

Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria

Parents perception about the behavioral management techniques used in Pediatric Dentistry

Francisco Xavier Paranhos Coêlho Simões,¹ Thiara Guimarães Macedo,¹ Raildo Silva Coqueiro,² Matheus Melo Pithon^{1,3}

¹Departamento de Saúde I, Curso de Odontologia, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil

²Departamento de Saúde I, Curso de Educação Física, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia, Brasil

³Programa de Pós-graduação em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

• Os autores declaram que não há conflito de interesse.

RESUMO

Objetivo: avaliar a percepção dos pais a respeito das técnicas de manejo do comportamento infantil utilizadas em Odontopediatria antes e após explicação das mesmas. **Material e Métodos:** foi realizado estudo com pais cujos filhos eram pacientes de uma clínica odontopediátrica. Os mesmos foram expostos a um vídeo com a realização das seguintes técnicas de manejo do comportamento infantil: dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, presença ou ausência dos pais, modelo, mão-sobre-a-boca, contenção passiva, contenção ativa e sedação. A exposição do vídeo foi realizada de forma aleatória sendo que no primeiro momento, sem as devidas explicações a respeito do que se tratava, apenas informando o nome de cada técnica. Enquanto assistiam, os pais respondiam um questionário onde trazia a seguinte pergunta: Qual a frequência de vezes que permitiriam que aquela técnica fosse aplicada durante atendimento do seu filho?, SEMPRE, ÀS VEZES ou NUNCA. No segundo momento, após explicação do que se tratava cada vídeo, um novo questionário com as mesmas questões foram entregues aos pais. **Resultados:** as técnicas não restritivas (dizer-mostrar-fazer e reforço positivo) tiveram altos índices de aceitação, tanto antes quanto após as explicações, e as restritivas (mão-sobre-a-boca, contenção passiva e ativa) índices baixos de aceitação. Também foi possível observar que, após a explicação das técnicas, a aceitação foi indiferente ao gênero, idade e escolaridade dos participantes do estudo. Na técnica de mão sobre a boca a aceitação subiu de 34,2% para 68,5% ($p < 0,05$) **Conclusão:** após a explicação prévia, a aceitação das técnicas de comportamento é mais bem aceita pelos pais das crianças.

Palavras-chave: Manejo; Odontopediatria; Psicologia.

ABSTRACT

Objective: To evaluate parents' perceptions of the child behavioral management techniques used in pediatric dentistry before and after receiving explanations of the techniques. **Materials and Methods:** The study participants were parents of children receiving care at a pediatric dental clinic. The parents viewed a video involving the use of the following child behavior management techniques: tell-show-do, voice control, positive reinforcement, presence or absence of parents, model, hand-on-the-mouth, passive restraint, active restraint, and sedation. The first time participants viewed the video, they were told the name of each technique, but did not receive any explanations about the techniques. As they watched the video, the parents provided responses on a questionnaire that asked the following question: What is the frequency of times that you would allow this technique to be applied during your child's appointment? The response options were: "Always", "Sometimes", or "Never". After receiving an explanation of the techniques, the parents viewed the film a second time and completed another questionnaire containing the same items as the first. **Results:** Nonrestrictive techniques (tell-show-do and positive reinforcement) had high acceptance rates both before and after the explanations, while restrictive techniques (hand-on-the-mouth, passive and active restraint) had low rates of acceptance. After receiving an explanation of the techniques, the acceptance rates were unrelated to the gender, age, or education levels of the participants. Acceptance of the hand-on-the-mouth technique rose from 34.2% to 68.5% ($p < 0.05$) after receiving an explanation of the techniques. **Conclusion:** After receiving explanations of behavioral management techniques, parents are more likely to accept the use of certain techniques.

Keywords: Handling; Pediatric Dentistry; Psychology.

Introdução

Uma concepção positiva do atendimento odontológico pode ser estabelecida durante os primeiros contatos da criança com o ambiente no qual será atendido e influencia nas suas reações emocionais, tanto na execução do tratamento quanto na sua relação com o profissional.¹ A fim de auxiliar na adaptação durante tratamento odontológico, o Odontopediatra precisa conhecer a criança e estar ciente dos fatores causais de um mau comportamento, para então proceder a uma correta abordagem.¹⁻³

Para policiar o descontrole emocional e comportamental, a Odontopediatria lança mão de diversas técnicas para impor limites,⁴ ajudar a criança a diminuir o medo e ansiedade, e desenvolver autocontrole.⁵ As técnicas de controle do comportamento são divididas didaticamente em restritivas e não restritivas. Entre as restritivas estão a contenção física (ativa ou passiva), as farmacológicas (sedação e anestesia geral) e a técnica de mão-sobre-a-boca. Já as técnicas não restritivas são as dizer-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, modelo e presença ou ausência dos pais.⁶

É importante compreender que o Odontopediatra possui total capacidade e autoridade para guiar toda a terapêutica, no entanto, em se tratando de crianças, os pais devem estar de comum acordo, participar ativamente das tomadas de decisões e, principalmente, estarem esclarecidos quanto aos métodos de controle comportamental. Vale ressaltar que o profissional pode requerer por escrito a anuência dos pais quanto à técnica que poderá ser realizada em seus filhos para se respaldar de quaisquer responsabilidades legais e éticas.⁷

O atendimento odontológico infantil requer o gerenciamento do comportamento da criança de forma a possibilitar o exame e intervenções com o objetivo de promover saúde.^{3,7,8} A abordagem da criança, desta forma, ocorre através da utilização de técnicas adequadas à idade, gênero, nível socioeconômico, estado de saúde geral e bucal, assim como fatores familiares.⁸

Sabendo disso, o objetivo do presente estudo foi avaliar a percepção dos pais a respeito das técnicas de manejo do comportamento infantil utilizadas em Odontopediatria antes e após explicação das mesmas.

Material e Métodos

A realização deste estudo respeitou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. Foi respeitado o anonimato e a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, a realização da mesma não acarretou nenhum tipo de risco físico e psicológico aos pesquisados. Visando cumprir todas as exigências dessa resolução, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética para a devida avaliação, sendo aprovado de acordo com o parecer 153/2011.

Após anuência quanto à participação na pesquisa, os pais foram conduzidos a uma sala para serem prestados esclarecimentos a cerca do estudo. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue a cada um para maiores explicações quanto às peculiaridades do trabalho.

O estudo foi realizado com a avaliação de 38 responsáveis por pacientes menor de idade, sendo 31 mães e sete pais, selecionados em uma Clínica de Odontopediatria. As crianças atendidas compreendiam a faixa etária de 0 a 12 anos de idade.

Os critérios de inclusão foram crianças com necessidades de tratamento odontológico e que nunca foram atendidas por um odontopediatra. Os critérios de exclusão foram: crianças sindrômicas e ou com deficiências físicas e ou mentais.

Inicialmente, os participantes foram convidados a responder um questionário sociodemográfico contendo questões como idade, nível de escolaridade (através da pergunta: em qual série parou de estudar), ocupação, gênero, raça.

Para avaliação dos pais foi feita uma gravação de técnicas de manejo do comportamento infantil: **dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, presença ou ausência dos pais, modelo, mão-sobre-a-boca, contenção passiva, contenção ativa e sedação**. A figura 1 mostra imagens extraídas dos vídeos exibidos aos participantes no momento da pesquisa.



Figura 1. Imagens do vídeo exibido aos praticantes no momento da pesquisa. A. Técnica dizer-mostrar-fazer; b. controle de voz; c. reforço positivo; d. presença/ausência dos pais; e. modelo; f. mão-sobre-a-boca; g. contenção passiva; h. contenção ativa i. sedação inalatória

Em ordem aleatória, realizou-se a exposição do vídeo, no primeiro momento, sem as devidas explicações a respeito do que se tratava, apenas informando o nome da técnica de controle comportamental utilizada. Enquanto assistiam aos vídeos, os pais respondiam uma questão para cada vídeo assinalando com um 'X' correspondente à frequência de vezes (SEMPRE, ÀS VEZES ou NUNCA) que permitiriam que aquela técnica fosse aplicada durante atendimento do seu filho. No segundo momento, um novo questionário com as mesmas questões foram entregues aos pais e o mesmo vídeo foi exibido. Vale ressaltar que enquanto assistiam, era dada uma explicação a respeito de cada técnica (como se dá sua utilização, qual momento correto de aplicar), a fim de eliminar qualquer dúvida que ocorresse por parte dos participantes. Da mesma forma, assinalavam com um 'X' correspondente à frequência (SEMPRE, ÀS VEZES ou NUNCA) permitida para aplicação da técnica no seu filho. Quarenta e um questionários foram respondidos e avaliados, três foram eliminados da pesquisa devido a erro no preenchimento.

Como medida de padronização as técnicas foram explicitadas da seguinte forma:

- dizer-mostrar-fazer: essa técnica consiste em apresentar cada instrumento que será utilizado, dizendo para que serve, mostrando como funciona, para então, após a compreensão, iniciar o procedimento;
- controle de voz: o odontopediatra utiliza o tom da voz para passar a ideia de 'quem manda aqui sou eu' quando ocorrer uma conduta inapropriada por parte do paciente;
- reforço positivo: ao final do atendimento, quando bem sucedido, tecer elogios à criança e presenteá-la para reforçar o bom comportamento nas próximas consultas;
- presença ou ausência dos pais: um acordo é feito com a criança sobre permanência do responsável na sala durante atendimento, caso ela se comporte bem, a mãe pode ficar na sala, caso contrário, fica na sala de espera;
- modelo: o paciente assiste ao atendimento de uma criança colaboradora, que pode ser ao vivo, por meio de vídeo, teatrinho ou estória;
- mão-sobre-a-boca: o profissional posiciona a mão sobre a boca da criança para abafar o ruído e, simultaneamente, diz em seu ouvido 'pare de gritar que eu quero conversar com você';
- contenção passiva: com o auxílio de um lençol, macas projetadas ou abridores de boca evita-se sua movimentação durante atendimento;
- contenção ativa: o responsável ou profissional contém os braços e pernas da criança para evitar movimentos bruscos;
- sedação: utiliza-se uma substância apropriada, o óxido nitroso, que mantém a criança sedada, porém consciente durante o atendimento, voltando às funções normais com a suspensão do medicamento.

As frequências das respostas dadas pelos participantes foram comparadas por meio do teste qui-quadrado. Nos casos em que a frequência esperada foi menor que cinco ($n = 5$), utilizou-se o teste exato de Fisher. Para avaliação da concordância entre o grau de aceitação das técnicas de manejo de comportamento sem e após explicação foram calculadas a concordância bruta e o índice de concordância Kappa. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$). Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico BioEstat (versão 5.0, Belém-PA, Brasil).

Resultados

A idade dos participantes variou de 21 a 59 anos, com a média e desvio padrão de $34,6 \pm 8,6$ anos. Os dados demográficos demonstram que na pesquisa que 18,4% eram homens e 81,6% eram mulheres. De acordo com o grupo etário, 50% tinham idade menor ou igual a 33 anos e os outros 50%, eram maiores de 33 anos. Quanto à escolaridade, 31,6% se enquadravam com nível escolar menor ou igual ao fundamental completo e 68,4% com nível maior que o fundamental completo.

A tabela 1 apresenta o grau de aceitação dos participantes da pesquisa, segundo as técnicas de manejo de comportamento utilizadas em Odontopediatria, sem explicação das técnicas.

Tabela 1. Distribuição dos participantes do estudo, de acordo com o grau de aceitação das técnicas de manejo de comportamento utilizadas em Odontopediatria (antes e após a explicação)

Técnicas de manejo	Antes da explicação			Após a explicação		
	Grau de aceitação			Grau de aceitação		
	Sempre	Às vezes	Nunca	Sempre	Às vezes	Nunca
Dizer-mostrar-fazer	33 (86,8%)	4 (10,5%)	1 (2,6%)	38 (100,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Controle de voz	21 (55,3%)	14 (36,8%)	3 (7,9%)	21 (55,3%)	16 (42,1%)	1 (2,6%)
Reforço positivo	32 (84,2%)	6 (15,8%)	0 (0,0%)	29 (76,3%)	9 (23,7%)	0 (0,0%)
Presença/ausência dos pais	24 (63,2%)	13 (34,2%)	1 (2,6%)	18 (47,4%)	17 (44,7%)	3 (7,9%)
Modelo	9 (23,7%)	21 (55,3%)	8 (21,1%)	16 (42,1%)	18 (47,4%)	4 (10,5%)
Mão-sobre-a-boca	2 (5,3%)	11 (28,9%)	25 (65,8%)	5 (13,2%)	21 (55,3%)	12 (31,6%)
Contenção passiva	10 (26,3%)	10 (26,3%)	18 (47,4%)	8 (21,1%)	13 (34,2%)	17 (44,7%)
Contenção ativa	12 (31,6%)	17 (44,7%)	9 (23,7%)	25 (65,8%)	12 (31,6%)	1 (2,6%)
Sedação	7 (18,4%)	16 (42,1%)	15 (39,6%)	8 (21,1%)	20 (52,6%)	10 (26,3%)

O teste exato de Fisher apontou associação entre o grau de aceitação e o gênero dos participantes para as técnicas “dizer-mostrar-fazer” e “contenção ativa”, com os resultados mostrando que a frequência de mães que sempre aceitaria a aplicação das técnicas em seus filhos foi maior do que a de pais, como mostra a tabela 2. Também foi verificada, ainda na tabela 2, associação entre escolaridade e a técnica “modelo”, sendo que a frequência de participantes que sempre aceitaria a técnica foi maior entre os participantes com melhor escolaridade. Para as demais técnicas, não foram observadas diferenças estatísticas em relação às características da amostra ($p > 0.05$), em virtude desses resultados os dados foram suprimidos da tabela devida extensão que a mesma ficaria com os mesmos inseridos.

Tabela 2. Associação entre grau de aceitação das técnicas de manejo de comportamento utilizadas em Odontopediatria (sem explicação) e gênero e escolaridade

Técnicas de manejo	Gênero		
	Masculino	Feminino	
Dizer-mostrar-fazer			
Sempre	4 (57,1%)	29 (93,5%)	
Às vezes	3 (42,9%)	1 (3,2%)	
Nunca	0 (0,0%)	1 (3,2%)	
Contenção ativa		p-valor	
Sempre	0 (0,0%)	12 (38,7%)	
Às vezes	3 (42,9%)		0,022
Nunca	4 (57,1%)	0,015	
	Escolaridade		
	≥ Fundamental completo	< Fundamental completo	
Modelo			
Sempre	0 (0,0%)	9 (34,6%)	
Às vezes	8 (66,7%)	13 (50,0%)	0,050
Nunca	4 (33,3%)	4 (15,4%)	

Na tabela 3, apresenta-se a concordância entre o grau de aceitação das técnicas de manejo de comportamento nas duas situações: a) sem explicação e b) após explicação. Os resultados mostram que todas as técnicas de manejo, exceto a de “contenção ativa”, apresentaram concordância significativa. Entretanto, nível elevado de concordância só foi observado para a técnica “controle de voz”, com as restantes apresentando concordância moderada ou fraca, o que prova a importância da explicação antes da aplicação das técnicas aos responsáveis.

Tabela 3. Concordância entre grau de aceitação das técnicas de manejo de comportamento utilizadas em Odontopediatria sem explicação e após explicação

Técnicas de manejo	Concordância	Kappa	p-valor
Dizer-mostrar-fazer	86,0%	Indefinido*	Indefinido*
Controle de voz	78,9%	0,61	<0,001
Reforço positivo	86,8%	0,59	<0,001
Presença/ausência dos pais	71,1%	0,47	0,001
Modelo	68,4%	0,49	<0,001
Mão-sobre-a-boca	55,3%	0,28	0,009
Contenção passiva	63,2%	0,43	<0,001
Contenção ativa	47,4%	0,18	0,076
Sedação	60,5%	0,38	0,001

* Ocorrência de duas categorias sem frequência (n = 0) na mesma variável

Discussão

A proposta dos autores com o presente trabalho foi avaliar a importância do esclarecimento prévio aos pais antes da aplicação das técnicas de manejo do comportamento e também a sua percepção quanto às mesmas. Para tal, foi realizado um estudo com pais de crianças no intuito que os mesmos avaliassem qual sua aceitabilidade das diferentes técnicas de comportamento. Normalmente nesse tipo de avaliação, utilizam-se imagens projetadas e vídeos para a apresentação. Com a intenção de enriquecer a demonstração, foi utilizado um vídeo, encenado pela mesma criança, o que favoreceu a comparação das técnicas sem a ocorrência de fatores que viessem a confundir o participante, caso se utilizasse pacientes diferentes. Vale ressaltar que o vídeo apresentado aos pais tratava-se de uma simulação, na qual o responsável pela criança participante assinou uma declaração de consentimento alegando estar de acordo com a filmagem.

Entre as técnicas não restritivas, a dizer-mostrar-fazer e o reforço positivo foram sempre aceitas pelos pais, tanto sem a devida explicação das técnicas 86,8% e 84,2%, quanto após a explicação 100% e 76,3%, respectivamente. O mesmo foi observado através de um estudo que constatou a técnica falar-mostrar-fazer como a mais aceita pelos pais (98%), seguida pelo reforço positivo (91,8%).⁶

A técnica dizer-mostrar-fazer está indicada na segunda infância e pode ser largamente utilizada na clínica odontopediátrica.⁸ O objetivo dessa técnica é familiarizar a criança com o ambiente odontológico e criar associações positivas, para isso o profissional deve apresentar a equipe, todos os objetos odontológicos e suas devidas funções. O reforço positivo deve ser uma surpresa agradável ao final do procedimento, expressões verbais, elogios e gestos como um abraço são utilizados de modo a recompensar a criança por um objetivo atendido durante a consulta.^{5,6}

As técnicas aversivas são desagradáveis a quem se submete, de modo que a criança venha a cooperar a fim de evitar a aplicação da técnica.⁶ A restrição física (passiva e ativa) é indicada para pacientes não cooperativos, diante do insucesso de outras técnicas.⁸ O objetivo da contenção é proteger a criança de possíveis injúrias causadas pelos materiais odontológicos.³ A *American Academy of Pediatric Dentistry* reconhece indicações e contra-indicações para a técnica de mão-sobre-a-boca. A indicação precisa dessa técnica é para crianças normais, menor ou igual a 3 anos, madura para compreender e cooperar com as expectativas da consulta, mas que chega ao consultório histérica e agressiva. Vale ressaltar que desmarcar ou adiar o tratamento destas crianças, apenas incentivará seu mau comportamento.⁹

O nível de aceitação das técnicas restritivas mão-sobre-a-boca, contenção passiva e contenção ativa foi baixo, antes das explicações, o que pode ser comprovado no estudo de Barbosa e Toledo,¹⁰ onde a técnica de contenção passiva foi a mais rejeitada (51%), seguida pela mão-sobre-a-boca (38,8%) e contenção ativa (24,5%). Contradizendo outro estudo, onde em relação à questão sobre o controle de comportamento com o uso de técnicas de restrição física, constatou-se que, independente do grau de escolaridade, 73% das mães permitiriam o uso dessa técnica.¹¹ Entretanto após explicação pode-se verificar que a aceitação quanto essas técnicas melhoraram, indicando que quando da possibilidade de realização das mesmas os pais e ou responsáveis devem ser sempre esclarecidos do que se trata.

O profissional deve entender que cada técnica deverá ser aplicada de acordo com a necessidade de cada paciente, sendo a mais utilizada o “controle de voz” e “dizer-mostrar-fazer”, e a mais controversa a técnica da “mão sobre a boca”.⁹

Sobre a técnica de mão-sobre-a-boca, considerada a mais controversa, estudos demonstraram que 94% dos profissionais utilizavam a técnica raramente, 3% utilizavam a técnica frequentemente e 3% utilizavam a técnica com todas as crianças difíceis, e quando questionados a respeito do consentimento dos pais, 28% solicitam o consentimento, mas

72% utilizam a técnica sem o prévio consentimento dos responsáveis.^{12,13}

Em 2009, Machado *et al.*¹⁴ demonstraram que a aceitação por parte do responsável com relação às técnicas de manejo de comportamento foi positiva, principalmente quando os mesmos foram previamente informados sobre a forma como seria feita, corroborando com o presente trabalho.11 Através da análise da concordância, pode-se verificar que todas técnicas obtiveram nível concordância significativa, o que significa quanto é importante a explicação das técnicas antes da sua aplicação.


De acordo com os dados da tabela 2, analisando a variável gênero, observou-se uma associação com a técnica dizer-mostrar-fazer, onde mais mulheres (93,5%) aceitariam sua aplicação do que homens (57,1%), e a contenção ativa, onde 38,7% das mães sempre aceitariam, enquanto que nenhum pai (0%). Quanto à escolaridade, a técnica modelo apresentou associação, mostrando que 34,6% correspondente aos de maior nível escolar sempre aceitaria. Após a explicação das técnicas, não foi encontrada nenhuma associação, o que prova que a aceitação foi independente de idade, gênero e escolaridade, deixando mais uma vez clara a importância do esclarecimento prévio.

A técnica descrita como modelo visa apresentar a criança uma conduta adequada diante do atendimento odontológico, afastando assim a ansiedade e o medo.^{2,15}

Pesquisadores concluíram que 0,2% dos pais autorizaram o tratamento ou técnica executados em seus filhos de forma verbal e somente 5,3% assinaram um Termo de Consentimento. Os odontopediatras deveriam sempre utilizar o termo para o compartilhamento de informações, decisões e responsabilidades com os pais ou responsáveis legais pela criança.¹⁴

Os resultados advindos com esse estudo reforçam a necessidade de uma explicação prévia à aplicação das técnicas de comportamento para viabilizar uma correta conduta durante atendimento odontopediátrico. Vale ressaltar que os pais e responsáveis devem estar cientes que as técnicas de comportamento infantil visam sempre o melhor atendimento e bem estar dos pacientes.

Conclusão

Conclui-se com o presente estudo que uma explicação prévia à aplicação das técnicas de comportamento é importante para viabilizar uma correta conduta durante atendimento odontopediátrico. 

Referências ::

1. Caldana RH, Biasoli Alves ZM. Developmental psychology: its role in pediatric dentistry. *Rev Odontol Univ São Paulo/USP*. 1990;4(3):256-60.
2. Cordon JA. The psychology of alienation and the alienation of psychology in pediatric dentistry. *CERON*. 1982;7(3):4-5.
3. Menendez OR. Psychology and anti-psychology in pediatric dentistry. *CERON*. 1982;7(3):2-4.
4. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014;15 (5):333-9.
5. Chen X, Jin SF, Liu HB. Survey of parental acceptance rate to behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Shanghai kou qiang yi xue*. 2008;17(5):475-8.
6. Fúccio F, Ferreira KD, Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Paiva SM. Parental Acceptance of Child Behavior Management Techniques Used in Pediatric Dentistry. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;30(6):146-51.
7. Barbosa CSA, Toledo OA. Use of aversive techniques for behavior management in pediatric dentistry. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6 (29):76-82.
8. Ferreira JMS, Aragão AKR, Colares V. Techniques for Controlling the Behavior of Pediatric Patients - Review of Literature. *Pesq Bras Odontopediatr Clin Integr*. 2009;9(2): 247-51.
9. Albuquerque CM, Gouvêa CVD, Moraes RCM, Barros RN, Couto CFP. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. *Arq Odontol* 2012;46(2):110-5.
10. Toledo OA. *Odontopediatria. Fundamentos para a prática clínica*. 3.ed, editor. São Paulo: Premier; 2005.
11. Meira Filho MMO, Araújo DTC, Menezes VA, Garcia AFG. The child's dental treatment: maternal perception. *RGO*. 2009;57(3):311-5.
12. Fúccio F, Ferreira KD, Watanabe AS, Ramos-Jorge ML, Paiva SM, Pordeus IA. Mano sobre la boca: Evaluación del Empleo de la Técnica en Belo Horizonte. *Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2003;6(34):477-89.
13. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Medical principles and practice*. *Int Jour Kuw*. 2011;20(4):350-5.
14. Machado MS, Nagano HCM, Silva JYB, Bosco VL. Participação dos Pais na tomada de decisões no atendimento odontológico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo*. 2009;21(1):38-47.
15. Murphy MG, Fields HW, Jr., Machen JB. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. *Pediatr Dent*. 1984;6(4):193-8.

Recebido em: 01/08/2016 / Aprovado em: 06/10/2016

Autor Correspondente

Matheus Melo Python

E-mail: matheuspython@gmail.com