	9%
DM-RL	-	2%	-	2%
ET-DM	-	7%	-	7%
ET-ET	2%	4%	-	7%
ET-PA	2%	-	-	2%
ET-RL	4%	2%	-	7%
PA-DM	-	4%	4%	9%
PA-ET	2%	2%	-	4%
PA-PA	4%	-	4%	9%
RL-DM	-	2%	-	2%
RL-ET	2%	2%	-	4%
RL-PA	-	-	2%	2%
RL-DT	2%	-	-	2%
DT-DM	4%	-	-	4%
DT-RL	-	-	2%	2%
DT-DT	4%	-	-	4%
Total	33%	46%	22%	100%

Legenda: C= Colaboração; NC=Não-Colaboração; MC= Mudança Comportamental, de Não-Colaboração para Colaboração. DM=Dizer-Mostrar-Fazer; DT=Distração; PA=Participação Ativa; RL=Relaxamento; ET=Estruturação do Tempo.

Na Tabela 2 verifica-se que há maior probabilidade do uso de algumas sequências de estratégias serem seguidas de mudança comportamental da criança, como: DM-DM (4%), DM-PA (4%), PA-DM (4%), PA-PA (4%), e RL-PA, com menor probabilidade (2%). Observa-se também que a sequência DM-ET tem 9% de probabilidade de ser seguida de não-colaboração.

A Tabela 3 apresenta a Probabilidade Incondicional de ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD2P2 em rotina odontológica das sessões de atendimento do Participante 2.

Tabela 3 - Probabilidade Incondicional da ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD2P2 da 3ª a 6ª sessão de atendimento restaurativo e rotina odontológica em cada sessão, por episódio comportamental seguidos de Colaboração, Não-Colaboração, e de Mudança Comportamental.

CD2P2		n=37	C					NC	NC-C		Total
Sessões	Rotinas		DM	DT	PA	RL	SU	SU	DM	SU	
Sessão 3 (n=2)	Escolha: DT	Tomada Radiográfica	3%	3%	-	-	-	-	-	5%	5%
Sessão 4 (n=12)	Escolha: SU	Anestesia Tópica	3%	-	-	-	-	-	-	-	3%
		Anestesia Infiltrativa	3%	-	-	-	-	-	-	-	3%
		Extração	-	-	3%	-	-	22%	-	3%	27%
Escolha: SU,DT		Anestesia Infiltrativa	-	3%	3%	-	3%	-	-	-	8%
		Extração	-	3%	5%	-	-	-	-	-	8%
Sessão 6 (n=16)	Escolha: SU	Anestesia Tópica	-	-	-	-	-	-	-	3%	3%
		Anestesia Infiltrativa	-	-	-	-	3%	-	-	-	3%
		Anestesia Infiltrativa	-	-	-	-	-	16%	-	-	16%
		Extração	-	-	3%	5%	5%	5%	3%	-	22%
TOTAL			8%	11%	14%	5%	11%	34%	3%	5%	100%

Legenda: n= número de ocorrências; C= Colaboração da criança; NC=Não-Colaboração da Criança; MC= Mudança Comportamental; DM=Dizer-Mostrar-Fazer; DT=Distração; PA=Participação Ativa; RL=Relaxamento; SU=Suporte.

Na Tabela 3, observa-se na primeira coluna que para P2, duas estratégias (Distração e Suporte). Sendo a estratégia Distração escolhida na 3ª e 5ª sessão e a estratégia Suporte da 4ª a 6ª sessão. Na 3ª sessão, a primeira com simulação de atendimento odontológico, P2 colaborou, e foi possível a realização de uma rotina odontológica prevista, a Tomada Radiográfica, com a estratégia Dizer-Mostrar-Fazer (3%) e com a estratégia Distração (3%), escolhida pelo P2. Na quarta sessão, P2 escolheu a estratégia Suporte. P2 colaborou nas rotinas Anestesia Tópica e Anestesia Infiltrativa, com a estratégia Dizer-Mostrar-Fazer (3% dos eventos de todas as sessões) e na Extração com estratégias PA (3%) e SU (3%), e que promoveu mudança comportamental (3%) na rotina Extração. Na 5ª, sessão o tratamento previsto foi concluído. P2 escolheu SU, que ocorreu na Anestesia Infiltrativa (3%) e DT (3% a 5%), nas rotinas Anestesia Tópica, Anestesia Infiltrativa e Extração). Na 6ª sessão, P2 escolheu SU, sendo que esta estratégia ocorreu em 11% nesta sessão. Pode-se verificar que a estratégia com maior probabilidade Incondicional foi SU (59%, somando-se os percentuais das colunas C, NC e NC-C), seguida de PA (14%), DM e DT (ambos com 11%) e RL (5%).

Na Tabela 3 pode-se observar, na 3ª sessão, que P2 escolheu DT e o CD utilizou a estratégia escolhida em 3% do total dos eventos comportamentais. Observou-se que DM também produziu mudança comportamental (3%) na 6ª sessão, na rotina Extração.

A Tabela 4 apresenta a Probabilidade Condicional na interação da díade CD2P2, de ocorrência de sequências de estratégias seguidas de Colaboração, Não-Colaboração ou Mudança Comportamental da criança.

Tabela 4 – Probabilidade Condicional na interação da díade CD2P2, de ocorrência de sequências de estratégias seguidas de Colaboração, Não-Colaboração ou Mudança Comportamental da criança.

Sequência de Estratégias	C	NC	NC-C	Total
SU-SU	3%	38%	3%	43%
SU-PA	3%	-	-	3%
SU-DM	-	-	3%	3%
SU-DT	3%	-	-	3%
SU-RL	5%	-	-	5%
PA-SU	3%	3%	3%	8%
PA-PA	3%	-	-	3%
PA-DT	3%	-	-	3%
DM-SU	3%	-	-	3%
DMPA	3%	-	-	3%
DM-DM	3%	-	-	3%
DM-DT	3%	-	-	3%
DT-SU	3%	-	-	3%
DT-PA	3%	-	-	3%
DT-DM	3%	-	-	3%
DT-DT	3%	-	-	3%
RL-SU	-	3%	-	3%
RL-PA	3%	-	-	3%
Total	49%	43%	8%	100%

Legenda: C=Colaboração; NC=Não-Colaboração; MC=Mudança Comportamental, de Não-Colaboração para Colaboração; DM=Dizer-Mostrar-Fazer; DT=Distração; PA=Participação Ativa; RL=Relaxamento; SU=Suporte.

Pode-se verificar, na Tabela 4, que há maior Probabilidade de serem seguidas de mudança comportamental da criança as sequências de uso de estratégias SU-SU (3%) e SU-DM (3%). No entanto, há 38% de probabilidade de SU-SU ser seguida de não colaboração.

Para P2, a colaboração foi condição propícia ao uso de variações de estratégias pelo CD. Com a não-colaboração da criança, o CD fez uso de SU-SU por mais vezes, mas

esta combinação foi ineficaz em 38% do total de ocorrências, e eficaz em apenas 3% destas.

A Tabela 5 apresenta a Probabilidade Incondicional da ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD3P3 em cada sessão e rotina odontológica, nas situações de Colaboração, Não-Colaboração, e de Não-Colaboração seguida de Colaboração.

Tabela 5 - Probabilidade Incondicional da ocorrência das estratégias de manejo de comportamentos na interação de CD3P3 da 3ª a 6ª sessão de atendimento restaurativo e rotina odontológica em cada sessão, por episódio comportamental seguidos de Colaboração, Não-Colaboração, e de Mudança Comportamental.

CD3P3	n=39	C					NC	NC-C	Total
		DM	DT	ET	PA	SU			
Sessões	Rotinas								
Sessão 3 (n=11) Escolha: PA,ET	Anestesia Tópica	-	-	3%	3%	-	-	5%	
	Anestesia Infiltrativa	-	-	3%	-	-	-	3%	
	Isolamento Absoluto	8%	-	-	-	-	-	8%	
	Restauração	3%	-	3%	8%	-	-	13%	
Sessão 4 (n=12) Escolha: PA,ET	Exame Clínico	-	-	3%	3%	-	-	5%	
	Anestesia Tópica	-	-	3%	-	-	-	3%	
	Anestesia Infiltrativa	-	-	5%	-	3%	3%	10%	
Sessão 5 (n=13) Escolha: PA,ET	Exame Clínico	-	-	-	3%	-	-	3%	
	Anestesia Tópica	-	-	5%	3%	-	-	8%	
	Anestesia Infiltrativa	-	-	3%	-	-	-	3%	
	Preparo Cavitário	-	-	8%	5%	-	-	13%	
	Restauração	3%	-	5%	-	-	-	8%	
Sessão 6 (n=16) Escolha: PA,ET	Anestesia Tópica	-	-	-	3%	-	-	3%	
	Anestesia Infiltrativa	3%	-	-	-	5%	-	8%	
	Isolamento Absoluto	5%	-	-	3%	-	-	8%	
	Restauração	-	3%	-	-	-	-	3%	
Total		21%	3%	38%	28%	8%	3%	100%	

Legenda: n= número de ocorrências; C= Colaboração da criança; NC=Não-Colaboração da Criança; MC= Mudança Comportamental DM=Dizer-Mostrar-Fazer; DT=Distração; ET=Estruturação do Tempo; PA=Participação Ativa; SU=Suporte.

Na Tabela 5, observa-se que P3 escolheu as estratégias PA e ET, em todas as sessões, e estas estratégias foram as mais utilizadas em todas as sessões (total de 38% para ET e 28% para PA). Todas as sessões tiveram tratamento concluído, exceto a 4ª sessão, em que ocorreram apenas as rotinas Exame Clínico, Anestesia Tópica e Anestesia Infiltrativa.

Pode-se observar (Tabelas 5) que para P3, não ocorreram mudanças comportamentais decorrentes do uso de estratégias. Em situações de não-colaboração foi utilizada apenas a estratégia Suporte, na rotina Anestesia Infiltrativa da 4ª sessão (3%). Para P3, a colaboração foi condição propícia ao uso de variações de estratégias pelo CD, já que em momentos de colaboração da criança, todas as estratégias de manejo ocorreram.

5. Discussão

Todos os Participantes fizeram escolhas de estratégias de manejo e também passaram a utilizar outras estratégias durante o andamento das sessões. Foram observadas preferências na escolha de algumas estratégias de manejo de comportamentos (Tabela 1, 3 e 5).

Estudos sobre comportamentos de escolha em pesquisa de análise do comportamento geralmente quantificam escolhas e preferências utilizando contingências nas quais os reforços são previstos, programados e seguem esquematização específica. Deve-se considerar que em estudos de psicologia aplicada à saúde é difícil controlar todos os estímulos ambientais dentro e fora dos momentos de pesquisa, como também conhecer toda a história de reforçamento relevante de cada indivíduo¹⁵.

Neste estudo foi possível detectar preferências por determinadas estratégias de manejo de comportamentos em todos os casos. Porém é difícil saber qual foi o estímulo reforçador que pode ter influenciado as escolhas de preferências por determinadas estratégias de manejo, dado o planejamento da pesquisa. Uma possível solução seria a realização de entrevistas com as crianças ao final do atendimento para investigação de motivos para as escolhas realizadas.

Os resultados indicaram que P1 passou a colaborar em algumas situações odontológicas que não aceitava previamente, como passar pela Anestesia Tópica e Exame Clínico, logo na primeira sessão em que foi aplicado o procedimento preparatório. Novas respostas de enfrentamento podem ter ocorrido, pois o procedimento preparatório é um meio de adquirir informações e se familiarizar com eventos inerentes às rotinas de tratamento. Estes resultados estão de acordo com as observações de Soares et al.¹⁶, de que o fornecimento prévio de informação facilita a aquisição e a manutenção de comportamentos colaborativos com o tratamento.

Na 4ª sessão, P1 passou a permitir a realização de Profilaxia e Anestesia Tópica, porém não permitiu a Anestesia Infiltrativa, até a última sessão de tratamento. Possivelmente, P1 pode ter emitido comportamentos de não colaboração pela sensação provocada pela punção, que passou a ter função aversiva condicionada (Tabela 1). De acordo com Megel et al.¹⁷, as crianças respondem à experiência dolorosa de maneiras diversas e identificam as punções com agulhas como os procedimentos mais dolorosos a serem enfrentados no contexto do tratamento médico. Além disso, crianças podem adquirir medo dada a experiência de dor¹⁸. Ainda, para Versloot et al.¹⁹ a experiência prévia desagradável e dolorosa com punção anestésica pode dificultar sessões subsequentes de tratamento, pois a seringa anestésica pode se tornar um estímulo aversivo condicionado.

Para P2 foi possível a realização de radiografia, rotina classificada como não invasiva no estudo de Cardoso²⁰. A radiografia, apesar de classificada como não invasiva, apresentava caráter aversivo para P2. Na quarta sessão, P2 passou a aceitar procedimentos considerados muito invasivos, como a Extração²⁰, o que pode ser considerado um ganho no aprendizado de comportamentos de enfrentamento de P2. Deve-se considerar que a criança aprende em cada situação e que a aversividade de cada evento é uma relação aprendida e não uma característica inerente e imutável dos estímulos. Embora seja possível inferir que em uma situação específica (anestesia infiltrativa) seja mais provável a experiência aversiva do que em outras (radiografia)²¹.

P3 foi considerado como não colaborador nas duas sessões iniciais deste estudo, conforme os critérios de inclusão estabelecidos na seção Método. Colaborou nas

sessões 3ª, 5ª e 6ª, porém, não houve colaboração na 4ª sessão. Para que fosse possível saber os reais motivos de não colaboração desta sessão, seria necessário investigar as variáveis de contexto deste paciente além das existentes no momento do tratamento, pois cada paciente passa por uma história específica de condições de estímulos, ficando seus comportamentos sob o controle de diferentes variáveis⁷. Pode-se inferir que a criança, durante a anestesia infiltrativa, tenha sentido dor ou desconforto e impedido a realização da rotina anestesia infiltrativa (Tabela 5). Esta suposição relaciona-se a utilização da estratégia Suporte na rotina anestesia infiltrativa na 3ª e 6ª sessão de atendimento. Nesta rotina específica, existe a solicitação para o cuidador amparasse a criança. Observou-se que na terceira sessão esta estratégia foi ineficaz, porém na sexta sessão esta mesma mostrou-se como uma estratégia facilitadora e promotora de respostas de enfrentamento. Supostamente, o suporte do cuidador nesta rotina permitiu que a criança enfrentasse uma condição potencialmente aversiva.

A maior probabilidade incondicional observada a partir da interação do CD1 e do P1 foi a ocorrência do evento comportamental DM. Observou-se também que a sequência DM-ET teve probabilidade de ser seguida de não-colaboração (9%), para a díade CD1P1. Deste modo, percebe-se que se fosse realizada apenas a o cálculo de frequência de uso de estratégias, a estratégia DM, ocorrida com maior frequência, receberia maior atenção nesta análise, e poderia haver a opção de utilizá-la mais vezes nas sessões seguintes. No entanto, ao se realizar o cálculo de probabilidades a partir da evidenciação de comportamentos da criança decorrentes do uso de estratégias, notou-se que PA e as estratégias combinadas com PA também deveriam ser utilizadas nas sessões seguintes, pois produziram mudanças comportamentais da criança (Tabela 2). Portanto, a técnica de amostragem por eventos seguida do cálculo de Probabilidades mostrou-se como um método promissor por ser de fácil execução em ambiente clínico, sendo útil para o planejamento de intervenções psicológicas específicas para cada paciente, além de permitir a detecção de padrões comportamentais distintos. Por exemplo: Pode-se detectar maior probabilidade de serem seguidas de mudança comportamental de P2 as sequências de uso de estratégias SU-SU (3%) e SU-DM (3%). No entanto, há 38% de probabilidade de SU-SU ser seguida de não colaboração. Para este caso, portanto, uma solução seria utilizar a sequência SU-DM.

Desta forma, a análise de comportamentos utilizada neste estudo mostrou-se como um recurso passível de ser aplicado em situação clínica por profissionais de Odontologia. O profissional pode, por exemplo, solicitar a um auxiliar de atendimento, previamente treinado, que faça a observação da sessão e o registro em uma tabela, durante o tratamento, da rotina odontológica em execução, da estratégia utilizada e da resposta da criança frente ao uso da estratégia (colaboração, não colaboração ou mudança comportamental).

Com a metodologia empregada, foi possível detectar modificações nos padrões de comportamento das crianças ao longo das sessões e as sequências de estratégias que apresentam maior probabilidade de serem seguidas de mudança comportamental da criança, trazendo ganhos no que diz respeito ao planejamento do uso de estratégias psicológicas adequadas a cada caso.

Apesar de, em algumas sessões de tratamento, não ter ocorrido a finalização do tratamento propriamente dita, pode-se dizer que o procedimento preparatório foi efetivo no aumento da frequência de uso das estratégias comportamentais de enfrentamento das crianças, que passaram a aceitar algumas rotinas odontológicas (Tabelas 1, 3, e 5). Este resultado está de acordo com o pressuposto de que o sucesso do manejo do paciente não pode ser simplesmente medido pela conclusão de um procedimento odontológico específico, mas pela avaliação da frequência de comportamentos colaborativos que a criança apresenta ao longo das sessões de tratamento²². Esta

informação é importante tanto para os pais/cuidadores, quanto para o cirurgião-dentista, pois pode ser reforçadora para ambos, já que a percepção de fracasso, produzida por altas expectativas com relação à execução do tratamento, pode ser um fator de punição, levando à diminuição da frequência de comportamentos colaborativos das crianças na sessão.

Os resultados deste trabalho também corroboram as afirmações de Moraes, et al.,¹ de que a aplicação de condições promotoras de desenvolvimento ao ambiente de cuidados em Odontopediatria (como o uso de atividade lúdica estruturada com o objetivo de ensinar novos padrões comportamentais) pode facilitar a execução de rotinas odontológicas curativas, de modo a garantir uma maior participação ativa e voluntária da criança. Os resultados deste trabalho apontam para uma maneira de promover mudanças ambientais, orientadas por princípios éticos e biopsicossociais, em que seja possível o ensino de respostas de enfrentamento e uma participação maior da criança perante os eventos inerentes à situação de tratamento odontológico. Além disso, este trabalho aponta também para uma maneira de detectar eventos comportamentais importantes para planejamento do uso de estratégias psicológicas, como modificações nos padrões de comportamento das crianças ao longo das sessões e sequências de estratégias que apresentam maior probabilidade de serem seguidas de mudança comportamental da criança.

A pesquisa na interface Psicologia e Odontologia apresenta limitações quanto ao controle de variáveis inerentes ao contexto, como interferência dos cuidadores, que podem prometer brindes pelo bom comportamento, fazer referência ao tratamento como algo aversivo, ou falar com a criança durante a pesquisa, trazendo variáveis adicionais. Também há dificuldades para se conseguir um número significativo de voluntários, e para adaptar horários disponíveis dos dentistas, dos cuidadores e das crianças, para presença e assiduidade às sessões de pesquisa.

Há também dificuldades na obtenção do comprometimento dos voluntários com muitas sessões de atendimento. Por isso, esta pesquisa, entre outras^{7,23}, apresenta número limitado de sessões experimentais por paciente. Devido a este fator, muitas vezes, não é possível a verificação de mudanças comportamentais que ocorrem com os participantes ao longo do tempo, considerando também a forma de análise utilizada. Observa-se também a escassez de estudos longitudinais para avaliação de processos de desenvolvimento em Odontologia, que avaliem o impacto e as consequências comportamentais do uso de estratégias, em longo prazo, para os pacientes²³.

Existem dificuldades com relação ao isolamento de variáveis a serem testadas. Neste estudo foi avaliado o efeito de um conjunto de estratégias atrelado a procedimentos preparatórios, uma concepção ligada à realidade clínica. Na literatura, preconiza-se que seja feita uma combinação de técnicas de manejo^{18,23}, por se tratar da proximidade das condições do estudo à realidade clínica. Quando se utiliza uma combinação de estratégias de manejo, em vez de uma única estratégia, a possibilidade de detectar o que realmente produziu os resultados torna-se mais complexo. Caso uma das estratégias testadas, ou mais de uma (e neste caso, quais seriam), ou ainda, se o conjunto, como um todo. Esta problemática é comum em estudos que avaliam um conjunto de variáveis¹⁵. Porém, com a formulação de novos delineamentos de linha de base múltipla possa ser possível a identificação dos efeitos de estratégias sobre os comportamentos alvo.

Ainda quanto ao delineamento metodológico do estudo, houve o procedimento de escolha, e o dentista deveria utilizar as estratégias de manejo escolhidas, mas havia liberdade para utilizar outras estratégias. Desta forma, pôde-se verificar a ocorrência de outras estratégias além das escolhidas, evidenciando o fato de que as crianças

passaram, ao longo das sessões, a solicitar e iniciar mais estratégias de manejo. Pode-se inferir o aprendizado ocorrido pelas informações fornecidas pelo procedimento preparatório. Metodologicamente, o ideal seria que o dentista utilizasse apenas as estratégias escolhidas no procedimento de escolha. Porém, por tratar-se de um estudo que tem como foco o aspecto ético de incentivo à participação da criança, seria incoerente não realizar uma estratégia solicitada ou iniciada pela criança durante o tratamento.

6. Considerações Finais

O presente estudo identificou alguns efeitos da inclusão da criança em um processo de participação ativa sobre a tomada de decisão relacionada ao manejo do próprio comportamento quando submetidas a atendimento odontológico. As crianças apresentam capacidade de escolher estratégias de manejo e essas parecem ser regulares ou indicam certa preferência por determinada forma de estratégia.

Pode-se afirmar, também, que o dentista mostrou-se sensível às escolhas das crianças, porém seu repertório comportamental não se limitou apenas em seguir os acordos feitos com as crianças. Aparentemente, o comportamento do dentista mantém-se sob controle das outras contingências ambientais e de sua própria história profissional.

Durante as interações foi possível identificar também algumas regularidades entre o uso de estratégias pelo dentista e o comportamento das crianças, um recurso útil para verificar a relação funcional do responder desta díade. A partir da descrição comportamental pode-se inferir quais interações deveriam ser incentivadas ou eliminadas para um melhor manejo das respostas da criança.

Esta forma de análise de comportamentos é um recurso passível de ser aplicado para detectar modificações nos padrões de comportamento na interação CD-criança e propiciar um planejamento mais objetivo do uso de estratégias psicológicas adequadas a cada caso.

Agradecimentos

Estudo financiado pelo CNPq, Processo número 141790/2006-7.

Referências Bibliográficas

1. Moraes ABA, et al. Psicologia pediátrica aplicada à odontologia. In: Crepaldi MA, Linhares MBM, Perosa GB. (org.) *Temas em psicologia pediátrica*. 1ª Edição. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006. p. 219- 57.
2. Straub RO. Psicologia da saúde - uma abordagem biopsicossocial. 3ª Edição. 2014. p.1-23.
3. Costa Junior AL. Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. In: Dessen MA, Costa Junior AL (org.) *A ciência do desenvolvimento humano*. 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005. p. 171-89.
4. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag; 1984, 456 pp.
5. Rushforth, H. Practitioner Review: Communicating with Hospitalized Children: Review and Application of Research Pertaining to Children's Understanding of Health and Illness. *J child psychol psychiatry* 1999; 5: 683-91.

6. Mussa C, Malerbi, FEK. O impacto da atividade lúdica sobre o bem estar de crianças hospitalizadas. *Psicol teor prá* 2008; 10: 83-93.
7. Fioravante DP, et al. Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Estud psicol* 2007; 24: 267-77.
8. Jackson C et al. A systematic review of decision support needs of parents making child health decisions. *Health expect* 2008; 11: 232-51.
9. Piko BF, Kopp MS. Paradigm shifts in medical and dental education- Behavioural sciences and behavioural medicine. *Eur j dent educ* 2004; 8: 25-31.
10. Twycross A, et al. Guidance on seeking agreement to participate in research from young children. *Paediatr nurs* 2008; 20: 14-8.
11. Machado MS, et al. Participação dos pais na tomada de decisões no atendimento odontológico de seus filhos. *Rev odontol univ cid sao paulo* 2009; 21: 38-47.
12. Quinonez RB, Nelson T. Pediatric behavior guidance in the 21st century workshop c report – advocacy and policy. *Pediatr dent* 2014; 36(2):158-60.
13. Stark LJ et al. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *J appl behav anal* 1989; 22: 297-307.
14. Dessen MAC, Borges LM. Estratégias de observação do comportamento em psicologia do desenvolvimento. In: Romanelli G, Biasoli-Alves ZM (org.), *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. 1ª Edição. Ribeirão Preto: Legis Summa; 1998 p. 31-49.
15. Todorov JC, Hanna ES. Quantificação de escolhas e preferências. In: Abreu-Rodrigues J, Ribeiro MR (org.) *Análise do comportamento: pesquisa, teoria, e aplicação*. 1ª Edição. Porto Alegre: Art Med. 2004; p. 159-67.
16. Soares MRZ, Sabião, LS, Orlandini TF. A criança hospitalizada: a importância da informação. *Pediatr mod*, 2009; 45: 156-59.
17. Megel ME, et al. Children's responses to immunizations: Lullabies as a distraction. *Comprehensive pediatric nursing*. 1998; 21: 129.
18. Moraes ABA, et al. Medo de dentista: ainda existe? In: Guilhardi H. (org.). *Sobre comportamento e cognição*. Santo André, SP: ESETec. 2004. p. 171-78.
19. Versloot J, et al. Children's self-reported pain at the dentist. *Pain* 2008; 137: 389-94.
20. Cardoso CL. (Tese). Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica-escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2002.
21. Fioravante DP. Marinho-Casanova ML. Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação psicol* 2009; 13 (1): 147-54.
22. Nathan JE. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. *J dent child*, 2001; 68(2): 89-101.
Rolim GS. (Dissertação). Análise da interação profissional-paciente no atendimento odontopediátrico como requisito para a capacitação do dentista para o trabalho com pacientes especiais. Universidade Federal de São Carlos/UFSCar, São Carlos, 2006.

Artigo Recebido: 2014.06.26

Aprovado para publicação: 20.12.2014

Renata Andréa Salvitti de Sá Rocha

Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande

Av. Universitária, s/n

CEP: 58708-110 Jatobá Patos, PB – Brasil

Email: renatasarocha@hotmail.com
