doi.org/10.51891/rease.v12i11.32093

# MANEJO COMPORTAMENTAL EM ODONTOPEDIATRIA: ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O MEDO E A ANSIEDADE DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

## BEHAVIOR MANAGEMENT IN PEDIATRIC DENTISTRY: STRATEGIES TO REDUCE FEAR AND ANXIETY DURING DENTAL CARE

## MANEJO CONDUCTUAL EN ODONTOPEDIATRÍA: ESTRATEGIAS PARA REDUCIR EL MIEDO Y LA ANSIEDAD DURANTE LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

**Ewerthon da Silva Lima**[1]
**Tainá de Castelo Branco Araújo**[2]
**Tereza Maria Alcântara Neves**[3]
**Márcia Regina Soares Cruz**[4]
**Thiago Lima Monte**[5]
**Isabel Cristina Quaresma Rêgo**[6]

RESUMO: Este artigo buscou sintetizar criticamente a evidência recente sobre estratégias de manejo comportamental para reduzir o medo e a ansiedade de crianças no atendimento odontológico. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com buscas realizadas em outubro de 2026 em recursos on-line que indexam PubMed/MEDLINE, Cochrane Library e SciELO, além de documentos da American Academy of Pediatric Dentistry, resultando em 14 referências verificadas individualmente. A ansiedade odontológica atinge cerca de 23,9% das crianças e adolescentes, com maior prevalência em pré-escolares (36,5%). As técnicas não farmacológicas básicas apresentaram, em conjunto, efeito de trivial a pequeno; modelação, reforço positivo, relaxamento, dizer-mostrar-fazer combinado à distração audiovisual e terapia cognitivo-comportamental reduziram a ansiedade de forma expressiva, porém com certeza de evidência majoritariamente muito baixa. A distração superou o dizer-mostrar-fazer, exceto em procedimentos invasivos, e a realidade virtual mostrou efeitos expressivos com elevada heterogeneidade. O midazolam oral tem evidência de certeza moderada. Conclui-se que o manejo deve ser individualizado, escalonado e compartilhado com os responsáveis, sendo necessários ensaios clínicos de melhor qualidade.

**Palavras-chave:** Odontopediatria. Ansiedade ao Tratamento Odontológico. Medo.



[1]Aluno de graduação em Odontologia, Centro Universitário Uninovafapi Afya, Teresina – PI.
[2]Orientadora. Professora Doutora, Centro Universitário Uninovafapi – Afya, Teresina – PI.
[3]Coorientadora, Professora Doutora, Centro Universitário Uninovafapi Afya, Teresina – PI.
[4]Coorientadora. Professora Doutora, Centro Universitário Uninovafapi – Afya, Teresina PI.
[5]Coorientador. Professor Doutor, Centro Universitário Uninovafapi – Afya, Teresina – PI.
[6]Coorientadora. Professora Doutora, Centro Universitário Uninovafapi Afya, Teresina – PI.

ABSTRACT: This article aimed to critically synthesize recent evidence on behavior management strategies to reduce fear and anxiety in children during dental care. It is a narrative literature review, with searches carried out in October 2026 through online resources indexing PubMed/MEDLINE, the Cochrane Library and SciELO, plus documents from the American Academy of Pediatric Dentistry, resulting in 14 individually verified references. Dental anxiety affects about 23.9% of children and adolescents, with higher prevalence in preschoolers (36.5%). Basic nonpharmacological techniques showed, overall, a trivial-to-small effect; modeling, positive reinforcement, relaxation, tell-show-do combined with audiovisual distraction and cognitive behavioral therapy markedly reduced anxiety, although certainty of evidence was mostly very low. Distraction outperformed tell-show-do, except in invasive procedures, and virtual reality showed marked effects with high heterogeneity. Oral midazolam has moderate-certainty evidence. It is concluded that management should be individualized, stepwise and shared with caregivers, and higher-quality clinical trials are needed.

**Keywords:** Pediatric Dentistry. Dental Anxiety. Fear.

RESUMEN: Este artículo buscó sintetizar críticamente la evidencia reciente sobre estrategias de manejo conductual para reducir el miedo y la ansiedad de los niños durante la atención odontológica. Se trata de una revisión narrativa de la literatura, con búsquedas realizadas en octubre de 2026 en recursos en línea que indexan PubMed/MEDLINE, Cochrane Library y SciELO, además de documentos de la American Academy of Pediatric Dentistry, lo que resultó en 14 referencias verificadas individualmente. La ansiedad odontológica afecta a cerca del 23,9% de los niños y adolescentes, con mayor prevalencia en preescolares (36,5%). Las técnicas no farmacológicas básicas mostraron, en conjunto, un efecto de trivial a pequeño; el modelado, el refuerzo positivo, la relajación, el decir-mostrar-hacer combinado con distracción audiovisual y la terapia cognitivo-conductual redujeron la ansiedad de forma expresiva, aunque con certeza de la evidencia mayoritariamente muy baja. La distracción superó al decir-mostrar-hacer, excepto en procedimientos invasivos, y la realidad virtual mostró efectos expresivos con elevada heterogeneidad. El midazolam oral tiene evidencia de certeza moderada. Se concluye que el manejo debe ser individualizado, escalonado y compartido con los responsables, y se necesitan ensayos clínicos de mejor calidad.



**Palabras clave:** Odontología Pediátrica. Ansiedad al Tratamiento Odontológico. Miedo.

## INTRODUÇÃO

O medo e a ansiedade diante do tratamento odontológico estão entre os principais desafios do atendimento infantil. Embora os termos sejam muitas vezes usados como sinônimos, o medo costuma ser entendido como reação a estímulos ameaçadores específicos da situação odontológica, enquanto a ansiedade se refere a um estado de apreensão antecipatória (GRISOLIA BM, et al., 2020). Seus efeitos ultrapassam o desconforto do momento: a ansiedade odontológica está associada a pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal e a maior tempo de tratamento (GRISOLIA BM, et al., 2020), além de atrasar a busca por atendimento, o que

favorece consultas apenas diante de dor e procedimentos mais invasivos, que por sua vez reforçam o medo (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024).

A magnitude do problema é considerável. Uma metanálise de 50 estudos estimou prevalência global de ansiedade odontológica de 23,9% em indivíduos de 3 a 18 anos (GRISOLIA BM, et al., 2020), e outra, focada na primeira infância, encontrou cerca de 30% entre crianças de 2 a 6 anos (SUN IG, et al., 2024). Diante desse cenário, o manejo comportamental, definido pela American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) como um processo contínuo que vai de técnicas básicas a avançadas, com opções farmacológicas e não farmacológicas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025), tornou-se componente central da prática odontopediátrica.

Apesar da ampla utilização dessas técnicas, a qualidade da evidência que as sustenta é heterogênea e, em muitos casos, limitada (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024; DHAR V, et al., 2023). Justifica-se, assim, uma síntese crítica que reúna o que há de mais consistente na literatura recente e aponte lacunas. O objetivo deste artigo é revisar as estratégias de manejo comportamental para reduzir o medo e a ansiedade de crianças durante o atendimento odontológico, discutindo sua efetividade, limitações e implicações para a prática clínica.



## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, delineada para integrar e comparar achados de revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes e estudos primários. As buscas foram realizadas em outubro de 2026, por meio de mecanismos de busca na web que dão acesso a registros indexados no PubMed/MEDLINE, na Cochrane Library e na SciELO, a repositórios institucionais universitários e ao *site* oficial da AAPD. Utilizaram-se combinações dos descritores *dental anxiety*, *dental fear*, *behavior guidance*, *behavior management*, *pediatric dentistry*, *distraction*, *virtual reality*, *music*, *parental presence*, *sedation* e *prevalence*, associados pelos operadores booleanos AND e OR (por exemplo: *dental anxiety AND children AND virtual reality*), e seus equivalentes em português (DeCS).

Foram considerados elegíveis revisões sistemáticas, metanálises, diretrizes clínicas e ensaios clínicos que avaliassem prevalência, mensuração ou intervenções para medo e ansiedade odontológica em crianças e adolescentes, preferencialmente publicados nos últimos dez anos. Foram excluídos estudos exclusivamente com adultos, relatos de caso e fontes sem possibilidade de verificação bibliográfica. Priorizaram-se fontes de maior nível de evidência.

Cada referência incluída foi aberta e conferida em registro de editora, repositório institucional ou *site* oficial, e os dados bibliográficos (autores, título, periódico, ano, volume, páginas e DOI) constam da tabela de verificação do Apêndice A.

Cumpre registrar as limitações do método: não se tratou de revisão sistemática, a busca não foi conduzida diretamente em cada base com estratégia booleana padronizada, não houve seleção em duplicidade nem avaliação formal do risco de viés, e a amostra final de 14 referências é restrita. Os resultados devem, portanto, ser lidos como uma síntese interpretativa, e não como estimativa quantitativa exaustiva.

Por se tratar de revisão da literatura, sem pesquisa direta com seres humanos ou animais, não houve necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Epidemiologia e fatores associados

A metanálise de Grisolia BM, et al. (2020), que reuniu estudos publicados entre 1985 e 2020, estimou prevalência de 36,5% em pré-escolares, 25,8% em escolares e 13,3% em adolescentes, valores que sugerem redução da ansiedade com o avanço da idade. Os autores observaram ainda que a escala utilizada influenciou a prevalência combinada e que nenhum estudo incluído foi classificado como de alta qualidade metodológica. Resultado coerente foi obtido por Sun IG, et al. (2024), para quem cerca de 30% das crianças de 2 a 6 anos apresentam medo e ansiedade, com maiores chances nas que nunca haviam consultado (*odds ratio* [OR] = 1,37) e nas com experiência de cárie (OR = 1,18). Já a revisão de Cianetti S, et al. (2017), que abrangeu estudos de 2000 a 2014, encontrou prevalências entre cerca de 10% e 20% conforme o instrumento, intervalo de 13,3% a 29,3% nos estudos que usaram a *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS), frequência maior em meninas e menor em países do norte da Europa.



Duas implicações práticas decorrem desses dados. A primeira é que a ausência de experiência odontológica prévia e a presença de cárie identificam subgrupos que merecem atenção redobrada desde a primeira consulta (SUN IG, et al., 2024). A segunda é que a variação entre estudos reflete, em parte, diferenças de instrumentos e de populações (CIANETTI S, et al., 2017; GRISOLIA BM, et al., 2020), o que exige cautela ao comparar números isoladamente.

## Avaliação da ansiedade e do comportamento

A escolha de estratégias depende de uma avaliação prévia da criança. A revisão de Sun IG, et al. (2024) mostra que, na primeira infância, os instrumentos mais empregados foram a escala de comportamento de Frankl (32% dos estudos), a subescala odontológica do *Children's Fear Survey Schedule* (*Dental Subscale* – CFSS-DS, 20%) e uma pergunta direta sobre ansiedade (20%). Outros instrumentos de autorrelato frequentemente usados em ensaios incluem a Escala de Imagem Facial, o Teste de Figuras de Venham e a MCDAS em versão com faces, cuja confiabilidade e validade foram avaliadas por Howard KE e Freeman R (2007). Os instrumentos medem construtos distintos: Frankl e escalas de Venham de comportamento são classificações do observador, ao passo que CFSS-DS e MCDAS são questionários, e medidas fisiológicas, como frequência de pulso, complementam o autorrelato.

Almarzouq SSFS, et al. (2024) ressaltam limites relevantes: escalas de autorrelato exigem flexibilidade cognitiva e crianças menores de quatro anos tendem a escolher as faces extremas; a avaliação comportamental feita pelo operador está sujeita a viés por falta de cegamento; e os instrumentos fisiológicos podem não captar alterações sutis. Recomendam, por isso, combinar medidas subjetivas e objetivas nos estudos futuros. Para a clínica, a AAPD orienta registrar fatores como história médica, temperamento, comportamento em consultas anteriores, técnicas já utilizadas, avaliação da dor e urgência do tratamento antes de definir o plano de manejo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025).



## Técnicas não farmacológicas básicas

A AAPD classifica como básicas a comunicação, a imagem positiva prévia, a observação direta, o dizer-mostrar-fazer, o perguntar-dizer-perguntar, o controle de voz, a comunicação não verbal, o reforço positivo com elogio descritivo, a distração e a dessensibilização (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025). A diretriz clínica da AAPD sobre o tema, publicada em 2023, avaliou oito revisões sistemáticas pelo método *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) e concluiu que, no conjunto, as técnicas básicas produzem efeito de trivial a pequeno sobre o comportamento e a ansiedade; contudo, em crianças em tratamento restaurador, modelação, reforço positivo, relaxamento por biofeedback, relaxamento respiratório, terapia assistida por animais, dizer-mostrar-fazer combinado a distração audiovisual, distração audiovisual isolada e terapia cognitivo-comportamental mostraram grande redução da ansiedade. Todas as recomendações

foram condicionais e, na maioria, apoiadas em certeza de evidência muito baixa (DHAR V, et al., 2023) (Tabela 1).

Comunicação. A comunicação verbal e não verbal é universal na prática, utilizada por 97,3% dos odontopediatras norte-americanos pesquisados pela AAPD, mas a diretriz não encontrou estudos que atendessem aos critérios de inclusão para avaliar a comunicação verbal e identificou apenas um ensaio sobre comunicação não verbal (DHAR V, et al., 2023). Trata-se de lacuna importante: a técnica mais usada é uma das menos testadas.

Dizer-mostrar-fazer e suas variações. Utilizado por 98,3% dos respondentes da pesquisa da AAPD, o dizer-mostrar-fazer, com linguagem eufemística e adequada à idade, tem efeito variável, de trivial a grande, na redução da ansiedade em relação à ausência de intervenção (DHAR V, et al., 2023). A variação dizer-brincar-fazer e a combinação com distração audiovisual aparecem na diretriz como alternativas relevantes (DHAR V, et al., 2023). A AAPD adverte que muitos estudos usaram o dizer-mostrar-fazer como grupo de comparação para técnicas tecnológicas, o que pode influenciar a interpretação de sua eficácia relativa (DHAR V, et al., 2023).

Reforço positivo, modelação e imagens positivas. O reforço positivo, empregado por 95,1% dos respondentes, apresentou pequeno efeito na ansiedade em consultas preventivas, com certeza moderada, e efeito variável (de trivial a grande) sobre o medo em consultas de tratamento (DHAR V, et al., 2023). A modelação, por observação direta ou por vídeo, mostrou efeitos de triviais a grandes sobre comportamento e ansiedade, e o uso prévio de imagens positivas também apresentou resultados variáveis (DHAR V, et al., 2023). Em conjunto, são técnicas de baixo custo e sem efeitos adversos descritos, o que favorece sua adoção mesmo com evidência frágil.



Controle de voz. O controle de voz com aumento do volume mostrou efeito trivial e é a técnica que, junto da ausência dos pais e da estabilização protetora, mais encontra hesitação ou recusa parental; por isso, a AAPD recomenda decisão compartilhada com os responsáveis antes de utilizá-lo, e indica a modificação por abaixamento da voz como possibilidade (DHAR V, et al., 2023).

## Distração

A distração busca desviar a atenção do estímulo desagradável. Em revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, Prado IM, et al. (2019) identificaram cerca de vinte estudos

com técnicas como áudio, audiovisual, camuflagem do instrumental, biofeedback, microscópio operatório e brinquedos, e concluíram que a distração pode ser útil para controlar a ansiedade e o medo, porém com certeza de evidência muito baixa e sem contraindicações identificadas. A heterogeneidade de métodos impediu metanálise.

Uma metanálise mais recente, de Almarzouq SSFS, et al. (2024), reuniu 66 ensaios com crianças de até 12 anos. Exceto em procedimentos mais invasivos, a distração resultou em menor ansiedade autorreferida, melhor cooperação e menor frequência de pulso do que o dizer-mostrar-fazer; os efeitos de realidade virtual, modelação, pedagogia visual e dizer-mostrar-fazer, em contrapartida, foram inconsistentes, com heterogeneidade substancial e certeza muito baixa (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024).

Música. A AAPD relata que a música é utilizada por 50,9% dos respondentes, e uma das revisões analisadas pela diretriz apontou pequena redução da ansiedade com músicas (DHAR V, et al., 2023). O ensaio clínico multicêntrico de Rojas-Alcayaga GA, et al. (2018), com 176 crianças chilenas de 6 anos, entretanto, não observou efeito da distração musical sobre a ansiedade em nenhum momento avaliado; os autores atribuem o resultado, em parte, à baixa ansiedade da amostra (16,1% com ansiedade moderada ou alta) e relatam perda importante no seguimento, pois apenas 47,7% retornaram aos seis meses (ROJAS-ALCAYAGA GA, et al., 2018). O contraste ilustra um ponto metodológico: a distração tende a mostrar benefício maior quando há ansiedade basal relevante.



Realidade virtual. A realidade virtual (RV) é a modalidade que mais atrai pesquisa recente. A metanálise de López-Valverde N, et al. (2020), com oito estudos, encontrou em crianças redução significativa da ansiedade (diferença média padronizada, DMP = –1,75) e da dor (DMP = –1,46), embora apenas oito estudos tenham atendido aos critérios. Yan X, et al. (2023), com 12 ensaios e 818 participantes, obtiveram DMP de –1,74 para ansiedade, –1,57 para dor e redução média de 10,54 batimentos por minuto na frequência cardíaca; contudo, a heterogeneidade foi muito alta ($I^2$ entre 91% e 99%) e o viés de publicação fragiliza a evidência (YAN X, et al., 2023). A AAPD considerou haver certeza moderada para o uso de óculos de RV durante a colocação de restaurações, mas observou que somente 2,1% dos odontopediatras pesquisados a utilizam, o que evidencia descompasso entre o que se pesquisa e o que se pratica (DHAR V, et al., 2023). Recomenda ainda que o equipamento atenda aos padrões de proteção ocular e que a criança seja monitorada (DHAR V, et al., 2023).

## Técnicas avançadas não farmacológicas

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a hipnose são consideradas avançadas por exigirem treinamento específico. Na diretriz, dados combinados de dois ensaios indicaram grande redução da ansiedade e melhora da cooperação com TCC em crianças de 7 a 18 anos com ansiedade prévia ou medo de injeção; apenas 4,3% dos respondentes a utilizam, e sua viabilidade depende, muitas vezes, de colaboração com profissional de saúde mental (DHAR V, et al., 2023). A hipnose não recebeu recomendação formal em crianças saudáveis por escassez de dados aplicáveis (DHAR V, et al., 2023). Relaxamento respiratório e biofeedback mostraram grande redução de ansiedade em parte das medidas, com baixo custo no primeiro caso e dependência de equipamento no segundo (DHAR V, et al., 2023).

## Papel dos pais e do ambiente do consultório

A presença dos responsáveis é adotada por 86,7% dos respondentes da AAPD e a ausência, por 56,3%; a revisão utilizada pela diretriz encontrou benefícios triviais da presença parental sobre comportamento, ansiedade e medo, e a ausência provoca hesitação ou recusa frequente dos pais (DHAR V, et al., 2023). A AAPD sugere, por isso, que o profissional esclareça riscos e benefícios e decida junto com a família (DHAR V, et al., 2023). Estudos específicos sobre a técnica de presença ou ausência parental (BOKA V, et al., 2017) e sobre presença parental ativa versus passiva em pré-escolares (ALDHELAI TA, et al., 2021) ilustram o interesse contínuo no tema, e uma das combinações descritas na diretriz, dizer-mostrar-fazer com presença ativa, associou-se a pequena melhora da ansiedade e da cooperação (DHAR V, et al., 2023).



Quanto ao ambiente, a diretriz reconhece a importância de espaços acolhedores, mas não formulou recomendações sobre salas de espera por falta de evidência de qualidade suficiente (DHAR V, et al., 2023). Para crianças com necessidades especiais, a distração audiovisual e o ambiente sensorialmente adaptado mostraram grande redução da ansiedade (DHAR V, et al., 2023), reforçando a necessidade de planos individualizados.

## Técnicas farmacológicas

Quando as estratégias não farmacológicas não bastam, a AAPD situa a sedação e a anestesia geral entre as técnicas avançadas de manejo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025). A revisão Cochrane de Ashley PF, et al. (2018), que incluiu

cerca de 50 ensaios com 34 sedativos diferentes, usados com ou sem óxido nitroso, concluiu haver evidência de certeza moderada de que o midazolam oral é um agente sedativo eficaz para crianças em tratamento odontológico, e recomendou que novos ensaios comparem regimes experimentais com midazolam oral ou óxido nitroso inalatório (ASHLEY PF, et al., 2018). A diretriz da AAPD ressalta que o uso eficiente das técnicas não farmacológicas pode reduzir a necessidade de sedação ou anestesia geral (DHAR V, et al., 2023). Este artigo não detalha doses ou protocolos, que dependem de habilitação específica, monitorização e normas profissionais.

## Aspectos éticos e aceitação parental

Decisões sobre técnicas diferentes da comunicação devem ser tomadas em colaboração com os pais e, quando apropriado, com a criança, com consentimento informado conforme a legislação aplicável (DHAR V, et al., 2023). A AAPD recomenda documentar o consentimento, incluindo riscos, benefícios e alternativas, inclusive a opção de adiar o tratamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025). A aceitação é desigual: técnicas de baixo risco, como reforço positivo e dizer-mostrar-fazer, raramente geram resistência, ao passo que controle de voz, ausência parental e estabilização protetora enfrentam hesitação frequente (DHAR V, et al., 2023). O respeito aos valores e preferências da família é, portanto, parte da própria indicação da técnica.



**Tabela 1** – Comparação das estratégias de manejo do comportamento infantil.

| Técnica | Vantagens segundo a literatura | Limitações | Indicação / faixa etária descrita |
|---|---|---|---|
| Comunicação verbal e não verbal | Universal e integrada às demais técnicas (DHAR V, et al., 2023) | Quase sem ensaios que avaliem seu efeito isolado (DHAR V, et al., 2023) | Todas as idades; linguagem adequada à idade, ao desenvolvimento e à cultura (DHAR V, et al., 2023) |
| Dizer-mostrar-fazer (e dizer-brincar-fazer) | Amplamente aceito; baixo custo; efeito de trivial a grande na ansiedade (DHAR V, et al., 2023) | Evidência de certeza muito baixa; frequentemente comparador em ensaios (DHAR V, et al., 2023) | Consultas preventivas e de tratamento; termos eufemísticos adequados à idade (DHAR V, et al., 2023) |
| Reforço positivo e elogio | Baixo custo; sem efeitos adversos descritos; certeza moderada em consultas preventivas (DHAR V, et al., 2023) | Efeito variável em tratamento; sem estudos do elogio descritivo isolado (DHAR V, et al., 2023) | Preventivo e tratamento; indiretamente aplicável a crianças com necessidades especiais (DHAR V, et al., 2023) |

| Técnica | Vantagens segundo a literatura | Limitações | Indicação / faixa etária descrita |
|---|---|---|---|
| Modelação e imagens positivas | Pode reduzir ansiedade de forma expressiva; baixo risco (DHAR V, et al., 2023) | Resultados variáveis, de triviais a grandes (DHAR V, et al., 2023) | Preventivo e tratamento, no domicílio ou no consultório (DHAR V, et al., 2023) |
| Controle de voz | Viável, baixo custo (DHAR V, et al., 2023) | Efeito trivial; hesitação parental frequente (DHAR V, et al., 2023) | Somente após decisão compartilhada com os pais (DHAR V, et al., 2023) |
| Distração (áudio, audiovisual, música) | Menor ansiedade autorreferida e pulso que o dizer-mostrar-fazer, exceto procedimentos invasivos (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024) | Certeza muito baixa; heterogeneidade; resultados negativos em alguns ensaios (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024; PRADO IM, et al., 2019; ROJAS-ALCAYAGA GA, et al., 2018) | Crianças até 12 anos nos estudos revisados (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024) |
| Realidade virtual | Grande redução de ansiedade e dor em metanálises (LÓPEZ-VALVERDE N, et al., 2020; YAN X, et al., 2023) | Alta heterogeneidade, viés de publicação; uso clínico raro (2,1%); requer proteção ocular (DHAR V, et al., 2023; YAN X, et al., 2023) | Procedimentos restauradores (certeza moderada); estudos com crianças de até 12 anos (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024; DHAR V, et al., 2023) |
| TCC, relaxamento, biofeedback | Grande redução da ansiedade em ensaios incluídos na diretriz (DHAR V, et al., 2023) | Exigem treinamento, tempo e, por vezes, equipe de saúde mental (DHAR V, et al., 2023) | TCC: crianças de 7 a 18 anos com ansiedade ou medo de injeção (DHAR V, et al., 2023) |
| Sedação (midazolam oral; óxido nitroso) | Midazolam oral com evidência de certeza moderada de eficácia (ASHLEY PF, et al., 2018) | Técnica avançada; exige habilitação e monitorização (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025) | Crianças que não cooperam apesar das técnicas básicas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025; ASHLEY PF, et al., 2018) |

**Fonte:** LIMA ES, et al., 2026; elaborado a partir das referências citadas.

## Análise crítica e implicações para a prática

O achado mais consistente desta revisão é a distância entre a ampla utilização das técnicas e a fragilidade da evidência que as sustenta. A AAPD reconhece que as recomendações são condicionais e quase sempre baseadas em certeza muito baixa (DHAR V, et al., 2023), e a metanálise de Almarzouq SSFS, et al. (2024) aponta heterogeneidade substancial decorrente de idades, procedimentos, formas de aplicar as técnicas e instrumentos de medida. Nesse contexto, nenhuma técnica isolada pode ser apresentada como padrão-ouro, e a escolha depende de julgamento clínico informado pelas preferências da família.

A comparação entre distração e dizer-mostrar-fazer merece leitura crítica. A vantagem da distração descrita por Almarzouq SSFS, et al. (2024) contrasta com a observação da AAPD de que o dizer-mostrar-fazer foi usado como comparador em vários estudos (DHAR V, et al., 2023); ou seja, parte da superioridade aparente pode refletir o desenho dos estudos. Além disso, a mesma diretriz alerta que parte da grande redução de ansiedade observada durante procedimentos restauradores pode se dever à habituação natural ao longo do tempo (DHAR V, et al., 2023), hipótese que deve ser considerada ao interpretar efeitos de intervenções avaliadas antes e depois. Os resultados negativos para a música (ROJAS-ALCAYAGA GA, et al., 2018) e para parte das modalidades de Almarzouq SSFS, et al. (2024) reforçam que o efeito depende do contexto, em especial do nível basal de ansiedade e da invasividade do procedimento.

A realidade virtual ilustra bem esse cenário. Enquanto duas metanálises apontam efeitos expressivos (LÓPEZ-VALVERDE N, et al., 2020; YAN X, et al., 2023), com tamanhos de efeito semelhantes entre si, a elevada heterogeneidade e o viés de publicação indicam que as estimativas podem estar superestimadas (YAN X, et al., 2023), e outra revisão encontrou resultados inconsistentes (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024). Há ainda uma questão de aplicabilidade: o custo, a necessidade de proteção ocular e o risco de reduzir o campo visual e o senso de controle da criança (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024) ajudam a explicar o uso restrito na prática (DHAR V, et al., 2023). Deve-se, portanto, tratar a RV como recurso complementar, não substitutivo, das técnicas básicas.



Quanto à mensuração, a prevalência varia conforme o instrumento (CIANETTI S, et al., 2017; GRISOLIA BM, et al., 2020), e o autorrelato de crianças pequenas é pouco confiável (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024). Isso limita tanto a comparação entre estudos como a segurança das conclusões. A recomendação de associar medidas fisiológicas e comportamentais ao autorrelato (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024) parece adequada, embora as medidas fisiológicas também possam não captar nuances da ansiedade (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024).

Do ponto de vista clínico, os dados sustentam uma abordagem escalonada. O primeiro passo é avaliar o perfil da criança e registrar os fatores relevantes (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025); em seguida, utilizar técnicas básicas de baixo risco, como comunicação adaptada, dizer-mostrar-fazer, reforço positivo e modelação, combinando-as quando possível (DHAR V, et al., 2023); incorporar distração e, quando disponível, recursos tecnológicos para procedimentos específicos (ALMARZOUQ SSFS, et al., 2024; DHAR V, et

al., 2023); e reservar TCC e sedação para casos selecionados, com habilitação adequada (ASHLEY PF, et al., 2018; DHAR V, et al., 2023). Em todas as etapas, o diálogo com os responsáveis e o consentimento informado são indispensáveis (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2025; DHAR V, et al., 2023).

Esta revisão tem limitações: método narrativo, amostra restrita de 14 referências, ausência de seleção em duplicidade e de avaliação formal de risco de viés. Entre as fontes selecionadas e verificadas não constaram estudos primários conduzidos no Brasil, o que limita a extrapolação ao contexto nacional; futuras revisões devem incluir bases como LILACS e a literatura nacional. A pesquisa citada pela AAPD sobre o uso das técnicas na prática teve taxa de resposta de 7,45% (DHAR V, et al., 2023), o que também restringe a generalização dessas proporções.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O medo e a ansiedade odontológica são frequentes na infância, particularmente na idade pré-escolar, e exigem manejo planejado desde a primeira consulta. A literatura revisada indica que há um conjunto de estratégias não farmacológicas seguras e de baixo custo, entre elas comunicação, dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, modelação e distração, com potencial para reduzir a ansiedade, embora a certeza da evidência seja, em geral, baixa. Recursos tecnológicos como a realidade virtual são promissores, mas carecem de estudos mais homogêneos e de avaliação de viabilidade. A sedação com midazolam oral tem evidência de eficácia em casos selecionados, sempre como etapa avançada.



Recomenda-se que novos estudos priorizem as técnicas mais usadas na prática, em especial a comunicação, adotem desfechos padronizados que combinem medidas subjetivas e objetivas, tenham amostras maiores e incluam populações latino-americanas. Na clínica, o manejo deve ser individualizado, escalonado e construído com a participação da criança e de seus responsáveis.

## REFERÊNCIAS

1. ALDHELAI TA, et al. Influence of active versus passive parental presence on the behavior of preschoolers with different intelligence levels in the dental operatory: a randomized controlled clinical trial. BMC Oral Health, 2021; 21: 420. DOI: 10.1186/s12903-021-01781-z.

2. ALMARZOUQ SSFS, et al. Effectiveness of nonpharmacological behavioural interventions in managing dental fear and anxiety among children: a systematic review and meta-analysis. Healthcare, 2024; 12(5): 537. DOI: 10.3390/healthcare12050537.

3. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Behavior guidance for the pediatric dental patient. In: The reference manual of pediatric dentistry. Chicago: AAPD, 2025; a partir da p. 379.

4. ASHLEY PF, et al. Sedation of children undergoing dental treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018; (12): CD003877. DOI: 10.1002/14651858.CD003877.pub5.

5. BOKA V, et al. A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management. European Archives of Paediatric Dentistry, 2017; 18: 405-409. DOI: 10.1007/s40368-017-0313-9.

6. CIANETTI S, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. European Journal of Paediatric Dentistry, 2017; 18(2): 121-130. DOI: 10.23804/ejpd.2017.18.02.07.

7. DHAR V, et al. Nonpharmacological behavior guidance for the pediatric dental patient. Pediatric Dentistry, 2023; 45(5): 385-410.

8. GRISOLIA BM, et al. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: a systematic review with meta-analyses. International Journal of Paediatric Dentistry, 2020 (publicação antecipada). DOI: 10.1111/ipd.12712.



9. HOWARD KE, FREEMAN R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. International Journal of Paediatric Dentistry, 2007; 17: 281-288. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2007.00830.x.

10. LÓPEZ-VALVERDE N, et al. Use of virtual reality for the management of anxiety and pain in dental treatments: systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Medicine, 2020; 9(10): 3086. DOI: 10.3390/jcm9103086.

11. PRADO IM, et al. Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: a systematic review of randomized controlled trials. International Journal of Paediatric Dentistry, 2019 (publicação antecipada). DOI: 10.1111/ipd.12499.

12. ROJAS-ALCAYAGA GA, et al. Music distraction effectiveness in dental anxiety and treatment adherence in 6-year-old children: a randomized clinical trial. International Journal of Odontostomatology, 2018; 12(1). DOI: 10.4067/S0718-381X2018000100035.

13. SUN IG, et al. Global prevalence of early childhood dental fear and anxiety: a systematic review and meta-analysis. Journal of Dentistry, 2024; 142: 104841. DOI: 10.1016/j.jdent.2024.104841.

14. YAN X, et al. Effectiveness of virtual reality distraction interventions to reduce dental anxiety in paediatric patients: a systematic review and meta-analysis. Journal of Dentistry, 2023; 132: 104455. DOI: 10.1016/j.jdent.2023.104455.