UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU

ANDRÉ ANTUNES BORO

**Desenvolvimento de Ferramenta Áudio-Visual para
Condicionamento de Comportamento Positivo de Crianças ao
Atendimento Odontológico**

BAURU
2016

ANDRÉ ANTUNES BORO

**Desenvolvimento de Ferramenta Áudio-Visual para
Condicionamento de Comportamento Positivo de Crianças ao
Atendimento Odontológico**

Dissertação apresentada a Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Ciências Odontológicas Aplicadas, na área de concentração Odontopediatria.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida de Andrade Moreira Machado.

Versão Corrigida

BAURU
2016

B645d Boro, André Antunes
Desenvolvimento de Ferramenta Áudio-visual
para Condicionamento de Comportamento Positivo de
Crianças ao Atendimento Odontológico / André
Antunes Boro. – Bauru, 2016.
53 p. : il. ; 31cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo

Orientadora: Profa. Dra. Maria Aparecida de
Andrade Moreira Machado

Nota: A versão original desta dissertação encontra-se disponível no Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Assinatura:

Data:

AGRADECIMENTOS

Pessoas caminham juntas. Embora o conviver solitário possa parecer interessante, o crescimento massivo vem em conjunto. Ideias, projetos e produtos. Todos são construídos a partir da luz que, compartilhada, atinge seus horizontes e objetivos.

Nesta, estive sempre presente em meu ciclo, minha família, meus amigos e minhas inquietudes, que não deixaram minha mente descansar as ideias que, algumas vezes, se tornaram luzes.

Do primeiro passo: Cidinha, Sileide, Mariana, Luciano, Susy, Kim e Alan. Do desenvolvimento: odontopediatras e fonoaudiólogas que me ensinaram a visão acadêmica em contrapartida da coloquial. Da sustentação: a diferenciação de pessoas que deixam de ser alguns para seu um. O crescimento, que vem de dentro, fez-se dentro deste projeto brotando Wesley, Sorriso e o atendimento lúdico, criado de maneira lúdica.

RESUMO

Uma das questões relevantes para a prática da Odontopediatria, e aqui abordada, se refere à indução e controle do comportamento da criança antes e durante o procedimento clínico. Os chamados comportamentos “não-colaborativos” da criança apresentam-se como um dos principais desafios que o profissional, odontopediatra, enfrenta em seu dia-a-dia. Espera-se que ele conheça a criança em seu contexto, inserida no seu ambiente social e familiar, de modo a exercer a Odontopediatria de forma humanizada como uma abordagem holística da criança para levar não só ela, como também seus acompanhantes a uma condição de bem estar. Uma das formas de favorecer a colaboração da criança é, o uso de ferramentas alternativas, como por exemplo, oferecer informações sobre os procedimentos que serão realizados de forma lúdica e de fácil compreensão para ela. O presente trabalho teve como objetivo apresentar a proposta da elaboração de uma ferramenta audiovisual para a introdução da criança ao ambiente odontopediátrico, dentro da proposta de condicionamento FALAR -MOSTRAR – FAZER. A ferramenta audiovisual é o centro deste estudo, sendo que poderá ser utilizada em diversas situações no consultório odontopediátrico: em sala de espera, antecedendo o atendimento, ou até durante o mesmo, distraindo a criança e tentando diminuir a ansiedade e o medo com a probabilidade de incentivar comportamentos colaborativos. Pensando em ferramentas para a distração e condicionamento positivo do comportamento de crianças em consultório odontológico, o audiovisual passou a ser mais presente em ambientes clínicos, ainda na primeira década do século XXI. Sendo assim, este trabalho consistiu na elaboração e construção de um seriado denominado “Wesley vai ao Dentista”, composto por 4 vídeos educativos que são eles: 1- Bem-vindo ao Dentista Wesley; 2- Levanta a mão Wesley; 3- Vamos limpar os dentes Wesley e 4- Final feliz no Dentista Wesley. Nos vídeos o personagem “Wesley” é um boneco e o Doutor Sorriso, um menino, isto com a finalidade de criar maior identificação pelas crianças e dar uma linguagem lúdica à ferramenta.

ABSTRACT

Development of audio-visual tool for positive behavior conditioning in children in dental care

One of the relevant questions to the practice of Pediatric Dentistry is related to the induction and control of child positive behavior before and during the clinical procedure. The so-called "non-collaborative behavior" of the child is presented as one of the main challenges to the pediatric dentist in the daily practice. It is expected that the pediatric dentist knows the child in full psychological and social context, inserted in the child's family and social environment in order to practice more humanized treatment, thus offering physical and emotional comfort to the child and parents before, during and after treatment. One way to improve the child's collaboration is through the use of alternative tools, such as providing information on the procedures to be performed using ludic tools that are easily understood by the child. This study aimed to present the proposal of an audiovisual tool for introducing children to the dental environment by using the strategy: To TALK - To SHOW - To DO. The audiovisual tool is the main purpose of this study, and may be used in different situations in the pediatric dental office: waiting room, prior dental care or even during it, distracting the child and trying to decrease anxiety and fear and increase the probability to encourage collaborative behavior. Considering tools for distraction and positive behavior conditioning of children in the dental office, audiovisual aids have become more present in clinical settings in the first decade of the twenty-first century. Therefore, this work aimed to develop and create a series called "Wesley Goes to the Dentist", which consists of four educational videos to show the child that going to the pediatric dentist is not a bad thing. The videos are: 1- Welcome to the Dentist, Wesley; 2- Raise your hand, Wesley; 3- We will clean your teeth, Wesley 4- Happy End in the dentist, Wesley. In these videos, the character Wesley is a puppet while Doctor Smile is a boy for the purpose of creating greater identification with children and giving a playful language to the tool.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
	PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA.....	17
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	29
	CONTEÚDO.....	31
	TECNICA.....	31
	EQUIPAMENTOS E EQUIPE.....	32
	A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO AUDIOVISUAL PILOTO “A CLÍNICA DO DR. MIRIM”	33
	ROTEIRO DE GRAVAÇÃO.....	35
4	DISCUSSÃO.....	41
5	CONCLUSÕES.....	45
	REFERÊNCIAS.....	49

1 Introdução

INTRODUÇÃO

Uma das questões relevantes para a prática da Odontopediatria, e aqui abordada, se refere à indução e controle do comportamento da criança antes e durante o procedimento clínico. Os chamados comportamentos “não-colaborativos” da criança apresentam-se como um dos principais desafios que o profissional, Odontopediatra enfrenta em seu dia-a-dia. O medo que é uma sensação presente em um paciente odontopediátrico pode passar por níveis de intensidade e, segundo Alves et. Al. (1992), este medo demonstrado por uma criança, pode ser intensificado por diversos fatores, como por exemplo, o primeiro contato com o dentista e a diferença de tamanhos entre o profissional e a criança, além da relação óbvia de superioridade do adulto em relação a criança. Essa discrepância pode estabelecer o “quem manda” e “quem obedece” no ambiente, resultando em uma sensação de inferioridade e de intimidação na criança.

A Psicologia infantil serve como um dos pilares para o Odontopediatra que deve estar atento e preocupado em buscar estratégias de intervenção psicossocial (atuação no ambiente, auxílio dos pais, entre outros), que resultem na preparação psicológica, a fim de minimizar ou evitar sentimentos de desconforto, aversivos e comportamentos não colaborativos por parte das crianças. Estar alicerçado no conhecimento psicológico da criança em suas diferentes fases de desenvolvimento, é fundamental para a boa prática da Odontopediatria.

Conforme Betz (2006) e Costa Junior (2004) relataram, muitos dos estudos que encontramos na literatura relacionados à preparação psicológica infantil para procedimentos na saúde referem-se à área médica. Os autores também destacam que estas pesquisas são pouco conclusivas e da ausência de modelos de intervenção que possam levar à resultados positivos da intervenção psicológica.

Os programas de preparação têm caráter preventivo envolvendo, na maioria das vezes, o fornecimento de informações sobre procedimentos a serem executados e treino em habilidades de enfrentamento.

Segundo Crawford (2002), as formas mais usuais de fornecimento de informações são: (1) oral, durante o atendimento do paciente; (2) impressa, por meio de folhetos e cartilhas; e (3) audiovisual, por meio de projeção de slides e filmes de curta duração.

No intento de somar propostas, o presente estudo pretende, apresentar uma forma de intervenção que visa o fornecimento de informações por meio de ferramenta audiovisual instrutiva. O uso proposto é para pré-atendimento. Sendo os personagens centrais da série, que é composta por quatro filmes são: um boneco personalizando o paciente infantil (Wesley) e um menino em idade escolar, personificando o odontopediatra/dentista (Dr. Sorriso).

O trabalho foi baseado em uma técnica simples, mas bastante efetiva conhecida como FALAR-MOSTRAR-FAZER. De acordo com Albuquerque (2010) “este método corresponde à coluna vertebral da fase educacional para a preparação de um paciente odontopediátrico relaxado e receptivo”. Consiste na apresentação do material e/ou procedimento de forma didática e gradativa, usando termos e palavras acessíveis à criança, a fim de tornar o ambiente clínico familiar a ela.

2 Revisão de Literatura

REVISÃO DA LITERATURA

A clínica odontopediátrica tem características específicas porque irá abrigar um ser humano em desenvolvimento, que dependendo da idade, poderá exigir mais do Odontopediatra no que se refere a estratégias para o controle do comportamento. Um fator importante que também deve ser considerado é que este paciente estará inserido num contexto de dor ou de expectativa de dor.

A escolha da técnica de abordagem da criança e sua aplicação estão funcionalmente relacionadas às necessidades psicossociais dela, e devem ser identificadas pelo profissional de saúde, conforme afirmaram Willensen et al. (2002). O Odontopediatra deverá estar ciente de que não está tratando uma boca ou um dente que anda, mas um ser humano com necessidades próprias que está inserido num contexto familiar e social (MACHADO, 2005).

Ainda há um agravante quando o assunto é a insegurança que a criança sente enquanto está em um consultório odontológico. Segundo Badra (1987) o pouco conhecimento técnico da criança perante a situação odontológica pode catalisar a ansiedade e, conseqüentemente, provocar reações de não-colaboração no atendimento odontológico.

A interlocução do Odontopediatra é o principal meio para um atendimento sem maiores complicações. O papel do profissional da área visa, segundo Klatchoian (2005), estabelecer uma boa comunicação com a criança, educar o paciente de modo que ele coopere com o tratamento, estabelecer uma relação de confiança com a criança e prevenir e aliviar seu medo, ou seja, conhecer os medos comuns da infância e os estágios de cada fase da criança. Este conhecimento então é a maneira mais segura que se refere ao domínio do comportamento da criança para se realizar um tratamento. Por se tratar de um diálogo baseado na troca de informações, a criança conquistada pelo profissional tende a apresentar comportamentos positivos e interativos. Isso é aperfeiçoado com um dos principais métodos de condicionamento do comportamento da criança no consultório odontopediátrico, o “FALAR-MOSTRAR-FAZER”.

O gerenciamento do comportamento do paciente infantil faz-se necessário, para viabilizar o atendimento odontológico, de forma a proporcionar segurança à criança e tranquilidade ao seu acompanhante. Técnicas não farmacológicas de controle do comportamento são usadas em Odontopediatria com esta finalidade, sendo as mais usadas a comunicação verbal, o “FALAR-MOSTRAR-FAZER”, o controle de voz, a comunicação não verbal, o reforço positivo, a distração, a presença ou ausência dos pais e como último recurso, a contenção física. (JOSGRINLBERG, CORDEIRO, 2005).

A prevalência de medo/ansiedade pode ser considerada elevada na clínica odontopediátrica, sendo oportuno que o Odontopediatra institua estratégias de controle do comportamento na clínica infantil, favorecendo o estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente e sucesso na execução dos procedimentos clínicos propostos. (SARNAT et al., 2001; FAYLE, 2003; RAMOS-JORGE, PAIVA, 2003; KLATCHOIAN, 2005) A construção deste relacionamento não é meramente um procedimento técnico, mas sim o conhecimento da criança e o tratamento desta como um indivíduo único e com direito ao respeito (COLARES, 2000).

As situações mais difíceis enfrentadas pelos Odontopediatras são aquelas em que as crianças, principalmente as mais novas (0 a 4 anos de idade), não colaboram com a realização do tratamento, chorando, gritando, movimentando a cabeça e o corpo, e fazendo tentativas de sair da cadeira. Esses comportamentos de não colaboração são, geralmente, atribuídos ao medo, a traumas, a condições fisiológicas ou a outros fatores inerentes ao indivíduo, sendo dado pouco valor para os eventos presentes no ambiente odontológico. Para o analista do comportamento, esses eventos ambientais, que são classificados com base em suas funções comportamentais em estímulos eliciadores, estímulos reforçadores, estímulos punidores, operações estabelecedoras e estímulos discriminativos, são tão relevantes quanto possíveis fatores herdados, e devem ser considerados para se fazer uma análise apropriada do comportamento das crianças. Tendo como base a análise funcional do comportamento dos processos de interação que podem ocorrer no ambiente odontopediátrico quando crianças são submetidas a procedimentos de intervenção. Para isso, são analisados, inicialmente, o

conceito de operação estabelecadora e a relação entre adulto vs. criança, vista na figura de dentista vs. Criança.

PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA

Os programas de preparação psicológica que antecedem de imediato a execução de procedimentos médicos invasivos são largamente pesquisados e envolvem grande variedade de métodos dentre os quais três modalidades são destacadas em função dos objetivos: (a) fornecimento de informações orais e ou escritas, familiarizando o paciente com a situação a ser enfrentada; (b) distração por meio de jogos, brincadeiras e atividades afins com o procedimento médico a ser realizado desviando a atenção do paciente; (c) simulação da situação real usando jogos, recursos audiovisuais como vídeo, slides, áudio em conjunto com painéis e representação de papéis, facilitando assim a adaptação do comportamento da criança à situação.(CAVENDER, GOFF, HOLLON & GUZZETTA, 2004).

A American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD, 2005-2006), o Guia de Manejo do Comportamento Infantil, que apresenta técnicas interventivas tratamento clínico odondopediátrico, tais como: estratégias de distração, de reforço positivo, de restrição física entre outras. O objetivo desse manual é “promover uma psicologia ciência e profissão “conte-mostre-faça”, distração, familiarização, atividade lúdica e reforço positivo.

Possobon, Caetano e Moraes (1998) estudaram o efeito da aplicação de um procedimento de intervenção com quatro crianças de dois a três anos de idade que apresentavam comportamento não-colaborativo, submetidas a tratamentos odontológicos cirúrgicos que duraram de seis a nove sessões. A intervenção incluiu o uso de estratégias (“conte-mostre-faça”, distração, familiarização, atividade lúdica e reforço positivo) pelo dentista e o acompanhamento de uma psicóloga, que observava os atendimentos e planejava com o dentista o manejo comportamental em cada sessão. O “conte-mostre-faça” é uma técnica que consiste em explicar para o paciente o procedimento odontológico em três passos: primeiro o dentista diz o que será feito, depois ele faz uma demonstração visual e tátil e, por último, ele realiza

o tratamento. Os resultados mostram que houve um aumento gradual da colaboração das crianças, com diminuição da resistência, apesar de o choro permanecer presente em quase todas as consultas. Os autores destacaram que as brincadeiras tiveram efeito de reforço positivo para o comportamento de colaborar, e observaram que, a partir da segunda ou terceira sessões, o uso de brocas de alta e de baixa rotação evocava comportamentos não-colaborativos. Apesar de terem sido usadas estratégias de familiarização com a criança, o ruído das brocas provocava choro e inquietação mesmo antes de o instrumento ser posicionado na boca da criança, o que indica que o ruído alto do aparelho não perdeu a função aversiva e continuou evocando comportamentos de fuga, que eram reforçados negativamente, com a interrupção do tratamento.

Os prêmios dados para as crianças nem sempre exercem função de reforços positivos, conforme foi demonstrado por Possobon, Moraes, Costa Júnior e Ambrosano (2003), que desenvolveram um estudo com seis crianças de quatro a cinco anos de idade, todas elas com uma história de não-colaboração, que impediu ou interrompeu a realização de tratamento odontológico anterior. Essas crianças foram submetidas a cinco sessões, nas quais o dentista estabelecia para as crianças duas regras: elas poderiam brincar após a consulta e levar um brinde quando cooperassem. Caso não colaborassem, a sessão seria encerrada sem direito ao brinde ou aos brinquedos. Os resultados mostram que houve predomínio de comportamentos não-colaborativos nas cinco consultas, e que os procedimentos odontológicos não puderam ser realizados pelo dentista. Os pesquisadores concluíram que os prêmios pela colaboração não tiveram efeito reforçador, pois esses comportamentos não aumentaram quando os prêmios foram oferecidos. Para as crianças com alta frequência de comportamento não-colaborativo, as instruções, os elogios e os brindes contingentes ao comportamento colaborativo podem não ser sempre apropriados para estabelecer ou manter esse tipo de comportamento, porque os comportamentos concorrentes se caracterizam como respostas de fuga e de esquiva. Provavelmente, para crianças com história de não-colaboração e que foram submetidas a procedimentos invasivos, o valor do reforçador negativo (interrupção ou adiamento do procedimento odontológico) é muito

mais forte do que o valor reforçador positivo de elogios e dos demais estímulos (brindes e brincadeiras) apresentados de forma contingente ao comportamento de colaboração, conforme sugerem os dados dessas e de outras pesquisas, como as de Stark et al. (1989) e a de Fioravante, Soares, Silveira e Zakir (2007).

O efeito da estimulação aversiva como operação estabelecadora e a independência desse efeito em relação às outras variáveis manipuladas pelo dentista, como os brinquedos, foram demonstrados no estudo de Stark et al.(1989), com os resultados de um procedimento no qual foi testada a eficiência da distração combinada ao reforçamento positivo. Crianças que apresentavam comportamentos de não colaborar ouviam uma história por meio de fones auditivos, a qual era simultaneamente ilustrada por painéis durante os atendimentos odontológicos. No final de cada sessão, elas respondiam algumas perguntas sobre a história e, caso acertassem a maioria delas, tinham direito a um brinquedo e a um tempo para jogar videogame. A intervenção surtiu efeito apenas inicialmente. A diminuição de comportamentos não colaborativos não se manteve para duas das quatro crianças, quando elas tiveram que ser submetidas a mais de uma sessão de intervenção. O comportamento de não colaboração aumentou nas sessões sucessivas, mas as crianças continuaram respondendo corretamente as perguntas sobre a história e, portanto, recebendo os prêmios.

O cirurgião-dentista deve favorecer o desenvolvimento psicológico saudável do paciente, procurando conhecer a criança em sua totalidade, inserida no seu ambiente social e familiar, de modo a exercer a Odontopediatria de forma mais humana (RAMOS-JORGE, PAIVA, 2003; QUEIROZ et al., 2005)

A comunicação verbal pode ser definida como a expressão verbal dos procedimentos. (CORREIA, MAIA, 2001) Já a comunicação não verbal corresponde ao reforço às orientações de comportamento pelo contato, postura, expressão facial e linguagem corporal adequados. (JOSGRINLBERG, CORDEIRO, 2005; NORONHA, 2002)

A técnica do “conte-mostre-faça” envolve explicações verbais de acordo com o nível de desenvolvimento do paciente (dizer); demonstração por meio dos sentidos (audição, olfato e tato) dos procedimentos claramente

definidos (mostrar) e sem desviar da explicação ou demonstração, complementar o procedimento (fazer). Este artifício possui o objetivo de familiarizar a criança com os procedimentos odontológicos. (JOSGRINLBERG, CORDEIRO, 2005; ZANETTI et al., 2001)

A técnica Falar-mostrar-fazer/*Tell-show-do* (TSD) possui uma boa aceitação entre os autores, e é bastante utilizada pelos profissionais de odontopediatria. Este método corresponde à coluna vertebral da fase educacional para a preparação de um paciente pediátrico dental relaxado e receptivo. O objetivo desta técnica é lidar com o medo das crianças frente a situações desconhecidas, os elementos odontológicos devem ser apresentados gradualmente, e assim, promover sua familiarização antes do tratamento propriamente dito. Ao conhecer as funções dos equipamentos, a criança terá menor probabilidade de projetar neles suas fantasias aterrorizantes. Assim a finalidade do primeiro contato com o paciente é a aquisição de confiança tanto do responsável quanto da criança, sua ambientação com o dentista e o instrumental, bem como estabelecer um relacionamento ótimo dentista-paciente. A escolha das palavras é importante na técnica do “conte-mostre-faça”. O êxito consiste no dentista utilizar um vocabulário substituto para seus aparatos e procedimentos que a criança possa entender. Tudo o que estiver presente no consultório odontológico deverá ser mostrado detalhadamente à criança por meio da técnica “dizer-mostrar-fazer”.

Desta maneira, o profissional estará fornecendo informações preparatórias à criança, tornando o ambiente conhecido, e diminuindo seu medo e sua ansiedade. Segundo o autor, a técnica do “falar-mostrar-fazer” deve se iniciar logo que a criança entra no consultório e durar todo o atendimento. É fundamental que antes mesmo da criança entrar na sala de consulta, conheça o nome do profissional e que seja realizada uma breve “conversa” ou “contato social” entre profissional e criança. O objetivo desta etapa é mostrar à criança que queremos seu bem e seremos seu amigo.

Técnica da Mão sobre a boca/ *Hand over mouth exercise* (HOME) A técnica de “mão sobre a boca” tem por objetivo a atenção de uma criança altamente antagonista, de maneira a permitir o estabelecimento da

comunicação e obter o seu concurso para que o tratamento seja executado com segurança.

O controle de voz é entendido como o controle da alteração no volume, tom e velocidade da voz para que se obtenha a atenção e cooperação da criança (JOSGRINLBERG, CORDEIRO, 2005; COLARES, 2000).

O reforço positivo é uma técnica usada para estimular comportamentos desejáveis, fortalecendo sua recorrência, através de estímulos sociais adequados como a recepção calorosa e o elogio. (COLARES et al., 1998) Este procedimento inclui modulação de voz, expressão facial, frases verbais e demonstrações físicas da equipe odontológica de afeição cuidado (JOSGRINLBERG, CORDEIRO, 2005, COLARES et al., 2002).

A distração consiste em desviar a atenção do paciente de sua percepção de procedimentos considerados desagradáveis (NORONHA, 2002; COLARES et al., 2002).

A presença ou ausência dos pais no gabinete odontológico é uma técnica usada para obter colaboração do paciente para o tratamento odontológico (JOSGRINLBERG, CORDEIRO, 2005). Deve-se considerar que a ansiedade dos pais é um fator que influencia diretamente a ansiedade da criança (BARBOSA, TOLEDO, 2003).

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

Segundo Torres e Hermoza (2012), podemos considerar dois tipos de ações do profissional para manter a criança sob controle:

- As técnicas comunicativas, que consistem na dessensibilização, como por exemplo, o “dizer-mostrar-fazer”, os gestos de contingências indicando positivo ou negativo por parte do paciente e as distrações.
- Ou, em um plano mais autoritário, as técnicas aversivas, que consistem em controle por voz, bloqueio da boca com a mão ou

com estabilizador de mordida ou, por fim, a estabilização física da criança pela imobilização

Dentro do quadro criado com o medo da criança, Doca e Costa Junior (2007), no que se refere a abordagens psicológicas para melhorar o comportamento da criança e, por sua vez, o atendimento clínico, destaca-se três maneiras de “estratégias comportamentais em Odontopediatria”:

- a) oferecer informações sobre o que acontecerá a seguir;
- b) distração por meio de jogos, brincadeiras de modo que leve a desviar a atenção do paciente;
- c) a simulação do real por meio de jogos e recursos audiovisuais para o ensino de respostas às crianças.

Dentro da perspectiva de distração, o audiovisual é o centro deste estudo, e pode aparecer em diversas situações: em uma sala de espera, antecedendo o atendimento odontológico, ou até mesmo durante o atendimento, distraindo a criança e anulando ou amenizando a contingência da mesma. Essas duas situações são representadas pelas figuras 1 e 2.

Figura 1: Ambiente de espera preparado para receber crianças que iniciarão o atendimento odontológico.

Figura 2: Consultório preparado para atendimento odontológico infantil com recursos audiovisuais.

É o que cita Brandenburg e Haydu (2009) em sua Contribuição da Análise do Comportamento em Odontopediatria:

“O reforço dos comportamentos de fuga e esquiva, trazem esclarecimentos sobre o manejo do comportamento infantil em Odontopediatria e chama atenção para a necessidade de técnicas que diminuam a adversidade deste contexto, portanto, existem alternativas para que, tanto a criança, quanto o odontopediatra sejam beneficiados, sem ter que apelar para a contenção física”.

Ou seja, os estudos de comportamento da criança durante o atendimento, contribuem para o desenvolvimento de ferramentas de suporte ao odontopediatra, como jogos, composição de ambientes e desenhos e filmes (audiovisual). Abaixo exemplos de distração:

Figura 3: Desenho animado (podendo ser em sala de espera ou dentro do consultório).

Figura 4: Área de recreação.

Em sua revisão literária, Brandenburg e Haydu citam o estudo de Ingersol et al. (1984) que submeteram ao audiovisual (desenhos animados) crianças em tratamento. Ao passar os vídeos apenas quando a criança colaborava com o tratamento, obteve-se resultado positivo para o uso do audiovisual durante o atendimento odontológico. Porém, esta técnica de distração não teve o mesmo desempenho no estudo de Stark et al. (1989), muito provável por uma diferença entre a população. No estudo de Ingersol et al. (1984), as crianças podiam não ter um histórico de não-colaboração intensa, fazendo com que o desenho animado consiga amenizar de forma significativa o comportamento negativo do paciente. Este quadro reforça a atenção que o profissional deve ter quando atender seu paciente, no qual é

necessário o conhecimento do histórico da criança dentro da clínica e, desde o primeiro contato com a criança, demonstrar que o ambiente do consultório pode ser agradável, bem como ensinar a criança a participar do procedimento clínico.

Estes estudos reforçaram que a abordagem do dentista não é substituída por um filme ou qualquer técnica de distração da criança, elas, servem para complementar o trabalho de ambientalização da criança em um consultório, que deve ser feito desde o início do tratamento

Pensando em ferramentas para distração de crianças em consultório odontológico, o audiovisual passou a ser mais presente em ambientes clínicos ainda na primeira década do século XXI.

No que diz respeito à execução de filmes e desenhos dentro de um consultório odontológico, temos uma mudança significativa com o incentivo do governo por meio da lei n 11.484 e pelo decreto n 6234, de 11 de Outubro de 2007, que popularizou o comércio de televisões de LCD e plasma, e diminuiu consideravelmente o tamanho do aparelho televisivo ficando mais fácil de ser colocado dentro do consultório odontológico. Exemplificado com a aproximação das figuras abaixo:

Figura 5: Sala de espera.

Figura 6: Consultório

Isso sem dúvidas promove uma grande mudança dentro do ambiente, pois anteriormente a esse advento, as crianças se distraíam em salas de espera pintando ou jogando jogos simples manuais. Apenas se preparando para entrar no consultório odontológico. Para conseguir a execução de um filme para distração da criança, era necessário um equipamento um pouco maior.

Dentro da ciência sempre houve a busca constante pela diminuição do tamanho de aparelhos, assim como, agregar funções em um só produto. Assim, otimizar o produto ao máximo. Com essa perspectiva, começaram as buscar pelos smartphones, ainda no início da década de 1990, os quais integravam funções como telefone, mensagens de texto e caderno de anotações em um único aparelho. Essa busca pela convergência de mídias e formatos em um único dispositivo ganhou notoriedade em 2010 com o lançamento do Ipad 2. Com isso, supriu-se o que faltava para a plataforma tablet ganhar espaço no mercado, e possibilitar maior interação entre o usuário e a máquina.

Com a chegada do Ipad, o audiovisual pode atingir uma flexibilização jamais vista. É como uma televisão portátil conectada a internet e, consequentemente, ao Youtube, a maior plataforma e acervo de vídeos virtuais em stream já criada. O crescimento da execução de vídeos online é tanto que ainda hoje o panorama de maior plataforma, bem como site com maior visualização de vídeos, vem mudando constantemente.

Com isso conseguimos ter ideia de como mudou e foi facilitado o acesso ao audiovisual no Brasil e no mundo. Hoje, as vendas dessas aparelhos continuam crescendo, como é o caso dos smartphones aqui no Brasil.

Temos, portanto, uma ciência (setor de comunicação) com seus diversos tipos de linguagem (a linguagem audiovisual se caracteriza pela maneira a qual é contada uma história, seja ela uma notícia jornalística, documental ou ficcional) e, mais fundamental ainda, o suporte de execução

para os produtos audiovisuais. Jenkin (2009) chama de “caixa preta”, um aparelho de execução de mídias, simbolizado por uma “caixa”, que, reforçado por Martins (2012), aparece em diversas formas, como smartphone, tablets e televisões conectadas a internet. Essas ferramentas de execução de vídeo possibilitam novas formas de narrativas, as quais são facilmente modificadas pelo usuário e, principalmente, construídas de acordo com o interesse dos mesmos.

Desta forma, surge uma conduta de uso dessas ferramentas para um determinado fim. Nesse ponto muda a atuação do odontopediatra em relação ao uso do audiovisual como técnica de distração durante atendimento ou como auxílio de ensinamento de saúde bucal para crianças.

Assim, com o domínio da ferramenta de execução e com o vídeo correto para cada caso, o cirurgião dentista tem plena autonomia para otimizar ao máximo o atendimento da criança. Para atingir esse ponto ideal do uso de vídeo como ferramenta de abordagem psicológica para melhorar o comportamento da criança, não pode descartar em nenhuma hipótese o conhecimento do paciente por conta do profissional.

Em uma nova perspectiva para o audiovisual, saímos do plano de plataformas interativas e portáteis para o estudo em uma nova plataforma que se prometeu revolucionário: o Eyeglasses.

Tendo então, o audiovisual como técnica de distração da criança durante o atendimento clínico, foram desenvolvidos estudos que trazem outra dimensão para o uso dos vídeos. Neste caso, a criança é submetida a uma imersão audiovisual, fazendo com que ela se desligue do ambiente clínico e tenha sua visão e audição tomada pelo filme, ou desenho que estiver passando, apenas pra ela. Assim, a criança passa a ignorar o que antes lhe assustava no tratamento dentário. Neste caso é feito o uso dos Eyeglasses, óculos que dão suporte para que essa situação ocorra sem que atrapalhe o trabalho do odontopediatra (Florella,2010)

Ainda no estudo de caso de Florella (2010), notamos que essa prática é bem-vinda para suprir o ato de sedação das crianças durante o atendimento.

Porém, essa técnica, mesmo com sua eficácia testada, não obteve aderência do mercado. O custo é o principal vilão do eyeglasses. Outros dispositivos têm melhor relação custo/benefício.

O uso de tablets, que se demonstra a melhor opção por conta desta relação custo/benefício. Podemos fazer um questionamento relacionado ao melhor conteúdo a se passar para o paciente.

Para essa pergunta, pode-se conduzir duas respostas:

- O conteúdo deve ser escolhido de acordo com o gosto do paciente, ou seja, o desenho ou filme que irá passar durante o atendimento deve ser do agrado da criança. De preferência, seu favorito. Assim a distração do mesmo será otimizada para um melhor atendimento e, conseqüentemente, sem intervenção física do profissional.
- O conteúdo desse vídeo pode ser produzido para demonstrar melhor os processos que acontecerão dentro do consultório. Assim, com conteúdo específico, tem maior proveito do uso do audiovisual, pois além de distrair a criança, o vídeo com conteúdo específico tem a função de ensinar o paciente sobre o tratamento e a prevenção.

É este caso de produção de material específico e direcionado que defende Rolim (2010).

Pensando no método (c) do estudo de Doca e Costa Junior (2007), Rolim (2010) descreve que, para melhor comportamento clínico da criança, alguns requisitos para o audiovisual foram listados, enumerados e testados. Esses produtos deveriam apresentar as seguintes formas e características: o “conte-mostre-faça”, ilustrando e indicando a função de um determinado instrumento, como o espelho, por exemplo. Após a indicação, o dentista mostra como é usado o espelho na própria criança. A segunda estratégia presente no material audiovisual é o desenho animado de uma criança levantando a mão caso tenha alguma dor durante o tratamento. Essa imagem passa a tranquilidade do personagem, deixando a criança mais segura para o atendimento. Elementos que possam distrair a criança também são colocados no vídeo/desenho animado. Indicando que alguma música ou qualquer outro tipo de intervenção por parte do dentista pode acontecer

durante o tratamento para que ela se sinta mais relaxada. O quarto elemento que estes vídeos preparatórios tiveram, foi o desenho de um relógio no qual indica que cada procedimento a ser feito pelo dentista tem um tempo determinado. No qual o profissional e o paciente vão contar junto o tempo do procedimento a ser realizado. A mãe também foi demonstrada no quinto elemento para composição desses vídeos preparatórios. Nele é mostrada a figura de suporte e apoio que o responsável pela criança pode dar durante o tratamento. E, por fim, é apresentada a mesa com a aparelhagem que o dentista vai utilizar na criança, assim, mostrando como a criança poderá auxiliar no tratamento, tornando-a uma figura ativa na clínica.

3 Metodologia

METODOLOGIA

Em primeiro lugar, para desenvolver um produto audiovisual deve-se idealizar e roteirizar o conteúdo que será gravado. Esse processo é descrito por Gosciola (2004) com as seguintes etapas: Comportamento, estruturação e repetição, a qual, respectivamente, se refere à maneira pela qual o conteúdo se apresenta no produto final, a estruturação, que define qual o momento de apresentar cada informação que compõe o conteúdo do vídeo e repetição, que irá ditar o ritmo do produto apresentado.

Em uma perspectiva técnica, ainda Gosciola apresenta três pontos fundamentais para construção do roteiro, que será fundamental para o desenvolvimento do produto final. São elas, planificação, movimentação e transição. Estes elementos são referentes aos planos de enquadramento fotográfico da cena desenvolvida, à movimentação que a câmera terá em cada cena e, por fim, como será o corte na edição do material, compondo assim, as etapas básicas da construção de um material audiovisual.

CONTEÚDO

O diálogo de conteúdo é o principal momento de interlocução entre a disciplina de Odontopediatria e a comunicação por meio do audiovisual. Cada fala, gesto e tonalidade de voz contidos e executados (filmados), foi analisado por profissionais especializados e adequado para que o produto final tenha o objetivo de ajudar no atendimento infantil.

TÉCNICA

Para execução da gravação do vídeo, é necessário que seguir as etapas descritas por Gosciola: em cima do conteúdo já revisado, é definido cada plano a ser utilizado e movimentação de câmera. Assim, no momento da gravação, o material é construído de uma maneira clara para o editor do produto mantendo, trazendo uma comunicação entre produção e pós-produção. Assim, temos o objetivo de finalizar o produto com estética e função (técnica e conteúdo) mais próximo do que foi definido no roteiro.

EQUIPAMENTOS E EQUIPE

- Camera Sony Fs100
- Camera Canon Rabel T5i
- Microfone Boom Roldi
- MacBook Pro core i7
- Software Adobe Premiere
- Software DaVinci Resolve
- Um assistente de câmera
- Um odontólogo pediatra especialista

A CONSTRUÇÃO DO PRODUTO AUDIOVISUAL PILOTO “A CLÍNICA DO DR. MIRIM”

Os procedimentos serão executados a partir da abordagem lúdica de uma criança cirurgiã-dentista. Este personagem, denominado irá mostrar como será feito o procedimento a fim de executá-lo de maneira que a criança tenha um comportamento colaborativo com o procedimento clínico. A descrição das cenas é pautada no método colaborativo “conte-mostre-faça”, roteirizadas para que esta técnica se adapte a um vídeo ficcional de curta duração.

Cena 1 – Introdução e contextualização do ambiente clínico

Descrição: Dr. Sorriso chama o paciente Wesley Benedito de Calixto na sala de espera. Ambos caminham juntos para a clínica.

Cena 2 – Apresentando o instrumental

Descrição: O dentista mirim irá selecionar um material que será usado durante o procedimento. Pode ser um espelho.

Pós vídeo: Logo após a exibição do vídeo, o Profissional mostra o instrumental presencialmente, tranquilizando a criança na presença do mesmo.

Cena 3 – Comunicação durante o atendimento

Descrição: o dentista mirim estará trabalhando atendendo um boneco. Ao sentir a dor, o boneco levanta a mão para sinalizar. Após o ato, o dentista mirim parabeniza o paciente pela atitude.

Pós vídeo: o profissional reforça a ideia de que, qualquer problema o paciente pode levantar a mão.

Cena 4 – Tempo de procedimento

Descrição: o dentista mirim irá contar no relógio o tempo que vai demorar o procedimento.

Pós vídeo: o profissional reforça a ideia de que o tempo será determinado antes de iniciar o procedimento, reforçando a relação de confiança entre os dois.

Cena 5 – terminando um atendimento

Descrição: O dentista mirim finaliza o atendimento, agradecendo o boneco e entregando um balão de presente.

Pós vídeo: o profissional está pronto para atender.

ROTEIRO DE GRAVAÇÃO

Cena 1 – Introdução e contextualização do ambiente clínico

Neste momento, o vídeo ambienta a criança sobre o que vai ocorrer.

Dr. Sorriso chama o nome do paciente (Wesley) para o atendimento. Corta para o paciente, revelando que este é um boneco, que se levanta e vai em direção ao dentista.

Dr. Sorriso olha para a câmera e se apresenta: Olá sou o Dr. Sorriso e esse é o meu consultório, e hoje vamos conhecê-lo

1 - INT - SALA DE ESPERA

Dr. SORRISO

SUELLEN

WESLEY

Suellen chama o próximo paciente na sala de espera

SUELLEN

Wesley Benedito de Calixto?

WESLEY

Levanta e vai em direção ao consultório

2 - INT - CONSULTÓRIO

Suellen e Wesley caminham juntos em direção a cadeira de atendimento

Dr. SORRISO

Olá, eu sou o Dr. Sorriso, comigo vamos aprender um pouco sobre como é meu consultório.Então... vamos lá!

WESLEY

Hoje vou aprender um pouco mais sobre o atendimento odontológico, vem junto comigo

Fim da introdução com Wesley indo em direção a cadeira de atendimento.

Cena 2 – Apresentando o instrumental

Primeira cena efetiva do paciente antes de ser atendido.

1 - INT - CONSULTÓRIO

Dr. SORRISO

WESLEY

Mostra-se uma série de instrumental em uma mesinha e o Dr. Sorriso retira o espelhinho do meio desses.

Dr. SORRISO

Wesley, o que vou usar agora é esse pequeno espelho, sabe pra que serve?

Obs.: Wesley faz cara de dúvida

Dr. SORRISO

Com ele, vou ver seu dente por todos os lados, e poder limpar direitinho

WESLEY

Eu vou sentir alguma coisa diferente, Dr?

Dr. SORRISO

Só um geladinho, veja só

Dr. Coloca o espelho na boca do boneco

WESLEY

Nossa, faz até cócegas.

Cena 3 – Comunicação durante o atendimento

Antes de começar um procedimento, Dr. Sorriso, mostra a Wesley como comunicar caso algo de estranho aconteça

1 - INT - CLÍNICA

Dr. SORRISO

WESLEY

Dr. SORRISO

Wesley, vamos fazer um combinado! Quando você sentir algo diferente na sua boca, ou quiser falar alguma coisa você precisa levantar a mão esquerda para que eu pare o atendimento e saiba o que você precisa.

Wesley:

Ok! Mas posso erguer quando eu quiser?

Dr. SORRISO

Não, somente quando você achar que tem alguma coisa diferente, e que não está muito legal

Wesley

Então tá, Dr. Sorriso

Cena 4 – Tempo de procedimento

Dr. Sorriso mostra antes do atendimento o tempo que irá demorar para fazer o procedimento em Wesley

1 - INT - Clínica

Dr. SORRISO

WESLEY

Dr. SORRISO

Wesley, dessa vez vou limpar só seu dente da frente. Vai demorar só um pouquinho. Vamos contar no relógio?

WESLEY

Vai demorar quanto? Estou com medo.

Dr. SORRISO

Confie em mim, Wesley. Vai dar tudo certo, quanto mais você se comportar e me ajudar, mais rápido será.

WESLEY

Tudo bem, Dr. Vamos contar juntos.

Cena 5 – terminando um atendimento

Finalização do atendimento. Dr. Sorriso agradece pela colaboração de Wesley e lhe dá um presente.

1 - INT - CLÍNICA

Dr. SORRISO

WESLEY

Wesley cospe e enxuga a boca com guardanapo.

Dr. SORRISO

Está vendo como foi tudo tranquilo, Wesley? Você foi muito bom durante o atendimento, está de parabéns!

Wesley abraça o Dr. Sorriso em forma de agradecimento, deixa o Dr. E olha e conversa com a câmera

WESLEY

Que bom que posso confiar no meu dentista, assim vou ter sempre esse sorriso bonito e saudável. Espero que você também faça isto amiguinho, ele é nosso amigo e assim como nossos pais, quer sempre o melhor pra nós! Até a próxima! Tchau!

4 Discussão

DISCUSSÃO

Podemos notar que o audiovisual tem rumos diferentes quando usado durante o período de atendimento odontopediátrico. No caso de imersão por eyeglasses, ele tem efeito remediador e, embora evite o uso da sedação, não tem caráter educativo e construtivo para a criança. Em outras palavras, ele não ajuda a perder o “medo de dentista”. Bem como o uso de outras plataformas de execução de mídias audiovisuais.

Se pensarmos na construção audiovisual embasada, como no estudo de Rolim (2010), o vídeo que a criança assiste antes do tratamento tem caráter instrutivo e educativo, transmitindo a mensagem e ensinando procedimentos que irão ser realizados dentro daquele consultório. Combate também, a “escuridão” que o ambiente representa para a criança, mostrando que todos os aparatos de aparência ofensiva – e seus respectivos sons – são, na verdade, equipamentos normais, de fácil manuseio (afinal, a criança irá ajudar no tratamento) que estão à disposição para ajudar a cuidar de seu sorriso.

Portanto, o direcionamento audiovisual para melhorar o atendimento não está refém do meio que se executa (tablets, smartphones ou eyeglasses), mas sim do conteúdo que é passado, que pode ir além de um método de distração e se tornar uma ferramenta para o ensino da saúde bucal.

5 Conclusão

CONCLUSÃO

Conclui-se que o uso de recursos audiovisuais usado como método de distração tem se intensificado com o avanço dos suportes para execução dos vídeos. Tais produtos audiovisuais podem ter a função apenas de distração das crianças durante o atendimento, assim como o seu conteúdo pode se tornar uma ferramenta para o ensino da saúde bucal infantil.

Referências

REFERÊNCIAS

- Albuquerque CM, Gouvêa CVD, Moraes RCM, Barros RN, Couto CF. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arquivos em Odontologia*, 2010Abril/Junho; 45(02): 6-110.
- Alves, MU; Silveira, JLDC; Souza, TS; Weydt, MP. O Medo Infantil do Tratamento Odontológico e as Técnicas de Condicionamento Através do Toque Sutil. *Revista Fluminense de Odontologia*. 1999
- Badra, A. Hipnose em Odontologia e Odontologia Psicossomática: nova dimensão na Odontologia atual. São Paulo, Andrei Ed.Ltda., 1987.
- Barbosa CSA, Toledo AO. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em Odontopediatria. *J Bras OdontopediatrOdontolBebe* 2003; 6(29):76-82.
- Betz CL. Surgical preoperative preparation for children: The need for more evidence from nurse scientists. *JournalofPediatricNursing*, 2006; 21:397-399.
- Brandenburg OJ, MarinhoML. Intervenção para comportamento não-colaborativo em atendimento odontopediátrico – estudo piloto. In *XXXVII Reunião Anual de Psicologia*, Florianópolis, 2007.
- Brandenburg OJ, HayduV. Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. *Psicologia Ciência E Profissão*, 2009;29(3):462-475
- Cavender K, Goff MD,. Hollon EC, Guzzetta CE. Parents' positioninganddistractingchildrenduringvenipuncture. *Effectsonchildren'spain, fear, anddistress*. 2004 Mar;22:32-56.
- Colares V, Richman L. Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. *ASDC J DentChild* 2002; 69(1):87-91.
- Colares V, Rosenblatt A, Bastos O. Abordagem psicológica da criança pré-escolar pelos odontopediatras da cidade de Recife. *RevFacOdontol UFBA* 1998; 17: 11-4
- Colares V. A condução terapêutica psicológica da criança no consultório odontológico. Rosenblatt A. *Clínica Odontopediátrica*. Protocolo de atendimento clínico. Recife: EDUPE, 2000. p. 35-41.
- Corrêa MSNP, Maia MES. Técnicas de abordagem. Crianças de 0 a 3 anos de idade. In: Corrêa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo: Santos, 2001: 165-78.
- Costa Junior AL. A intervenção psicológica no contexto de procedimentos médicos invasivos em oncologia pediátrica: discussão metodológica. In M. Z.

- S. Brandão (Org.), Sobre comportamento e cognição 2004 (pp. 139-151). Santo André, SP: Esetec
- Crawford DA. Keep the focus on the family. *Journal of Child Health Care*, 2002; 6: 133-146.
- Doca FNP, Costa Junior AL. Preparação Psicológica para admissão hospitalar de crianças: Uma breve revisão. 2007, *Paidéia*, (Ribeirão Preto), 17(37): 167-179.
- Fayle AS, Tahmassebi JF. Paediatric Dentistry in the new millennium: 2. Behavior management-helping children to accept dentistry. *Dent Update* 2003; 30(6):294-8.
- Fioravante, D.P.; Soares, M.R.Z.; Silveira, J.M.; Zakir, N.S. (2007). Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Estud. Psicol. (Campinas)*, v.24, n.2, p.267-77.
- Florella M, Sarale C, Ram RD. Audiovisual sedation with video eyeglasses distraction method in pediatric dentistry: Case History. *J Int Dent Med Res*, 2010; 3(3): 133-136.
- Gosciola, V. Roteiro Para Novas Mídias. Congresso Brasileiro de Ciência da comunicação no NP08 Tecnologias da Informação e da Comunicação, 2004.
- Haydu VB. O que é operação estabelecadora? In C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Eds.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (2004 Vol. 2, pp. 59-66). Santo André, SP: Esetec.
- Ingersoll BD, Nash DA, Blouin RL, Gamber C. Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients. *Journal of Dentistry for children*, 1984; 51: 203-207
- Jenkins H. Cultura da Convergência. São Paulo: ALEPH, 2009.
- Josgrillberg EB, Cordeiro RCL. Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. *Odontol Clín Cient* 2005; 4(1):13-8.
- Klatchoian DA, Toledo AO. Aspectos Psicológicos na clínica odontopediátrica. In: Toledo AO. *Odontopediatria. Fundamentos para a prática clínica*. 3. ed. São Paulo: Editorial Premier, 2005. p.53-72.
- Martins MVEG, Gosciola V. Novas demandas audiovisuais: A narrativa transmidia entre as novas gerações e suas histórias. 2003, 344, 94f.
- Miller de Paiva, L. Medicina Psicossomática, Psicanálise e Odontologia: nova patogenia da carie dentária. *Rev. Ass. Paul. Cir. Dent.* 12(2):91-100, mar./abril, 1958

Noronha JC. Técnicas para Adaptação do Comportamento da Criança à Experiência Odontológica. In: Klatchoian DA. Psicologia Odontopediátrica. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 287-303.

Possobon, R. F., Caetano, M. E. S. & Moraes, A. B. A. (1998). Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. *Revista Brasileira de Odontologia*, 55(2), 80-83.

Queiroz AM, Freitas AC, Faria G. Anamnese e exame clínico em Odontopediatria. In: Assed S. Odontopediatria. Bases científicas para a prática clínica. São Paulo: Artes médicas, 2005.p.1-26.

Ramos-Jorge ML, Paiva SM. Comportamento infantil I no ambiente odontológico. Aspectos psicológicos e sociais. J BrasOdontopediatrOdontol Bebê 2003; 6(29):70-4.

Rolim GS; Moraes ABA. Efeito de procedimentos preparatórios na colaboração da criança durante atendimento odontológico. 2010 , Campinas, SP. P. 646.

Sarnat H, Arad P, Hanauer D, Shohami E. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatr Dent* 2001; 23(4):337-42.

Stark LJ, Allen KD, Hurst M, Nash DA, Rigney B, Stokes TF. Distraction: Its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of AppliedBehaviorAnalysis*, 1989;22: 297-307.

Torres JQ,Hermoza RAM. Manejo de Conducta no convencional en niños: hipnoses, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia: Revisión sistemática. *RevEstomatolHereditaria*. 2012; 22(2): 129-136.

Zanetti G, Punhagui MF, Frossard WGT, Oda N. Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil I. *UNOPAR Cient* 2001; 3(1):69-75.