

Sara Simões Rodrigues

Ausência/Presença dos Pais na consulta de Odontopediatria
Revisão sistemática

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2021

Sara Simões Rodrigues

Ausência/Presença dos Pais na consulta de Odontopediatria

Revisão sistemática

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2021

Sara Simões Rodrigues

Ausência/Presença dos Pais na consulta de Odontopediatria

Revisão sistemática

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Mestre em Medicina Dentária”

Sara Simões Rodrigues

Resumo

Um dos maiores desafios na consulta de odontopediatria é o controlo de comportamento da criança que é influenciado por diversos fatores internos e externos que comprometem o sucesso do tratamento. Com o intuito de eliminar esses fatores foram desenvolvidas inúmeras técnicas de controlo comportamental básicas e avançadas. A técnica da ausência/presença dos pais na consulta de odontopediatria é descrita como sendo uma técnica de controlo comportamental básica usada para controlar comportamentos inadequados durante a consulta e auxiliar a comunicação entre o paciente, o médico dentista e os pais. Esta técnica é usada consoante os fatores: idade, desenvolvimento psicológico da criança, contexto da consulta e contexto familiar. O objetivo do presente trabalho foi fazer uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia da técnica ausência/presença dos pais e o seu efeito na ansiedade e no comportamento da criança. Foram selecionados estudos com base nas recomendações do guia Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (PRISMA) que utilizassem um método comparativo entre a ausência e a presença dos pais em consultório e que, para cada uma delas, avaliassem o comportamento ou ansiedade da criança. A técnica ausência/presença, sendo uma técnica não invasiva, é amplamente utilizada para controlo de comportamento. No entanto, os resultados dos estudos são heterogêneos, sendo que a maioria não reportou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (ausência/presença dos pais) nos parâmetros avaliados para a ansiedade e comportamento da criança.

Palavra-chave: odontopediatria; tratamento dentário; presença parental; comportamento infantil;

Abstract

One of the biggest challenges in pediatric dentistry consultation is the control of the child's behavior, which is influenced by several internal and external factors that could compromise the success of the treatment. In order to eliminate these factors, basic and advanced behavioral control techniques were developed. The technique of parental absence/presence at the pediatric dentistry consultation is described as a basic behavioral control technique used to avoid inadequate conduct during a consultation and to assist communication between the patient, the dentist and the parents. This technique is used depending on the age factor, the child's psychological development, the context of the consultation and the sociocultural family factors. The objective of this work is to make a literature systematic review on the effectiveness of the parental absence/presence technique and its effect on the child's anxiety and behavior. Multiple studies were selected based on the recommendations from the Preferred report items guide for Systematic Reviews and Meta-analyzes (PRISMA) that use a comparative method between the absence and presence of parents in the consultation with a goal of child's behavior or anxiety evaluation. The absence/presence technique, being a non-invasive technique, is widely applied for behavior control. However, the results of the studies are heterogeneous, the majority did not demonstrate statistically significant differences between the groups (absence / presence of parents) of the evaluated parameters issued for child's anxiety and behavior control.

Keywords: pediatric dentistry; dental treatment; parental presence; child behavior

Dedicatória

Este presente trabalho é dedicado aos meus pais, Alfredo e Helena e à minha irmã Tânia.

Agradecimentos

Primeiramente, gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos à minha orientadora, Professora Doutora Cristina da Silva por todos os conhecimentos transmitidos ao longo do meu percurso académico. Gostaria também de expressar o meu agradecimento pelo nível de exigência que me incutiu durante estes meses de trabalho, de modo a elevar o conteúdo e estrutura da presente tese. Agradecer também, pela dedicação e tempo dispensados, pela ajuda e parecer nas revisões e por me fazer sentir orgulhosa do trabalho que apresento. Simultaneamente, deixo os meus humildes agradecimentos à minha co-orientadora, Professora Doutora Carla Fonte, pela contínua disponibilidade em acompanhar todo o desenvolvimento desta tese, pelos essenciais conselhos e inspiração que foram decisivos na coordenação deste trabalho.

À instituição Universidade Fernando Pessoa, colaboradores, funcionários e docentes que me acompanharam de alguma forma ao longo de todo o percurso e que contribuíram para o meu desenvolvimento como Médica Dentista.

Aos meus pais por terem sido o meu maior suporte e que permitiram a concretização de um sonho que se tornou deles também.

À minha querida irmã por ter sido a minha melhor amiga neste percurso de conquistas e de obstáculos.

Agradeço a todos os meus amigos que me acompanharam e que sem dúvida fizeram parte do meu percurso, um especial obrigada ao meu binómio Brayan por me acompanhar em todos os momentos desde o primeiro dia até ao último. À minha colega de casa e grande amiga Alexandra Costa, obrigada por seres quem és e por toda a paciência e ajuda prestada. E às minhas queridas amigas Beatriz, Inês, Rafaela, Francisca e Marta um eterno obrigada por me acompanharem sempre.

Índice geral

Resumo	V
Abstract.....	VI
Dedicatória.....	VII
Agradecimentos	VIII
Índice de tabelas	XI
Índice de figuras	XII
Abreviaturas.....	XIII
I. Introdução.....	1
1. Materiais e Métodos.....	2
II. Desenvolvimento	3
1. Ansiedade e Medo em Odontopediatria.....	3
2. Escalas usadas para avaliar o comportamento, ansiedade e satisfação em crianças. 4	
3. Técnicas de controlo de comportamento	4
i. Técnicas básicas de controlo de comportamento	5
ii. Técnicas avançadas de controlo de comportamento	7
4. Técnica de Ausência/Presença dos Pais.....	8
5. Eficácia da Técnica Ausência/Presença dos pais.....	11
III. Discussão	12
IV. Conclusão	15
Bibliografia.....	16
Anexos	20

Anexo I	20
Anexo II	21

Índice de tabelas

Tabela 1 - Descrição dos estudos selecionados	21
---	----

Índice de figuras

Figura 1 - Diagrama de Prisma para a pesquisa bibliográfica.....	20
--	----

Abreviaturas

AAT	Terapia assistida por animais
FPRS	<i>Wong-Bakker Faces Rating</i>
PECS	Sistema de comunicação de troca de imagens
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses</i>
SADE	Ambientes odontopediátricos adaptados aos sentidos
M	Média
DP	Desvio Padrão
AP	Ausência dos pais
PP	Presença dos pais
PAP	Presença/Ausência dos pais

I. Introdução

Em medicina dentária, o conceito de ver as crianças como pequenos adultos foi abandonado no passado. A anatomia, fisiologia e patologias das crianças são diferentes das dos adultos e requerem um cuidado particular (Marzo *et al.*, 2003). Estas estão em constante crescimento e desenvolvimento e este deve ser um fator a ter em conta. A linguagem deve ser adaptada à faixa etária da criança, de forma a que compreendam melhor os tratamentos que se vão realizar, aumentando a colaboração e, por conseguinte, o sucesso nos tratamentos. Outra grande diferença que existe entre o tratamento dentário de crianças e adultos é a forma de relacionamento. No tratamento de um adulto a relação é de um para um (médico dentista e paciente), enquanto no tratamento de crianças a relação é feita de um para dois (médico dentista, criança e pais/cuidadores).

Um dos maiores desafios na consulta pediátrica é o controlo do comportamento da criança, o qual é influenciado por diversos fatores internos e externos. A presença de medo e ansiedade, a personalidade e o temperamento da criança são considerados fatores internos, enquanto que, a dor dentária, experiências anteriores, sentimentos e expectativas dos pais, assim como, o decorrer do procedimento clínico em si, são considerados fatores influenciadores externos (Cox, Krikken and Veerkamp, 2011; Xia, Wang and Ge, 2011; Cademartori *et al.*, 2017)

Em relação à ansiedade e ao medo manifestado pelas crianças, estes podem levar a comportamentos não colaborantes, sendo um obstáculo e um desafio para a prática clínica e para o sucesso do tratamento dentário (Aartman, Everdingen and Schuurs, 1998; Bottan, Lehmkuhl and Araújo, 2008). Os problemas de controlo comportamental associados à apreensão e medo da consulta de medicina dentária (Klingberg, 2008) podem ser superados com ajuda de várias técnicas de controlo comportamental (American Academy of pediatric Dentistry, 2020). Uma boa prática clínica associada ao bom relacionamento entre o paciente e o médico dentista dependerá de uma boa abordagem psicológica e da atenção dada desde a primeira consulta (Marques, Gradvohl and Maia, 2010).

A presença ou ausência dos pais na consulta é considerada uma técnica de controlo comportamental básica, uma vez que é um fator que pode influenciar o comportamento da criança positiva ou negativamente. Esta técnica gera alguma controvérsia, pois o seu

sucesso é fortemente influenciado pelas características da criança, do médico dentista e dos pais/cuidadores (Boka *et al.*, 2017).

O presente trabalho teve como objetivo fazer uma revisão sistemática da evidencia científica atual com o intuito de perceber o impacto da presença e ausência dos pais na consulta de medicina dentária. As crianças são diferentes dos adultos em variados aspetos o que as torna especiais para o médico dentista, são desafiantes e necessitam de estratégias eficazes para que a experiência odontopediátrica seja positiva para todos.

1. Materiais e Métodos

A presente revisão sistemática foi realizada com base nas recomendações do guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) (Moher *et al.*, 2009), tendo como temática a análise crítica dos estudos que utilizaram a técnica de ausência/presença dos pais na consulta de odontopediatria para melhorar o comportamento e ansiedade da criança.

Para seleção dos estudos, foi consultada uma das principais bases de dados em saúde, a Pubmed. No intuito de juntar artigos científicos referentes à temática, os termos de pesquisa utilizados foram: *Pediatric dentistry; Dental treatment; Parental presence; Child behaviour.*

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados de 2005 a 2020, estudos redigidos em inglês, português ou francês e estudos que utilizam a técnica de controlo comportamental ausência/presença dos pais na consulta de medicina dentária.

Foram excluídos capítulos ou livros, assim como teses e dissertações de mestrado, estudos de revisão narrativa, estudos de revisão sistemática e meta-análises e estudos que não comparavam o efeito da ausência/presença dos pais entre grupos distintos.

Foi desenvolvido um protocolo para identificação e seleção dos estudos, executado de forma independente (Figura 1- Anexo I). Conforme esse protocolo, foram selecionados todos os títulos, palavras-chaves ou resumos que mencionassem a comparação entre a ausência e a presença dos pais na consulta de odontopediatria. Também foram analisadas as listas das referências bibliográficas dos estudos analisados na íntegra, com o objetivo de identificar estudos que não foram localizados na pesquisa inicial.

A partir dos termos de pesquisa usados, foram identificados 101 artigos sendo esta a amostra inicial. Após a aplicação dos critérios de exclusão obtiveram-se 60 artigos. Após a leitura dos títulos e os resumos desses artigos foram identificados 17 estudos. Posteriormente, para identificar estudos que seriam analisados segundo os critérios de inclusão, obtiveram-se seis estudos.

II. Desenvolvimento

1. Ansiedade e Medo em Odontopediatria

O medo refere-se a um estado de alerta de algo externo e real que revela ser um perigo para o indivíduo, sendo que o medo dentário é uma reação normal aos estímulos ameaçadores relacionados com a consulta de medicina dentária (Marques, Gradvohl and Maia, 2010).

A ansiedade é um estado de alerta, no entanto, os pontos de gatilho são internos, como lembranças passadas ou fantasias, deixando o indivíduo num estado de insegurança iminente fazendo com que quanto maior a sua ansiedade maior será a sua sensibilidade à dor. Na ansiedade dentária, o paciente apresenta uma sensação de que algo de terrível vai acontecer relativamente ao tratamento, o que vai desencadear a perda de controlo (Klingberg and Broberg, 2007).

O medo e a ansiedade de ir ao dentista são os principais problemas para uma proporção considerável de crianças e adolescentes. Alguns casos sendo considerados fobia dentária, ou seja, um grau de medo e ansiedade grave. Estas crianças e adolescentes geralmente não cooperam durante as visitas ao dentista, tornando o tratamento difícil ou impossível (Klingberg and Broberg, 2007). Um comportamento não colaborante compromete o resultado do tratamento, cria stress entre a equipa de odontopediatria e muitas vezes é causa de discórdia entre os profissionais, os pacientes e/ou os seus pais. As crianças e adolescentes mais receosos podem tentar todos os meios possíveis para evitar ou atrasar o tratamento, resultando na deterioração da sua saúde oral (Hakeberg *et al.*, 1993; Rantavuori *et al.*, 2004). Além dos impactos no atendimento da consulta, o medo e a ansiedade também podem causar distúrbios do sono, afetar a vida diária e ter um impacto negativo no funcionamento psicossocial (Cohen, Fiske and Newton, 2000; Mehrstedt, Tönnies and Eisentraut, 2004). O medo e a ansiedade dentária adquiridos na infância podem persistir até à idade adulta, tendo efeitos adversos na saúde oral, uma vez que é

um motivo para a falta de tratamento. Desta forma, a infância é uma fase crítica para tratar e prevenir o medo e a ansiedade associados ao tratamento dentário, de modo a minimizar possíveis consequências danosas.

2. Escalas usadas para avaliar o comportamento, ansiedade e satisfação em crianças

Foram desenvolvidas diversas ferramentas para avaliar o comportamento, a ansiedade e a satisfação da criança em relação ao tratamento dentário. Entre os instrumentos mais usados destacam-se as escalas desenvolvidas por Venham e colaboradores: a *Behaviour Rating Scale*, que varia entre 0 (cooperação total) e 5 (nenhuma cooperação) (Venham *et al.*, 1980); a *Anxiety Rating Scale*, que avalia a ansiedade e varia entre 0 (relaxado) e 5 (alterado) (Venham *et al.*, 1980); a escala modificada de Venham (*Clinical rating of anxiety and uncooperative behaviour*), que varia desde 0 (relaxado) a 5 (alterado) (Cox, Krikken and Veerkamp, 2011); e, também, a *Venham Picture Scale*, uma escala que utiliza oito cartões com duas figuras cada uma, uma figura ansiosa e outra figura não ansiosa (Krishnappa *et al.*, 2013). Frankl *et al.*, num estudo que tinha como objetivo avaliar a presença dos pais no consultório de medicina dentária, desenvolveu uma escala que categoriza o comportamento da criança em 4 categorias, a categoria 1 corresponde a definitivamente negativo e a classificação 4 corresponde a definitivamente positiva (Frankl, 1962; Riba *et al.*, 2017). Por último, a escala visual analógica *Wong-Bakker Faces Rating* (FPRS) é uma escala de seis rostos desenhados à mão, que varia desde o sorriso ao choro (Wong and Baker, 1988). Estes rostos foram desenvolvidos com base em desenhos feitos por crianças representando diferentes graus de dor e desconforto (Wong and Baker, 1988; Chambers *et al.*, 1999).

3. Técnicas de controlo de comportamento

Uma vez que, as crianças apresentam inúmeros aspetos físicos, intelectuais, desenvolvimento emocional, social e uma diversidade de atitudes e temperamento, é importante que os médicos dentistas tenham uma ampla gama de técnicas de controlo comportamental para atender às suas necessidades individuais (Howenstein *et al.*, 2015). As técnicas de controlo comportamental não são uma aplicação de técnicas individuais criadas para lidar com crianças, mas sim um método abrangente e contínuo destinado a desenvolver e construir a relação entre o paciente e o médico, o que, em última análise,

cria confiança e alivia o medo e a ansiedade (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

Determinadas técnicas de controlo comportamental têm como objetivo manter a comunicação, enquanto outras, têm como objetivo anular totalmente comportamentos inadequados e estabelecer comunicação. Estas técnicas não podem ser avaliadas numa base individual quanto à sua eficácia, mas sim avaliar a experiência odontopediátrica para a criança num todo. As técnicas de controlo comportamental devem ser inseridas na abordagem geral de um controlo comportamental individualizado para cada criança, isto é, o controlo comportamental é tanto uma arte quanto uma ciência (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

i. Técnicas básicas de controlo de comportamento

Dentro das técnicas básicas de controlo de comportamento inclui-se o uso de imagens positivas antes da visita ou observação direta de um vídeo ou até a observação direta de um paciente colaborante numa consulta de odontopediatria. A técnica “dizer-mostrar-fazer” divide-se em três componentes, a componente “dizer” consiste numa explicação verbal dos procedimentos a realizar com uma linguagem adequada ao desenvolvimento psicológico da criança, a componente “mostrar” consiste numa demonstração do procedimento a nível visual, auditivo, olfativo e tátil mostrando ao paciente que nada representa uma ameaça, por último a componente “fazer” consiste na concretização do procedimento tal como se explicou e demonstrou. A técnica “perguntar-dizer-perguntar”, consiste em questionar o paciente sobre as suas dúvidas, voltar a explicar os procedimentos através de demonstrações e linguagem apropriada ao nível cognitivo do paciente e, por fim, perguntar novamente se tem dúvidas. A técnica de controlo da voz consiste numa alteração deliberada do volume, tom ou ritmo da voz para influenciar ou direcionar o comportamento do paciente. A técnica Comunicação não verbal é o reforço e orientação do comportamento por meio de contacto, postura, expressão facial e linguagem corporal apropriadas. O reforço positivo e elogio descritivo são uma recompensa aos comportamentos desejados, fortalecendo assim a sua recorrência e o elogio descritivo enfatiza comportamentos cooperativos específicos. No entanto é importante não usar esta técnica como forma de suborno. Existem várias técnicas de distração como por exemplo: distração por áudio, visual, imaginação ou designs apelativos da clínica. Esta técnica consiste em desviar a atenção do paciente do que pode

ser um procedimento desagradável, inclusive fazer uma pausa durante um procedimento stressante pode ser um uso eficaz de distração antes de usar técnicas mais avançadas. A reestruturação de memória é uma abordagem comportamental em que as memórias associadas a um evento negativo são reestruturadas em memórias positivas, usando informações após o evento ocorrido. Esta reestruturação envolve quatro componentes: os lembretes visuais, que podem ser uma fotografia em que a criança está a sorrir na primeira consulta, o reforço positivo verbal, exemplos concretos para codificar detalhes sensoriais como elogiar a criança por comportamento positivo como manter as mãos no colo ou abrir bem a boca quando solicitado e por fim a sensação de realização solicitando à criança para demonstrar esses comportamentos positivos. A dessensibilização ao ambiente e procedimentos dentários é uma técnica psicológica que pode ser aplicada para modificar o comportamento de pacientes ansiosos em ambiente de consulta. É um processo que diminui a resposta emocional a um estímulo negativo, aversivo ou positivo após uma exposição progressiva a uma série de sessões e componentes da consulta. A técnica do aumento do controlo consiste em permitir que o paciente tenha um papel mais ativo na consulta, permitindo que o paciente use um sinal quando precisar de interromper ou se sentir desconfortável. Presença/ausência dos pais, incluindo técnicas de comunicação para os pais, são técnicas que procuram uma cooperação mais eficiente do paciente (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

Acrescentando ainda técnicas adicionais para pacientes que possam ter necessidades especiais e ansiosos, destacam-se as técnicas do uso de ambientes odontopediátricos adaptados aos sentidos (SADE) como a iluminação reduzida ou projeções móveis no teto com o fim de produzir um efeito calmante. A terapia assistida por animais (AAT) utiliza um animal treinado para um ambiente de saúde para melhorar as interações ou diminuir a ansiedade, dor ou angústia de um paciente. O sistema de comunicação de troca de imagens (PECS) é uma técnica de comunicação desenvolvida para indivíduos com capacidade limitada ou nenhuma capacidade de comunicação verbal como por exemplo o autismo, em que o indivíduo mostra um cartão com um símbolo no intuito de se conseguir expressar. A inalação de óxido nitroso/oxigénio é uma técnica de sedação inalatória, tem uma indução rápida, segura e eficaz para reduzir a ansiedade, aumentar a comunicação e reduzir movimentos adversos. (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

Estas técnicas de controlo de comportamento são um conjunto de técnicas comunicativas e uso de instruções adequadas utilizadas universalmente em odontopediatria, seja em crianças cooperadoras ou em crianças não cooperadoras. São técnicas que têm como objetivo estabelecer uma boa comunicação com o paciente, ganhar a confiança e aceitação do tratamento dentário por parte da criança e dos pais, conseguir explicar à criança e aos pais os aspetos positivos dos cuidados dentários, proporcionar um ambiente relaxado e confortável e, por fim, possibilitar a realização de tratamentos de forma eficaz e segura. O médico dentista deve considerar o desenvolvimento do paciente assim como a presença de outros défices de comunicação aquando da escolha da técnica de controlo comportamental (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

ii. Técnicas avançadas de controlo de comportamento

Dentro das técnicas avançadas de controlo de comportamento está incluído o uso da técnica de restrição física, ativa ou passiva. Esta técnica é usada para uma estabilização de segurança e consiste na restrição de liberdade de movimentos do paciente, com ou sem autorização do paciente para a sua própria proteção.

A sedação profunda, é uma técnica de sedação em que o paciente se encontra inconsciente, pode ser usada com segurança e eficácia em pacientes que não conseguem cooperar devido à falta de maturidade psicológica ou emocional e/ ou condições mentais, físicas ou médicas (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

A anestesia geral é o último recurso a ser utilizado, constituindo num estado controlado de inconsciência com perda de reflexos de proteção, a capacidade de responder a estímulos físicos ou verbais. O objetivo é conseguir uma reabilitação dentária eficiente em pacientes com comportamentos que impedem que o médico dentista consiga controlar o seu comportamento apenas com as técnicas básicas de controlo de comportamento, exigindo assim o uso de técnicas avançadas que visam oferecer uma melhor qualidade de vida relativamente à saúde oral e psicológica das crianças. A maioria das crianças pode ser orientada de forma eficaz usando as técnicas básicas de controlo de comportamento, mas por vezes depois destas serem esgotadas, as crianças podem apresentar comportamentos que exigem técnicas avançadas. Não há evidência que estas técnicas de controlo de comportamento sejam inibidoras do medo inicial e ansiedade em odontopediatria (Aldossari *et al.*, 2019).

As técnicas avançadas de controlo comportamental requerem que o médico avalie completamente o histórico do paciente e o seu temperamento médico, dentário e social. Os riscos, benefícios e alternativas devem ser discutidos antes de obter um consentimento informado para a técnica recomendada (Hulin *et al.*, 2017).

Um correto diagnóstico do comportamento e a implementação segura e eficaz dessas técnicas requerem conhecimento e experiência que geralmente estão além do conhecimento básico que os alunos recebem durante o Mestrado Integrado de Medicina Dentária. Embora alguns programas de Mestrado forneçam exposição didática ao tratamento de crianças, pacientes com necessidades especiais de saúde e pacientes que requerem técnicas avançadas de controlo de comportamento, a experiência prática está em falta. (Adair *et al.*, 2004). Os médicos dentistas consideram que para a execução de técnicas avançadas de controlo de comportamento deve ser procurada formação adicional (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

4. Técnica de Ausência/Presença dos Pais

A técnica de ausência/Presença dos pais é uma técnica básica de controlo comportamental, caracterizada por ser um método que ajuda a estabelecer uma comunicação eficaz entre o médico dentista e a criança durante o tratamento dentário, com objetivo de minimizar a ansiedade para obter uma experiência dentária positiva (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

A presença dos pais tem como função a sua participação em exames e tratamentos como observadores de modo a oferecer às crianças apoio e segurança. Por outro lado, a ausência dos pais tem como objetivo auxiliar o médico dentista a ganhar a atenção do paciente para, possivelmente, melhorar comportamentos, evitar comportamentos negativos ou recusa do tratamento, facilitar o estabelecimento de regras apropriadas entre criança-profissional e melhorar a comunicação entre profissional, paciente e pais (American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

Para tratar um paciente em odontopediatria com sucesso é fundamental conhecer as principais variantes do seu desenvolvimento. Existem alguns pontos que podem ajudar a entender melhor as reações, os medos, e a habilidade de lidar com as situações que ele tem de enfrentar consoante as suas idades (Tourette and Guidetti, 2012). Num consultório dentário, diferentes situações podem justificar que a presença dos pais seja

necessária, como o acompanhamento de crianças até aos 3 anos, o contexto de uma urgência ou o contexto familiar (Laki *et al.*, 2010).

Na idade compreendida entre o nascimento e os 3 anos, as crianças têm pouco vocabulário, mas percebem muito. Elas têm necessidade de tocar, ouvir sons para conhecer os objetos. Têm medo quando se deparam com novos rostos e é difícil separá-las dos seus pais. A presença da mãe ou do pai é essencial no cuidado de crianças até aos três anos. A separação causa stress e não promove o correto desenvolvimento da confiança necessária para iniciar os tratamentos (Hashim Nainar and Straffon, 2003; Laki *et al.*, 2010).

Por volta dos 3–4 anos as crianças têm uma grande necessidade de falar e de contar histórias, é necessário saber deixá-las falar e ouvi-las. Esta "era das perguntas" tem uma função intelectual, mas também uma função afetiva de criar laços com o adulto, tranquilizar-se e acalmar a ansiedade despoletada por um mundo imprevisível onde a criança tem de explorar as regras de conduta impostas pelo adulto. Mas com esta idade a criança não tem ideia do que é permitido ou não numa situação nova como a consulta odontopediátrica e tem de aprender. Esse processo de aprendizagem tem de ser feito com uma maior sensação de segurança na presença dos pais, e só depois a criança pode ser deixada sozinha. Para as crianças o seu corpo é muito importante, precisam de luz para dormir porque imaginam ameaças noturnas e não gostam de ter pessoas a explorar o seu corpo, principalmente o médico e o médico dentista. Essas atitudes são normais do desenvolvimento, e é por isso que a abordagem gradual é importante. À medida que a criança vai aprendendo com o médico dentista vai entender que ele não está a ser ameaçador e esses medos vão diminuindo.(Laki *et al.*, 2010)

Aos 4-5 anos de idade, a criança ouve com interesse as explicações e normalmente responde às instruções. Ela identifica-se com as pessoas ao seu redor tem muita imaginação, mas ainda não consegue ter noção do tempo e do espaço. pensando que o momento que está a viver durará para sempre, e é preciso explicar-lhe que não vai ficar ali e que vai voltar para casa, quando o tratamento acabar (Laki *et al.*, 2010).

A criança dos 6 aos 11 anos, aprende muito com o mundo ao seu redor, este é um período de "paz" em comparação com o período anterior e com o período de adolescência que se segue. A criança torna-se mais independente e quer ser tratada como um adulto. Esta independência pode revelar-se numa criança mais indisciplinada, sendo necessário

estabelecer limites, dar-lhes instruções, ter firmeza, mas sendo atencioso. No período mais intuitivo, entre os 5 e os 7 anos a mente das crianças dá lugar à imaginação e só entende o que vê, a visão de uma seringa pode causar uma grande sensação de perigo (Laki *et al.*, 2010).

Durante o período dos 7 aos 11 anos a mente das crianças torna-se lógica e reversível. Os seus medos e apreensões podem ser acessíveis a um discurso lógico e consegue reconhecer o interesse demonstrado por ele e é nesta fase que a criança consegue aceitar o afastamento dos pais e a ausência de um contexto de ansiedade geral, ficando até feliz com essa separação por sentir que está a ser tratada como uma pessoa adulta. Na primeira consulta há sempre a necessidade da presença dos pais para que forneçam informações sobre a criança e para que o médico possa informar sobre os tratamentos que serão realizados. No final dessa primeira consulta é anunciada a separação na consulta seguinte dizendo à criança que os pais ficarão a aguardar na sala de espera (Laki *et al.*, 2010).

A adolescência é a transição da infância para a idade adulta sendo este um momento complexo, carregado de conflito e emoção. O universo da criança se transforma, a sua personalidade, o seu corpo a sua vida social e sentimental. A procura de uma identidade e a sua necessidade de independência são características importantes de um adolescente. Existe uma necessidade de se afirmar e ser reconhecido como um indivíduo autónomo. Esta fase é por vezes difícil para o paciente, e para os pais, e o médico dentista também encontra dificuldades no atendimento por falta de cooperação e hábitos de higiene oral e até recusa de tratamento como forma de oposição ao mundo adulto. Como acontece com qualquer paciente menor os pais devem ser recebidos durante a primeira consulta e o consentimento informado e a autorização para tratar o menor deve ser assinada. Dependendo da relação do adolescente com os pais a presença dos pais nas seguintes consultas pode não ser desejada (Laki *et al.*, 2010).

O contexto de consulta de urgência pode ser descrito como um trauma dentário ou dor dentária, que muitas vezes necessita de procedimentos invasivos, o que pode tornar esta consulta uma experiência negativa para a criança. Numa idade pré-escolar, a criança não é capaz de compreender a necessidade de tratamento sendo pouco cooperante devido ao desconforto que sente. Nesta situação a presença dos pais é necessária para acalmar a criança e colaborar com o médico dentista. Nas crianças com idade escolar e em adolescentes a presença dos pais e a associação ao contexto de urgência também se torna

necessária. As crianças têm consciência da situação e os pais ficam inquietos e a separação pode aumentar a ansiedade no ambiente do consultório (Marzo *et al.*, 2003; Laki *et al.*, 2010).

O contexto familiar também é indicador do comportamento da criança. A interação com os pais pode afetar a capacidade da criança controlar as suas emoções. Os traços da personalidade materna, como a ansiedade, podem afetar o comportamento da criança uma vez que a personalidade da criança é influenciada por atitudes e experiências que a rodeiam (Aminabadi *et al.*, 2012). A ansiedade demonstrada pelas mães durante o acompanhamento das crianças nas consultas pode afetar diretamente os sentimentos e reações da criança face ao tratamento, resultando em comportamentos não cooperantes. As mães podem ser devidamente educadas e motivadas a colaborar na consulta, tanto no momento em que estão presentes como no momento em que estão ausentes, tornando-se uma grande ajuda para o fortalecimento do vínculo entre o paciente e o médico dentista (Xia, Wang and Ge, 2011; American Academy of Pediatric Dentistry, 2020).

5. Eficácia da Técnica Ausência/Presença dos pais

Para verificar a eficácia desta técnica, na revisão sistemática da literatura sobre a influência da ausência/ presença dos pais foram encontrados seis estudos (Descrição dos estudos selecionados – Anexo II) que cumpriram os critérios de inclusão (Figura 1 – Diagrama de PRISMA para a pesquisa bibliográfica – Anexo I). As crianças avaliadas têm entre três e doze anos. Todos estes estudos são estudos de controlo randomizado. À exceção do artigo de Pani *et al.*, no qual as crianças foram alocadas em três grupos, um grupo onde apenas a mãe, outro grupo em que quem acompanhava era o pai e um ultimo grupo em que os pais estavam ausentes (Pani *et al.*, 2016), todos os outros dividiram a amostra em grupo de controlo e grupo de intervenção (Afshar *et al.*, 2011; Cox, Krikken and Veerkamp, 2011; Vasiliki *et al.*, 2016; Boka *et al.*, 2017; Rodriguez *et al.*, 2018).

O comportamento da criança durante a consulta foi avaliado através da escala de Frankl (Frankl, 1962), preenchida pelo dentista (Afshar *et al.*, 2011; Boka *et al.*, 2017), ou pela escala de Venham (Venham *et al.*, 1980), preenchida pelos pais (Cox, Krikken and Veerkamp, 2011; Vasiliki *et al.*, 2016) ou pelos dentistas (Afshar *et al.*, 2011; Cox, Krikken and Veerkamp, 2011; Pani *et al.*, 2016). Foi ,também , usada a escala de Venham (modificada) (Venham *et al.*, 1980) para avaliar a perceção dos dentistas relativamente ao nível de ansiedade da criança durante o tratamento dentário (Afshar *et al.*, 2011). A

escala de *Wong -Baker Faces Rating* (FPRS) (Wong and Baker, 1988) foi usada em três estudos (Cox, Krikken and Veerkamp, 2011; Vasiliki *et al.*, 2016; Rodriguez *et al.*, 2018) com o objetivo de avaliar a satisfação da criança em relação à consulta. Para a avaliação da ansiedade, dois estudos usaram como método a medição do batimento cardíaco, um estudo usou o método da medição do pulso com a mão (Afshar *et al.*, 2011) e o outro estudo usou o oxímetro de pulso para essa medição (Pani *et al.*, 2016)

Para todas as medidas avaliadas nestes estudos não se verificou qualquer diferença estatisticamente significativa entre os grupos de controlo e os grupos de intervenção. As crianças mostraram valores diferentes para os parâmetros que avaliaram a ansiedade e comportamento.

No estudo de Pani e colegas, foram observadas diferenças positivas na a presença dos pais para a ansiedade da criança onde foi usado o oxímetro de pulso para medir o batimento cardíaco mas para o comportamento os valores não foram significativos estatisticamente (Pani *et al.*, 2016). No estudo de Boka e colegas a presença dos pais foi positiva na maioria dos casos no entanto estatisticamente não revelaram significância (Boka *et al.*, 2017).

III. Discussão

A presente revisão sistemática teve como objetivo avaliar o efeito de uma técnica de controlo comportamental, a ausência/presença dos pais na consulta, no comportamento e ansiedade da criança durante a consulta de medicina dentária. Foram selecionados e avaliados seis estudos de controlo randomizado com um total de 545 participantes, 268 crianças do sexo masculino e 277 crianças do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos.

Com base na presente revisão, o efeito da presença dos pais no ajuste emocional e comportamental da criança durante o tratamento dentário não se revelou conclusivo. Por um lado, alguns estudos mostraram que o facto de um dos pais estar presente verificava alguma melhoria no comportamento ou na ansiedade da criança (Pani *et al.*, 2016; Boka *et al.*, 2017). Por outro lado, um estudo revelou que, em crianças com níveis de ansiedade mais altos, a avaliação do comportamento pelo médico dentista demonstrou haver melhorias na ausência dos pais (Cox, Krikken and Veerkamp, 2011) e na maioria dos

estudos o efeito desta técnica não revelou nenhuma diferença significativa para a criança (Afshar *et al.*, 2011; Vasiliki *et al.*, 2016; Rodriguez *et al.*, 2018).

No estudo de Boka e colaboradores, em que foram comparadas várias técnicas de controle de comportamento, também não foi verificada nenhuma vantagem no uso da técnica ausência/presença dos pais relativamente a outras técnicas de controle comportamental meramente comunicativas (Boka *et al.*, 2017).

No intuito de melhorar a técnica em estudo, Rodriguez e colaboradores instruíram os pais para serem observadores passivos, para que a presença dos pais fosse vantajosa e, conseqüentemente, eliminar desvantagens associadas. Apenas este estudo tentou aperfeiçoar a técnica habilitando e atribuindo funções aos pais de modo a potenciar a qualidade da presença parental no atendimento geral ao paciente, apesar dos resultados não serem significativos para a satisfação dos pais (Rodriguez *et al.*, 2018).

É possível salientar que os métodos usados para avaliar o efeito desta técnica na criança têm as suas limitações. Os estudos que avaliam as respostas comportamentais e emocionais da criança ao tratamento dentário são tipicamente medidas através de questionários (Aoyagi-Naka *et al.*, 2014). Nos estudos analisados, as respostas comportamentais externas foram avaliadas através da escala de Frankl (1962), da *Behaviour Rating Scale* e da *Anxiety Rating Scale* (Venham *et al.*, 1980) e a ansiedade e satisfação pessoal da criança foram medidas através da escala visual analógica de Wong-Baker (Wong and Baker, 1988; Aoyagi-Naka *et al.*, 2014). É importante sublinhar que, apesar da sua fiabilidade e ampla utilização, estas escalas avaliam os comportamentos de uma forma subjetiva, e por isso os dados estão sujeitos a viés.

Para permitir uma medição objetiva, Afshar e colaboradores usam como parâmetro de avaliação a frequência cardíaca, usando a própria mão para fazer a medição, com o intuito de não ser perceptível para a criança (Afshar *et al.*, 2011).

No estudo de Pani e colaboradores, avaliaram o parâmetro da frequência cardíaca usando o oxímetro de pulso, obtendo resultados significativos na ansiedade aquando da ausência dos pais. No entanto os resultados desta medição objetiva não se correlacionam com os resultados das escalas de *Frankl*, *Behavior and Rating Scale* e *Venham Picture Scale*, o que faz com que os resultados não tenham sido significativos neste estudo (Venham *et al.*, 1980; Pani *et al.*, 2016).

As alterações fisiológicas internas são normalmente medidas através da frequência cardíaca, pressão arterial e quantificação de biomarcadores no sangue, urina ou saliva, durante um procedimento (Miller *et al.*, 1995). No entanto, apesar destes métodos de avaliação serem mais objetivos para os resultados pretendidos, as limitações associadas impedem o seu uso nestes estudos em crianças. Para a recolha de sangue é necessário o uso de uma seringa que poderá ser um ponto de gatilho para a ansiedade, ou seja, o uso de biomarcadores no sangue para avaliar com precisão o nível de ansiedade parece ser controverso porque a ansiedade causada pelo uso da agulha vai interferir no resultado. A análise da urina requer autorização e cooperação por parte dos pais das crianças, sendo uma limitação para os estudos o uso deste procedimento como método de avaliação objetivo (Aoyagi-Naka *et al.*, 2014).

O método de recolha de amostra salivar possibilita a avaliação do stress, parâmetro que não foi avaliado nos estudos considerados, e é um procedimento fácil, não invasivo e possível de se fazer em consultório. Estudos feitos anteriormente indicam fiabilidade na medição do nível de Alfa amilase como um biomarcador de resposta ao stress no ambiente clínico (Aoyagi *et al.*, 2011; Karibe *et al.*, 2011). Este método de avaliar o stress, que já se mostrou eficaz, poderá ser incluído em estudos futuros e, desta forma, ultrapassar o viés inerente aos dados auto-reportados.

Outro ponto que merece ser discutido é a faixa etária das crianças. À exceção do estudo de Afshar *et al.*, no qual apenas foram incluídas crianças com 5 anos de idade (Afshar *et al.*, 2011), nos restantes estudos foram usadas amostras de crianças com idades bastante diversas (compreendidas entre os 3 e os 12 anos), o que poderá dificultar a interpretação dos resultados. A capacidade da criança saber lidar sozinha com o tratamento dentário depende de diferentes fatores, sendo a idade e o estágio de desenvolvimento em que se encontra, um dos mais relevantes (Laki *et al.*, 2010). O estágio de desenvolvimento pode influenciar o efeito da presença ou ausência dos pais, por exemplo, é característico numa fase inicial de desenvolvimento as crianças entre os dois e os três anos possuírem pouco vocabulário e terem dificuldade em aceitar rostos desconhecidos, o que pode tornar a sua separação dos pais complicada (Laki *et al.*, 2010). No outro extremo de desenvolvimento da criança, está a fase complexa da adolescência carregada de emoções, conflito e com oposições ao mundo adulto, sendo que dependendo da relação dos pais com o adolescente, a presença dos pais pode não ser desejada, gerando conflito (Laki *et al.*, 2010). Para dados

mais concretos, os estudos poderiam usar amostras com faixas etárias menos abrangentes e avaliar o efeito da presença/ausência dos pais em diferentes estágios de desenvolvimento.

É possível realçar, também, o tamanho das amostras usadas nos seis estudos avaliados. Todos eles usaram amostras compreendidas entre as 61 e 122 crianças. Estas amostras são relativamente pequenas, o que poderá ter influenciado a falta de significado estatístico nos resultados (Freedman, Back and Bernstein, 2001; Sjögren and Hailing, 2002). Para além deste fator, em nenhum dos artigos foi explicado como foi calculado a tamanho da amostra e se o número de participantes tem poder suficiente para mostrar o efeito da presença/ausência parental nos resultados avaliados (Freedman, Back and Bernstein, 2001; Sjögren and Hailing, 2002).

Um ponto que deve ser destacado relativamente à revisão sistemática realizada é o uso, sem exceção, de estudos de controlo randomizado. Apesar deste critério limitar bastante o número de artigos selecionados para a revisão, assegura a qualidade do trabalho elaborado, já que este tipo de estudo é bastante fiável na área da investigação científica (Murad *et al.*, 2016).

IV. Conclusão

Com base na presente revisão sistemática foi possível concluir que a técnica de controlo de comportamento ausência/presença dos pais na consulta de odontopediatria não demonstrou ter impacto na cooperação e diminuição da ansiedade das crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos. Com base nos resultados obtidos, verifica-se que a presença ou ausência dos pais deve ficar ao critério do clínico, consoante a necessidade individual de cada criança, juntamente com a preferência dos pais.

À falta de evidência científica consistente na melhoria do comportamento infantil, a *American Academy of Pediatric Dentistry* deixa à escolha do clínico decidir se os pais devem estar presentes ou não, escolhendo a opção mais benéfica para o sucesso do tratamento.

A incerteza das evidências devido à limitação da metodologia dos estudos sugere que estudos futuros usem uma metodologia mais padronizada e objetiva.

Bibliografia

Aartman, I. H. A., Everdingen, T. Van and Schuurs, A. H. B. (1998). Self-report measurements of dental anxiety and fear in children-a critical assessment, p. 7.

Afshar, H. *et al.* (2011). The effect of parental presence on the 5 year-old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(2), pp. 193–200.

Al-Jobair, A. M. and Al-Mutairi, M. A. (2015). Saudi dental students' perceptions of pediatric behavior guidance techniques. *BMC Medical Education*. BMC Medical Education, 15(1), pp. 1–9.

Aldossari, G. S. *et al.* (2019). The long-term effect of previous dental treatment under general anaesthesia on children's dental fear and anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(2), pp. 177–184.

American Academy of pediatric Dentistry. (2020). *BEHAVIOR GUIDANCE FOR THE PEDIATRIC DENTAL PATIENT*.

Aoyagi-Naka, K. *et al.* (2014). Factors affecting psychological stress in children who cooperate with dental treatment: A pilot study. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 14(4), pp. 263–268.

Aoyagi, K. *et al.* (2011). Inter- and Intraobserver Reliability of the Hand-held Monitor for Measuring Salivary Alpha-amylase Level. *Clinical laboratory*, 57, pp. 253–257.

Boka, V. *et al.* (2017). A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management. *European Archives of Paediatric Dentistry*. Springer Berlin Heidelberg, 18(6), pp. 405–409.

Bottan, E. R., Lehmkuhl, G. L. and Araújo, S. M. (2008). Ansiedade no tratamento odontológico : estudo exploratório com crianças e adolescentes de um município de Santa Catarina Dental treatment anxiety : an exploratory study with children and adolescents of a city in Santa. *RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 5, pp. 13–19.

Chambers, C. T. *et al.* (1999). A comparison of faces scales for the measurement of pediatric pain: Children's and parents' ratings. *Pain*, 83(1), pp. 25–35.

Cohen, S. M., Fiske, J. and Newton, J. T. (2000). Behavioural Dentistry. *British Dental Journal*, 189(7), pp. 385–390.

Cox, I. C. J., Krikken, J. B. and Veerkamp, J. S. J. (2011). Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 12(4), pp. 200–204.

Feigal, R. J. (2001). Guiding and Managing the Child Dental Patient: A Fresh Look at Old Pedagogy. *Journal of Dental Education*. Wiley, 65(12), pp. 1369–1377.

Frankl, S. N. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operator? *J. Dent. Child.*, 29, pp. 150–163.

Freedman, K. B., Back, S. and Bernstein, J. (2001). Sample size and statistical power of randomised, controlled trials in orthopaedics. *Journal of Bone and Joint Surgery - Series B*, 83(3), pp. 397–402.

Hakeberg, M. *et al.* (1993). A radiographic study of dental health in adult patients with dental anxiety, 5(15).

Howenstein, J. *et al.* (2015). *Correlating Parenting Styles with Child Behavior and Caries*.

Karibe, H. *et al.* (2011). Characteristics of the Salivary Alpha-Amylase Level in Resting Sublingual Saliva as an Index of Psychological Stress, 288, pp. 282–288.

Klingberg, G. (2008). Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry – a review of background factors and diagnostics, 9, pp. 11–15.

Klingberg, G. and Broberg, A. G. (2007). 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*, 17(6), pp. 391–406.

Krishnappa, S. *et al.* (2013). Evaluation of facial image scale and venham picture test used to assess dental anxiety in children. *J Indian Assoc Public Health Dent*, 11(3), pp. 31–35.

Laki, K. *et al.* (2010). Présence des parents au cours des soins dentaires. *Archives de Pédiatrie*, 17(11), pp. 1617–1624.

Makansi, N., Carnevale, F. A. and Macdonald, M. E. (2018). The conceptualization of childhood in North American pediatric dentistry texts: a discursive case study analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 28(2), pp. 189–197.

Marques, K. B. G., Gradwohl, M. P. B. and Maia, M. C. G. (2010). Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE TT - Fear and anxiety previous to dental treatment in children from Acaraú-CE. *Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)*, 23(4), pp. 358–367.

Marzo, G. *et al.* (2003). Psychological aspects in paediatric dentistry: Parental presence. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4(4), pp. 177–180.

Mehrstedt, M., Tönnies, S. and Eisentraut, I. (2004). Dental fears, health status, and quality of life. *Anesthesia progress*, 51(3), pp. 90–94.

Miller, C. S. *et al.* (1995). Salivary cortisol response to dental treatment of varying stress, (4).

Moher, D. *et al.* (2009). Guidelines and Guidance Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.

Murad, M. H. *et al.* (2016). New evidence pyramid. *Evidence-Based Medicine*, 21(4), pp. 125–127.

Nutter, D. P. (2010). Good, clinical pain practice for pediatric procedure pain: metric considerations. *Journal of the California Dental Association*, 38(12), pp. 857–863.

Pani, S. *et al.* (2016). Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 6(8), pp. S148–S152.

Rantavuori, K. *et al.* (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62(4), pp. 207–213.

Riba, H. *et al.* (2017). A Review of Behavior Evaluation Scales in Pediatric Dentistry and

Suggested Modification to the Frankl Scale. *EC Dental Science* , 16(6), pp. 269–275.

Rodriguez, H. K. *et al.* (2018). Passive observer instruction on parental satisfaction in a dental setting. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 42(5), pp. 339–343.

Sjögren, P. and Hailing, A. (2002). Quality of reporting randomised clinical trials in dental and medical research. *British Dental Journal*, 192(2), pp. 100–103.

Tourrette, C. and Guidetti, M., 2012. *Introduction à la psychologie du développement: du bébé à l'adolescent*. A. Colin.

Vasiliki, B. *et al.* (2016). The effect of parental presence on the child's perception and co-operation during dental treatment. *European Archives of Paediatric Dentistry*. Springer Berlin Heidelberg, 17(5), pp. 381–386.

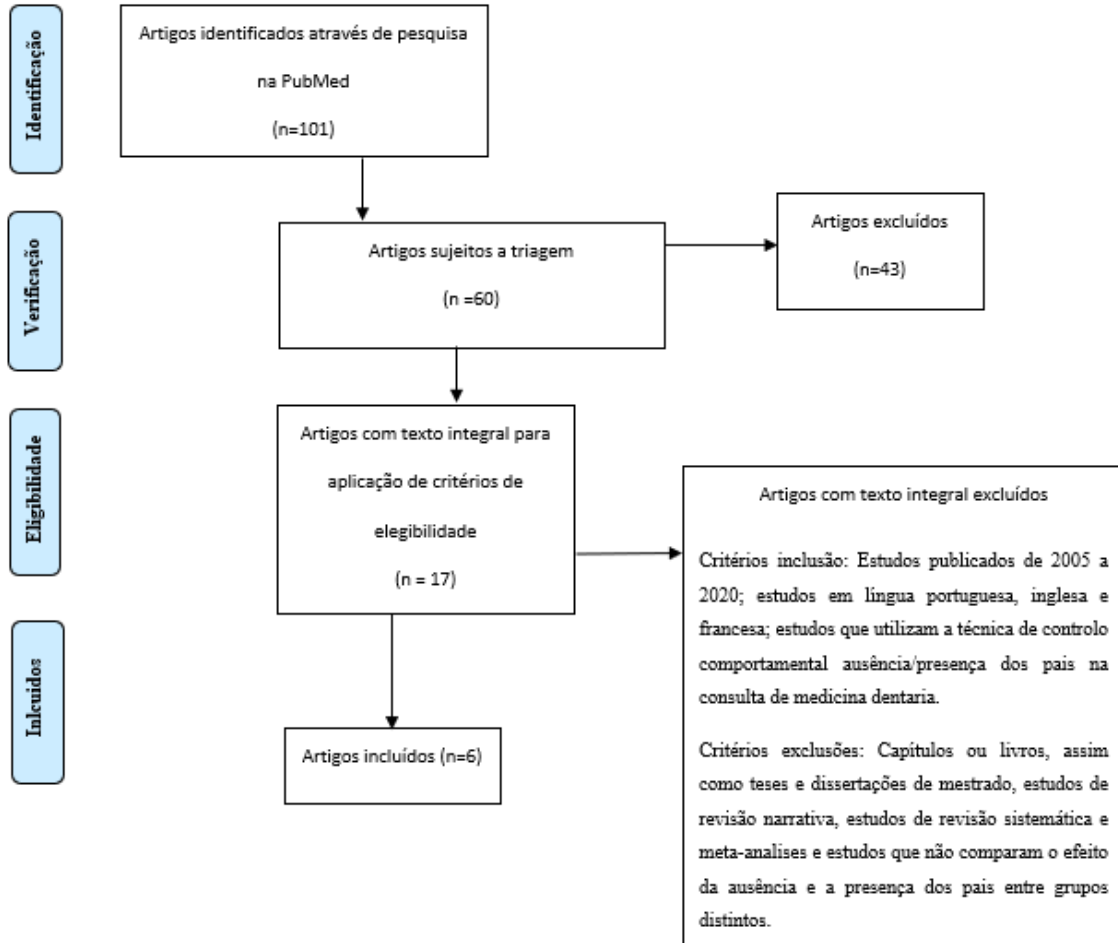
Venham, L. L. *et al.* (1980). *Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior** Requests for reprints may be sent to.

Wong, D. L. and Baker, C. M. (1988). Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric nursing*. United States, 14(1), pp. 9–17.

Anexos

Anexo I

Figura 1 - Diagrama de Prisma para a pesquisa bibliográfica



Anexo II

Tabela 1 - Descrição dos estudos selecionados

Autor (data) e país	Tipo de estudo	Objetivos do estudo	Duração	Amostra	Parâmetros avaliados	Métodos	Resultados
(Cox, Krikken and Veerkamp, 2011) - Holanda	Estudo de controlo randomizado	Analisar a influencia da presença dos pais no comportamento da criança durante o tratamento dentário.	2 consultas dentárias (consulta profilática e tratamento)	90 crianças (alocadas em dois grupos com a presença ou sem a presença dos pais na consulta) Idade M= 6,13; DP=1,52 anos	- Comportamento da criança durante o tratamento (avaliado pelos pais e dentistas usando a escala Venham Modificada). - As crianças avaliaram cada consulta usando a escala wong faces rating)	- Foram calculadas as médias e diferenças entre grupos foram avaliadas com Mann Whitney U Tests.	- Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos para nenhum dos parâmetros avaliados.
(Afshar et al., 2011) - Irão	Estudo de controlo randomizado	Avaliar o comportamento de crianças de 5 anos de idade, incluindo ansiedade, e cooperação em relação à PAP na 1ª e 2ª consulta	2 consultas dentárias (consulta profilática e tratamento)	67 crianças na consulta profilática (divididas em dois grupos AP e PP), destas 48 foram submetidas a um tratamento. Idade: 5 anos	- Batimento Cardíaco (medido com a mão do dentista) - Ansiedade (escala de Venham picture test e a escala Venham anxiety and behaviour) e comportamento da criança (escala de frankl) foram avaliados por dentistas, independentes ao estudo, que assistiram a uma gravação da consulta.	- Foram calculadas as medias e verificadas se as diferenças estatisticamente foram significativas usando o t-test e ANOVA	-Estatisticamente não se verificou nenhuma diferença significativa nas variáveis medidas tanto na primeira consulta como na segunda consulta (igualmente para os grupos com presença dos pais ou ausência dos pais)

Ausência/Presença dos Pais na consulta de Odontopediatria

<p>(Vasiliki et al., 2016)</p> <p>- Grécia</p>	<p>Estudo de controlo randomizado</p>	<p>Estudar a influencia da presença dos pais durante o tratamento dentário no comportamento e percepção da criança</p>	<p>2 consultas</p>	<p>100 crianças Idade: M=7 DP:2,2</p> <p>Dividido em dois grupos: -um grupo com presença dos pais na consulta -um grupo com ausência dos pais na consulta</p>	<p>-o comportamento foi avaliado pelos pais através da escala Venham -A percepção da criança foi medida usando a escalade Wong-baker Faces Rating</p>	<p>Foram calculadas médias usando o Mann-Witney U test</p>	<p>Os resultados deste estudam indicam que não há diferença no comportamento das crianças durante o tratamento dentário, se o pai esta presente ou ausente</p>
<p>(Pani et al., 2016)</p> <p>- Arabia saudita</p>	<p>Estudo de controlo randomizado</p>	<p>Avaliar o efeito da presença dos pais no comportamento das crianças e medir objetivamente o comportamento usando oximetria de pulso</p>	<p>1 consulta</p>	<p>122 crianças Idade: M= 6,2 / 6,7 anos</p> <p>-Foram divididos em 3 grupos: -Grupo A: AP -Grupo B: acompanhados pela Mãe -Grupo C: acompanhados pelo pai</p>	<p>A ansiedade foi medida com a escala de Venham modificada -O batimento cardíaco foi medido através de um oxímetro de pulso</p>	<p>Foram calculadas medias e diferenças entre grupos nos scores de ansiedade e comportamento foram avaliados através do kruskal-wallis test. Diferenças no batimento cardíaco através de ANOVA.</p>	<p>A presença dos pais foi significativa para a ansiedade (diminuição de bpm) -as diferenças não foram significativas no comportamento</p>

Ausência/Presença dos Pais na consulta de Odontopediatria

<p>(Boka et al., 2017) - Grécia</p>	<p>Estudo de controlo randomizado</p>	<p>Avaliar a eficácia da técnica de presença/ausência dos pais no comportamento infantil</p>	<p>1 consulta</p>	<p>-61 criança Idade M= 5,5 DP=1,3 anos -As crianças foram divididas em dois grupos aleatoriamente (no grupo de controlo foram usadas outras técnicas não-farmacológicas; no grupo teste para além destas técnicas foi usada a técnica PAP)</p>	<p>-Técnica de PAP foi apenas usado no grupo de teste quando o comportamento surgia sendo classificado como 1 ou dois na escala de frankl -o procedimento foi gravado e avaliado por um dentista independente</p>	<p>Foram calculados médias e diferenças entre grupos avaliados pelo Mann-whitney u-test -Análise de sobrevivência Log Rank foi feita para avaliar diferenças na progressão do tratamento entre grupos de acordo com o tempo em que cada técnica foi usada.</p>	<p>-Sem melhoria de comportamento em 21 criança (34,4%) -Com melhoria de comportamento em 40 crianças (65,6%) -No entanto estatisticamente não se verificou diferença significativa entre os dois grupos de estudo na escala de frankl.</p>
<p>(Rodriguez et al., 2018) -USA</p>	<p>Estudo de controlo randomizado</p>	<p>Avaliar o efeito de uma única instrução pré-operatória dada aos pais para serem observadores passivos para uma ida ao consultório satisfatória</p>	<p>2 consultas</p>	<p>105 crianças Idade: M=6.4 anos -As crianças foram divididas em dois grupos (no grupo de teste os pais foram instruídos a ser apenas observadores; no grupo de controlo não)</p>	<p>- Avaliaram a satisfação dos pais, o nível de ansiedade dos pais e da criança mediante a percepção dos pais através de um questionário. -Avaliaram a percepção da criança relativamente a experiência da consulta através da escala de wong baker faces rating</p>	<p>Foram avaliadas as frequências de resposta para cada caso e as diferenças entre grupos avaliados através do teste de qui-quadrado.</p>	<p>Estatisticamente não se verificou diferenças entre o grupo de teste e o grupo de controlo.</p>