

Comportamento da criança durante o atendimento odontológico nas clínicas de uma instituição de ensino pública

Child behavior during dentistry treatment

Paula Lemões da Silva¹

Mateus Costa Silveira²

Marina Sousa Azevedo³

Marília Leão Goettems⁴

Lisandrea Rocha Schardosim⁵

Resumo

Objetivo: avaliar o comportamento de crianças de 3 a 7 anos durante o atendimento odontológico nas clínicas de uma instituição de ensino pública e sua relação com características demográficas e relacionadas aos procedimentos realizados. **Metodologia:** foram avaliados os prontuários odontológicos de crianças entre 3 e 7 anos de idade para coleta de dados demográficos, socioeconômicos, histórico de internação hospitalar e de atendimento odontológico prévio, tipo de procedimento executado e comportamento. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel® e analisados por meio de estatística descritiva no Programa Stata versão 12.0. **Resultados:** foram incluídos no estudo 81 prontuários odontológicos (40,9%). A maioria das crianças pertencia ao sexo masculino (50,6%), raça branca (77,3%), com renda familiar de até 2 salários-mínimos (73%), as mães apresentavam mais de 9 anos de estudo (54,6%) e a criança não tinha histórico de internação hospitalar (61,3%). A maioria apresentou comportamento colaborador nas consultas com procedimentos pouco invasivos e invasivos, percebendo-se, de uma maneira geral, um aumento gradativo da colaboração com o passar da idade, independentemente do tipo de procedimento. Nas consultas com procedimentos muito invasivos constatou-se que a maioria tende a ser colaboradora (66,4%), porém em proporção menor que nos pouco invasivos (83,3%) e invasivos (78,0%). **Conclusão:** As crianças apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador frente aos procedimentos odontológicos executados por estudantes e empregando técnicas de manejo do comportamento não farmacológicas. A frequência de comportamento colaborador foi maior em crianças de 5 anos ou mais e que realizaram procedimentos pouco invasivos.

Palavras-chave: comportamento infantil; odontopediatria; assistência odontológica.

<http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v26i2.12250>

¹ Cirurgiã-dentista. Pelotas, RS, Brasil.

² Cirurgião-dentista. Pelotas, RS, Brasil.

^{3,4} Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, FO/UFPEL. Pelotas, RS, Brasil.

⁵ Professora associada do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia / Universidade Federal de Pelotas, FO/UFPEL. Pelotas, RS, Brasil

Introdução

A odontopediatria requer compreensão acerca do desenvolvimento psicológico infantil, a fim de permitir ao profissional lidar com situações potencialmente estressantes no ambiente odontológico e identificar ansiedade e medo odontológicos.¹ A ansiedade ao tratamento odontológico é uma das razões pelas quais as crianças expressam problemas comportamentais durante uma visita odontológica.² Dessa forma, identificar o nível de ansiedade e os fatores que podem estar envolvidos permite ao profissional proporcionar a melhor técnica de manejo e, assim, uma experiência positiva durante o tratamento odontológico.^{3,4}

Preferencialmente, durante o primeiro contato, o cirurgião-dentista deve buscar familiarizar a criança ao ambiente, já que este geralmente pode ser causador de medo ou estranheza.⁵ Um estudo apontou que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na ansiedade de pré-escolares durante o atendimento odontológico após alterações lúdicas no ambiente do consultório e na vestimenta do cirurgião-dentista, desde que mantidas as técnicas de adaptação comportamental não farmacológicas convencionais.⁶ Na tentativa de estabelecer uma relação de confiança com o paciente e, assim, facilitar a comunicação e execução do tratamento, podem ser utilizadas diferentes técnicas de adaptação do comportamento infantil e tal abordagem deve ocorrer através da utilização de técnicas adequadas à idade, sexo, nível socioeconômico, estado de saúde geral e bucal, assim como fatores familiares.⁷

As técnicas de manejo do comportamento mais utilizadas em odontopediatria são comunicação verbal, comunicação não verbal, dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, distração, modelagem e estabilização.⁸ Entre as técnicas de adaptação de comportamento, as técnicas de controle de comportamento não restritivas devem ser sempre primeira opção e, caso necessário emprego de uma técnica restritiva, o consentimento esclarecido dos pais deve ser obtido por escrito.⁹

O uso de estabilização protetora tem sido aceito e bastante tolerado em crianças, como justificativa para o atendimento de pacientes não colaboradores⁹ e é considerada uma técnica avançada da orientação do comportamento na odontologia. Diante de pacientes não colaboradores, outro recurso para o atendimento odontológico é a utilização de fármacos que busquem reduzir a ansiedade e o medo do paciente. O controle farmacológico pode ser feito pela administração de benzodiazepínicos e sedação com hidrato de cloral ou com óxido nitroso/oxigênio. No entanto, exigem capacitação profissional para seu emprego e ambiente seguro.^{10,11}

Frente ao exposto, questiona-se o nível de colaboração de crianças atendidas por estudantes de odontologia durante diferentes procedimentos odontológicos, em que são empregadas apenas técnicas de manejo não farmacológico do comportamento. Avaliar a colaboração das crianças em ambiente acadêmico pode oferecer subsídios para a discussão do ensino da odontopediatria, da escolha de técnicas de adaptação do comportamento frente a procedimentos específicos e preparar os acadêmicos para o enfrentamento de situações de manejo comportamental. Dessa maneira, o presente estudo objetivou avaliar o comportamento das crianças durante o atendimento

odontológico nas clínicas de uma instituição de ensino pública e sua relação com características demográficas e relacionadas aos procedimentos realizados.

Materiais e método

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPeI), sob o parecer número 1.922.298 e avaliou uma amostra de conveniência composta por prontuários odontológicos de crianças atendidas pelas Unidades de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia da UFPeI.

Foram incluídas crianças com necessidades odontológicas curativas que entraram no serviço com idades entre 3 e 7 anos, com acompanhamento mínimo de 3 consultas, e atendidas durante três semestres letivos. Foram excluídas crianças com algum tipo de deficiência, usuárias de medicamentos contínuos e atendidas na urgência, a fim de tornar a amostra mais homogênea em relação ao comportamento. A mesma criança pode ter sido avaliada em diferentes idades, conforme sua permanência no serviço, e em diferentes procedimentos.

Os dados foram coletados por uma pesquisadora a partir dos prontuários odontológicos para obtenção das variáveis idade, sexo, raça, escolaridade materna, renda familiar, histórico de internação hospitalar, consulta prévia ao dentista, tipo de procedimentos executados e comportamento durante o atendimento odontológico.

A história de consulta prévia ao cirurgião-dentista e o comportamento da criança nessa consulta foram coletados a partir do registro no prontuário, de acordo com as informações oferecidas pelo responsável na primeira consulta no serviço. A variável “história de consulta prévia ao dentista” foi coletada de forma dicotômica (sim ou não) e o comportamento neste atendimento foi coletado por meio de três categorias (ótimo, bom ou ruim), de acordo com a percepção individual do responsável.

Foi estabelecido como necessidades odontológicas curativas, um dos critérios de inclusão, as intervenções cirúrgicas, restauradoras, periodontais, endodônticas e ortodônticas previstas no plano de tratamento da criança.

O comportamento foi avaliado através dos registros encontrados no prontuário das crianças atendidas, onde foi utilizada uma versão modificada da escala de Venham's de avaliação do comportamento.¹² O comportamento foi classificado da seguinte maneira: Colaborador (Total cooperação): □ sem protestos físicos, permitindo boas condições de trabalho; protestos de voz suave (gemidos ou lágrimas contidas) sem interferir com o desenvolvimento do tratamento, com ou sem movimentos; disposto a seguir as instruções; Pouco colaborador (Protesto suave): □ chorando; movimentos de perna, braço, pescoço e cabeça; relutante em cumprir os pedidos; tentativa de interromper a sessão, que, no entanto, tem um resultado positivo; Não colaborador (Protesto intenso): □ necessária restrição física por uma ou mais pessoas; a criança tenta escapar da cadeira do dentista, cobre sua boca; a sessão pode ter de ser interrompida.

Nos casos de procedimentos semelhantes com diferentes comportamentos, foi adotado o critério de considerar o comportamento na maioria das consultas (50% + 1).

Os procedimentos odontológicos foram classificados de acordo com a complexidade.¹³ Pouco invasivo - exame clínico e radiográfico, avaliação de risco de cárie; profilaxia; aplicação tópica de flúor; polimento de restauração; raspagem supragengival; Invasivo - dentística (remoção seletiva de cárie; restauração); aplicação de selante; moldagem; Muito invasivo - endodontia (pulpotomia, pulpectomia) e cirurgia (exodontia e gengivectomia).

Os dados foram tabulados por dupla digitação em uma planilha do Microsoft Excel® (2019) e analisados por meio de estatística descritiva no Programa Stata versão 12.0.

Resultados

Durante os três semestres acadêmicos avaliados, 198 crianças, com idades entre 3 e 7 anos, foram atendidas nas Unidades de Clínica Infantil. Destas, 81 (40,9%) preencheram os critérios de inclusão e participaram desta pesquisa. As características da amostra estão apresentadas na tabela 1. A maioria pertencia ao sexo masculino (50,6%), raça branca (77,3%), com renda familiar de até 2 salários-mínimos (73%), as mães apresentavam mais de 9 anos de estudo (54,6%) e a criança não tinha histórico de internação hospitalar (61,3%). A maioria apresentava histórico de consultas odontológicas prévias (80,6%) e, de acordo com o relato do responsável, o comportamento foi classificado como ótimo (54,7%).

Tabela 1 – Características das crianças, com idades entre 3 e 7 anos, atendidas pelas Unidades de Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia. Pelotas, Brasil, 2021.

Variável	Categoria	n	%
Sexo (n=81)	Masculino	41	50,6
	Feminino	40	49,4
Raça* (n=44)	Branca	34	77,3
	Não branca	10	22,7
Renda familiar* (n=63)	0,5 ≤ 1,5 salários mínimos ^E	28	44,4
	1,6 ≤ 2 salários mínimos ^E	18	28,6
	2,1 ≤ 5 salários mínimos ^E	17	27,0
Escolaridade materna* (n=77)	≤ 8 anos de estudo	35	45,6
	> 9 anos de estudo	42	54,6
História de Internação hospitalar* (n=80)	Sim	31	38,8
	Não	49	61,2

Consulta odontológica prévia* (n=67)	Não	49	61,3
	Sim	54	80,6
	Não	13	19,4
Comportamento na consulta odontológica prévia* (n=53)			
	Ótimo	29	54,7
	Bom	12	22,6
	Ruim	12	22,6

£ Um salário-mínimo correspondendo ao valor atual de R\$ 937,00; *Excluídas perdas

Fonte: prontuários odontológicos

A distribuição do nível de colaboração da criança de acordo com o nível de complexidade dos procedimentos odontológicos realizados está apresentada na tabela 2.

A maioria apresentou comportamento colaborador nas consultas com procedimentos pouco invasivos e invasivos, percebendo-se, de uma maneira geral, um aumento gradativo da colaboração com o passar da idade, independentemente do tipo de procedimento. Se avaliado apenas o comportamento colaborador, independentemente da idade da criança, observou-se que em procedimentos pouco invasivos, invasivos e muito invasivos foi de 66,4%, 83,3% e 78,0%, respectivamente.

Tabela 2 – Distribuição do nível de colaboração da criança, por idade, de acordo com o tipo de procedimentos realizado (complexidade). Pelotas, Brasil, 2021.

Comportamento	Tipo de Procedimento		
	Pouco Invasivo	Invasivo	Muito Invasivo
3 anos	n=9	n=8	n=2
Colaborador	05 (55,6%)	05 (62,5%)	01 (50%)
Pouco colaborador	02 (22,2%)	02 (25%)	01 (50%)
Não colaborador	02 (22,2%)	01 (12,5%)	-
4 anos	n=19	n=18	n=6
Colaborador	15 (79%)	11 (61,1%)	04 (66,7%)
Pouco colaborador	03 (15,8%)	06 (33,3%)	01 (16,7%)
Não colaborador	01 (5,3)	01 (5,6%)	01 (16,7%)
5 anos	n=27	n=21	n=15
Colaborador	25 (92,6%)	16 (76,2%)	09 (60%)
Pouco colaborador	01 (3,7%)	05 (23,8%)	03 (20%)

Não colaborador	01 (3,7%)	-	03 (20%)
6 anos	n=45	n=35	n=24
Colaborador	41 (91,1%)	33 (94,3%)	17 (70,8%)
Pouco colaborador	04 (8,9%)	02 (5,7%)	03 (12,5%)
Não colaborador	-	-	04 (16,7%)
7 anos	n=55	n=51	n=32
Colaborador	54 (98,2%)	49 (96,1%)	27 (84,4%)
Pouco colaborador	01 (1,8%)	02 (3,9%)	03 (9,4%)
Não colaborador	-	-	02 (6,2%)

Fonte: prontuários odontológicos

A tabela 3 apresenta a distribuição das crianças de acordo com o nível de colaboração nos atendimentos sequenciais, envolvendo procedimentos de mesma complexidade. Observando o comportamento das crianças submetidas a procedimentos semelhantes e consecutivos verificou-se que a maioria melhorou o comportamento ou manteve-se com o comportamento colaborador frente a procedimentos pouco invasivos (95,7%), invasivos (85%) e muito invasivos (83,3%).

Tabela 3 – Distribuição das crianças de acordo com o nível de colaboração nos atendimentos sequenciais, envolvendo procedimentos de mesma complexidade. Pelotas, Brasil, 2021.

Comportamento durante procedimentos sequenciais	Procedimentos odontológicos		
	Pouco Invasivos	Invasivos	Muito Invasivos
Melhoraram o comportamento ou mantiveram-se colaboradores	45 (95,7%)	34 (85%)	15 (83,3%)
Pioraram o comportamento ou mantiveram-se não colaboradores	2 (4,3%)	6 (15%)	3 (16,7%)
TOTAL*	47	40	18

*Total de crianças que repetiram procedimentos de mesma complexidade

Fonte: prontuários odontológicos

Discussão

Os resultados do estudo demonstraram que as crianças atendidas por estudantes de odontologia apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador durante as consultas odontológicas em que foram empregadas técnicas de manejo do comportamento não farmacológicas.

A ansiedade ao tratamento odontológico e experiências anteriores negativas são razões pelas quais as crianças expressam problemas comportamentais durante uma visita odontológica^{2,16,17} e um dos fatores mais importantes relacionados ao nível de ansiedade é a idade da criança.² No presente estudo, embora não tenha sido avaliado o nível de ansiedade, observou-se que a colaboração melhorou quanto maior a idade da criança. Diferentes autores têm relatado redução nos níveis de medo e ansiedade durante consultas odontológicas com o avançar da idade.^{14,17-19} Além disso, alguns autores apontam a probabilidade de o comportamento negativo ser maior para crianças mais novas.^{5,16} A compreensão das crianças mais novas sobre o tratamento odontológico difere da percepção de uma criança maior, refletindo na redução dos problemas de comportamento conforme o desenvolvimento. Dor, desconforto e ansiedade são fenômenos abstratos e lidar com eles requer habilidades cognitivas avançadas, bem como capacidade de controle emocional que as crianças menores ainda não possuem para gerenciar plenamente.¹⁴

Em relação à colaboração, a maioria das crianças avaliadas apresentou comportamento colaborador nas consultas com procedimentos pouco invasivos e invasivos, percebendo-se, de uma maneira geral, um aumento gradativo da colaboração com o passar da idade independentemente do tipo de procedimento. Nas consultas com procedimentos muito invasivos constatou-se que a maioria tende a ser colaboradora, porém não em uma proporção tão expressiva como nos pouco invasivos e invasivos. Estes resultados sugerem que o emprego de técnicas de manejo do comportamento pode ter relação com comportamentos colaboradores, visto que todas as consultas são conduzidas por estudantes do 8º e 9º semestres, sob supervisão docente. Mesmo em formação acadêmica e sem a prática profissional, os estudantes foram capazes de realizar a maioria dos procedimentos com a colaboração positiva da criança. A literatura relata que procedimentos de baixa complexidade resultam em comportamento mais colaborador por parte das crianças, sendo observado pior comportamento quando realizados procedimentos invasivos cirúrgicos e restauradores.^{5,12}

A maioria das crianças avaliadas não tinha histórico de internação hospitalar e possuía história prévia de consulta odontológica com bom comportamento, segundo relato do responsável. Em relação ao histórico de internações, tem se observado na prática clínica, que crianças que vivenciaram situações hospitalares frequentes, como pacientes com necessidades especiais, tendem a sentir medo e serem menos colaboradoras, talvez por situações estressantes ou procedimentos invasivos que tenham passado. Porém, não foram observados estudos para discutir estes achados.

Os resultados encontrados mostram que procedimentos muito invasivos foram pouco realizados em crianças menores, talvez porque procedimentos como exodontias e anestesia local são postergados, na medida do possível, para aguardar melhor colaboração da criança durante o atendimento.¹⁵ Também, as necessidades odontológicas se acumulam quanto maior a idade ou se tornam mais complexas. É importante destacar que no presente estudo não foram avaliados prontuários de crianças atendidas na urgência, situação na qual, frequentemente, são necessárias intervenções odontológicas para aliviar a dor, como por exemplo nos casos de trauma e abscesso,

mesmo sem a colaboração das crianças. Também, nessas consultas, são atendidos pacientes não colaboradores, cujos pais só levam para consultas odontológicas em caso de dor, porque a criança tem medo e a família desistiu das consultas de adaptação do comportamento ou por falta de interesse pelo tratamento.

No serviço estudado, o uso de técnicas restritivas, como a estabilização protetora, é empregado apenas em casos específicos, como em crianças pequenas não colaboradoras, situações de urgência odontológica ou pacientes com necessidades especiais, mediante o consentimento assinado dos responsáveis legais. As expectativas e atitudes de pais e sociedade influenciaram o uso de técnicas de adaptação comportamental, dando ênfase dominante àquelas comportamentais e farmacológicas sobre as restritivas, trazendo uma reflexão acerca do que a sociedade moderna considera aceitável.²⁰ Isto é demonstrado por estudos que avaliaram a aceitação das técnicas de manejo por parte dos responsáveis, concluindo que as técnicas restritivas são menos aceitas em comparação com as técnicas de manejo verbal.²⁰⁻²²

Entre as crianças que repetiram procedimentos pouco invasivos nas consultas sequenciais, a maioria melhorou o comportamento ou se manteve colaboradora. O mesmo pôde ser observado nas crianças que realizaram procedimentos invasivos e, com menos representatividade, naquelas que realizaram procedimentos muito invasivos. Este achado pode estar relacionado à diminuição da ansiedade após visitas frequentes ao dentista¹⁹, criação do vínculo e emprego de técnicas de manejo do comportamento.^{5,20,23} De acordo com um estudo realizado com crianças de 8 a 12 anos, matriculadas em escolas públicas e privadas, o medo odontológico foi mais prevalente naquelas que nunca haviam visitado o dentista do que aquelas que já haviam consultado anteriormente.²⁴

Durante as consultas são aplicadas técnicas de manejo do comportamento, buscando desta forma o estabelecimento de vínculo e confiança entre a criança e os acadêmicos operadores que realizam os procedimentos na instituição. O reforço positivo e o diga-mostra-faça são as técnicas mais empregadas na unidade de ensino avaliada e objetivam perpetuar o bom comportamento e diminuir a ansiedade.

Este estudo apresentou algumas limitações referentes ao preenchimento dos prontuários odontológicos pelos estudantes, principalmente no que se refere ao registro de comportamento na consulta, emprego de anestesia, tipo de isolamento do campo operatório e emprego de abridores de boca e estabilização protetora, dificultando a avaliação e interpretação destas variáveis. As questões comportamentais são de extrema importância para a odontopediatria, portanto os prontuários odontológicos devem ter ferramentas que contribuam para o registro adequado do nível de colaboração da criança.

Conclusão

As crianças apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador frente aos procedimentos odontológicos executados por estudantes e empregando técnicas de manejo do

comportamento não farmacológicas. A frequência de comportamento colaborador foi maior em crianças de 5 anos ou mais e que realizaram procedimentos pouco invasivos.

Abstract

Objective: to evaluate the behavior of children aged 3 to 7 years during dental care at the clinics of a public educational institution and its relationship with demographic characteristics and those related to the procedures performed. Methodology: the dental records of children between 3 and 7 years of age were evaluated to collect demographic and socioeconomic data, history of hospitalization and previous dental care, type of procedure performed and behavior. Data were tabulated in Microsoft Excel® and analyzed using descriptive statistics in Stata version 12.0. Results: 81 dental records (40.9%) were included in the study. Most children were male (50.6%), white (77.3%), with family income of up to 2 minimum wages (73%), mothers had more than 9 years of study (54, 6%) and the child had no history of hospitalization (61.3%). Most showed a collaborative behavior in consultations with minimally invasive and invasive procedures, with a general increase in collaboration being observed with age, regardless of the type of procedure. In consultations with very invasive procedures, it was found that the majority tend to be collaborative (66.4%), but in a smaller proportion than in the slightly invasive (83.3%) and invasive (78.0%). Conclusion: Most of the children showed collaborative behavior when faced with dental procedures performed by students and using non-pharmacological behavior management techniques. The frequency of collaborative behavior was higher in children aged 5 years or older who underwent minimally invasive procedures.

Keywords: child behavior; pediatric dentistry; dental care.

Referências

1. TORRIANI DD. Representation of dental care and oral health in children's drawings. *BDJ*. 2014; 216(12): E26.
2. PARYAB M. Dental anxiety and behavioral problems: a study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2013; 31(2): 82-6.
3. AL-NAMANKANY A, DE SOUZA M, ASHLEY P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *BDJ*. 2012; 212(5): 219-22.
4. CADEMARTORI MG. Behavior of children submitted to tooth extraction: Influence of maternal and child psychosocial characteristics. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2017a; 17(1): 3189.
5. SANTOS FO. Análise do comportamento em odontopediatria: projeto piloto. *Revista Uningá Review*. 2018; 24(3): sem paginação.
6. HASS MGM, DE OLIVEIRA LJC, AZEVEDO MS. Influência da vestimenta do cirurgião-dentista e do ambiente do consultório odontológico na ansiedade de crianças pré-escolares durante consulta odontológica: resultados de um estudo piloto. *RFO UPF*. 2016; 21(2):201-7.
7. FERREIRA JMS, ARAGÃO AKR, COLARES V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*. 2009; 9(2): 247-51.
8. SILVA LFP. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2016; 28(2): 135-42.
9. BARBOSA CS, TOLEDO OAD. Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria. *j bras odontopediatr odontol bebê*. 2003; 6(29): 76-82.
10. CAVALCANTE LB. Sedação consciente: um recurso coadjuvante no atendimento odontológico de crianças não cooperativas. *Arq. Odontol*. 2011; 47(1): 45-50.

11. PIMENTEL TP. Controle comportamental em odontopediatria com o auxílio de fármacos: quando e como indicar. *Int J Dent Sci Dent*. 2018; 2(48).
12. CADEMARTORI MG. Behavioral changes during dental appointments in children having tooth extractions. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2017b; 35(3): 223-28.
13. CARDOSO CL, LOUREIRO SR. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicol estud*. 2008; 13(1):133-41.
14. KLINGBERG G, BROBERG AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. 2007; 17(6): 391-406.
15. BOKA V. Relationship between child and parental dental anxiety with child's psychological functioning and behavior during the administration of local anesthesia. *J Clin Pediatr Dent*. 2016; 40(6): 431-37.
16. BAIER K. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent*. 2004; 26(4): 316-21.
17. ALSHORAIM MA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018; 18(1): 33-42.
18. MENDOZA-MENDOZA A. Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences. *Clin Oral Investig*. 2015; 19(3): 745-51.
19. SHIM Y-S. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med*. 2015; 15(2): 53-61.
20. OLIVER K, MANTON DJ. Contemporary behavior management techniques in clinical pediatric dentistry: out with the old and in with the new? *J Dent Child*. 2015; 82: 22-28.
21. CASTRO AM. Behavior guidance techniques in Pediatric Dentistry: attitudes of parents of children with disabilities and without disabilities. *Spec Care Dentist*. 2013; 33(5): 213-17.
22. SIMÕES FXPC. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria. *Rev Bras Odontol*. 2016; 73(4): 277-82.
23. AHUJA S. Assessment of the effect of parental presence in dental operatory on the behavior of children aged 4–7 years. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018; 36(2): 167-72.
24. SILVEIRA ER. Clinical and Individual Variables in Children's Dental Fear: A School-Based Investigation. *Braz Dent J*. 2017; 28(3): 398-404.

Endereço para correspondência:

Lisandrea Rocha Schardosim
Rua Anchieta, 4563, casa 26
CEP 96015-420 – Pelotas/RS, Brasil
Telefone: +55 53 99122-9625
E-mail: lisandrears@hotmail.com

Recebido em: 01/05/2021. Aceito: 15/06/2021.