

Percepção da Criança sobre o Uso do Equipamento de Proteção Individual pelo Odontopediatra

Child's Perception on the Use of Equipment for Individual Protection by Pediatric Dentist

Ana Cristina Borges de Oliveira*
Maria Letícia Ramos-Jorge**
Saul Martins de Paiva***
Isabela Almeida Pordeus****

Oliveira ACB de, Ramos-Jorge ML, Paiva SM de, Pordeus IA. Percepção da criança sobre o uso do equipamento de proteção individual pelo odontopediatra. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê 2004; 7(38):354-9.

A utilização do EPI (Equipamento de Proteção Individual) em Odontopediatria é uma medida de biossegurança importante. Objetivando correlacionar o tipo de vestuário e EPI utilizado pelo Odontopediatra com a receptividade da criança em ser atendida por este, foram pesquisadas 39 mães, acompanhadas de seus filhos, de dois a cinco anos de idade, freqüentadoras de uma creche da cidade de Belo Horizonte-MG. As mães responderam perguntas sobre as experiências médica e odontológica da criança. Três fotos de uma Odontopediatra em diferentes apresentações – Figura 1 (roupa colorida), Figura 2 (roupa branca) e Figura 3 (EPI completo) - foram exibidas para a criança, que indicou a Cirurgiã-dentista por quem queria ser atendida. Utilizando-se o programa Minitab 11, foi realizado o teste estatístico de Correlação de Pearson. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a foto escolhida pela criança e o fato de a criança já ter tido experiência odontológica ($p=0,002$), e se essa experiência foi positiva ou negativa ($p=0,032$). Das crianças que escolheram a foto 3, 66,6% já tinham tido experiência odontológica. A foto 1 foi escolhida por 57% daquelas que não tiveram tal experiência. Dos participantes que tiveram experiência odontológica negativa, 33,4% optaram pela foto 1. Baseado neste estudo, o uso da roupa branca e do EPI pelo profissional não é um empecilho para o atendimento da criança que já foi ao Cirurgião-dentista. Além disso, uma consulta odontológica positiva favorece uma maior aceitação do EPI pelo paciente infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Comportamento infantil; Equipamentos de proteção; Odontopediatria.

INTRODUÇÃO

O aumento na incidência de doenças infecto-contagiosas na população em geral tem direcionado atenção à necessidade de medidas de controle de infecção pelos profissionais de saúde. O Cirurgião-dentista, por ser um profissional de saúde que atua, em sua rotina diária, diretamente

com fluidos corpóreos dos pacientes (saliva e sangue), está exposto ao contato com microrganismos provenientes desses fluidos. Portanto, é essencial que todos os integrantes da equipe odontológica usem avental, gorro, óculos de pro-

* Aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Nível Mestrado, Área de Concentração em Odontopediatria – FO-UFMG; Rua Abadessa Gertrudes Prado, 77/1002, Vila Paris – CEP 30380-790, Belo Horizonte, MG; e-mail: anacristina14@hotmail.com

** Mestre em Odontopediatria – FO-UFMG; Aluna do Programa de Pós-graduação em Odontologia, Nível Doutorado, Área de Concentração em Odontopediatria – FO-UFSC

*** Professor Adjunto do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia – FO-UFMG; Doutor em Odontopediatria – FO-USP

**** Professora Adjunta do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia – FO-UFMG; Doutora em Epidemiologia e Saúde Coletiva – University College, London

teção, luvas e máscaras descartáveis a cada paciente (Grace *et al.*, 1991; Molinari, 1992; Siegel *et al.*, 1992; Chinellato, Scheidt, 1993; Gonçalves *et al.*, 1996).

Nos últimos anos, o uso do EPI (Equipamento de Proteção Individual) cresceu entre os profissionais da área odontológica, sendo que a maioria dos pacientes respondeu positivamente à utilização desses acessórios (Hoff *et al.*, 1990; Grace *et al.*, 1991). De acordo com Vilaça *et al.* (2001), os profissionais necessitam utilizar equipamentos de proteção individual, adotando a filosofia da proteção universal, em que todas as pessoas são potencialmente portadoras de todos os microrganismos. Chinellato, Scheidt (1993) ressaltaram a importância do uso do EPI como auxiliar na proteção do Cirurgião-dentista em seu trabalho clínico diário, poupando-o do risco de adquirir doenças infecto-contagiosas ou transmiti-las para outros pacientes ou familiares. Bowden *et al.* (1989), baseados em um estudo realizado no Reino Unido, afirmaram que tanto os pacientes atendidos em consultório odontológico hospitalar quanto em ambulatorial, acreditavam que o Cirurgião-dentista deveria utilizar luvas e máscara facial durante todo o atendimento.

Hoff *et al.* (1990) observaram, em uma pesquisa realizada nos EUA com 400 pessoas, que 72% dos participantes relataram que seu Cirurgião-dentista usava luvas. Poucos participantes relataram o uso de máscara (29%) e óculos (47%) pelo profissional.

A maioria dos entrevistados (89%) relatou que gostaria que o Cirurgião-dentista usasse o EPI completo. Dos participantes, 40% afirmaram querer mais informações sobre as barreiras de proteção à infecção. Segundo os autores, é essencial a realização de campanhas de conscientização sobre este tema, destinadas à equipe odontológica e aos pacientes.

Grace *et al.* (1991) realizaram uma pesquisa nos EUA para avaliar a percepção das pessoas em relação ao uso das barreiras de controle de infecção pelos Cirurgiões-dentistas. Foram pesquisados, através de contato telefônico, 509 adultos com idade acima de 18 anos. Os resultados mostraram que a maioria dos entrevistados (69,8%) relatou preferência pelo uso de luvas e máscara pelo Cirurgião-dentista, durante o atendimento. Os participantes mais jovens, negros, mulheres e aqueles que viviam em regiões com alta prevalência de AIDS, demonstraram um índice maior de aceitação ao uso de luvas pelo profissional durante o atendimento.

Particularmente em Odontopediatria, o relacionamento entre o Cirurgião-dentista e seu paciente constitui um fator importante no manejo de comportamento infantil. O desenvolvimento mental, emocional, social e cognitivo de cada criança deve ser observado individualmente pelo profissional (Mussen, 1967; Klorman *et al.*, 1978; Klorman *et al.*, 1979; Pinkham, 1995; Miranda, 1996; Klatchoian, 1998; Sandrini *et al.*, 1998; Aragone, Vicente, 1999). Pensando em favorecer essa relação,

vários Odontopediatras evitam a cor branca, o uso de máscara, avental e gorro como uniformes de trabalho. Alguns preferem mesmo vestir-se de maneira esportiva, evitando a identificação com outros profissionais de saúde. Muitas vezes, acreditam que o branco seja traumatizante para crianças que tiveram experiências desagradáveis em hospitais ou consultórios odontológicos (Chenoweth *et al.*, 1990).

Entretanto, Cohen (1973) realizou uma pesquisa com 300 crianças americanas com idade entre dois e 15 anos, para avaliar a opinião delas em relação ao vestuário dos profissionais durante o atendimento odontológico. Nenhuma das crianças tinha tido experiência odontológica. De acordo com os resultados, não houve diferença significativa entre a opção dos participantes. Baseado neste estudo, o autor concluiu que o tipo de roupa que o profissional usava não influenciou na escolha da criança.

Posteriormente, Siegel *et al.* (1992) realizaram um estudo com a finalidade de verificar se o uso de máscara facial durante o atendimento odontológico afetaria o comportamento e a ansiedade da criança. Foram pesquisadas 63 crianças americanas, com idade média de cinco anos. A maioria das crianças (75%) tinha experiência odontológica. Os resultados revelaram que as crianças atendidas por profissionais com máscara indicaram um nível maior de ansiedade, quando comparadas às crianças atendidas por profissionais sem máscara. De acordo com os autores, a primeira consulta odontológica da criança deve ser realizada pelo profissional sem máscara, sendo que a utilização da máscara deve ser realizada de maneira gradativa, para minimizar seu efeito sobre o comportamento da criança.

No mesmo período, Molinari (1992) avaliou a reação de 52 crianças americanas, de três a 12 anos de idade, em relação ao uso do EPI pelo Cirurgião-dentista. A maioria dos participantes tinha experiência odontológica. Os participantes avaliaram três fotos de um Cirurgião-dentista vestindo roupa comum (Figura 1); paramentado com jaleco, luvas, máscara e óculos de proteção, estando os dois últimos fora da face (Figura 2); paramentado com jaleco, luvas, máscara e óculos de proteção, estando os dois últimos em posição na face (Figura 3). A maior parte das crianças (71%) identificou a Figura 3 como sendo o Cirurgião-dentista e, quando questionadas sobre de qual Cirurgião-dentista gostavam mais, a maioria (60%) preferiu a Figura 3. Assim, através deste estudo, o autor concluiu que as crianças na faixa etária de 3 a 12 anos sentem-se bastante confortáveis em relação ao uso do EPI pelo Odontopediatra.

No atendimento odontopediátrico existe uma interação forte e direta da criança com o meio ambiente. A história médica passada é um fator determinante no comportamento do paciente odontopediátrico, assim como a idade da criança, a ansiedade materna e as condições socioeconômicas (Sandrini *et al.*, 1998;

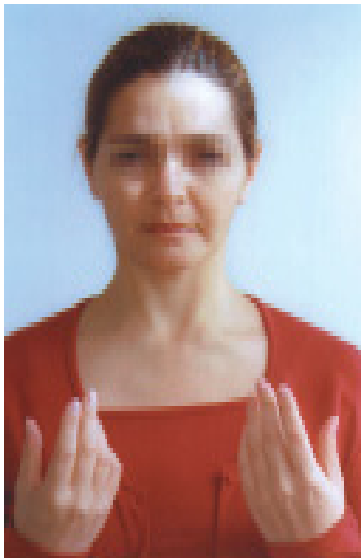


FIGURA 1:
Roupa colorida.

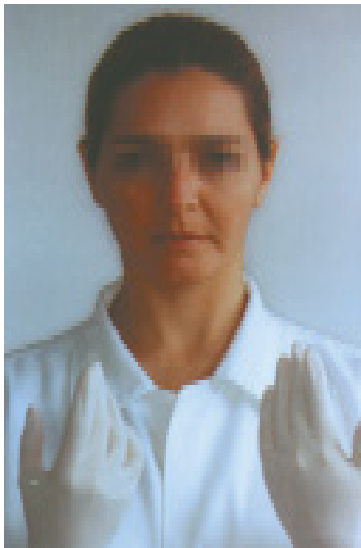


FIGURA 2:
Roupa branca.

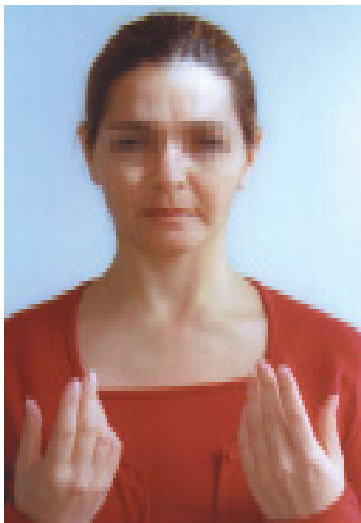


FIGURA 3:
EPI completo.

Fontes *et al.*, 1999; Ramos-Jorge *et al.*, 1999; Ramos-Jorge, 2000). Porém, pouca atenção é direcionada ao desenvolvimento da criança e ao estudo da relação profissional-paciente. Em muitos casos, a imagem do Ci-

urgião-dentista é associada à dor; e o consultório é visto como um local de sofrimento (Klatchoian, 1998).

Dessa forma, torna-se relevante avaliar a percepção das crianças sobre o vestuário e uso do EPI, correlacionando o tipo de vestuário e EPI utilizado pelo Odontopediatra com a receptividade da criança em ser cuidada por este.

METODOLOGIA

Foram pesquisadas 39 crianças, de dois a cinco anos de idade, acompanhadas de suas mães. A pesquisa foi realizada na Creche Menino Jesus, localizada na zona sul da cidade de Belo Horizonte–MG. Este é um local destinado aos filhos de trabalhadores da região, contando com um total de 56 crianças.

A coleta de dados foi feita no pátio da creche, em ordem de chegada das crianças. Realizada a explicação individual sobre a pesquisa, foi proposto à mãe a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, a participante relatou, em um questionário de múltipla escolha, se o filho(a) já tinha ido ao Cirurgião-dentista. Em caso afirmativo, classificou as experiências médicas e odontológicas da criança como negativas ou positivas. Uma outra questão abordou se a criança já tinha sentido dor de dente. Em seguida, três fotos de uma Odontopediatra em diferentes apresentações: Foto 1 (roupa colorida), Foto 2 (roupa branca, com luvas, mas sem máscara) e Foto 3 (EPI completo) foram exibidas, simultaneamente, para a criança. Foi realizada a seguinte pergunta: “Que roupa você quer que esta dentista use quando for cuidar dos seus dentes?”.

Neste momento a criança apontava a foto de sua preferência. As fotos estavam numeradas de um a três. O pesquisador marcava no questionário a foto escolhida pela criança.

Através do programa Minitab 11, foi realizado o teste estatístico de Correlação de Pearson, para verificar associação entre a escolha da foto pela criança e sua experiência médica e odontológica, bem como seu comportamento durante as consultas prévias e sua experiência de dor de dente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da amostra de 39 crianças pesquisadas, 54% já tinham recebido atenção odontológica previamente. De acordo com o relato das mães, a maior parte das crianças (86%) teve experiência odontológica positiva. Todas as crianças pesquisadas já tinham recebido cuidados médicos anteriormente, sendo que estas experiências foram consideradas positivas por 95% das mães. Segundo as entrevistadas, a maioria das crianças (92%) nunca tinha sentido dor de dente.

Do total de 39 crianças analisadas, observou-se

que 46% escolheram a Foto 3, enquanto 26% escolheram a Foto 1, e 28% a Foto 2 como sendo o Cirurgião-dentista paramentado de acordo com sua preferência, conforme mostra o Gráfico 1. Esses resultados são equivalentes aos encontrados por Grace *et al.* (1991), em que a maior parte dos entrevistados (69,8%) relatou preferência pelo atendimento odontológico por um profissional utilizando barreiras de proteção.

Ao analisar separadamente as crianças sem experiência odontológica, verificou-se que 66% delas escolheram a Figura 1 (Gráfico 2). Entretanto, esse resultado diverge do estudo realizado por Cohen (1973), em que foram pesquisadas 300 crianças, na faixa etária de dois a 15 anos, sem experiência odontológica. De acordo com

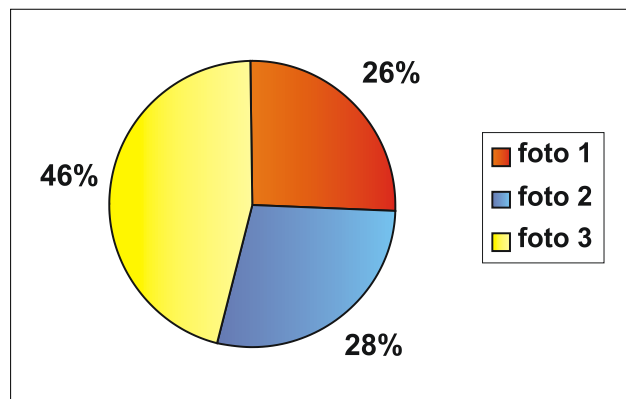


GRÁFICO 1: Distribuição percentual do total de crianças pesquisadas de acordo com a foto escolhida.

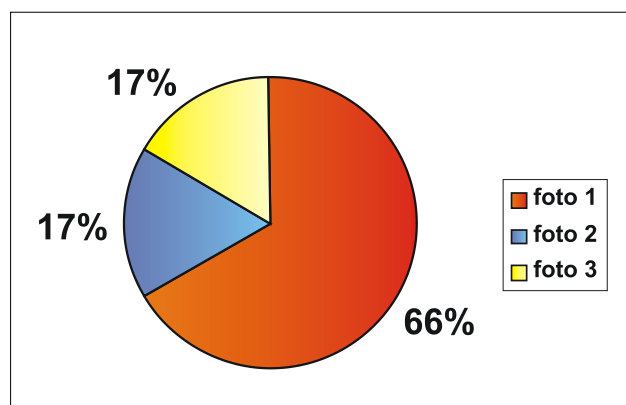


GRÁFICO 2: Distribuição percentual de crianças SEM experiência odontológica, de acordo com a foto escolhida.

o autor, não houve diferença entre a escolha dos participantes. Esta divergência de resultado pode ser devida à ampla variação de idade analisada pelo autor, e ao tipo de foto utilizada. O autor dividiu as crianças em dois grupos. Os participantes do grupo I observaram três fotos de um mesmo profissional, trajando roupas diferentes. Na Figura 1 o profissional estava de paletó branco e gravata colorida. Na Figura 2 vestia camisa e gravata coloridas, e na Figura 3 trajava avental branco. As crianças do grupo II analisaram três fotos de profissionais diferentes, sendo

que cada um estava com uma das roupas descritas para o Cirurgião-dentista exibido no grupo I. Em nenhuma das fotografias exibidas o Cirurgião-dentista estava paramentado com máscara, gorro, luvas ou óculos. Portanto, pode-se considerar que o participante analisou apenas o tipo e a cor da roupa utilizada pelo profissional. Gonçalves *et al.* (1996) e Vilaça *et al.* (2001) ressaltaram a importância do Cirurgião-dentista utilizar o EPI completo durante todo o atendimento devido ao risco de infecção cruzada. Rotineiramente o profissional está exposto a vários microrganismos presentes na saliva ou sangue do paciente, assim como existe a possibilidade de contaminação do paciente pelo profissional.

Entre os 21 participantes que tiveram experiência odontológica prévia, observou-se uma tendência à aceitação do EPI completo, já que 57% das crianças escolheram a Foto 3 (Gráfico 3). Em um estudo realizado por Hoff *et al.* (1990) com adultos que tinham experiência odontológica anterior, observou-se que a maioria dos entrevistados (89%) relatou que gostaria que o Cirurgião-dentista utilizasse EPI completo. Entretanto, resultados semelhantes não foram observados na pesquisa de Siegel *et al.* (1992) com crianças pré-escolares, em que 75% das crianças tinham experiência odontológica. Os resultados revelaram que as crianças atendidas por profissionais com máscara indicaram um nível maior de ansiedade, quando comparadas às crianças atendidas por profissionais sem máscara. Segundo Chinellato, Scheidt (1993), o uso da máscara facial não deve ser negligenciado pelo Cirurgião-dentista, apesar de dificultar a comunicação entre o profissional e o paciente, pois é a segurança ideal para a face em todos os procedimentos clínicos.

Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre a foto escolhida pela criança e o fato de ela já ter tido experiência odontológica ($p=0,002$) (Tabela 1), e se essa experiência foi positiva ou negativa ($p=0,032$) (Tabela 2). Das crianças que escolheram as Fotos 2 e 3, 66% já tinham tido experiência odon-

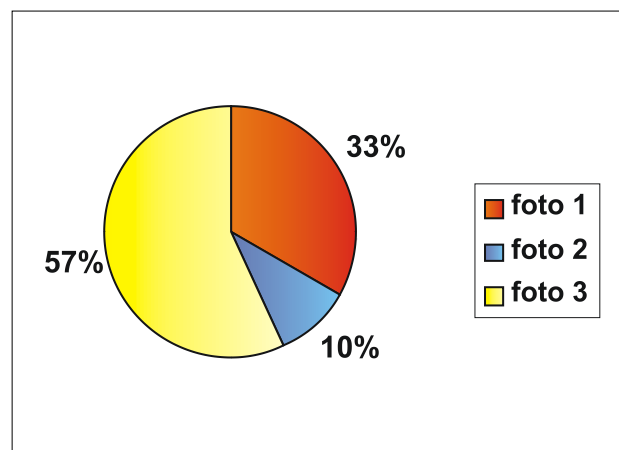


GRÁFICO 3: Distribuição percentual de crianças COM experiência odontológica, de acordo com a foto escolhida.

TABELA 1: Distribuição da frequência quanto à escolha da foto pela criança em relação à sua experiência odontológica prévia.

Foto escolhida pela criança	Experiência odontológica		Total N
	Sim	Não	
Foto 1 (Roupa colorida)	9 (42,9)*	12 (57,1)	21 (100)
Foto 2 (Roupa branca + luva)	6 (66,6)	3 (33,4)	9 (100)
Foto 3 (EPI completo)	6 (66,6)	3 (33,4)	9 (100)
Total	21	18	39

*Valores entre parênteses referem-se a percentagens
(p=0,002)

TABELA 2: Distribuição da frequência quanto à escolha da foto pela criança em relação ao tipo de experiência odontológica

Foto escolhida pela criança	Experiência odontológica		Total N
	Positiva	Negativa	
Foto 1 (Roupa colorida)	6 (66,6)*	3 (33,4)	9 (100)
Foto 2 (Roupa branca + luva)	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)
Foto 3 (EPI completo)	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)
Total	16	5	21

*Valores entre parênteses referem-se a percentagens
(p=0,032)

tológica. Dos participantes que optaram pelas Fotos 2 e 3, 83,3% tiveram experiência odontológica positiva (Tabela 2). Molinari (1992) encontrou resultados semelhantes entre as crianças com experiência odontológica: a maioria (60%) preferiu o Cirurgião-dentista com paramentação completa para cuidar de seus dentes. No estudo realizado por Siegel *et al.* (1992), não houve diferença significativa entre a escolha das crianças com e sem experiência odontológica sobre a paramentação do Cirurgião-dentista de sua preferência. Esta diferença de resultado pode ser devida ao fato de que, no estudo de Siegel *et al.* (1992), os autores analisaram apenas o uso da máscara facial. Sandrini *et al.* (1998) afirmaram que as primeiras experiências odontológicas da criança podem ser frustrantes, gerando conflitos e medos. Segundo Aragone, Vicente (1999), os antecedentes odontológicos negativos são a principal influência na indução de medo e ansiedade na criança.

Nenhuma correlação foi observada entre a idade das crianças, a experiência de dor de dente, as experiências médicas anteriores e a escolha das fotos por elas. Siegel *et al.* (1992) também não encontraram nenhuma correlação entre a idade das crianças, o tipo de experiência odontológica vivida por elas e sua escolha pela apresentação do Cirurgião-dentista. Porém, no estudo realizado por Molinari (1992), a maioria das crianças (71%) que escolheram o Cirurgião-dentista todo paramentado tinha idade acima de 7 anos. Aragone, Vicente (1999) afirmaram que crianças menores, geralmente, são menos cooperativas e mais ansiosas durante o atendimento.

Apenas duas crianças tiveram experiências médicas desagradáveis. Ambas escolheram a Foto 1, na

qual a Odontopediatra trajava roupa colorida. Castro *et al.* (2002) afirmaram que cada criança possui uma maneira particular de vivenciar, demonstrar e reagir a diferentes situações e emoções. De acordo com os autores, além da individualidade de cada criança, sua experiência médica e odontológica anterior deve ser analisada, pois pode influenciar seu comportamento durante o atendimento odontológico.

CONCLUSÕES

Tendo em vista os dados obtidos, pode-se concluir que:

- Houve uma grande identificação das crianças com experiência odontológica em relação ao profissional portando roupa branca.
- O uso da roupa branca e do EPI pelo profissional não foi um empecilho para o atendimento da criança que já foi ao Cirurgião-dentista, principalmente, nos casos em que ela é apresentada gradativamente a estes acessórios.
- A experiência odontológica positiva favoreceu uma maior aceitação do EPI pelo paciente infantil.
- É importante que o Odontopediatra estabeleça sua maneira de abordagem, considerando a individualidade de cada criança.

Oliveira ACB de, Ramos-Jorge ML, Paiva SM de, Pordeus IA. Child's perception on the use of equipment for individual protection by pediatric dentist. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê* 2004; 7(38):354-9.

The use of Equipment for Individual Protection (EIP) by the Pediatric Dentist is important. The aim of this paper was to assess child's perception of Dentist's clothing and use of EIP. 39 mothers of children aged from two to five years from a day care of the city of Belo Horizonte-MG were interviewed. The mothers answered questions on their children's past dental and medical experience. Pictures of a female Pediatric Dentist wearing three different clothing: colored day-to-day clothes (picture 1), white clothing (picture 2), and complete EIP (picture 3) were exhibited to each child. The child had to show by which of the three Dentists he/she wanted to be treated. Pearson's Correlation test was performed using the Minitab 11 program. Statistically significant difference was found between the picture that the children chose and their past dental experience ($p=0,002$) and if this experience had been positive or negative ($p=0,032$). Among those who chose picture 3, 66,6% already had a dental experience. Picture 1 was picked by 57% of those who never had a dental experience. Among those children who had a negative dental experience, 33,4% preferred picture 1. Based on this study, the use of white clothes and EIP by dental professional does not raise difficulties to child's dental treatment of those who already had a past dental experience. Furthermore, a positive dental visit facilitates child's acceptance toward EIP.

KEYWORDS: Child behavior; Protective devices; Pediatric dentistry.

REFERÊNCIAS

- Aragone PM, Vicente SP. Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica aplicados à relação criança X família X dentista. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1999; 2(5):23-7.
- Bowden JR, Scully C, Bell CJ, Levers H. Cross-infection control: attitudes of patients toward the wearing of gloves and masks by dentists in the United Kingdom in 1987. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989; 67(1):45-8.
- Castro ME, Cruz MRS, Freitas JSA, Barata JS. Fatores determinantes e influenciadores do comportamento da criança durante o atendimento odontológico. *J Asses Odontol* 2002; 5(29):49-52.
- Chenoweth N, Mayberry W, Tishk M, McClynn FD, Scott L. Barrier techniques to infection: a national survey of pediatric dentists. *Pediatr Dent* 1990; 12(3):147-51.
- Chinellato LEM, Scheidt WA. Estudo e avaliação dos meios de biossegurança para o cirurgião-dentista e auxiliares contra doenças infecto-contagiosas no consultório odontológico. *Rev FOB* 1993; 1(1/4):60-6.
- Cohen SD. Children's attitudes toward dentist's attire. *J Dent Child* 1973; 40(4):285-7.
- Fontes LBC, Alves RA, Santos VIM, Grinfeld S, Montandon EM. Psicologia: transferência e contratransferência na clínica odontopediátrica. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1999; 2(7):179-81.
- Gonçalves AC, Travassos DV, Silva M. Biossegurança do exercício da odontologia. *RPG* 1996; 3(3):242-5.
- Grace EG, Cohen LA, Ward MA. Patients' perceptions related to the use of infection control procedures. *Clin Prev Dent* 1991; 13(3):30-3.
- Hoff D, Sampieri PA, Rickert V, Goldstein J. Consumers' awareness of barrier protection in dentistry. *J Dent Hyg* 1990; 64(9):446-8.
- Klatchoian DA. O comportamento da criança como elemento chave em odontopediatria. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1998; 1(4):102-9.
- Klorman R, Ratner J, King JB, Sveen OB. Predicting the child's uncooperativeness in dental treatment from maternal trait, state, and dental anxiety. *J Dent Child* 1978; 45(1):62-7.
- Klorman R, Michael R, Hilpert P, Sveen OB. A further assessment of predictors of child's behavior in dental treatment. *J Dent Res* 1979; 58(12):2338-43.
- Miranda CF. *Atendendo o paciente: perguntas e respostas para o profissional de saúde*. Belo Horizonte: Crescer; 1996.
- Molinari GE. Pediatric dental patients' perceptions of personal protective equipment. *J Calif Dent Assoc* 1992; 20(10):39-42.
- Mussen PH. Child development and personality. *J Dent Child* 1967; 34(2):97-107.
- Pinkham JR. Personality development: managing behavior of the cooperative preschool child. *Dent Clin North Am* 1996; 39(4):771-87.
- Ramos-Jorge ML. *Comportamento infantil no ambiente odontopediátrico: fatores de predição [Dissertação de Mestrado]*. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG; 2000.
- Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Serra-Negra JCM, Paiva SM. A ansiedade materna como fator de influência na adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. *Arq Odontol Belo Horizonte* 1999; 35(1-2):61-70.
- Sandrini JC, Bonacin Jr P, Christóforo LR. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 1998; 1(3):75-89.
- Siegel LJ, Smith KE, Cantu GE, Posnick WR. The effects of using infection-control barrier techniques on young children's behavior during dental treatment. *J Dent Child* 1992; 59(1):17-22.
- Vilaça EL, Linhares RMS, Pordeus IA. Manifestações bucais associadas à infecção pelo HIV/Aids em crianças. *Rev CROMG* 2001; 7(1):47-56.

Recebido para publicação em: 06/09/2002
Enviado para reformulação em: 22/10/2002
Aceito para publicação em: 06/12/2002