



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA

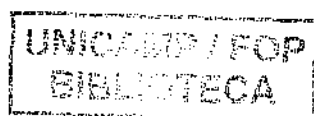


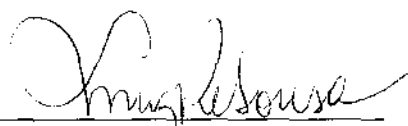
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
Monografia de Final de Curso

Aluna: Daniela Folha Ramalho

Orientadora: Maria da Luz Rosário de Sousa

Ano de Conclusão do Curso
2009




Assinatura da Orientadora.

12/04/09

Daniela Folha Ramalho

**AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO DO
PONTO DE VISTA DO PACIENTE INFANTIL UTILIZANDO ESCALA
VISUAL ANALÓGICA DE FACE SIMPLIFICADA MODIFICADA.**

Monografia apresentada ao
curso de Odontologia da
Faculdade de Odontologia de
Piracicaba – UNICAMP, para
obtenção do diploma de
Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Prof^a. Maria da Luz Rosário de Sousa

**Piracicaba
2009**

Unidade - FOP/UNICAMP
TCC/UNICAMP
R 141a Ed.
Vol. Ex.
Tombo 5000
C ☐ D ☒
Proc. 16P-134/10
Preço R\$ 11,00
Data 13/08/10
Registro 771948

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

Bibliotecária: Marilene Girello – CRB-8ª. / 6159

R141a Ramalho, Daniela Folha.
Avaliação do tratamento restaurador atraumático do ponto de vista do paciente infantil utilizando escala visual analógica de face simplificada modificada. / Daniela Folha Ramalho. -- Piracicaba, SP: [s.n.], 2009.
19f.

Orientador: Maria da Luz Rosário de Sousa.
Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Odontopediatria. I. Sousa, Maria da Luz Rosário de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

(mg/fop)



1290005006

TCC/UNICAMP
R141a
FOP

À minha família, que em todos esses anos me incentivaram a realizar este sonho de me tornar dentista, e comigo sempre estiveram para superar os obstáculos... mesmo longe sempre presentes.

Agradecimentos

Agradeço aqui todos que fizeram a realização deste trabalho possível.

À Deus, por mais essa conquista em minha vida.

À minha orientadora Prof^a. Maria da Luz Rosário de Sousa, pela dedicação e orientação.

À pós-graduanda Cristina Giblini, por que com certeza sem ela esse trabalho não seria nem metade, muito obrigada.

Aos meus pais, que com esforço me proporcionaram tudo necessário para realização de meus sonhos, pelo afeto, pela compreensão, pelo incentivo e pelas broncas me lembrando que fui para Piracicaba estudar!

Aos meus irmãos Diogo e Denise, meus portos-seguro, que em mim sempre acreditaram, me dando coragem e ânimo quando esses me faltavam.

A minhas tias, tios, primas e primos, que sempre presentes não me fizeram sentir tão longe, pela alegria de a cada fim de semana que voltava para casa encontrá-los.

A todas as meninas que moraram comigo, direta ou indiretamente, por pouco ou muito tempo, Paloma, K-cond, Re Ronchi, Eliane, Carla, Irene, que me agüentaram em momentos de alegrias, bobagens, tristeza e TPM.

Aos amigos de faculdade, que me suportaram por mais um ano, Buza, Babi, Náthali, Ju Paíola, Ju Giraldi, Japa, Pdreru, Geraldino, Kdú, Indy e Igor.

As amigas de São Paulo, Luciene, Vilão, Laura, Lena e Noguty, que nunca me deixaram desistir e sempre pacientes escutaram minhas histórias do interior.

Aos meninos da república Xapadão, por me acolher em tardes à toa, pelos almoços, por servirem de paciente e quando precisava de um computador.

Aos meninos da república Vak-tôa, pela diversão, por me suportarem, inclusive quando tentavam estudar, e por que só lá eu consegui encontrar um parceiro à altura.

Aos meninos da república Gato-Preto sem dúvidas pela amizade, em especial do Suflér, companheiro pra tudo.

Aos meninos da república Kangaço, que vizinhos melhores não poderiam existir, pelo computador, churrascos, e por suportarem a K-cond!

Muito obrigada a todos, sem vocês esta minha caminhada não seria tão maravilhosa quanto foi.

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	01
LISTA DE ABREVIATURAS.....	02
RESUMO	03
INTRODUÇÃO	04
METODOLOGIA	07
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO	13
CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS	18

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

- Figura 01** - Escala visual analógica de face.....09
- Figura 02** - Escala visual analógica de face simplificada modificada.....09
- Figura 03** - Procedimento de ART.....10

Gráficos

- Gráfico 01** - Percepção do tratamento restaurador atraumático pelo total das crianças de 5 a 11 anos. Piracicaba, 2009.....11

Tabelas

- Tabela 01** - Distribuição das crianças segundo idade e percepção do tratamento restaurador atraumático. Piracicaba, 2009.....12
- Tabela 02** - Análise da percepção das crianças segundo faixa etária. Piracicaba, 2009.....12

LISTA DE ABREVIATURAS

- ART** Tratamento Restaurador Atraumático, do inglês Atraumatic Restorative Treatment;
- CIV** Cimento(s) de ionômero de vidro;
- EVAF** Escala Visual Analógica de Face;
- EVAFSM** Escala Visual Analógica de Face Simplificada Modificada;
- LEC** Levantamento Epidemiológico de Cárie;
- Et al.** E outros (abreviatura do latim “et ali”)

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a percepção do paciente infantil frente ao tratamento restaurador atraumático (ART), por meio de uma escala visual analógica de face simplificada modificada (EVAFSM). Esta escala foi simplificada com o intuito de facilitar o entendimento e interpretação das crianças frente ao procedimento odontológico, tendo em vista a pouca idade apresentada pela maioria. Assim, 174 crianças com idade entre 5 e 12 anos, com indicação para o ART, foram tratadas e orientadas pelo dentista sobre a utilização da EVAFSM, logo após o término do procedimento. Devido às diferenças de desenvolvimento cognitivo apresentado pelas diferentes idades, as crianças foram classificadas em dois grupos. *Grupo1*: crianças de 5-7 anos: 55% (n=95) e *Grupo2*: crianças de 8-11 anos 45% (n=79). A escolha pelas crianças da figura representativa de "satisfeito" (85%) na EVAFSM foi predominante sobre as figuras representativas de "surpreso" (12%) e "preocupado" (3%). Segundo análise estatística Qui-quadrado, não houve diferença estatisticamente significativa de percepção do tratamento restaurador atraumático entre crianças nas diferentes faixas etárias ($p=0,055$), com $OR=0,38$ ($0,12 < OR < 1,14$), sendo a classificação positiva a predominante. Os dados sugerem que o ART foi um tratamento amplamente aceito pelas crianças deste estudo que relataram satisfação com esta experiência.

Palavras-chave: ART, percepção infantil, escala modificada.

Introdução

Durante a última década, novas abordagens para o tratamento da cárie vêm sendo desenvolvidas no intuito de otimizar o atendimento odontológico. Dentre estas abordagens está o Tratamento Restaurador Atraumático (ART)¹⁰. Um ponto importante a ser considerado neste novo tipo de abordagem é a percepção do tratamento por quem receberá a nova técnica.

As restaurações atraumáticas foram definidas por Frencken (1994) como sendo restaurações realizadas sem a utilização de instrumentos rotatórios e sem anestesia. Assim, a camada de dentina irreversivelmente afetada e altamente contaminada por microorganismos cariogênicos, já necrosada e insensível, é removida apenas com uso de instrumentos manuais (curetas), enquanto são preservadas as camadas mais profundas e passíveis de remineralização. Esta última camada é mantida sob o material restaurador, o cimento de ionômero de vidro.¹²

As propriedades adesivas do cimento de ionômero de vidro (CIV) contribuem para o efetivo selamento da cavidade permitindo também o selamento preventivo dos sulcos associados à lesão simultaneamente ao procedimento restaurador. Desta forma, o tecido cariado é removido sem que haja necessidade de desgaste do tecido sadio. Além disso, o CIV atua como importante auxiliar na remineralização da dentina afetada remanescente e no controle da recidiva de cárie devido à sua natureza anticariogênica.¹² A biocompatibilidade do CIV evita novas injúrias ao dente tratado, dispensando o uso de quaisquer materiais de proteção.

Devido à simplicidade da técnica, o ART pode ser realizado em diversos ambientes além do consultório odontológico, inclusive em ambiente escolar. O fato de ser um ambiente conhecido pelos estudantes pode ser um fator determinante para interferir quanto ao nível de ansiedade da criança frente ao tratamento dentário. Desta forma, este tipo de tratamento tem sido considerado amigo da criança¹⁰.

Segundo ROSSATO (1999), a criança possui uma forma bastante peculiar de perceber uma experiência nova, o que varia principalmente, com a idade e com a etapa do desenvolvimento psicológico e motor em que a criança se encontra.

Neste contexto, vale ressaltar que a criança é um ser em constante evolução, que recebe influências do meio, capta vivências e experiências para formação de sua personalidade e conseqüente definições de seus comportamentos. No que se refere ao comportamento frente ao tratamento odontológico estas influências e experiências são bastante significantes¹.

No entanto, conseguir as informações sobre o que a criança pensa e sente sem distorções ou induções torna-se complexo, pois na maioria das vezes, a criança ainda não possui habilidades para descrever suas sensações verbalmente e com isso, decifrar as manifestações psicológicas infantis bem como interpretá-las torna-se uma tarefa difícil para o profissional odontológico.

Jean Piaget (1896-1980) delineou o desenvolvimento cognitivo da criança como tendo lugar em quatro grandes etapas⁹. No presente estudo, a faixa etária das crianças corresponde aos estágios 2 (5-7 anos) e 3 (8-11 anos) de Jean Piaget.

- **Estágio 2:** quando a criança coloca uma ênfase exagerada sobre os aspectos visuais dos objetos, operações e reversibilidade. Assim, ela começa a usar símbolos para representar objetos, lugares e pessoas de acordo com a sua visão de mundo.
- **Estágio 3:** neste estágio as crianças já pensam logicamente sobre objetos e acontecimentos. São capazes de classificar objetos de acordo com vários recursos e organizá-los em grupos de mesma dimensão.

Assim, podemos observar que crianças de 5 a 7 anos encontram-se em uma fase onde se pode perceber uma difícil capacidade de abstração, simbolização e quantificação, sendo necessário o auxílio de instrumentos que facilitem a observação e avaliação por parte da criança. A partir dos 8 anos as crianças já são capazes de detalhar melhor suas experiências e necessidades de conforto e alívio². Diante disso, HESTER (1979), ABU-SAAD (1984) E McGRATH; CRAIG (1989) relatam que, mesmo durante este processo de aprendizagem as crianças são capazes de indicar como se sentem em determinadas situações caso o adulto lhes proporcione instrumentos adequados como, por exemplo, escala, diagramas ou desenhos.¹

Assim, a proposta deste trabalho foi a avaliar a percepção do paciente infantil frente ao procedimento do tratamento restaurador atraumático, utilizando para este fim uma escala visual analógica de face simplificada visando facilitar a interpretação do relato das crianças.

Metodologia

A pesquisa foi realizada no município de Piracicaba, localizado a 160Km de São Paulo, na região sudoeste do estado e possui cerca de 370 mil habitantes. A amostra foi obtida por meio do Levantamento Epidemiológico de Carie (LEC) realizado no início de 2009 em 6 escolas do município de Piracicaba que participam de um programa educativo-preventivo de saúde bucal desenvolvido pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP. Das 2294 crianças examinadas, foram incluídas no presente estudo aquelas que apresentaram indicação para o tratamento de ART, isto é, aquelas que apresentassem dentes decíduos com lesão de cárie que já atingiram dentina, acessível com instrumentos manuais, o que totalizou 353 crianças. Dentes com sintomatologia dolorosa e evidente envolvimento pulpar não foram incluídos no estudo. Nestes casos, as crianças foram encaminhadas para atendimento odontológico especializado pela Prefeitura Municipal de Piracicaba.

Foram excluídos do estudo as crianças que não apresentaram a autorização para a realização do atendimento odontológico; estavam ausentes durante o período de tratamento e/ou apresentaram risco de exposição pulpar durante a realização do procedimento. Assim, foi obtida uma amostra de 174 crianças que receberam tratamento por meio da técnica Restauradora Atraumática (ART), de ambos os sexos, com idade entre 5 e 11 anos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP (parecer n.º 106/2009).

Por ser o Tratamento Restaurador Atraumático uma técnica de mínima intervenção onde apenas parte do tecido cariado é removido com a utilização de instrumentos manuais, a técnica tem sido considerada amiga da criança¹⁰.

Assim, neste tipo de abordagem a percepção da criança constitui parte essencial do tratamento tendo em vista as facilidades oferecidas pela técnica e abrangência que a mesma proporciona para o atendimento aos escolares nesta faixa etária.

Dentre os diversos instrumentos apresentados na literatura, utilizados para a melhor compreensão das sensações da criança, a Escala Visual Analógica de Fase (EVAF) (Whaley e Wong – 1987), consiste em figuras representativas de faces que expressam sete diferentes sensações. Abaixo de cada figura há a descrição de cada uma das sensações apresentadas, são elas: preocupado, satisfeito, surpreso, cansado, com dúvidas, quero mais, e indiferente.

No entanto, além de conhecer a escala, é fundamental que o profissional de saúde assegure que o paciente compreenda corretamente, o significado e utilização da escala utilizada. Tendo em vista que a grande quantidade de opções confunde crianças, principalmente na faixa de 5 a 7 anos, deixando-a por vezes indecisa, foi opção dos pesquisadores realizar a simplificação desta escala analógica. Esta simplificação teve como objetivo facilitar a observação e a escolha da criança pela figura que melhor represente sua sensação após o tratamento.

As sete figuras originais (figura 1) foram condensadas em três, consideradas as figuras-chave dentre elas. Desta forma, a Escala Analógica

Visual de Face Simplificada Modificada (EAVFSM) apresenta representações gráficas relativas às sensações de: preocupado, satisfeito e surpreso (figura 2).

Após o término do procedimento (ART- figura 3), a criança foi apresentada à EAVFSM. Assim, a pesquisadora pedia para que a criança indicasse, dentre as representações, qual melhor representaria sua sensação naquele momento, imediatamente após o tratamento.



figura 1 – escala visual analógica de face.



figura 2 – escala visual analógica de face simplificada modificada.

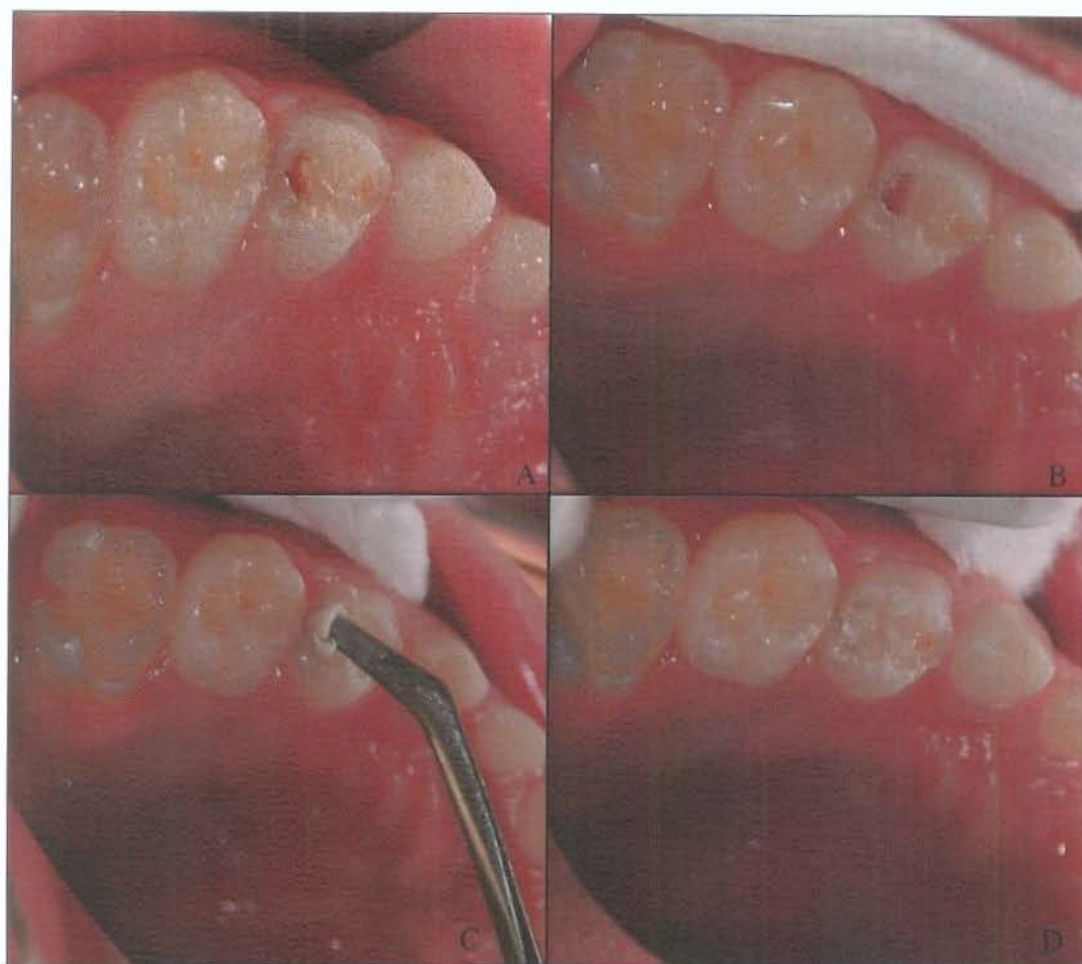


figura 3 – Procedimento do ART. (A) cavidade antes do procedimento do ART; (B) dente com cárie parcialmente removida, permanecendo camada de dentina mais profunda, passível de remineralização; (C) inserção do material restaurador (CIV); e (D) aspecto final do procedimento de ART. Piracicaba, 2009.

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do Microsoft Excel e analisados usando o software SPSS para Windows. Para análise, as idades foram classificadas em dois grupos de 5 a 7 anos e de 8 a 11 anos e as respostas dicotomizadas para percepção *positiva*, quando indicado pela criança a figura correspondente ao “satisfeito” e *negativa*, quando indicado as figuras de “surpreso” e “preocupado”. Diferenças nos resultados entre as idades e percepções foram testados utilizando-se o teste Qui-Quadrado, adotando-se como nível de significância 5%.

Resultados

A amostra final foi de 142 estudantes, os quais responderam ao questionamento e utilizaram a escala de faces, sem qualquer tipo de confusão ou questionamento.

Das 174 crianças que receberam a restauração, houve uma perda de 18% (n=32) para os resultados apresentados. Esta perda deveu-se a ausência de resposta ao questionário.

Os participantes foram então categorizados segundo gênero e idade: (1) crianças de 5-7 anos: 55% (n= 95), sendo 54% (n= 51) meninos e 46% (n= 44) meninas; (n= 2) crianças de 8-11 anos 45% (n= 79), sendo 53% (n= 42) meninos e 47% (n= 37) meninas.

A escolha da figura de satisfeito na EVAFSM foi predominante sobre as figuras de surpreso e preocupado. O gráfico 1 apresenta os resultados para a total de crianças participantes.

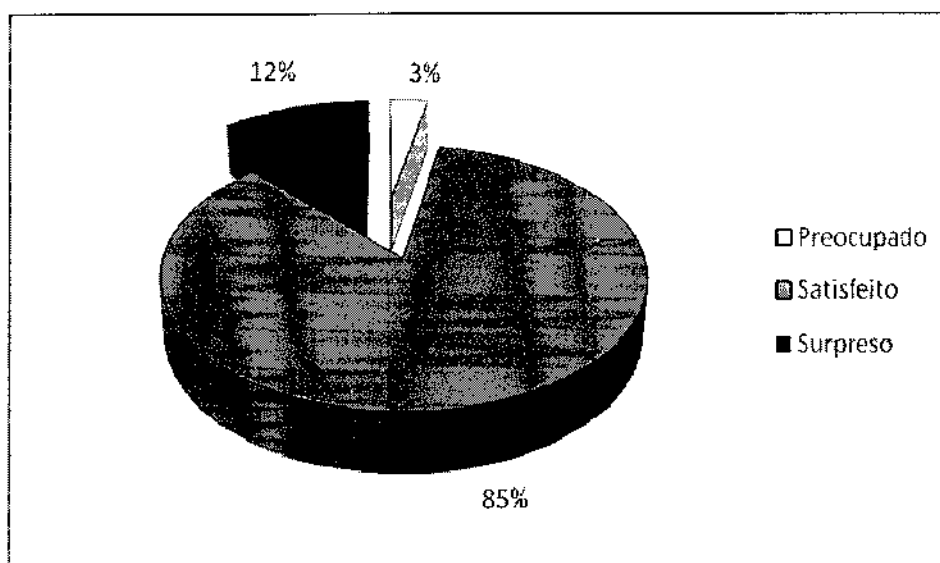


Gráfico 1: percepção do tratamento restaurador atraumático pelo total de crianças de 5 a 11 anos. Piracicaba, 2009.

A tabela 1 representa a frequência de cada resposta nas diferentes idades, bem como o total de crianças participantes em cada idade.

Tabela 1 – distribuição das crianças segundo idade e percepção do tratamento restaurador atraumático. Piracicaba, 2009.

Idade	Preocupado		Satisfeito		Surpreso		Total	% total
	n	%	n	%	n	%		
05 anos	01	25%	03	75%	-	-	04	03%
06 anos	01	02%	34	81%	07	17%	42	30%
07 anos	02	07%	22	79%	04	14%	28	20%
08 anos	-	-	34	89%	04	11%	38	27%
09 anos	-	-	22	100%	-	-	22	15%
10 anos	-	-	04	67%	02	33%	06	04%
11 anos	-	-	02	100%	-	-	02	01%
Total	04	03%	121	85%	17	12%	142	100%

Dentre as categorias apresentadas na escala visual foram classificadas como *Positiva* a categoria “satisfeito” e como *Negativas* as categorias de “surpreso” e “preocupado”. Sua escolha segunda a faixa etária pode ser conferida na tabela 2.

Tabela 2 – Análise da percepção das crianças segundo faixa etária. Piracicaba, 2009.

	Positivas		Negativas		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
5 – 7 anos	59	49%	15	71%	74	52%
8 – 11 anos	62	51%	06	29%	68	48%
TOTAL	121	100%	21	100%	142	100%

Segundo análise estatística utilizando o teste de Qui-quadrado = 3,68, não houve diferença estatisticamente significativa de percepção do tratamento restaurador atraumático entre crianças nas diferentes faixas etárias ($p = 0,055$), com $OR = 0,38$ ($0,12 < OR < 1,14$).

Discussão

Os resultados deste estudo mostraram que a reação da maioria das crianças, em relação ao tratamento de ART foi positiva (85%), independente da idade. Dado este, que concorda com a literatura.

Segundo estudo de Baia *et al.*, no ano de 2000, realizado em crianças de ambos os sexos, com idade de 4 a 7 anos, que avaliava a técnica alternativa de tratamento para controle da cárie dentária (o ART) quanto ao grau de aceitação pelos pacientes, concluíram que a técnica obteve 98% de aceitação por parte das crianças, em função da ausência de anestesia, da simplicidade e da rapidez.¹⁴

De acordo com estudo realizado em 1994 por Frencken *et al.*, com crianças em aldeias na Tailândia, estas apresentavam-se contentes por terem recebido tratamento com essa técnica e mostraram pouco medo.¹⁵ Outro estudo de Frencken *et al.*, no ano de 1996, realizado em escolas secundárias do Zimbábue, a satisfação dos estudantes com o tratamento restaurador atraumático atingiu 95%.¹⁶

O uso das restaurações atraumáticas em odontopediatria, e em geriatria, tem chamado a atenção, pois são duas especialidades onde há em geral, maiores dificuldades para o cirurgião dentista utilizar a anestesia e a broca, principalmente em pacientes com pouca tolerância ao trabalho odontológico usual¹¹. A pouca tolerância apresentada pela criança pode ser em grande parte atribuída ao grau de desenvolvimento apresentado na idade em que a criança é submetida ao tratamento odontológico.

Deve-se sempre ter em vista o grau de maturidade e desenvolvimento da criança para compreensão do procedimento e aceitação das manobras propostas.

Vimos que a escolha da figura de reação negativa (preocupado) foi escolhida pelas crianças mais novas, que poderiam estar enfrentando aquela situação (consulta odontológica) pela primeira vez e pelo fato de estarem enfrentando o desconhecido, uma situação nova.

Assim, apesar do estudo não ter apresentado diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de faixa etária, em uma análise percentual pode-se observar que as crianças de menor faixa etária apresentam maior número de reações negativas. Isso nos levar a pensar que em um estudo com maior amostragem poderia apresentar diferenças estatisticamente significantes.

A avaliação da reação infantil através da escala analógica visual elimina a dificuldade que a criança possa apresentar em expressar-se verbalmente, e também a dificuldade existente por parte do profissional em interpretar as reações psicológicas infantis; uma vez que a própria criança relata sua sensação, no momento do tratamento, pela associação de figuras.

A adaptação da escala à capacidade cognitiva e psicomotora das crianças menores foi realizada para que os dados subjetivos referidos pudessem ser traduzidos da forma mais objetiva possível. Com menor número de escolhas, a criança tem a oportunidade de ser mais fiel à sua escolha, diminuindo a possibilidade de confusão/indecisão no momento da escolha, de acordo com a pequena faixa etária. Segundo Newton e Harisson (2005) na fase de 8 a 11 anos, a criança começa a ganhar a habilidade de pensar de maneira lógica e entender os conceitos que usa ao lidar com o ambiente ao seu redor⁹. Assim, encontra-se

com capacidade para compreender e utilizar a EVAF. No entanto a escala simplificada foi utilizada em todas as crianças para que houvesse padronização dos dados da pesquisa.

Assim, o conhecimento sobre o desenvolvimento cognitivo da criança e o processo de aprendizagem e compreensão sobre o mundo, pode ajudar o dentista na escolha das técnicas de condicionamento do comportamento e abordagens para o tratamento odontológico.⁹

Na realização da adaptação da EVAF, levou-se em consideração de não permanecer com a figura de cansado apesar de poder ser considerada, a primeira vista, uma figura principal. Isto porque ela poderia confundir a escolha da criança, tendo em vista que a criança poderia estar satisfeita com o tratamento, o que indicaria uma percepção positiva ao procedimento, porém cansada, pois o tratamento em si é cansativo, principalmente para a faixa de idade trabalhada, e em muitas foi realizado mais de uma restauração, isto a levaria a indicar a figura de cansada, o que seria observado como percepção negativa, entretanto não diretamente relacionado ao ART em especial, e sim como em qualquer outro tratamento.

Dor e sofrimento são poupados com a utilização da técnica atraumática, além da adequação da cavidade bucal que oportuniza uma diminuição da quantidade de bactérias cariogênicas através da eliminação das cavidades¹¹.

Além disso, a abordagem proposta pela técnica do tratamento restaurador atraumático inclui, além das restaurações realizadas, instruções de higiene oral e ações preventivas (Bresciani, 2006), o que permite um contato prévio do

profissional odontológico com a criança, o que poderá contribuir ainda mais para o controle do medo e da ansiedade frente ao tratamento.¹³

Assim, este tipo de aproximação passa a ser considerado parte integrante do tratamento odontológico, pois a percepção infantil e a forma como a criança expressa sua visão de mundo se dá de forma bastante distinta.

Conclusão

Concluí-se que o grau de preocupação/ansiedade frente ao ART foi baixo entre as crianças tratadas e não houve diferenças entre as respostas apresentadas pelos dois grupos de idade (5 a 7 e 8 a 12 anos). A simplificação da escala analógica visual foi bem sucedida tendo em vista a ausência de dúvidas durante sua utilização. No entanto, o conhecimento das experiências prévias da criança com o tratamento odontológico bem como o aumento da amostra estudada poderia proporcionar melhor entendimento dos fatores envolvidos na percepção da crianças frente ao ART, tendo em vista as facilidades oferecidas pela técnica e abrangência que a mesma proporciona para o atendimento aos escolares nesta faixa etária.

Referências Bibliografias

1. ROSSATO, L.M.; ANGELO, M. **Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 3, pág. 236-249, setembro 1999.
2. TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D. M. S. **A dor na criança com câncer: modelos de avaliação.** Revista Latino-Americana de enfermagem, Ribeirão Preto, vol. 6, nº 4, pág 49-55, outubro 1998.
3. PIRES, V. R.; TUBEL, M. D. M.; PINHEIRO, S. L.; BENGTON, A. L. **Análise da reação emocional do paciente odontopediátrico após anestesia parcial por meio de escala analógica visual.** Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada, vol. 5, nº 2, pág 127-131, agosto 2005.
4. RIGOTTI, M. A.; FERREIRA, A. M. **Intervenções de enfermagem ao paciente com dor.** Arq. Ciência e Saúde, vol. 12, nº 1, pág 50-54, março 2005.
5. CHAMBERS, C. T. et al. **A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: children's and parents' ratings.** Clinic Journal Pain 83, pág. 25-35, março 1999.
6. CHAMBERS, C. T.; CRAIG, K. D. **An intrusive impact of anchors in children's faces pain scales.** Clinic Journal Pain 78, pág. 27-37, maio 1998.
7. ANDRADE F.A., PEREIRA L.V., SOUZA F.A.E.F. **Mensuração da dor no idoso: uma revisão.** Revista Latino-Americana de enfermagem, Ribeirão-Preto, vol. 14, nº 2, pág 271-276, abril 2006.
8. TAMBELLINI, M.M.; GORAYEB, R. **Escalas de medo odontológico em crianças e adolescentes: uma revisão de literatura.** Paidéia, 13 (26), pág 157-161, agosto 2003.

9. NEWTON, J. T.; HARRISON, V. **The cognitive and social development of the child.** Paediatric Dentistry, 32, pág 33-38, fevereiro 2005.
10. TOPALOGLU, AK. A.; ÉDEN, E.; FRENCKEN, J.E. **Perceived dental anxiety among schoolchildren treated through three caries removal approaches.** J Appl Oral Sci. 2007 Jun;15(3):235-40.
11. SAMPAIO, M. S. et. al.; **Tratamento restaurador atraumático no Brasil - relato de experiências.** Medcenter, <http://www.odontologia.com.br/artigos.asp?id=291>; 11 de Maio de 2006.
12. FIGUEIREDO, C. H.; LIMA, F. A.; MOURA, K. S.; **Tratamento restaurador atraumatico; avaliação de sua viabilidade como estratégia de controle da cárie dentária na saúde pública.** RBPS; 17 (3): 109-118 Julho de 2004.
13. BRESCIANI, E. **Clinical trials with Atraumatic Restorative Treatment (ART) in deciduous and permanent teeth.** J Appl Oral Sci. 2006; 14: 14-9.
14. BAÍA K.L.R., SALGUEIRO M.C.C. **Promoção de saúde bucal através de um programa educativo-preventivo-curativo utilizando a Técnica Restauradora Atraumática (ART).** Rev. ABO Nac 2000 abr/mai; 8 (2):98-107.
15. FRENCKEN JE, SONGPAISAN Y, PHANTUMVANIT P, PILOT T. **Atraumaic restorative treatment (ART) technique: evaluation after one year.** Int Dent J 1994; 44:460-4.
16. FRENCKEN JE, Pilot T, SONGPAISAN Y, PHANTUMVANIT P. **Atraumatic restorative treatment (ART): rationale, technique and developement.** J Publ Health Dent 1996; 56 (3):135-40 [Special issue].