TÉCNICAS BÁSICAS PARA MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO: *SCOPING REVIEW*

Nádia Oliveira **Ciriaco**[1], Patrícia **Corrêa-Faria**[1]

[1]Curso de Odontologia, Faculdade Sul-Americana, Goiânia, Goiás, Brasil

Palavras-chave: Comportamento infantil. Ansiedade ao tratamento odontológico. Pré-escolar. Assistência odontológica.

RESUMO

Introdução: Para tornar o atendimento odontopediátrico mais confortável e reduzir a ansiedade, o dentista pode usar as técnicas básicas e avançadas de manejo do comportamento infantil. **Objetivo:** Identificar as técnicas básicas de manejo de comportamento investigadas nos últimos dez anos e sintetizar os resultados sobre a eficácia na redução do medo/ansiedade, melhora do comportamento e aceitabilidade. **Fontes de dados:** Uma busca foi realizada no *PubMed, Scielo, Lilacs* e *Grey Literature Report*, em outubro/2021. Estudos observacionais e de intervenção sobre o uso de técnicas básicas de manejo de comportamento no atendimento de crianças com até 6 anos, e publicados nos últimos dez anos, foram incluídos. **Síntese dos dados:** De um total de 756 referências, 63 foram lidas integralmente e 15 incluídas na *scoping review*. Distração, reforço positivo, controle de voz, falar-mostrar-fazer, modelagem e presença/ausência dos pais foram investigadas em ensaios clínicos e em estudos transversais. As técnicas foram eficazes na redução da ansiedade odontológica e, a maioria, bem aceita pelos pais/cuidadores. Controle de voz e presença/ausência dos pais foram as menos aceitas. Resultados controversos sobre o efeito no comportamento foram observados nos estudos sobre a presença/ausência dos pais. **Conclusões:** Distração foi a técnica investigada com maior frequência nos estudos selecionados, seguida por reforço positivo, presença dos pais, controle de voz e falar-mostrar-fazer. As técnicas básicas tiveram resultados positivos na redução da ansiedade infantil e na aceitabilidade dos pais. Controle de voz e presença/ausência dos pais devem ser recomendadas com cautela.

Keywords: Child behavior. Dental Anxiety. Child, preschool. Dental care.

ABSTRACT

Introduction: To make pediatric dental care more comfortable and reduce anxiety, the dentist can use basic and advanced techniques for managing child behavior. **Objective:** Identify the basic behavior management techniques investigated in the last ten years and synthesize the results on efficacy in reducing dental fear/anxiety, improving behavior and acceptability. **Sources of data:** A search was conducted in PubMed, Scielo, Lilacs and Grey Literature Report, in October/2021. Observational and interventional studies on the use of basic behavior management techniques in the care of children up to 6 years old, and published in the last ten years, were included. **Synthesis of data:** Of a total of 756 references, 63 were read in full and 15 included in the scoping review. Distraction, positive reinforcement, voice control, tell-show-do, modeling, and presence/absence of parents were investigated in clinical trials and cross-sectional studies. The techniques were effective in reducing dental anxiety and, most, well accepted by parents/caregivers. Voice control and presence/absence of parents were the least accepted. Controversial results on the effect on behavior were observed in studies on the presence/absence of parents. **Conclusions:** Distraction was the most frequently investigated technique in the selected studies, following by positive reinforcement, presence of parents, voice control and tell-show-do. The basic techniques had positive results in reducing childhood anxiety and accepting parents. Voice control and presence/absence of parents should be recommended with caution.

Submetido: 14 de janeiro, 2022
Modificado: 07 de fevereiro, 2022
Aceito: 21 de fevereiro, 2022

***Autor para correspondência**:
Patrícia Corrêa-Faria
Endereço: BR-153, Km 502, Jardim da Luz, Goiânia, GO, Brasil
CEP: 74850-370
E-mail: patriciafaria.faria09@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, cerca de quatro em cada 10 crianças pré-escolares (menores de seis anos) têm ansiedade odontológica.[1] Esse sentimento negativo está associado à pouca idade das crianças, temperamento,[2] experiências negativas anteriores[3] e pode afetar, negativamente o comportamento[4] e a qualidade dos procedimentos odontológicos.[5] A ansiedade pode conduzir a criança a um ciclo vicioso no qual o medo/ansiedade do atendimento leva à dificuldade e/ou impossibilidade de realização dos procedimentos odontológicos e consequente agravamento das doenças bucais o que, por sua vez, aumenta o medo/ansiedade.[5]

A redução da ansiedade e do medo é um passo importante no atendimento odontopediátrico que pode ser alcançada aplicando-se técnicas de manejo básicas e avançadas. As técnicas básicas são aquelas baseadas na comunicação entre a equipe odontológica e a criança buscando a sua compreensão sobre o tratamento e uma atitude positiva.[4] Já as técnicas avançadas, usadas em casos de insucesso das básicas, têm uso restrito e podem se basear no restabelecimento do papel da criança e do adulto, na limitação dos movimentos do paciente para permitir a conclusão do procedimento ou atendimento urgente, e no uso de medicamentos capazes de alterar o nível de consciência infantil e, assim, permitir a colaboração.[4]

O uso das técnicas farmacológicas nos casos de insucesso da aplicação exclusiva das técnicas básicas se tornou mais frequente nos últimos anos.[6] A necessidade de treinamento, cursos específicos para a habilitação e/ou de capacitação do dentista[7] pode limitar o uso das técnicas farmacológicas. Por sua vez, as técnicas básicas são usadas rotineiramente e ensinadas desde a graduação. Técnicas básicas e avançadas têm o objetivo de ajudar a criança a aceitar o tratamento, reduzir a ansiedade e permitir o atendimento seguro.[4] Apesar disso, o nível de confiança nas informações disponíveis na literatura sobre o manejo da ansiedade odontológica em crianças ainda é muito baixo, segundo uma revisão publicada em 2015.[8] Desde então, poucas revisões sobre as técnicas básicas foram publicadas. Nos estudos publicados, apenas técnica de distração foi investigada e parece haver um consenso em relação à baixa certeza da evidência sobre o seu efeito na redução do medo e da ansiedade infantil no atendimento odontológico e ao alto risco de viés dos estudos.[9-11]

Até o momento, revisões que sintetizam os efeitos das outras técnicas básicas no manejo do comportamento infantil são escassas.[12] O mapeamento e dos estudos sobre essas técnicas e a síntese dos seus resultados são desejáveis e permitirão as outras técnicas que têm sido pesquisadas, bem como os desfechos analisados e métodos adotados. Isso será útil para os pesquisadores que poderão identificar as lacunas a serem preenchidas na literatura e para os clínicos que acessarão as informações sobre os estudos de forma sintetizada.

Os objetivos deste estudo foram identificar as técnicas básicas de manejo de comportamento investigadas nos últimos dez anos e sintetizar os resultados sobre a eficácia na redução do medo/ansiedade, melhora do comportamento e aceitabilidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

A *scoping review* foi realizada de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute,*[8] e relatada seguindo-se o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for Scoping Review* (PRISMA-ScR).[13] Para sintetizar as evidências sobre as técnicas básicas para manejo do comportamento infantil no atendimento odontológico, as seguintes etapas foram realizadas: 1) formulação da pergunta de pesquisa; 2) busca por artigos em bases de dados eletrônicas; 3) seleção dos artigos de acordo com critérios de inclusão e de exclusão; 4) extração de dados dos artigos selecionados; 5) apresentação e síntese das informações.[13] O protocolo da *scoping review* foi registrado no *Open Science Framework* em Julho/2021 (https://osf.io/6rmgz/).

Foram incluídos estudos observacionais (transversais, caso-controle, coorte) e de intervenção (ensaios clínicos) que investigaram pelo menos uma técnica básica para manejo do comportamento no atendimento odontológico de crianças com até seis anos de idade. Revisões, cartas ao editor e relatos de caso foram excluídos. As seguintes restrições foram aplicadas: idioma (português, espanhol e inglês) e data de publicação (artigos publicados a partir de 2010). Esse recorte temporal é justificado pela busca de artigos que abordam as técnicas básicas de manejo recomendadas nos guidelines atualizados e aplicadas às crianças atualmente. O período de dez anos também foi adotado em estudo anterior para delimitar a geração alfa (nascidos no período de 2010 a 2025) da qual fazem parte as crianças atendidas na odontopediatria atualmente.[12]

A busca por artigos foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed, Scielo, Lilacs e Grey Literature Report, em outubro/2021. Para isso uma estratégia de busca foi elaborada com termos MeSH, termos relacionados e termos livres relacionados à população (crianças pré-escolares), ao conceito (técnicas básicas para manejo do comportamento) e ao contexto (tratamento odontológico) (Tabela 1). A

***Tabela 1**: Estratégia de busca.*

Base eletrônica	Estratégia de busca
PubMed	(Child, Preschool [MH] OR Child Preschool [TIAB] OR Pediatric [TIAB] OR Paediatric [TIAB] OR Infant [MH] OR Infant* [TIAB]) AND (Behavior Control [MH] OR Behavior Control [TIAB] OR Manipulation Behavioral [TIAB] OR Manipulations Behavioral [TIAB] OR Behavior management [TIAB] OR Behaviour management [TIAB] OR Direct observation [TIAB] OR Tell-show-do [TIAB] OR Voice control [TIAB] OR Nonverbal communication [TIAB] OR Positive reinforcement [TIAB] OR Distraction [TIAB] OR Parental presence [TIAB]) AND (Dental care [MH] OR Dental care [TIAB] OR Dental treatment [TIAB])
Scielo	(Child, Preschool) OR (Child Preschool) OR (Pediatric) OR (Paediatric) OR (Infant) OR (Infant*) AND (Behavior Control) OR (Manipulation Behavioral) OR (Manipulations Behavioral) OR (Behavior management) OR (Behaviour management) OR (Direct observation) OR (Tell-show-do) OR (Voice control) OR (Nonverbal communication) OR (Positive reinforcement) OR (Distraction) OR (Parental presence) AND (Dental care) OR (Dental treatment)
Lilacs	child [Palavras] and behavior [Palavras] and pediatric dentistry [Palavras]
Grey Literature Report	Child behaviour

estratégia de busca foi adaptada para cada uma das bases de dados. Após a busca, artigos duplicados foram removidos usando um gerenciador de referências bibliográficas (EndNote X7, Thomson Reuters, New York, USA).

As referências identificadas na busca eletrônica foram avaliadas por duas pesquisadoras calibradas (NOC e PCF). O título e o resumo de cada referência foram lidos e avaliados a partir dos critérios de elegibilidade. Em uma segunda etapa, o texto completo correspondente às referências inicialmente incluídas foi lido integralmente e os critérios de elegibilidade, aplicados. Quando houve dúvida, as pesquisadoras avaliaram o artigo e decidiram sobre a sua elegibilidade, por meio de consenso.

Dados/informações dos artigos incluídos foram extraídos usando um formulário elaborado para esse estudo. Foram extraídas informações sobre: autor, ano de publicação, país, objetivo, delineamento do estudo, participantes, técnicas básicas de manejo de comportamento investigadas, principais resultados e conclusão. Os dados/informações extraídos foram sintetizados em texto e apresentados em um quadro.

RESULTADOS

Um total de 756 referências foram identificadas na busca eletrônica. Após a remoção dos títulos duplicados (n=13), 743 títulos e resumos foram avaliados. Destes, 680 foram excluídos por não se relacionarem ao tema e por serem publicados antes de 2010. Sessenta e três artigos foram lidos integralmente e avaliados sobre os critérios de elegibilidade; 49 foram excluídos e 14 incluídos na síntese qualitativa (Figura 1).

Dentre os 14 artigos incluídos, 10 eram ensaios clínicos (4 cruzados[15-18] e 6 paralelos[19-24]) e quatro eram estudos transversais. Os artigos foram publicados no período entre 2010 e 2021, no Brasil (n=2), Irã (n=3), Holanda (n=1), Índia (n=5), Espanha (n=1), Egito (n=1) e Estados Unidos (n=1). Foram investigadas as seguintes técnicas de manejo de comportamento: distração (n=6), reforço positivo (n=3), controle de voz (n=5), falar-mostrar-fazer (n=9), modelagem (n=4) e presença/ausência dos pais (n=3).

Nos ensaios clínicos, a eficácia das técnicas foi comparada. Um grupo de crianças recebeu reforço positivo ao final do atendimento, enquanto outro grupo atuou como controle.[19] Diferentes estratégias de distração foram comparadas com a não distração[16,17,23] e com a técnica falar-mostrar-fazer.[15,22,23] Nessas investigações, a distração se mostrou uma técnica eficaz no manejo do comportamento infantil durante o tratamento odontológico. A técnica falar-mostrar-fazer foi aplicada como controle ou combinada a outras técnicas nos ensaios clínicos.[15,18,21,23]

A presença/ausência dos pais no consultório odontológico foi investigada e resultados contraditórios foram observados. Dois estudos mostraram que a presença dos pais não afeta o desconforto[20] e o comportamento[25] das

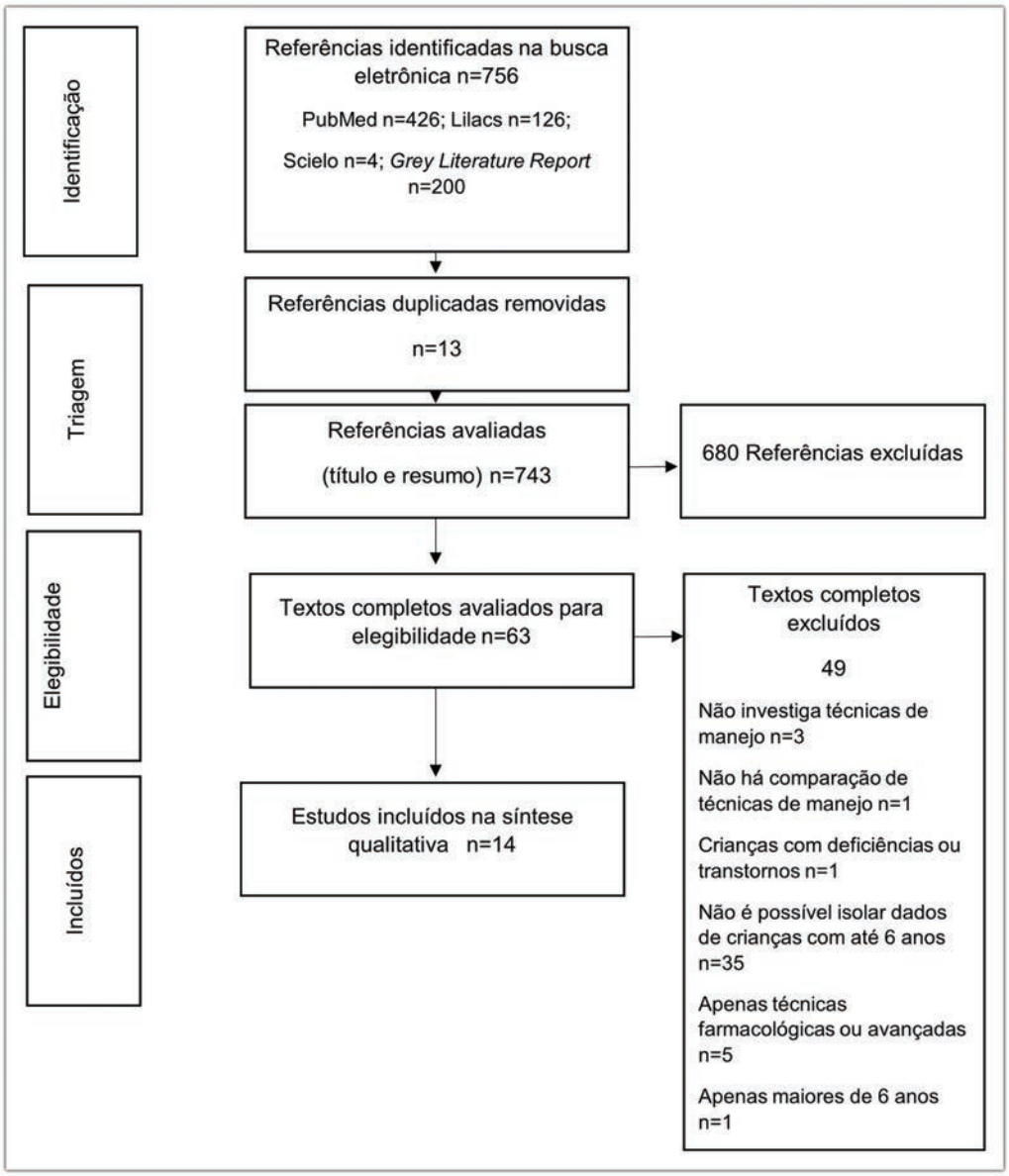

***Figura 1**: Fluxograma do processo de busca, revisão e seleção dos artigos.*

crianças. Em outra investigação, crianças tratadas sob a presença ativa dos pais tiveram maior taxa de comportamento positivo do que aquelas tratadas na presença passiva do cuidador.[21]

A eficácia das técnicas foi avaliada durante procedimentos restauradores,[16-18,24] pulpotomia,[15,24] cimentação de coroa de aço pré-fabricada,[15,22] extração,[22] aplicação de anestesia local,[15,16,22,24] profilaxia[21] e aplicação de fluoretos.[16,21] O sucesso das técnicas foi mensurado por meio de parâmetros fisiológicos – saturação de oxigênio, frequência cardíaca,[15,17,24] comportamento, dor/desconforto e ansiedade odontológica da criança.[15,16,18-24,26]

Nos estudos transversais, investigou-se, principalmente, a aceitabilidade das técnicas de manejo do comportamento pelos pais/cuidadores. Nesses estudos, a aceitabilidade do controle de voz, falar-mostrar-fazer, reforço positivo, modelagem, mão sobre a boca e presença/ausência dos pais foi testada. A técnica falar-mostrar-fazer foi a preferida,[25-28] enquanto, controle de voz foi a técnica básica menos aceita.[26,28] Nesses estudos, as técnicas básicas foram preferidas às avançadas, como a estabilização protetora e a mão sobre a boca. Os pais/cuidadores foram esclarecidos sobre as técnicas em apresentações e registraram suas respostas em escalas visuais analógicas e questionários.[25,26,28]

As informações extraídas de cada artigo incluído e a síntese dos resultados são apresentadas na tabela 2.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Léon et al.[27], 2010, Espanha	Avaliar a aceitação de pais sobre as técnicas de manejo do comportamento utilizadas em odontopediatria	Transversal	50 pais de crianças de 3 a 13 anos em tratamento odontológico	Falar-mostrar-fazer, sedação com óxido nitroso, estabilização protetora passiva, controle de voz, mão sobre a boca, premedicação oral, estabilização ativa, anestesia geral.	Aceitação das técnicas Escala (0 a 10) preenchida pelos pais após assistirem vídeo sobre as técnicas.	Não informado	Falar-mostrar-fazer foi a técnica mais bem aceita, seguida por controle de voz. Mão sobre a boca foi a técnica menos aceita.	A técnica falar-mostrar-fazer foi a mais bem aceita pelos pais. Os pais tiveram opinião negativa sobre a mão sobre boca.
Cox et al.[20], 2011, Holanda	Analisar a influência da presença dos pais durante o atendimento odontológico no comportamento da criança.	Ensaio clínico controlado e randomizado	90 crianças de 4 a 12 anos, com necessidade de tratamento em, pelo menos, duas sessões	Presença/ ausência dos pais: G1 – pais presentes no consultório durante o tratamento G2 – pais aguardaram na sala de espera	Ansiedade odontológica (*Dental Subscale Children's Fear Survey Schedule* – CFSS-DS) – relatada pelos pais. Comportamento infantil (*Venham's modified*)Opinião da criança sobre o tratamento (*Wong-Baker Faces Rating Scale* FPRS)	Duas sessões de tratamento realizadas por odontopediatras. Procedimentos não especificados.	Não houve diferença no desconforto de crianças tratadas com e sem a presença dos pais. Crianças de 4 a 5 anos tiveram mais comportamento disruptivo quando os pais estavam presentes. (Resultados isolados para crianças de 4 a 5 anos)	Não houve diferença no atendimento realizado com e sem a presença dos pais. O comportamento das crianças jovens foi pior na presença dos pais

Tabela 2: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Aminabadi et al.[16], 2012, Irã	Avaliar a influência do uso de óculos de realidade virtual na severidade de dor e na ansiedade durante procedimentos odontológicos em crianças	Ensaio clínico cruzado, randomizado, duplo cego	117 crianças de 4 a 6 anos em primeiro atendimento, com cárie em pelo menos dois molares com necessidade de restauração, sem transtornos de ansiedade	Distração com óculos de realidade virtual, fones de ouvido e episódio do desenho animado Tom e Jerry (experimental) Atendimento sem o dispositivo (controle).	Ansiedade durante o procedimento odontológico (*Modified Child Dental Anxiety Scale* MCDAS (f))Dor percebida durante o procedimento (*Wong Baker FACES Pain Rating Scale*)	Procedimento restaurador sob anestesia local e realizado por odontopediatra	Quando a técnica de distração foi usada, houve redução significativa na pontuação de dor e de ansiedade.	Distração com óculos de realidade virtual reduz a dor e a ansiedade durante o tratamento.
Paryab, Arab[24], 2014, Irã	Avaliar o efeito da modelagem filmada em comparação com falar-mostrar-fazer em crianças ansiosas e não colaboradoras	Ensaio clínico randomizado	46 crianças de 4 a 6 anos em primeiro atendimento odontológico G1 – Falar-mostrar-fazer (controle) G2 – modelagem filmada (experimental): a criança assistiu a um filme antes da consulta. O filme mostrou a realização de profilaxia em uma criança de 5 anos.	Modelagem filmada (experimental) Falar-mostrar-fazer (controle)	Frequência cardíaca Comportamento (Frankl scale) Ansiedade (Venham scale)	Pulpotomia e restauração em molar decíduo inferior.	Não houve diferença significativa nos escores de frequência cardíaca, ansiedade e comportamento entre os grupos.	A modelagem filmada pode ser um método alternativo à falar-mostrar-fazer na preparação pré-consulta de crianças de 4 a 6 anos.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Venkataraghavan et al.[26], 2016, Índia	Avaliar a aceitação dos pais sobre técnicas de manejo de comportamento usadas na odontopediatria em diferentes situações.	Transversal	51 pais que acompanharam crianças de 2 a 4 anos	Controle de voz, falar-mostrar-fazer, reforço positivo, presença ou ausência dos pais, mão sobre a boca, restrição física, sedação com óxido nitroso/ oxigênio, anestesia geral	Medo odontológico da criança (CFSS-DS aplicada aos pais)Preferência sobre a técnica de manejo - qual a mais aceitável e a menos aceitável em cada situação odontológica (exame clínico intrabucal, exame radiográfico, aplicação de fluoreto, restauração, administração de anestesia local e extração de emergência) Questionário aplicado após apresentação das técnicas em Power Point	Não informado.	Falar-mostrar-fazer foi a técnica mais bem aceita em diferentes situações (76,5% em exame; 72,5% em exame radiográfico; 80,4% aplicação de fluoreto; 84,3% em anestesia; 86,3% em emergência), seguida pelo reforço positivo. As técnicas menos preferidas/aceitas foram a anestesia geral e restrição física. Dentre as técnicas básicas, a menos aceita foi a mão sobre a boca.	Os pais preferem técnicas com abordagens mais positivas mesmo em emergências. Técnicas mais impositivas foram menos aceitas, menos toleradas pelos pais.
Acharya[28], 2017, Índia	Avaliar a aceitação dos pais sobre técnicas de manejo do comportamento comumente usadas na odontopediatria	Transversal	50 pais que acompanharam crianças de 3 a 6 anos em tratamento odontológico.	Controle de voz, falar-mostrar-fazer, reforço positivo, abridor de boca, modelagem, mão sobre a boca, estabilização protetora, premedicação oral, sedação com óxido nitroso/oxigênio, anestesia geral	Aceitação das técnicas (Escala Visual Analógica – EVA aplicada após apresentação das técnicas em Power Point)	Não informado.	Falar-mostrar-fazer foi a técnica preferida (86%), seguida pelo reforço positivo (76%). As menos preferidas foram mão sobre a boca (24%), seguida por restrição física (26%) e controle de voz (28%).	Falar-mostrar-fazer foi a técnica mais bem aceita, enquanto mão sobre a boca foi a menos aceita.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Rank et al., 2018[19] Brasil	Avaliar se o reforço positivo reduz a ansiedade das crianças após o tratamento odontológico	Ensaio clínico randomizado	306 crianças de 4 a 6 anos sem experiência odontológica e com necessidade de tratamento Grupo 1 (n 150): sem reforço positivo Grupo 2 (n 156): reforço positivo após o atendimento	Reforço positivo (balão colorido) (experimental) Controle não recebeu o reforço positivo. Falar-mostrar-fazer foi usada no atendimento das crianças de ambos os grupos.	Ansiedade (*Venham Picture Test* modificado)	1ª sessão: profilaxia 2º sessão: procedimentos não foram informados	O nível de ansiedade reduziu significativamente de 54-25% no G2.	O reforço positivo reduziu a ansiedade das crianças pré-escolares.
Ahuja et al., 2018[18] Índia	Avaliar a influência da presença ou ausência dos pais no consultório odontológico no comportamento de crianças durante o atendimento odontológico.	Ensaio clínico randomizado paralelo	16 crianças com idade entre 4 e 6 anos sem experiência odontológica (Informação isolada para crianças com até 6 anos)	Presença e ausência dos pais (experimental) Falar-mostrar-fazer, controle de voz, modelagem, eufemismo e contingência foram usadas para manejo do comportamento de todas as crianças.	Comportamento no tratamento (escala de Frankl) avaliado por um pesquisador independente a partir de registro de vídeo dos atendimentos	Procedimento restaurador em duas consultas consecutivas	Na presença dos pais, nenhuma criança teve comportamento definitivamente negativo; 5 tiveram comportamento negativo e, 12 (70,6%), positivo. Na ausência dos pais, uma criança teve comportamento definitivamente negativo e as demais (16; 94,1%) tiveram comportamento positivo.	A ausência dos pais é uma opção de técnica de manejo de comportamento. A técnica deve ser combinada a outras técnicas básicas como a comunicação, falar-mostrar 0 fazer e controle de voz.

Revista Científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal) v.6, n.3, September - December, 2021.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Ghadimi et al.[15], 2018, Irã	Avaliar o efeito da distração visual na ansiedade e no comportamento de crianças ao receberem tratamento sob anestesia local	Ensaio clínico cruzado e randomizado	28 crianças de 4 a 5 anos sem experiência odontológica e com necessidade de pulpotomia e coroa metálica pré-fabricada em molares inferiores. G1 – tratamento realizado enquanto a criança assistia desenho animado. Na segunda consulta, foi usada a técnica falar-mostrar-fazer G2 – na primeira consulta foi usada a falar-mostrar-fazer. A distração visual foi usada na segunda consulta.	Distração visual usando um desenho animado (episódio do desenho animando Tom e Jerry) em monitor posicionado em frente à criança (experimental) Falar-mostrar-fazer (controle)	Nível de ansiedade pré- e pós-operatória (*Venham Picture Test* e frequência cardíaca) Comportamento no atendimento odontológico (escala de Frankl)	Pulpotomia e cimentação de coroa metálica pré-fabricada em molares decíduos inferiores. Procedimentos realizados por um dentista que era estudante de pós-graduação em odontopediatria.	A distração visual reduziu, significativamente, a frequência cardíaca e a ansiedade autorrelatada pela criança, em comparação com a técnica falar-mostrar-fazer. Não houve alteração significativa no comportamento infantil.	A distração visual reduziu a frequência cardíaca e a ansiedade autorrelatada da criança, mas não alterou o seu comportamento.
Serra-Negra et al.[17], 2019, Brasil	Analisar o efeito tranquilizador da música associado com traços de personalidade durante o tratamento odontológico	Ensaio clínico randomizado cruzado	34 crianças de 4 a 6 anos com cárie na superfície oclusal de molares, sem experiência prévia de tratamento odontológico	Distração com música clássica: G1 – 1ª sessão com música e 2ª sem música G2 – 1ª sessão sem música e 2ª com música	Frequência cardíacaTraço de personalidade (*Eysenck personality questionnaire-junior* EPQ-J)	Procedimento restaurador usando a técnica de tratamento restaurador atraumático modificado. Procedimentos realizados por um odontopediatra	A frequência cardíaca foi menor quando a distração foi usada. Maior frequência cardíaca foi observada entre as crianças com baixa extroversão, quando tratadas sem a música.	A música relaxou as crianças reduzindo a sua frequência nos momentos do procedimento restaurador.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Desai et al.[25], 2019, Índia	Avaliar a atitude e a aceitação dos pais sobre as técnicas de manejo usadas por odontopediatras; o efeito da presenta dos pais no comportamento da criança	Transversal	100 pais que acompanharam as crianças de 2 a 5 anos em sua primeira visita odontológica(informações isoladas para crianças com até 6 anos)	Falar-mostrar-fazer, reforço positivo, modelagem ao vivo, controle de voz, mão sobre a boca, restrição passiva, restrição ativa, pré-medicação oral, sedação com óxido nitroso e anestesia geral.	Aceitação das técnicas (escala visual analógica) Questionário Avaliação após as técnicas serem apresentadas aos pais em vídeo.	Não informado.	Aceitação As técnicas mais aceitas foram falar-mostrar-fazer, reforço positivo e modelagem. As menos aceitas foram a técnica de mão sobre a boca e a técnica de controle de voz.Atitude96% relataram que a presença dos pais afeta o tratamento e preferem ficar com a criança. 57% esperavam que o dentista explicasse cada etapa do atendimento; 17% diriam ao dentista qual dente deveria ser tratado; 21% falariam com a criança durante o tratamento. 5% perguntariam ao dentista as suas dúvidas após o tratamento. 100% acreditam que a sua presença torna a criança mais colaboradora.	Os pais aceitaram as técnicas básicas e acreditaram no efeito benéfico da sua presença no atendimento da criança.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Asokan et al.[23], 2020, Índia	Avaliar e comparar a eficácia de duas técnicas de distração - truque de mágica e jogo odontológico - falar-mostrar-fazer no manejo de crianças ansiosas.	Ensaio clínico randomizado	60 crianças ansiosas e com idade entre 4 e 5 anos, que nunca tinham ido ao dentista	Distração com dispositivo que emite luz (Acrylic Thumb Light) (G1) Distração como aplicativo odontológico (Little Lovely Dentist) (G2)Falar-mostrar-fazer (G3)	Ansiedade odontológica (*Chotta Bheem-Chutki scale*)	Profilaxia.	Nos três grupos houve redução significativa da ansiedade odontológica. Maior redução foi observada no grupo que usou o jogo/ aplicativo. Essas crianças estavam prontas para aceitar o tratamento significativamente mais rápido do que as demais.	As três técnicas foram eficazes na redução da ansiedade odontológica.
AlDhelai et al.[21], 2021, Egito	Avaliar o efeito da presença passiva versus presença ativa dos pais no comportamento de crianças com diferentes níveis de inteligência	Ensaio clínico randomizado controlado	150 crianças de 3 a 6 anos sem história de dor de dente e de experiência odontológica. As crianças foram agrupadas de acordo com o nível de quociente de inteligência (QI): G1 – alto QI G2 – médio QI G3 – baixo QI Subdivisão de acordo com a técnica de manejo usada.	Presença passiva (pais sentados, silenciosamente, atrás do paciente, sem contato visual e sem permissão para tranquilizar a criança com palavras) Presença ativa (pais autorizados a ficarem perto dos filhos, segurar as mãos, fazer contato visual e ajudar a explicar as instruções do dentista) dos pais.	Ansiedade odontológica (*Facial Image Scale*) Comportamento infantil (Escala de Frankl)	Profilaxia, aplicação de selante e/ou aplicação tópica de flúor.	Mais crianças do grupo teste (presença ativa) tiveram comportamento positivo (74,7% x 46,7%). Crianças do grupo de presença ativa tiveram chance 4.08 vezes maior de ter comportamento positivo do que aquelas do grupo de presença passiva dos pais.	A técnica presença ativa dos pais influenciou positivamente o comportamento das crianças com diferentes níveis de inteligência.

***Tabela 2**: Síntese dos artigos que foram avaliados e que investigaram as técnicas básicas de manejo de comportamento.*

Autor, ano, país	Objetivo	Delineamento	Participantes	Técnicas investigadas/ usadas	Variáveis investigadas/ Instrumentos	Tratamento odontológico	Principais resultados	Conclusão
Delgado et al.[22], 2021, Estados Unidos	Avaliar a eficácia dos dispositivos aéreos de cinema sobre a expressão e o comportamento da dor em crianças de 4 a 6 anos durante tratamento dentário.	Ensaio clínico	100 crianças de 4 a 6 anos com e sem experiência odontológica. G1 – distração audiovisual: n=61 G2 – controle: n=39	Distração audiovisual - uso de uma tela fixada à cadeira odontológica e filme da Disney de acordo com a preferência da criança (grupo experimental - AVD)Falar mostrar fazer e sedação inalatória com óxido nitroso (grupo controle - CTR)	Dor (*Wong-Baker Faces Rating Scale*) Comportamento (*Frankl Behavior Rating Scale*)	Restauração com coroa de aço, extração. Procedimentos realizados por odontopediatra.	Não houve diferença na dor da criança entre os grupos (dor pós-tratamento foi 0 em 68,5% do AVD e 76,9% do CTR). Crianças do AVD tiveram comportamento significativamente melhor do que as do CRT (AVD 91,8% das crianças definitivamente positivo; 35,9% em CTR).	A distração audiovisual não afetou a percepção de dor das crianças, mas a técnica foi benéfica para desviar a atenção do procedimento.

DISCUSSÃO

Nessa *scoping review*, as evidências sobre as técnicas de manejo de comportamento aplicadas a crianças pré-escolares foram sintetizadas e analisadas criticamente. Diferentes técnicas básicas foram testadas para reduzir a ansiedade e estimular o comportamento colaborador das crianças durante procedimentos restauradores, pulpotomia, extração e procedimentos preventivos. A aceitabilidade das técnicas pelos pais foi avaliada e resultados positivos foram observados. Técnicas como falar-mostrar-fazer e reforço foram preferidas às técnicas consideradas aversivas como o controle de voz.

A distração foi uma das técnicas investigadas com maior frequência nos estudos incluídos. A atenção das crianças foi desviada dos procedimentos usando vídeos/desenhos apresentados em monitores[15,22] e óculos de realidade virtual[16], música[17], manuseio de dispositivo que emite luz e jogo/aplicativo eletrônicos[23]. Em todos os estudos, a técnica teve resultados satisfatórios como a redução da ansiedade[15,16,23] e da dor.[16] Essa técnica é uma opção eficaz para o manejo da ansiedade e do medo de crianças submetidas a tratamento odontológico.[11] Na maioria dos estudos incluídos nessa *scoping review*, a distração foi realizada usando tecnologias (filmes, desenhos em telas e óculos de realidade virtual). Essas ferramentas parecem despertar o interesse das crianças e, assim, desviar a atenção de procedimentos potencialmente ansiogênicos e/ou dolorosos.

O reforço positivo foi uma estratégia bem aceita pelos pais/cuidadores[25,26,28] e, em um ensaio clínico, capaz de reduzir a ansiedade durante o tratamento odontológico.[19] Embora a técnica seja bem aceita, ainda há poucas evidências sobre a sua eficácia no manejo do comportamento infantil. Um dos estudos incluídos, investigou-se o efeito do reforçador não social - balão colorido - em comparação a não receber a recompensa.[19] Em nenhum dos estudos selecionados, o reforçador não social foi investigado. Elogios, expressão facial alegre e demonstrações de afeto podem ser usados para reforçar o comportamento colaborador da criança. É possível que esses reforçadores sejam usados na prática odontopediátrica, apesar de não terem sido abordados nas investigações.

Falar-mostrar-fazer foi a técnica mencionada com maior frequência nos estudos. Nos ensaios clínicos, a técnica foi aplicada ao grupo controle[15,22] e comparada à distração[15,23] e à presença/ausência dos pais[18]; ou combinada a outras técnicas.[21,22] Nos ensaios em que a falar-mostrar-fazer foi combinada a outras técnicas, o efeito daquela que estava sendo investigada pode ter se confundido com o da falar-mostrar-fazer. Para minimizar esse efeito, a falar-mostrar-fazer foi aplicada a todas as crianças, independente do grupo ao qual foram alocadas. Em nenhuma investigação, falar-mostrar-fazer foi usada como uma técnica experimental para que se verificasse a sua eficácia como desfecho principal. Apesar das poucas evidências sobre a sua eficácia, ela é bem aceita pelos pais[25-28] e, possivelmente, uma das técnicas mais usadas na prática clínica.

Controle de voz e presença/ausência dos pais no consultório são técnicas que devem ser usadas com cautela, já que podem não ser bem-vistas pelos cuidadores. A eficácia do controle de voz não foi o desfecho dos estudos incluídos na *scoping review*. Essa técnica foi incluída em estudos sobre a aceitação dos pais.[18,25-28] A pouca aceitabilidade se deve ao fato de ser considerada aversiva por alguns pais[29] que podem estranhar o uso de voz assertiva pelo dentista. É recomendado que, previamente à sua aplicação, os pais recebam explicações sobre a técnica e seus objetivos.[29]

Por sua vez, a eficácia da presença/ausência dos pais foi testada em ensaios clínicos.[18,20,21] Resultados controversos foram encontrados; em um estudo, não houve diferença no atendimento com e sem a presença dos pais.[20] Em outros, a presença ativa dos pais contribuiu no manejo do comportamento infantil[21] ou levou a uma maior porcentagem de comportamento negativo.[18] A presença de um cuidador durante consultas e exames é um direito da criança[30] e contribui com o seu suporte emocional e sentimento de segurança. Quando perceber que a ausência dos pais pode beneficiar o comportamento da criança e a sua relação com o paciente, o dentista deve explicar os objetivos da técnica aos pais e respeitar a sua decisão em aceitá-la ou não.

Embora a técnica mão sobre a boca não seja classificada como básica, chamou a atenção ter sido investigada em estudos selecionados nessa *scoping review*.[25-28] A mão sobre a boca foi removida das diretrizes clínicas da Academia Americana de Odontopediatria, em 2006.[31] A técnica não é bem aceita pelos pais e questiona-se as suas implicações legais. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, deve-se velar pela dignidade da criança e do adolescente e evitar qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.[32] Em um estudo realizado com membros da Academia Americana de Odontopediatria, as técnicas de controle de voz e sedação foram apontadas como alternativas à mão sobre a boca.[33] No Brasil, a sedação não é uma técnica amplamente disponível às crianças. Outras opções como o uso de técnicas de mínima intervenção, adiamento de procedimentos até se alcançar a maior colaboração da criança, e estabilização protetora, em casos de urgência, devem ser consideradas.

Essa *scoping review* tem limitações. Buscou-se apenas por estudos sobre as técnicas básicas e não farmacológicas para manejo do comportamento da criança. Estudos sobre sedação inalatória com óxido nitroso (técnica básica),[4] sedação medicamentosa, anestesia geral e estabilização protetora não foram incluídos. A partir dessa decisão, se buscou agrupar técnicas que são usadas rotineiramente no consultório odontológico e que não exigem habilitação e/ou treinamento específicos. Um elevado número de estudos foi excluído por não permitir o isolamento de dados referentes às crianças com até seis anos de idade. É possível que, nesses estudos, haja informações que poderiam enriquecer a *scoping review* e a discussão sobre o tema. Entretanto, neles, pode haver vieses que comprometem a interpretação dos resultados. Ao agrupar crianças de diferentes idades, se deixa de considerar o seu desenvolvimento cognitivo e maturidade que afetam o comportamento no ambiente odontológico. Resultados satisfatórios podem advir da participação das crianças mais velhas e serem, inadvertidamente, extrapolados às crianças jovens.

Nessa revisão foram sintetizados os resultados dos estudos sobre as técnicas básicas de manejo de comportamento usadas na odontopediatria. Essa síntese pode ajudar o cirurgião-dentista a responder perguntas clínicas sobre o manejo do comportamento da criança - por exemplo, se a criança se beneficiará do uso de uma determinada técnica - e a incorporar as evidências científicas à sua prática.

CONCLUSÃO

O manejo do comportamento de crianças pré-escolares, no tratamento odontológico, pode ser realizado com a aplicação de técnicas básicas e não farmacológicas. Falar-mostrar-fazer, reforço positivo e distração foram as técnicas preferidas pelos pais e com resultados positivos na redução da ansiedade odontológica. Controle de voz e presença/ausência dos pais foram investigados e observada menor aceitação dos pais e resultados controversos. A partir dessa *scoping review*, foi possível sintetizar as informações sobre as técnicas básicas de manejo de comportamento. As informações serão úteis para orientar os dentistas na escolha das técnicas.

REFERÊNCIAS

1. Grisolia BM, Sandos APP, Dhyppolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescentes globally: a systematic review and meta-analyses. Int J Paediatr Dent. 2021;31(2):168-183. doi: 10.1111/ipd.12712

2. Avani J, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A. Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit. Eur J Oral Sci. 2019;127(2):147-155. doi: 10.1111/eos.12606.

3. Kronina L, Rasèevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. Stomatologija. 2017;19(3):84-90.

4. American Academy of Pediatric Dentistry. Behavior guidance for the pediatric dental patient. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2021:306-24.

5. Crego A, Carrillo-Díaz M, Armfield JM, Romero M. From public mental health to community oral health: the impact of dental anxiety and fear on dental status. Front Public Health. 2014 Feb 28;2:16. doi: 10.3389/fpubh.2014.00016.

6. Wells MH, McCarthy BA, Tseng CH, Law CS. Usage of behavior guidance techniques differs by provider and practice characteristics. Pediatr Dent. 2018;40(3):201-208.

7. Costa LR, Bendo CB, Daher AD, Heodari E. Rocha RS, Moreira APSC et al. A curriculum for behaviour and oral healthcare management for dentally anxious children – Recommendations from the Children Experiencing Dental Anxiety: Collaboration on Research and Education (CEDACORE). Int J Paediatr Dent. 2020;30(5):556-569. doi: 10.1111/ipd.12635.

8. Mejàre IA, Klingberg G, Mowafi FK, Stecksén-Blicks C, Twetman SHA, Tranæus SH. A systematic map of systematic reviews in pediatric dentistry – what do we really know? PLoS One. 2015;10(2): e0117537. doi: 10.1371/journal.pone.0117537.

9. Liu Y, Zhiyu Gu, Wang Y, Wu Qi, Chen V, Xu X et al. Effect of audiovisual distraction on the management of dental anxiety in children: a systematic review. Int J Paediatr Dent. 2019;29(1):14-21.

10. Prado IM, Carcavalli L, Abreu LG, Serra-Negra JM, Paiva SM, Martins CC. Use of distraction techniques for the management of anxiety and fear in paediatric dental practice: a systematic review of randomized controlled trials. Int J Paediatr Dent. 2019;29(5):650-668.

11. Cunningham A, McPolin O, Fallis R, Coyle C, Best P, McKenna. A systematic review of the use of virtual reality or dental smartphone applications as interventions for management of paediatric dental anxiety. BMC Oral Health. 2021;21(1):244. doi: 10.1186/s12903-021-01602-3.

12. Silva MV, Bussadori SK, Santos EM, Rezende KM. Behaviour management of the contemporary child in paediatric dentistry: an overview of the research. Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr. 2021;21:e0209. doi: 10.1590/pboci.2021.090.

13. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. Int J Evid Based Health. 2015;13(3):141–146. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050.

14. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 169(7):467-473. doi: 10.7326/M18-0850.

15. Ghadimi S, Estaki Z, Rahbar P, Shamshiri AR. Effect of visual distraction on children's anxiety during dental treatment: a crossover randomized clinical trial. Eur Arch Paediatr Dent. 2018;19(4):239-244. doi: 10.1007/s40368-018-0352-x.

16. Aminabadi NS, Erfanparast L, Sohrabi A, Oskouei SG, Naghili A. The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4-6 year-old children: a randomized controlled clinical trial. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2012;6(4):117-124. doi: 10.5681/joddd.2012.025.

17. Serra-Negra JM, Abreu MH, Flores-Mendonza CE, Brant MO, Assad SM. The reassuring role of music associated with the personality traits of children during dental care: a randomized clinical trial. Eur Arch Paediatr Dent. 2019;20(5):441-449. doi: 10.1007/s40368-019-00422-y.

18. Ahuja S, Gandhi K, Malhotra R, Kapoor R, Maywad S, Datta G. Assessment of the effect of parental presence in dental operatory on the behavior of children aged 4-7 years. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2018;36(2):167-172.

19. Rank RCIC, Vilela JER, Rank MS, Ogawa WN, Imparato JCP. Effect of awards after dental care in children's motivation. Eur Arch Paediatr Dent. 2019;20(2):85-93. doi: 10.1007/s40368-018-0394-0.

20. Cox ICJ, Krikken JB, Veerkamp JSJ. Influence of parental presence on the child's perpection of, and behaviour, during dental treatment. Eur Arch Paediatr Dent. 2011;12(4):200-204. doi: 10.1007/BF03262807

21. 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 operatory: a randomized controlled clinical trial. BMC Oral Health. 2021;28(1):420. doi: 10.1186/s12903-021-01781-z

22. Delgado A, Ok SM, Ho D, Lynd T, Cheon K. Evaluation of children's pain expression and behavior using audio visual distraction. Clin Exp Dent Res. 2021;7(5):795-802. doi: 10.1002/cre2.407

23. Asokan S, Priya PRG, Natchiyar SN, Elamathe M. Effectiveness of distraction techniques in the management of anxious children – a randomized controlled pilot trial. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2020;38(4):407-412. doi: 10.4103/JISPPD.JISPPD_435_20

24. Paryab M, Arab Z. The effect of filmed modeling on the anxious and cooperative behavior of 4-6 years old children during dental treatment: a randomized clinical trial study. Dent Res J. 2014;11(4):502-507. doi: 10.4103/1735-3327.139426.

25. Desai SP, Shah PP, Jajoo SS, Smita PS. Assessment of parental attitude toward different behavior management techniques used in pediatric dentistry. J Indian Soc Pedod Prev Dent. 2019;37(4):350-359. doi: 10.4103/JISPPD.JISPPD_138_18

26. Venkataraghavan K, Shah J, Kaur M, Trivedi K, Shah S, Virda M. Pro-activeness of parents in accepting behavior management techniques: a cross-sectional evaluative study. J Clin Diagn Res. 2016;10(7):ZC46-9. doi: 10.7860/JCDR/2016/18378.8162

27. Léon JL, Jimeno FG, Dalmau LJB. Acceptance by Spanish parents of behaviour-management techniques used in Paediatric Dentistry. Eur Arch Paediatr Dent. 2010;11(4):175-178. doi: 10.1007/BF03262739.

28. Acharya S. Parental acceptance of various behaviour management techniques used in pediatric dentistry: a pilot study in Odisha, India. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2017;17(1):e3728. doi: 10.4034/PBOCI.2017.171.26

29. Associação Brasileira de Odontopediatria. Manejo não farmacológico do comportamento do paciente odontopediátrico. In: Associação Brasileira de Odontopediatria. Diretrizes para Procedimentos Clínicos em Odontopediatria. Rio de Janeiro: Santos, 2020.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 03 Jan. 2022

31. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for the pediatric dental patient. Reference Manual 2006-07. Pediatr Dent. 2006;28:97-105.

32.Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Diário Oficial, Brasília, 16 de jul. 1990 – Seção I. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 03 Jan 2022.

33. Oueis HS, Ralstrom E, Miriyala V, Molinari GE, Casamassimo P. Alternatives for hand over mouth exercise after its elimination from the clinical guidelines of the American Academy of Pediatric Dentistry. Pediatr Dent. 2010;32(3):223-228.