

# Técnicas auxiliares no manejo do medo e da ansiedade no atendimento odontopediátrico

Andrea Martins FRÖNER<sup>1</sup>  
Claudia Augusta Viana DUTRA<sup>1</sup>  
Mariane Porto RIGHI<sup>1</sup>  
Juliana Sarmiento BARATA<sup>2</sup>

**Palavras-chave:** Medo odontológico, ansiedade odontológica, comportamento infantil, controle de comportamento, consulta odontológica

## RESUMO

Objetivou-se realizar uma revista da literatura referente às técnicas de manejo comportamental em pacientes odontopediátricos, além de uma análise crítica a respeito do tema. Os sentimentos de medo e ansiedade diante da consulta odontológica estão comumente presentes, tanto em adultos como em crianças. Para minimizar essas sensações, existem técnicas de manejo comportamental, que podem ser utilizadas como auxiliares no decorrer do atendimento. Diante disso, é de extrema importância a descrição, de maneira clara e objetiva, das diferentes formas de abordagem existentes, dentre as quais se destacam a de falar-mostrar-fazer, modelação, controle da voz, reforço positivo, distração, comunicação não-verbal, entre outras. Conclui-se, a partir do conhecimento das referidas técnicas, que o sucesso no manejo do medo ou da ansiedade no paciente infantil vai ser obtido com o auxílio da correta aplicação dessas técnicas, aliadas à identificação das características individuais de cada paciente

Data de recebimento: 10-12-02  
Data de aceite: 11-04-03

<sup>1</sup>Especialistas em odontopediatria - UFRJS

<sup>2</sup>Professor do Curso de Especialização em Odontopediatria - UFRJS

## INTRODUÇÃO

O medo e a ansiedade, diante de uma consulta odontológica, são problemas reconhecidos na população em geral, acometendo tanto crianças, como adultos (GUEDES-PINTO et al., 1985; BERGE et al., 1999).

As palavras medo e ansiedade são muitas vezes usadas conjuntamente e sem distinção. Porém, há uma diferença entre esses sentimentos. O medo é concreto, tem fundamento real e pode-se expressar em palavras a que ele se refere; já a ansiedade, manifestada como um medo desconhecido, é difusa e não está relacionada com nenhuma ameaça específica (MEJÀRE et al., 1992). Para Badra (1987), o medo é uma maneira de defesa das ameaças da vida. Pode ser a percepção de uma ameaça externa, que, com o tempo, passa a ser interiorizada, transformando-se em ansiedade. Lorch (1992) afirma que o medo está por toda parte e sob todas as formas. Não é considerado patológico, desde que não chegue a paralisar ou impedir a ação quando necessária ou desejada.

A boca é, do ponto de vista psicossomático, o órgão mais importante do corpo humano. É por ela que o indivíduo faz seu primeiro contato com o mundo e explora o seu ambiente. Dessa forma, cabe ao cirurgião-dentista estar consciente de que, quando o paciente é submetido a uma intervenção odontológica, ocorre um outro tipo de relacionamento, no qual o profissional estará constantemente despertando fantasias e provocando reações emocionais (BADRA, 1987).

O medo pode ser classificado como objetivo e subjetivo. O ob-

jetivo é aquele relacionado com experiências vivenciadas pela criança, as quais provocaram sensações desagradáveis, dolorosas ou cansativas. Esse tipo de medo é subdividido em objetivo direto, quando for provocado durante o tratamento odontológico, e objetivo indireto, quando for oriundo de experiências ocorridas em ambientes semelhantes ao consultório odontológico. Já o medo subjetivo ocorre por sugestão, ou seja, por influência de experiências desagradáveis vividas por outros indivíduos, como pais, parentes ou amigos, no consultório odontológico ou em especialidades afins (GIGLIO; GUEDES-PINTO, 1991).

Weinstein e Domoto (1982) verificaram que o comportamento da criança na consulta odontológica está relacionado com a forma como o profissional se comunica com ela. Chambers (1970) sugeriu que a função do odontopediatra na educação de seu paciente, além do enfoque de manutenção da saúde oral, deveria também estar voltado a um monitoramento da ansiedade para cada situação.

Dentre uma série de recursos, as técnicas de manejo comportamental da criança podem ser utilizadas como uma forma de minimizar as sensações de medo e ansiedade normalmente associadas à consulta odontológica. Em vista disso, a proposta deste trabalho é, mediante uma revisão da literatura não exaustiva, descrever de maneira clara e objetiva as técnicas que constituem um dos recursos utilizados para o manejo do comportamento de uma criança no ambiente odontológico.

## REVISÃO DA LITERATURA

Na grande maioria das vezes, as crianças demonstram um certo grau de ansiedade no início do tratamento odontológico. Esse grau de ansiedade e tensão é proporcional às condições de pré-tratamento, por exemplo, experiências médicas ou odontológicas desagradáveis ou informações distorcidas a respeito do tratamento (CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999). Geralmente essa ansiedade é diminuída com palavras tranquilizadoras de carinho, um toque físico e gestos delicados durante o atendimento odontológico (GUEDES-PINTO et al., 1985).

Várias técnicas de manejo comportamental são utilizadas como auxiliares na eliminação ou redução do medo e da ansiedade no tratamento odontopediátrico. Podem ser utilizadas tanto para introdução do tratamento, quanto para o recondicionamento da criança amedrontada (MEJÀRE et al., 1992).

A seguir, será realizada a descrição das técnicas de manejo comportamental odontopediátrico mais citadas na literatura:

### Falar-mostrar-fazer

A técnica de falar-mostrar-fazer é especialmente utilizada durante a primeira visita odontológica, sendo reforçada nas consultas seguintes. Esse tipo de abordagem tem provocado eficácia na prevenção do desenvolvimento do medo odontológico, assim como na eliminação do medo no paciente previamente sensibilizado. A proposta básica é enfrentar o medo da criança relacionado com ambientes e pessoas novas e desconhecidas (MCTIGUE, 1984).

É uma técnica simples, em que o medo da criança é superado contando-se a ela sobre a nova situação, mostrando o que será feito (por meio de alguma simulação ou figura) e, após, executando, sempre repetindo o que foi dito, simultaneamente, para que a criança não tenha nenhuma surpresa (TOLEDO; ROCCA, 1996).

Esse recurso começa a ser aplicado logo que a criança chega ao consultório odontológico, com a apresentação do profissional, da auxiliar e com o funcionamento da cadeira antes que ela sente. A linguagem utilizada deve ser compatível com o grau de compreensão do paciente, sendo muito importante a escolha das palavras. O seu êxito consiste na utilização de um vocabulário substituto para seus aparatos, de acordo com o grau de desenvolvimento mental da criança. O processo deverá ser contínuo durante toda a consulta, distraindo o paciente e desviando a sua atenção daquilo que não esteja lhe agradando, com palavras tranquilizadoras de carinho. Essas atitudes são responsáveis pela diminuição da sua ansiedade e tensão. Amizade, empatia e esforços para fazer a visita o mais agradável possível colaboram com o sucesso da técnica. É necessária uma maior atenção às fases mais críticas do atendimento, como durante a profilaxia, anestesia e isolamento absoluto (GUEDES-PINTO et al., 1985; ROBERTS, 1995; PINKHAM, 1996; CORRÊA; MAIA, 1998).

### Modelação

A modelação é uma forma de aprendizado por imitação na qual o paciente aprende respostas pela observação de um modelo. O procedimento básico é mostrar à cri-

ança um ou mais indivíduos que tenham um comportamento apropriado durante a realização do atendimento (em situação real ou por meio de um filme). O paciente (o qual é o observador) frequentemente irá imitar o comportamento do modelo, quando colocado em situação similar, devendo a mãe estar de acordo (GUEDES-PINTO et al., 1985; MC DONALD et al., 1995; PINKHAM, 1996).

Geralmente é escolhida como modelo uma criança da mesma idade e sexo para que a sugestão ou modelo sirva para os propósitos aos quais se destinam. Realizam-se procedimentos não cruentos para que não se assuste a criança (GUEDES-PINTO et al., 1985; PINKHAM, 1996).

### Controle da voz

A alteração controlada do volume e tom da voz pode influenciar e direcionar o comportamento do paciente, recebendo o nome de técnica do controle da voz (AAPD, 1991). Tal recurso é muito eficaz para interceptar condutas inapropriadas (PINKHAM, 1996).

Essa técnica objetiva obter atenção do paciente, evitar comportamentos negativos e estabelecer a autoridade. O tom de voz é muito importante, pois deve passar a idéia da autoridade do profissional durante o atendimento. A expressão facial também deve refletir essa atitude de confiança, podendo-se empregar o "controle mediante a voz" somente diante de sua expressão facial (PINKHAM, 1996).

Essa técnica está indicada para a criança não cooperativa ou desatenta, mas capaz de comunicar-se. Durante o atendimento de um bebê, o tom de voz utiliza-

do deverá ser suave para transmitir tranquilidade. A partir dos três anos de idade, busca-se estabelecer limites em frente a um comportamento negativo, mediante uma alteração do volume de voz (CORRÊA; MAIA, 1998).

A técnica é contra-indicada para crianças que são incapazes de compreender devido à idade e/ou imaturidade emocional (WILSON, 1996).

### Reforço positivo

O reforço positivo é um método utilizado para recompensar o paciente por comportamentos desejáveis e, então, reforçar a recorrência desse padrão comportamental. Pode ser de natureza **social**, como uma expressão facial satisfeita, demonstração de afeto, elogios, aperto de mão; **material**, como uma recompensa pelo bom comportamento da criança; e de **atividade**, que é uma ocupação dada à criança durante a consulta, permitindo que participe do atendimento (por exemplo, fazendo com que segure algum instrumento ou até mesmo um espelho de mão) (CORRÊA; MAIA, 1998).

O uso de elogios que valorizam a criança ao longo do atendimento é indicado na medida em que é verificado que esse reforço auxiliará o desenvolvimento de um relacionamento e comportamento desejados. Deve ser salientado, entretanto, que o uso de palavras gratuitas, com exagero, é prejudicial, podendo até criar desconfiança (GUEDES-PINTO et al., 1985).

Juntamente à técnica de falar-mostrar e fazer, o elogio e a comunicação aplicados de forma eficaz constituem-se uma com-

binhação eficiente para o manejo das crianças maiores de três anos de idade (PINKHAM, 1996).

### **Distração**

A técnica de distração é empregada para “desviar” a atenção da criança dos procedimentos desagradáveis. Podem-se utilizar brinquedos ou ainda a conversa para distrair o paciente. Outro recurso seria contar histórias ou cantar uma música de que a criança goste (CORRÊA; MAIA, 1998).

A manutenção do diálogo com a criança durante a consulta faz com que ocorra uma transcendência emocional. Ou seja, ao se contar uma história de “faz-de-conta” (com linguagem compatível à sua idade) ou até mesmo real (podendo incluir nomes de amigos, irmãos e animais de estimação da criança), ao longo da consulta, será oferecida à criança a possibilidade de vivenciar e imaginar outro mundo, diferente daquele mundo odontológico. Conforme for a capacidade de flexibilidade da criança para misturar os dois mundos, o sofrimento torna-se menor. As pesquisas mostram que a distração pode ser útil em crianças mais jovens logo no início do tratamento (KLATCHOIAN, 2000).

### **Comunicação não-verbal**

A utilização de comunicação não-verbal (técnica do toque sutil) reforça e guia o comportamento por meio do contato, da postura e da expressão facial (GONÇALVES et al., 1993; CORRÊA; MAIA, 1998). Essa técnica objetiva aumentar a efetividade de outras técnicas de manejo comunicativas e obter ou manter a atenção e colaboração do paciente (WILSON, 1996).

O contato entre o profissional e o paciente é uma forma importante de criar um vínculo de ligação, transmitir confiança, segurança, autoridade e diminuir a tensão, obtendo tranqüilidade. É aceito e recomendável que o cirurgião-dentista segure as mãos da criança entre as suas, coloque a mão sobre a sua cabeça, afofando-a, ou faça um carinho no rosto. Mesmo quando introduz a criança no consultório, deve fazê-lo, conduzindo-a com as mãos sobre os ombros. Essas formas de contato são mais efetivas nos indivíduos menores e naqueles que estão temerosos e assustados. A aproximação física deve ser acompanhada por palavras tranqüilizadoras e de carinho (GUEDES-PINTO et al., 1985).

### **Outras formas de manejo**

Entre os sistemas de manejo do medo e ansiedade da criança, encontram-se os métodos para reduzir a ansiedade materna. Sabe-se que, conforme se diminui a ansiedade da mãe em relação à consulta odontológica da criança, o mesmo é obtido com seu filho (PINKHAM, 1996).

Há também, na literatura, adeptos das técnicas de hipnose (SHAW; NIVEN, 1996), relaxamento, musicoterapia, terapia de jogos, sedação e anestesia geral (PINKHAM, 1996).

A inalação de óxido nitroso e oxigênio através de uma máscara nasal objetiva a redução ou eliminação da ansiedade, redução dos movimentos e/ou reações involuntárias, auxílio no tratamento de crianças fisicamente, mentalmente ou sistemicamente comprometidas. Está indicada para pacientes medrosos, ansiosos ou rebeldes. Além disso, pode ser empregada em pacientes com

comprometimento físico, mental ou médico e quando o reflexo de vômito é hiperativo. Sua utilização está contra-indicada em pacientes com doenças pulmonares crônicas obstrutivas, que apresentam distúrbios emocionais severos, que fazem uso de drogas ou que tenham doenças pulmonares que induzam fibrose pulmonar (WILSON, 1996). Algumas crianças se excitam ao invés de relaxarem com essa inalação (PINKHAM, 1996).

Vários medicamentos podem ser utilizados para relaxar ou sedar uma criança: por via oral, injeção intramuscular, submucosa ou intravenosa ou por via retal. Porém, podem ocorrer efeitos secundários e/ou reações adversas vinculadas ao seu uso (PINKHAM, 1996).

Na literatura, encontra-se muitas vezes também a indicação da anestesia geral para procedimentos operatórios, quando a criança é extremamente não cooperativa, medrosa ou incapaz de comunicar-se e o tratamento odontológico não pode ser postergado. Está indicada, também, para pacientes com comprometimento físico, mental e sistêmico, quando a anestesia local é ineficiente, devido a infecções agudas e alérgicas (WILSON, 1996).

Dentre as técnicas de manejo, encontra-se a restrição física (imobilização do paciente) e a técnica de mão sobre a boca (LEVITAS, 1974), porém não são indicadas para o controle do medo e da ansiedade. A indicação dessas técnicas é direcionada a pacientes não colaboradores, que se expressam de forma histérica, birrenta e agressiva. Essas técnicas não buscam assustar a criança, mas sim ganhar sua aten-

ção para que a comunicação seja estabelecida e a cooperação obtida para o prosseguimento seguro da consulta (PINKHAM, 1996).

## DISCUSSÃO

Foi constatado, no estudo de análise realizado, que as causas de um comportamento indesejável de uma criança no ambiente odontológico são muitas: atraso no desenvolvimento, retardo mental, doenças agudas ou crônicas ou medos transmitidos pelos pais, pela mídia ou amigos (AAPD, 1991). A partir da literatura consultada, constata-se uma vasta quantidade de técnicas descritas para o controle do medo e da ansiedade no paciente infantil. Afirma-se que tais métodos de manejo comportamental permitem ao cirurgião-dentista abordar o paciente com o intuito de construir um relacionamento, acalmando os medos e ansiedades (AAPD, 1991).

Entretanto, apesar de tais técnicas serem tão bem descritas e exemplificadas, deve-se considerar a inexistência de um protocolo específico ou de uma norma rígida para controlar esses sentimentos na criança. Isso porque, além do conhecimento das técnicas, é de extrema importância o bom senso do profissional para aplicá-las, de acordo com as variações de cada caso. Deve-se lembrar que o comportamento da criança está mais relacionado com o seu desenvolvimento mental do que com a sua idade cronológica, conforme afirmaram Corrêa e Maia (1998) e Guedes-Pinto et al. (1985).

Dentre as técnicas de manejo comportamentais descritas na literatura, uma maior importância deve ser dada à técnica falar-mos-

trar-fazer. Diferente dos outros métodos comentados, a abordagem sugerida por essa técnica deve ser empregada em qualquer situação no atendimento odontológico, sendo complementada por outras manobras auxiliares, como o reforço positivo, a distração, etc.

Apesar de serem citadas como técnicas de manejo comportamental, o uso da sedação ou da anestesia geral para o atendimento odontopediátrico pode ser merecedor de uma maior discussão, principalmente como forma de controlar o medo e a ansiedade da criança. Acreditamos que, para esse tipo de abordagem, é de suma importância o estabelecimento de um vínculo entre o paciente e profissional, pois esse tipo de relacionamento só pode ser obtido mediante a comunicação, verbal ou não, e não com o paciente em uma situação de inconsciência. Por esse motivo, não concordamos com uma abordagem farmacológica do paciente como um meio de manejo do medo e da ansiedade, mas sim como um recurso emergencial para possibilitar o atendimento.

Freqüentemente, os problemas que ocorrem durante o atendimento dentário infantil são causados pelo profissional, o qual, sem muitos conhecimentos sobre comportamento, não é capaz de perceber os problemas da criança, manejando-a de forma inadequada (MAIA et al., 1996). Portanto, a segurança do profissional é outro fator decisivo para que seja obtido êxito durante o tratamento, com uma boa ligação com a criança e a condução do atendimento de forma satisfatória. O profissional seguro transmite tranquilidade à criança, a qual é

submetida mais facilmente ao atendimento. Sabe-se que essa segurança é resultante do conhecimento científico, teórico e da vivência clínica acumulada com os anos pelo profissional.

O estabelecimento de comunicação juntamente com uma demonstração de carinho é a "chave" para desenvolver uma perfeita harmonia com qualquer paciente (WILSON, 1996). A comunicação é a melhor maneira de controlar o comportamento da criança, visando a buscar uma afinidade mútua que poderá permitir o sucesso do atendimento. Os três componentes que fazem essa afinidade são: o diálogo, a expressão facial e o tom da voz (REYES, 1993). Pela comunicação estabelecida pelo profissional, consegue-se educar o paciente infantil a controlar sua ansiedade e desenvolver, assim, uma atitude positiva em relação ao tratamento odontológico atual e futuro (MAIA et al., 1996). Com relação a esses pontos discutidos na literatura consultada, é importante salientar que a comunicação deve ser uma característica inata do profissional que vai atender uma criança. A inexistência de tal qualidade vai dificultar (e algumas vezes até impedir) um bom andamento do tratamento.

Na criança, suas reações psicológicas seguem o ritmo de sua evolução física e podem sofrer influências do ambiente em que vive. Para conhecer a criança, é necessário entender o sincronismo evolutivo que existe entre o seu desenvolvimento somático e psíquico. A natureza dos medos ou ansiedades do paciente infantil pode ser modificada com a sua maturidade e sua capacidade cognitiva. Assim, a escolha dos métodos de manejo adequa-

dos será de acordo com o desenvolvimento psicológico da criança (TOLEDO; ROCCA, 1996; CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999).

É importante lembrar que há muitas formas de manifestação do medo e da ansiedade, devendo o cirurgião-dentista diferenciá-los de birra, manha e dor. A maioria dos profissionais considera o medo subjetivo mais difícil de ser trabalhado do que o medo objetivo, pois, no primeiro, não há dados concretos ou objetivos para explicar por que a criança tem medo (GIGLIO; GUEDES-PINTO, 1991). Entretanto, um profissional bem preparado deve ter consciência de que, independente da origem do medo identificado, sua abordagem deve ser realizada por meio das técnicas descritas, respeitando-se o ritmo individual de cada criança.

## CONCLUSÃO

Conforme a literatura analisada, pode-se afirmar que cabe ao profissional, de acordo com o perfil comportamental de seu paciente, selecionar e aplicar a técnica que melhor se adapte ao caso, adotando diferentes formas de comunicação e obtendo, desse modo, uma consulta tranqüila e segura, além do sucesso no manejo do paciente infantil.

## ABSTRACT

### AUXILIARY TECHNIQUES TO FEAR AND ANXIETY APPROACH DURING PEDIATRIC DENTISTRY APOINTMENT

It was aimed to conduct a literature review regarding the behavior management techniques

in pediatric patients. It also aims to perform an analysis about this subject. Fear and anxiety are usual feelings related to the dental experience, either in adults or children. To minimize or reduce its sensations, there are behavior management techniques, which could be helpful during the dental consultation. In face of it, it is very important to describe briefly and clearly these techniques, as resources used to control the child behavior inside dental office, like Tell-Show-Do, Modelation, Voice Control, Positive Reforce, Distraction, Non-Verbal Comunication and others. In front of the literature analysed it is concluded that a successful management of the fear and anxiety in pediatric dentistry will be obtained by means the right use of these techniques, combined to the identification of individual characteristics of each little patient.

**Key-words:** Dental fear, dental anxiety, child behavior, behavior management, dental consultation.

## REFERÊNCIAS

- 1 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY - *Guidelines for behavior management. Reference Manual, 1991-1992*. Disponível em: <<http://www.aapd.org>>. Acesso em: 10 abr. 2002.
- 2 BADRA, A. **Hipnose em odontologia e odontologia psicossomática**. São Paulo: Andrei, 1987.
- 3 BERGE, M. T. et al. Dentists' behavior in response to child dental fear. **J. Dent. Child.**, v. 66, n. 1, p. 36-40, 1999.
- 4 CHAMBERS, D. Managing the anxiety of young dental patients.

- J. Dent. Child.**, v. 37, n. 5, p. 363-373, 1970.
- 5 CHAPMAN, H. R.; KIRBY-TURNER, N. C. Dental fear in children: a proposal model. **Br. Dent. J.**, v. 187, n. 8, p. 408-412, 1999.
- 6 CORRÊA, M. S. N. P.; MAIA, M. E. S. Técnica de abordagem: crianças de 0 a 3 anos de idade. In: CORRÊA, M.S.N.P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p. 165-177.
- 7 GIGLIO, E.M.; GUEDES-PINTO, A. C. Princípios de psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 3.ed. São Paulo: Santos, 1991. p. 153-171.
- 8 GONÇALVES, S. R. M. et al. Medo em odontopediatria: por que e do que as crianças têm medo no tratamento odontológico. Técnicas de condicionamento através do toque sutil. **Rev. Paulista Odont.**, v. 15, n. 6, p. 35-40, 1993.
- 9 GUEDES-PINTO, A. C. et al. **Conduta clínica e psicológica em odontologia pediátrica**. São Paulo: Santos, 1985.
- 10 KLATCHOIAN, D. A. Manejo da criança na clínica odontológica. In: MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais**. São Paulo: Pancast, 2000. p. 199-214.
- 11 LEVITAS, T. C. Hand over mouth exercise. **J. Dent. Child.**, v. 41, n. 3, p. 178-182, 1974.
- 12 LORCH, D. **Uma análise psicológica do atendimento odontopediátrico**. 1992. 88 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.
- 13 MAIA, M. E. S. et al. Estratégias de conduta clínica e psicológica

- em odontopediatria. **Rev. Bras. Odont.** v. 53, n. 2, p. 2-6, 1996.
- 14 McDONALD, R. E.; AVERY, D. **R. Odontopediatria.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- 15 MCTIGUE, D. J. Behavior management of children. **Dent. Clin. North Am.**, v. 28, n. 1, p. 81-93, 1984.
- 16 MEJÀRE, I., et al. O paciente infantil no tratamento odontológico. In: KOCH, G.; MODEÉR, T., et al. **Odontopediatria: uma abordagem clínica.** São Paulo: Santos, 1992. p. 65-77.
- 17 PINKHAM, J. R. **Odontopediatria: da infância à adolescência.** 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p. 371-385.
- 18 REYES, R. E. Stress management in pediatric dentistry. **N. Y. State Dent. J.**, v. 59, n. 2, p. 22-23, 1993.
- 19 ROBERTS, J. F. How important are techniques? The empathic approach to working with children. **J. Dent. Child.**, v. 62, n. 1, p. 38-43, 1995.
- 20 SHAW, A. J.; NIVEN, N. Theoretical concepts and applications of hypnosis in the treatment of children and adolescents with dental fears and anxiety. **Brit. Dent. J.**, v. 180, n. 1, p. 11-16, 1996.
- 21 TOLEDO, O. A.; ROCCA, R. A. Manejo da criança na clínica odontológica. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica.** 2. ed., São Paulo: Premier, 1996. p. 65-78.
- 22 WEINSTEIN, O.; DOMOTO, P. Dentist's responses to fear and nonfear - related behaviors in children. **J. Am. Dent. Assoc.**, v. 104, n. 1, p. 38-40, 1982.
- 23 WILSON, S. Aspectos não farmacológicos na percepção e controle da dor. In: PINKHAM, J. **R. Odontopediatria: da infância à adolescência.** 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. p. 101-112.

Correspondência para / Reprint requests to:  
**Juliana Sarmento Barata**  
 Rua Casemiro de Abreu, 784/401 - Rio Branco - Porto Alegre - RS  
 Tel.:(0\*\*51) 33952058 / 33325988  
 E-mail:jbarata@cpovo.net

## REFERÊNCIAS

## CONCLUSÃO

Conforme a literatura analisada, pode-se afirmar que cabe ao profissional, de acordo com o perfil comportamental de seu paciente, selecionar e aplicar a técnica que melhor se adapte ao caso, adotando diferentes formas de comunicação e obtendo, desse modo, uma consulta tranquila e segura, além do sucesso no manejo do paciente infantil.

## ABSTRACT

AUXILIARY TECHNIQUES TO FEAR AND ANXIETY APPROACH DURING PEDIATRIC DENTISTRY APPOINTMENT

It was aimed to conduct a literature review regarding the behavior management techniques