

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS NO COMPORTAMENTO INFANTIL EM CLÍNICA ESCOLA: ESTUDO OBSERVACIONAL ANALÍTICO E TRANSVERSAL

**Angélica Aparecida Dutra de Miranda¹
João Vitor Gonçalves Ferreira¹
Beatriz Kelly Barros Lopes²**

barrosbeatriz@usp.br

ÁREA DO CONHECIMENTO: Ciências da saúde

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar a relação entre o comportamento infantil e os diferentes procedimentos odontológicos realizados na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix, por meio da aplicação de instrumentos padronizados a 100 pacientes pediátricos atendidos nos anos de 2024 e 2025. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e descritiva, que avaliou variáveis comportamentais e emocionais associadas a procedimentos invasivos (como exodontia, endodontia e remoção de tecido cariado) e não invasivos (como profilaxia e exame clínico), utilizando a Escala de Frankl, a Escala SOM (Sons, Olhos e Movimentos), o questionário CFSS-DS e a Escala Analógica Visual (EVA). Os resultados demonstraram que, embora a maioria das crianças tenha apresentado comportamento colaborativo, conforto e baixos níveis de dor, os procedimentos invasivos estiveram mais frequentemente associados a respostas de desconforto moderado a severo, níveis moderados de medo odontológico e maior percepção de dor. Em contrapartida, os procedimentos não invasivos foram amplamente bem tolerados, com altos índices de comportamento positivo, conforto e ausência de medo ou dor intensa. Esses achados reforçam que o tipo de procedimento odontológico influencia diretamente nas respostas emocionais e comportamentais da criança, destacando a importância do uso contínuo de estratégias de manejo comportamental e de uma abordagem individualizada. O trabalho contribui para a prática clínica ao oferecer evidências que sustentam intervenções mais humanizadas e adaptadas às necessidades emocionais dos pacientes pediátricos.

PALAVRAS-CHAVE: odontopediatria; comportamento infantil; controle comportamental.

1 INTRODUÇÃO

A Odontopediatria é a especialidade odontológica voltada ao cuidado de pacientes pediátricos. É comum que crianças cheguem ao consultório associando o atendimento odontológico à dor, o que pode gerar ansiedade e medo. Uma abordagem inadequada por parte do profissional pode agravar esse estado emocional. Portanto, ao realizar tratamentos

¹ Acadêmico do curso de Odontologia do Centro Universitário Vértice – Univértix.

² Professora do curso de Odontologia do Centro Universitário Vértice – Univértix.

odontológicos em crianças, além dos aspectos técnicos, é fundamental que o cirurgião-dentista dê atenção especial às questões psicológicas envolvidas (Albuquerque *et al.*, 2010).

Diferentes técnicas comportamentais têm sido amplamente utilizadas para o manejo do comportamento infantil, como o método “dizer, mostrar e fazer”, o controle de voz e o uso da comunicação não verbal. Essas estratégias visam a facilitar a aceitação do tratamento e contribuir para a redução da ansiedade. Dessa forma, além da competência técnica, o profissional deve estar atento às questões emocionais envolvidas no atendimento infantil. A abordagem deve ser adaptada à idade e ao estágio de desenvolvimento psicológico da criança. Na primeira infância, recomenda-se o uso de uma linguagem lúdica e estratégias visuais; já em fases mais avançadas, como na adolescência, explicações mais racionais e diretas tendem a ser mais eficazes (Albuquerque *et al.*, 2010).

Contudo, um dos principais desafios enfrentados no atendimento odontológico infantil é a ansiedade. A ansiedade pode se manifestar por meio de comportamentos como resistência ao atendimento, choro intenso, recusa em abrir a boca e, em casos mais graves, fobia odontológica. Esse estado emocional pode comprometer a realização de procedimentos e impactar negativamente a experiência da criança no consultório (Lima *et al.*, 2023).

Observações clínicas demonstram que alguns procedimentos odontológicos geram maior aceitação por parte das crianças, enquanto outros são mais propensos a provocar resistência e alterações comportamentais. Assim, identificar quais procedimentos estão mais associados a manifestações de medo e ansiedade, bem como suas características comuns, pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no manejo do comportamento infantil (Albuquerque *et al.*, 2010).

Apesar da relevância do tema, ainda são escassos os estudos que investigam, de forma sistemática, a relação entre os diferentes procedimentos odontológicos e o comportamento infantil. Diante disso, o presente trabalho tem como objetivo avaliar o comportamento de pacientes pediátricos frente aos procedimentos odontológicos realizados na Clínica de Odontologia do Centro Universitário Vértice – Univértix, por meio da aplicação de questionários às crianças atendidas nos anos de 2024 e 2025.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Odontopediatria tem como objetivo a promoção da saúde bucal na infância, por meio de ações preventivas, diagnóstico precoce e tratamento adequado de doenças orais. Para alcançar tais objetivos, é fundamental que o acompanhamento odontológico se inicie precocemente, preferencialmente ainda no primeiro ano de vida, o que favorece a adaptação

da criança ao ambiente odontológico e contribui para a criação de uma relação de confiança entre paciente, responsáveis e cirurgião-dentista (Giroto *et al.*, 2019).

O cuidado precoce também é importante para a implementação de estratégias educativas voltadas à prevenção da cárie dentária, uma das patologias bucais mais prevalentes na infância. Nessa perspectiva, tanto a família quanto a sociedade desempenham um papel essencial na formação de hábitos saudáveis de higiene bucal, promovendo a saúde de forma integrada e contínua (Guerra, 2020).

Diversas estratégias de manejo comportamental têm sido adotadas para minimizar o impacto da ansiedade no atendimento clínico. Entre as mais utilizadas estão o reforço positivo, o método “dizer, mostrar e fazer”, o controle de voz, o uso de linguagem não verbal e técnicas de distração. Tais abordagens contribuem para a aceitação do tratamento, proporcionando um ambiente mais colaborativo (Albuquerque *et al.*, 2010).

Além dos aspectos emocionais, fatores cognitivos também influenciam o comportamento infantil. Estudos sugerem que crianças mais novas tendem a apresentar níveis mais elevados de ansiedade devido à imaturidade neuropsicológica. Com o avanço da idade e a exposição a experiências odontológicas positivas, é possível observar uma redução gradativa da ansiedade, o que favorece um atendimento mais tranquilo e eficaz (Borges *et al.*, 2008).

Outro aspecto relevante diz respeito à influência de fatores externos, como a vestimenta do profissional. O uso do jaleco branco, tradicional na área da saúde, pode remeter a experiências médicas negativas e aumentar a ansiedade da criança. Em contrapartida, roupas coloridas, com estampas lúdicas e elementos visuais agradáveis têm se mostrado mais eficazes na construção de um ambiente acolhedor e menos intimidador (Ham *et al.*, 2017).

É importante ressaltar que, embora técnicas como a estabilização protetora possam ser necessárias em casos específicos, seu uso deve ser criterioso, considerando os riscos psicológicos e os possíveis impactos legais envolvidos. A indicação dessa técnica deve estar fundamentada em protocolos éticos e sempre respeitar os princípios do cuidado humanizado e a decisão familiar (Sant’anna *et al.*, 2020).

Portanto, o domínio de técnicas comportamentais pelo profissional, aliado à participação ativa dos pais ou responsáveis, contribui para a construção de uma experiência odontológica positiva. Dessa forma, é possível favorecer a adesão ao tratamento e a prevenção de doenças bucais, promovendo a saúde de forma integral desde os primeiros anos de vida (Ham *et al.*, 2017).

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da pesquisa e critérios éticos

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa observacional analítica e transversal, com abordagem quantitativa. De acordo com Malhotra (2019), a pesquisa quantitativa utiliza instrumentos estatísticos para mensurar relações entre variáveis, permitindo a quantificação dos dados e a determinação da composição e do tamanho da amostra de um processo.

A presente pesquisa refere-se a um estudo transversal que integra o projeto “Acompanhamento das condições de saúde bucal dos pacientes de Matipó – MG e região atendidos na Clínica Odontológica do Centro Universitário Vértice – Univértix” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Univértix (CEP/UNIVÉRTIX) com o CAAE 57847122.2.0000.9407.

A coleta de dados ocorreu no período de 15 de setembro de 2024 a 12 de março de 2025.

3.2 Local do estudo e critérios de elegibilidade e exclusão

O estudo foi desenvolvido na Clínica de Odontopediatria do Centro Universitário Vértice – Univértix, situada no município de Matipó, estado de Minas Gerais.

Foram incluídas na pesquisa crianças de ambos os sexos, com idades entre 5 e 12 anos, atendidas na referida clínica, cujos responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) foram informados para participação no estudo.

Para a realização da pesquisa adotaram-se os seguintes critérios de exclusão: crianças com diagnóstico prévio de distúrbios psicológicos ou psiquiátricos e indivíduos com comprometimentos sistêmicos capazes de interferir na avaliação emocional.

Os participantes foram organizados em dois grupos, conforme o tipo de procedimento realizado:

- **Grupo 1 – Procedimentos invasivos:** crianças submetidas a intervenções como tratamento endodôntico, exodontia e remoção de tecido cariado;
- **Grupo 2 – Procedimentos não invasivos:** crianças submetidas à profilaxia e a exame clínico.

A pesquisa foi conduzida por discentes do curso de Odontologia, regularmente matriculados na disciplina de Odontopediatria I e Odontopediatria II, sob supervisão docente. Estimou-se a participação de aproximadamente 100 crianças.

3.3 Procedimentos da pesquisa

O comportamento dos participantes foi avaliado por meio da Escala de Comportamento de Frankl (Frankl; Shiere; Fogels, 1962) instrumento amplamente utilizado na odontopediatria para classificação do comportamento infantil durante o atendimento odontológico (Quadro 1). A escala categoriza o comportamento em quatro níveis: definitivamente positivo — criança cooperativa, participativa e interessada; positivo — criança levemente apreensiva, mas sem resistência ativa; negativo — criança relutante, com receio, exigindo maior controle; definitivamente negativo — criança que recusa o atendimento, chora intensamente e apresenta comportamento incontrolável.

Quadro 1 – Escala comportamental de Frankl

| | | |
|------|--------------------------|---|
| I- | DEFINITIVAMENTE POSITIVO | É a criança completamente colaboradora. Tem boa comunicação com o dentista. Interessa-se pelos procedimentos odontológicos. Ri e sorri e aprecia a situação. |
| II- | POSITIVO | Aceitação do tratamento: às vezes cautelosa. A criança tem boa vontade de cooperar com o dentista, às vezes reclama, mas segue as instruções Atitude meio reservada. |
| III- | NEGATIVO | Relutante em aceitar o tratamento, não coopera. A criança fica emburrada ou retraída. Há evidência de atitude negativa, mas não constante. |
| IV- | DEFINITIVAMENTE NEGATIVO | A criança recusa-se a ser tratada, choro forçado, expressando de medo ou qualquer outra característica de negativismo. É o pior comportamento possível. |

Fonte: Frankl; Shiere e Fogels (1962).

Foram investigados o estado emocional, o nível de medo, a ansiedade, a dor e o desconforto experienciados pelas crianças durante os procedimentos, por meio das seguintes avaliações:

a) Escala SOM (Sons, Olhos e Movimentos): Instrumento observacional que avalia o grau de desconforto apresentado pela criança durante o atendimento (Quadro 2), classificando-o em quatro categorias: Conforto; Desconforto leve; Desconforto moderado; Desconforto severo.

Quadro 2 - Escala SOM (SONS, OLHOS E MOVIMENTOS)

| Parâmetro | Conforto | Desconforto leve | Desconforto moderado | Desconforto severo |
|------------|-------------------------------|---|---|--|
| Grau | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sons | Sem som | Som não específico (provavelmente dor) | Reclamação verbal e sons altos | Reclamação verbal e choro |
| Olhos | Sem sinais | Olhos dilatados sem lágrimas (sinal de ansiedade) | Lágrimas e movimentos inesperados dos olhos | Choro, lágrimas por toda a face |
| Movimentos | Corpo relaxado e mãos paradas | Contração muscular das mãos | Movimentos inesperados do corpo e das mãos | Movimentos das mãos para defesa torcendo a cabeça para o lado oposto |

Fonte: Wright *et al.* (1991).

b) Avaliação do nível de ansiedade, dor e desconforto: foram utilizadas duas escalas distintas:

b.1) Avaliação do medo odontológico: utilizou-se o questionário *Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale* (CFSS-DS), composto por 15 perguntas relacionadas a situações odontológicas e hospitalares. A aplicação foi realizada verbalmente, na sala de espera, antes do início do atendimento. As respostas foram atribuídas em escala de 1 a 5, sendo 1 equivalente a “nenhum medo” e 5 a “muito medo” (Quadro 3). A soma dos escores resultou na seguinte categorização: 5 a 32: baixo nível de medo; 33 a 38: nível moderado de ansiedade; acima de 38: alto nível de medo odontológico.

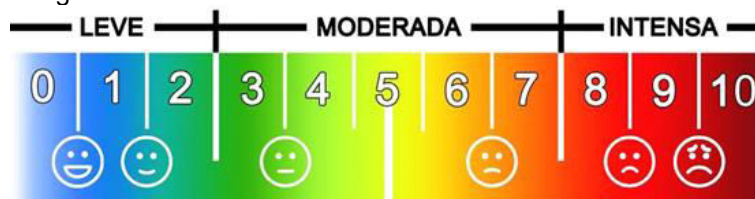
Quadro 3 - Escala CFSS-DS

| | Nenhum medo | Pouco medo | Com medo | Bastante medo | Muito medo |
|---|-------------|------------|----------|---------------|------------|
| Dentistas | | | | | |
| Médicos | | | | | |
| Injeções | | | | | |
| Alguém examinar sua boca | | | | | |
| Ter que abrir a sua boca | | | | | |
| Um estranho te tocar | | | | | |
| Alguém te olha | | | | | |
| O motor do dentista | | | | | |
| Ver o motor do dentista | | | | | |
| O barulho do motor do dentista | | | | | |
| Ter alguém colocando instrumentos na sua boca | | | | | |
| Engasgar-se | | | | | |
| Ter que ir ao hospital | | | | | |
| Pessoas usando uniforme branco | | | | | |
| O dentista faz limpeza nos seus dentes | | | | | |

Fonte: Cuthbert; Melamed (1982).

b.2) Escala Analógica Visual (EVA): instrumento utilizado para quantificar a intensidade da dor percebida pela criança (Figura 1), permitindo monitorar o desconforto ao longo dos procedimentos odontológicos (Lima *et al.* 2023).

Figura 1: Escala Analógica Visual



Fonte: Hayes; Patterson (1921).

3.4 Análise e processamento de dados

Os dados obtidos foram tabulados no programa *Microsoft Excel* e realizada estatística descritiva com apresentação da porcentagem de cada escala comportamental, buscando

correlacionar os níveis de ansiedade e medo com o tipo de procedimento realizado e identificar possíveis estratégias para aprimorar o manejo comportamental na Odontopediatria.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados nesse estudo 100 fichas clínicas de pacientes com idades entre 5 e 12 anos, sendo 52 do sexo masculino e 48 do sexo feminino, evidenciando homogeneidade na amostra. O grupo 1 (procedimentos invasivos) foi composto por 82 crianças e o grupo 2 (procedimentos não invasivos) foi composto por 18 crianças.

Tabela 1 – Resultado da pesquisa realizada de acordo com a Escala Comportamental de Frankl.

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|---------------------------------|---------|-------|---------|-------|
| | n | % | n | % |
| Definitivamente positivo | 41 | 50,14 | 16 | 97,89 |
| Positivo | 36 | 43,5 | 2 | 2,11 |
| Negativo | 4 | 5,03 | 0 | 0 |
| Definitivamente negativo | 1 | 1,33 | 0 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 2 – Resultado da pesquisa realizada de acordo com a Escala SOM (SONS, OLHOS E MOVIMENTOS).

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|-------------------------------|---------|-------|---------|-------|
| | n | % | N | % |
| Conforto 1 | 42 | 51,78 | 11 | 61,11 |
| Desconforto leve 2 | 24 | 29,03 | 7 | 38,89 |
| Desconforto moderado 3 | 15 | 17,91 | 0 | 0 |
| Desconforto severo 4 | 1 | 1,28 | 0 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 3 – Resultado da pesquisa realizada de acordo com a Escala Teste do medo da criança (CFSS-DS).

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|--|---------|------|---------|------|
| | n | % | N | % |
| Baixo nível de medo odontológico | 49 | 59,3 | 16 | 89,7 |
| Nível moderado de medo odontológico | 31 | 38,1 | 2 | 10,3 |
| Alto nível de medo odontológico | 2 | 2,6 | 0 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa

Tabela 4 – Resultado da pesquisa realizada de acordo com a Escala Analógica Visual (EVA).

| | Grupo 1 | | Grupo 2 | |
|---------------------|---------|------|---------|------|
| | n | % | N | % |
| Dor Leve | 51 | 62,3 | 17 | 97,2 |
| Dor Moderada | 22 | 27,1 | 1 | 2,8 |
| Dor Intensa | 9 | 10,6 | 0 | 0 |

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados obtidos frente a escala de Frankl (Tabela 1) no presente estudo demonstram uma diferença expressiva no comportamento infantil diante de procedimentos odontológicos classificados como invasivos e não invasivos. A alta taxa de comportamento

definitivamente positivo durante procedimentos não invasivos (97,89%) está de acordo com achados prévios na literatura, que indicam maior aceitação das crianças quando submetidas a intervenções que não envolvem dor, ruído ou desconforto físico significativo (Soares *et al.*, 2020).

Por outro lado, a redução desse comportamento positivo para 50,14% durante procedimentos invasivos evidencia o impacto que o grau de complexidade e desconforto do procedimento pode ter sobre a colaboração infantil. Esse dado é consistente com estudos que apontam que procedimentos como anestesia local, preparo cavitário ou exodontias tendem a gerar maior apreensão e comportamento negativo, especialmente em crianças com menor experiência odontológica prévia. A ocorrência de comportamento negativo ou definitivamente negativo em 6,36% dos procedimentos invasivos, ainda que relativamente baixa, deve ser considerada clinicamente relevante. Isso porque tais reações podem comprometer a qualidade do atendimento e exigir estratégias de manejo comportamental adicionais, como técnicas de comunicação, controle da ansiedade e, em alguns casos, sedação ou contenção física. Já a ausência de comportamento negativo em procedimentos não invasivos (0%) reforça a previsibilidade e tranquilidade desses atendimentos do ponto de vista emocional para a criança, podendo ser utilizados como momentos de adaptação inicial ao consultório, conforme preconizado pela técnica da visita inicial não traumática (*Tell-Show-Do*) (*American Academy of Pediatric Dentistry*, 2023).

Além da avaliação do comportamento infantil por meio da Escala de Frankl, o presente estudo utilizou a Escala SOM (Sons, Olhos e Movimentos) (Tabela 2), uma ferramenta observacional que mensura o grau de desconforto manifestado pela criança durante o atendimento odontológico. Esse instrumento permite captar sinais não verbais de desconforto, como expressões faciais, vocalizações e movimentos corporais, compondo um panorama mais completo da experiência infantil no consultório (McGrath *et al.*, 1996; Peretz; Zadik, 2000).

Os resultados demonstraram que, mesmo em procedimentos não invasivos, a maioria das crianças apresentou-se em situação de conforto (61,11%), o que corrobora os dados da Escala de Frankl, reforçando a ideia de que abordagens menos invasivas favorecem a sensação de bem-estar da criança no ambiente clínico (Frankl; Shiere; Fogels, 1962). Contudo, é relevante observar que, mesmo nos procedimentos invasivos, a maioria das crianças também foi classificada em situação de conforto (51,78%), o que sugere a possível eficácia das estratégias de manejo utilizadas, bem como a adaptação individual de algumas crianças ao ambiente odontológico (Lima *et al.*, 2023).

Entretanto, neste mesmo grupo de procedimentos invasivos, observou-se um aumento expressivo nas categorias de desconforto moderado (17,91%) e severo (1,28%), indicando

que, embora a maioria tenha tolerado bem o procedimento, existe um subgrupo de pacientes que apresenta sinais mais evidentes de sofrimento físico ou emocional durante intervenções mais complexas (Soares *et al.*, 2020). Esse achado reforça a necessidade de atenção individualizada às manifestações não verbais de desconforto, que podem preceder ou coexistir com comportamentos negativos, mesmo que estes não sejam expressos verbalmente ou de forma ativa (Klingberg; Broberg, 2007).

Esses dados destacam a importância de avaliações complementares, como a Escala SOM, para uma compreensão mais acurada da experiência da criança no atendimento odontológico, sobretudo em situações em que o comportamento aparenta estar sob controle, mas há sinais sutis de desconforto. Tais informações são fundamentais para o aprimoramento do manejo clínico, especialmente no planejamento de sessões subsequentes e na construção de uma relação positiva e empática com o paciente pediátrico (Albuquerque *et al.*, 2010).

A avaliação do medo odontológico por meio do questionário CFSS-DS (Tabela 3) demonstrou que crianças submetidas a procedimentos invasivos apresentaram uma prevalência consideravelmente maior de medo moderado (38,1%) e alto medo odontológico (2,6%), quando comparadas àquelas submetidas a procedimentos não invasivos, que mostraram apenas 10,3% de medo moderado e nenhuma ocorrência de alto medo.

Esses resultados reforçam a hipótese de que a complexidade e o potencial desconforto físico dos procedimentos invasivos pode intensificar a percepção de ameaça ou vulnerabilidade, mesmo antes do início do atendimento, já que o instrumento foi aplicado na sala de espera. A literatura aponta que o medo odontológico infantil pode ser aprendido por experiências diretas ou indiretas, como procedimentos anteriores desconfortáveis, relatos de terceiros ou observação de outros pacientes em sofrimento (Cuthbert; Melamed, 1982; Klingberg; Broberg 2007).

O CFSS-DS é um dos instrumentos mais amplamente validados para avaliação do medo odontológico em crianças, com boa sensibilidade para identificar diferentes níveis de ansiedade frente ao atendimento clínico (Ten Berge *et al.*, 2002). A identificação de escores mais elevados em crianças que vivenciaram procedimentos invasivos corrobora achados de outros estudos que associam procedimentos como anestesia local, uso de instrumentos rotatórios e extrações a níveis mais elevados de medo e ansiedade (Vranic *et al.*, 2009).

Por outro lado, os baixos índices de medo encontrados em crianças submetidas a procedimentos não invasivos sugerem que abordagens mais simples — como exame clínico, profilaxia ou aplicação tópica de flúor — não desencadeiam níveis relevantes de ansiedade, o que pode estar relacionado à menor percepção de dor, maior previsibilidade do atendimento e ao uso de técnicas de manejo comportamental eficazes (Soares *et al.*, 2020).

Portanto, os achados do CFSS-DS evidenciam que o tipo de procedimento a ser realizado pode influenciar o nível de medo odontológico infantil, reforçando a importância da avaliação prévia da ansiedade, do uso de estratégias preventivas de manejo psicológico e da construção de um vínculo positivo entre a criança e a equipe odontológica, especialmente em atendimentos potencialmente invasivos (Sant'anna et al., 2020).

Já a aplicação da Escala Analógica Visual (EVA) (Tabela 4) permitiu quantificar a dor percebida pelas crianças durante os atendimentos, revelando que, nos procedimentos não invasivos, a grande maioria relatou dor leve (97,2%), com níveis praticamente inexistentes de dor moderada (2,8%) e nenhuma ocorrência de dor intensa (0%). Já nos procedimentos invasivos, embora a dor leve tenha sido predominante (62,3%), observaram-se índices consideráveis de dor moderada (27,1%) e, até mesmo, dor intensa (10,6%).

Esses achados são coerentes com a literatura, que demonstra que procedimentos invasivos, como anestesia local, remoção de tecido cariado com instrumentos rotatórios e extrações, estão mais frequentemente associados à percepção de dor pelas crianças, especialmente quando há falhas na técnica da anestesia, ansiedade prévia ou experiências negativas anteriores (Aminabadi et al., 2012; Versloot et al., 2008). Em contraste, procedimentos não invasivos, como exame clínico, profilaxia ou aplicação tópica de flúor, são pouco associados à dor, sendo geralmente bem tolerados pela criança (Soares et al., 2020).

A EVA tem sido considerada uma ferramenta válida e sensível para avaliar a dor em crianças a partir dos 5 anos de idade, desde que haja explicação clara e uso de recursos visuais compatíveis com o desenvolvimento cognitivo infantil (McGrath et al., 1996). A presença de dor intensa em 10,6% dos casos invasivos é um alerta clínico, pois esse nível de dor pode impactar negativamente tanto o comportamento durante o atendimento, quanto o medo e ansiedade futuros, como demonstrado em estudos que apontam correlação direta entre dor percebida e desenvolvimento de medo odontológico (Oliveira et al., 2012).

Além disso, ressalta-se que a percepção da dor é multifatorial e pode ser influenciada por aspectos emocionais, ambientais e relacionais. Assim, mesmo com uso adequado de anestesia, fatores como medo antecipatório, insegurança diante do profissional ou técnicas de abordagem inadequadas podem amplificar a experiência dolorosa relatada (Peretz; Efrat, 2000). Portanto, os achados obtidos por meio da EVA reforçam a importância de estratégias preventivas e interventivas de controle da dor em procedimentos invasivos, destacando o papel do profissional em promover um ambiente acolhedor, utilizar técnicas de anestesia eficazes e aplicar métodos de manejo comportamental que reduzam a sensibilidade e o estresse da criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que procedimentos não invasivos tendem a ser mais bem aceitos, com elevada taxa de comportamento cooperativo (segundo a Escala de Frankl), baixos níveis de desconforto (SOM), ausência de medo odontológico significativo (CFSS-DS) e predomínio de dor leve (EVA).

Por outro lado, os procedimentos invasivos, embora também tenham sido bem tolerados pela maioria das crianças, apresentaram índices maiores de comportamento relutante, desconforto moderado a severo, medo odontológico e dor moderada a intensa, evidenciando o impacto que a natureza do procedimento exerce sobre as respostas comportamentais e emocionais da criança.

Por fim, este estudo contribui para a literatura ao enfatizar a necessidade de estratégias personalizadas de abordagem em odontopediatria, especialmente frente aos procedimentos invasivos, de modo a minimizar o medo, a dor e o desconforto, favorecendo experiências positivas e o estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e o cirurgião-dentista.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. M ; GOUVÊA, C. V. D ; MORAES, R. C. M ; BARROS, R. N ; COUTO, C. F. Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. **Arquivos do Centro de Estudos do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais**, [s.l.] v. 46, p. 110-115, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquivesomodontologia/article/view/3535/37795>. Acesso em: 10 set. 2024.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. **The Reference Manual of Pediatric Dentistry**., Chicago: AAPD, 2023. p. 292–310. Disponível em: https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_behavguide. Acesso em: 5 jun. 2025.

AMINABADI, N. A.; ERFANPARAST, L.; SOHRABI, A.; GHERTASI OSKOUEI, S.; 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. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, [s.l.], v. 6, n. 4, p.117–124, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3529924/>. Acesso em: 11 jun. 2025.

BORGES, A. I ; MANSO, D. S ; TOMÉ, G ; MATOS, M. G. Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. **Análise Psicológica**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 551-561, 21. dez. 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/237106120_Ansiedade_e_coping_em_crianças_e_adolescentes_Diferenças_relacionadas_com_a_idade_e_gênero. Acesso em: 09 jun. 2025.

CUTHBERT, M. I.; MELAMED, B. G. A screening device: Children at risk for dental fears and management problems. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, [s.l.], v. 49, n. 6, p. 432–436, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935593/> Acesso em: 5 jun. 2025.

FRANKL, S. N.; SHIERE, F. R.; FOGELS, H. R. Should the parent remain with the child in the dental operator? **Journal of Dentistry for Children**, Chicago, v. 29, n. 2, p. 150-163, 1962. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/4zvLyysZrdrvC5bFZxzvsH6S/?format=pdf>. Acesso em: 28 ago. 2024.

GIROTTO, G. R. R.; GARCIA, V. C.; TENANI, C. F.; CHECCHI, M. H. R. A relevância da atuação do odontopediatra. **Revista Faipe**, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 36-41, 2019. Disponível em: <https://portal.periodicos.faipe.edu.br/ojs/index.php/rfaipe/article/download/153/146/>. Acesso em: 5 jan. 2025.

GUERRA, B. C. S. Promoção de saúde bucal em odontopediatria: uma revisão de literatura. 2020. **Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Odontologia) – Centro Universitário UNIFACVEST**, Lages, 2020. Disponível em: <https://www.unifacvest.edu.br/assets/uploads/files/arquivos/68584-guerra%2C-bcs.-promocao-de-saude-bucal-em-odontopediatria--uma-revisao-de-literatura.-tcc-defendido-em-16-de-dezembro-de-2020..pdf>. Acesso em: 11 jun. 2025.

HAM, D.; HERMIDA, M. L.; JEROZOLIMSKY, A. B.; SLAV, O. Y.; WANG, H. Y.; ABBATE, F. P.; RODRIGUEZ, A. L.; FERNÁNDEZ, C. C.; LEON, R. V.; DAVIDOVICH, E. Impacto da vestimenta do profissional na experiência infantil. **Brazilian Journal of Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 12–20, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29698141/?utm_source. Acesso em: 09 jun. 2025.

HAYES, M. H.; PATTERSON, D. G. Experimental development of the graphic rating method. **Psychological Bulletin**, [s.l.], v. 18, p. 98–99, 1921. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6423150/>. Acesso em: 12 jun. 2025.

KLINGBERG, G. ; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. **International Journal of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 17, p. 391–406, 2007. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x>. Acesso em: 5 jun. 2025.

LIMA, G. A. ; CANTUÁRIO, M. R. ; FERRI, E. P. ; GONÇALVES, M. L. L. ; SANTOS, E. M. ; BUSSADORI, S. K. ; SOBRAL, A. P. T. Técnicas de manejo em odontopediatria. **Universidade Metropolitana de Santos**, 2023, [s.l.]. Disponível em: <https://periodicos.unimesvirtual.com.br/index.php/higeia/article/download/1437/1219>. Acesso em: 14 mar. 2025.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: foco na decisão**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, [s.l.], 2019. Disponível em: <https://www.bvirtual.com.br/NossoAcervo/Publicacao/1989>. Acesso em: 23 fev. 2025.

McGRATH, P. A. ; SEIFERT, C. E. ; SPEECHLE, K. N. ; BOOTH, J. C. ; STITT, L. ; GIBSON, M. C. Development and psychometric properties of the Pediatric Pain Questionnaire. **Pain**, [s.l.], v. 64, n. 1, p. 83–87, 1996. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8783307/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

OLIVEIRA, M. F. ; MORAES, M. V. M. ; EVARISTO, P. C. S. Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 12, n. 4, p. 483-489, 2012. Disponível em: <https://share.google/NRzQTevWJSjbJVzUZ>. Acesso em: 23 maio 2025.

PERETZ, B.; ZADIK, D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 24, n. 3, p. 221–223, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10355013/>. Acesso em 5 jun. 2025.

PERETZ, B.; EFRAT, J. Dental anxiety among Israeli children and its relation to dental experience and parental anxiety. **International Journal of Paediatric Dentistry**, [s.l.], v. 10, p. 126–132, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11310097/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

SANT'ANNA, R. M. ; ALMEIDA, T. F. ; SILVA, R. A. ; SILVA, L. V. Manejo comportamental em odontopediatria: aspectos éticos e legais. **Revista brasileira de odontologia legal**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 70-80, 2020. Disponível em: <https://share.google/XnqqliAScqWNYWMk3> Acesso em: 23 mai. 2025.

SOARES, J. P. ; PIAIA, J. ; CARDOSO, M. ; BOLAN, M. Avaliação do comportamento odontológico infantil durante procedimentos de profilaxia e exodontia. **Arquivos em Odontologia**, Belo Horizonte, v. 56, e04, 2020. Disponível em: <https://share.google/dJel5LaeGAMOQi6B8>. Acesso em: 23 mai. 2025.

TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J. S. J.; HOOGSTRATEN, J.; PRINS, P. J. M. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, [s.l.], v. 30, n. 2, p. 101–107, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12000350/>. Acesso em: 27 jun. 2025.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S. J. ; HOOGSRATEN, J. Children's self-reported pain at the dentist. **Pain**, [s.l.], v. 137, n. 2, p. 389–394, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18035498/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

VRANIC, D. N. ; JOKIC, N. I. ; BAKARCIC, D. ; CAREK, A. ; ROTIM, Z. ; VERZAK, Z. Dental fear among children with a traumatic dental injury. **European Journal of Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 18–21, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28394113/>. Acesso em: 5 jun. 2025.

WRIGHT, G. Z.; MACE, K. A.; HANKS, J. R.; GRAHAM, M. A. The behavior of children in the dental environment: A rating scale. **Journal Pediatric Dentistry**, [s.l.], v. 13, n. 3, p. 154–158, 1991. Disponível em: https://www.researchgate.net/figure/Sound-Eyes-Motor-scale-12_tbl1_265988503. Acesso em: 12 jun. 2025.