

Marta Gomes Mendes Alves da Silva

**Presença ou Ausência dos Pais na Consulta Odontopediátrica**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018



Marta Gomes Mendes Alves da Silva

**Presença ou Ausência dos Pais na Consulta Odontopediátrica**

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2018

Marta Gomes Mendes Alves da Silva

**Presença ou Ausência dos Pais na Consulta Odontopediátrica**

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

---

Marta Gomes Mendes Alves da Silva

## RESUMO

**Tópico abordado:** A presença ou ausência dos pais e acompanhantes na consulta odontopediátrica e a forma como influencia a colaboração da criança são assuntos delicados e controversos para médicos dentistas, crianças e seus responsáveis, tendo sido amplamente investigados nas últimas décadas.

Presentemente, esta problemática assume particular importância, visto que os pais/responsáveis querem estar, cada vez mais, envolvidos na saúde dos filhos.

Tendo em conta que a consulta odontopediátrica abrange a participação da tríade dentista-pais-criança, é relevante compreender as perspectivas dos vários intervenientes.

**Objetivo:** Reunir as teorias, estudos e dados estatísticos publicados na literatura científica acerca da presença parental na consulta odontopediátrica, de modo a esclarecer e proporcionar uma reflexão informada sobre o assunto.

**Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em diversos motores de busca e bases de dados, utilizando como palavras-chave: “*Pediatric dentistry*”; “*Parental presence*”; “*Parental participation*”; “*Dentist*”; “*Dental treatment*”; “*Parent-child relations*”. Após implementados os critérios de inclusão e exclusão, obtiveram-se 37 artigos para revisão.

**Palavras-chave:** Odontopediatria; Presença parental; Participação parental; Consulta dentária.

## **ABSTRACT**

**Topic:** The presence or absence of parents and guardians in dental visits and how it influences child collaboration are sensitive and controversial issues for dentists, children and caregivers and have been extensively investigated in recent decades.

This subject is of particular interest nowadays as parents/guardians want to be more involved in all aspects of their children's health.

Considering that the pediatric dental visit includes the participation of the dentist-parents-child triad, it is relevant to understand the perspectives of everyone involved.

**Aim:** To gather the theories, studies and statistical data published in scientific literature about parental presence in pediatric dentistry, in order to clarify and provide an informed reflection on the subject.

**Methodology:** A bibliographic search was carried out in several search engines and databases. The following keywords were used: "*Pediatric dentistry*"; "*Parental presence*"; "*Parental participation*"; "*Dentist*"; "*Dental treatment*"; "*Parent-child relations*". After the inclusion and exclusion criteria were implemented, 37 articles were reviewed.

**Key words:** Pediatric dentistry; Parental presence; Parental involvement; Dental consultation.

## **DEDICATÓRIA**

Para os meus avós, Amália e Mário, pelo apoio incondicional e a todos os níveis.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais e irmão, por todo o amor, compreensão e motivação que me transmitem diariamente.

Ao meu grupo de amigos de sempre, pelos anos e anos de amizade e companheirismo.

Aos meus amigos da Faculdade com quem vivi lado a lado estes cinco anos, sobretudo à minha binómia Maria Ana Lopes.

À minha orientadora, Manuela Crespo, pelo apoio, conhecimento e tempo concedidos e que foram indispensáveis para a realização deste trabalho.

## ÍNDICE GERAL

Lista de siglas e abreviaturas.....	x
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Metodologia.....	1
II. DESENVOLVIMENTO.....	2
1. A criança na consulta odontopediátrica.....	2
2. Os pais na consulta odontopediátrica.....	2
3. Presença ou ausência parental como técnica de controlo do comportamento.....	3
4. A perspetiva dos pais.....	5
5. A perspetiva das crianças.....	7
i. A idade da criança.....	8
ii. Evidência fisiológica.....	9
6. A perspetiva do médico dentista.....	10
III. DISCUSSÃO.....	13
IV. CONCLUSÃO.....	15
V. BIBLIOGRAFIA.....	16
VI. ANEXOS.....	18
Tabela 1.....	19
Tabela 2.....	20
Tabela 3.....	20
Tabela 4.....	21
Tabela 5.....	21
Figura 1.....	22
Figura 2.....	23

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AAPD – *American Academy of Pediatric Dentistry*

PCC – problemas de controlo do comportamento

PAP – presença/ausência parental

TCC – técnica de controlo do comportamento

## I. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Medicina Dentária e a Odontopediatria têm sofrido uma enorme evolução, reconhecida pelos profissionais da área e pela população em geral. (Pinkham, 1991) Tem-se verificado um envolvimento maior e mais regular dos pais ou responsáveis na promoção e manutenção da saúde oral da criança. (Boka et al., 2017; Kotsanos et al., 2005)

É sabido que a atitude dos pais tem um papel fundamental no comportamento e na colaboração dos filhos na consulta odontopediátrica. (Marzo et al., 2003; Cox et al., 2011; Soxman, 2006)

A presença versus ausência dos pais/acompanhantes na consulta de Odontopediatria é um assunto polémico (Boka et al., 2017; Pani et al., 2016; Kim et al., 2012; Marzo et al., 2003; Cox et al., 2011), gerando diferentes opiniões por parte dos envolvidos: investigadores, médicos dentistas, pais e crianças. Nas últimas décadas têm sido realizados inúmeros estudos com o objetivo de avaliar o efeito da presença ou ausência parental na consulta odontopediátrica, bem como as diferentes perspetivas de cada elemento da tríade de intervenientes na consulta sobre o assunto. (Virdee e Rodd, 2007; Adair et al., 2004)

O presente trabalho tem como objetivo facilitar a compreensão desta questão, reunindo as diversas perspetivas, vantagens, desvantagens e recomendações, de forma a proporcionar ao médico dentista uma reflexão informada sobre o assunto.

A controvérsia que este tema envolve foi o que motivou a sua escolha como trabalho de tese de mestrado, bem como a sua pertinência e aplicabilidade no quotidiano do médico dentista.

### 1. Metodologia

Para a elaboração deste trabalho de revisão foi realizada uma pesquisa bibliográfica de Dezembro de 2017 a Fevereiro de 2018, através dos motores de busca *Pubmed* e *B-on*, das bases de dados *Scielo* e *ScienceDirect* (*Elsevier*) e de um manual de Odontopediatria. A pesquisa compreendeu a utilização das seguintes palavras-chave: “*Pediatric dentistry*”; “*Parental presence*”; “*Parental participation*”; “*Dentist*”; “*Dental treatment*”; “*Parent-child relations*” associadas pelo operador de pesquisa Booleano *AND*.

Da pesquisa inicial resultaram 705 artigos. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados a partir do ano de 1990; em língua portuguesa, inglesa e espanhola; publicações com *abstract* disponível; artigos de tipo: *guidelines*; estudos clínicos randomizados controlados; estudos observacionais; artigos de revisão narrativa e inquéritos. (Tabela 1 em anexo) Foram excluídas as publicações que, após a leitura do título, do abstract ou do texto completo não apresentavam conteúdo relevante para este trabalho. Após a implementação destes critérios, obteve-se um total de 37 artigos para revisão. (Tabela 2 em anexo)

## **II. DESENVOLVIMENTO**

### **1. A criança na consulta odontopediátrica**

Nas crianças, a ansiedade e o medo do tratamento dentário representam a principal causa de problemas de controle do comportamento (PCC) e da falta/ausência de cuidados dentários. (Jayakaran et al., 2017) Boka et al. (2017) e Kotsanos et al. (2009) consideram que 10% das crianças que os dentistas recebem no consultório têm PCC, o que pode atrasar ou impedir o tratamento dentário. (Boka et al., 2017; Kotsanos et al., 2009) Outro estudo refere valores na ordem dos 20%. (Baier et al., 2004 *cit. in* Kotsanos et al., 2005)

A ansiedade e o medo podem ter origem em experiências médicas ou dentárias anteriores traumáticas, hospitalizações prévias, influência de outros indivíduos ou nas próprias características da personalidade da criança. (Jayakaran et al., 2017; Kotsanos et al., 2005)

É importante estabelecer uma relação positiva com a criança desde a primeira consulta, criando uma atmosfera amigável na qual esta se sinta confortável. Esta relação de empatia e confiança irá favorecer um bom controle de comportamento nos procedimentos futuros e possibilitar um tratamento dentário eficaz. (Pani et al., 2016; Marzo et al., 2003; Jayakaran et al., 2017)

### **2. Os pais na consulta odontopediátrica**

As crianças são quase inteiramente dependentes dos adultos para se deslocarem às consultas médicas ou médico-dentárias. A presença do adulto é fundamental para fornecer a informação adequada acerca da queixa do paciente, elaborar a história médica e providenciar o consentimento informado para a realização de intervenções. (Virdee e Rodd, 2007)

Cerca de 92% dos 394 pacientes (entre 1 a 17 anos de idade) avaliados no estudo de Virdee e Rodd (2007) foram à consulta de Medicina Dentária acompanhados, pelo menos, por um dos progenitores. A maior prevalência da presença dos pais verificou-se nas primeiras consultas e nas consultas de revisão, e a menor prevalência nas consultas de tratamento e de emergência, no entanto, todas as consultas, mesmo aquelas com menor presença parental, registaram valores elevados de presença dos acompanhantes (entre os 84% e os 97%). A maioria foi acompanhado pela mãe (62%), sendo que os restantes 38% apresentaram como acompanhantes: pais, avós, irmãos mais velhos, padrastos/madrastas e outros cuidadores. (Virdee e Rodd, 2007)

A maior diferença entre o tratamento de crianças e de adultos reside no relacionamento. Geralmente, o tratamento do adulto envolve uma relação do tipo “um para um”. Já ao tratar uma criança, estabelece-se uma relação “um para dois”: dentista, paciente infantil e seus pais ou responsáveis; o designado “triângulo do tratamento odontopediátrico”. (Marcum et al., 1995; Arathi e Ashwini, 1999)

Vários estudos têm investigado a influência da presença dos pais ou acompanhantes no comportamento da criança durante os tratamentos dentários, mas as conclusões e teorias têm sido pouco consensuais. (Virdee e Rodd, 2007; Pani et al., 2016; Boka et al., 2017)

Efetivamente, poderá ser benéfico que os pais observem a realidade do dentista e testemunhem quão “paciente, gentil e hábil” o dentista é perante as circunstâncias, ao invés de ficarem na sala de espera a conjurar imagens, possivelmente misturando-as com memórias das suas próprias experiências passadas. (Kamp, 1992; Feigal, 2001) A presença dos pais permite também debater as opções de tratamento e obter *feedback* e consentimento informado rapidamente. Outra vantagem da presença parental é poder incutir motivação aos pais para que se tornem capazes de reforçar e consolidar a mensagem em casa, convertendo-os em “aliados” do dentista para a saúde oral familiar. (Kamp, 1992; Feigal, 2001)

Tem-se verificado uma clara tendência para que os pais estejam presentes no contexto da consulta dentária, especialmente os das crianças mais novas. (Boka et al., 2017; Kotsanos et al., 2005; Marcum et al., 1995) Acredita-se que este fenómeno se deve fundamentalmente aos seguintes fatores: atualmente as crianças são examinadas e tratadas em idades cada vez menores, os odontopediatras recorrem mais a estratégias preventivas que requerem envolvimento parental e os próprios pais também solicitam mais frequentemente para estarem presentes na consulta. (Boka et al., 2017)

### **3. Presença ou ausência parental como técnica de controlo do comportamento**

Várias técnicas de controlo do comportamento (TCC) têm vindo a ser estudadas em odontopediatria. As técnicas básicas, especialmente as técnicas comunicativas, parecem ser melhor aceites por parte dos pais e crianças do que as avançadas. (Venkataraghavan et al., 2016) A presença/ausência parental (PAP) é uma estratégia de controlo comportamental não invasiva bastante difundida na comunidade odontopediátrica. (Afshar et al., 2011)

Para os pacientes de idades mais jovens, ansiosos ou inseguros, a presença dos pais pode ter um efeito tranquilizador e, assim, melhorar a sua comunicação com o dentista. Do mesmo modo, a presença parental pode beneficiar as crianças com deficiência, já que os pais são capazes de providenciar informação importante e auxiliar os profissionais de saúde na comunicação com estes pacientes especiais. (Kamp, 1992; Feigal, 2001) No entanto, caso o paciente demonstre comportamento não colaborante logo de início, a presença dos pais, principalmente se não forem capazes de cumprir o seu papel e ter uma atitude apropriada, pode, ao invés de ajudar, agravar a falta de colaboração. Assim, a técnica PAP pode ajudar a quebrar

o ciclo de comportamentos inadequados, encontrando-se, inclusivamente, preconizada nas *guidelines* da AAPD, estando os seus objetivos resumidos na Tabela 3 (em anexo). (AAPD, 2018; Kotsanos et al., 2009; Kotsanos et al., 2005)

A técnica PAP foi proposta no final da década de 80 e consiste em solicitar aos pais, perante o mau comportamento do filho(a), que abandonem a sala da consulta, podendo regressar assim que o comportamento melhore e a comunicação dentista-criança seja restabelecida. (Boka et al., 2017) Assim, o regresso dos pais surge como reforço positivo/recompensa. (Boka et al., 2017; Afshar et al., 2011; Kotsanos et al., 2009) De acordo com as *guidelines* da AAPD, a PAP, enquanto TCC, está indicada para “qualquer paciente”, tendo como contra-indicação “pais que não querem ou são capazes de providenciar apoio eficiente”. (Boka et al., 2017; AAPD, 2018) No estudo de Boka et al. (2017), foram avaliadas 61 crianças com comportamento não cooperante (classificações de 1 e 2 na escala de Frankl – Tabela 4 em anexo). Todas as crianças foram tratadas usando técnicas básicas não farmacológicas de controlo do comportamento, contudo a técnica PAP apenas foi aplicada no grupo teste (31 crianças). No grupo teste verificou-se melhoria na colaboração durante a consulta em 17 crianças e no grupo de controlo em 23 crianças. Os autores concluíram que a PAP enquanto TCC não mostrou ter vantagem sobre as outras técnicas básicas não farmacológicas. (Boka et al., 2017)

Por norma, a técnica PAP é aplicada no seguinte contexto: perante a não colaboração da criança, solicita-se aos pais/acompanhantes que abandonem a consulta e só regressem quando o comportamento melhorar. Porém, no estudo prospetivo de Kotsanos et al. (2009), com 440 crianças dos 3 aos 10 anos, este preceito foi ligeiramente alterado. O médico dentista comunicava à criança, logo no início da consulta, de forma empática: “As crianças choram mais quando os pais estão por perto. Por isso, posso ter de lhes pedir que saiam até pararem de chorar. Em vez disso, quando quiseres dizer algo durante o tratamento, levantas esta mão. Vais portar-te bem para que a mãe/pai fiquem connosco?”. Em 11 dos 45 pacientes com comportamento “definitivamente negativo” segundo a escala de Frankl, a simples apresentação inicial desta regra foi o suficiente para que melhorassem o comportamento, sem que os pais tivessem realmente de abandonar a consulta. Por isso, estes autores afirmaram que a técnica PAP revela melhores resultados quando introduzida logo no início da consulta e de forma empática. É ainda de referir que quase todas as crianças revelaram comportamento colaborante nas consultas seguintes, o que indicia um efeito positivo desta técnica a longo prazo, e que apenas 4 crianças responderam negativamente à PAP. De acordo com os autores, estas 4 crianças aparentavam ter perturbações de desenvolvimento ou emocionais, que provavelmente interferiram com a perceção das instruções fornecidas pelo dentista. (Kotsanos et al., 2009)

No estudo retrospectivo de Kotsanos et al. (2005) foram avaliados, ao longo de 6 anos, os registos de 85 pacientes com idades entre 3 e 8 anos, com comportamento “definitivamente negativo”. Os pais foram convidados a sair do consultório e regressaram após a melhoria do comportamento. Este grupo foi comparado com um grupo de 85 crianças colaboradoras, com idade e sexo sobreponíveis. 74 das 85 crianças não cooperantes alteraram o seu comportamento positivamente à medida que a primeira consulta progrediu, após aplicada a técnica PAP; 6 continuaram não cooperantes na primeira consulta, mas tornaram-se colaboradoras nas seguintes. O sucesso da técnica foi de 94%. Tal como no estudo anterior, a melhoria do comportamento obtida com a PAP manteve-se nas consultas seguintes, sendo consistente com a teoria da aprendizagem. (Kotsanos et al., 2005)

É ainda interessante referir o estudo de Carr et al., 1999 *cit. in* Adair et al., 2007, que indicou que os dentistas mais velhos (acima dos 40 anos) e com mais anos de experiência recorriam com mais frequência à PAP como TCC. (Carr et al., 1999 *cit. in* Adair et al., 2007)

#### **4. A perspetiva dos pais**

Vários inquéritos realizados em diferentes regiões dos EUA (Kamp, 1992, Certo et al., 1992 e Bouchner et al., 1989 *cit. in* Marcum et al., 1995) comprovaram que os pais tendem a preferir ficar com as crianças durante as visitas médicas e médico-dentárias; nestes, as percentagens de progenitores com esta preferência variaram entre 66% e 78%. (Marcum et al., 1995)

As razões apontadas para os pais preferirem estar presentes incluem: quererem saber o que está a acontecer; considerarem que podem ajudar o dentista no caso de mau comportamento; sentirem que a criança beneficia com a sua presença (Kim et al., 2012); pretenderem ouvir a informação “em primeira mão”; considerarem que a criança preferiria a sua presença e que o dentista não conseguiria lidar com a criança sem a sua assistência. (Soxman, 2006)

No estudo de Abushal e Adenubi (2009), dos 505 pais questionados, 97% indicou preferir ficar com os filhos no consultório dentário. A principal razão apontada, de acordo com 83% dos pais, foi acreditarem que a criança sentir-se-ia mais segura na sua presença. 72% mencionou também que contribuiria para reduzir o medo e confortar a criança. (Abushal e Adenubi, 2009)

Noutro inquérito de Kamp (1992), 56% dos 79 progenitores respondeu preferir estar presente na consulta, sendo a média das idades dos filhos de 5 anos; já 34% afirmou preferir não estar presente, sendo a idade média dos filhos 8.6 anos. Assim, este autor realça, de acordo com os resultados do estudo, que os pais que preferiram estar presentes tinham filhos mais novos. Quanto às justificações para essa preferência, 44% considerou que o filho/a era demasiado novo/a para ir sozinho/a; quanto aos restantes os motivos apresentados assemelharam-se aos

enunciados nos estudos anteriores, como: o facto de acreditarem que o seu filho iria “sentir-se melhor com o pai/mãe presente”; presumirem que a sua presença ajudaria o dentista; ou ainda admitirem que eles próprios se sentiriam mais tranquilos assistindo à consulta. (Kamp, 1992) No entanto, é interessante salientar, neste âmbito, o estudo de Ramos e colaboradores (2010), em que apesar de 70% dos 104 pais envolvidos no estudo demonstrarem desejo de estar presentes na consulta, apenas 58% mostrou disponibilidade para ajudar o dentista, caso este não conseguisse controlar o comportamento da criança durante o tratamento. (Ramos et al., 2010). Assim, Kim e seus colaboradores (2012) procuraram responder à seguinte questão: será que a coincidência entre a preferência inicial dos pais, seja ela qual for, e o que realmente acontece na consulta, influencia a sua satisfação no final? Dos 239 pais com crianças até aos 15 anos envolvidos no estudo, 185 tiveram uma experiência que correspondia ao seu desejo, ou seja: indicaram que queriam estar com a criança na consulta e estiveram; ou indicaram que não queriam estar e não estiveram; e 38 pais tiveram uma experiência que não correspondia à sua vontade, ou seja, queriam estar presentes e não estiveram; ou não queriam estar presentes e estiveram. Os autores concluíram que os pais que tiveram uma experiência consistente com a sua vontade ficaram mais satisfeitos com o dentista e com a consulta, e ficaram com uma percepção mais positiva da resposta da criança. É interessante referir que 66% dos pais do grupo da experiência consistente com a sua vontade foram pais que optaram por estar ausentes. Segundo os autores, estes pais, mesmo não estando dentro da sala, sentiram que foram capazes de apreender o necessário sobre a consulta. (Kim et al., 2012)

Os mesmos autores avaliaram se variáveis como a idade, o género ou o número de consultas dentárias prévias da criança influenciavam a vontade dos pais, verificando que quanto mais nova a criança, mais os pais preferiam estar presentes. Apuraram também que tinham um maior interesse em estar presentes os pais de crianças do sexo feminino, e também os pais cujas crianças tinham menos experiências dentárias prévias. No entanto, os autores salientam que estes resultados diferem dos do estudo anterior de Ramos et al., 2010, que indicava não existir uma relação entre a preferência dos responsáveis e o sexo do menor. (Kim et al., 2012)

Já em relação à variável idade da criança os resultados dos estudos demonstram uma maior concordância. Tal como Kim et al. (2012) e Kamp (1992), também Arathi e Ashwini (1999), num questionário que envolveu uma amostra de 1350 pais de crianças dos 4 aos 14 anos, em que 78 expressaram vontade de estar presentes na consulta, houve uma clara tendência para os pais das crianças mais novas elegerem esta preferência. Também se observou que à medida que as idades das crianças aumentavam, a percentagem de pais que preferiam permanecer na consulta diminuía. (Arathi e Ashwini, 1999)

Kim e seus colaboradores (2012) investigaram também se existia uma relação entre a preferência dos pais e variáveis relativas a características dos próprios progenitores como: a sua idade, o género, a auto-perceção da saúde oral e as visitas ao dentista no último ano. Contudo, apenas encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a idade dos pais e a sua preferência quanto à presença durante os tratamentos dentários dos filhos, sendo que, quanto mais velhos os pais, maior a probabilidade de preferirem estar na consulta. (Kim et al., 2012) No entanto, também estes resultados diferiram dos de outros estudos (Kamp, 1992; Ramos et al., 2010), que concluíram que a idade dos pais não era uma variável estatisticamente significativa no que respeitava à vontade dos pais acompanharem as crianças.

Já Shroff e colaboradores (2015) procuraram determinar se existiria uma associação entre o tipo de procedimento a realizar na consulta e o desejo parental de estar ou não presente. Do estudo, realizado a uma amostra de 339 inquiridos, resultou que a maioria, 61% a 70%, indicou preferir estar presente nas seguintes situações: exames/radiografias, sedação, restaurações, colocação de coroas, extrações dentárias e restrição física. Apenas 38% dos pais afirmaram que ficariam satisfeitos caso o dentista decidisse unilateralmente acerca da sua presença. (Shroff et al., 2015) No estudo de Venham et al. (1979) *cit. in* Kamp (1992), a decisão acerca da presença parental foi tomada pelos pais e crianças, que inicialmente preferiram não estar separados. Contudo, ao longo das sessões de tratamento, observou-se uma crescente separação voluntária entre crianças e respetivos progenitores. (Venham et al., 1979 *cit. in* Kamp, 1992)

Apesar da maioria dos estudos evidenciar que os pais preferem permanecer no consultório dentário durante os tratamentos, há, de facto, ainda muita controvérsia relativamente ao efeito positivo ou negativo desta presença na consulta odontopediátrica. (Kim et al., 2012) É essencial, caso se decida pela permanência parental na consulta, que os pais estejam conscientes do efeito que a sua linguagem corporal e expressão facial têm na criança (Soxman, 2006). Existem recomendações importantes para ajudar o dentista e os responsáveis a lidar da melhor forma com a situação da PAP na consulta (Tabela 5 em anexo). Pais que cumprem as recomendações do profissional na consulta odontopediátrica transmitem maior tranquilidade, promovendo uma adequada colaboração por parte das crianças. (Brandenburg e Marinho-Casanova, 2013)

## **5. A perspetiva das crianças**

Sendo a criança a protagonista da consulta odontopediátrica, é essencial ter em consideração a sua perceção sobre tudo o que envolve a saúde oral e os tratamentos dentários. É importante que o odontopediatra tenha conhecimento dos princípios básicos da psicologia infantil e do desenvolvimento psico-emocional da criança, de forma a perceber se a presença ou ausência

dos pais será mais favorável para a colaboração da criança durante o atendimento (Jayakaran et al., 2017; Feigal, 2001) Assim, vários investigadores têm vindo a estudar a relevância conferida, do ponto de vista da criança, à presença/ausência dos pais na consulta odontopediátrica.

Neste sentido, realizou-se um questionário a 50 crianças entre os 6 e os 10 anos, para avaliar as suas preferências relativamente a diversos aspetos referentes ao médico dentista, ao ambiente do consultório e à PAP. 68% das crianças mostraram preferir ter os pais na consulta. A diferença entre rapazes e raparigas não foi estatisticamente significativa. (Jayakaran et al., 2017)

No entanto, é de notar que a generalidade dos artigos que avaliaram se o desejo da criança em relação à presença dos pais na consulta influenciava a sua opinião sobre esta demonstraram não existir uma correlação. Num estudo de Cox e seus colaboradores (2011), com uma amostra de 90 crianças, com média de idades de 6 anos, foi analisada a perceção destas em relação ao tratamento dentário (através da escala de Wong-Baker Faces – Figura 1 em anexo), em função da PAP. Os resultados revelaram a inexistência de diferença estatisticamente significativa na opinião da criança em relação à consulta, estando ou não os pais presentes. (Cox et al., 2011) Num estudo similar de Vasiliki et al. (2016), com 100 pacientes (média de idades de 7 anos), os resultados obtidos foram idênticos: em geral, a PAP na consulta dentária não influenciava a perceção das crianças acerca da mesma. (Vasiliki et al., 2016)

Em relação ao comportamento infantil na consulta, os resultados são contraditórios: um estudo de Fenlon et al. (1993) revelou uma tendência das crianças terem pior comportamento quando separadas dos pais, ainda que sem significado estatístico; pelo contrário Marzo e colaboradores (2003) relataram que as crianças cujos pais ficaram fora da consulta se comportaram melhor. Estes últimos, utilizando uma amostra de 200 crianças, observaram que 89% das crianças não acompanhadas mostraram aceitação imediata da consulta, em contraste com apenas 63% das crianças acompanhadas. (Marzo et al., 2003) Em ambos os trabalhos, as crianças realizaram apenas exame e profilaxia e tinham idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos. Já Pfefferle e colaboradores (1982) estudaram uma amostra de 48 crianças, entre os 3 e os 5 anos, e concluíram que a PAP não apresentava relação significativa com o comportamento da criança durante a consulta. (Pfefferle et al., 1982 *cit. in* Kotsanos et al., 2005).

### **i. A idade da criança**

Até aos 2 anos de idade, a criança depende estritamente dos pais e tem dificuldade em adaptar-se a ambientes diferentes do habitual, sentindo medo do desconhecido, da separação dos pais e do abandono. Estabelecer comunicação é complicado, pelo que se recomenda o acompanhamento dos pais durante a consulta. (Marzo et al., 2003; Boj et al., 2004) Outros

autores abordam esta temática: Klein (1967) *cit. in* Virdee e Rodd (2007) refere que crianças muito novas podem sofrer ansiedade de separação se a mãe for excluída da consulta, o que prejudicará a sua colaboração. Também Wright *cit. in* Marzo et al. (2003) recomenda que as crianças mais novas, que ainda não têm a linguagem adequadamente desenvolvida, sejam acompanhadas pelos pais. Aos 3 anos, a criança demonstra um interesse nítido pelo que a rodeia, o que pode ser uma vantagem para o dentista (Marzo et al., 2003), além disso, exibe grande evolução de competências a nível linguístico e cognitivo e o medo da separação dos pais diminui. (Boj et al., 2004) Aos 4 anos, a criança torna-se mais ativa, pelo que é possível obter cooperação ao permitir que desempenhe um papel ativo na consulta. (Marzo et al., 2003) Segundo a teoria de Jean Piaget, as crianças aos 5 anos de idade conseguem aceitar bem a separação dos pais. Esta capacidade de estarem separadas representa um importante marco do desenvolvimento da criança aos 4-5 anos, aumenta a sua autoconfiança e autocontrolo, pelo que é importante que os pais também o compreendam e aceitem no contexto da consulta dentária. (Afshar et al., 2011; Soxman, 2006) Também Boj et al (2004) admitem que entre os 4 e os 6 anos de idade a criança demonstra independência suficiente para possibilitar a separação dos pais durante o tratamento. (Boj et al., 2004)

A partir dos 6 anos, a criança deixa de ser dependente dos pais como até então, podendo até mostrar algum “ressentimento com a autoridade paterna”. São importantes explicações detalhadas e, sobretudo a partir dos 9 anos, devido à independência e confiança típicas desta faixa etária, transmitir a ideia de que é responsável. (Boj et al., 2004) A partir dos 12 anos, é recomendado responsabilizar os adolescentes pela sua saúde oral, educando, motivando, e envolvendo-os na tomada de decisões em relação aos cuidados dentários. (Boj et al., 2004)

## **ii. Evidência fisiológica**

A natureza subjetiva do medo torna a sua avaliação complexa, no entanto, considera-se que a monitorização da frequência cardíaca e da saturação do oxigénio constituem métodos válidos, usados em diversos estudos, para medir a ansiedade dentária nas crianças. (Pani et al., 2016; Afshar et al., 2011)

O estudo de Pani et al. (2016) teve como objetivo avaliar o efeito da presença dos pais nas manifestações fisiológicas de ansiedade em 122 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos. A ansiedade foi avaliada antes da consulta através da escala de imagens de Venham (Figura 2 em anexo), o medo foi avaliado objetivamente através da monitorização da frequência cardíaca, utilizando-se um oxímetro de pulso portátil, e o comportamento foi avaliado subjetivamente através da perceção do médico dentista durante o procedimento. A

medição da frequência cardíaca foi efetuada em 6 situações clínicas consideradas críticas na consulta dentária: quando a criança conheceu o dentista, quando a criança se sentou na cadeira, quando o dentista se sentou na cadeira, quando foi administrada a anestesia local, quando foi realizado o procedimento restaurador, final da consulta. A presença parental resultou em frequências cardíacas significativamente mais baixas (as diferenças foram estatisticamente significativas em todos os momentos de avaliação, exceto no momento de injeção do anestésico), indicando que a presença dos pais reduziu as manifestações fisiológicas da ansiedade nas crianças, tranquilizando-as. Este facto sugere que a remoção dos pais da consulta pode funcionar bem quando utilizado como reforço negativo (em casos de comportamento não colaborante), o que é útil do ponto de vista de TCC. É ainda importante destacar que, de acordo com a avaliação subjetiva realizada pelos dentistas, o comportamento infantil foi tendencialmente mais positivo quando os pais estavam ausentes. (Pani et al., 2016)

Por outro lado, no estudo de Afshar et al. (2011), foram avaliados a ansiedade e o comportamento de 67 crianças de 5 anos na consulta dentária, usando para isso a medição da frequência cardíaca e as classificações das escalas de Venham e Frankl. A amostra foi dividida em dois grupos: num grupo os pais permaneceram no consultório durante os tratamentos e no outro não foi permitida a presença parental. Neste caso os resultados obtidos demonstraram não existir diferença estatisticamente significativa entre os pacientes com e sem presença parental na consulta, no que diz respeito às frequências cardíacas medidas e aos valores de ansiedade clínica, de cooperação e de resposta da criança à consulta. Ou seja, a PAP não mostrou ter impacto na ansiedade e no comportamento da população estudada. (Afshar et al., 2011)

## **6. A perspetiva dos médicos dentistas**

Historicamente, e ao contrário dos pediatras, os médicos dentistas tinham por hábito excluir os pais das consultas, por considerarem que os seus olhares e comentários durante o tratamento poderiam intensificar os problemas de comportamento, perturbar o procedimento, desperdiçar tempo e interferir com a capacidade do dentista de estabelecer uma boa relação e comunicação com a criança. (Cox et al., 2011; Marcum et al., 1995; Kim et al., 2012)

Na década de 90, com o aumento do envolvimento dos progenitores nos cuidados de saúde oral da criança, reconheceu-se que a abordagem tradicional de manter os pais fora do consultório poderia não ser a melhor opção em todas as situações. A atual filosofia de saúde infantil promove a participação crescente dos pais na prevenção e promoção da saúde da criança e nas decisões de tratamento. Assim, é aconselhado que os profissionais de saúde se habituem a este envolvimento dos pais e deem resposta às possíveis perguntas e inquietações acerca dos filhos.

(AAPD, 2018) Também o maior acesso a informação da área médica, proporcionado especialmente pela *Word Wide Web*, torna os pais mais informados, ainda que nem sempre por fontes fidedignas, e com acrescida ânsia de verem as suas dúvidas esclarecidas. (AAPD, 2018; Feigal, 2001) Assim, também a Medicina Dentária tem procurado adaptar-se a esta tendência, pelo que, nas duas últimas décadas, um número crescente de dentistas opta por manter os pais na consulta (Pani et al., 2016; Feigal, 2001; Kotsanos et al., 2005; Marzo et al., 2003) e começa a compreender que o desejo dos pais de presenciarem o tratamento não significa que não confiam no dentista: está associado ao instinto protetor dos progenitores. (AAPD, 2018)

O questionário de Marcum e colaboradores (1995), realizado a 90 odontopediatras dos EUA, veio precisamente comprovar esta tendência. Os resultados evidenciaram uma mudança significativa na permissão para os pais permanecerem na consulta (aumento de 50% entre o início da prática clínica e a prática presente). As razões que mais levavam os dentistas a permitirem a presença parental foram considerar tratar-se de um “privilégio parental” (48%) e/ou “direito parental” (42%). (Marcum et al., 1995)

Também Adair e colaboradores (2007) inquiriram 2467 dentistas, membros ativos da AAPD. A maioria reportou aprovar a presença parental na consulta. Contudo, existiram diferenças estatisticamente significativas quanto a duas variáveis relativas ao médico dentista: género e idade. Os dentistas do sexo masculino e mais velhos, participantes no inquérito, revelaram menor probabilidade de permitir a presença dos pais em procedimentos como: exames de rotina, profilaxia, tratamentos restauradores e tratamento de crianças com necessidades especiais. Segundo os autores, esta diferença pode dever-se às diferenças de género inerentes e ao facto de, no passado, o paradigma ser excluir por rotina os pais da consulta. Nos casos de emergências, procedimentos cirúrgicos e com sedação não houve diferenças significativas entre idade/género dos profissionais. (Adair et al., 2007)

Noutro questionário de Adair e colaboradores (2004), enviado a 4180 membros da AAPD, a maioria indicou permitir, por rotina, a presença dos pais nas consultas de emergência e nos procedimentos envolvendo crianças com necessidades especiais (61% e 66%, respetivamente). Mais de 87% dos profissionais assinalou também preferir ter os pais presentes quando as crianças atendidas apresentavam menos de 3 anos de idade e 51% indicou optar pela presença dos pais para poderem consultá-los durante o tratamento da criança. 38% dos inquiridos referiu acreditar que o fenómeno da permissão da presença parental nas consultas tem vindo a aumentar e apontou como principais razões para este facto os “pais preferirem/insistirem em estar presentes”. 85% afirmou considerar que a alteração do estilo de educação pais/filhos, ocorrida nos últimos anos, tem afetado negativamente o comportamento da criança no contexto dentário.

(Adair et al., 2004) Também o estudo de Aminabadi e seus colaboradores (2015) constata que os médicos dentistas creem que a falta de imposição de limites, regras e disciplina por parte dos pais parece influenciar significativamente o temperamento e a ansiedade da criança na consulta. (Aminabadi et al., 2015)

Dos 905 membros da AAPD que participaram num inquérito de Peretz e Zadik (1998), 74% revelou, em geral, autorizar a presença parental durante o tratamento dentário, embora 48% considerasse as crianças menos colaboradoras com os pais a assistir. No momento de decidir acerca da PAP, os fatores mais importantes para os médicos dentistas inquiridos foram a idade e o comportamento da criança. É de sublinhar que a maioria reconheceu a tendência recente para uma maior abertura à permanência dos responsáveis nas consultas, justificada por questões legais (66%) e pela alteração das expectativas dos pais (67%). (Peretz e Zadik, 1998)

Num questionário dirigido aos membros da *British Society of Paediatric Dentistry*, 80% dos 218 dentistas afirmou aprovar o acompanhamento parental durante o tratamento. Curiosamente, e ao contrário do que relataram Adair et al. (2007) nos seus estudos, os dentistas com menos anos de profissão mostraram menor aceitação da presença parental. (Crossley e Joshi, 2002)

Importa ainda referir dois estudos similares que obtiveram resultados sobreponíveis, um de Cipes e Miraglia, 1985 *cit. in* Marcum et al., 1995 e outro de Nathan, 1989 *cit. in* Marcum et al., 1995. Estes autores reportaram, respetivamente, que 71% e 60% dos odontopediatras questionados afirmaram permitir a presença parental durante o exame clínico, mas apenas 55% e 49%, respetivamente, afirmaram permitir a sua comparência durante os tratamentos dentários. (Cipes e Miraglia, 1985 *cit. in* Marcum et al., 1995; Nathan, 1989 *cit. in* Marcum et al., 1995)

### III. DISCUSSÃO

A abordagem dos profissionais de saúde tem evoluído de forma a acomodar a tendência dos pais de terem um papel cada vez mais ativo na saúde dos filhos. (Marcum et al., 1995)

A questão da PAP é complexa e pouco consensual. De acordo com o apurado na presente revisão, alguns autores argumentam que a ausência dos pais melhora o comportamento da criança (Kotsanos et al., 2005; Marzo et al., 2003), outros que não há diferença significativa (Boka et al., 2017; Afshar et al., 2011; Pfefferle et al., 1982) e outros ainda que é importante e benéfico para as crianças e para o médico dentista ter a presença dos pais durante a consulta (Feigal, 2001; Bauchner et al., 1989 *cit. in* Kamp, 1992).

Segundo as *guidelines* da AAPD, a PAP pode ser utilizada como TCC nas crianças não colaboradoras com o objetivo de obter cooperação e minimizar o recurso a TCC avançadas. (AAPD, 2018) Autores como Kotsanos e seus colaboradores (2009) referem que a aplicação desta técnica resulta melhor quando a regra é comunicada à criança de forma empática, logo no início da consulta. (Kotsanos et al., 2009)

Segundo Kim et al. (2012), para os pais/acompanhantes o mais importante é que estejam na situação em que desejam estar, isto é, que a realidade da consulta vá de encontro à sua preferência. (Kim et al., 2012) Contudo, cabe também ao profissional, de acordo com o perfil individual dos acompanhantes (especialmente a capacidade de colaboração com o dentista) e de cada paciente (particularmente a idade e comportamento da criança), aconselhar o que entende ser mais apropriado quanto à PAP em cada visita. (Boj et al., 2004) A maioria dos profissionais aprova o acompanhamento parental na consulta (Adair et al., 2007; Crossley e Joshi, 2002; Peretz e Zadik, 1998) e reconhece uma maior abertura dos médicos dentistas a esta tendência nos últimos anos. (Pani et al., 2016; Peretz e Zadik, 1998; Marcum et al., 1995)

Quanto à preferência da criança, apesar do estudo de Jayakaran e colaboradores (2017) indicar que a maioria desejava ter os pais na consulta, na generalidade dos artigos verificou-se que, no final da consulta, a PAP não influenciava a opinião da criança acerca da visita dentária (Vasiliki et al., 2016; Cox et al., 2011).

É de salientar que o tipo de publicações e a qualidade dos estudos incluídos nesta revisão foi bastante diversificada. Além disso, as condições em que decorreram os diferentes estudos também não são sobreponíveis, tornando mais difícil fazer comparações e tirar conclusões fiáveis, o que pode representar uma limitação deste trabalho. A título de exemplo, destacam-se os ensaios cujo objetivo era avaliar o sucesso da PAP como TCC, em que não existiu uniformidade quanto às condições de aplicação da técnica, enviesando a comparação entre os diferentes estudos.

Assim, sugere-se a realização de mais estudos clínicos prospectivos sobre a PAP como TCC, nomeadamente tendo o modo como o médico dentista aplica a técnica e a circunstância da sua aplicação como variáveis controladas, para que se possa inferir com convicção qual a real eficácia da técnica.

Analisando as amostras populacionais dos estudos revistos, propõe-se a execução de projetos de investigação que envolvam grupos etários diferentes, designadamente crianças e jovens a partir dos 10 anos, e também pacientes com necessidades especiais.

Considera-se ainda relevante estudar outros fatores inerentes aos pais/acompanhantes e qual a sua influência nesta questão, como por exemplo: o nível de conhecimento sobre saúde oral, o contexto sociocultural das famílias, o estilo de educação concedido aos filhos e o sexo do acompanhante – existirá diferença no comportamento da criança perante a presença da mãe ou do pai? Outra questão interessante e pouco abordada na literatura relaciona-se com a personalidade individual da criança, e a forma como pode influenciar a sua atuação na consulta, mediante a presença ou ausência dos pais.

Acredita-se que o maior envolvimento dos pais na consulta poderá favorecer a motivação para a prevenção e promoção da saúde da criança, daí que seja importante que os profissionais de saúde oral aceitem, com naturalidade, esta necessidade dos responsáveis de participarem na consulta e na tomada de decisões acerca do tratamento, e estejam abertos ao esclarecimento de dúvidas e à desmistificação do tratamento dentário.

#### **IV. CONCLUSÃO**

A PAP na consulta odontopediátrica é um assunto que continua envolto em grande controvérsia, apesar da vasta literatura científica publicada sobre o assunto.

O estabelecimento de uma boa relação dentista-paciente-responsáveis é fundamental na promoção da saúde oral infantil, na adesão ao tratamento dentário e no empenho familiar na prevenção das doenças orais na criança. É, portanto, essencial que os profissionais compreendam a perspectiva da criança e dos pais, quanto à necessidade de estarem ou não juntos durante a consulta.

Acredita-se que existe uma tendência crescente dos responsáveis para preferirem participar na consulta, por pretenderem, cada vez mais, estar envolvidos em tudo o que diz respeito à criança, especialmente à sua saúde. Em geral, os médicos dentistas têm encarado positivamente esta mudança de paradigma, conseguindo inclusive tirar partido da presença dos pais para motivar e instruir para a saúde e higiene oral, ou até para conseguir controlar comportamentos menos colaborantes dos pacientes pediátricos.

## V. BIBLIOGRAFIA

- Abushal M. e Adenubi J.O. (2009). Attitudes of Saudi parents toward separation from their children during dental treatment. *The Saudi Dental Journal*, 21 (2), pp. 63-67.
- Adair S.M. et al., (2007). Age and gender differences in the use of behavior management techniques by pediatric dentists. *Pediatric Dentistry*, 29 (5), pp. 403-408.
- Adair S.M. et al., (2004). A survey of members of the American Academy of Pediatric Dentistry on their use of behavior management techniques. *Pediatric Dentistry*, 26 (2), pp. 159-166.
- Adair S.M. et al., (2004). Survey of behavior management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatric Dentistry*, 26 (2), pp. 151-158.
- Adair S.M. et al., (2004). Survey of behavior management teaching in predoctoral pediatric dentistry programs. *Pediatric Dentistry*, 26 (2), pp. 143-150.
- 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.
- Aminabadi N.A. et al., (2015). The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatric Dentistry*, 37 (4), pp. 342-347.
- Arathi R. e Ashwini R. (1999). Parental presence in the dental operatory-parent's point of view. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 17 (4), pp. 150-155.
- Bimstein E., Azari A.F. e Riley J.L. (2011). Predoctoral and postdoctoral students' perspectives about pediatric dental behavior guidance. *Journal of Dental Education*, 75 (5), pp. 616-625.
- Bimstein E. et al., (2009). Students' perceptions about pediatric dental behavior guidance in an undergraduate four-year dental curriculum. *Journal of Dental Education*, 73 (12), pp. 1366-1371.
- Boj J.R. et al., (2004). Características generales de los niños en las diferentes edades. In: Boj J.R. et al. (Ed.). *Odontopediatria*. Barcelona, Espanha, Masson, pp. 256-259.
- Boka, V. et al., (2017). A study of parental presence/absence technique for child dental behaviour management. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18 (6), pp. 405-409.
- Brandenburg O.J. e Marinho-Casanova M.L. (2013). A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30 (4), pp. 629-640.
- Certo M.A. e Bernat J.E. (1995). Parents in the operatory. *The New York State Dental Journal*, 61 (2), pp. 34-38.
- Cox I.C., Krikken J.B. e Veerkamp J.S. (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.
- Crossley M.L. e Joshi G. (2002). An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *British Dental Journal*, 192 (9), pp. 517-521.
- Feigal R.J. (2001). Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *Journal of Dental Education*, 65 (12), pp. 1369-1377.
- Fenlon W.L., Dabbs A.R. e Curzon M.E. (1993). Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *British Dental Journal*, 174 (1), pp. 23-28.
- Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. [Em linha]. Disponível em <[http://www.aapd.org/media/Policies\\_Guidelines/G\\_BehavGuide.pdf](http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_BehavGuide.pdf)>. [Consultado em 18 de Março de 2018].
- Jain C. et al., (2013). Randomized controlled trial: parental compliance with instructions to remain silent in the dental operatory. *Pediatric Dentistry*, 35 (1), pp. 47-51.

Jayakaran, T.G. et al., (2017). Preferences and choices of a child concerning the environment in a pediatric dental operator. *Dental Research Journal*, 14 (3), pp. 183-187.

Kamp A.A. (1992). Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference. *Pediatric Dentistry*, 14 (4), pp. 231-235.

Kim J.S., Boynton J.R. e Inglehart M.R. (2012). Parents' presence in the operator during their child's dental visit: a person-environmental fit analysis of parents' responses. *Pediatric Dentistry*, 34 (5), pp. 407-413.

Kotsanos N. et al., (2009). A form of 'parental presence/absence' (PPA) technique for the child patient with dental behaviour management problems. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10 (2), pp. 90-92.

Kotsanos N., Arhakis A. e Coolidge T. (2005). Parental presence versus absence in the dental operator: a technique to manage the uncooperative child dental patient. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 6 (3), pp. 144-148.

Marcum B.K., Turner C. e Courts F.J. (1995). Pediatric dentists' attitudes regarding parental presence during dental procedures. *Pediatric Dentistry*, 17 (7), pp. 432-436.

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

Pani S.C. 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 & Community Dentistry*, 6 (2), pp. 148-152.

Peretz B. e Zadik D. (1998). Attitudes of parents towards their presence in the operator during dental treatments to their children. *The Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 23 (1), pp. 27-30.

Pinkham J.R. (1991). An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *American Society of Dentistry for Children Journal of Dentistry for Children*, 58 (6), pp. 458-463.

Ramos M.E., Kao J.Y. e Houpt M. (2010). Attitudes of pediatric dentists toward parental presence during dental treatment of children. *Journal of the New Jersey Dental Association*, 81 (3), pp. 32-37.

RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. [Em linha]. Disponível em <<http://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2015;volume=33;issue=1;spage=48;epage=52;aulast=Shetty>>. [Consultado em 23 de Março de 2018].

Shroff S., Hughes C. e Mobley C. (2015). Attitudes and preferences of parents about being present in the dental operator. *Pediatric Dentistry*, 37 (1), pp. 51-55.

Soxman J. (2006). Parenting the parents of pediatric patients. *Compendium of Continuing Education in Dentistry*, 27 (11), pp. 630-634.

The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529924/>>. [Consultado em 23 de Março de 2018].

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*, 17 (5), pp. 381-386.

Venkatraghavan K. et al., (2016). Pro-Activeness of Parents in Accepting Behavior Management Techniques: A Cross-Sectional Evaluative Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10 (7), pp. 46-49.

Virdee P.K. e Rodd H.D. (2007). Who accompanies children to a dental hospital appointment?. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 8 (2), pp. 95-98.

White J. et al., (2016). A Questionnaire of Parental Perceptions of Conscious Sedation in Pediatric Dentistry. *Pediatric Dentistry*, 38 (2), pp. 116-121.

## **VI. ANEXOS**

Tabela 1. Tipo de publicações incluídas.

Estudo randomizado controlado	7	Afshar et al., 2011 Boka et al., 2017 Cox et al., 2011 Fenlon et al., 1993 Jain et al., 2013 Marzo et al., 2003 Vasiliki et al., 2016
Estudo observacional	9	Aminabadi et al., 2015 Bimstein et al., 2009 Brandenburg e Marinho-Casanova, 2013 Jayakaran et al., 2017 Kotsanos et al., 2005 Kotsanos et al., 2009 Pani et al., 2016 Venkataraghavan et al., 2016 Virdee e Rodd, 2007
Revisão narrativa	4	Certo et al., 1992 Feigal, 2001 Pinkham, 1991 Soxman, 2006
Inquérito	15	Abushal e Adenubi, 2009 Adair et al., 2004 Adair et al., 2004 Adair et al., 2004 Adair et al., 2007 Arathi e Ashwini, 1999 Bimstein et al., 2011 Crossley e Joshi, 2002 Kamp, 1992 Kim et al., 2012 Marcum et al., 1995 Peretz e Zadik, 1998 Ramos et al., 2010 Shroff et al., 2015 White et al., 2016
<i>Guidelines</i>	1	AAPD, 2018

Tabela 2. Pesquisa bibliográfica efetuada.

<i>Palavras-chave</i>	<i>Nº de artigos encontrados na pesquisa inicial</i>	<i>Nº de artigos após aplicação dos critérios de inclusão</i>	<i>Nº de artigos após aplicação dos critérios de exclusão</i>
<i>“Pediatric dentistry” AND “Parental presence”</i>	158	149	24
<i>“Pediatric dentistry” AND “Parental participation”</i>	31	29	2
<i>“Dentist” AND “Parental presence”</i>	89	79	4
<i>“Dental treatment” AND “Parental presence”</i>	205	205	2
<i>“Pediatric dentistry” AND “Parent-child relations”</i>	222	143	5
<b>Total: 37 artigos</b>			

Tabela 3. Objetivos da presença/ausência parental na consulta odontopediátrica. Baseada em: AAPD (2018).

<b>Para os pais:</b>	<b>Para os profissionais:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar nas consultas dos filhos</li> <li>• Proporcionar às crianças mais novas o apoio físico e psicológico necessário</li> <li>• Observar a realidade do tratamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obter a atenção dos pacientes</li> <li>• Evitar comportamentos negativos ou “evitativos”</li> <li>• Estabelecer os papéis apropriados de dentista e de paciente</li> <li>• Melhorar a comunicação entre o dentista, o paciente e os pais</li> <li>• Minimizar a ansiedade e obter uma experiência dentária positiva</li> <li>• Facilitar o consentimento informado rápido em casos de alteração do plano de tratamento ou de aplicação de algumas técnicas de controlo do comportamento</li> </ul>

Tabela 4. Escala de Frankl. Baseada em: AAPD (2018).

1	--	<b>Definitivamente negativo.</b> Recusa o tratamento, choro incontrolável, medo, ou qualquer outra evidência de negativismo extremo.
2	-	<b>Negativo.</b> Relutância em aceitar o tratamento, não cooperante, alguma evidência de atitude negativa, mas não tão pronunciada (mal-humorado, retraído).
3	+	<b>Positivo.</b> Aceitação do tratamento, comportamento cauteloso por vezes. Vontade de colaborar com o dentista, às vezes com alguma reserva, mas segue as orientações dadas.
4	++	<b>Definitivamente positivo.</b> Boa conexão com o dentista, interesse nos procedimentos dentários, demonstra alegria.

Tabela 5. Recomendações para o médico dentista sobre a presença/ausência parental na consulta odontopediátrica. Baseada em: Soxman (2006).

- Em crianças com historial de problemas de comportamento no dentista, questionar previamente os pais acerca do que poderá ter acontecido de errado, inclusive: “Esteve presente durante o procedimento? De que forma é que isso ajudou ou não ajudou?”.
- Se ambos os pais optarem por acompanhar a criança, apenas um deve estar presente na sala, pois o diálogo entre ambos desconcentra a criança das indicações do médico.
- As crianças aceitam geralmente melhor a separação dos pais se esta ocorrer na área da receção/sala de espera, do que após estarem já na cadeira dentária.
- Explicar aos pais que tanto o procedimento como a criança merecem a atenção total do dentista, pelo que a presença dos pais na consulta pode desviar a atenção do foco central da consulta.
- O dentista não deve falar à criança através dos pais, mas diretamente com ela, nem competir pela atenção da criança.
- Pode ser útil combinar com os pais um sinal indicador de que deve sair caso a sua presença comece a interferir com o procedimento.
- Se os responsáveis estiverem na sala de espera e a criança começar a chorar/gritar descontroladamente, é recomendável chamá-los para o consultório para que não fiquem perturbados e a imaginar cenários.

- No caso de pais perturbadores, não cooperantes e que se recusam a sair, o tratamento deve ser terminado e as regras devem ser lembradas.
- Se o pai/mãe preferir manter-se com a criança, deve comprometer-se a estar em silêncio e a não interferir na consulta.

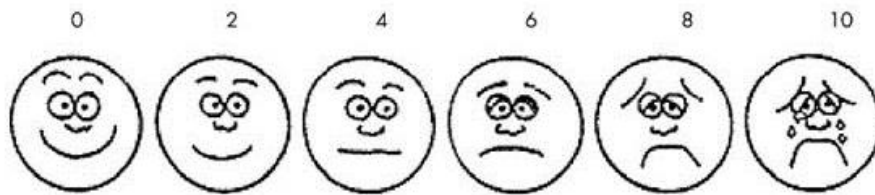


Figura 1. Escala de Wong-Baker Faces. Retirada de: The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3529924/>>. [Consultado em 23 de Março de 2018].



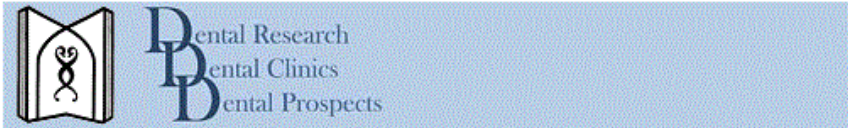
Figura 2. Escala de imagens de Venham. Retirada de: RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety. [Em linha]. Disponível em <<http://www.jisppd.com/article.asp?issn=0970-4388;year=2015;volume=33;issue=1;spage=48;epage=52;aulast=Shetty>>. [Consultado em 23 de Março de 2018].

PMC  
US National Library of Medicine  
National Institutes of Health

PMC

Advanced Journal list

Journal List > J Dent Res Dent Clin Dent Prospects > v.6(4); Autumn 2012 > PMC3529924



J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2012 Autumn; 6(4): 117-124. PMID: PMC3529924  
Published online 2012 Nov 12. doi: [10.5681/joddd.2012.025](https://doi.org/10.5681/joddd.2012.025) PMID: [23277857](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23277857/)

## The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial

Naser Asl Aminabadi, <sup>1,\*</sup> Leila Erfanparast, <sup>2</sup> Azin Sohrabi, <sup>2</sup> Sina Ghertasi Oskoei, <sup>3</sup> and Armaghan Naghili <sup>4</sup>

[Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) ▼ [Disclaimer](#)

[Copyright](#) © 2012 The Authors; Tabriz University of Medical Sciences

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

This article has been [cited by](#) other articles in PMC.

**Abstract** Go to:

**Background and aims** Go to:

Dental practitioners have numerous methods to control anxiety and pain in children, and distracting the child appears to be the most common technique used for behavior management during dental procedures. The aim of the present study was to evaluate the influence of using virtual reality eyeglasses on severity of

Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry

Website for mobile devices | Journal is indexed with MEDLINE/Index Medicus and PubMed

**ORIGINAL ARTICLE**  
Year : 2015 | Volume : 33 | Issue : 1 | Page : 48-52

**RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety**

RM Shetty, M Khandelwal, S Rath  
Department of Pedodontics and Preventive Dentistry, Chhattisgarh Dental College and Research Institute, India

Date of Web Publication: 9-Jan-2015

Correspondence Address:  
Dr. R.M.Shetty  
Department of Pedodontics and Preventive Dentistry, Chhattisgarh Dental College and Research Institute, India  
[Login to access the email ID](#)

Source of Support: None. Conflict of Interest: None

 Check  2

DOI: 10.4103/0970-4388.149006

[Get Permissions for commercial use](#)

Rightslink® by Copyright Clearance Center - Google Chrome

Seguro | <https://s100.copyright.com/AppDispatchServlet?publisherName=Medknow&publica...>

Copyright Clearance Center

Wolters Kluwer

**Title:** RMS Pictorial Scale (RMS-PS): An innovative scale for the assessment of child's dental anxiety  
**Author:** Shetty R M, Khandelwal M, Rath S  
**Publication:** Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry  
**Publisher:** Wolters Kluwer Medknow Publications  
**Date:** Jan 1, 2015  
Copyright © 2015, Wolters Kluwer Medknow Publications

**Welcome to RightsLink**

This article is available under the terms of the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike License (CC BY-NC-SA)**, which permits non-commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Permission only needs to be obtained for **commercial use**.

Wolters Kluwer Medknow Publications has partnered with Copyright Clearance Center's RightsLink service to offer a variety of options for reusing Wolters Kluwer Medknow Publications content. Select the "I would like to ..." dropdown menu to view the many reuse options available to you.

I would like to...

Copyright © 2018 Copyright Clearance Center, Inc. All Rights Reserved. [Privacy statement](#). [Terms and Conditions](#).  
Comments? We would like to hear from you. E-mail us at [customerscare@copyright.com](mailto:customerscare@copyright.com)