

Manejo comportamental em odontopediatria em crianças de dois a oito anos: Revisão sistemática.

Madeleine Rodriguez Zambrano¹ , Karen Loor Moreira¹ , Tomas Quintero De La Hoz^{1,2,3} .

Resumo: Introdução: Ansiedade e medo odontológicos são situações comuns em consultas odontológicas pediátricas e podem afetar o desenvolvimento do tratamento odontológico. Portanto, estabelecer uma boa relação de confiança entre o dentista e a criança é crucial para manter a cooperação da criança. **Objetivo:** Determinar a eficácia de diferentes estratégias e técnicas utilizadas no manejo do comportamento de pacientes odontológicos pediátricos de dois a oito anos que apresentam medo e ansiedade. **Materiais e métodos:** Uma revisão sistemática foi conduzida seguindo as recomendações das diretrizes PRISMA. O Cochrane Risk of Bias Assessment Tool (RoB 2) versão 2 foi utilizado para avaliar o risco de viés em ensaios clínicos randomizados. **Resultados:** Nove artigos foram incluídos. As técnicas utilizadas incluem contar-mostrar-fazer (TDD), distração auditiva (AD), distração audiovisual (AVD), distração com jogo de celular (MTG), reforço positivo, controle de voz, presença parental passiva, presença parental ativa, sedação consciente, terapia de brincar com respiração com bolhas (BBPPT) e contar-brincar-fazer (TPD). A técnica mais comumente utilizada é a técnica "diga-mostre-faça" e, embora seja eficaz, estudos demonstram a superioridade de outras técnicas, como a distração audiovisual e a técnica "diga-brinque-faça". **Conclusões:** Quando várias estratégias são combinadas, pode haver um efeito sinérgico que reduz ainda mais os níveis de medo e ansiedade odontológicos nessa população.

Palavras-chave: medo odontológico, ansiedade odontológica, técnica "diga-mostre-faça", distração audiovisual, odontopediatria.

Manejo de conducta en odontopediatria en niños de dos a ocho años: Revisión sistemática.

Resumen: Introducción: La ansiedad y el miedo dental son situaciones frecuentes en la consulta de odontopediatria que pueden afectar el desarrollo del tratamiento odontológico. Por ello, establecer una buena relación de confianza entre el odontólogo y el niño es un factor crucial para mantener la cooperación del niño. **Objetivo:** Determinar la efectividad de distintas estrategias y técnicas utilizadas en el manejo de la conducta de pacientes odontopediátricos de dos a ocho años que presentan miedo y ansiedad. **Materiales y métodos:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones de la guía PRISMA. Para evaluar el riesgo de sesgo se utilizó la versión 2 de la herramienta Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos aleatorios (RoB 2). **Resultados:** Se incluyeron nueve artículos. Entre las técnicas utilizadas se encuentran decir - mostrar - hacer (DMH), distracción auditiva (DA), distracción audiovisual (DAV), distracción con juegos de teléfono móvil (JTM), refuerzo positivo, control de voz, la presencia pasiva de los padres, la presencia activa de los padres, la sedación consciente, la terapia de juego con respiración de burbujas (TJRB) y decir - jugar - hacer (DJH). La técnica más utilizada es la de decir - mostrar - hacer, y aunque es efectiva los estudios demuestran superioridad de otras técnicas como la distracción audiovisual y decir - jugar - hacer. **Conclusiones:** Cuando se combinan varias estrategias puede haber un efecto sinérgico que disminuye aún más los niveles de miedo y ansiedad dental en esta población.

Palabras clave: miedo dental, ansiedad dental, técnica decir - mostrar - hacer, distracción audiovisual, odontopediatria.

¹ Universidad San Gregorio de Portoviejo, Manabí, Ecuador.

² Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manabí, Ecuador.

³ Universidad del Zulia, Maracaibo, Venezuela.

Behavior management in pediatric dentistry in children aged two to eight years: Systematic review.

Abstract: Introduction: Dental anxiety and fear are common situations in pediatric dental consultations and can affect the development of dental treatment. Therefore, establishing a good relationship of trust between the dentist and the child is crucial to maintain the child's cooperation. **Objective:** To determine the effectiveness of different strategies and techniques used in managing the behavior of pediatric dental patients aged two to eight years who present fear and anxiety. **Materials and methods:** A systematic review was conducted following the recommendations of the PRISMA guidelines. The Cochrane Risk of Bias Assessment Tool (RoB 2) version 2 was used to assess the risk of bias in randomized trials. **Results:** Nine articles were included. The techniques used include tell-show-do (TDD), auditory distraction (AD), audiovisual distraction (AVD), mobile phone game distraction (MTG), positive reinforcement, voice control, passive parental presence, active parental presence, conscious sedation, bubble breathing play therapy (BBPPT), and tell-play-do (TPD). The most used technique is tell-show-do, and although it is effective, studies demonstrate the superiority of other techniques such as audiovisual distraction and tell-play-do. **Conclusions:** When several strategies are combined, there may be a synergistic effect that further reduces levels of dental fear and anxiety in this population.

Keywords: dental fear, dental anxiety, tell-show-do technique, audiovisual distraction, pediatric dentistry.

Introdução

O especialista em odontopediatria é responsável pela educação, prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças bucodentais em pacientes infantis que estão em período de crescimento, desenvolvimento físico, psicológico e social.¹ Para isso, é essencial que o profissional compreenda como modificar a resposta da criança e da família ao tratamento e, conseqüentemente, tenha a capacidade de adaptar as abordagens terapêuticas.²

A ansiedade odontológica é um estado mental negativo em pacientes odontológicos, manifestando-se de forma excessiva e irracional, e geralmente ocorrendo sem nenhum estímulo aparente. O medo odontológico, por outro lado, difere da ansiedade por ser uma resposta emocional a estímulos particularmente alarmantes em situações relacionadas ao tratamento odontológico; ou seja, o medo envolve um estímulo desencadeador, enquanto a ansiedade não.³

A prevalência de medo e ansiedade odontológica tem sido variável. Por exemplo, uma revisão publicada por Nydell et al.⁴ mostrou que era de 12%, enquanto o estudo de Alshuaibi et al.⁵, realizado na Arábia Saudita, relatou taxas de medo e ansiedade odontológica de 50% em meninos e 71% em meninas. Além disso, uma meta-análise de Grisolia et al.⁶ identificou taxas de ansiedade odontológica de 24%, com taxas específicas de 36,5% em pré-escolares, 25,8% em crianças em idade escolar e 13,3% em adolescentes.

Portanto, a ansiedade odontológica é considerada um fenômeno universal que afeta pacientes de todas as idades e impacta negativamente a qualidade de vida relacionada à saúde bucal em crianças e adultos.⁷ A experiência do paciente é subjetiva e pode variar muito dependendo da condição física e mental da pessoa. Uma criança pode expressar seus medos e ansiedades por meio de comportamentos como choro, irritação, interrupção de conversas ou brincadeiras e até mesmo tentativas de fuga do cuidador. Também

pode ser acompanhada por alterações físicas significativas, como aumento da frequência cardíaca, outras alterações hemodinâmicas e a liberação de hormônios do estresse.⁸

Os principais efeitos da ansiedade odontológica são a deterioração da saúde bucal e a perpetuação de um ciclo vicioso de adiamento ou cancelamento de consultas agendadas. Às vezes, o motivo para buscar atendimento odontológico pode ser dor ou desconforto significativo, o que pode aumentar ainda mais a ansiedade. O medo ao odontólogo é um dos principais motivos para evitar consultas odontológicas, juntamente com a falta de tempo, recursos financeiros e acessibilidade da equipe odontológica.⁹

Estabelecer uma relação boa e de confiança entre o odontólogo e a criança é crucial para manter a cooperação dela durante o tratamento. Uma vez construída a confiança entre a criança e o profissional, desenvolve-se um sentimento positivo em relação às consultas odontológicas, que fica gravado na memória da criança.¹⁰

No entanto, como afirmam Klatchoian et al.,¹¹ um odontólogo que trata crianças deve ser capaz de implementar uma gama de técnicas para facilitar a adaptação comportamental, ele também deve avaliar o nível de desenvolvimento, as atitudes e o temperamento da criança para prever sua reação ao tratamento. Por isso, a comunicação eficaz é essencial para aliviar o medo e a ansiedade, bem como para ensinar mecanismos adequados para que a criança possa lidar com seus sentimentos. Isso poderá orientá-lo à

cooperação, ao relaxamento e à confiança durante a consulta odontológica.

O manejo comportamental pode ser alcançado por meio de diversas técnicas que podem facilitar a cooperação das crianças durante os procedimentos. Estas incluem, por exemplo, abordagens comunicativas e linguísticas, a técnica de dizer-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, distração, entre outras¹². Além disso, outras modalidades para o manejo da ansiedade odontológica têm sido descritas, incluindo estratégias não farmacológicas como distração audiovisual¹³, musicoterapia e aromaterapia¹⁴, a técnica de dizer-mostrar-fazer¹⁵, terapia assistida por animais¹⁶, e estratégias farmacológicas como sedação consciente¹⁷. A relevância desta revisão reside no fato de que ela se concentra em crianças entre dois e oito anos de idade e não pretende abranger outras faixas etárias.

O objetivo foi determinar a eficácia de diferentes estratégias e técnicas utilizadas no manejo do comportamento de pacientes odontopediátricos com idade entre dois e oito anos que apresentam medo e ansiedade.

Metodologia

O estudo consistiu em uma revisão sistemática desenvolvida de acordo com as diretrizes PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*)¹⁸ e registrada na plataforma PROSPERO (Protocolo CRD42025644471). Essa

estratégia para a formulação da pergunta de pesquisa considera os elementos população, intervenção, comparação e outcomes (desfechos/resultados), resultando na pergunta PICO. Cada um desses elementos é descrito a seguir, seguido da formulação da pergunta de pesquisa.

População: Pacientes odontopediátricos de dois a oito anos de idade.

Intervenção: Avaliar o medo e a ansiedade utilizando diferentes Técnicas de Manejo Comportamental (dizer-mostrar-fazer (Tell-Show-Do - TSD), distração auditiva (Auditory Distraction - AD), distração audiovisual (Audiovisual Distraction - AVD), distração com jogos no celular (Mobile game-based distraction technique - MGBDT), reforço positivo, controle da voz, presença passiva dos pais, presença ativa dos pais, sedação consciente, terapia lúdica com bolhas de sabão (Bubble Breathing Play Therapy - BBPT) e dizer-brincar-fazer (Tell-Play-Do - TPD)).

Comparação: Comparar a eficácia de diferentes técnicas de manejo comportamental entre si (dizer-mostrar-fazer (TSD), distração auditiva (AD), distração audiovisual (AVD), distração com jogos no celular (MGBDT), reforço positivo, controle da voz, presença passiva dos pais, presença ativa dos pais, sedação consciente, terapia lúdica com bolhas de sabão (BBPT) e dizer-brincar-fazer (TPD)).

Outcome (desfecho/resultado): Controle do medo e da ansiedade.

Portanto, a pergunta de pesquisa foi: Quais técnicas de manejo comportamental, tanto convencionais quanto não convencionais, são mais eficazes no controle do medo e da

ansiedade em pacientes odontopediátricos com idades entre dois e oito anos? Foram analisadas publicações de estudos primários que consideraram o controle do medo e da ansiedade em pacientes odontopediátricos com idades entre dois e oito anos.

Estratégia de busca e critérios de elegibilidade para os estudos.

Para localizar a literatura, foram considerados artigos de periódicos científicos utilizando bases de dados como PubMed e Web of Science. As buscas foram realizadas em inglês e espanhol, e as palavras-chave e suas combinações foram as seguintes:

Em inglês: (“behavior management in pediatric dentistry” OR “tell-show-do” OR “auditory distraction” OR “audiovisual distraction” OR “mobile phone game distraction” OR “positive reinforcement” OR “voice control” OR “passive parental presence” OR “active parental presence” OR “conscious sedation” OR “bubble breathing play therapy” OR “tell-play-do”) AND (“dental fear” OR “dental anxiety” OR “fear of dentist”).

Em espanhol: (“manejo de conducta en odontopediatria” OR “técnica decir - mostrar - hacer” OR “técnica distracción auditiva” OR “técnica de distracción audiovisual” OR “técnica de distracción con juegos de teléfono móvil” OR “refuerzo positivo” OR “control de voz” OR “presencia pasiva de los padres” OR “presencia activa de los padres” OR “sedación consciente” OR “terapia de juego con respiración de burbujas” OR “decir - jugar - hacer”) AND (“miedo dental” OR “ansiedad dental” OR “miedo al odontólogo”).

1. Critérios de inclusão:

- Artigos relacionados ao manejo comportamental em pacientes odontopediátricos entre dois e oito anos de idade.
- Artigos provenientes de ensaios clínicos randomizados, ensaios cruzados randomizados e ensaios clínicos controlados.
- Artigos que avaliam escalas relacionadas ao medo e à ansiedade em odontopediatria.
- Artigos sobre técnicas de manejo comportamental em crianças.
- Artigos publicados entre 2017 e 2024.
- Artigos escritos em inglês ou espanhol.

2. Critérios de exclusão:

- Artigos com idade fora do intervalo permitido.
- Artigos referentes a doenças sistêmicas graves ou condições médicas que possam interferir no tratamento odontológico ou na avaliação do medo e da ansiedade.
- Pacientes com dificuldades significativas de comunicação que impedem a avaliação precisa do seu nível de medo ou ansiedade.
- Artigos com delineamentos de pesquisa diferentes de ensaios clínicos.

Avaliação da qualidade metodológica das publicações

Para avaliar o risco de viés, foi utilizada a versão 2 da ferramenta Cochrane para avaliar

o risco de viés em ensaios randomizados (RoB 2).^{19,20} Essa ferramenta avalia o risco de viés por meio de cinco domínios distintos. Dentro de cada domínio, uma ou mais perguntas de sinalização são respondidas, e as respostas resultam em julgamentos de "baixo risco de viés", "algumas preocupações" ou "alto risco de viés". Os julgamentos dentro de cada domínio resultam em um julgamento geral do risco de viés.

Resultados

Figura 1 mostra que na busca inicial foram identificados 541 artigos potencialmente relevantes, dos quais 119 duplicados foram removidos. Na fase de triagem, 297 artigos foram excluídos. Foram revisados na íntegra 94 artigos dos quais 85 foram excluídos, e finalmente 9 publicações atenderam aos critérios de inclusão nos resultados desta revisão.

Características dos estudos incluídos

Foram incluídos nove artigos no total, cinco dos quais foram desenvolvidos na Índia e um em cada um dos seguintes países: Arábia Saudita, Coreia do Sul, Egito e Grécia. De acordo com o delineamento dos estudos, todos foram ensaios clínicos randomizados (ver Tabela 1).

Em crianças pré-escolares, as técnicas utilizadas foram identificadas como sedação consciente²¹ e presença ativa dos pais em conjunto com o método "dizer-mostrar-fazer" (TSD), que foi comparada com a presença passiva dos pais e o método "dizer-mostrar-fazer"²² (Tabela 2).

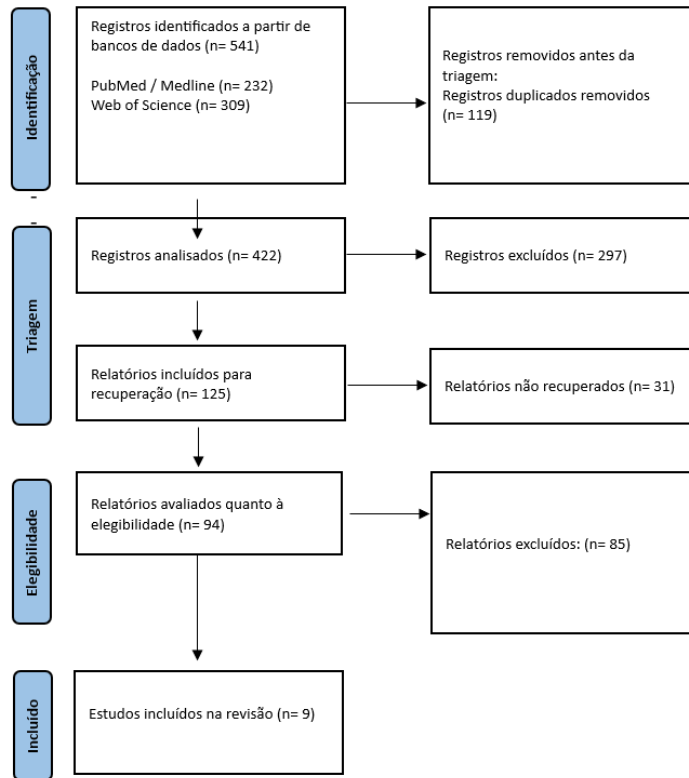


Figura 1. Fluxograma Prisma. Processo de seleção de artigos de revisão.

Tabela 1. Identificação dos estudos incluídos na revisão.

Autor	País	Edad de los participantes	Tamanho da amostra
Janiani et al. ²¹	Índia	3 a 5 anos.	32
Aldhelai et al. ²²	Egito	3 a 6 anos.	150 Grupo experimental: 75 Grupo controle: 75
Alsaadoon et al. ²³	Arábia Saudita	6 a 8 anos.	88 Grupo experimental: 43 Grupo controle: 45
Pande et al. ²⁴	Índia	5 a 8 anos.	60 Grupo I: 15. Grupo II: 15. Grupo III: 15. Grupo IV: 15.
Azher et al. ²⁵	Índia	6 a 8 anos.	48 Grupo I: 24 Grupo II: 24
Khandelwal et al. ²⁶	Índia	5 a 8 anos	400 Grupo I: 100. Grupo II: 100. Grupo III: 100. Grupo IV: 100.
Vishwakarma et al. ²⁷	Índia	5 a 7 anos	98 Grupo I: 49 Grupo II: 49
Song et al. ²⁸	Coreia do Sul	3 a 9 anos.	44 Grupo experimental: 24 Grupo controle: 20
Boka et al. ²⁹	Grécia	3 e 8 anos.	61 Grupo experimental: 31 Grupo controle: 30

Tabela 2. Técnicas de manejo comportamental em crianças pré-escolares (2 a 5 anos) e principais resultados dos estudos incluídos na revisão.

Autor	Técnica de manejo comportamental	Instrumentos de coleta de dados	Resultados
Janiani et al. ²¹	Sedação com midazolam intranasal e sedação com óxido nítrico através de máscara.	Escala de Avaliação Comportamental da Universidade Estadual de Ohio (OSUBRS).	As crianças demonstraram maior aceitação da máscara nasal do que a via intranasal para administração de midazolam. Houve uma influência estatisticamente significativa do temperamento na aceitação da máscara nasal e do dispositivo de atomização intranasal. As pontuações médias do OSUBRS não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sedação ($p = 0,14$).
AIDhelai et al. ²²	Grupo experimental: presença ativa dos pais + dizer - mostrar - fazer. Grupo controle: presença passiva dos pais + dizer - mostrar - fazer.	Escala de Imagem Facial (FIS), Escala de Avaliação Comportamental de Frankl (FBRS) e a versão em árabe da Escala de Inteligência Stanford Binet, Quarta Edição (SB-IV).	A técnica de presença ativa dos pais teve um efeito significativo em crianças com Quociente de Inteligência (QI) alto e baixo. As crianças com QI alto apresentaram uma probabilidade significativamente maior de comportamento positivo do que as crianças com QI baixo. A técnica de presença ativa dos pais apresentou uma probabilidade significativamente maior de comportamento positivo do que a técnica de presença passiva dos pais.

Entretanto, nas crianças em idade escolar, observou-se uma maior variedade de técnicas para o manejo do comportamento. Por exemplo, Alsaadoon et al.²³ implementaram o uso de um livro de histórias dentais infantis com o objetivo de reduzir a ansiedade odontológica. O estudo de Azher et al.²⁵ comparou a eficácia da terapia lúdica com bolhas de sabão (BBPT) e da técnica de dizer-mostrar-fazer (TSD). Vishwakarma et al.²⁷, usaram a técnica de modelagem ao vivo e a compararam com dizer-brincar-fazer (TPD). Estudos mais complexos também foram incluídos, nos quais os participantes foram divididos em quatro grupos e se analisaram técnicas individuais, como TSD, distração auditiva (AD) e distração audiovisual (AVD), ou TSD + AVD juntas^{24,26} (Tabela 3).

Houve estudos que consideraram uma faixa etária mais ampla, de três a nove anos de idade^{28,29}. Em um deles, a presença passiva dos pais foi combinada com TSD, controle da voz e reforço positivo para o grupo experimental e foi comparada com um grupo de controle no qual apenas usou-se TSD, controle da voz e reforço positivo (Tabela 4).

Dos nove estudos incluídos, cinco (55,5%) apresentaram baixo risco de viés, três estavam na categoria “algumas preocupações” (33,3%) e apenas um apresentou alto risco de viés (11,1%) (Gráfico 1).

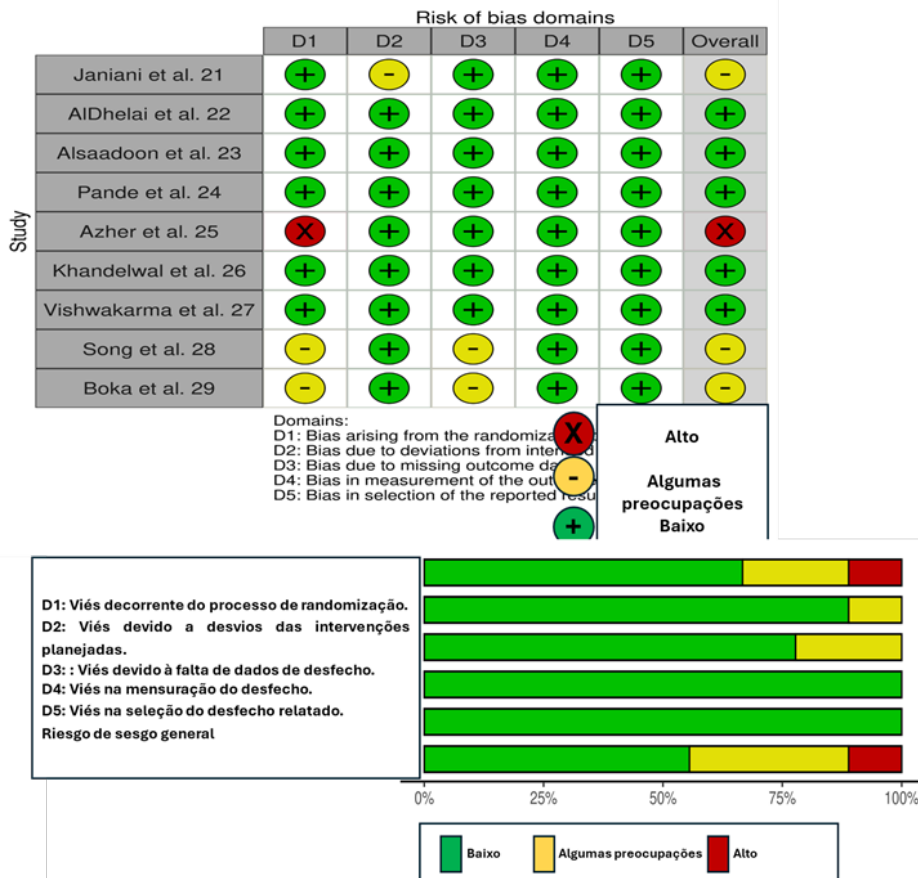
Tabela 3. Técnica de manejo comportamental em crianças em idade escolar (6 a 8 anos) e principais resultados dos estudos incluídos na revisão.

Autor	Técnica de manejo comportamental	Instrumentos de coleta de dados	Resultados
Alsaadoon et al. ²³	Grupo experimental: Livro de histórias dentais infantis desenvolvido para reduzir a ansiedade em crianças. Grupo controle: Sem livro de histórias dentais infantis.	A Escala de Medo Infantil - Subescala Odontológica (CFSS-DS), a Escala de Ansiedade Clínica de Venham (VCAS) e a Escala de Avaliação Comportamental de Frankl (FBRS).	O grupo de intervenção apresentou significativamente menos ansiedade e mais comportamento cooperativo durante o tratamento do que o grupo controle ($p < 0,0001$). O grupo de intervenção apresentou uma diminuição significativa nos níveis de ansiedade e um comportamento mais cooperativo ao longo do tempo. O livro de histórias dentais infantis pode reduzir a ansiedade dental das crianças e melhorar seu comportamento durante o tratamento odontológico.
Pande et al. ²⁴	Grupo I: Técnica Dizer-Mostrar-Fazer (TSD) (grupo de controle). Grupo II: Técnica de distração auditiva (AD). Grupo III: Técnica de distração audiovisual (AVD). Grupo IV: Técnica de distração com jogos no celular (MGBDT).	Níveis de medo/ansiedade da criança antes e depois da intervenção, utilizando parâmetros fisiológicos (pressão arterial e frequência cardíaca) e não fisiológicos (escala de imagem facial).	Observou-se uma diferença estatisticamente significativa nos parâmetros fisiológicos e não fisiológicos após da intervenção nos grupos, com a diminuição máxima no grupo AVD. A técnica AVD foi considerada a mais eficaz, enquanto a técnica de orientação comportamental TSD isoladamente foi a menos eficaz na redução do medo/ansiedade odontológica em pacientes pediátricos não cooperativos.
Azher et al. ²⁵	Grupo I: Terapia lúdica com bolhas de sabão (BBPT). Grupo II: Técnica Dizer-Mostrar-Fazer (TSD).	Escala de Avaliação de Intervalos de Venham para o comportamento e Ansiedade, e a frequência cardíaca foi medida com um oxímetro de pulso de dedo.	A frequência cardíaca média nos grupos BBPT e TSD foi de 106,96 mmHg e 102,25 mmHg, respectivamente, no início do estudo. Observou-se uma diminuição da frequência cardíaca em ambos grupos após da aplicação das estratégias de modificação comportamental. No entanto, após o tratamento odontológico, a frequência cardíaca média aumentou ligeiramente no grupo BBPT, enquanto apresentou uma melhora adicional no grupo TSD.
Khandelwal et al. ²⁶	Grupo I: Nenhuma técnica específica de manejo comportamental foi aplicada durante o tratamento (Controle). Grupo II: TSD aplicado durante o tratamento. Grupo III: AVD aplicado durante o tratamento. Grupo IV: TSD e AVD aplicados durante o tratamento.	A ansiedade foi registrada utilizando a Escala de Imagens Faciais (FIS), o Teste de Imagens de Venham (VPT), a pressão arterial, a frequência cardíaca (FC) e a saturação de oxigênio (SpO ₂) em diferentes momentos da consulta.	O AVD mostrou-se mais eficaz na redução da ansiedade do que o TSD. A combinação de TSD e AVD teve um efeito aditivo na redução dos níveis de ansiedade e demonstrou ser mais benéfica.
Vishwakarma et al. ²⁷	Grupo I: As crianças foram condicionadas a receber diversos procedimentos odontológicos utilizando modelagem ao vivo, seguida de profilaxia oral. Grupo II: A técnica "dizer-brincar-fazer" (TPD) foi introduzida com objetos lúdicos odontológicos personalizados, seguida de profilaxia oral.	A frequência cardíaca, a Escala de Imagem Facial (FIS) e o índice de Venham de 6 pontos foram utilizados antes da intervenção, após a intervenção e durante o procedimento odontológico para quantificar o comportamento ansioso.	A frequência cardíaca média, a escala FIS e os escores de Venham foram significativamente menores entre as crianças que receberam a intervenção TPD em comparação com aquelas que receberam a intervenção de modelagem ao vivo. A técnica TPD é eficaz na redução do medo e da ansiedade das crianças no tratamento odontológico; as crianças gostam de brincar com objetos lúdicos odontológicos personalizados.

Tabela 4. Técnica de manejo comportamental em crianças de 3 a 9 anos e principais resultados dos estudos incluídos na revisão.

Autor	Técnica de manejo comportamental	Instrumentos de coleta de dados	Resultados
Song et al. ²⁸	Grupo experimental: Na primeira consulta, as crianças assistiram desenhos animados e, na segunda, assistiram um programa que promove bom comportamento na consulta odontológico em um tablet. Grupo de controle: Em ambas consultas, as crianças assistiram desenhos animados.	O estresse, o comportamento não cooperativos e a dor subjetiva foram medidos utilizando a frequência cardíaca, a Lista de Verificação de Comportamento Procedimental (PBCL) e a Escala de Avaliação da Dor de Wong e Baker (FPRS).	O grupo experimental apresentou uma frequência cardíaca média significativamente menor, assim também foi menor o comportamento não cooperativo e a dor subjetiva na segunda consulta em comparação com o grupo controle ($p < 0,001$). As diferenças na frequência cardíaca e no comportamento não cooperativo entre os tratamentos também foram significativamente maiores no grupo experimental do que no grupo de controle ($p < 0,001$). O programa foi eficaz no alívio do medo e da ansiedade, bem como na aprendizagem do comportamento cooperativo.
Boka et al. ²⁹	Grupo experimental: "dizer-mostrar-fazer", reforço positivo, controle de voz + presença passiva dos pais. Grupo de controle: apenas "dizer-mostrar-fazer", reforço positivo, controle de voz.	Escala de Avaliação Comportamental de Frankl (FBR).	Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controle respeito a idade, sexo, pontuação média de Frankl, pontuação de Frankl 2 minutos antes/depois da aplicação da técnica ou em relação ao momento em que a técnica foi aplicada pela primeira vez. Observou-se uma melhora no comportamento em 17 pacientes (54,8%) no grupo de PPA e em 23 pacientes (76,7%) do grupo controle. A aplicação da PPA em diversas sessões odontológicas como técnica de manejo comportamental não demonstrou vantagem sobre outras técnicas básicas não farmacológicas.

Gráfico 1. Classificação do risco de viés dos estudos com base na ferramenta Cochrane de Risco de Viés, versão 2.0



Discussão

Reações relacionadas à ansiedade e ao medo são frequentes na consulta odontológica pediátrica e têm consequências importantes para a criança e para a equipe odontológica, visto que a criança pode apresentar comportamentos disruptivos.³⁰ Tanto a ansiedade e o medo odontológico tornam o tratamento odontológico caro, exigente e demorado para o dentista quanto para a criança, o que pode impactar negativamente no resultado do tratamento.³¹

O presente estudo teve a finalidade de identificar as estratégias e técnicas utilizadas no manejo do comportamento de pacientes odontopediátricos de dois a oito anos de idade que apresentam medo e ansiedade, a fim de avaliar intervenções eficazes que melhorem a experiência e os resultados do tratamento odontológico nessa população. Portanto foi realizada uma revisão sistemática, incluindo nove artigos que atenderam aos critérios preestabelecidos.

Nos estudos incluídos, foram utilizados vários instrumentos para medir o medo e a ansiedade, como a Escala de Avaliação Comportamental de Frankl (FBRs)²⁹, a Escala de Imagens Faciais (FIS)²⁷ e o Teste de Imagens de Venham (VPT)²⁶; também foram medidas variáveis como frequência cardíaca, pressão arterial e saturação de oxigênio ^{25,26}.

Em relação às técnicas utilizadas, podem ser mencionadas as seguintes: a técnica de dizer-mostrar-fazer (TSD), a técnica de distração auditiva (AD), a técnica de

distração audiovisual (AVD) e a técnica de distração com jogos no celular (MGBDT)²⁴, dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, controle da voz e presença passiva dos pais ²⁹, presença ativa dos pais ²², sedação consciente ²¹, terapia lúdica com bolhas de sabão (BBPT) ²⁵, entre outras.

As técnicas foram consideradas de acordo com a faixa etária dos participantes em cada estudo. Em pré-escolares, entre dois e cinco anos de idade, foram utilizadas tanto a sedação consciente²¹ quanto a presença ativa dos pais em conjunto com a técnica de dizer-mostrar-fazer (TSD)²². A presença ativa dos pais apresentou probabilidades significativamente maiores de comportamento positivo do que a técnica de presença passiva dos pais²².

Em crianças em idade escolar, entre seis e nove anos foram utilizadas técnicas como o uso de livro de histórias dentais infantis ²³, terapia lúdica com bolhas de sabão (BBPT) ²⁵ se destacando o uso de combinações como AVD + TSD²⁶. Embora todas as técnicas utilizadas para reduzir a ansiedade e o medo tenham demonstrado algum grau de melhora, os melhores resultados foram obtidos com a combinação de várias delas.

Um estudo transversal realizado por Carrillo et al.³² encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre o medo ao odontólogo e a idade da primeira consulta, bem como entre o medo ao odontólogo e a frequência das consultas, demonstrando que iniciar as visitas ao odontopediatra precocemente antes dos dois anos de idade e realizar exames

regulares, pelo menos duas vezes por ano, pode proteger a criança do medo odontológico.

Em relação às diferentes intervenções, Boka et al.²⁹ não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo experimental, no qual a técnica "diga-mostre-faça" foi usada em combinação com reforço positivo, controle da voz e presença passiva dos pais, e o grupo de controle, onde foram usados apenas "diga-mostre-faça", reforço positivo e controle da voz. Em contraste, AIDhelai et al.²² relataram que a técnica de presença ativa dos pais teve probabilidades significativamente maiores de comportamento positivo do que a técnica de presença passiva dos pais.

Por outro lado, em um ensaio clínico desenvolvido por Vishwakarma et al.²⁷, no qual foi utilizada a técnica de dizer-brincar-fazer (TPD), comprovou-se que é eficaz na redução do medo e da ansiedade das crianças no tratamento odontológico, uma vez que as crianças participantes gostaram de brincar com objetos lúdicos odontológicos personalizados e, ao medir a frequência cardíaca e as escalas aplicadas, os valores evidenciados nessas crianças foram significativamente menores do que os das crianças que não receberam a intervenção TPD.

Dentre os estudos incluídos, um dos mais complexos foi o ensaio clínico publicado por Khandelwal et al.²⁶, cuja amostra

consistiu em 400 crianças divididas em quatro grupos: um grupo controle no qual nenhuma técnica específica de manejo comportamental foi aplicada durante o tratamento; e três grupos experimentais. Em um grupo, foi aplicada apenas a técnica de dizer-mostrar-fazer (TSD), em outro, a distração audiovisual (AVD), e no grupo restante, a TSD foi combinada com a AVD. Os resultados indicaram que a AVD foi mais eficaz na redução da ansiedade do que a TSD. No entanto, a combinação de ambas técnicas teve um efeito aditivo na redução dos níveis de ansiedade e, portanto, mostrou-se mais benéfica.

O exposto acima tem implicações para a prática clínica na odontopediatria. A técnica de "dizer-mostrar-fazer" envolve menos esforço em termos econômicos, uma vez que não requer investimento na aquisição de equipamentos ou dispositivos, sendo, portanto, a mais viável. No entanto, existem outras técnicas interessantes a serem implementadas, como a de "dizer-brincar-fazer", na qual a criança pode brincar com objetos lúdicos odontológicos personalizados.

É importante notar que, embora se possa pensar que a presença dos pais, seja passiva ou ativa, durante o cuidado da criança possa ter um impacto positivo na cooperação ou no comportamento do paciente, vários estudos relataram que ela não tem impacto nem positivo nem negativo.³³⁻³⁵ Nesse sentido, os resultados de uma revisão sistemática

com meta-análise realizada por Passos et al.³⁴ indicam que não houve diferenças no comportamento das crianças na presença ou ausência dos pais, nem influenciou na ansiedade nem no medo das crianças.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Ahuja et al.³³ realizaram um estudo com 30 crianças nas quais se realizaram dois procedimentos restauradores consecutivos. Os pais estavam presentes na primeira consulta, mas foram excluídos da segunda. Não foi encontrada diferença significativa no comportamento da criança com base na presença ou ausência dos pais durante o tratamento. De fato, os pesquisadores sugeriram que a exclusão dos pais durante esses procedimentos odontológicos restauradores poderia eliminar muitos problemas comportamentais no tratamento.

Em relação às limitações identificadas neste estudo, uma delas é a seleção de uma faixa etária de dois a nove anos. Isso dificultou a localização de artigos que se concentrassem em um grupo etário dentro dessa faixa. Embora essa limitação dificulte a busca por artigos primários, ela também pode ser vista como uma vantagem, pois confere à pesquisa um caráter inovador. Pesquisas futuras poderiam se concentrar em expandir a faixa etária e abranger mais técnicas de manejo comportamental. Se os dados permitirem, uma meta-análise poderia ser realizada para chegar a conclusões mais robustas que apoiem as práticas de odontopediatria no manejo do medo e da ansiedade odontológica.

Conclusões

Diversas estratégias e técnicas têm sido utilizadas para lidar com o comportamento de pacientes odontopediátricos de dois a oito anos que apresentam medo e ansiedade. Essas estratégias incluem a técnica de "dizer-mostrar-fazer", distração auditiva, distração audiovisual, distração com jogos no celular, reforço positivo, controle da voz, presença passiva dos pais, presença ativa dos pais, sedação consciente, terapia lúdica com bolhas de sabão e a técnica de "dizer-brincar-fazer". É importante que as técnicas utilizadas sejam adaptadas à idade da criança, devido aos diferentes níveis de maturação. O comportamento pode variar entre crianças em idade pré-escolar e crianças em idade escolar.

Algumas das técnicas mencionadas demonstraram eficácia no controle do medo e da ansiedade odontológica em múltiplos ensaios clínicos, enquanto outras, mais recentes, ainda necessitam de estudos adicionais para comprovar sua eficácia. Este estudo mostrou que a técnica mais frequentemente utilizada é a de "dizer-mostrar-fazer", e embora seja eficaz, estudos demonstram a superioridade de outras técnicas, como a distração audiovisual e a de "dizer-brincar-fazer". Contudo, quando diversas estratégias são combinadas, pode haver um efeito sinérgico que reduz ainda mais os níveis de medo e ansiedade odontológica nessa população. É também necessário conscientizar pais e responsáveis sobre a importância de serem mais responsáveis pela saúde bucal de seus filhos, visto que consultas precoces com o odontopediatra antes dos dois anos de idade e a realização de exames regulares pelo menos duas vezes ao ano, podem proteger as crianças do medo e da ansiedade odontológica.

Referências bibliográficas

1. Figueredo A, Orozco G. Abordaje conductual odontopediátrico según las perspectivas teóricas cognitivas y psicosociales del desarrollo del niño. *ODOUS CIENTÍFICA*. 2020;21(2):187-200. <https://servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol21n2/art07.pdf>
2. The American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. En: *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. The American Academy of Pediatric Dentistry; 2024:358-78.
3. Hegde T, Bhavyashri P, Vasthare R, Karthik M, Munoli R. Evaluation of Parental Dental Fear and Anxiety (DFA) on Adolescent Dental Treatment: A Narrative review. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2022;12(1):12-9. https://doi.org/10.4103/jispcd.jispcd_261_21
4. Nydell Helkimo A, Rolander B, Koch G. Dental fear in school children and young adults attending public dental health care: prevalence and relationship to gender, oral disease and dental treatment; trends over 40 years. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12903-022-02166-6>
5. Alshuaibi AF, Aldarwish M, Almulhim AN, Lele GS, Sanikommu S, Raghunath RG. Prevalence of Dental Fear and Anxiety and Its Triggering Factors in the Dental Office among School-going Children in Al Ahsa. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(2):286-92. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1925>
6. Grisolia BM, Dos Santos APP, Dhyppolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(2):168-83. <https://doi.org/10.1111/ipd.12712>
7. Petrović D, Cicvarić O, Šimunović-Erpušina M, et al. The Role of Family Factors in the Development of Dental Anxiety in Children. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(1). <https://doi.org/10.3390/medicina60010180>
8. Shah HA, Nanjunda Swamy K V, Kulkarni S, Choubey S. Evaluation of dental anxiety and hemodynamic changes (Sympatho-Adrenal Response) during various dental procedures using smartphone applications v/s traditional behaviour management techniques in pediatric patients. *Int J Appl Res*. 2017;3(5):429-33.
9. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent*. 2017;18(2):121-30. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.02.07>
10. Bagher SM, Felemban OM, Alsabbagh GA, Aljuaid NA. The Effect of Using a Camouflaged Dental Syringe on Children's Anxiety and Behavioral Pain. *Cureus*. 2023;15(12): e50023. <https://doi.org/10.7759/cureus.50023>
11. Klatchoian D, Noronha J, de Toledo O. Adaptación del comportamiento del paciente odontopediátrico. En: Andrade M, Barbosa P, eds. *Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría*. 2da ed. Santos; 2017:25-36.
12. Asociación Latinoamericana de Pediatría. *Manual de referencia para procedimientos clínicos en odontopediatría*. 2da ed. (Andrade M, Barbosa P, eds.). Santos; 2017.
13. Greeshma SG, George S, Anandaraj S, et al. Comparative Evaluation of the efficacy of virtual reality distraction, audio distraction and tell-show-do techniques in reducing the anxiety level of pediatric dental patients: an in vivo study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(S2): S173-8. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-2106>
14. James J, Retnakumari N, Vadakkepurayil K, Thekkeveetil AK, Tom A. Effectiveness of aromatherapy and music distraction in managing pediatric dental anxiety: A comparative study. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021;14(2):249-53. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1911>
15. Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2016;8:35-50. <https://doi.org/10.2147/ccide.s63626>
16. Thakkar TK, Naik SN, Dixit UB. Assessment of dental anxiety in children between 5 and 10 years of age in the presence of a therapy dog: a randomized controlled clinical study. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. 2021;22(3):459-67. <https://doi.org/10.1007/s40368-020-00583-1>
17. Ashley P, Anand P, Andersson K. Best clinical practice guidance for conscious sedation of children undergoing dental treatment: an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2021;22(6):989-1002. <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00660-z>
18. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
19. Higgins JPT, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Sterne JAC. Assessing risk of bias in a randomized trial. En: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al., eds. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*; 2019:205-28. <https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch8>
20. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>

21. Janiani P, Gurunathan D, Nuvvula S. Influence of temperament on the acceptance of two conscious sedation techniques in toddlers undergoing dental treatment: A randomised cross over trial. *Pain Res Manag.* 2023;2023(Aug):1-7. <https://doi.org/10.1155/2023/6655628>
22. AlDhelai TA, Khalil AM, Elhamouly Y, Dowidar KML. Influence of active versus passive parental presence on the behavior of preschoolers with different intelligence levels in the dental operator: a randomized controlled clinical trial. *BMC Oral Health.* 2021;21(1):420. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01781-z>
23. Alsaadoon AM, Sulimany AM, Hamdan HM, Murshid EZ. The use of a dental storybook as a dental anxiety reduction medium among pediatric patients: a randomized controlled clinical trial. *Child (Basel, Switzerland).* 2022;9(3). <https://doi.org/10.3390/children9030328>
24. Pande P, Rana V, Srivastava N, Kaushik N. Effectiveness of different behavior guidance techniques in managing children with negative behavior in a dental setting: A randomized control study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2020;38(3):259-65. https://doi.org/10.4103/jisppd.jisppd_342_20
25. Azher U, Srinath SK, Nayak M. Effectiveness of bubble breath play therapy in the dental management of anxious children: A pilot study. *J Contemp Dent Pract.* 2020;21(1):17-21. <https://www.thejcdp.com/doi/pdf/10.5005/jp-journals-10024-2741>
26. Khandelwal D, Kalra N, Tyagi R, Khatri A, Gupta K. Control of anxiety in pediatric patients using “tell show do” method and audiovisual distraction. *J Contemp Dent Pract.* 2018;19(9):1058-64. <https://www.thejcdp.com/doi/JCDP/pdf/10.5005/jp-journals-10024-2381>
27. Vishwakarma AP, Bondarde PA, Patil SB, Dodamani AS, Vishwakarma PY, Mujawar SA. Effectiveness of two different behavioral modification techniques among 5-7-year-old children: A randomized controlled trial. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2017;35(2):143-9. https://doi.org/10.4103/jisppd.jisppd_257_16
28. Song J-S, Chung H-C, Sohn S, Kim Y-J. Effects of psychological behaviour management programme on dental fear and anxiety in children: A randomised controlled clinical trial. *Eur J Paediatr Dent.* 2020;21(4):287-91. <https://doi.org/10.23804/ejpd.2020.21.04.6>
29. Boka V, Arapostathis K, Charitoudis G, Veerkamp J, van Loveren C, Kotsanos N. A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2017;18(6):405-409. <https://doi.org/10.1007/s40368-017-0313-9>
30. Asl Aminabadi N, Shokravi M, Jamali Z, Shirazi S. barriers and drawbacks of the assessment of dental fear, dental anxiety and dental phobia in children: A critical literature review. *J Clin Pediatr Dent.* 2017;41(6):399-423. <https://doi.org/10.17796/1053-4628-41.6.1>
31. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children’s dental anxiety. *Stomatologija.* 2017;19(3):84-90. <https://sbdmj.lsmuni.lt/173/173-03.pdf>
32. Carrillo-Díaz M, Migueláñez-Medrán BC, Nieto-Moraleda C, Romero-Maroto M, González-Olmo MJ. How can we reduce dental fear in children? The importance of the first dental visit. *Children.* 2021;8(12). <https://doi.org/10.3390/children8121167>
33. Ahuja S, Gandhi K, Malhotra R, Kapoor R, Maywad S, Datta G. Assessment of the effect of parental presence in dental operator on the behavior of children aged 4-7 years. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2018;36(2):167-72. https://doi.org/10.4103/jisppd.jisppd_238_17
34. Passos De Luca M, Massignan C, Bolan M, et al. Does the presence of parents in the dental operator room influence children’s behaviour, anxiety and fear during their dental treatment? A systematic review. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31(3):318-36. <https://doi.org/10.1111/ipd.12762>
35. Vasiliki B, Konstantinos A, Vassilis K, Nikolaos K, van Loveren C, Jaap V. The effect of parental presence on the child’s perception and co-operation during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* 2016;17(5):381-6. <https://doi.org/10.1007/s40368-016-0241-0>

Recibido 23/10/25

Aceptado 23/02/26

Correspondencia: Madeleine Rodriguez Zambrano, correo: madeleinerodriguez1714@gmail.com