

Comportamento Infantil no Ambiente Odontológico: Aspectos Psicológicos e Sociais

Child Behavior in the Odontological Environment: Psychological and Social Aspects

Maria Letícia RAMOS-JORGE*
Saul Martins PAIVA**

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

Vários estudos têm constatado uma relação direta entre experiências odontológicas traumáticas na infância e atitudes negativas dos pacientes quando da atenção odontológica. Para evitar que esse tipo de experiência ocorra, torna-se imperativo que o profissional promova uma adaptação da criança ao ambiente odontológico. É essencial que o odontopediatra questione como e quando agir com cada criança individualmente, de tal forma a promover um tratamento visando à saúde integral do paciente. No entanto, não há um receituário, uma prescrição categórica de como promover essa adaptação. O imprescindível é que o profissional que lida com crianças possua conhecimentos de técnicas de manejo de comportamento e de psicologia infantil, para atuar de forma segura durante o atendimento. Os conhecimentos de Psicologia que o odontopediatra pode utilizar em sua atividade profissional podem ajudar a formar e vivenciar uma visão integrada do ser humano na sua unidade corpo-mente, considerando seu ambiente físico e seu meio sociocultural.

**Professor-adjunto do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia – FO-UFMG, Doutor em Odontopediatria – FO-USP, Coordenador da área de Odontopediatria do Programa de Pós-graduação em Odontologia – FO-UFMG; e-mail: smpaiva.lcc@dedalus.ufmg

INTRODUÇÃO

Embora a habilidade inata do dentista em lidar com crianças seja muito importante durante uma consulta odontopediátrica, conhecimentos de Psicologia e das técnicas de manejo do comportamento infantil são fundamentais para um melhor relacionamento entre o odontopediatra e seu paciente (CHAMBERS, 1970; TOLEDO & ROCCA, 1996). Essa melhoria no relacionamento visa resultados cada vez mais promissores do ponto de vista clínico, com conseqüências positivas no sentido de favorecer a imagem do dentista entre as crianças, despertando nelas confiabilidade e segurança.

Vários estudos têm estabelecido uma ligação entre experiências odontológicas na infância e atitudes posteriores em relação à Odontologia e aos cuidados com a saúde bucal. De acordo com Lautch (1971), Locker *et al.* (1996) e Locker *et al.* (1999), grande parte dos adultos portadores

de fobia odontológica teve alguma experiência traumática no consultório odontológico durante a infância.

Assim, a Odontopediatria é uma especialidade que deve levar em conta, para alcançar bons resultados, alguns conceitos básicos de Psicologia infantil. O odontopediatra deve possuir alguns conhecimentos indispensáveis a respeito dos diferentes estágios de desenvolvimento psicológico da criança e de como esse desenvolvimento afeta o comportamento infantil no consultório (GERSHEN, 1977).

Ramos-Jorge (2000) estudou os fatores que afetaram o comportamento de 118 crianças pré-escolares durante a primeira experiência odontológica. Foi verificado, através da análise estatística multivariada (regressão logística), que os fatores preditores do comportamento infantil foram ansiedade infantil (teste VPT modificado), ansiedade materna (teste MAS), experiência de dor de dente já sofrida

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento infantil/Psicologia; Assistência odontológica para crianças; Odontopediatria

*Professora substituta do Departamento de Odontopediatria – FO-UFMG, Mestre em Odontopediatria – FO-UFMG; R. Nunes Vieira, 255/502, Santo Antônio, Belo Horizonte, MG e-mail: mlrjorge@hotmail.com

pela criança, idade da criança e comportamento infantil nas experiências médicas anteriores. Foi verificado que uma criança com ansiedade baixa ou não-ansiosa, com idade superior a 54 meses, filha de mãe com ansiedade baixa, que nunca sofreu dor de dente e que se comportou positivamente nas experiências médicas anteriores tem uma probabilidade de 86,38% de se comportar positivamente na primeira consulta odontológica.

É essencial que o odontopediatra sempre questione sobre como e quando agir com a criança no consultório, de tal forma a poder adequar, através de um bom relacionamento, o melhor tratamento odontológico. No entanto, não há um receituário, uma prescrição categórica das atitudes que o profissional pode tomar. É possível, no entanto, que exista uma orientação em relação à postura assumida pelo profissional ao perceber cada criança com suas características próprias (CALDANA & ALVES, 1990).

Desta forma, procurou-se, neste artigo, fornecer orientações que pudessem servir como referência para clínicos e odontopediatras quanto à origem, ordem e base do desenvolvimento psicológico da criança, a fim de auxiliá-los a optar pelas técnicas de manejo de comportamento infantil mais apropriadas para cada etapa do desenvolvimento da criança.

DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO INFANTIL

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 (HOSEY, 1995).

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, para ele, um sistema unitário.

Aos quatro meses, o bebê está mais ativo e começa a explorar a mãe, puxando-lhe o cabelo, roupas e óculos. Logo em seguida, aproximadamente aos seis meses, ele começa a perceber outras pessoas além da própria mãe e estabelece a diferença entre a mãe e os outros. O principal indicador dessa habilidade recém-adquirida é o surgimento, aos seis meses de idade, do medo de

peças estranhas (MAHLER, 1977; COUTINHO, 1978).

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 (MAHLER, 1977; COUTINHO, 1978; GUTHRIE, 1997).

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 auto-suficiente. É a idade do "eu também" (MUSSEN, 1979). 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 conseqüências emocionais e, com o apoio dos pais, podem ser cooperativas durante a visita odontológica (MAHLER, 1977; MUSSELMAN, 1991).

Aos quatro anos de idade, a capacidade de raciocínio cresce de maneira substancial. Pelo fato de terem uma maior noção da realidade em que vivem e também do tratamento odontológico, as crianças nessa fase são, muitas vezes, menos cooperativas do que eram aos três anos de idade. Escutam o dentista, mas testam quaisquer limites fixados por ele. Muitas vezes procuram retardar o tratamento devido ao medo de dano corporal. Elas podem responder exageradamente ao desconforto diante do tratamento odontológico (MUSSELMANN, 1991). Entretanto, o auto-controle das emoções desenvolve-se muito nessa idade. Dessa forma, o profissional deve ensinar a criança a controlar a ansiedade nessa fase do desenvolvimento (CHAMBERS, 1970; PINKHAM, 1995). Ramos-Jorge

(2000) verificou, ao estudar 118 crianças de 48 a 68 meses que não tinham experiências odontológicas anteriores, que uma criança com ansiedade baixa ou não-ansiosa tem uma chance 175 vezes maior de apresentar comportamento positivo do que uma criança com ansiedade alta.

Moura (1999) relata que, para que o autocontrole seja ensinado ao paciente infantil, o profissional deve promover um ambiente confiável, o comportamento exigido no consultório deve ser explicado e as expectativas sobre o desempenho da criança e o tratamento devem ser claramente colocados. O profissional deve se comportar de forma consistente e previsível. As palavras devem ser cuidadosamente escolhidas, o tom de voz deve ser firme e não acusador, e devem ser usados padrões de linguagem que encorajem auto-avaliação e auto-monitoramento por parte da própria criança, focalizando a atenção no comportamento desejado. De acordo com Chambers (1970), o odontopediatra deve ter em mente que os níveis de ajuste, o auto-controle e a auto-confiança dependem do desenvolvimento psicológico da criança.

Além disso, o dentista deve estar atento à estabilidade do ambiente familiar e da relação entre pais e filhos, porque são fatores importantes do comportamento infantil no ambiente odontológico (RAMOS-JORGE, 2000).

Crianças de um a quatro anos, quando ansiosas, podem manifestar a sua ansiedade antes mesmo de entrar no consultório, na forma de choro, birra ou agarrando-se ao colo da mãe (PINKHAM, 1995). A partir dos quatro anos de idade, a criança adquire uma maturidade cognitiva e demonstra sua ansiedade queixando-se de dor de barriga, querendo ir freqüentemente ao banheiro e perguntando se a consulta está terminando (COUTINHO, 1978; MUSSEN, 1979; MUSSELMANN, 1991). Para alguns autores, a ansiedade deve ser encarada como uma resposta normal e saudável em muitas situações, pois ajuda a criança a conquistar a integridade e o equilíbrio físico e mental (MUSSEN, 1979). Esse quadro de ansiedade vai se alterando à medida em que a criança amadurece e, nesse processo de amadurecimento psicológico, a criança passa comumente a aceitar melhor o tratamento, sobretudo se tiver tido a oportunidade de familiarizar-se com os elementos do consultório e de desenvolver contatos positivos com o dentista.

TÉCNICAS DE MANEJO DO

COMPORTAMENTO

O dentista que tem o domínio de técnicas de manejo do comportamento aliado a conhecimentos de psicologia infantil consegue levar a maioria de

seus pacientes pré-escolares a tornar-se cooperativa (PINKHAM, 1995). De acordo com Musselmann (1991), o manejo do comportamento é uma metodologia de compreensão destinada a construir um relacionamento entre o paciente e o profissional que principalmente constrói confiança, promove o autocontrole da criança e alivia o medo e a ansiedade. Assim, o odontopediatra deve, antes de aplicar qualquer técnica de manejo, avaliar a razão pela qual a criança se comporta mal.

Caldana & Alves (1990) relataram que, dentro da variabilidade de cada caso, a orientação geral é caminhar segundo a possibilidade de cada criança, reconhecendo e valorizando seus progressos, respeitando suas limitações, sem deixar de exigir aquilo de que ela é capaz. Da mesma forma, justificar e explicar as atitudes e os passos do tratamento, além de colocar os limites necessários ao seu comportamento, mantendo claro o que pode e o que não pode ser feito. O profissional deve agir de forma consistente, ainda que sem rigidez, respeitar a criança, não agredindo-a física ou verbalmente, e não depreciá-la pelos seus medos e limitações. Nunca deve estabelecer comparações que a levem a um sentimento de inferioridade e deve sempre demonstrar compreensão e satisfação em tê-la sob seus cuidados.

Pinkham (1995) classificou as técnicas de manejo em cinco campos de ação: técnicas físicas, técnicas farmacológicas, técnicas aversivas, técnicas recompensatórias e técnicas linguísticas.

As técnicas físicas são as de contenção ativa e passiva. Na contenção ativa, os movimentos da criança são inibidos pela assistente, pelo dentista ou pelos pais ou através de uma ação conjunta do dentista e do pai ou mãe, como na técnica joelho-joelho (CORRÉA & MAIA, 1998). Na contenção passiva, os movimentos da criança são inibidos por lençol, por macas projetadas ou por abridor de boca (PINKHAM, 1995).

O manejo farmacológico das crianças inclui o uso de óxido-nitroso/oxigênio, de medicamentos pré-anestésicos aplicados por vias oral, intramuscular ou intravenosa e anestesia geral (PINKHAM, 1995).

As técnicas aversivas são técnicas desagradáveis a quem se submete a elas, de modo que a criança vem a cooperar a fim de evitar a aplicação da técnica. As técnicas descritas como aversivas na literatura odontológica incluem o controle da voz austera e mão-sobre-a-boca. Algumas técnicas de manejo físico também podem ser consideradas aversivas (MUSSELMAN, 1991; PINKHAM, 1995).

Existe uma controvérsia em relação ao uso de técnicas aversivas pelos odontopediatras. Nathan (1995) afirmou que não existe nenhuma evidência de que essas abordagens não intensificam o medo; ao contrário, podem resultar numa atitude

de rejeição do tratamento.

Por outro lado, a técnica mão-sobre-a-boca é amplamente aceita como método eficaz e positivo de manejo de comportamento de crianças com comportamento negativo (HARTMANN, 1985).

Em estudo realizado com 1123 odontopediatras, membros da Academia Americana de Odontopediatria, foi verificado que aproximadamente 90% deles indicaram o uso dessa técnica em casos selecionados (DAVIS & ROMBOM, 1979).

Vários estudos têm sido realizados em diferentes países associando o grau de aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo de comportamento. Em algumas pesquisas constata-se que a aceitação da técnica mão-sobre-a-boca é semelhante àquela encontrada para as técnicas farmacológicas e menor em relação à das técnicas de restrição física (papoose board, restrição física pelo dentista e pela assistente) (MURPHY *et al.*, 1984). Em estudo realizado por Scott & Garcia-Godoy (1998), foi verificado que os pais preferiam que seu filho fosse submetido à anestesia geral do que à técnica mão-sobre-a-boca. Entretanto, Lawrence *et al.* (1984) constataram que pais esclarecidos sobre o uso das técnicas antes da aplicação no filho foram significativamente mais receptivos a elas do que os pais que não receberam nenhum tipo de esclarecimento.

As técnicas de recompensa, como a promessa de um presente por parte do dentista ou um tratamento especial por parte do pai/mãe, são bastante utilizadas. Muitos profissionais possuem uma espécie de caixa de recompensa ou outro modo de deixar a criança terminar o atendimento com elevada auto-estima (PINKHAM, 1995).

As técnicas de linguagem, tais como falar-mostrar-fazer e reforço positivo, são as técnicas de escolha para o trabalho com a criança pré-escolar cooperativa. São passíveis de utilização após os três anos de idade, quando a criança apresenta um maior domínio de linguagem (MUSSELMAN, 1991; PINKHAM, 1995).

RELAÇÃO ENTRE DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

INFANTIL E TÉCNICAS DE MANEJO

Do ponto de vista comportamental, o momento ideal para a primeira consulta odontológica do bebê é dos quatro aos seis meses de idade. Nessa fase, a criança está vivendo uma relação simbiótica com a mãe e não existe ainda o medo de pessoas estranhas. Assim, a consulta na maioria das vezes é tranqüila, permitindo que a mãe compreenda e assimile com calma as instruções (MAHLER, 1977; GUTHRIE, 1997).

No primeiro ano de vida, as técnicas físicas ge-

ralmente são necessárias para conter os movimentos inapropriados da criança durante o tratamento odontológico, sejam elas de contenção ativa ou passiva (joelho-joelho, macri, lençol). De acordo com Corrêa & Maia (1998), a técnica de comunicação não-verbal, que reforça e guia o comportamento através do contato e da expressão facial, requer a participação da mãe nessa fase. A partir de um ano e meio de idade, técnicas de linguagem, como falar-mostrar-fazer, podem ser utilizadas com um vocabulário apropriado. Muitas vezes é interessante recorrer à mãe para a utilização dessa técnica, pelo fato de ela conhecer como ninguém o vocabulário do filho (PINKHAM, 1995; CORRÊA & MAIA, 1998). As consultas devem ser rápidas, pois a criança não suporta ficar muito tempo na mesma posição. Nessa fase do desenvolvimento os pais são os modelos-guias das atitudes dos filhos. Na primeira consulta, permitir que o filho observe a mãe sentada na cadeira, simulando um atendimento odontológico, geralmente rompe o medo inicial sentido pelas crianças frente às novas situações (MUSSELMANN, 1991).

Com a habilidade de comunicação aumentada, aos três anos de idade, as técnicas de linguagem, tais como reforço positivo, falar-mostrar-fazer, e as aversivas que utilizam a linguagem, como controle da voz e mão-sobre-a-boca, passam a surtir efeito no manejo do comportamento infantil. A técnica falar-mostrar-fazer pode interromper fantasias assustadoras sobre a experiência odontológica, deixando a criança mais tranqüila (MUSSELMAN, 1991; PINKHAM, 1995). No entanto, o uso do controle da voz austera e da técnica mão-sobre-a-boca deve ser restrito àquelas crianças que exibirem comportamento agressivo, histérico e de excessiva resistência, causado pelo ambiente odontológico. O principal objetivo terapêutico da técnica mão-sobre-a-boca é mostrar à criança que o comportamento histérico não é bem sucedido (HARTMANN, 1985).

A partir dos quatro anos de idade, as técnicas físicas e aversivas passam a ser indicadas com uma frequência bem menor, pois a criança já apresenta uma maior capacidade de raciocínio e um maior auto-controle das emoções. Como o vocabulário está mais desenvolvido, as técnicas de linguagem são, na maioria das vezes, as técnicas de escolha (PINKHAM, 1995). É muito importante que as crianças, especialmente após a idade de quatro anos, possuam regras de conduta bem estabelecidas. A disciplina estimula a adequação dos seus comportamentos em função do ambiente social e em função das necessidades da própria pessoa. O estabelecimento disciplinar de regras e valores básicos proporcionará à criança sentimento de segurança, pois delimitará seu campo de ação, determinando os limites de como e quando se comportar de determinada maneira.

O odontopediatra deve, além de educar o paciente quanto aos cuidados de saúde bucal, favorecer o saudável desenvolvimento psicológico. O profissional que procura conhecer o paciente na sua totalidade, inserido no seu ambiente social e familiar, certamente está mais bem preparado para exercer a Odontopediatria de forma mais humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para ajudar uma criança a se adaptar ao tratamento odontológico, o odontopediatra precisa conhecê-la e ser um bom observador; estar ciente dos fatores causais de um mau comportamento ajuda sobremaneira na escolha da abordagem do paciente infantil. Além disso, é essencial que o profissional estabeleça uma relação de adaptação, onde o uso de técnicas de manejo de comportamento é de extrema importância, pois eles devem ser encarados como aliados em prol da saúde bucal da criança. Com essa visão, certamente o profissional exercerá a Odontopediatria de forma mais segura, benéfica, eficaz e prazerosa.

de técnicas de manejo de comportamento é de extrema importância, pois eles devem ser encarados como aliados em prol da saúde bucal da criança. Com essa visão, certamente o profissional exercerá a Odontopediatria de forma mais segura, benéfica, eficaz e prazerosa.

RAMOS-JORGE, M.L.; PAIVA, S.M. Child behavior in the odontological environment: psychological and social aspects. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29, p.70-74, jan./fev. 2003.

Many studies have verified a direct relationship between child traumatic dental experiences and negative attitudes of their patients during dental treatment. To avoid the occurrence of this experience, professionals should first acquaint the child to the dental

environment. Yes, the use of behavior management techniques and psychological knowledge is very important for a safe and secure dental treatment. Pedodontist's knowledge on child psychology may help seeing children as whole human individuals, considering their physical environment and social and cultural backgrounds.

KEYWORDS: Child behavior/Psychology; Dental care for Children; Pediatric dentistry.

REFERÊNCIAS

- CALDANA, R.H.L.; ALVES, Z.M.M.B. Psicologia do desenvolvimento: contribuição à Odontopediatria. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v.4, n.3, p.256-260, jul./set. 1990.
- CHAMBERS, D.W. Managing the anxieties of young dental patients. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.37, n.5, p.363-374, Sept./Oct.1970.
- CORRÊA, M.S.N.P.; MAIA, M.E.S. Técnicas de abordagem de crianças de zero a três anos. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. Cap.4, p.165-177.
- COUTINHO, M.T.C. **Psicologia da criança**: da fase pré-natal aos 12 anos. 2.ed. São Paulo: Interlivros de Minas Gerais, 1978. 65p.
- DAVIS, M.J.; ROMBOM, H.M. Survey of the utilization of and rationale for hand-over-mouth (H.O.M.E.) and restraint in postdoctoral pedodontic education. **Pediatr Dent**, Chicago, v.1, n.2, p.87-92, Mar./Apr. 1979.
- GERSHEN, J.A. Maternal influence on the behavior patterns of children in the dental situation. **Dental Assistant**, Washington, v.40, n.5, p.17-21, Oct. 1977.
- GUTHRIE, A. Separation anxiety: an overview. **Pediatr Dent**, Chicago, v.19, n.7, p.486-490, July 1997.
- HARTMANN, C. Hand over mouth behavior management technique in a solo pedodontic practice: a study. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.52, n.4, p.293-296, July 1985.
- HOSEY, M.T. Anxious children: coping in dental practice. **Dent Update**, London, v.22, n.5, p.210-215, June 1995.
- LAUTCH, H. Dental phobia. **Br J Psychiatry**, London, v.119, n.1, p.151-158, Jan. 1971.
- LAWRENCE, S.M.; McTIGUE, D.J.; WILSON, S.; ODOM, J.G.; WAGGONER, W.F.; FIELDS, H.W.Jr. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. **Pediatr Dent**, Chicago, v.13, n.3, p.151-155, May/June 1991.
- LOCKER, D.; LIDDEL, A.; DEMPSTER, L.; SHAPIRO, D. Age of onset of dental anxiety. **J Dent Res**, Washington, v.78, n.3, p.790-796, Mar. 1999.
- LOCKER, D.; SHAPIRO, D.; LIDDEL, A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v.24, n.2, p.346-350, Feb. 1996.
- MOURA, C.B. Desenvolvendo o autocontrole em crianças. **Pediatria Moderna**, Curitiba, v.35, n.12, p.980-986, dez. 1999.
- MAHLER, M.S. A simbiose humana e as subfases do processo de separação-indivíduoação. 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.
- MURPHY, M.G.; FIELDS, H.W.Jr.; MACHEN, J.B. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. **Pediatr Dent**, Chicago, v.6, n.4, p.193-198, Dec. 1984.
- 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.
- MUSSEN, P.H. Child development and personality. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.34, n.2, p.97-107, Mar./Apr. 1979.
- NATHAN, J.E. Managing behavior of pre-cooperative children. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v.39, n.4, p.789-816, Apr. 1995.
- PINKHAM, J.R. Personality development: managing behavior of the cooperative preschool child. **Dent Clin North Am**, Philadelphia, v.39, n.4, p.771-787, Apr. 1995.
- RAMOS-JORGE, M.L. **Comportamento infantil no ambiente odontopediátrico: fatores de predição**. 2000, 150f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- SCOTT, S.; GARCIA-GODOY, F. Attitudes of hispanic parents toward behavior management techniques. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v.65, n.2, p.128-131, Mar./Apr. 1998.
- TOLEDO, O.A.; ROCCA, R.A. Manejo da criança na clínica odontológica. In: TOLEDO, O.A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica**. 2.ed. São Paulo: Premier. 1996. p.65-78.

Recebido para publicação em: 22/01/02

Enviado para reformulação em: 15/03/02

Aceito para publicação em: 25/04/02