

**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**TAMIRES BELAS OLIVEIRA**

**A PSICOLOGIA DO REFORÇO POSITIVO**

THE PSYCHOLOGY OF POSITIVE REINFORCEMENT

SALVADOR

2019.1

**TAMIRES BELAS OLIVEIRA**

**A PSICOLOGIA DO REFORÇO POSITIVO**

THE PSYCHOLOGY OF POSITIVE REINFORCEMENT

Artigo apresentado ao Curso de Odontologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Orientador: Profa. Dra. Iza Teixeira Alves Peixoto

SALVADOR

2019.1

**DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho primeiramente aos meus avós maternos (Domingos Luiz de Santana e Rosalva Santana) e paternos (Oraide Belas Oliveira e Clodoaldo Oliveira) “in memorian” pela existência de meus pais, Jorge Luiz Belas Oliveira e Josefa Rosalva Belas Oliveira, que sempre lutaram para proporcionar que meu sonho fosse realizado e sempre estiveram ao meu lado incentivando, apoiando e comemorando cada conquista. Também gostaria de dedicar ao meu namorado e amigo, Willians Sousa Cavalcante, o qual estava sempre disposto a me ouvir, acalmar e aconselhar.

**AGRADECIMENTOS**

A Deus, em primeiro lugar que iluminou o meu caminho durante toda essa caminhada.

Аоs meus pais, Jorge Luiz Belas Oliveira e Josefa Rosalva Belas Oliveira, meu namorado, Willians Cavalcante, a minha prima-irmã, Ana Carla Santana е a toda minha família que, cоm muito carinho е apoio, nãо mediram esforços para qυееυ chegasse аté esta etapa dе minha vida.

Agradeço а minha professora orientadora, DraIza Teixeira Alves Peixoto,qυе teve paciência е qυеmе ajudou bastante á concluir еstе trabalho.

A Professora Viviane Maia, pelas sugestões e correções.

Aos amigos Ana Maria Miguez, Juviniano Junior, Bianca Dórea e Elília Brandão, pelo convívio de vários anos, pelas palavras carinhosas de incentivo e ajuda na correção deste trabalho.

À Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e a todos colegas e professores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o meu êxito profissional.

**SUMÁRIO**

[RESUMO](#_Toc9689627)

[ABSTRACT](#_Toc9689628)

[1 INTRODUÇÃO 7](#_Toc9689629)

[2 METODOLOGIA 8](#_Toc9689630)

[3 REVISÃO DA LITERATURA 9](#_Toc9689631)

[3.1 CAUSAS DO MEDO 9](#_Toc9689632)

[3.2 FORMAS DE RESISTÊNCIAS DA CRIANÇA FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO 11](#_Toc9689633)

[3.3 Psicologia na Odontologia 11](#_Toc9689634)

[3.4 REFORÇO 13](#_Toc9689635)

[3.5 REFORÇADORES NATURAIS VERSUS REFORÇADORES ARBITRÁRIOS 14](#_Toc9689636)

[3.6 REFORÇO POSITIVO NA ODONTOLOGIA 15](#_Toc9689637)

[4 CONSIDERAÇÕES FINAIS 18](#_Toc9689638)

[REFERÊNCIAS](#_Toc9689639)

[ANEXO 1 - DIRETRIZES PARA AUTORES](#_Toc9689640)

# RESUMO

As técnicas de manejo comportamental são utilizadas para adaptar, acalmar e familiarizar as crianças com o consultório odontológico. Além disso, pretendem  
remover medos e traumas, sejam esses associados a experiências negativas prévias da própria criança ou dos pais e responsáveis. Dentre as técnicas de  
controle comportamental encontra-se a do reforço positivo, utilizada com o intuito de recompensar a criança pelo comportamento adequado durante o  
atendimento odontológico. Esse trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura discutida a qual busca identificar a importância do reforço positivo no atendimento odontológico. A busca de artigos foi realizada em bases de dados como Scielo e Pubmed, desde o ano 2001 até 2018. A literatura específica mostra que a compensação pode ser feita através de elogios, comunicação não-verbal ou até mesmo com objetos. Na Odontopediatria, pode ser empregada para qualquer idade, não apresentando nenhuma contraindicação, entretanto, deve-se atentar para que a técnica não funcione como um suborno.

**Palavras-chave:** Reforço, Comportamento infantil, Odontopediatria, Psicologia.

# ABSTRACT

Behavioral management techniques are used to adapt, calm and familiarize children with the dental office. In addition, they seek to remove fears and traumas, whether associated with previous negative experiences of the child or the parents and guardians. Among the techniques of behavioral control is that of positive reinforcement, used with the intention of rewarding the child for the appropriate behavior during dental care. This study aimed to carry out a review of the literature discussed which seeks to identify the importance of positive reinforcement in dental care. The search for articles was carried out in databases such as Scielo and Pubmed from 2001 to 2018. The specific literature shows that compensation can be done through praise, non-verbal communication or even with objects. In pediatric dentistry, it can be used for any age, with no contraindications, however, one must be careful that the technique does not work as a bribe

**Keywords:** reinforcement, Child behavior, Pediatric dentistry; Psychology

# 1 INTRODUÇÃO

A odontopediatria é uma especialidade que envolve diferentes níveis de atenção em saúde e é marcada por uma complexidade de dinâmicas relacionais. Assim, os fundamentos da psicologia comportamental se apresentam como um componente essencial na sua prática clínica. Quando o profissional consegue ampliar sua comunicação com o paciente e desenvolver sua escuta com base na análise comportamental do universo infantil, constitui-se uma abordagem diferenciada(1).

O atendimento infantil deve respeitar a individualidade da criança, e com base nos estudos da psicologia cognitiva comportamental promover na criança uma maior confiança e segurança no profissional(2). Para isso, existem técnicas adequadas a cada faixa etária, sexo e estado de saúde, seja ele geral ou bucal(3).

Dentre as técnicas preconizadas para o manejo comportamental encontram-se as farmacológicas e as não farmacológicas. Sendo o segundo grupo subdividido em aversivas (estabilização protetora, mão sobre a boca e dispositivos para abertura de boca) e não aversivas (mostrar-falar-fazer, reforço positivo, controle da voz, modelagem e distração)(4).

O método do reforço positivo não apresenta contraindicações, dessa forma, pode ser utilizado para qualquer paciente. O objetivo dessa técnica é reforçar o comportamento desejado e instituir uma relação de confiança entre o paciente, profissional e equipe. Esse manejo é realizado pelo odontopediatra através do uso de expressões verbais, não-verbais, além da forma material com a entrega de objetos e brinquedos(5).

O uso do reforço positivo, como técnica de controle comportamental, é de fundamental importância, pois tornará a consulta mais prazerosa para a criança, além de oferecer um tratamento atraumático com maior colaboração da mesma durante o atendimento, possibilitando assim, o sucesso da terapêutica. Diante disso, essa revisão de literatura teve como objetivo identificar a importância do reforço positivo no atendimento odontológico infantil.

# METODOLOGIA

 O presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura discutida. Para o levantamento dos artigos na literatura foram feitas buscas nas principais bases de dados: Pubmed e Scielo em português e inglês, além de livros. A busca foi realizada utilizando os seguintes descritores: Reforço positivo, Comportamento infantil, Odontopediatria; Psicologia.

         Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: todos os artigos publicados em português, inglês nos referidos bancos de dados nos últimos dezoito anos (2000-2018), envolvendo conteúdos como causas do medo no atendimento odontológico, resistência frente ao atendimento odontológico, relação da psicologia com a odontologia, o reforço e o reforçador. Foram encontrados quarenta e cinco artigos e selecionados dezenove artigos e três capítulos de livros.

Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos encontrados, selecionando então, aqueles que preenchiam os critérios de inclusão. Após a primeira seleção realizada procedeu-se a leitura dos trabalhos em sua plenitude para confirmar os critérios do presente estudo e análise crítica de cada artigo, assim como a síntese dos dados encontrados.

# REVISÃO DA LITERATURA

A Odontopediatria tem como principal aliada as técnicas não-farmacológicas (contenção estabilizadora, mão sobre a boca, mostrar-falar-fazer, reforço positivo, controle da voz, modelagem e distração) para adequar o comportamento do paciente frente ao atendimento odontológico. É importante que o profissional saiba adaptar as técnicas a cada paciente de forma individualizada(6). As técnicas supramencionadas são de extrema importância para proporcionar a confiança do paciente no profissional, durante as consultas, o que acarreta uma melhor colaboração durante as consultas(7).

Além de artifícios lúdicos, diagnóstico minucioso e do conhecimento da psicologia infantil por parte do profissional, é fundamental que a criança coopere para que otimize o atendimento(7). O sucesso da realização do procedimento não é medido apenas pela sua finalização técnica, e sim através da evolução do comportamento do paciente(8). A essência da Odontopediatria também se baseia no estado de saúde atual, no momento de vida e da maturidade de cada criança para analisar o seu perfil comportamental.

Desse modo, o Odontopediatra deve buscar estabelecer uma boa relação com o paciente e seu acompanhante, pois isso auxiliará na redução dos conflitos odontológicos, na compreenção da criança além dos aspectos técnicos ou do controle comportamental, mas sim no quesito emocional(5).

# CAUSAS DO MEDO

Uma das principais causas do medo é a crença de que o atendimento odontopediátrico resultará em algum desconforto, como por exemplo, sensação de dor ou então de algum efeito após procedimento tais como inchaço de boca, bochechas e sangramento(8).

Em crianças, o medo é despertado de forma mais fácil. Seja devido as luzes, barulhos do uso de instrumentos rotatórios ou queda de instrumentais, movimentos bruscos durante a manipulação da cadeira odontológica e ambientes estranhos. Dessa forma, a realização dos procedimentos deve ser avisada anteriormente à criança(9). Por exemplo, o profissional deve comunicar através do dialógo o momento que irá regular a cadeira odontológica com o objetivo de evitar surpresa ao paciente.

As Caracteristicas do consultório também podem gerar um comportamento de ansiedade, dentre elas encontra-se: a decoração, luz e música da sala de espera; barulhos e cheiros que permeiam até a sala de espera(5). Esses fatores podem interferir no comportamento do paciente. Em casos que a música colocada seja mais estressante, a iluminação esteja deficiente, na sala de espera o paciente consiga ouvir choros, gritos de outras crianças e sentir cheiros considerados desagradáveis, o mesmo ao entrar para o atendimento apresentará maior apreensão.

A literatura encontrada apresenta controvérsias ao avaliar o medo das crianças em fase pré-escolar frente ao tratamento odontológico. O estudo realizado na Universidade Federal do Ceará, no ano de 2015, utilizou de alguns parâmetros como o questionário CFSS-DS, a classificação de Frankl, a Escala Visual analógica, a Escala SOM, a Escala de Ansiedade da Face, e aferição dos batimentos cardíacos da criança para verificar a presença do desconforto. Os pacientes foram divididos em dois grupos, no primeiro realizou procedimentos invasivos (preparo cavitário, anestesia ou exodontia) e o segundo realizou procedimentos não invasivos (exame clínico e Profilaxia). O resultado encontrado mostrou não existir diferença no comportamento frente a procedimentos invasivos ou não invasivos, apresentando a sensação de desconforto em ambos(10). O estudo realizado na escola da periferia de Paulínia - SP, no ano de 2000, afirma que a ansiedade se apresenta maior nas crianças que passam por tratamento mais invasivos(11).

Ao avaliar a ansiedade em faixas etárias diferentes observa-se que crianças de sete a nove anos são menos temerosas que as de onze a treze anos. Uma possível justificativa para isso é que as crianças mais velhas já tenham experiências prévias anteriores traumatizantes(10-12). O estudo executado na Universidade Federal do Ceará no ano de 2015, concorda com o realizado nas faculdades de odontologia brasileiras no ano de 2016 ao afirmar que é imprescindível a utilização de técnicas de manejo comportamental no atendimento e conhecimentos básicos da psicologia(10-12).

# 3.2 FORMAS DE RESISTÊNCIAS DA CRIANÇA FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Os pacientes infantis podem apresentar diversos comportamentos de defesa do medo e do desconhecido durante o atendimento, seja de fuga (sair correndo do consultório), recusa de sentar-se na cadeira ou abrir a boca para o exame físico. Eles podem também permanecer imóveis diante da situação considerada ameaçadora ou agarrados ao responsável, ou até mesmo tentar enfrentar a situação através de comportamentos considerados aversivos(8).

O fato de a criança permanecer de boca aberta e imóvel na cadeira por um longo período colabora com o desenvolvimento de um sentimento de repulsa. Dessa forma, a criança se mexe na cadeira e tenta se libertar da posição que se encontra. Esse perfil comportamental, na Odontopediatria, é classificado como não colaborador, já que prejudica a efetivação do atendimento(13).

A partir do momento que a criança consegue com esse comportamento a não finalização do atendimento, ela cria um mecanismo de defesa para evitar as consultas, pois ao agir desta maneira sabe que não será atendida. Nesse contexto, a conduta do Odontopediatra é primordial para evitar o reforço negativo. Essa revisão de literatura corrobora com os autores Possobon, Moraes, Costa Junior, Ambrosano, no ano de 2003, ao afirmarem que o comportamento não colaborador é reforçado e passa a acontecer com maior frequência, pois o paciente entende que toda vez que apresentar qualquer comportamento citado anteriormente ficará isento do procedimento(14).

# PSICOLOGIA NA ODONTOLOGIA

É primordial que o profissional da odontologia saiba sobre o desenvolvimento e comportamento infantil, bem como características psicológicas de cada faixa etária, já que esse conhecimento proporcionará um melhor manejo e relacionamento com a mesma, e, consequentemente trará um comportamento mais cooperativo no ambiente odontológico(7).

O odontopediatra lida com crianças não colaborativas que podem possuir problemas familiares, fobias, frustrações, hábitos deletérios, problemas na oralidade, amamentação, sexualidade e até mesmo agressividade(1). Por motivos como esses é que se torna importante a interrelação com o psicólogo, que irá compreender a criança e seu desenvolvimento através de uma outra visão(5).

Uma outra vantagem da integração psicólogo e cirurgião dentista é a diminuição dos fatores causais do medo no consultório, cooperando para a mudança de comportamento da criança, levando a uma maior aceitação, maior colaboração para com o tratamento, além da formação de uma imagem positiva do Odontopediatra(6). Dentre os fatores que ocasionam aversão do paciente infantil ao tratamento odontológico estão: tratamentos anteriores traumatizantes, a imagem retratada do profissional nos desenhos animados, a posição na cadeira odontológica e os cheiros e sons desagradáveis que podem estar presentes no ambiente.

O psicólogo atuará orientando os pais, pacientes e até mesmo o profissional quanto ao manejo comportamental infantil, além de auxiliar na elaboração de atividades lúdicas(5). Essas atividades terão como foco modificar a situação vivenciada pela criança, através da diminuição da ansiedade e consequentemente melhorando o comportamento durante o atendimento(6).

Em estudo realizado na clínica-escola de odontologia do Centro Universitário Católica de Quixadá no ano de 2016, foi comprovado que atividades com intervenções de um profissional da psicologia removeram o foco da criança dos sentimentos de ansiedade, dor e medo. Também gerou um comportamento diferenciado durante o atendimento, maior aceitação dos procedimentos, maior colaboração e uma imagem positiva do tratamento odontológico. Além disso, foi constatado uma diminuição do estresse para os pais e o odontopediatra. A pesquisa iniciou com o diálogo dos estudantes e responsáveis dos pacientes na sala de espera na investigação dos pacientes que apresentavam o sentimento de medo e ansiedade frente ao atendimento odontológico e necessitavam de apoio do psicólogo. Assim, a pesquisadora, através de diálogo e recursos lúdicos buscou minizar comportamentos fisiológicos e aspectos psíquicos desencadeados pela situação. (15).

É evidente que a interrelação psicólogo, pais e odontopediatra influência em uma melhora da qualidade do atendimento, consolida uma relação de confiança e estabelece um atendimento mais humanizado e tranquilo para todos.

# REFORÇO

O reforço é qualquer efeito de um comportamento que fortaleça a ocorrência de uma resposta. Esse pode ser positivo, quando oferece alguma coisa ao organismo, ou negativo, ao permitir a retirada de algo indesejável(16). Além disso, os reforços são alterações do ambiente provocadas pelo comportamento operante, o qual atua sobre o ambiente ao gerar alterações em algum aspecto. Dessa forma, o reforço sofre controle do ambiente modificado pelo comportamento. Os reforçadores podem ser positivos, quando acrescenta um reforçador ao ambiente ao elevar a tendência de repetição do comportamento que alterou o meio, ou negativos, elimina situação aversiva para a pessoa(17).

O reforço positivo e negativo tendem a aumentar a chance da ocorrência do comportamento operante. Assim, a repetição do mesmo ocorre mais vezes nos casos que são reforçados, caso o reforço seja retirado o comportamento operante deixa de acontecer(17).

Existe uma relação denominada de contingência de reforço, quando um comportamento é realizado produzindo alterações no ambiente, o que aumenta a chance desse comportamento voltar a acontecer(18).

Isso foi comprovado através da caixa de Skinner, experimento realizado com o rato dentro de uma caixa a qual continha uma barra, que ao ser pressionada fornecia uma gota de água. Observou-se que o rato manteve o comportamento de pressionar a barra para receber a consequência, uma gota de água. Na primeira vez, o comportamento aconteceu de forma acidental, o que resultou no aprendizado que ao sentir sede deveria pressionar a barra novamente(16). A experiência evidência a importância do reforçador positivo, pois condiciona a repetição do comportamento almejado.

O controle comportamental pode ser realizado apenas por uma pessoa, sendo denominado de controle pessoal. O emprego de técnicas por uma única pessoa pode alterar a tendência de uma outra pessoa a se comportar. Esse controle pode ser realizado através do reforço positivo, seja através do agradecimento a alguém que tenha prestado um favor ou recompensa financeira a aquele que prestou serviço, esse comportamento levará ao aumento da repetição do comportamento da pessoa controlada(17). Baseado nisso, na odontopediatria o reforço positivo é feito através do controle pessoal, uma vez que o profissional através de recompensas pode conseguir a modificação do comportamento não colaborador do paciente infantil, no decorrer das consultas.

A técnica de reforço positivo, na odontologia, é realizada de forma social por meio de elogios verbais, expressões faciais satisfeitas e demonstração de afeto, ou de forma não social, com a entrega de brindes ao final do procedimento(19). É de suma importância deixar claro para a criança o motivo da recompensa(6).

Uma pesquisa realizada na Faculdade de Odontologia de Piracicaba - São Paulo no ano de 2003, avaliou o comportamento de crianças com história de não colaboração que impediu a realização de tratamentos odontológicos anteriores. Estes participantes passaram por cinco sessões de atendimento odontológico, as quais receberam ansiolítico ou um placebo. Na primeira sessão, não foi administrado nenhum medicamento, o odontopediatra realizava atividades lúdicas demonstrando os procedimentos que seriam efetivados e explicava como a criança deveria se comportar durante o tratamento, além disso informou que se o paciente colaborasse receberia um brinde ao final do atendimento. A partir da segunda sessão, os participantes receberam, de maneira duplo - cego, o ansiolítico, Diazepam, ou placebo e o profissional exibiu os brinquedos planejados para a atividade lúdica e estabelecia a seguinte contingência: caso a criança colaborasse, poderia brincar no final da sessão e receber o brinde. O tratamento era realizado somente se houvesse colaboração da criança, o que possibilitou a observação sistemática dos comportamentos das crianças nas duas condições, evindenciando que o sedativo não foi eficiente para o controle comportamental e sim a presença do reforçador positivo.(14) Dessa forma, a não realização do reforço positivo serve de estímulo para o comportamento não colaborador da criança, sendo então dispensada do atendimento, o que caracteriza um reforço negativo.

# REFORÇADORES NATURAIS VERSUS REFORÇADORES ARBITRÁRIOS

Os reforçadores naturais, são aqueles cuja consequência do comportamento é reflexo direto do comportamento. Um exemplo disso, é quando a criança estuda e consegue perceber que as notas aumentaram, os colegas e professores a elogiam. O reforço arbitrário ocorre quando a consequência é feita de forma indireta ao comportamento apresentado. Seria agir desta maneira: A criança estudou ela ganha um chocolate(18).

A chantagem funciona da seguinte forma: ao apresentar um comportamento, algo é prometido anteriormente a ocorrência do comportamento desejado, em forma de recompensa. Entretanto, o reforço não deve ser feito dessa forma, e sim como um feedback, concientizando a importância do comportamento esperado, ou seja, através do reforço natural(18).

É importante atentar que os reforçadores naturais não são tão evidentes quanto os arbitrários, mas ainda assim são extremamente influentes. Uma vez que eles começam a acontecer, os reforçadores arbitrários não serão mais fundamentais(18).

# REFORÇO POSITIVO NA ODONTOLOGIA

Estímulos prazerosos tendem a aumentar a liberação de uma substância química no cérebro denominada de Dopamina, neurotransmissor do sistema nervoso central. A substância tem as seguintes funções: o controle de movimentos, do humor, sono, atenção, aprendizagem, cognição, memória, emoções, sensação de prazer e bem-estar(19).

O reforço positivo pode ser considerado um estimulador da liberação de dopamina, uma vez que a pessoa é recompensada de forma prazerosa pelo comportamento apresentado. Assim, na odontologia, a técnica poderá exercer um papel importante para tornar o atendimento prazeroso e remover o sentimento de medo ou ansiedade durante as consultas, já que a criança será recompensada por apresentar o comportamento desejado.

As crianças apresentam-se, na maioria das vezes, ansiosas para o atendimento. Dessa forma, a cooperação e obediência às instruções são quase nulas. Por isso é que se faz necessário o uso das técnicas de controle do comportamento do paciente infantil e a abordagem adequada da criança, possibilitando o atendimento odontológico e estímulo de uma relação profissional-paciente favorável à promoção da saúde bucal do paciente infantil(3).

A técnica de reforço positivo busca recompensar as condutas desejadas da criança, com o intuito de estimular a recorrência desses comportamentos(5). O reconhecimento do comportamento almejado da criança não significa a ausência do choro, mas sim conseguir realizar o atendimento de forma progressiva. Assim, ao finalizar a consulta, o profissional entregará a recompensa a criança, a qual poderá apresentar reações diversas, como: arremessar o brinde, ou não escolher nenhum(20).

Todavia, a cada consulta o paciente se adapta melhor e passa a escolher a recompensa com satisfação. Em contrapartida, existem crianças que no primeiro atendimento já demonstram reação de afeto ao Odontopediatra e escolhem a recompensa com satisfação(20). As afirmações verbais devem sempre ser realizadas, pois aumentam a colaboração da criança durante procedimentos. Diferentemente dos casos em que o profissional delega o que esperam da criança ou como deve se portar, o que acarretará um comportamento negativo(7).

Expressões como “pare” e “não faça”, nos casos de crianças não colaborativas, devem ser evitadas pelo profissional. O comportamento pode ser resultado do sentimento de intimidação. Assim, a conduta a ser adotada é a de acalmar e pedir de forma gentil que a criança atenda ao seu pedido. Para esses pacientes, abrir a boca é uma demonstração de confiança e deve ser elogiada sempre que ocorrer na tentativa de fortalecer a relação de confiança(21).

O manejo comportamental através do reforço positivo é fundamental em procedimentos que ocorre recusa da criança. Por exemplo, se o paciente recusar colocar o algodão na boca pode utilizar frases como: “O algodão ajuda a secar o dente, ele é nosso amigo” e colocá-lo em boca com frase firme, ao conseguir, o elogio deve ser feito(22).

A técnica do reforço positivo está indicada para qualquer criança, até mesmo as que quase não seguem as informações solicitadas pelo profissional. Isto porque um dos objetivos da técnica é desenvolver a confiança da criança(1).

Ao realizar o reforço positivo, a criança apresenta melhora na autoestima e passa a colaborar, mostrando para a mesma que ela é capaz de superar medos, traumas e angústias. Sendo assim, há uma influência até a vida adulta, tornando essa criança menos insegura e mais forte para superar as dificuldades e com equilíbrio emocional(22).

O profissional de saúde deve ter condição de atender cada criança adaptando-se às suas individualidades e não apenas enxergando o sujeito por partes(2), como apenas uma boca. A técnica é considerada eficiente para o condicionamento do paciente infantil, e sua força é maior quando realizada logo após o atendimento. Não apresenta nenhuma contraindicação, ou seja, pode ser aplicada a qualquer paciente.

Assim, o profissional poderá possibilitar que a criança cresça com um bom contato com o tratamento odontológico, sem adquirir os medos e as fobias, os quais tantas vezes são desenvolvidos pela falta da aplicação do conhecimento da psicologia na odontologia. E, para além disso, o Odontopediatra terá com cada paciente a experiência de uma relação viva e pessoal.

# 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da literatura encontrada, a técnica de reforço positivo se baseia em princípios da psicologia, e tem como objetivo realizar o condicionamento do paciente infantil durante o atendimento, que consequentemente levará ao sucesso do tratamento. Dessa forma, na próxima consulta a criança poderá apresentar-se mais adaptada para a realização dos procedimentos.

# REFERÊNCIAS

1. Barreto, RA., Barreto, MAC., Corrêa, MSNP. Psicanálise e Odontopediatria: ofício da comunicação. Estudos de Psicanálise. [online]. 2015; 44, 83-89. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0100-34372015000200009.

2. Oliveira, FCM. Contribuições da psicanálise à odontopediatria. Pulsional Rer. de Psic. 2002; 15(164): 50-4.

3. Ferreira, JMS, Aragão, AKR, Colares, V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura. Pesq. Bras. em Odont. e Clín. Int. 2009; 9(2):247-51.

4. Duque C, Caldo-Teixeira AS, Pomarico L, Ammari MM, Emídio TS. Psicologia em Odontopediatria. In: Duque C, Caldo-Teixeira AS, Ammari MM, Abreu FV, Antunes LAA. Odontopediatria uma visão contemporânea. São Paulo (Santos): Santos Editora; 2013. p. 47-60.

5. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental Patient. Referencemanual. PediatDent. 2018-9; 40(6): 254-67. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\_guidelines/bp\_behavguide.pdf

6. Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria. 2010; 49-71. Disponível em: http://www.abodontopediatria.org.br/manual1/Capitulo-6-Adaptacao-Comportamental-do-Paciente-Odontopediatrico.pdf

7. Albuquerque, CM, Gouvêa, CVD, Moraes, RCM, Barros, RN, Couto, CF. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. Arq. Odontol. 2010; 45(2):110-5.

8. Costa Junior, AL. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução.Est. e Pesq. em Psicol. 2002; 2(2):46-53. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7760

9. Zanetti, G, PunhaguI, MF, Frossard, WTG, Oda, N. Conduta clínica frente aos diferentes tipos de comportamento infantil. UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde. 2001; 3 (1): 69-75.

10. Melo, RB, Lima, FC, Moura, GM, Silva, PGB, Gondim JO, Moreira Neto, JJS. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. Rev. Odontol. Bras. Central. 2015;24(68):20-5.

11. Singh, KA, Moraes, ABA, Ambrosano, GMB. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Pesq Odont. Bras. Abr. 2000; 14(2): 131-6. Disponivel em: http://www.scielo.br/pdf/pob/v14n2/v14n2a6.pdf

12. Spagnolo, M, Pereira JT, Werle, SB, Scatena, C, Rodrigues, JA, Oliveira RS. Manejo de crianças de difícil comportamento nas faculdades de odontologia brasileiras. R. Perspect. Ciên. e Saúde. 2016; 1(1): 3-11.

13. Brandenburg, OJ, Haydu, VB. Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. Psicol. Ciên. e Prof. [online]. 2009; 29(3): 462-75. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000300004&script=sci\_abstract&tlng=pt

14. Possobon, RF; Moraes, ABA; Costa Junior, AL; Ambrosano, GMB. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. Psicol: Teoria e Pesquisa. 2003; 19 (1): 59-64.

15. Lima, KMA, Maia, AHN, Bezerra, MHO. Psicologia e odontopediatria: possibilidade de atuação em uma clínica-escola. R. Expres. Catól. Saúde. 2016; 1(1): 133-7.

16. Bock, AMB; Furtado, O; Teixeira, MLT.Psicologia: uma introdução ao estudo de psicologia. In: Bock, AMB; Furtado O; Teixeira MLT. O Behaviorismo. São Paulo (Barra Funda): Saraiva; 2001. p. 45-55.

17. SÁ, CP. O behaviorismo radical de B. F. Skinner e sua aplicabilidade socialmente relevante. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Seleção e Orientação Profissional, Fundação Getúlio Vargas, 1985. Disponível em: http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9637

18. Moreira, MB; Medeiros, CA. Princípios básicos de análise do comportamento. In: Moreira, MB, Medeiros, CA. Aprendizagem pelas conseqüências: o reforço. Rio Grande do Sul (Porto Alegre): Artmed; 2007. P. 47-62.

19. Formigoni, MLOS, Kessler, FHP;Baldisserotto, CFP; Pechansky, P;Abrahão, KP. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso. In: Duarte, PCAV, Formigoni, MLOS. Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2. 11. ed. Brasília: SENAD/SUPERA; 2017. p. 13-26.

20. Corrêa, MSNP. Odontopediatria na primeira infância. In: Corrêa, MSNP; Maia SEM. Técnicas de abordagem crianças de 0 a 3 anos de idade. São Paulo (Santos): Santos Editora; 2012. p.165- 77.

21. Silva, LFP; Freire, NC; Santana, RS; Miasato JM. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. Rev. Odontol. Univ. 2016; 28 (2): 135-42.

22. Corrêa, MSNP. Conduta clínica e psicológica na odontopediatria. In: Corrêa, MSNP; Zardetto, CGDC; Romito, ACDR. Gestão Comportamental em Odontopediatria. São Paulo (Santos): Santos editora; 2013. p. 27- 43.

# ANEXO 1 - DIRETRIZES PARA AUTORES

INSTRUÇÕES GERAIS

1. O manuscrito deverá ser escrito em idioma português, de forma clara, concisa e objetiva.

2. O texto deverá ter composição eletrônica no programa Word for Windows (extensão doc.), usando-se fonte Arial, tamanho 12, folha tamanho A4, espaço 1,5 e margens de 3 cm, perfazendo um máximo de 15 páginas, excluindo referências, tabelas e figuras.

3. O número de tabelas e figuras não deve exceder o total de seis (exemplo: duas tabelas e quatro figuras).

4. As unidades de medida devem seguir o Sistema Internacional de Medidas.

5. Todas as abreviaturas devem ser escritas por extenso na primeira citação.

6. Na primeira citação de marcas comerciais deve-se escrever o nome do fabricante e o local de fabricação entre parênteses (cidade, estado, país).

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

1. Página de rosto

1.1 Título: escrito no idioma português e inglês.

1.2 Autor(es): Nome completo, titulação, atividade principal (professor assistente, adjunto, titular; estudante de graduação, pós-graduação, especialização), afiliação (instituição de origem ou clínica particular, departamento, cidade, estado e país) e e-mail. O limite do número de autores é seis, exceto em casos de estudo multicêntrico ou similar.

1.3 Autor para correspondência: nome, endereço postal e eletrônico (e-mail) e telefone.

1.4 Conflito de interesses: Caso exista alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que possa gerar conflito de interesses, esta possibilidade deve ser informada.

Observação: A página de rosto será removida do arquivo enviado aos avaliadores.

2. Resumo estruturado e palavras-chave (nos idiomas português e inglês)

2.1 Resumo: mínimo de 200 palavras e máximo de 250 palavras, em idioma português e inglês (Abstract). O resumo deve ser estruturado nas seguintes divisões:

- Artigo original: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão (No Abstract: Purpose, Methods, Results, Conclusions).

- Relato de caso: Objetivo, Descrição do caso, Conclusão (No Abstract: Purpose, Case description, Conclusions).

- Revisão de literatura: a forma estruturada do artigo original pode ser seguida, mas não é obrigatória.

2.2 Palavras-chave (em inglês: Key words): máximo de seis palavras-chave, preferentemente da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou do Index Medicus

3. Texto

3.1 Artigo original de pesquisa: deve apresentar as seguintes divisões: Introdução, Metodologia (ou Casuística), Resultados, Discussão e Conclusão.

- Introdução: deve ser objetiva e apresentar o problema, justificar o trabalho e fornecer dados da literatura pertinentes ao estudo. Ao final deve apresentar o(s) objetivo(s) e/ou hipótese(s) do trabalho.

- Metodologia (ou Casuística): deve descrever em seqüência lógica a população/amostra ou espécimes, as variáveis e os procedimentos do estudo com detalhamento suficiente para sua replicação. Métodos já publicados e consagrados na literatura devem ser brevemente descritos e a referência original deve ser citada. Caso o estudo tenha análise estatística, esta deve ser descrita ao final da seção.

Todo trabalho de pesquisa que envolva estudo com seres humanos deverá citar no início desta seção que o protocolo de pesquisa foi aprovado pela comissão de ética da instituição de acordo com os requisitos nacionais e internacionais, como a Declaração de Helsinki.

O número de registro do projeto de pesquisa no SISNEP/Ministério da Saúde ou o documento de aprovação de Comissão de Ética equivalente internacionalmente deve ser enviado como arquivo suplementar na submissão on-line (obrigatório). Trabalhos com animais devem ter sido conduzidos de acordo com recomendações éticas para experimentação em animais com aprovação de uma comissão de pesquisa apropriada e o documento pertinente deve ser enviado como arquivo suplementar.

- Resultados: devem ser escritos no texto de forma direta, sem interpretação subjetiva. Os resultados apresentados em tabelas e figuras não devem ser repetidos no texto.

- Discussão: deve apresentar a interpretação dos resultados e o contraste com a literatura, o relato de inconsistências e limitações e sugestões para futuros estudos, bem como a aplicação prática e/ou relevância dos resultados. As inferências, deduções e conclusões devem ser limitadas aos achados do estudo (generalização conservadora).

- Conclusões: devem ser apoiadas pelos objetivos e resultados.

3.2 Relatos de caso: Devem ser divididos em: Introdução, Descrição do(s) Caso(s) e Discussão.

4. Agradecimentos: Devem ser breves e objetivos, a pessoas ou instituições que contribuíram significativamente para o estudo, mas que não tenham preenchido os critérios de autoria. O apoio financeiro de organização de apoio de fomento e o número do processo devem ser mencionados nesta seção. Pode ser mencionada a apresentação do trabalho em eventos científicos.

5. Referências: Deverão respeitar as normas do International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver Group), disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\_requirements.html.

a. As referências devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto e citadas entre parênteses: (1), (3,5,8), (10-15).

b. Em citações diretas no texto, para artigos com dois autores citam-se os dois nomes. Ex: "De acordo com Santos e Silva (1)...". Para artigos com três ou mais autores, cita-se o primeiro autor seguido de "et al.". Ex: "Silva et al. (2) observaram...".

c. Citar, no máximo, 25 referências para artigos de pesquisa, 15 para relato de caso e 50 para revisão de literatura.

d. A lista de referências deve ser escrita em espaço 1,5, em seqüência numérica. A referência deverá ser completa, incluindo o nome de todos os autores (até seis), seguido de “et al.”.

e. As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados deverão estar de acordo com o Index Medicus/ MEDLINE e para os títulos nacionais com LILACS e BBO.

f. O estilo e pontuação das referências devem seguir o formato indicado abaixo Artigos em periódicos:

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. Caries Res 1992;26:188-93. Artigo em periódicos em meio eletrônico:

Baljoon M, Natto S, Bergstrom J. Long-term effect of smoking on vertical periodontal bone loss. J Clin Periodontol [serial on the Internet]. 2005 Jul [cited 2006 June 12];32:789-97. Available from: http://www.blackwell-synergy.com/doi/abs/10.1111/j.1600-051X.2005.00765.x Livro: Paiva JG, Antoniazzi JH. Endodontia: bases para a prática clínica. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1988.

Capítulo de Livro:

Basbaum AI, Jessel TM, The perception of pain. In: Kandel ER, Schwartz JH, Jessel TM. Principles of neural science. New York: McGraw Hill; 2000. p. 472-91. Dissertações e Teses:

Polido WD. A avaliação das alterações ósseas ao redor de implantes dentários durante o período de osseointegração através da radiografia digital direta [tese]. Porto Alegre (RS): Faculdade de Odontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1997.

Documento eletrônico:

Ueki N, Higashino K, Ortiz-Hidalgo CM. Histopathology [monograph online]. Houston: Addison Boocks; 1998. [Acesso em 2001 jan. 27]. Disponível em http://www.list.com/dentistry. Observações: A exatidão das citações e referências é de responsabilidade dos autores. Não incluir resumos (abstracts), comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação na lista de referências.

6. Tabelas: As tabelas devem ser construídas com o menu “Tabela” do programa Word for Windows, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos na ordem de citação no texto (exemplo: Tabela 1, Tabela 2, etc) e inseridas em folhas separadas após a lista de referências. O título deve explicativo e conciso, digitado em espaço 1,5 na parte superior da tabela. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé, identificadas pelos seguintes símbolos, nesta seqüência: \*,†, ‡, §, ||,,\*\*,††,‡‡. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, nem usar espaços para separar colunas. O desvio-padrão deve ser expresso entre parênteses.

7. Figuras: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros, etc) serão consideradas como figuras. Devem ser limitadas ao mínimo indispensáveis e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que são citadas no texto (exemplo: Figura 1, Figura 2, etc). As figuras deverão ser inseridas ao final do manuscrito, após a lista das legendas correspondentes digitadas em uma página única. Todas as explicações devem ser apresentadas nas legendas, inclusive as abreviaturas existentes na figura.

a. As fotografias e imagens digitalizadas deverão ser coloridas, em formato tif, gif ou jpg, com resolução mínima de 300dpi e 8 cm de largura.

b. Letras e marcas de identificação devem ser claras e definidas. Áreas críticas de radiografias e microfotografias devem estar isoladas e/ou demarcadas. Microfotografias devem apresentar escalas internas e setas que contrastem com o fundo.

c. Partes separadas de uma mesma figura devem ser legendadas com A, B, C, etc. Figuras simples e grupos de figuras não devem exceder, respectivamente, 8 cm e 16 cm de largura.

d. As fotografias clínicas não devem permitir a identificação do paciente. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatório o envio de documento escrito fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

e. Figuras reproduzidas de outras fontes já publicadas devem indicar esta condição na legenda, e devem ser acompanhadas por uma carta de permissão do detentor dos direitos.

f. OS CASOS OMISSOS OU ESPECIAIS SERÃO RESOLVIDOS PELO CORPO EDITORIAL.