



A dor do paciente pediátrico no consultório dentário

Bárbara Lemos, Sara Rosa, Ana Roleira Marinho, Maria Joana Castro, Mário Lourenço, Casimiro de Andrade

Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Resumo

Uma questão cada vez mais actual e em debate relaciona-se com a problemática da dor em idades pediátricas. Durante muitos anos, a dor pediátrica foi menosprezada e talvez ainda hoje seja ignorada ou desvalorizada pelos profissionais de saúde. No entanto, sabe-se hoje que o sistema neurológico relacionado com a transmissão da dor está totalmente completo e funcional por altura do nascimento. No consultório dentário, além da existência de quadros patológicos onde a dor está presente, o próprio tratamento dentário é fonte geradora de stress e ansiedade, o que vai influenciar a percepção da dor pelo paciente, principalmente no paciente pediátrico.

Nesta revisão, abordam-se as diferentes visões sobre a dor pediátrica, tentando enfatizar a perspectiva da criança e a forma como esta experiencia a dor assim como as estratégias que poderão ajudar o Médico Dentista durante a sua prática clínica, na intervenção com a criança e família quando estas são confrontadas com a situação de dor.

Nas últimas décadas, os avanços nas pesquisas relacionadas com a dor em pediatria têm apresentado resultados promissores. Assim, é primordial o reconhecimento da real importância do controlo da dor em pediatria, sendo que os Odontopediatras e os Médicos Dentistas na generalidade devem estar cientes das consequências e implicações da dor nas crianças. Para tal, existe uma panóplia de metodologias, não só médicas mas também psicológicas, que contribuem para o controlo das situações dolorosas em odontopediatria.

Palavras-chave: dor, criança, odontopediatria

Acta Pediatr Port 2011;42(3):123-8

Pain of the paediatric patient in the dental office

Abstract

An increasingly frequent dilemma is related with the pain in pediatric ages. During many years, paediatric pain has been underestimated and may still be ignored or undervalued by the health care providers. However, it is now known that the neu-

rological system related to pain transmission is completed and fully functional by the time of the birth. In the dental office, besides the existence of pathologies where pain is present, the dental treatments itself are a source of stress and anxiety, which will affect the patient's perception of the pain, especially in the pediatric age.

We attempt to clarify the different views on pediatric pain, trying to emphasize the child's perspective and the way that those patients experience the pain, as well as the strategies that may help and provide practitioners with guidelines that might be applied to their daily practices.

Over the past decades, tremendous progress has been made in the assessment, prevention and treatment of pain. It is therefore important to recognize the real importance of controlling pain in children and the Pediatric Dentist and Dentists in general should be aware of the consequences and implications of pain in children. So, there is a whole range of methods, not only medical but also psychological, which contribute to the control of the painful situations in pediatric dentistry.

Key- Words: pain, children, paediatric dentistry

Acta Pediatr Port 2011;42(3):123-8

Introdução

Várias definições para o fenómeno da dor têm sido apresentadas, sendo que a mais aceite actualmente foi proposta pela *International Association for the Study of Pain* em que a dor é definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”¹. Esta definição reconhece a existência de um componente subjectivo envolvendo associações entre elementos da experiência sensorial e o estado aversivo provocado^{2,4,6}.

Clinicamente, a dor apresenta-se sob a forma de sinais e sintomas diversificados que pelo carácter subjectivo e idiossincrático, dificultam a quantificação, diagnóstico e escolha do tratamento a seguir pelo profissional de saúde^{5,7}.

No paciente pediátrico, a questão da dor foi desvalorizada durante muitos anos devido à crença errónea de que estímulos

Recebido: 10.06.2010

Aceite: 09.06.2011

Correspondência:

Bárbara Lemos
Av. Dr. Armando Gonçalves n°20 S609
3000-059 Coimbra
lemos_barbara@hotmail.com

dolorosos não eram perceptíveis pelas crianças^{6,8}. Só nas últimas duas décadas se estabeleceu claramente que o sistema neurológico relacionado com a transmissão da dor está, na altura do nascimento, completo e perfeitamente funcional^{3,4,6}.

No consultório dentário, o Médico Dentista confronta-se diariamente com crianças que manifestam sensações de dor. Essa dor pode estar presente devido a um qualquer quadro patológico; no entanto, está muitas vezes associada a um procedimento realizado pelo próprio Médico Dentista. Reconhecendo-se o medo e ansiedade que é atribuído aos tratamentos dentários, é fulcral o ensino de estratégias de controlo de dor e ansiedade, de modo a contribuir para uma atitude global positiva relativamente aos cuidados de saúde, quer preventivos, quer curativos^{5-7,9}.

O presente artigo perspectiva uma visão actual do fenómeno da dor pediátrica, objectivando abordar as estratégias não só médicas, mas também psicológicas, que poderão ajudar o Médico Dentista na sua prática clínica de odontopediatria. Para concretizar este objectivo procedeu-se a uma revisão da literatura procurando dar resposta a questões não conceptuais:

1º Até que ponto a literatura científica se interessa pelo tema Dor em Pediatria?

2º Até que ponto retém as percepções da criança portadora de Dor?

O suporte científico foi obtido numa pesquisa em livros da especialidade e por uma consulta dos artigos nas bases de dados Medline/Pubmed. Como palavras-chave, foram utilizados os termos “pain”, “children” e “paediatric dentistry”. A selecção dos estudos foi realizada tendo como critérios de inclusão: artigo em inglês, espanhol ou português; apresentar resumo e investigar aspectos relacionados com a problemática da dor no paciente pediátrico; estudos publicados entre Janeiro de 1990 e Outubro de 2009 (com maior ênfase aos publicados nos últimos 10 anos), tendo sido também incluídos estudos publicados em anos anteriores por serem considerados relevantes para o enquadramento da questão. Foram excluídos artigos que apresentavam apenas dados epidemiológicos referentes à dor pediátrica, sem referência às questões inerentes à nossa revisão.

Abordagem neurofisiológica e psicológica da dor

O estudo da dor tem gerado inúmeras discussões e controvérsias entre os especialistas. São diversas as teorias que visam explicar o mecanismo neurofisiológico da dor^{2-4,10,11}; no entanto, nenhuma delas é considerada inteiramente apropriada devido à complexidade e subjectividade inerente a estes fenómenos. Das existentes, aquela que é provavelmente a mais aceite e a que mais se enquadra na área da Odontopediatria é a Teoria de *Gate Control*^{4,5,11}, proposta por Melzack e Wall, em que associa aos fenómenos neurofisiológicos, os factores psicológicos envolvidos na percepção e reacção à dor. Nesta teoria, os autores hipotetizaram a existência de um “portão” ou comporta nas células da substância gelatinosa da medula espinal que controla o fluxo dos sinais de dor para o cérebro, ou seja, dependendo da interacção

entre os sinais vindos da periferia e os sinais dos tractos descendentes do córtex cerebral, a informação pode ser conduzida ou inibida^{4,5,11-12}.

Seja qual for a natureza da mente, o mecanismo através da qual ela age é o Sistema Nervoso sendo que, tal como afirmava Pavlov, *o organismo representa uma unidade funcional, estabelecida graças ao sistema nervoso entre as suas actividades externas e internas, isto é, entre a actividade que o liga às condições do meio exterior e a actividade que se produz no interior; o organismo constitui um todo no sentido da unidade do psíquico e do somático*¹³.

Assim, o comportamento da criança, em cada faixa etária, é o reflexo da interacção do seu sistema nervoso com o meio ambiente, sendo que, para que ocorra um normal desenvolvimento neuropsicológico da criança é necessário ter em conta não só a maturação própria do sistema nervoso central (SNC) mas também o sistema de feedback interno (características genéticas individuais) e o sistema de feedback externo (interacção com o meio ambiente, família e sociedade)^{4-6,10,11,14}. É, portanto, a diferenciação progressiva do SNC, particularmente do córtex, associada a um equilíbrio entre as funções orgânicas (feedback interno) e as variáveis ambientais (feedback externo), que determina o desenvolvimento neuropsíquico da criança^{3,6,10-12}.

Neste contexto, não podemos supor que todas as crianças apresentam o mesmo tipo de comportamento perante as mesmas situações. Diversas pesquisas têm demonstrado que, perante os mesmos estímulos dolorosos, pessoas diferentes vão reagir de forma diferente e que, a mesma pessoa, em diferentes contextos, também pode reagir de forma distinta^{11,12}.

Um denominador comum diz respeito à faixa etária^{2,4-14}. Apesar de não ser possível uma generalização absoluta, é possível encontrarmos um padrão de regularidade no comportamento, de acordo com a idade. É o desenvolvimento cognitivo que vai determinar, em grande parte, o modo como a criança vai assimilar, interpretar e reagir às situações dolorosas.

Partindo dos pressupostos de Piaget e da sua teoria de desenvolvimento cognitiva^{10,11} mostra-se que crianças mais pequenas manifestam uma compreensão da dor caracteristicamente pré-operatória, iniciando as acções com alguns reflexos que gradualmente se vão transformando em esquemas sensorio-motores. A partir do momento em que começam a adquirir a capacidade de linguagem, começam a explicar os seus raciocínios baseados em associações e classificações (exemplo: “o dente dói porque comeu guloseimas”). Só após atingir o período operacional concreto é que a criança progride para uma compreensão lógica da realidade e já começa a entender a existência de causas objectivas para os fenómenos que vivencia. O período seguinte é o estágio das operações formais e corresponde à fase em que o jovem adolescente começa a coordenar as ideias, torna-se consciente do seu próprio julgamento e procura usar a lógica dedutiva^{6,9-13}.

A importância destas etapas baseia-se no pressuposto de que a compreensão do desenvolvimento neurológico e cognitivo da criança vai ajudar num melhor entendimento das necessidades de cada criança, isto é, o profissional consegue comuni-

car com a criança numa linguagem condizente com o seu estágio de desenvolvimento cognitivo e de acordo com o nível de compreensão da realidade.

Ainda numa perspectiva psicológica, segundo Varni^{6,15}, a compreensão do fenómeno da dor infantil só pode ser verdadeiramente entendido se partimos de um modelo complexo em que temos de ter em conta:

- os antecedentes da dor, destacando-se a experiência passada da criança com situações dolorosas;
- os concomitantes da dor, que podem estar associados ao processo de desenvolvimento do conceito de dor;
- as consequências da dor na criança, que podem conduzir a comportamentos disfuncionais psicológicos e sociais;
- os mediadores da percepção e do comportamento de dor, onde se enquadram toda a predisposição biológica, familiar e individual;
- e finalmente as estratégias de confronto que a criança utiliza para lidar com o episódio doloroso.

Portanto, o dano tecidual não deve ser avaliado isoladamente uma vez que a dor não resulta somente de uma associação directa entre estímulos e percepção/sensação; pelo contrário, os estímulos dolorosos, quando chegam ao SNC, podem ser modulados por outros estímulos sensoriais ou por influências próprias de cada indivíduo, determinando assim, a qualidade e a intensidade da experiência dolorosa.

A criança no consultório dentário

O ambiente vivido no consultório dentário sempre foi associado, desde tempos mais remotos, a situações de dor e desconforto, que poderiam ser causadas não só pelas próprias odontalgias mas principalmente pelos procedimentos realizados pelo Médico Dentista^{5,6,9,11,13,16}, aplicando-se estes receios não só ao paciente adulto mas também ao pediátrico.

A clínica odontopediátrica exige do profissional, além do conhecimento técnico científico, a capacidade de lidar com a criança, de forma a conseguir realizar o tratamento. A visão psicológica do paciente é então fundamental no processo de conhecimento da criança pois permite que se faça uma imagem do universo infantil que torne possível uma abordagem psicossocial^{5,6,11,16,17}. Assim, é importante integrar todas as estratégias psicológicas num contexto de educação global de modo a que a criança aprenda a ver o Médico Dentista como um amigo e que os tratamentos dentários são experiências diferentes mas fundamentais com repercussões não só na sua saúde oral mas também sistémica.

De modo a sistematizar a abordagem das crianças no consultório dentário é importante uma esquematização das variáveis que ajudam o profissional de saúde. Assim, o objectivo passa por maximizar as estratégias de um modo estruturado para que possa haver uma universalização das atitudes dos profissionais de saúde. Propomos que inicialmente seja tido em conta a experiência individual de dor de cada criança; a etapa seguinte consiste na avaliação propriamente dita dos fenómenos álgi-

cos, etapa que está dependente não só dos conhecimentos técnicos do profissional mas também da sua sensibilidade e habilidade pessoal. Finalmente, vamos proceder a uma revisão das técnicas de abordagem e controlo da dor pediátrica.

A experiência individual da dor

Sabe-se que existem fortes determinantes que vão condicionar a forma como as crianças experienciam a dor, dos quais se destacam o nível de ansiedade, experiências passadas, a influência e papel dos pais e a habilidade da criança em enfrentar situações novas^{4,6,9-13,17}.

Ansiedade vs Dor - Inevitavelmente, nos nossos consultórios, o fenómeno da dor está intrinsecamente relacionado com o medo e a ansiedade^{5,6,11,17,18}, que podem estar associados quer a experiências anteriores negativas, quer a crenças transmitidas pelo núcleo de familiares e amigos^{18,19}. Segundo um estudo, Vassend²⁰ sugeriu que apesar de episódios reais de dor podem ocorrer durante os tratamentos dentários, os relatos de dor devem ser encarados como construções cognitivas ou estereotipadas, ou seja, as crenças que os pacientes apresentam em relação ao Médico Dentista podem influenciar as reacções perante os tratamentos. Assim, o Médico Dentista deve ter consciência do impacto que o seu comportamento vai ter na imagem que a criança constrói, de modo a tentar desmistificar o medo que os pacientes infantis muitas vezes apresentam perante o profissional de saúde. Um outro estudo recente constatou uma prevalência de 9% de medo e ansiedade dentária entre crianças e adolescentes²¹. Em relação aos procedimentos dentários, não surpreendentemente, os maiores receios estão frequentemente relacionados com a anestesia, mais propriamente, com o uso de agulhas e seringas^{5,6,9,11,17,20-22}. É, portanto, fundamental que o Médico Dentista dirija a sua atenção para as influências intrapessoais de cada criança que podem funcionar como fontes de diferenças individuais na forma como estas reagem e encaram as consultas. Já em 1977, Rachman afirmava que a experiência pessoal directa é a fonte mais comum de medo e ansiedade²³; no entanto, experiências desagradáveis vividas pelos seus familiares e fantasias vividas pelas próprias crianças podem também ter grande influência. Numa outra perspectiva, Versloot, em 2008, reportou que as experiências anteriores têm grande influência nos tratamentos subsequentes, no sentido em que o relato de dor numa segunda consulta vai ser tanto maior, quanto maior tiver sido a intensidade de dor sentida pela criança na primeira consulta²⁴. Felizmente, o inverso também ocorre, isto é, se a criança tiver um bom primeiro contacto com o Médico Dentista, vai encarar as consultas seguintes com menos ansiedade e, conseqüentemente, vai haver menos relatos de dor²⁵.

Papel dos pais - Frequentemente, o comportamento da criança e a sua percepção em relação aos tratamentos e à questão da dor estão intrinsecamente relacionados com as angústias e experiências vividas pelos pais^{5,6,9,11,18,19}. Além desta questão, temos de ter em conta as expectativas dos pais e o nível de ansiedade em relação ao atendimento da criança. Se por um lado a presença dos pais no consultório pode servir como um reforço positivo para o comportamento da criança, o que se verifica geralmente é que o nível de ansiedade dos pais pode

interferir negativamente. Nesta perspectiva, é importante que o Médico Dentista faça uma avaliação do nível de angústia parental de modo a conduzir o desenrolar da consulta sem sobressaltos e deve ainda conversar com os pais de modo a poder orientá-los e fornecer-lhes todas as instruções para ajudar a conquistar a confiança da criança, fazendo com que os pais participem mais activamente nas consultas.

Avaliação da dor

Um dos problemas mais desafiantes com que o Médico Dentista se confronta na prática clínica consiste na medição e avaliação da dor pediátrica. Apesar de ter à sua disposição todos os conhecimentos fisiológicos envolvidos no evento doloroso, o Médico Dentista tem de considerar todas as informações provenientes da criança e familiares para estabelecer a natureza e a gravidade do fenómeno algíco.

A dor, além de ser uma experiência subjectiva única, acarreta um componente de comunicação que, no caso das crianças, nem sempre é correctamente interpretado pelos adultos, o que leva a uma subvalorização e a um subtratamento da dor infantil^{5,6,11,26}. Existe actualmente uma panóplia de técnicas e instrumentos de avaliação da dor pediátrica que vêm auxiliar na interpretação adequada dos sinais dolorosos. No entanto, não existe nenhum estudo que estabeleça uma única técnica para todas as situações^{5,6,16,27}. Cada situação deve então ser avaliada não só de acordo com a natureza intrínseca do fenómeno algíco mas também com a idade da criança, a sua maturidade e a sua habilidade de comunicação^{5,16,27}.

Relatório Verbal/Comportamental^{5,6,8,11,22,24,27,28} – consiste na avaliação do discurso da criança; atendendo às limitações muitas vezes existentes, não só nas crianças mais pequenas, que apresentam imaturidade cognitiva, mas também naquelas mais velhas em que o vocabulário é ainda muito idiossincrático e influenciado pelas suas experiências e vivências/cultura, é necessário recorrer a uma metódica avaliação do comportamento, sinais geralmente mais objectivos do que os auto-referidos verbais, constatando-se todo o tipo de alterações comportamentais que são indicativos de dor (choro, irritabilidade, rigidez muscular, procura de conforto parental, entre outros).

Análise das Expressões Faciais^{5,6,11,29,30} – a face humana constitui um dos eixos fundamentais uma vez que a mímica facial das emoções é inata, própria de cada indivíduo e baseada em padrões que não dependem de experiências culturais, da vontade pessoal ou do hábito³⁰. É importante que o Odontopediatra saiba reconhecer os “sinais faciais rápidos” nomeadamente, as alterações no movimentos e tónus muscular, a temperatura e coloração da pele, a dilatação das pupilas, a posição da cabeça, a direcção do olhar e o encerramento dos olhos, rugas na testa, compressão dos lábios, rigidez facial, a posição da comissura labial voltada para baixo, entre outros, e que nos podem fornecer informações importantes sobre a existência de dor^{29,31,32}.

Escalas de Dor^{5,6,11,24,27,28,32} – estes questionários visam a obtenção de dados detalhados sobre a percepção das crianças em relação às situações dolorosas assim como a verificação da intensidade dos sintomas. São diversas as escalas disponíveis:

1. Questionário de Dor Pediátrica^{5,6} (proposto por Varni, Thompson e Hanson) –questionário completo para avaliação das características sensoriais, afectivas e avaliáveis da dor através de uma avaliação cruzada entre pais e crianças. É apresentado à criança uma linha horizontal de 10cm sem qualquer referência de números, apenas símbolos adequados à idade (ex: caras alegres, neutras, tristes) em que esta tem de indicar o ponto em que se situa a dor sentida; no caso dos pais é apresentado um análogo visual numerada ou descritiva, para estes assinalarem uma estimativa da dor sentida pelos filhos. Utiliza-se também um esquema do contorno do corpo em que a criança assinala, segundo um determinado padrão de cores, o local e a intensidade da dor. Finalmente, alia-se uma relação de termos que caracterizam a dor.
2. Escala qualitativa de Beales^{6,8,12,27,28} – apresenta 11 itens que correspondem a sensações relacionadas com os fenómenos algícos (dor associada a um beliscão, a uma queimadura, a uma pancada, etc).
3. Escala de faces de Wong-Baker^{6,8,27} – é uma técnica simples, fácil de aplicar e bem aceite pelas crianças e baseia-se na verificação da intensidade dos sintomas (figura 1). A partir desta escala, algumas alterações foram feitas de modo a cativar ainda mais as crianças; por exemplo, no Brasil, devido ao sucesso das histórias de banda desenhada da Mónica e do Cebolinha, alguns autores adaptaram a escala com as imagens destas personagens (Figura 2).

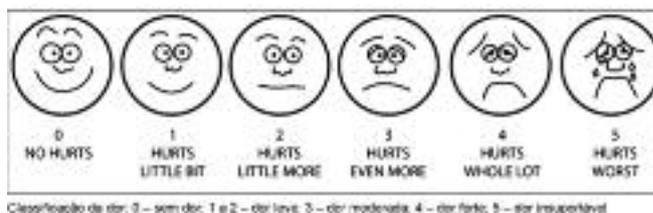


Figura 1 – Escala de faces de Wong-Baker⁶. Escala visual analógica para avaliação da dor na criança.

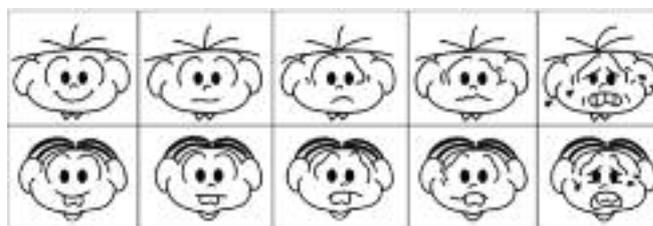


Figura 2 – Adaptação da Escala de faces (de avaliação da dor) de Wong-Baker⁶

Abordagem e controlo da dor pediátrica

O reconhecido subtratamento da dor com especial incidência em idades pediátricas tem como principal denominador comum a falta de sensibilização e formação dos profissionais de saúde no que concerne à multidimensão dos fenómenos algícos. Daí que urge a necessidade de uma correcta educação dos profissionais de saúde, de modo a poderem ajudar a controlar e minimizar a dor no paciente infantil.

Na última década, os avanços farmacológicos têm sido muito importantes na terapêutica pediátrica, acompanhando as mudanças de conhecimentos e atitudes sobre dor infantil e as suas consequências, e permitindo um tratamento mais seguro e adaptado a todas as idades^{5,6,11,12,31}. Actualmente, várias técnicas são usadas e que passam pelo uso de analgesia, anestesia tópica, anestesia local, sedação consciente e em casos mais severos, anestesia geral.

Não obstante, sendo a dor um fenómeno multifactorial, parece-nos que o seu controlo não pode ser encarado meramente como uma tarefa farmacológica. Além do conceito de modulação da dor, existe uma variedade de atitudes educacionais e de estratégias de intervenção psicológica que podem ter um efeito sinérgico com as terapêuticas medicamentosas e, desse modo, contribuir para o controlo da dor^{5,6,11,12,18-21,25}. Assim, no âmbito da psicologia, existem estratégias e técnicas que podem auxiliar o Médico Dentista na sua relação com as crianças. Aliado à necessidade de um ambiente calmo, é importante a utilização de técnicas de distração^{5,6,11}, que visam proporcionar à criança uma visão atractiva de todos os procedimentos de modo a minimizar o medo/ansiedade pré-existente. O objectivo é então a transposição da consulta de odontopediatria para um mundo de fantasia, adequada à idade de cada criança. Sabe-se que um dos principais motivos de dor e receio nas consultas de medicina dentária centra-se no acto da anestesia; porém, existem técnicas de distração, nomeadamente através de histórias, músicas, contar até 10, entre outras, que podem induzir a criança numa história diferente da tradicional picada de agulha^{5,6,11,12,18-21,25}.

Conclusão

Durante muitos anos, os mecanismos relacionados com a dor permaneceram obscuros sendo que a questão da dor no paciente pediátrico constitui ainda um verdadeiro desafio para o Médico Dentista. No entanto, com os mais recentes avanços e o significativo crescimento no campo de estudo da dor pediátrica, os resultados parecem promissores.

Actualmente, fruto de estudos e investigações, conseguimos já esclarecer diversos parâmetros relacionados com os fenómenos álgicos; não obstante existe ainda um vasto caminho a percorrer tendo em conta a abrangência desta questão.

A interpretação que as crianças dão aos fenómenos álgicos e a forma como os manifestam diferem do paciente adulto, tanto em qualidade como em intensidade, advindo daí a importância de um estudo direccionado a esta população, não esquecendo que abrange diferentes faixas etárias, cada uma com as suas características próprias no que diz respeito quer ao seu desenvolvimento neuropsíquico quer à percepção multidimensional da dor.

Comprovou-se então que o conhecimento dos componentes psicológicos da dor veio permitir a ampliação dos procedimentos de controlo da dor nos pacientes pediátricos, dos quais se destacam, as estratégias de distração. No entanto, estas estratégias só serão eficazes quando englobadas num contexto em que a criança reconhece o Médico Dentista como um amigo.

É o estudo e a vivência da psicologia, associada aos conhecimentos médicos, que nos poderá orientar a conduzir a criança sob os nossos cuidados, cada uma na sua individualidade, para que no final do percurso tenhamos uma criança segura e confiante. Pressupõe-se então o envolvimento de equipas multidisciplinares, aliando a Psicologia com a Medicina e a Medicina Dentária, com vista a um melhor atendimento do paciente pediátrico.

Referências

1. IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*, 1979;6:249-52.
2. Dworking SF, Massoth DL. New understanding of behavioral and psychosocial aspects of chronic orofacial pain. *Dentistry today* 1993;38:40-5.
3. Anand R, Carr D. The neuroanatomy, neurophysiology and neurochemistry of pain, stress and analgesia in newborns and children. *Pediatr Clin N Am* 1989;36:795-822.
4. Mcgrath PA, Hillier LM. The enigma of pain in children: an overview. *Pediatrician* 1989;16:6-15.
5. Versloot J, Craig KD. The communication of pain in Paediatric Dentistry. *Eur Arch Paediatric Dent*, 2009;10:61-6.
6. Barros L. *Psicologia Pediátrica - perspectiva desenvolvimentista*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores; 2003.
7. Price DD, Riley JL III, Wade JB. Psychological approaches to measurement of the dimensions and stages of pain. In: Turk DC, Melzack R, editors. *Handbook of pain assesement*. Londres: Guilford Press; 2001:53-75.
8. Silva YP, Silva JF, Costa LP, Medeiros MF, Mota JAC. Pain assessment in children. *Rev Med Minas Gerais* 2004;14(3):92-6.
9. Moraes AB, Sanchez KA, Possobon RF, Júnior AL. Psicologia e Odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 2004;17(1):75-82.
10. Klatchoian DA. *O desenvolvimento neuropsicológico da criança*. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. 2ª Edição. São Paulo: Santos Livraria editora; 2002:59-76.
11. Klatchoian DA. A dor. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. 2ª Edição. São Paulo: Santos Livraria editora; 2002:77-103.
12. Coniam SW, Diamond AW. *Controlo da dor*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores; 2001.
13. Abreu CR, Vasconcellos AM. Relaxamento. In: Lilian Seger, editors. *Psicologia e Odontologia*. 3ª edição. São Paulo: Santos Livraria editora; 1998:299-327.
14. UNICEF – *Innocenti global seminar early child development. Summary report*, Florence, 1990.
15. Varni J. Pediatric Pain: a decade behavioural perspective. *Behav Ther*, 1995;18:75-70.
16. Holmes RD, Girdler NM. A study to assess the validity of clinical judgement in determining paediatric dental anxiety and related outcomes of management. *Int J Paediatr Dent*, 2005;15:169-76.
17. Colares V, Rosenblatt A. *Clínica odontopediátrica: uma abordagem psicológica*. 1ª edição, UPE; 1989.
18. Tsao JC, Myers C, Craske MG, Bursch B, Kim SC, Zeltzer LK. Role of Anticipatory Anxiety and anxiety Sensitive in children's and adolescents' laboratory pain responses. *J Pediatr Psychol* 2004;29(5):379-88.
19. Pickrell JE, Heima M, Weinstein P, Coolidge T, Coldwell SE, Skaret E, Castillo J, Milgrom P. Usind memory restructuring strategy to enhance dental behavior. *Int J Paediatr Dent*, 007;17:439-48.

20. Vassend O. Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behav Res Ther*, 1993;31:659-66.
21. 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.
22. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset on dental anxiety. *J Dent Res*, 1999;78:790-796.
23. Rachman S. The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. *Behav Res Ther*, 1977;15:375-387.
24. Versloot J, Veerkamp JSJ, Hoogstraten J. Childrens self-report pain at the dentist. *Pain* 2008;137:389-94.
25. Davey GCL. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther* 1989;27:51-8.
26. Dijk MV, Valkenburg A, Boerlage AA, Tibboel D, Veerkamp JS. Children with intellectual disabilities and pain perception: a review and suggestions for future protocols. *Eur Arch Paed Dent*, 2009.10:57-60.
27. Matthews JR, McGrath PA, Pigeon H. Assessment and measurement of pain in children. In: Schechter NL, Berde CB, Yaster M, eds. *Pain in Infants, Children and Adolescents*. Baltimore, Pa: Williams and Wilkins ; 1993:97-111.
28. McGrath P. An assessment of children's pain: a review of behavioural, psychological and direct scaling techniques. *Pain*, 1987. 31:147-176.
29. Silva AA. Expressões Faciais de Emoções. In: Lilian Seger, editors. *Psicologia e Odontologia*. 3ª edição. São Paulo: Santos Livraria editora; 1998:331-341.
30. Balda RCX. Adultos são capazes de reconhecer a expressão facial de dor no recém-nascido a termo? Tese de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1999.
31. Troster, EJ. Sedação e miorrelaxantes. In: Stape A, Troster EJ, Kimura HM, Gilio AE, Bousso A, Britto JLBC. *Manual de normas: terapia intensiva pediátrica*. São Paulo: Sarvier; 1998:46-53.
32. McCaffery M. Choosing a faces pain scale. *Nursing*, 2002;32:68.