



CATOLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

UISEU

**“A VISÃO DOS PAIS E DENTISTAS FRENTE A DIFERENTES
ESTRATÉGIAS AVANÇADAS DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO EM
ODONTOPEDIATRIA”**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Ruth Maria Sanda Isaías

Viseu, 2024



CATÓLICA
FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA

VISEU

**“A VISÃO DOS PAIS E DENTISTAS FRENTE A DIFERENTES
ESTRATÉGIAS AVANÇADAS DE CONTROLO DE COMPORTAMENTO EM
ODONTOPEDIATRIA”**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por: Ruth Maria Sanda Isafas

Orientador: Prof^a Doutora Anna Carolina Volpi Mello-Moura

Coorientador: Prof^a Doutora Daniela Prócida Raggio

Viseu, 2024

Membros do Júri das Provas Públicas

Presidente: Prof^o Doutor Nélio Veiga

(Professor associado)

Arguente: Prof^a Doutora Patrícia Correia

(Professora auxiliar convidada)

Orientador: Prof^a Doutora Anna Carolina Volpi Mello-Moura

(Professora associada)

Data das provas públicas: 16 / 07 / 2024

Validação e confirmação pelos serviços escolares:

Dedicatória

Aos meus queridos pais Maria e Isaías,
eu dedico esta grande conquista na minha vida,
que só se realizou devido ao vosso amor incondicional
e aos imensuráveis sacrifícios feitos ao longo deste percurso.

Agradecimentos

Expresso os meus sinceros agradecimentos a todos os que, de alguma forma, tiveram a sua participação para que esta dissertação se realizasse.

Em primeiro lugar, agradeço ao único Deus pelo fôlego de vida. Em vários momentos da minha vida nos meus altos e baixos, Deus sempre me colocou em pé. E graças a ele aqui estou.

Agradeço aos meus pais, Maria e Isaías, por me terem apoiado incondicionalmente neste desafio de me tornar Médica Dentista. Nunca foi fácil, mas desistir nunca foi uma opção, e isso eu aprendi com eles.

Aos meus irmãos Emanuel, Conceição e João, por serem sempre meus irmãos amados, sempre prontos com os seus conselhos de persistência quando eu mais precisava, mesmo quando não pedia.

Aos meus sobrinhos Gerson e Isaías, os meus amores de sempre, obrigada por tornarem sempre meus dias mais leves.

Aos meus primos, Rúben, Samuel e José, sempre muito protetores e amorosos comigo e aos meus tios Pinock e Júlia pelo apoio e sempre prontos a nunca me deixarem afastar de Deus mesmo quando a situação aqui em Portugal ficava difícil.

As minhas primas Joana, Elena e Vera, que me receberam de braços abertos quando cheguei a Lisboa, mal sabia eu que vinha viver em Viseu, elas me acolheram como irmã e assim se faz até hoje.

As minhas primas/ irmãs Noemi, Esperança e Paolla, sinto-me orgulhosa de dizer que vocês são as minhas melhores amigas desde a infância até hoje.

As minhas amigas queridas Márcia, Olga, Valéria e Nazidete, irmãs que a cidade de Viseu me deu e recebi com todo amor que tenho.

Aos meus colegas, principalmente aos que acompanharam a minha jornada mais de perto, fiz boas amizades e que vou levá-las para sempre no meu coração. À Beatriz Antunes, minha binómia, muito obrigada por tudo.

Aos meus professores, por todo o ensinamento, dedicação e paciência que tiveram comigo ao longo destes 5 anos. Ao professor Pedro Lopes pelo apoio desde as aulas práticas à clínica, serei sempre grata.

À minha coorientadora Prof^a Doutora Daniela Prócida Raggio, pelo auxílio dado durante o desenvolver da minha dissertação e pela expertise que foi essencial para superar os desafios ao longo deste percurso.

E por fim, expresso a minha mais sincera gratidão à minha querida Orientadora Anna Carolina Volpi Mello-Moura, pela disponibilidade, atenção, tempo dedicado e pelas inestimáveis sugestões que recebi e sempre me ajudaram a melhorar a qualidade da minha pesquisa. Apesar de ser uma figura com muitas funções, esteve sempre comigo, e nunca largou a minha mão até ao fim deste projeto.

Resumo

Introdução: A colaboração entre o profissional, a criança e os familiares é essencial para criar um ambiente propício e superar desafios no tratamento médico-dentário. No entanto, o controlo de comportamento da criança durante a consulta é um desafio para todos. O presente estudo desenvolveu um protocolo de estudo clínico qualitativo para avaliar a perceção dos pais frente à utilização de diferentes técnicas de controlo comportamental. Além disso, teve como objetivo avaliar as principais ferramentas disponíveis para realizar esse tipo de avaliação. **Materiais e Métodos:** Um protocolo de estudo clínico qualitativo foi desenvolvido e registado na base de dados OSF. Foi também realizada, de forma sistematizada, uma revisão com o intuito de identificar diferentes ferramentas já utilizadas em estudos qualitativos sobre diferentes técnicas de controlo comportamental, utilizando a base de dados *PUBMed*. **Resultados:** Um protocolo de estudo clínico qualitativo foi desenvolvido para ser utilizado após a aprovação do Comité de Ética em Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Sobre a revisão sistematizada: inicialmente, a pesquisa na *PUBMed* deu-nos o resultado de 251 artigos, dos quais foram selecionados apenas 14 artigos, após leitura. Destes, o estudo mais prevalente foi o *cross-sectional study* (estudo transversal com 7 menções) e a ferramenta para controlo de comportamento *Wong–Baker Faces Rating Scale* (3 menções). **Conclusão:** Estudos qualitativos sobre a perceção do controlo comportamental de crianças no ambiente médico-dentário são uma mais-valia para aumentar a evidência científica nesta área. A ferramenta *Wong-Baker Faces Rating Scale* destacou-se por ser rápida, fácil de interpretar e aplicável sem formação extensiva, apesar da sua subjetividade.

Palavras-chaves: Odontopediatria, estudo qualitativo, técnicas de controlo comportamental.

Abstract

Introduction: Collaboration among professionals, children, and their families is crucial for fostering a supportive environment and overcoming challenges in dental treatment. However, managing children's behavior during consultations remains a significant challenge. This study aimed to develop a qualitative clinical study protocol to evaluate parents' perceptions of various behavior management techniques and to assess the primary tools available for such evaluations.

Materials and Methods: A qualitative clinical study protocol was developed and registered in the OSF database. A systematic review was conducted to identify tools previously used in qualitative studies on behavior management techniques, utilizing the PubMed database.

Results: The qualitative clinical study protocol was approved by the Health Ethics Committee of the Universidade Católica Portuguesa. The systematic review initially identified 251 articles from PubMed, of which 14 were selected after screening. The most prevalent study type was the cross-sectional study (7 mentions), and the most frequently used behavior management tool was the Wong–Baker Faces Rating Scale (3 mentions).

Conclusion: Qualitative studies on the perception of behavior management in children within the dental setting are essential for enhancing scientific evidence in this field. The Wong-Baker Faces Rating Scale was noted for its quick application, ease of interpretation, and applicability without extensive training, despite its inherent subjectivity.

Keywords: Pediatric Dentistry, qualitative study, behavior management techniques.

Índice

Dedicatória.....	I
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	V
Abstract.....	VI
1. Introdução.....	1
2. Materiais e métodos.....	10
2.1 Desenvolvimento do protocolo de investigação para estudos qualitativos.....	11
2.2 Confeção de instrumentos de recolha de dados para estudos qualitativos.....	14
3. Resultados.....	16
3.1 Descrição de ferramentas selecionadas para o presente protocolo.....	17
4. Discussão.....	21
5. Conclusão.....	26
6. Bibliografia.....	29

1. Introdução

A abordagem no atendimento médico dentário infantil não envolve apenas a criança, mas também os pais ou responsáveis, o que caracteriza a natureza mais abrangente deste cuidado.⁽¹⁾ A colaboração entre o profissional, a criança e os familiares é fundamental para garantir um ambiente propício, promover a compreensão e superar desafios específicos associados ao tratamento dentário em crianças. Esta dinâmica tripartite contribui para uma experiência mais positiva e eficaz.⁽¹⁾

Assim sendo, o atendimento dentário em crianças, com as suas particularidades, destaca a importância não só da preparação do profissional para o controlo do comportamento infantil, mas também da colaboração e preparação prévia dos pais ou responsáveis.⁽¹⁾

É importante notar que o medo, nomeadamente o medo do desconhecido, pode ser um desafio significativo no atendimento dentário infantil.⁽¹⁾ Desconstruir esse receio nos primeiros 3 anos de vida é decisivo, pois a criança não possui o desenvolvimento cognitivo adequado para compreender a situação ou articular os seus sentimentos.⁽¹⁾⁽²⁾ Além disso, devem-se considerar experiências anteriores que tenham sido negativas, bem como o papel dos pais, cujo próprio receio pode influenciar o medo da criança, destacando a complexidade do aspecto emocional no cuidado médico-dentário para crianças. Essa compreensão aprofundada pode fornecer estratégias mais eficazes de controlo comportamental.⁽¹⁾⁽²⁾

Desta forma, o controlo comportamental infantil na Odontopediatria é dividido em dois tipos: técnicas básicas (também conhecidas como técnicas não farmacológicas) e técnicas avançadas (ou farmacológicas).⁽³⁾⁽⁴⁾

Em relação às técnicas não farmacológicas, podemos citar: *Tell-Show-Do*, distração, controlo de voz, reforço positivo e modelagem. Segundo a AAPD (*American Academy of Pediatric Dentistry*), podemos ainda acrescentar algumas técnicas a esta lista, como por exemplo: comunicação e orientação comunicativa, observação direta, comunicação não-verbal, perguntar-dizer-perguntar e reestruturação da memória. Algumas destas têm indicação especial para pacientes com necessidades especiais e todas elas não são livres de contra-indicações.⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Técnicas avançadas ou farmacológicas: são exemplo a anestesia geral, a sedação consciente medicamentosa ou por protóxido de azoto, e a estabilização protetora (que é uma das técnicas não farmacológicas, porém avançada). A adaptabilidade às diferentes personalidades e níveis de experiência clínica facilitam sua aplicação, sem causar danos aparentes aos pacientes.^{(3)(4)(5) (6)(7)}

Estas técnicas não podem ser avaliadas isoladamente quanto à sua validade, mas devem ser consideradas no contexto da experiência dentária completa da criança. As técnicas precisam de ser integradas numa abordagem abrangente de orientação comportamental personalizada para cada criança. Assim, “o controlo comportamental é tanto uma arte quanto uma ciência”.⁽⁵⁾

Entre as estratégias básicas de controlo de comportamento, os pais costumam preferir técnicas que são consideradas mais amigáveis, como o “*tell-show-do*”, quando comparadas com técnicas consideradas aversivas, como por exemplo o controle de voz. No entanto, ainda é desconhecida e pouco evidente a preferência dos pais e profissionais em relação às estratégias avançadas de controlo comportamental, nomeadamente a estabilização protetora e a sedação consciente, que serão o foco deste estudo.⁽¹⁾⁽³⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾

A técnica da estabilização protetora vai desde a técnica ativa, que abrange desde uma suave colocação das mãos do auxiliar/pai/mãe/responsáveis sobre as mãos da criança, até à passiva, que faz uso de acessórios estabilizadores, como abridores de boca, ou prancha de papoose, que imobilizam a criança, envolvendo-a com cobertas ou tecidos.⁽⁶⁾⁽⁷⁾

Dispositivos como a prancha de papoose, que envolvem o tórax, podem restringir a respiração, portanto, é crucial utilizá-los com precaução especialmente em pacientes com comprometimento respiratório, como a asma. Além disso, o cuidado deve ser redobrado em pacientes sujeitos a medicamentos, como anestésico local ou sedativos, que podem deprimir a respiração.⁽⁴⁾⁽⁸⁾ Estas técnicas devem ser aplicadas com cuidado, e têm o objetivo de garantir a segurança durante o procedimento dentário, diminuindo o risco de lesões e facilitando a segurança do tratamento.⁽⁵⁾ Esta técnica é eficaz na redução de comportamentos não colaboradores, utilizando estes materiais que impeçam ou limitem a capacidade do paciente mover livremente os braços,

pernas, tronco ou cabeça, principalmente quando se trata de pacientes que precisam de diagnóstico ou atendimento dentário urgente.⁽⁵⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾ Além disso, a estabilização protetora é contraindicada em pacientes colaboradores, pacientes que sejam muito pequenos ou que não conseguem compreender as instruções do médico dentista devido a limitações cognitivas, aqueles que não podem ser imobilizados por razões médicas durante consultas prolongadas e em casos de pacientes que já tiveram trauma físico ou psicológico, comodidade do profissional ou mesmo uma equipa que não esteja preparada a nível de conhecimento e de material. Isto para que seja evitado ao máximo o aumento desnecessário de *stress* do paciente.⁽⁹⁾⁽⁵⁾

Durante a intervenção, o responsável pela criança tem o direito de permanecer ao seu lado. A toma de decisão para esse procedimento deve ser colaborativa com a família, e é importante documentar e avaliar o comportamento da criança em cada sessão na ficha clínica. Mesmo sendo uma técnica avançada de controlo de comportamento Odontopediátrico, a estabilização protetora está agrupada nas técnicas não-farmacológicas.⁽⁴⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾

É importante ressaltar que é crucial promover uma educação respeitosa e livre de castigos físicos para todas as crianças. No contexto médico-dentário, qualquer abordagem que envolva contenção física deve ser aplicada com cuidado e análise, e com a devida consideração do médico dentista quanto à sua pertinência.⁽⁷⁾

Sobre as técnicas de controlo comportamental farmacológicas, como a anestesia geral e a sedação consciente, são diferenciadas uma da outra pelos seus níveis de consciência, sendo que podemos definir a sedação consciente como um estado que é induzido por fármacos, no qual o indivíduo sedado permanece consciente, mas menos ansioso ou nervoso, contribuindo para um estado mais tranquilo e cooperativo. Durante a sedação, os reflexos de proteção das vias respiratórias como a deglutição e a tosse, são mantidos, e o paciente continua capaz de responder a comandos verbais. Apesar de uma possível diminuição da sensibilidade dolorosa, é essencial ressaltar que o uso de anestesia local ainda é necessário para garantir o conforto do paciente durante o procedimento. Além disso, a sedação pode resultar em amnésia total ou

parcial, o que significa que o paciente, após passar o efeito do sedativo, pode não se lembrar totalmente do que ocorreu durante o procedimento sedado.⁽¹⁰⁾ Segundo a EAPD (*European Association of Paediatric Dentistry*) é aconselhável que os médicos dentistas façam formações que incluam os componentes teóricos e práticos em sedação consciente, para que se adquira experiência e conhecimento dos medicamentos sedativos a serem utilizados nesta prática e assim, de igual modo, a equipa assistente de medicina dentária deve ter conhecimento no assunto.⁽¹¹⁾ Os objetivos do uso da sedação visam providenciar um estado de conforto ao paciente, diminuindo a sensação da dor, controlando seus movimentos e proporcionando um ambiente mais propício para que o médico dentista realize um tratamento de qualidade. Também possibilita que o paciente retorne ao estado de alerta após o tratamento, reduzir a ansiedade causando uma atitude psicológica positiva para que possa cooperar melhor no tratamento a ser realizado bem como em tratamentos futuros.⁽⁹⁾ Nas crianças, as funções fisiológicas variam consideravelmente, e, portanto, a dose do sedativo (exceto na sedação por protóxido de azoto que é um gás) deve ser administrada conforme o peso da criança, permitindo um maior rigor de prescrição e uniformidade.⁽⁹⁾

Os fármacos mais comuns para a sedação consciente em Odontopediatria podem ser agrupados em categorias farmacológicas específicas: ansiolíticos (como as benzodiazepinas), hipnótico-sedativos (como o hidrato de cloral) e fenotiazinas (incluindo a prometazina) e também o protóxido de azoto).⁽⁸⁾⁽⁹⁾

O protóxido de azoto é um gás sem cor e com sabor adocicado, também conhecido como gás hilariante que, quando inalado, causa uma leve depressão no Sistema Nervoso Central (SNC), com efeitos mínimos nos sistemas respiratório e cardiovascular. A administração inalatória, deve ser a via preferível para crianças, sendo segura, de fácil administração, bem aceite e mais económica.⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾

A sedação é desaconselhada em crianças que tenham menos de 1 ano de idade ou que pesem menos de 10kg sem que seja consultado um médico anestesiológico.⁽¹¹⁾ Segundo autores, a realização de procedimentos dentários

com uso da sedação consciente ou anestesia geral, podem contribuir para a qualidade de vida da criança, porém, não está provado que estas técnicas contribuam para o medo ou ansiedade no atendimento inicial. No entanto, como a estabilização protetora nem sempre é bem aceita pelos pais, estes por sua vez preferem o controle farmacológico.⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾

Existe uma crescente falta de tolerância entre os pais contemporâneos em relação a métodos tradicionais de disciplina que envolvem autoridade ou contenção.⁽¹⁴⁾

Há uma limitação da literatura e há diversas opiniões contrárias sobre a recomendação, os riscos e a aceitabilidade do uso de técnicas de controle comportamental em crianças com menos de três anos, tanto pelos pais quanto pelos profissionais de saúde.⁽²⁾

A aceitação é um fator-chave na avaliação e aplicação de tratamentos de saúde. Refere-se a quão apropriada as intervenções são percebidas pelas pessoas que as realizam ou recebem, com base nas suas respostas cognitivas e emocionais à intervenção. Os profissionais de Odontopediatria enfrentam desafios e inseguranças ao lidar com crianças durante os seus atendimentos.⁽²⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

A utilização de técnicas como a estabilização protetora gera discussão entre profissionais de saúde e responsáveis, e tornou-se um tema delicado embora provável que seja uma parte comum da rotina de atendimento Odontopediátrico.⁽²⁾⁽³⁾

Muitos pais resistem ao uso de certas técnicas para controlar o comportamento da criança, especialmente a estabilização protetora, por receio de que o dentista, ao imobilizar seu filho, possa causar um 'trauma psicológico', ou por preocupação com a possível reação negativa da criança (muitas vezes devido à falta de explicação e compreensão dessas técnicas). Daí, a importância de os responsáveis compreenderem as técnicas avançadas de controle comportamental para que estejam seguros sobre sua aplicabilidade e necessidade em crianças que careçam delas.⁽⁹⁾

Segundo a literatura, existem duas palavras cruciais para o controlo de comportamento Odontopediátrico, que são a “capacidade” e a “percepção”.⁽³⁾ Podemos observar a grande importância da capacidade e da percepção na gestão do comportamento das crianças. É verdade que as abordagens variam, e a aceitação das técnicas pelos pais também, porém, a sensibilidade às diferentes capacidades e percepções é fundamental para uma gestão eficaz do comportamento da criança.⁽³⁾

Fatores culturais e linguísticos são importantes na escolha da técnica de controlo comportamental e compreender as crenças, valores e práticas de cada cultura é importante para interagir eficazmente com diversos pacientes.⁽³⁾⁽⁵⁾ Por isso, a importância de percebermos a transculturalidade que existe ao compararmos um protocolo de estudo em diferentes países, quando se trata do processo de adaptação transcultural, é fundamental não só traduzir, mas também realizar procedimentos que assegurem a igualdade de significado dos itens e apresentem evidências psicométricas.⁽¹⁸⁾ O propósito desta fase é confirmar se os termos utilizados no instrumento são compreensíveis e estão alinhados com o contexto cultural do público-alvo. A avaliação pelo público-alvo visa determinar se as instruções e os itens são facilmente compreensíveis.⁽¹⁸⁾

Nesta etapa, geralmente não são realizados testes estatísticos; a avaliação concentra-se principalmente na clareza dos itens e na estrutura do instrumento, buscando determinar se está adaptado ou não às pessoas envolvidas no estudo.⁽¹⁸⁾

Posto isto, as adaptabilidades das técnicas de controlo de comportamento são necessárias, considerando as necessidades específicas da criança, a urgência do tratamento e o tipo de intervenção ideal. Essa personalização ajuda a garantir uma abordagem mais eficaz e aceitável para os pais envolvidos. A flexibilidade dos médicos ao empregar uma variedade de técnicas é fundamental para atender às necessidades individuais de cada paciente. Isso permite uma abordagem mais personalizada e adaptada a diferentes situações de controlo de comportamento.⁽⁴⁾⁽¹⁹⁾

Sendo assim, considerando a necessidade da melhoria de evidência científica desse assunto, o presente estudo teve como objetivo realizar um

protocolo de estudo clínico qualitativo para avaliar a percepção dos pais e dos médicos dentistas frente a diferentes estratégias avançadas de controlo de comportamento, durante o atendimento Odontopediátrico. Além disso, através de uma busca sistematizada, avaliou-se as ferramentas disponíveis para realizar este tipo de estudo. Pretende-se, desta forma, conseguir avaliar a aceitação dos pais em relação às diferentes técnicas de controlo de comportamento e também, em futuras investigações decorrentes deste protocolo, perceber se há alguma influência cultural na aceitação das diferentes estratégias avançadas de comportamento, comparando este protocolo de pesquisa em diferentes países.

2. Materiais e métodos

2.1 Desenvolvimento do protocolo de investigação para estudo qualitativo

Esse projeto de investigação será aplicado na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa (FMD-UCP) em parceria com a Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP) (Anexo A- Protocolo de Parceria).

Os participantes desta investigação serão pais de pacientes atendidos na Clínica Dentária Universitária da FMD-UCP e médicos dentistas que quiserem participar.

O presente projeto foi submetido no Comité de Ética para a Saúde da Universidade Católica Portuguesa e está a aguardar o parecer com o aceite para ser iniciado.

Este estudo foi registado na *The Open Science Framework* (<http://osf.io/ruc4j>), com o protocolo de número. Os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, desenvolvido para este estudo.

Este estudo terá como objetivo avaliar um desfecho secundário de um ensaio clínico não randomizado denominado CHOOSE (*Clinical HOlding Or/and SEdation*), intitulado: “Sedação versus estabilização protetora para o tratamento odontológico de crianças com cárie e comportamento negativo no dentista: ensaio clínico não randomizado”, que foi aprovado pelos Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOUSP)-Brasil - CAAE USP (14585219.5.3001.0075) (Anexo B - Protocolo Comitê de Ética FOUSP) e que está publicado (da Silva, G.S., Anabuki, A.A., Viana, K.A. et al. Sedation versus protective stabilization for dental treatment of children with caries and challenging behavior at the dentist (CHOOSE): a study protocol for a non-randomized clinical trial. *BMC Oral Health* 21, 256 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01594-0>).

As bases teóricas que nortearão este estudo serão a análise de discurso e etnografia. A etnografia é uma ferramenta de investigação qualitativa que tem como objetivo explorar um tema e adquirir um conhecimento aprofundado sobre as pessoas no contexto do problema. A amostra será de conveniência com um

número entre 10 e 15 pessoas, procurando sempre equilibrar a quantidade de pais/responsáveis e profissionais.

Serão incluídos pais/responsáveis de crianças com idades entre os 3 e 10 anos de idade, e que tenham passado por pelo menos um atendimento na Clínica Infantil e/ou de Odontopediatria, realizado na Clínica Dentária Universitária da FMD-UCP.

Serão excluídos da pesquisa pais/responsáveis de crianças que sejam portadoras de necessidades especiais ou com problemas sistêmicos de saúde, bem como aqueles que se recusam ou não assinam o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Esta prática visa garantir a integridade dos dados e o respeito aos princípios éticos da pesquisa.

Inicialmente, os participantes a serem incluídos assistirão a partes de vídeos de crianças durante o atendimento, no âmbito da consulta médica dentária, com diferentes técnicas avançadas de controle de comportamento (estabilização protetora, sedação consciente e anestesia geral). Esses vídeos são os mesmos utilizados nos projetos de investigação já realizados (CHOOSE), conforme ANEXO A e B.

Após a exposição dos participantes aos conteúdos, serão conduzidas entrevistas semiestruturadas, com o intuito de permitir que os entrevistados possam aprofundar e expressar o que realmente sentem, além de percebermos quais são as suas percepções em relação às situações que serão apresentadas.

As entrevistas serão conduzidas por uma investigadora do sexo feminino (RMSI), aluna de Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMD-UCP, supervisionada diretamente por um aluno de Doutorado em Odontopediatria da FOUSP, que estará em estágio na FMD-UCP de abril a setembro de 2024.

O responsável por conduzir as entrevistas apresentar-se e deixará claros quais os objetivos da pesquisa que está a ser desenvolvida, a fim de criar algum tipo de vínculo com os participantes.

O entrevistador será treinado quanto à realização das entrevistas pelas professoras supervisoras da FMD-UCP e da FOUSP, através de aulas teóricas

e atividades de gravação, transcrição e análise das entrevistas. Este protocolo de estudo será replicado também na FOUSP (Brasil) e noutros locais, futuramente.

As conversas acontecerão num local reservado, sem que haja interrupções durante o decorrer de toda a entrevista. Preferencialmente, estarão presentes no local da entrevista somente o entrevistador e o participante. No entanto, em casos onde isso não seja possível, mais pessoas poderão estar presentes, desde que a pessoa entrevistada autorize e se sinta confortável.

Por ser uma entrevista semiestruturada, o entrevistador pode conduzir a conversa de forma mais informal, procurando extrair a maior quantidade de informações relevantes sobre as percepções dos pais/responsáveis e dos profissionais/estudantes que responderão às questões.

Todas as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para que possa ser feita uma análise de tudo o que foi dito.

Durante e após a entrevista poderão ser feitas anotações de campo, que constarão nas transcrições. Os entrevistados não receberão as transcrições e nem poderão pedir que sejam feitas correções das mesmas, para que não haja nenhum tipo de interferência dos mesmos.

As entrevistas serão realizadas com pessoas cuja língua materna é português de Portugal e terão duração aproximada de 30 a 40 minutos, podendo estender-se no máximo a 60 minutos.

O questionário (descrito no item 2.2) poderá ser futuramente adaptado e testado para os diferentes públicos e considerando as particularidades da língua, através de um questionário piloto. Serão mantidas todas as expressões locais e erros linguísticos, procurando entender o contexto local e as particularidades da região.

2.2 Confeção de instrumentos de recolha de dados para estudos qualitativos

A pesquisa qualitativa ajuda-nos a entender melhor a forma como o ser humano se comporta ao revelar padrões complexos e capturando essas experiências num contexto detalhado, usando as próprias palavras dos indivíduos em estudo.⁽²⁾

Distingue-se pela sua abordagem em entender como as pessoas interagem, interpretam e atribuem significado, em vez de simplesmente tratá-las como pontos de dados numéricos. Por isso a confeção do instrumento de recolha de dados, será basicamente através de ferramentas etnográficas, incluindo técnicas como observação e entrevistas.⁽²⁰⁾

Desta forma será feita de maneira sistematizada uma revisão, no intuito de identificar diferentes ferramentas já utilizadas em estudos qualitativos sobre diferentes técnicas de controlo comportamental. A base de dados utilizada foi: a *PUBMed* e com as seguintes palavras-chaves: “*behaviour management techniques AND pediatric dentistry AND qualitative studies AND guardians OR parents AND dentists AND perception*”.

3. Resultados

O item 2.1 do presente projeto foi submetido ao Comit  de  tica para a Saúde da FMD-UCP e encontra-se em aprecia o.

Após a aprova o, será dado início   recolha dos dados, baseada na ferramenta a ser desenvolvida no presente estudo.

3.1 Descri o de ferramentas selecionadas para o presente protocolo

A primeira pesquisa na base de dados da *PubMed* resultou em 251 estudos. Foram lidos e selecionados 41 artigos. Não foi restringido o idioma e o ano dos artigos. Foram excluídos mais 7 artigos (os artigos não abriram porque era necessário pagar para os descarregar) resultando em 14 artigos incluídos.⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾⁽³⁴⁾

Após a sele o dos estudos, dados como: autores, ano, tipo de estudo, ferramenta utilizada para análise de técnicas de controlo de comportamento, descri o das ferramentas utilizadas, resultados e conclusão foram sumarizadas na tabela abaixo (Tabela1).

AUTHORS	YEAR	TITLE	STUDY DESIGN	TOOLS (behavioural techniques)	TOOLS'S DETAILS
Kramer et.al.(1)	2020	Dental behaviour management problems and associated factors in Brazilian children	cross-sectional study	Beck Anxiety Inventory/ Frankl scale	Frankl scale: Child behaviour during the dental appointment (dependent variable) was evaluated by a single, independent, previously trained examiner using the Frankl Behaviour Rating Scale [Frankl et al., 1962]. Behaviour was evaluated at six moments: reaction to first contact with the dentist, separation from the mother, entering the dental office, sitting in the dental chair, clinical examination and prophylaxis and after the exam. The hierarchy values were inverted, with the lower numbers indicating the most collaborative behaviours at dental chair while the higher numbers the worst behaviours. Therefore, each moment was rated as follows: 1 = definitely positive, 2 = positive, 3 = negative and 4 = definitely negative. Child behaviour scores obtained at each moment were summed and total score was classified as follows: 6 = definitely positive, 7-12 = positive, 13-18 = negative and 19-24 = definitely negative. In the present study, a total score of 6-12 was considered indicative of positive behaviour and a total score > 12 was considered indicative of negative behaviour. Beck Anxiety Inventory: Mother's anxiety was assessed using the Beck Anxiety Inventory (BAI), which is a self-report scale consisting of 21 statements that describe anxiety symptoms [Beck et al., 1988], validated in a Brazilian population [Gorenstein and Andrade, 1996]. Each item/symptom is scored on a four-point scale ranging from 0 to 3. The total BAI score ranges from 0 to 63 points and is interpreted as follows: 0 to 10 = minimal level of anxiety, 11 to 19 = mild anxiety, 20 to 30 = moderate anxiety and 31 to 63 = severe anxiety. For statistical purposes, this variable was dichotomised as minimal/mild anxiety (0 to 19 points) or moderate/severe anxiety (20 to 63 points).
Kochar et.al (2)	2023	Factors Influencing Parents' Decision in Choosing a Pediatric Dentist	cross-sectional study	knowledge-based assessment scale/ perception-based assessment scale	Questions were divided into two parts, knowledge-based assessment scale and perception-based assessment scale . The questions were formulated to assess the knowledge of parents regarding dental care, their perception, and their attitude toward the decision-making while selecting a pediatric dentist for their kids. The questions also included information about the child's habits and associated problems with it. Three hundred parents of children under 14 years of age were chosen randomly where all parents were adequately informed beforehand, and their written consent was taken before proceeding with the questions. All the questions were formulated in the native language that they could easily understand. A convenient method was applied as per the respondent from an offline questionnaire survey. Results By evaluating the parental knowledge as well as perception towards children's oral health and dental treatment we are able to determine which aspects parents prefer while selecting a pediatric dentist for their child. The study found that parents had limited knowledge about the causes, treatment, prevention, and consequences of oral health problems in children. Many parents neglect oral health problems and lack correct knowledge.
Randall et.al (3)	2023	Pediatric Dentists' Use of Nonpharmacological Behavior Guidance Techniques and Experiences with Caregiver Acceptance: A National Survey	cross-sectional study	questionnaire/ the study protocol approved as "exempt" by the University of Washington Institutional Review Board	Administration of the study questionnaire was included as part of a larger survey project aimed at understanding pediatric dentists' practice behaviors with respect to both acute pain assessment and behavior guidance. Because no such extant questionnaire items could be identified in the literature, questions were developed by the study team specifically to assess behavior guidance techniques utilized by pediatric dentists and the degree to which caregiver hesitancy or refusal is encountered when they are utilized. Given the scope of the larger project, and due to notable gaps in the literature on basic techniques in particular, the questionnaire intentionally focused on nonpharmacological behavior guidance. As part of the development process, the questionnaire was pilot tested with practicing pediatric dentists to ensure that intended meaning would be understood by the target participants.
Jervae-Storm et.al (4)	2023	Evaluation of Children's Anxiety Level in Relation to a Dental Visit/Treatment and Their Parents' Dental Fear	cross-sectional study	questionnaire/ Children's Fear Survey Schedule (CFSS)	The focus of the study was the questionnaire , which was intended to reflect the children's fears when visiting the dentist. Both the children and their parents filled out almost the same questionnaire. The basis for this is the "Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS)" [7]. In 1982, Cuthbert and Melamed [7] modified the earlier Fear Survey for Children [22] from 1968 and developed the Children's Fear Survey Schedule (CFSS) , which served as the basis for this study. The reliability of the scale has several times been proved to be satisfactory
Baghlaif (5)	2022	Necessity and relevance of qualitative research in pediatric dentistry. A literature review	qualitative study	An electronic search	An electronic search was conducted on recent studies published from December 2019 until December 2021 using PubMed, Scopus, and King Abdulaziz University Digital library. Several keywords were used to identify the studies for this review including pediatric dentistry, qualitative study, mixed-methods study, focus group discussion, interviews, observations, children oral health, dental caries, dental fear, protective stabilization, restraint, early childhood caries, pediatric dentists.
Reeve-Brook et.al (6)	2022	A questionnaire-based study of Paediatric Dentists' knowledge of teething signs, symptoms and management	Cross-sectional study	questionnaire-based study	This was a self-administered questionnaire-based study where participation was voluntary. Ethical approval was not required for this study according to guidance published by the University of Cardiff. No formal application for ethics review was required as responding to the questionnaire was not considered to carry any form of risk or harm to the participants. Following a review of the literature to identify gaps in knowledge, an initial questionnaire was piloted with a small group of Specialists and Trainees (n = 5) and changes were made as a result of feedback. The final questionnaire consisted of a 10-item online survey including free-text questions presented using Microsoft Forms (Appendix 1). The survey consisted of five sections: participants demographics and professional background (five items); undergraduate education of the teething process (one item); awareness of teething-related signs and symptoms using a tick list of commonly reported symptoms (one item); the frequency and the management approach that is usually used for teething symptoms (two items); participants' awareness of professional resource guidance available relating to teething (one item); and perceived need for further guidance on teething management (one item).

Mueller et al (7)	2022	Relationship between dental experiences, oral hygiene education and self-reported oral hygiene behaviour	Interdisciplinary prospective study	The questionnaire-based survey	The manuscript presents data from a larger interdisciplinary prospective non-disguised video observation study analysing brushing habits [25] and including a clinical assessment of plaque quantity (PI; [26]) as a parameter for effective brushing performance and a questionnaire-based survey on 170 health volunteers. The methodology was based on a previous study and did not include any interventions [25]. The questionnaire-based survey included socio-demographic data, self-report of oral hygiene attitudes and the oral hygiene education in childhood as well as knowledge on brushing techniques according to the German Oral Health Survey (DMS; [27]). Furthermore, the relationship to the own mouth, sensations during oral hygiene and the perception and satisfaction with the own teeth were asked (self-developed questionnaires). In addition, established questionnaires on self-efficacy (SWE; [7,28]), dentist-related fears (DAS; [29]), personality profile (NEO-FFI; [30,31]), body perception (DKB-35; [32]) and the current psychological state (PHQ-D; [33]) were included.
Yigit et al (8)	2022	The effect of parental presence and dental anxiety on children's fear during dental procedures: A randomized trial	Questionnaires and measures	Frankl scale/ Wong-Baker Faces Rating Scale	The child's perception was measured using the Wong-Baker Faces Rating Scale , and another pediatric dentist rated child's behavior using the Frankl scale based on the treatment video that was limited to the child's appearance. Analysis of Wong-Baker values was carried out using a two-way analysis of variance. Logistic regression analysis was used to evaluate the Frankl scale scores after treatment. The relationship between age and clinical situation was evaluated using Spearman rank correlation. Prevalence ratios (PRs) and 95% confidence intervals (CIs) were calculated. The data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences, version 23 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). The significance level was set at $p < .05$.
Slabinskien et al (9)	2021	Dental Fear and Associated Factors among Children and Adolescents: A School-Based Study in Lithuania	cross-sectional survey	Two originally created self-reported questionnaires were used in this study/ Dental Anxiety Question	Two originally created self-reported questionnaires were used in this study. The first was the student (child) questionnaire, which consisted of questions assessing oral health as well as demographic, psychological and social issues. Fear about dental treatment was an outcome (dependent) variable in this study. The students were questioned about their fear of the dentist using the "Dental Anxiety Question" , a specific single-item instrument taken from the study by Newell (1990) [32]. Their feelings about fear of dental treatment were rated on a 5-point scale with the following answer options: 1—not at all afraid; 2—a little afraid; 3—somewhat afraid; 4—very afraid; 5—terrified. Because there was no rational way to divide these options into two categories, such as 'low fear' and 'high fear', the original 5-point rating of dental fear was retained when analysing the data
Marty et al (10)	2021	Perception of Protective Stabilization by Pediatric Dentists: A Qualitative Study	qualitative research study	Semistructured qualitative interviews	Semistructured qualitative interviews on the perception of pediatric dentists concerning protective stabilization were conducted in the pediatric dentistry department of the University Hospital of Toulouse, France. A thematic analysis of interview transcripts was provided via NVivo software. The interviews took place during working hours and were tape recorded. The conversations were conducted in French. The study was performed via the qualitative content (thematic) analysis method (George et al. 2012). Based on a review of the literature and discussions among the 3 investigators, an interview guide with a short list of questions was created to help the discussions. This guide was modified on the basis of the first interviews according to hypothetico-deductive methodology. Questions used in this guide involved the following thematic areas: definition of protective stabilization, the situations in which it was used, the influence of parents on the decision, the role of therapeutic alternatives, and the feelings practitioners had when using protective stabilization.
Brilhante et al (11)	2019	Carers' and paediatric dentists' perceptions of children's pain during restorative treatment	cross-sectional study	Visual Analogue Scale	The child's pain during dental treatment under sedation, according to paediatric dentists and parents/carers, was evaluated at the end of the session using the Visual Analogue Scale (VAS) (Tzse et al. 2018). Using the VAS, respondents answered the following question: "How much pain do you think the child felt during treatment?". The response was recorded with a vertical mark on a 100 mm line. The extremes of the scale were 0—no pain and 100—severe pain; the score was obtained by measuring the distance, in millimetres, from the "no pain" anchor to the mark made by the respondent. Scores from 0 to 4 mm were considered as "no pain"; 5–44 mm, "mild pain"; 45–74 mm, "moderate pain"; and 75–100 mm, "severe pain" (Tzse et al. 2018)
Bhatia et al (12)	2018	Pediatric Dental Appointments No-show: Rates and Reasons	Self-administered questionnaires	Self-administered questionnaires	Self-administered questionnaires were designed in English which was then translated into the regional language. These questionnaires were handed over to the parents in the waiting area whose children were undergoing treatment during the period of 6 months from January 2015 to July 2015. The questions were filled by the parents and required several category choices or a range from very good to very bad. These questionnaires were then tested on subjects and improvements were made according to the feedback. A total of 294 samples were collected. All questionnaires were checked for completeness before they were collected. Data were analyzed using six variables in relation to the missed appointments: 1. Age of the child 2. Gender of the child 3. Parent's education status 4. Socioeconomic status of the family 5. The reason for cancelling the appointment 6. The methods to remember the appointment date Kendell's Tau-B test was performed to test for the correlation. All tests were conducted at 0.05 significance level.
B. Vasiliki et al (13)	2016	The effect of parental presence on the child's perception and co-operation during dental treatment	questionnaire	Venham scale/ Wong-Baker Faces Rating Scale (FPRS) / Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS)	The children's behaviour was frequently with the Venham's (modified) clinical rating of anxiety and cooperative behaviour. This scale consists of six points ranging from 0 (relaxed) to 5 (out of contact) (Venham et al. 1980). The Venham scale is used frequently in comparable studies and has good properties when compared to video registrations (Veerkamp et al. 1994). The FPRS (Wong and Baker, 1988) (Fig. 2) is a scale of six hand drawn faces, ranging from smiling to crying; the faces were developed based on analyses of children's drawings of faces representing different degrees of hurt/discomfort (Chambers et al. 1999). The instruction to each child were standardised (written) to avoid individual variation. Parents were asked to rate their own dental fear with the Greek version of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) (Berggren and Carlsson 1984) which has been proved to be reliable and valid (Coolidge et al. 2008).
IC et al (14)	2011	Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment	questionnaire	Venham scale/ Wong-Baker Faces Rating Scale (FPRS)	The course of the treatment was measured by asking both the dentist and the parent to rate the child's behaviour, measured using Venham's (modified) clinical rating of anxiety and cooperative behaviour. The scale consists of 6 points ranging from 0 (relaxed) to 5 (out of contact) (Venham et al. 1980). The Venham scale is used frequently in comparable studies and has good properties when compared to video registrations (Veerkamp et al. 1994). The dentists were trained with video tapes not taking part in the study. After the treatment each child was asked to give his/her opinion on the course of treatment by pointing out one of the faces on the Wong-Baker Faces Rating Scale (FPRS) (Wong and Baker, 1988) (Fig. 1) . The FPRS is a scale of six hand-drawn faces, ranging from smiling to crying; the faces were developed based on analyses of children's drawings of faces representing different degrees of hurt/discomfort (Chambers et al. 1999). The instruction to the child was standardised (written) to avoid individual variation.

Na tabela acima (tabela 1) podemos encontrar os resultados dos estudos incluídos que investigaram o controlo de comportamento das crianças durante o atendimento dentário.

Alguns destes estudos não só investigaram o comportamento das crianças, mas também dos responsáveis das crianças.

O tipo/método de estudo mais utilizado foi o *cross-sectional study* (estudo transversal com 7 menções) e uma variação de *cross-sectional survey* (inquérito transversal). Outros tipos de estudos foram encontrados: *questionnaire*, *qualitative research study*, *interdisciplinary prospective study*.

A ferramenta para controlo de comportamento mais utilizada foi *Wong–Baker Faces Rating Scale* (3 menções), sendo que duas ferramentas tiveram o mesmo número de menções *Frankl scale- 2* e *Venham scale- 2*.

Nas outras houve menção apenas uma única vez (*Beck Anxiety Inventory*, *Knowledge-based assessment scale/perception-based assessment scale*, *Visual Analogue Scale*).

Os demais estudos foram guiados por questionário, buscas eletrónicas e entrevistas qualitativas semiestruturadas (*An electronic search*, *Semistructured qualitative interviews*, *Questionnaire- 5* e suas variações). Os estudos são maioritariamente recentes, variam entre os anos de 2011 a 2023, o que desperta um interesse crescente e sucessivo para a investigação do comportamento da criança em consultas médico-dentárias.

4. Discussão

O presente trabalho de investigação chama a atenção para um tema importante, que é a verificação da melhor forma de se realizar o controlo comportamental da criança no ambiente médico-dentário. Este tema ainda requer a construção de evidências científicas mais sólidas, o que indica o real carecimento de mais estudos para investigar a perceção sobre comportamentos e opiniões dos principais envolvidos.

A escolha de um protocolo de estudo tem como objetivo trazer rigor e clareza para esta pesquisa científica, mantendo um suporte sólido para que este estudo seja futuramente exequível e com o intuito de manter o padrão da metodologia, de forma que os resultados obtidos sejam confiáveis e replicáveis em Portugal e noutros países.

A primeira parte deste estudo consistiu em desenvolver um protocolo de estudo clínico, utilizando uma metodologia qualitativa. O protocolo foi desenvolvido com todo o rigor necessário sendo que é fruto de uma parceria entre a FMD-UCP e a FOUSP. Pretende-se iniciar o estudo clínico, porém, para isso é necessário aguardar a aprovação do Comité de Ética para a Saúde da FMD-UCP.

Procura-se, com essa investigação, realizar um estudo que ambiciona alcançar outros países, para compararmos a influência cultural e socioeconómica, e assim conseguirmos não só analisar a perceção dos pais e médicos dentistas sobre essas técnicas de controlo de comportamento, mas também o quanto elas são eficazes em diferentes locais do Mundo e assim assegurar que os resultados possam ser aplicáveis em diferentes situações.

Com esse estudo, um outro ponto que surgiu foi a necessidade de identificar qual a melhor ferramenta de estudo qualitativo, para se aplicar em estudos que se analisam o controlo de comportamento infantil. A Odontopediatria é uma das áreas da Medicina Dentária que requer o conhecimento de técnicas especializadas para o controlo de comportamento de crianças durante o procedimento dentário. Este estudo pode trazer benefícios tanto para a realidade médico dentária como também para a experiência familiar e o desenvolvimento da prática clínica, dando aos médicos dentistas formas e ferramentas mais

competentes e menos invasivas para controlar o comportamento da criança, e de alguma forma envolver a participação dos pais/ responsáveis.

Assim sendo, os resultados deste estudo podem inspirar inovação ou até adaptação de novas ferramentas, abrangendo avanços psicológicos nos nossos pacientes de forma a transformar a ótica tradicional. É importante ressaltar que poderá também ser útil na educação e formação das Universidades de novos profissionais para que estes estejam bem preparados ao confrontarem-se com desafios pediátricos. Consequentemente, obteremos mais confiança e segurança por parte dos pais pela sua participação ativa, ao conhecerem as técnicas que os médicos adotam durante a consulta, o que resultará em menos stress e/ou ansiedade.

Sobre as limitações do estudo, é uma pesquisa que enfrenta desafios no âmbito das pesquisas científicas, visto que falar sobre percepções envolve sempre variáveis imateriais e complexas como experiência pessoal e atitudes que nem sempre são fáceis de aferir.

As diferentes culturas podem apresentar um nível de complexidade para este tema de modo significativo, vindo que as ferramentas utilizadas em Odontopediatria e a aceitação das mesmas podem variar entre culturas, o que mais uma vez exige investigações que sejam multicêntricas, para percebermos as características de cada cultura, o que poderá ser útil no tratamento individualizado dos pacientes.

Outra dificuldade poderá ser o facto de que muitos podem não ser a favor destas técnicas pelo medo ou receio de mudar para algo novo, isso tanto para os pais quanto para os profissionais, o que acaba por dificultar a pesquisa e consequentemente a concretização dessas ferramentas por mais boas ou fáceis que sejam de serem aplicadas.

Enfrentámos desafios na seleção dos dados, inicialmente, pois tivemos um grande número de artigos (251) que depois de uma triagem reduziu significativamente, de forma a encontrar os 14 mais relevantes. Destes 14 artigos, as ferramentas utilizadas para análise de comportamento eram diversificadas, juntamente com diferentes tipos de metodologia, o que dificultou comparar ou padronizar os resultados. Durante a leitura dos 14 artigos, foi

possível perceber que alguns apontaram a ansiedade dos pais como um fator principal na influência do comportamento da criança e outros ainda sugerem que se faça também um questionário envolvendo as crianças no estudo, isto porque as vezes o que é dito pelos pais não condiz com o comportamento da criança, o que nos leva a perceber que antes mesmo de percebermos os medos das crianças devemos perceber primeiro quais os medos/ experiências dos pais nas consultas dentárias, muitas vezes os filhos só espelham aquilo que observam dos pais.

O tipo de estudo mais prevalente foi o cross-sectional study (estudo transversal), provavelmente pela sua competência em recolher dados com grande número de amostras a longo prazo, de forma específica no tempo, fornecendo uma ampla visão dos aspectos de interesse, o que é benéfico para identificar a prevalência e fatores associados ao comportamento da criança.

A ferramenta mais mencionada foi a *Wong-Baker Faces Rating Scale*, que é uma ferramenta muito utilizada na Odontopediatria. Tem como objetivo a avaliação da dor em crianças, de uma forma rápida e de fácil entendimento. Utiliza desenhos de rostos expressivos que vão de um sorriso (ausência de dor) ao choro (dor intensa) e os profissionais não necessitam de formação para a aplicar. É adequada para todas as idades, e tem caráter multicultural tendo em conta que as expressões faciais são universais, e pode ser utilizada em várias condições médicas.

No entanto, apresenta limitações: pode ser um pouco subjetiva, sabendo que as interpretações das expressões podem ser diferentes para cada pessoa, o mesmo pode acontecer em diferentes culturas e idades, o que pode de alguma forma afetar a exatidão da avaliação, e também as experiências anteriores de dor de cada paciente, pacientes que já experimentaram dor crônica terão uma percepção diferente das expressões em comparação com os outros, e pacientes que sejam deficientes visuais terão dificuldade em participar desta escala.

Pretende-se sugerir novas e futuras pesquisas a longo prazo, para que à medida que surgirem novas técnicas, as percepções sejam continuamente analisadas. Procura-se considerar o impacto de programas educativos dedicados a informar pais e dentistas sobre as diferentes técnicas de controlo de

comportamento e os seus benefícios profissionais na experiência odontológica para crianças.

5. CONCLUSÃO

O desenvolvimento de protocolos de estudos clínicos qualitativos, para analisar a percepção do controlo de comportamento das crianças no ambiente dentário, são uma mais-valia nesta área e devem ser realizados para aumentar o nível de evidência científica no assunto.

A ferramenta qualitativa mais relevante foi a Wong-Baker Faces Rating Scale, por ser a técnica mais rápida a ser aplicada, de fácil interpretação e não precisar de formação por parte dos profissionais de saúde para ser executada, mesmo apresentando limitações de subjetividade.

Com um protocolo de estudo bem delineado e ferramentas corretas, poderemos entender qual é o melhor caminho para se implementar diferentes tipos de técnicas de controlo comportamental em crianças.

Além disso, poderá futuramente comparar-se em diferentes localidades no mundo, qual a influência cultural e socioeconómica, na percepção de pais e profissionais em relação às técnicas de controlo comportamental em Odontopediatria.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Albuquerque C, Gouvea C de, Moraes R, Barros R, Couto C. Principais técnicas de controle de comportamento em Odontopediatria. Arq em Odontol. 2010;45(2):110–5.
2. Ilha MC, Vivian AG, Alberto C, Josiane F, Maria E, Barros DR, et al. Protective stabilization in pediatric dentistry : A qualitative study on the perceptions of mothers , psychologists , and pediatric dentists. 2021;(October 2020):647–56.
3. Acharya S. Parental acceptance of various behaviour management techniques used in pediatric dentistry: A pilot study in Odisha, India. Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr. 2017;17(1).
4. Soxman JA, Townsend JA. Behavior Guidance. Handb Clin Tech Pediatr Dent. 2021;267–81.
5. Revision L. Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. 2023;359–77.
6. Lima ACP, Costa AMG, Oliveira DA de, Silva MEC da, Monteiro RC, Monteiro SA de C. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas em odontopediatria. Res Soc Dev. 2022;11(16):e209111637644.
7. Sant’anna RM, Almeida TF, Araújo Silva R, Silva LV. Aspectos Éticos E Legais Das Técnicas De Manejo De Comportamento Em Odontopediatria: Uma Revisão Narrativa Da Literatura. Rev Bras Odontol Leg. 2020;7(2):70–80.
8. Barbosa CDSEA, Toledo OA De. Uso de Técnicas Aversivas de Controle de Comportamento em Odontopediatria. J Bras Odontopeiatr Odontol Bebê. 2003;6(29):76–82.
9. Faculty U, Xavante G, Santana DO. Artigo Original Percepção dos pais sobre técnicas de controle comportamental na Clínica Odontopediátrica da Faculdade UniRuy , Salvador-BA Parents ’ perception of behavioral control techniques at the Pediatric Dentistry Clinic at. 2021;12(2):89–95.
10. 30402-Texto do Artigo-104506-1-10-20131029.sed.

11. Andersson PPAK. Best clinical practice guidance for conscious sedation of children undergoing dental treatment : an EAPD policy document. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2021;22(6):989–1002. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00660-z>
12. Tasso AC, Lima AKMF de, Tavares ABGA, Bessa CFC, Fonseca GQF, Cruz IR, et al. Sedação por óxido nitroso X anestesia geral: prós e contras. Uma revisão de literatura. *Res Soc Dev*. 2022;11(12):e105111234139.
13. Lisabeth V, Krupp S. No Title. 2013;
14. Bengtson CRG, Bengtson NG, Bengtson AL, Pinheiro SL, Mendes FM. O uso da anestesia geral em Odontopediatria. *J Heal Sci Inst*. 2006;24(4):319–25.
15. Roberts JF, Curzon MEJ, Koch G, Martens LC. Review: behaviour management techniques in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent*. 2010 Aug;11(4):166–74.
16. Guinot F, Virolés M, Lluch C, Costa AL, Veloso A. Spanish and portuguese parental acceptance of behavior management techniques in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent*. 2021;45(4):247–52.
17. Tovo MF, Faccin ES, Vivian AG. Psicologia e odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil TT - Psychology and pediatric dentistry: interdisciplinarity contextualization in Brazil. *Aletheia* [Internet]. 2016;49(2):76–88. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942016000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
18. Maria C, Ogeda M. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS NA EDUCAÇÃO CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND VALIDATION OF DATA. 2023;85–97.
19. Gizani S, Seremidi K, Katsouli K, Markouli A, Kloukos D. Basic behavioral management techniques in pediatric dentistry: A systematic review and meta-analysis. *J Dent* [Internet]. 2022;126:104303. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030057122200358X>

20. Cristiano Lessa de Oliveira. UM APANHADO TEÓRICO-CONCEITUAL SOBRE A PESQUISA QUALITATIVA: TIPOS, TÉCNICAS E CARACTERÍSTICAS A THEORETICAL AND CONCEPTUAL OVERVIEW ON QUALITATIVE RESEARCH: TYPES, TECHNIQUES AND FEATURES. *revistatravessias*. :16.
21. Kochar SP, Madhu PP, Reche AR, Kale BK. Factors Influencing Parents ' Decision in Choosing a Pediatric Dentist Demographic details of the participants under study. 2023;15(10):1–8.
22. Randall CL, Dhar V. Pediatric Dentists' Use of Nonpharmacological Behavior Guidance Techniques and Experiences with Caregiver Acceptance: A National Survey. 2024;45(5):418–24.
23. Peters LP, Bekes K, Fricke M, Jepsen S. Evaluation of Children ' s Anxiety Level in Relation to a Dental Visit / Treatment and Their Parents ' Dental Fear. 2023;
24. Baghlaf K. Necessity and relevance of qualitative research in pediatric dentistry . A literature review. *Saudi Dent J* [Internet]. 2023;35(1):31–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2022.11.012>
25. Reeve-brook L, Bhatia S. A questionnaire-based study of Paediatric Dentists ' knowledge of teething signs , symptoms and management. 2022;(November 2021):1–5.
26. Id MM, Schorle S, Id KV, Hartmann A, Zeeck A, Schlueter N. Relationship between dental experiences , oral hygiene education and self-reported oral hygiene behaviour. 2022;1–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0264306>
27. Yigit T, Topal BG, Ozgocmen E. The effect of parental presence and dental anxiety on children ' s fear during dental procedures : A randomized trial. 2022;27(4):1234–45.
28. Zaborskis A. Dental Fear and Associated Factors among Children and Adolescents : A School-Based Study in Lithuania. 2021;1–17.
29. Marty M, Marquet A, Valéra MC. Perception of Protective Stabilization by

- Pediatric Dentists : A Qualitative Study. 2021;(October):402–8.
30. Corrêa VOMBP, Machado FGCM. Carers ' and paediatric dentists ' perceptions of children ' s pain during restorative treatment. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2020;21(2):271–6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40368-019-00486-w>
 31. Article O. Pediatric Dental Appointments No-show : Rates and Reasons. 2018;11(June):171–6.
 32. Vasiliki B, Vassilis AKK, Loveren KNC Van. The effect of parental presence on the child ' s perception and co-operation during dental treatment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2016;17(5):381–6.
 33. Ulnnhq R, Kdv D, Uhsruwhg E, Hw H, Uhhpdq DO, Wkh RI, et al. Influence of parental presence on the child ' s perception of , and behaviour , during dental treatment. 2011;12(4):200–4.
 34. Kramer PF, Ilha MC, Bervian J, Feldens CA. Dental behaviour management problems and associated factors in Brazilian children. 2020;192–6.