

LAURA MENDES TOMITA

*ANÁLISE DOS COMPORTAMENTOS DE MÃES E A
RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO DOS FILHOS
DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.*

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.

PIRACICABA

-2004-



LAURA MENDES TOMITA

Cirurgiã - Dentista

***ANÁLISE DOS COMPORTAMENTOS DE MÃES E A
RELAÇÃO COM O COMPORTAMENTO DOS FILHOS
DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.***

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes

Banca examinadora:

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Júnior

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

Prof. Dr. Eduardo Dias de Andrade

PIRACICABA

-2004-

Este exemplar foi devidamente corrigido.
de acordo com a Resolução CCPG 036/03
CPG 29/03/2004
Ass. Núcleo Orientador

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/Unicamp T595a
V	Ex
TOMBO	58226
PROC.	16-117-04
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	04/06/04
Nº CPD	

CM00197709-1

Bib id: 316850

Ficha Catalográfica

T595a Tomita, Laura Mendes.
Análise dos comportamentos de mães e a relação com o comportamento dos filhos durante o tratamento odontológico. / Laura Mendes Tomita. -- Piracicaba, SP: [s.n.]. 2004. xxii, 168p. : il.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Ansiedade nas crianças. 2. Odontopediatria – Aspectos psicológicos. 3. Comportamento – Psicologia. I. Moraes, Antônio Bento Alves de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 17 de Fevereiro de 2004, considerou a candidata LAURA MENDES TOMITA aprovada.

1. Prof. Dr. ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES

Handwritten signature of Antonio Bento Alves de Moraes in black ink, written over a horizontal line.

2. Prof. Dr. ÁDERSON LUIZ COSTA JUNIOR

Handwritten signature of Áderson Luiz Costa Junior in black ink, written over a horizontal line.

3. Prof. Dr. EDUARDO DIAS DE ANDRADE

Handwritten signature of Eduardo Dias de Andrade in black ink, written over a horizontal line.

Dedico e agradeço...

*À Deus,
pela presença e vigília constantes.*

*À minha mãe Maria,
pelo imenso carinho e amor
recebidos durante minha vida...*

*...e ao meu pai Kiyoshí,
porque sempre me ensinou
que o maior tesouro é o estudo e
nunca mediu esforços para que
eu pudesse estudar.*

Agradeço, com muito amor...

*À minha irmã Taís,
pela amizade, carinho e companheirismo
durante toda a vida...*

*...e aos meus irmãos Filipe e Henrique,
pelo apoio e incentivo.*

*Ao meu sobrinho Caio,
que trouxe luz e alegria às nossas vidas.*

*Ao Carlos,
por sua infinita paciência e compreensão,
pelo companheirismo e amor dedicados.*

Com admiração, agradeço...

*Ao Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes,
pela confiança em mim depositada e
oportunidades oferecidas,
pela inestimável orientação e contribuição à
minha formação profissional.*

Agradeço especialmente...

*Ao Prof. Dr. Áderson Luíz Costa Jr.,
pela disponibilidade e indispensável colaboração
durante a realização deste trabalho.*

*À Cátia e à Dolores,
mais do que colegas de trabalho,
pelo apoio emocional e conselho nas horas difíceis*

*À Rosana Possobon e à Karina Carrascoza,
pela amizade e indispensável ajuda.*

Agradeço, com carinho...

*Aos meus grandes amigos da Graduação Ademar,
Dawton, Léo, Sussumu, Mariana, Marlise, Neimar,
Paula Castelo, Roberta Alonso e Vanessinha,
por todos os momentos de alegria que passamos juntos
e pelo apoio nas dificuldades
durante a nossa caminhada,
pela amizade sincera e cumplicidade.*

*Ao meu primo Helyelson e à Letícia,
pela amizade, apoio e incentivo.*

Agradeço:

À Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do Senhor Reitor, Prof. Dr. Carlos Henrique de Brito Cruz e à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do Senhor Diretor, Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia, na pessoa da Coordenadora, Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Volpato.

Ao Departamento de Ciências Fisiológicas, na pessoa do Chefe de Departamento, Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen.

As instituições de fomento Capes e Cnpq, pelo apoio financeiro instituído pela concessão de bolsa.

A todos os professores e funcionários da área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica, pela colaboração e disposição durante nossa convivência.

A todos os colegas de Pós-Graduação em Odontologia, pelo convívio.

Ao Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae - FOP - UNICAMP.

A todas as colegas do Cepae, pela convivência que me proporcionou momentos de alegria e amadurecimento pessoal.

À Prof^a. Dr^a. Gláucia Maria Bovi Ambrosano, da Disciplina de Bioestatística do Departamento de Odontologia Social da FOP - UNICAMP, pela indispensável ajuda.

Ao Paulo Roberto Rizzo do Amaral, técnico em imagem e som da FOP - UNICAMP, pela inserção das marcas sonoras nas fitas de vídeo-tape e pela colaboração nos trabalhos realizados no Cepae.

À bibliotecária Marilene Girello, pela ajuda na elaboração das Referências Bibliográficas.

À Érica Alessandra Pinho, secretária da Coordenadoria de Pós-Graduação, pela atenção.

Às Professoras Doutoras Maria Cecília C. Ferreira, Fernanda Klein Marcondes e Maria Beatriz D. Gavião, pela participação na banca de qualificação.

Aos voluntários deste estudo, pela seriedade com que participaram da realização deste trabalho.

A todos os amigos, colegas e pessoas que direta ou indiretamente auxiliaram na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

	Página
RESUMO.....	001
ABSTRACT.....	003
1. INTRODUÇÃO.....	005
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	009
3. PROPOSIÇÃO.....	023
4. METODOLOGIA.....	025
4.1. Aprovação do projeto.....	025
4.2. Participantes.....	025
4.2.1. Critérios de inclusão.....	025
4.2.2. Descrição dos participantes.....	027
4.3. Procedimentos.....	027
4.3.1. Caracterização do local da pesquisa.....	029
4.3.2. Registro dos dados.....	030
4.3.3. Procedimentos clínicos observados.....	032
4.3.4. Comportamentos registrados.....	033
4.3.5. Tratamento dos dados.....	036
4.3.6. Análise dos questionários.....	037
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	039
5.1 Descrição das sessões.....	040
5.2 Descrição dos padrões de comportamentos apresentados pelas mães.....	082
5.3 Relação entre comportamentos: mãe-criança.....	099
5.3.1. Apresentação das sessões.....	099
5.3.2. Relação entre categorias de comportamento: mãe- criança.....	110
5.4. Avaliação dos questionários.....	119
6. CONCLUSÕES.....	123
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
ANEXOS.....	133

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar os comportamentos de 10 mães durante sessões sequenciais de atendimento odontológico de seus filhos, além de analisar as relações que se estabelecem entre o repertório de comportamentos das mães e as respostas comportamentais das crianças. Todas as sessões foram filmadas em vídeo-tape com marcas sonoras a cada 15 segundos, indicando os momentos em que seriam feitos os registros dos comportamentos. Antes do início de cada sessão, a mãe respondia a um questionário com o objetivo de avaliar sua percepção em relação ao grau de ansiedade dela e da criança no dia da consulta. O cirurgião-dentista também era solicitado a responder um questionário, ao final da sessão, a fim de avaliar sua percepção em relação ao grau de ansiedade demonstrado pela mãe e pela criança durante o atendimento. Os resultados permitiram a identificação de padrões comportamentais comuns entre as mães, assim como características únicas entre elas. As categorias de comportamento *Acariciar/Tamborilar*, *Conter criança*, *Instruir criança* e *Observar procedimento* ocorreram em mais que 90% de todas as sessões. A categoria *Desviar olhar* apresentou maior frequência de ocorrência durante a rotina de Anestesia Injetável e, segundo a percepção do cirurgião-dentista, a maior parte das mães manifestou alto grau de ansiedade durante este procedimento. Além disso, os resultados permitem sugerir o planejamento de estratégias de manejo comportamental de mães e crianças em rotinas específicas de tratamento odontológico.

Palavras-chave: Ansiedade materna. Ansiedade infantil no tratamento odontológico. Interação mãe-filho. Mães no tratamento odontopediátrico.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate 10 mothers' behaviors during sessions of their children's dental treatment besides analyzing relationships that occur between mothers' and children's behaviors. All sessions were recorded in video-tape bimed every 15 second interval, indicating the moments that the records of the behaviors would be carried out. Before the beginning of each session, the mother responded to a questionnaire in order to evaluate her perception in relation to the degree of her own and the child's anxiety at the day of the appointment. The dentist was also requested to respond to a questionnaire, at the end of de session, in order to evaluate his perception in relation to the degree of anxiety demonstrated by the mother and child during the treatment. The results allowed the identification of behavioral patterns demonstrated by mothers that accompany their children during the dental treatment, as well as unique characteristics among them.

Key words: Maternal anxiety. Children anxiety in the dental treatment. Mother-child interaction. Mothers in pediatric dentistry.

1. Introdução

Para a obtenção de sucesso no tratamento do paciente infantil, o cirurgião-dentista deve estar preparado para atender a muitas necessidades da criança. Mais do que um profissional que cuida da saúde bucal, o cirurgião-dentista deve ser capaz de reconhecer estas necessidades e manejar adequadamente os comportamentos de seu paciente (Kuhn & Allen, 1994). Para tanto, um dos requisitos indispensáveis é o estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente (Corah, 1988; Allen *et al.*, 1990).

A relação profissional-paciente, de grande importância para o tratamento odontopediátrico, deve ser estabelecida não somente com a criança, mas também com o seu acompanhante, geralmente a mãe. Dessa forma, o atendimento infantil geralmente implica em uma relação triangular (dentista-criança-mãe), principalmente no caso de crianças em idade pré-escolar, período em que a relação de dependência materna tende a ser maior (Wright & Alpern 1971; Pinkhan, 1996).

Assim, o cirurgião-dentista deve reconhecer a natureza dinâmica da relação emocional que se estabelece entre mãe-filho nos diferentes estágios de desenvolvimento psicológico da criança e como isto pode afetar o seu comportamento no consultório (Gershen, 1977). Corkey & Freeman (1994) e Venhan *et al.* (1979) afirmam que a relação estabelecida com a mãe pode influenciar as habilidades da criança para enfrentar a situação odontológica.

A ansiedade dos pais, a disciplina doméstica e os estímulos familiares estão diretamente relacionados com o comportamento ansioso da criança. Ambientes mais estruturados, de limites bem definidos e menos permissivos estão associados a um menor grau de ansiedade odontológica (Guedes-Pinto, 1995; Toledo, 1996).

A presença ou ausência dos pais no consultório pode afetar o comportamento da criança durante o atendimento odontológico. Alguns trabalhos mostram que a permanência da mãe na sala de atendimento pode interferir na cooperação da criança, principalmente no

caso de mães ansiosas, que podem transmitir esta característica ao seu filho, influenciando negativamente o seu comportamento (Wright *et al.*, 1973; Tostes *et al.*, 1998). Entretanto, Gershen (1977) relata que, se a mãe não exerce influência negativa sobre o comportamento da criança, a sua presença pode auxiliar a criança a colaborar com o tratamento.

Alguns autores atribuem a ansiedade infantil na prática odontológica à ansiedade materna e concluem que esta relação resulta num comportamento negativo da criança (Johnson & Baldwin, 1969; Wright *et al.*, 1973; Klingberg & Berggren, 1992). Filhos de mães com elevado nível de ansiedade demonstram taxas significativamente maiores de comportamentos negativos do que as crianças com mães pouco ansiosas.

Considerando os pais, a mãe parece exercer maior influência sobre o comportamento da criança. Wright *et al.* (1973) relataram que mães que apresentam elevado grau de ansiedade parecem exercer maior influência sobre o comportamento de seus filhos durante o tratamento odontológico quando comparadas a pais que apresentam elevado grau de ansiedade.

Além de influenciar o comportamento do paciente infantil no consultório, a ansiedade odontológica dos pais pode também afetar a saúde bucal de seus filhos, uma vez que as crianças tendem a imitar os padrões comportamentais dos pais em relação aos cuidados com a saúde bucal (Tuuti & Lahti, 1987; Kinirons & McCabe, 1995). Lahti *et al.* realizaram um estudo com o objetivo de determinar se a ansiedade odontológica dos pais estava associada com a experiência de cárie de seus filhos. Os resultados mostraram a existência de uma relação positiva entre os dois fatores estudados.

O cirurgião-dentista, em muitos casos, além de controlar os comportamentos da criança, precisa controlar também a ansiedade dos pais, orientando-os sobre como se comportar durante o atendimento para que atuem como agentes colaboradores com o tratamento (Kan *et al.*, 1999). Assim, torna-se importante reconhecer e identificar a relação que se estabelece entre a criança e sua mãe para o manejo apropriado dos comportamentos desta e de seu filho durante o atendimento odontológico. Além disso, o diagnóstico e o adequado manejo da ansiedade odontológica na infância pode prevenir que estas crianças cresçam e se tornem pais portadores de ansiedade que, conseqüentemente, transmitirão esta característica a seus filhos.

A seguir, serão apresentados os trabalhos de pesquisadores que investigam a influência da mãe sobre os comportamentos de seus filhos, buscando entender a relação que se estabelece entre as reações maternas e o comportamento da criança em situações de tratamento odontológico.

2. Revisão da Literatura

Tratamento odontológico: o medo e a ansiedade da criança

A ansiedade e o medo do tratamento odontológico em crianças têm sido reconhecidos como promotores de vários transtornos de saúde e de comportamento (Aartman *et al.* 1998). Medo e ansiedade parecem ser conceitos inter-relacionados, no sentido de que uma caracterização destes termos sugere que o medo pode ser compreendido “como uma percepção de aversividade relacionada a um objeto específico do ambiente externo” e a ansiedade “como um sentimento de apreensão não específico e generalizado” (Alwin *et al.*, 1991). Sentimentos de ansiedade sinalizam ao organismo para lutar ou fugir de algo percebido como aversivo que está na iminência de ocorrer.

Estudos epidemiológicos sugerem que entre 2% e 82% da população adulta manifesta medo e/ou ansiedade durante tratamento odontológico em, pelo menos, uma oportunidade ao longo de toda a vida. Os mesmos estudos sugerem ainda que 5% a 46% da população têm medo ou ansiedade de tratamento odontológico de modo recorrente e significativo (Thomsom & Poulton, 2000).

O medo constitui uma expressão emocional, um componente da subjetividade humana, que tem função adaptativa, isto é, necessário à sobrevivência (Silvares & Souza, 1999). Observado durante o tratamento odontológico, o medo de enfrentar o dentista pode manifestar-se como comportamentos que dificultam ou impedem a atuação do profissional, interferindo na qualidade técnica do tratamento e na promoção da saúde bucal do paciente (Ten Berge *et al.*, 1999). Além disso, os efeitos do medo odontológico em crianças podem persistir até a adolescência podendo levar à recusa sistemática em procurar cuidados odontológicos, bem como ao estabelecimento de um repertório estável de comportamentos disruptivos e evitativos (Aartman, *et al.*, 1998).

Em um estudo no qual indivíduos foram questionados a respeito de situações comuns geradoras de medo/ansiedade, a ansiedade do tratamento odontológico foi classificada em quinto lugar e relatada por 20% dos entrevistados (Agras *et al.*, 1969). Outros estudos relatam que mais de 70% da população demonstra alguma modalidade de apreensão em relação ao atendimento odontológico, enquanto mais de 15%, regularmente, evitam o tratamento (Stouthard & Hoogstraten, 1990; Horst & Wit, 1993).

Giron (1988) discute que os pacientes pediátricos não têm opção de escolha e são geralmente levados pelos pais para o tratamento dentário. Tais pacientes, em geral, manifestam o seu medo por meio de choro, recusa em abrir a boca, chutes ou até mesmo vômito, possivelmente uma tentativa de evitar ou fugir do atendimento odontológico. Entretanto, indivíduos com ansiedade odontológica não formam um grupo homogêneo, mas diferem em termos de origem, idade de início e manifestações comportamentais (Locker *et al.*, 1997).

Pode-se dizer que a ansiedade odontológica tem etiologia multifatorial. Algumas pesquisas indicam que, em crianças, ela pode ser atribuída à própria experiência, na maioria das vezes relacionada a tratamentos com procedimentos invasivos (p.ex., extrações dentais), mas também a outros fatores, tais como a ansiedade dos pais (especialmente quando manifestada na condição de acompanhantes da criança ao dentista), idade e sexo da criança (Locker, *et al.* 1999; Possobon, 2000; Singh *et al.*, 2000).

Em geral, a literatura aponta que, dentre os principais fatores relacionados ao estabelecimento da ansiedade odontológica incluem-se:

(1) Sistemas de aprendizagem, nos quais a ansiedade é desenvolvida por meio de observação, identificação ou sugestão de modelos, geralmente os pais, ou ainda de forma indireta, através da mídia (Giron, 1988; Freeman, 1985; Corkey & Freeman, 1994; Eli *et al.*, 1997). Alguns estudos mostram uma relação direta entre o nível de ansiedade materna e o comportamento infantil frente à situação odontológica (Johnson & Baldwin, 1968; Horst & Wit, 1993).

(2) Experiência prévia traumática ocorrida em tratamentos odontológicos anteriores, ou seja, a ansiedade relaciona-se à situação odontológica, vivida como algo aversivo, seja

pela presença (ou lembrança) de dor ou por comportamentos inadequados do profissional (Weinstein, 1982; Milgrom *et al.*, 1992; Possobon *et al.*, 1998; Singh *et al.*, 2000).

(3) Traços de personalidade e vulnerabilidades individuais inerentes ao desenvolvimento psicológico individual, tais como introversão, hostilidade, dependência da mãe, humor irritadiço, sentimentos de abandono e desamparo (Venham *et al.*, 1979; Holst *et al.*, 1993; Eli *et al.*, 1997).

Segundo Klaassen *et al.* (2002), a ansiedade da criança pode ainda relacionar-se a situações de estresse no dia-a-dia, que podem aumentar a probabilidade da ocorrência de comportamentos não-colaborativos com o tratamento odontológico. Assim, o repertório de comportamentos dos pais e outros eventos estressantes da vida podem, também, interferir na maior ou menor colaboração em contextos de tratamento de saúde.

Dentre os fatores relacionados ao desenvolvimento da ansiedade odontológica, destaca-se, também, a importância das primeiras relações com o dentista, ressaltada por Possobon *et al.* (1998). A autora descreve que as experiências odontológicas iniciais deveriam ocorrer com um mínimo de trauma físico e psicológico. Nesse sentido, Milgrom *et al.* (1995) afirmam que um dos grandes objetivos do tratamento odontopediátrico é desenvolver atitudes positivas nas crianças frente à situação odontológica.

Outro fator, diz respeito à importância da relação com a mãe pelo seu duplo papel, ou seja, tal relação influencia o desenvolvimento psicológico da criança e as suas habilidades para enfrentar diversas situações estressantes, sendo a odontológica uma delas (Corkey & Freeman, 1994). Esses aspectos são também destacados por Venham (1979) que afirma que a forma como a criança tolera o estresse e a habilidade para enfrentá-lo parece ser facilitada quando o ambiente familiar é estruturado, as mães são compreensivas e autoconfiantes, e os pais mostram-se capazes de impor limites aos comportamentos da criança nas diferentes situações potencialmente evocadoras de ansiedade.

A mãe e o comportamento infantil durante procedimentos invasivos

Crianças e adultos influenciam-se mutuamente durante a realização de procedimentos médicos e odontológicos invasivos, estabelecendo cadeias comportamentais que aumentam a probabilidade de emissão de respostas de enfrentamento ou de estresse (Blount *et al.*, 1991). Segundo Blount *et al.* (1990), reações comportamentais dos pais, em termos físicos, verbais ou fisiológicos, são facilmente percebidas pela criança, que tende a utilizá-las como condição estabelecedora para adoção de estratégias de enfrentamento à situação. Uma expressão facial da mãe, por exemplo, percebida pela criança como típica de apreensão, aumenta a probabilidade de que a criança antecipe um evento desagradável e não colabore com sua execução.

Em situações invasivas, elevados níveis de estresse e suas complicações, tendem a aumentar a percepção de dor da criança, prolongar a duração temporal do procedimento, aumentar a possibilidade de acidentes (ferindo a própria criança ou os profissionais envolvidos) e gerar estresse também nos pais, que se sentem impotentes diante do “sofrimento” do(a) filho(a) (Dahlquist *et al.*, 1995; Bachanas & Roberts, 1995). Blount *et al.* (1990) e Dahlquist *et al.* (1995) apontam que os pais podem atuar como variáveis mediadoras sobre os comportamentos da criança durante procedimentos invasivos, modelando respostas de estresse ou reforçando diferencialmente comportamentos colaborativos da criança com o tratamento.

O efeito do comportamento dos pais sobre o estresse e o enfrentamento das crianças durante procedimentos invasivos tem sido objeto de estudos que focalizam a manipulação da presença parental, as interações comportamentais entre a criança e os adultos na sala de tratamento e o treinamento de pais para oferecerem suporte psicossocial a seus filhos (Shaw & Routh, 1982; Gross *et al.*, 1983).

Separação e ansiedade materna durante o atendimento médico à criança

Padrões de respostas a estímulos dolorosos são naturalmente aprendidos quando as crianças observam as reações de seus pais em situações dolorosas, tais como manifestações de medo ou ansiedade e preferência por um estilo de enfrentamento mais evitativo. Em um estudo realizado com 80 crianças em idade escolar, Mabe *et al.* (1991), por exemplo, observaram que os comportamentos de crianças, internadas em instituições hospitalares para tratamento médico, correlacionaram-se positivamente com comportamentos indicadores de estresse manifestados por seus pais.

Os primeiros estudos realizados para avaliar o impacto da presença dos pais sobre os comportamentos das crianças, consistiam tipicamente em incluir ou remover os pais do ambiente de tratamento. Shaw & Routh (1982) estudaram 40 crianças entre 18 e 60 meses, que foram divididas em dois grupos: “mãe presente” e “mãe ausente”. Foram medidos os níveis de estresse das crianças, durante imunizações de rotina, por meio do registro dos comportamentos de chorar, gritar, sorrir e empurrar. Os resultados mostraram que as crianças do grupo “mãe presente” choraram e agitaram-se mais durante a aplicação da injeção e tiveram seus comportamentos classificados como significativamente mais negativos quando comparadas às crianças do grupo “mãe ausente”.

Gross *et al.* (1983) estudaram o efeito da separação mãe-filho durante coletas de sangue sobre o comportamento de 54 crianças entre 4 e 10 anos. As medidas observacionais empregadas, incluindo categorias comportamentais como choro, tentativa de fuga, resistência e agressão, revelaram que o único comportamento das crianças, significativamente afetado pela presença materna, foi o choro, na fase anterior à introdução da agulha. As crianças, independente da idade, choraram mais nesta fase do procedimento quando acompanhadas por suas mães.

Hannallah & Rosales (1983), citados por Araújo & Tubino (1996), convidaram pais de 50 crianças de 1 a 5 anos de idade a permanecerem com elas durante a indução anestésica, anterior ao início de procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte (herniorrafias e amigdalectomias, por exemplo). Usando uma escala comportamental de Likert, que variava de um a cinco pontos (de quieto e cooperativo a turbulento e

incontrolável), compararam as reações destes pacientes. Os autores constataram que os sujeitos acompanhados pelos pais apresentavam menos agitação motora durante a fase de indução anestésica. Os pais permaneceram calmos e mostraram-se capazes de oferecer apoio aos filhos.

Outro estudo que avaliou a influência da presença e da ausência parental sobre as reações comportamentais de crianças foi realizado por Gonzales *et al.* (1989). Os autores avaliaram 47 crianças, com idade entre 1 e 7 anos, submetidas ao procedimento de injeção intramuscular. Além de medidas observacionais, foram utilizadas também medidas fisiológicas. Durante os procedimentos, os sujeitos nas duas condições – “pais presentes” e “pais ausentes” – apresentaram frequências de batimento cardíaco semelhantes. Entretanto, as crianças na condição “pais ausentes” apresentaram maior incidência de choro, solicitação de suporte emocional e rigidez muscular.

Harrison (1991) examinou o relato de dor e a frequência cardíaca de crianças que tinham e que não tinham um dos pais presente durante coletas de sangue. Os resultados mostraram que não houve diferenças significativas entre os dois grupos.

Nos trabalhos acima citados, foi levada em consideração apenas a presença ou ausência dos pais, sem considerar possíveis diferenças relacionadas ao grau de ansiedade parental. Entretanto, diversos trabalhos estudaram a relação entre o nível de ansiedade dos pais e o comportamento de seus filhos em situações médicas.

Araújo & Tubino (1996) investigaram uma rotina de atendimento em centro cirúrgico que possibilitava ao acompanhante permanecer ao lado do paciente pediátrico até a indução anestésica, visando prevenir os efeitos adversos da separação. Participaram do estudo 48 crianças com idade entre 1 e 8 anos, divididas em três grupos: Grupo experimental – o acompanhante e a criança recebiam preparação psicológica (atividade em grupo para explicação do procedimento cirúrgico com o uso de material áudio-visual e discussão) e o acompanhante aderiu à nova rotina (permanecer com o paciente até o momento da indução anestésica); Grupo Controle I – o acompanhante e a criança participavam da preparação, mas o acompanhante não ingressava no centro cirúrgico; e Grupo Controle II – não havia preparação psicológica e não se propunha a nova rotina. Utilizou-se um protocolo de avaliação comportamental para a criança e o acompanhante

durante a fase pré-operatória e uma entrevista estruturada para avaliação da adaptação do paciente uma semana após a intervenção cirúrgica em regime ambulatorial. Os resultados mostraram que a presença parental durante a indução anestésica não constituiu fator significativo à adaptação da criança.

Correlações positivas foram encontradas entre o estado de ansiedade de mães e o nível de estresse de seus filhos quando submetidos a procedimentos como punção lombar e aspiração da medula óssea. Dahlquist *et al.* (1995) observaram 51 crianças com leucemia, bem como os comportamentos de seus pais e dos médicos que as atendiam. O objetivo do estudo foi investigar a relação existente entre os comportamentos dos médicos, dos pais e das crianças durante procedimentos invasivos. O comportamento das crianças foi medido pela *Observational Scale of Distress Behavior* (OSDB) e o comportamento dos adultos pela *Child Adult Medical Procedure Interaction Scale* (CAMPIS). Os resultados mostraram que o comportamento dos pais esteve positivamente relacionado ao comportamento de seus filhos, sendo que o mesmo não ocorreu para os médicos.

Resultados inconclusivos acerca dos efeitos da presença dos pais em situações nas quais seus filhos serão expostos a procedimentos médicos invasivos, apontam para a complexidade clínica inserida em tais situações, e, principalmente, para a necessidade de estudos mais sistemáticos que possam avaliar funcionalmente o papel desempenhado, não apenas pela presença dos pais, mas por outras variáveis de contexto, tais como o repertório de comportamentos apresentados pelos pais a cada momento da execução do procedimento invasivo, a história da doença da criança (especialmente a história de pareamentos com estímulos aversivos ou percebidos como tal), a modalidade do procedimento a ser executada e a periodicidade de execução do procedimento invasivo, entre outras (Costa Jr., 2001).

Separação e ansiedade materna durante o atendimento odontológico à criança

Muitos autores atribuem a ansiedade infantil na prática odontológica à ansiedade demonstrada pela mãe que acompanha a criança ao consultório e relatam que esta relação

resulta em maior probabilidade de comportamentos não-colaborativos da criança durante o atendimento (Johnson & Baldwin, 1969; Wright & Alpern, 1971; Wright *et al.*, 1973; Ramos-Jorge *et al.*, 1999).

Uma das considerações práticas mais controvertidas na literatura odontológica é a separação da mãe no momento do atendimento à criança. A principal justificativa para evitar-se a presença da mãe, segundo odontopediatras, seria a redução de produtividade e a perda de comando sobre a criança. Porém, os que defendem a presença da mãe acreditam que a criança, nesta situação, pode colaborar mais, assim como mães e crianças sentem-se mais seguras (Kamp, 1992).

Frankl *et al.* (1962) avaliaram a reação de crianças com idade entre três e cinco anos, durante o tratamento odontológico realizado com ou sem a presença da mãe. Os resultados mostraram que as crianças atendidas na presença da mãe reagiram mais favoravelmente. A idade da criança foi um fator importante já que, para as mais jovens (3,5 a 4 anos), houve uma maior incidência de comportamentos negativos entre as crianças atendidas na ausência da mãe.

Em 1967, Croxton realizou um estudo com 28 crianças com idade entre três e doze anos, encaminhadas para tratamento odontológico devido a problemas de comportamento. Os pais foram excluídos da sala de atendimento em todas as sessões para todos os participantes. O autor concluiu que o sucesso obtido no tratamento desses pacientes estava relacionado ao fato da separação pais-criança e sugere que a presença de um dos pais está relacionada ao aumento dos comportamentos não-colaborativos da criança. Entretanto, o autor não cita a presença de grupo controle que confirmasse os resultados.

Venham *et al.* (1978) estudaram 64 crianças com idade entre dois e cinco anos, sem experiência de tratamento odontológico, com o objetivo de avaliar a preferência dos pais e da criança em relação à separação durante o tratamento odontológico. As respostas das crianças em cada visita eram avaliadas por meio da frequência de batimentos cardíacos e aplicação de um teste a fim de avaliar o seu grau de ansiedade. Os resultados mostraram que, quando era dada a opção de escolha, pais e crianças preferiam permanecer juntos durante o tratamento. Apesar da opção de escolha, a presença ou ausência dos pais não foi associada a comportamentos não-colaborativos da criança.

Com objetivo de avaliar se a presença dos pais durante o tratamento odontológico alterava o comportamento da criança, Fenlon *et al.* (1993) realizaram um estudo com 32 crianças, com idade entre quatro e doze anos. As crianças foram aleatoriamente divididas em dois grupos: “pais ausentes” e “pais presentes”. Os pais ausentes assistiam à sessão através de um espelho com visão unidirecional. Todas as sessões eram padronizadas e gravadas em vídeo-tape. Os resultados mostraram que as crianças com idade entre 4 e 8 anos exibiram significativamente mais comportamentos negativos, independente da presença dos pais, quando comparadas às crianças com idade entre 9 e 12 anos. Porém, para as duas faixas etárias, a presença dos pais não levou a um aumento nos comportamentos negativos da criança. Assim, não houve diferença significativa no repertório de comportamentos das crianças atendidas na presença ou ausência dos pais.

Os trabalhos relatados concordam que apenas a presença ou ausência dos pais não reflete a complexidade do fenômeno e oferece menores implicações terapêuticas, pois não identifica os comportamentos específicos dos pais que contribuem para promover, ou não, estresse ou o enfrentamento eficiente do filho. Parecem ser mais relevantes os estudos que focalizam as interações entre adultos e pacientes infantis na sala de tratamento, com o objetivo de examinar o impacto do ambiente social imediato sobre as respostas da criança.

O estudo de Johnson & Baldwin (1968) investigou os comportamentos de crianças jovens, durante a situação odontológica, com o objetivo de avaliar a relação com o nível de ansiedade materna, ou seja, se filhos de mães com alto nível de ansiedade apresentam maiores taxas de comportamentos negativos ou de não-colaboração. Os sujeitos do estudo foram 60 crianças, com idade entre 3 e 7 anos, cujo tratamento odontológico envolvia uma extração dental. Imediatamente antes do início do atendimento, a mãe respondia a um questionário específico e ao MAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*). O questionário colhia informações a respeito dos comportamentos e reações da criança em situações odontológicas e/ou médicas anteriores e o MAS era utilizado para avaliar o nível de ansiedade manifestada pelas mães. Os comportamentos das crianças foram avaliados utilizando-se a escala de Frankl. Os resultados mostraram que filhos de mães com elevado nível de ansiedade demonstraram taxas significativamente maiores de comportamentos negativos do que as crianças com mães pouco ansiosas.

Vale ressaltar que o trabalho de Johnson & Baldwin (1968) foi realizado em uma situação por si só geradora de estresse: a extração dentária. Assim, os mesmos autores, em 1969, realizaram um segundo estudo a fim de verificar se a relação entre ansiedade materna e comportamento infantil poderia ter sido determinada pela natureza aversiva do procedimento. Utilizando a mesma metodologia, 67 crianças, com idade entre 3 e 7 anos, participaram de uma sessão de exame clínico e profilaxia. Os resultados foram semelhantes aos encontrados pelo trabalho anterior, ou seja, demonstraram uma relação significativa entre o nível de ansiedade das mães e o comportamento das crianças. Assim, pode-se sugerir que a relação entre ansiedade materna e os comportamentos das crianças não é exclusivamente determinada pela natureza do procedimento.

Wright *et al.* (1973) investigaram o comportamento de 124 crianças, com idade entre três e seis anos, sem experiência odontológica, e a ansiedade das mães durante a realização do tratamento. O objetivo deste estudo foi avaliar se uma explicação às mães sobre o procedimento, antes do seu início, poderia reduzir sua ansiedade, modificando também o repertório de comportamentos dos filhos no consultório odontológico. Os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos (experimental e controle) que diferiam no fato de que somente as mães do grupo experimental recebiam explicações sobre o tratamento. No dia da consulta, as mães dos dois grupos, que permaneciam na sala de espera enquanto as crianças eram tratadas, respondiam a um questionário específico e ao *Taylor Manifest Anxiety Scale* (MAS). Durante o atendimento, os comportamentos das crianças eram observados e avaliados utilizando-se a escala de comportamento de Frankl. Os resultados mostraram que as mães que receberam as informações mostraram menos ansiedade e isto refletiu sobre os comportamentos da criança, uma vez que estas apresentaram mais comportamentos negativos quando as mães estavam ansiosas.

Outros trabalhos investigaram a relevância da preparação da criança para o tratamento odontológico, a fim de evitar que a ansiedade materna pudesse influenciar o comportamento da criança. Assim, utilizando duas técnicas de introdução pré-visita (dessensibilização e modelação), Johnson & Machen (1973) realizaram um estudo com 58 crianças, com idade entre 36 e 65 meses, que foram divididas em três grupos: grupo controle, grupo que recebeu a dessensibilização e o grupo que recebeu a modelação. O

grupo de dessensibilização passou por uma sessão de terapia de vinte minutos, que consistia na apresentação e descrição dos instrumentos e equipamentos odontológicos. O grupo de modelação assistiu a um videotape de onze minutos de uma criança-modelo submetida a tratamento odontológico. Antes do atendimento das crianças, as mães respondiam ao MAS e a um questionário pré-operatório. Os resultados mostraram que a terapia de modelação foi mais eficaz no controle dos comportamentos das crianças. Além disso, as crianças deste grupo apresentaram comportamentos positivos, independente do grau de ansiedade da mãe. O mesmo não ocorreu no grupo de dessensibilização, mostrando que a ausência da mãe não seria suficiente para explicar funcionalmente os comportamentos das crianças expostas a contingências de tratamento odontológico.

Baseado nos resultados de estudos anteriores (Johnson & Baldwin, 1968; Johnson & Baldwin, 1969; Wright *et al.*, 1973), que demonstraram a existência de uma relação positiva entre ansiedade materna e os comportamentos dos filhos durante atendimento odontológico de crianças jovens (até sete anos de idade), Bailey *et al.* (1973) realizaram um estudo para verificar a existência desta mesma relação, porém utilizando uma amostra de crianças mais velhas (pré-adolescentes). O estudo envolveu 80 participantes, com idade entre nove e doze anos de idade, divididos em dois grupos (crianças que necessitavam de cuidados odontológicos imediatos, a maioria apresentando dor e crianças que foram encaminhadas para realização de consultas preventivas). Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram um questionário específico destinado às mães, um questionário destinado às crianças, o MAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) respondido pelas mães, o CMAS (*Children's Form of the Manifest Anxiety Scale*) e um formulário de avaliação, utilizado para avaliar o comportamento das crianças durante o tratamento odontológico. Os resultados mostraram uma relação significativa entre o nível de ansiedade da criança e o nível de ansiedade da mãe, durante o tratamento odontológico. Desta forma, os autores confirmaram os achados dos trabalhos anteriores sugerindo que, mesmo em pré-adolescentes, a relação entre ansiedade da mãe e ansiedade da criança se mantém.

Klingberg & Berggren (1992) realizaram um estudo com o objetivo de investigar os problemas comportamentais e de saúde bucal em crianças cujos pais apresentavam medo odontológico elevado e recusa ao tratamento odontológico. Foram investigadas 99 crianças

cujos pais foram atendidos em uma clínica especializada por apresentarem intenso medo odontológico. Os resultados confirmaram a relação existente entre o medo odontológico dos pais e o medo apresentado por seus filhos e mostraram que as crianças de pais que apresentaram medo em alto grau tinham maiores frequências de faltas e cancelamento de consultas.

Tostes *et al.* (1998) realizaram um estudo com objetivo de avaliar a preferência da mãe com relação à sua presença na sala de atendimento, a preferência da criança com relação à presença da mãe no momento do atendimento e verificar a existência da relação entre ansiedade materna e preferência da mãe em permanecer na sala de atendimento. A amostra consistiu de 52 mães e seus respectivos filhos, com idade entre cinco e doze anos. As mães e as crianças respondiam a um questionário específico, antes do início do atendimento. Os resultados mostraram que 40% das mães gostariam de entrar na sala de atendimento e 69,2% das crianças com idade abaixo de sete anos gostariam que as mães entrassem. A preferência da mãe em entrar na sala de atendimento correlacionou-se fortemente ao seu grau de ansiedade, ou seja, mães ansiosas mostravam maior desejo de permanecer com os filhos quando comparadas às mães relaxadas.

Ten Berge *et al.* (2001) estudaram as origens do elevado medo odontológico em crianças holandesas, através do relato de seus pais. Entrevistas estruturadas foram realizadas com os pais das crianças, divididos em dois grupos: pais de crianças com elevado medo odontológico (n=67) e pais de crianças com baixo medo odontológico (n=56). As crianças foram também divididas em dois grupos de acordo com a idade: crianças com idade entre 4 e 5 anos (34 temerosas e 22 com baixo medo); e crianças entre 8 e 9 anos (33 temerosas e 34 com baixo medo). Os resultados mostraram que apenas uma pequena porcentagem dos pais (5%) relatou que o medo de seus filhos era causado por fatores sociais, tais como o medo dos pais. Cerca de dois terços (67%) dos pais das crianças com elevado medo odontológico relataram ter experienciado algumas dificuldades associadas com o atendimento odontológico de suas crianças, comparado com 38% dos pais das crianças com baixo medo odontológico. Os pais de crianças com baixo medo parecem demonstrar maior controle e são mais hábeis em influenciar as atitudes das crianças em relação ao tratamento odontológico, assim como o nível de medo.

Folayan *et al.* (2002) também investigaram a relação entre o nível de ansiedade dos pais e o nível de ansiedade da criança. A escala DASS-SF (*Short Form of the Dental Anxiety Survey Schedule*) foi aplicada a 81 crianças, com idade entre oito e treze anos, sem experiência odontológica. O DAS (*Dental Anxiety Scale*) foi utilizado para coletar informações dos pais, na sala de espera. Este questionário era aplicado para ambos os pais (pai e mãe). Cinquenta e três crianças estavam acompanhadas pelas mães, vinte e sete por seus pais e uma criança estava acompanhada de ambos. Os resultados mostraram que o nível de ansiedade das mães foi significativamente maior que o nível de ansiedade dos pais. Altos níveis de ansiedade foram obtidos para 7,5% das mães e para 1,2% dos pais. Não houve correlação estatisticamente significativa entre o nível de ansiedade da mãe e o nível de ansiedade da criança. Também não se estabeleceu relação entre o nível de ansiedade do pai e o nível de ansiedade da criança.

De maneira geral, os resultados dos trabalhos apresentados acima apontam para a existência de uma relação positiva entre o nível de ansiedade de mães e as respostas comportamentais dos filhos, em situação de tratamento odontológico. Ocorre, porém, uma certa variabilidade de resultados, possivelmente decorrente da influência de outras variáveis, desconhecidas do pesquisador ou que não podem ser controladas, tais como história odontológica prévia, número de sessões anteriores e conflitos familiares, que são fatores que podem afetar o comportamento da criança e também a relação mãe-filho.

Um fator comum e importante a ser considerado entre os trabalhos apresentados é o baixo número de sessões experimentais realizadas (Johnson & Baldwin, 1969; Johnson & Machen, 1973; Wright *et al.*, 1973; Folayan *et al.*, 2002). Além disso, os trabalhos na área odontológica que investigam a relação entre ansiedade materna e comportamento infantil baseiam-se, principalmente, na percepção dos pais sobre sua própria ansiedade, relatada em entrevistas pré e pós-sessão e, geralmente, em uma única sessão de atendimento. Não há relatos na literatura sobre estudos observacionais dos comportamentos manifestados pelas mães durante a realização de procedimentos odontológicos invasivos. Entretanto, na prática clínica, é comum observar comportamentos indicadores de ansiedade de mães, tais como, chorar, tentar retirar a criança da cadeira, interrompendo o atendimento, ou cobrir os olhos com as mãos, quando presenciam a realização de procedimentos invasivos nos filhos,

mesmo quando estas mães parecem estar relaxadas e confiantes, antes do início da sessão. Estas atitudes maternas podem influenciar os comportamentos dos filhos durante o tratamento odontológico (Klingberg & Berggren, 1992; Ten Berge *et al.*, 2001; Folayan *et al.*, 2002).

Considerando que a literatura aponta a existência de uma associação entre o nível de ansiedade manifestado pela mãe (acompanhante) e a ansiedade da criança, um melhor entendimento das variáveis de contexto, que interferem sobre esta relação, poderia auxiliar o odontopediatra a planejar estratégias de manejo de comportamentos da criança exposta a tratamento odontológico, reduzindo potencialmente os níveis de ansiedade da mesma e do acompanhante.

A avaliação dos níveis de ansiedade materna, anteriormente ao tratamento e ao longo das rotinas odontológicas, é essencial para a identificação de relações funcionais entre o ambiente de cuidados disponibilizado pelo profissional (incluindo os eventos do tratamento) e a variação dos níveis de ansiedade da criança. Tentativas bem-sucedidas de análise funcional poderiam criar um corpo consistente de conhecimentos que permitissem interferir sobre o ciclo repetitivo de ansiedade e de medo que se estabelece em algumas famílias, especialmente em relação à exposição a tratamento odontológico.

3. Proposição

Proposição Geral

Observar e descrever o repertório de comportamentos de mães durante o atendimento odontológico de seus filhos e verificar a ocorrência de mudanças de comportamentos destas mães ao longo do tratamento.

Proposições específicas

1. Reconhecer padrões de comportamentos de mães durante rotinas odontológicas de tratamento a que seus filhos são expostos;
2. Analisar as relações que se estabelecem entre o repertório de comportamentos das mães e as respostas das crianças durante sessões sequenciais de tratamento odontológico;
3. Analisar a relação existente entre o relato verbal das mães a respeito de sua própria ansiedade e da ansiedade de seu filho e a percepção do cirurgião-dentista que atende as crianças quanto à ansiedade da mãe e da criança durante o atendimento.

4. Metodologia

4.1. APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Para a realização deste trabalho, o projeto de pesquisa foi submetido à avaliação pelo CEP da FOP/UNICAMP (Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas), tendo sido devidamente analisado e aprovado com o protocolo nº 130/2002 (ANEXO 1).

4.2. PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram 10 mães e seus respectivos filhos que participaram do estudo "*Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não-colaborativos de crianças em atendimento odontológico*", desenvolvido de Fevereiro/2002 a Agosto/2003, cujo objetivo foi avaliar a eficácia do emprego do diazepam, na dose de 0,5 mg/Kg de peso, associado a estratégias psicológicas de manejo para o controle comportamental de crianças que apresentam comportamentos não-colaborativos durante o atendimento odontológico.

4.2.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A seleção das crianças foi realizada segundo os critérios de inclusão do estudo "*Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não-colaborativos de crianças em atendimento odontológico*". Os critérios utilizados foram os seguintes:

1. Idade: Na faixa etária de 42 a 48 meses há uma grande incidência de comportamentos de não-colaboração, que dificultam e podem até impedir a realização do tratamento. Estabeleceu-se um limite de 6 meses na faixa etária dos participantes para que, cronologicamente, todos estivessem passando pela mesma fase de desenvolvimento.

2. Condição de saúde bucal: Os participantes deveriam apresentar o número mínimo de quatro molares cariados para que, em cada sessão, um dente recebesse o tratamento necessário (restauração). Com o intuito de padronizar o tratamento oferecido, além do número de dentes afetados, também foi considerada a gravidade da lesão cariada, ou seja, só foram aceitas na amostra crianças com lesões de cárie que requeriam anestesia local para o tratamento. Isto significa que não foram incluídas crianças com lesões de cárie incipientes ou que poderiam ser tratadas sem o emprego de anestesia (cavidades rasas, envolvendo apenas esmalte). Também não foram aceitas crianças que apresentavam somente cavidades muito extensas e/ou profundas, que requeriam terapias pulpares e/ou exodontias. Os tratamentos mais complexos e/ou em dentes anteriores foram feitos nas sessões realizadas após a coleta dos dados.

3. Estado de saúde geral: Os participantes deveriam ter bom estado de saúde geral, não apresentando nenhuma contra-indicação para o uso do Diazepam, tais como miastenia grave e porfiria, quadros patológicos que tipicamente contra-indicam a utilização de benzodiazepínicos. Também foi investigada a presença de doenças respiratórias e cardíacas que predispuessem a criança a dificuldades respiratórias manifestadas durante situações potencialmente ansiogênicas. A amostra também não comportava crianças portadoras de distúrbios neurológicos ou atraso de desenvolvimento. A saúde da criança foi avaliada por meio da anamnese, com questões respondidas pela mãe.

4. História prévia de não-colaboração: Os participantes deveriam apresentar história de não-colaboração durante tratamentos odontológicos ocorridos, no máximo, até 6 meses antes do início deste estudo. Isto porque, num período de tempo superior a 6 meses, poderiam ter ocorrido mudanças comportamentais significativas, tornando a criança mais cooperativa. As crianças somente foram aceitas como participantes deste trabalho, após terem seus comportamentos avaliados pela pesquisadora, durante as duas primeiras consultas. A criança era considerada não-colaboradora e, portanto, incluída na amostra, caso não permitisse a realização de algum dos procedimentos planejados.

As crianças foram selecionadas dentre o universo de crianças que são encaminhadas para tratamento odontológico no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae – FOP/UNICAMP, local onde foi desenvolvida esta pesquisa. Estes pacientes são encaminhados pelos Postos de Atendimento do Serviço Odontológico

Municipal de Piracicaba ou pelo Serviço de Atendimento de Urgência Odontológica (Plantão) da FOP, por apresentarem comportamentos que dificultam a realização do tratamento odontológico.

Para a seleção das mães, não foram estabelecidos critérios de inclusão. Todas as mães dos participantes do estudo anteriormente citado foram incluídas neste trabalho.

4.2.2. DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

As 10 mães participantes deste estudo apresentavam idade entre 21 e 37 anos. A seguir, será apresentado um quadro com algumas informações referentes a cada participante.

Quadro 1: Representação das características das mães participantes

Participante	Idade	Profissão	Estado Civil
M1	37 anos	Do lar	Casada
M2	30 anos	Do lar	Casada
M3	21 anos	Do lar	União estável
M4	35 anos	Do lar	Casada
M5	31 anos	Do lar	Casada
M6	36 anos	Do lar	Casada
M7	22 anos	Balconista	Casada
M8	31 anos	Do lar	Solteira
M9	28 anos	Faxineira	Casada
M10	23 anos	Faxineira	União estável

4.3. PROCEDIMENTOS

Ao chegar para a primeira sessão de atendimento, a pesquisadora explicava à mãe os procedimentos que seriam realizados e dizia a ela que a criança poderia ou não ser selecionada para fazer parte da amostra. Antes da realização do exame clínico, a mãe

autorizava o registro desta sessão em vídeo-tape, assinando o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa” (ANEXO 2). Com a autorização assinada, eram instalados na mãe e no cirurgião-dentista, microfones de lapela. Nesta primeira sessão, os procedimentos planejados eram exame clínico, aplicação de evidenciador de placa bacteriana, profilaxia e aplicação tópica de flúor.

As crianças que apresentavam comportamentos colaborativos com as instruções do cirurgião-dentista, ou que não apresentavam os requisitos determinados para a inclusão na amostra, eram encaminhadas para outros serviços odontológicos.

Para as crianças selecionadas, esta era considerada a primeira sessão experimental. Portanto, após o encerramento da sessão, a pesquisadora informava a mãe sobre as características da pesquisa.

Os participantes foram submetidos a seis sessões de atendimento odontológico. Cada criança recebeu, de maneira duplo-cega, o ansiolítico Diazepam ou um placebo, sessenta minutos antes do início da sessão. O ansiolítico e o placebo foram manipulados em farmácia e cada frasco recebeu apenas um rótulo denominando-os “Droga A” ou “Droga B”.

As 10 crianças selecionadas foram divididas aleatoriamente em dois grupos, designados Grupo A e Grupo B, cuja única diferença era a seqüência na administração da droga e do placebo.

O Quadro 2 apresenta um modelo do delineamento utilizado durante a pesquisa, onde LB significa “Linha de Base”, ou seja, sessões em que a criança não recebeu nenhuma medicação. Nas sessões subseqüentes, a criança recebeu a droga A ou B, conforme a indicação.

Quadro 2: Representação da planilha utilizada para identificação da seqüência de administração das drogas A e B para cada participante, após o sorteio.

Grupo	Participante	1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão	4ª sessão	5ª sessão	6ª sessão
A	1. Nome da criança	LB	LB	A	B	A	B
	2. Nome da criança	LB	LB	A	B	A	B
	3. Nome da criança	LB	LB	A	B	A	B
	4. Nome da criança	LB	LB	A	B	A	B
	5. Nome da criança	LB	LB	A	B	A	B

B	6. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	7. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	8. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	9. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	10. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A

LB = Linha de Base; A = Diazepam; B = Placebo.

Os procedimentos planejados para a segunda sessão eram os mesmos planejados para a primeira sessão. Estas duas sessões iniciais eram chamadas sessões de Linha de Base, nas quais não era realizado qualquer procedimento curativo. Da terceira à sexta sessão, realizava-se o tratamento curativo.

A partir da terceira sessão, ao chegar para o atendimento no Cepae, antes do início da sessão, a mãe respondia a um questionário com o objetivo de avaliar sua percepção em relação ao grau de ansiedade dela e da criança, no dia da consulta. Antes da entrada da mãe e da criança para o Consultório, era instalado um microfone de lapela na mãe e outro no cirurgião-dentista.

Todas as sessões de atendimento foram realizadas pelo mesmo cirurgião-dentista que, ao final de cada sessão, era solicitado a responder um questionário a fim de descrever sua percepção em relação ao grau de ansiedade demonstrado pela mãe e pela criança durante o atendimento odontológico. Os questionários, aplicados às mães e ao cirurgião-dentista, foram elaborados pela pesquisadora para utilização nesta pesquisa (ANEXO 3).

4.3.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Este trabalho foi realizado no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae – FOP/UNICAMP.

A explicação sobre a pesquisa, a anamnese da criança e a orientação sobre dieta e higiene oral eram realizadas na Sala de Entrevistas e Orientação. Esta sala é equipada com computadores, utilizados para registro de dados dos pacientes, e com uma mesa com cadeiras de tamanho infantil, além de brinquedos para o entretenimento das crianças.

Ao chegar para atendimento, a mãe e a criança aguardavam na Sala de Espera do Cepae. Nesta sala a pesquisadora aplicava o questionário às mães, antes do início de todas as sessões. Esta sala possui uma caixa com brinquedos, um colchonete sobre o qual as crianças podiam brincar, uma mesa com cadeiras de tamanho infantil, um quadro negro com giz, revistas de entretenimento e cadeiras para os pais, além de um painel informativo onde são fixados cartazes com orientações sobre saúde.

Os atendimentos odontológicos foram realizados no Laboratório de Psicologia aplicada (LPA). Esta unidade é composta por duas salas vizinhas: consultório e sala de observação. No consultório encontra-se um espaço para o desenvolvimento de atividade lúdica (mesa e cadeiras de tamanho infantil), um equipo odontológico e uma pia com espelho utilizada para treino de escovação. A Sala de Observação é separada do Consultório por um espelho com visão unidirecional, através do qual foram feitas as filmagens. Além disso, estes ambientes são equipados com sistemas de áudio e vídeo-tape, com uma câmara filmadora posicionada na Sala de Observação, direcionada para o consultório (Planta do LPA: ANEXO 4).

4.3.2. REGISTRO DOS DADOS

Todas as sessões (60 sessões, ou seja, 6 sessões de atendimento para cada diade mãe-criança) foram gravadas em vídeo-tape (VT). Os microfones de lapela, acoplados às roupas da mãe e do cirurgião-dentista, captavam o som da sessão. Após a gravação da sessão, o VT recebia marcas sonoras a cada 15 segundos, indicativas dos momentos em que seriam feitos os registros dos comportamentos emitidos pela mãe e pela criança. A marcação sonora dos VTs foi realizada pelo Técnico em Imagem e Som da FOP/UNICAMP, por exigir a utilização de equipamentos específicos. Para a incorporação das marcas, uma fita cassete bipada foi previamente preparada, onde era gravado um som de “bip”, acionado a cada 15 segundos. A cada três “bips” consecutivos, um locutor indicava verbalmente o número correspondente ao minuto, até o minuto 90.

Após o VT ter sido “bipado”, a pesquisadora e um observador independente faziam o registro de todos os comportamentos emitidos pela mãe e pela criança, dentro de cada

intervalo de 15 segundos, numa planilha denominada “Folha de Registro” (ANEXO 5). Também era registrado o procedimento clínico que estava sendo executado. Todos os comportamentos que ocorriam durante os 15 segundos do intervalo eram anotados, e não somente aqueles que ocorriam no momento em que soavam os “bips”. Os comportamentos emitidos pela mãe e pela criança estão descritos no item “Comportamentos Observados”.

Somente as sessões de tratamento (ou seja, a partir da 3ª sessão) foram registradas, excluindo-se as sessões de Linha de Base. As sessões de Linha foram utilizadas pelo cirurgião-dentista com o objetivo de iniciar a interação criança-dentista, não ocorrendo, assim, uma interação mãe-criança que permitisse análise segundo a metodologia adotada neste estudo.

Todas as observações foram realizadas pela pesquisadora e por um observador independente, previamente treinado, que assistiam separadamente a cada sessão gravada. Para garantir a fidedignidade dos dados, foram sorteadas 10 sessões (uma sessão de cada participante), para comparação dos registros feitos pelos dois observadores. Os registros eram comparados, sendo assinalada uma marca em caneta vermelha sobre os intervalos em que houve discordância. Verificada a presença de discordância, a sessão era assistida novamente, pelos dois observadores, revendo os intervalos discordantes e fazendo novos registros, caso houvesse mudança de opinião de um dos observadores, até que as discordâncias foram reduzidas a menos de 15% em cada sessão. Assim, garantiu-se a fidedignidade dos dados, com um índice de concordância superior a 85%. As sessões foram registradas de maneira aleatória, ou seja, não eram assistidas todas as sessões de cada mãe, seguindo uma seqüência. Este cuidado foi tomado para evitar a ocorrência de observações tendenciosas, o que comprometeria os critérios de fidedignidade exigidos em pesquisas observacionais.

Após o registro dos comportamentos, foi realizado o tratamento dos dados a fim de propiciar a avaliação dos eventos ocorridos em cada sessão, durante os procedimentos clínicos específicos.

4.3.3. PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OBSERVADOS

As sessões de atendimento gravadas foram analisadas desde o momento em que a criança era solicitada a sentar-se na cadeira (Exame Clínico) até o término do último procedimento clínico realizado (Restauração). Os procedimentos clínicos foram divididos da seguinte maneira:

- Exame Clínico (EC): iniciava no momento em que o dentista solicitava à criança posicionar-se na cadeira ou abrir a boca pra o início do primeiro procedimento e terminava no momento em que a Anestesia Tópica era iniciada. Englobou o tempo utilizado pelo cirurgião-dentista para sua paramentação.
- Anestesia Tópica (AnT): iniciava no momento em que o cirurgião-dentista colocava o instrumento contendo anestésico tópico na boca da criança e terminava no momento em que retirava o instrumento. Incluiu interrupções para a colocação de mais anestésico na haste de algodão, uso de sugador, instalação de abridor de boca, entre outros.
- Anestesia Injetável (AnI): iniciava no momento em que o cirurgião-dentista inseria a seringa na boca da criança até o momento em que depositava a seringa sobre a bancada ou a entregava para a auxiliar, não voltando mais a usa-la. Incluiu interrupções para posicionar melhor a criança na cadeira, instalação de abridor de boca, entre outros.
- Pausa (Pa): momento após a Anestesia Injetável no qual era permitido à criança descansar. Este tempo variou de um a três minutos, nos quais a criança permanecia deitada ou sentada na cadeira odontológica ou ia para o colo da mãe. Este tempo era utilizado para preparar a criança para a realização dos procedimentos seguintes, mostrando a ela o material que seria utilizado e, também, para aguardar o início do efeito do anestésico. Além disso, este era um momento de interação entre a criança e sua mãe.
- Isolamento Absoluto (IA): tempo utilizado para instalação do lençol de borracha.
- Preparo Cavitário (PC): iniciava no momento em que o cirurgião-dentista colocava o instrumento para remoção de cárie (colher de dentina, motor de baixa ou de alta rotação) na boca da criança e terminava quando o cirurgião-dentista iniciava a restauração.
- Restauração (R): tempo decorrido desde o início da inserção do material restaurador até o início da remoção do isolamento absoluto.

4.3.4. COMPORTAMENTOS REGISTRADOS

1. MÃE

Para observação e registro dos comportamentos emitidos pelas mães, foram identificadas 16 categorias comportamentais, definidas operacionalmente e codificadas a partir de observações prévias das fitas de VT gravadas.

- **Acariciar/Tamborilar:** passar levemente a palma, costas ou os dedos da mão sobre parte do rosto, cabelo ou corpo da criança ou tocar com a mão, rápida e sucessivamente, parte do corpo da criança, mantendo ritmo constante ou ainda estando com a mão apoiada em parte do corpo da criança, movimentar suavemente a mão sem retirá-la do local.
- **Beijar:** tocar lábios unidos e protusos em alguma parte do corpo ou rosto da criança, com ou sem estalido.
- **Consolar criança:** tentar aliviar ou suavizar a aflição, o sofrimento da criança. Por exemplo: “não fique assim”, “ô meu amor”.
- **Conter criança:** Manter a(s) mão(s) parada(s), sobre ou em volta de parte(s) do corpo da criança, exercendo pressão e impedindo ou interrompendo seus movimentos, como flexão de pernas e braços e toque no profissional ou em objetos utilizados no procedimento.
- **Desviar olhar:** Imediatamente antes ou durante a inserção da agulha no corpo da criança, fechar os olhos, podendo fazer movimentos de pressão da pálpebra superior sobre a inferior; virar a cabeça para o lado oposto ao procedimento realizado ou abaixar a cabeça, olhando em outra direção.
- **Distrair criança:** dirigir à criança uma frase afirmativa ou interrogativa ou conversar sobre assuntos não relacionados ao procedimento ou, cantar e tentar desviar a atenção da criança do procedimento que está sendo realizado.
- **Instruir criança:** dizer para a criança o que ela deve fazer. Por exemplo: “abra a boca”, “coloque as mãos para baixo”, “não se mexa”.

- **Lamentar:** manifestar, por meio de palavras, o seu sofrimento. Por exemplo: “ai, meu Deus do céu”. Queixa, acompanhada de gemidos, lamúria.
- **Observar procedimento:** olhar atentamente em direção ao procedimento que está sendo realizado na criança.
- **Oferecer ajuda:** manifestar verbalmente apoio à criança. Por exemplo: “a mamãe está aqui com você”.
- **Pegar no colo:** suspender a criança até a altura do tronco, segurando seu corpo ou parte dele, e aproxima-la de si, de modo que esta fique sustentada pelos braços e apoiada em parte do corpo da mãe.
- **Posicionar criança:** segurando o corpo da criança em qualquer posição inicial, colocá-la sobre uma superfície, de modo que todo o seu corpo fique em contato com esta, ou mudar a criança de posição e acomodá-la sobre a cadeira odontológica, de modo a facilitar a atuação do profissional.
- **Prometer recompensa:** assegurar à criança a ocorrência de um evento agradável, após a realização do procedimento.
- **Questionar procedimento:** questionar o profissional em relação a algum aspecto do procedimento.
- **Seguir instrução:** atender solicitação do profissional, como conter a criança ou conversar com a criança.
- **Segurar mão:** encostar a(s) palma(s) da(s) mão(s) na mão da criança, flexionando os dedos em torno dela.

2. CRIANÇA

A observação e registro dos comportamentos emitidos pelos participantes foram realizados com base na Escala OSDB (*Observational Scale of Distress Behavior*), proposta por JAY *et al.* (1983), modificada por COSTA Jr. (2001) e adaptada para a situação odontológica por POSSOBON (2003). Os comportamentos foram agrupados em três categorias, descritas abaixo:

(a) Reação Física Intensa (RFI)

Esta categoria englobou três padrões de comportamento que impediam o início ou interrompiam a atuação do cirurgião-dentista, dificultando e atrasando o tratamento, requerendo a utilização de contenção física.

- **Recusa:** quando a criança não permitia o início do atendimento, emitindo comportamentos como esconder o rosto com as mãos, virar-se de costas para o dentista, não se deitar na cadeira ou sair da cadeira, tapar a boca, cerrar os lábios, virar o rosto, entre outros.
- **Fuga:** quando a criança interrompia um procedimento, por meio de movimentos bruscos de corpo e/ou cabeça, por exemplo, removendo o isolamento absoluto.
- **Resistência à contenção:** quando a criança, necessitando de contenção física para a realização do tratamento, exercia força física de resistência à contenção, tentando soltar as pernas ou braços que estavam contidos ou agredia fisicamente a mãe ou a equipe odontológica. Este comportamento geralmente atrapalhava a atuação do cirurgião-dentista.

(b) Reação Física e/ou verbal Branda (RFVB)

Esta categoria englobou comportamentos que indicavam uma condição de ansiedade da criança, porém não impediam a atuação do cirurgião-dentista.

- **Busca de informação:** qualquer questão formulada pela criança acerca do procedimento odontológico, de forma calma e controlada, como, por exemplo: “*vai demorar?*”.
- **Reclamação:** expressão verbal compreensível de medo ou apreensão (“*estou com medo*”), palavra, frase ou declaração verbal referente à dor ou desconforto (“*está doendo*”) e solicitações verbais para interromper o atendimento (“*solta minha mão*”, “*quero ir embora*”).
- **Choramigo:** presença de choro (com ou sem lágrimas) ou gemidos de baixa intensidade, parecendo uma lamúria.

- **Movimentar-se de modo nervoso:** ações físicas pouco intensas e repetidas (por exemplo, apertar as mãos, esfregar os pés, balançar as pernas), quando a criança permite a realização do procedimento.

(c) Reação Verbal Intensa (RVI)

Esta categoria englobou comportamentos que, embora não impedissem a realização do tratamento, dificultavam a emissão de verbalizações do cirurgião-dentista com objetivo de distrair a criança ou convencê-la a colaborar e, ainda, tornavam a situação estressante tanto para a equipe odontológica quanto para o paciente e sua mãe.

- **Choro alto e/ou gritos:** evocação de sons de alta intensidade, agudos e não verbais. Este comportamento diferiu de *choramingo* pela sua intensidade e, algumas vezes eram acompanhados de lágrimas, outras não.

4.3.5. TRATAMENTO DOS DADOS

Após a realização do registro dos comportamentos ocorridos em todas as sessões de atendimento, foi calculada a frequência relativa de cada categoria de comportamento ocorrida em cada bloco de tempo, que correspondia a cada procedimento clínico, descritos no item “Procedimentos Clínicos Observados”. Cada procedimento clínico continha um número variável de intervalos de 15 segundos. Por exemplo: “Anestesia Injetável iniciou no momento ‘10 minutos e 30 segundos’ e terminou no momento ‘15 minutos e 15 segundos’, totalizando, neste bloco, 19 intervalos de 15 segundos. Desta forma, o n para a realização do cálculo da frequência relativa dos comportamentos manifestados durante a anestesia tópica correspondeu a 19”.

A seguinte fórmula foi utilizada para o cálculo da frequência relativa de cada categoria: $(A \times 100/n \times 0,01)$, onde:

A : número de intervalos em que a categoria havia sido registrada em um dado bloco de tempo;

n : número total de intervalos em cada bloco de tempo.

Exemplo:

- ✓ Anestesia Injetável: $n = 19$ (tempo total de duração do procedimento clínico foi de 19 intervalos de 15 segundos, ou 285 segundos);
- ✓ A categoria de comportamento da mãe *Desviar olhar* ocorreu em 9 intervalos de tempo dentro do procedimento clínico Anestesia Injetável ($A = 9$);
- ✓ $(9 \times 100/19 \times 0,01) = 47,36\%$ (assim, a categoria de comportamento *Desviar olhar* ocorreu em 47,36% do tempo do procedimento clínico de Anestesia Injetável).

Em seguida, foram elaboradas as planilhas e as figuras (apresentadas detalhadamente no capítulo “Resultados e discussão”), utilizando o programa de computador Microsoft – EXCEL (versão 7.0).

4.3.6. ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS

Foram utilizados para análise os questionários referentes às 40 sessões de atendimento curativo. As respostas da mãe a respeito de seu próprio grau de ansiedade e do grau de ansiedade da criança, avaliado pela mãe, foram comparadas. O mesmo foi feito para comparar as respostas do cirurgião-dentista a respeito da ansiedade da mãe e da criança, a fim de avaliar a possível relação existente entre estas variáveis. Para estas análises foi aplicado o teste estatístico kappa e calculado o valor do kappa ponderado, assim como o intervalo de confiança.

5. Resultados e Discussão

Neste capítulo, estão descritos e discutidos os resultados obtidos nas quatro sessões de atendimento de cada uma das 10 mães participantes. A frequência de ocorrência dos comportamentos foi classificada como baixa (quando ocorria em menos de 25% do tempo de cada rotina), média (entre 25% e 75% do tempo) e alta (quando ocorria acima de 75% do tempo).

As Figuras numeradas de 1 a 20 apresentam os gráficos de frequência relativa das categorias de comportamento de cada mãe, durante cada uma das quatro sessões de atendimento, seguidas de uma descrição de cada uma delas. Em anexo (ANEXO 6) estão apresentadas as tabelas de frequência correspondentes a cada gráfico para todos os participantes.

O tempo total de duração de cada procedimento é indicado pelo “n”, que representa o número de intervalos de tempo de quinze segundos, ou seja, o tempo de duração de cada procedimento, em segundos, é igual ao valor de “n” multiplicado por quinze.

As rotinas odontológicas e as categorias de comportamento estão detalhadamente descritas no capítulo “Metodologia”.

Após a apresentação das sessões de todos os participantes, encontra-se a descrição dos padrões comportamentais apresentados por cada um deles, além de uma descrição da evolução das categorias de comportamento ao longo das quatro sessões de atendimento.

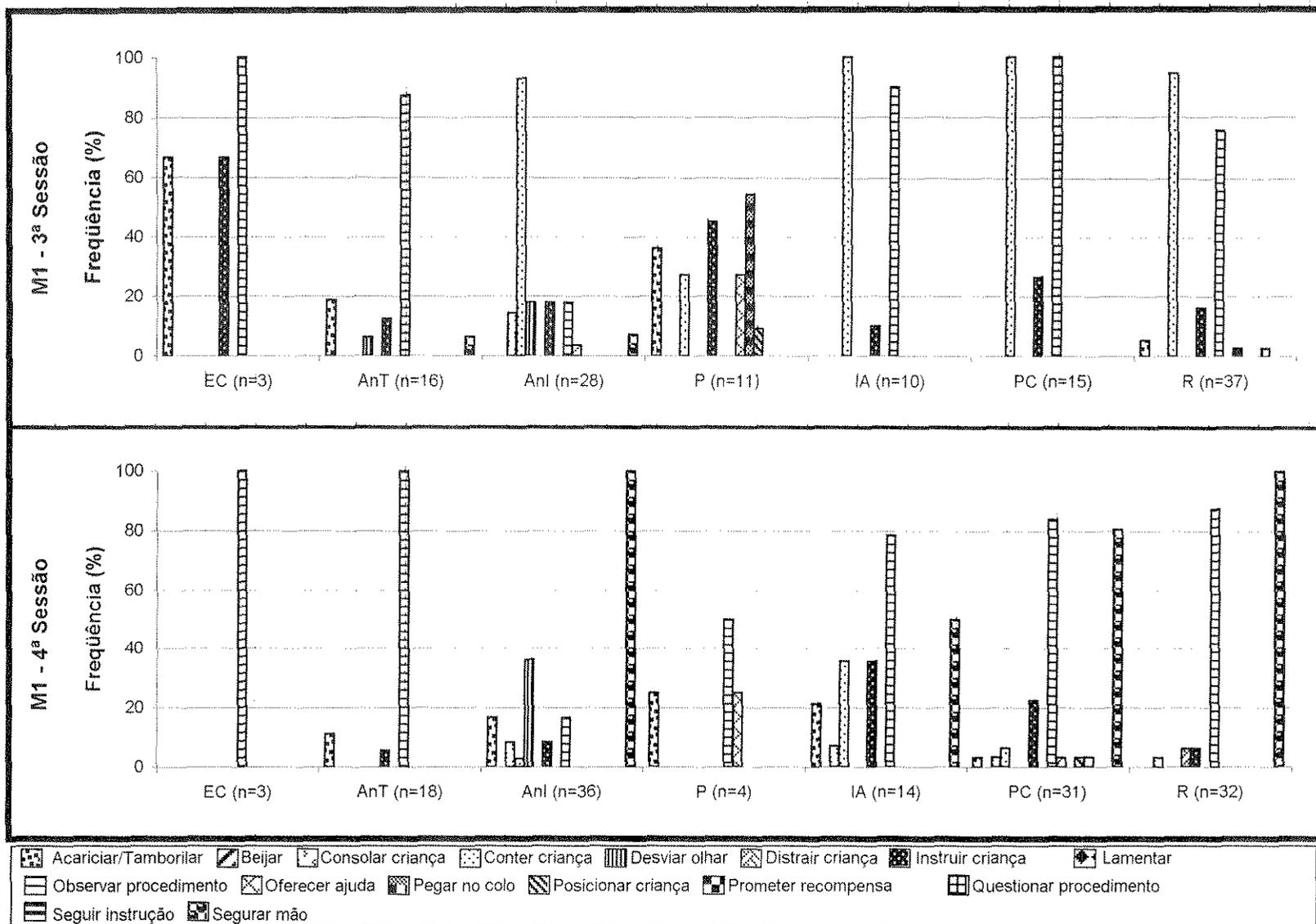


Figura 1: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 1 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

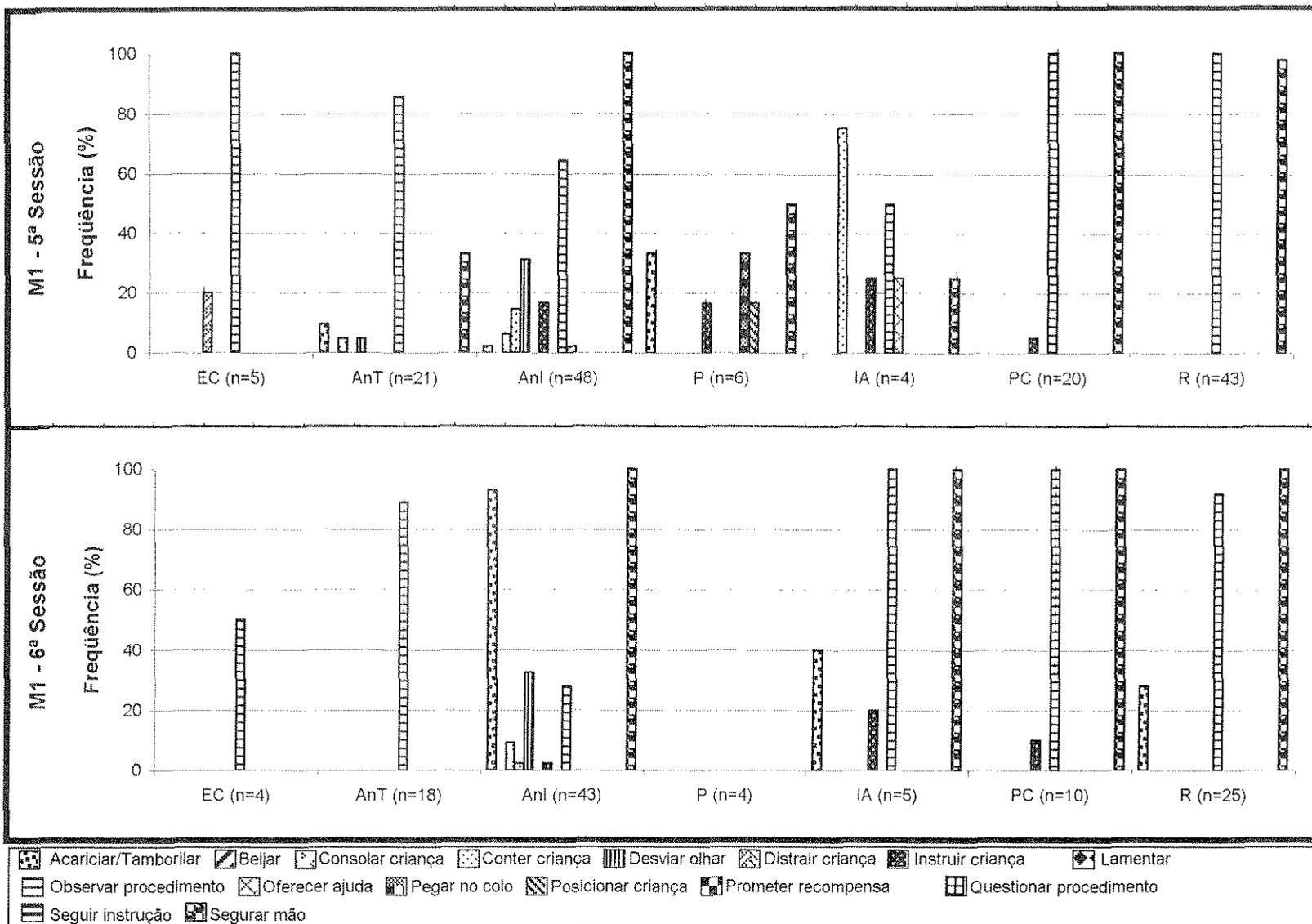


Figura 2: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 1 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M1:

Na primeira sessão de tratamento (3ª sessão), observou-se a ocorrência da categoria *Instruir criança* durante todos os procedimentos clínicos, principalmente durante o Exame Clínico e a Pausa. Isto provavelmente ocorreu por serem estes os momentos nos quais a mãe teve maior oportunidade de interagir com a criança, já que o cirurgião-dentista não estava realizando qualquer procedimento na boca da criança. A categoria *Acariciar/Tamborilar* também ocorreu com maior frequência durante estes dois procedimentos clínicos (Exame Clínico e Pausa). A categoria *Conter criança* esteve presente em alta frequência (maior que 80%) em todos os procedimentos, com exceção da Anestesia tópica e Exame Clínico, onde não ocorreu, e durante a Pausa, onde apareceu em baixa frequência de ocorrência. A categoria *Observar procedimento* apareceu em todos os procedimentos com uma alta frequência de ocorrência, exceto durante a Anestesia injetável, quando apresentou baixa frequência (menor que 20%) e foi substituída pela categoria *Desviar olhar*. Esta última ocorreu somente durante o procedimento de Anestesia (tópica e injetável), com maior frequência de ocorrência durante a Anestesia Injetável. Como pode ser observado na Figura 1, foi durante o procedimento de Anestesia injetável que a mãe emitiu o maior número de comportamentos. Isto pode sugerir que este seja o procedimento clínico mais aversivo na percepção da mãe. A categoria *Consolar criança* apareceu somente durante o episódio de Anestesia injetável, provavelmente porque a mãe tenta amenizar o sofrimento que ela supõe que seu filho esteja enfrentando durante este procedimento.

Na 4ª sessão, assim como na sessão anterior, a categoria *Instruir criança* apareceu em todos os procedimentos clínicos, mas numa frequência de ocorrência um pouco mais baixa (média de 11%). Porém, esta categoria não ocorreu durante os procedimentos de Exame clínico e Pausa, ao contrário do que aconteceu na sessão anterior, quando esta teve as maiores frequências de ocorrência nestes dois procedimentos. A categoria *Conter criança* apareceu em uma frequência muito baixa (menor que 10%), atingindo maior frequência durante o procedimento de Isolamento Absoluto (36%). Sugere-se que este procedimento (Isolamento Absoluto) seja percebido como o mais aversivo para a criança, apresentando maior probabilidade da adoção de contenção física ou, também, devido a este

procedimento ocorrer após a Pausa, quando a criança pode descansar, ir para o colo da mãe e, assim, sendo mais difícil fazê-la colaborar com o procedimento a seguir. Nesta sessão, a categoria *Segurar mão* apresentou uma alta frequência de ocorrência, o que pode ser atribuído ao fato de que, não necessitando de contenção física, a mãe segura a mão da criança como forma de oferecer um apoio emocional a seu filho, ou como uma forma de contenção física preventiva, a fim de impedir movimentos bruscos da criança. A categoria *Observar procedimento* ocorreu em todos os procedimentos clínicos e em alta frequência. Porém, durante a Anestesia Injetável observou-se a menor ocorrência desta categoria (17%) e o aparecimento da categoria *Desviar olhar*, que, nesta sessão de atendimento, ocorreu exclusivamente durante este procedimento. A categoria *Consolar criança* apareceu durante a Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração, diferente da sessão anterior, em que esta categoria ocorreu somente durante os episódios de Anestesia Tópica e Anestesia Injetável.

Como pode ser visto na Figura 2, durante a 5ª sessão de atendimento, a categoria *Instruir criança* apareceu em um menor número de rotinas odontológicas, não ocorrendo em Exame clínico, Anestesia Tópica e durante a Restauração. A categoria *Conter criança* ocorreu somente em duas rotinas: Anestesia Injetável e Isolamento absoluto, o que pode sugerir, novamente, que sejam estes os procedimentos mais aversivos para a criança. Segundo o estudo de Possobon (2003), o procedimento de Isolamento Absoluto foi aquele que gerou maiores frequências de comportamentos de não-colaboração nas crianças participantes e a Anestesia Injetável, embora não tenha provocado as maiores taxas de comportamentos que dificultavam e/ou impediam a atuação do dentista, foi a rotina que eliciou maior nível de ansiedade. A categoria *Observar procedimento* apareceu em todas as rotinas, em alta frequência. Durante a rotina de Anestesia Injetável, a sua frequência de ocorrência superou a da categoria *Desviar olhar*. A categoria *Desviar olhar*, novamente, ocorreu somente durante os episódios de Anestesia (tópica e injetável). O mesmo ocorreu com a categoria *Consolar criança*, que apareceu, também, somente nos episódios de Anestesia (tópica e injetável). A categoria *Segurar mão* apresentou frequência de ocorrência média de 41%. As categorias *Pegar no colo* e *Posicionar criança* apareceram durante a Pausa, quando a categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu numa frequência alta. A

categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu também durante a Anestesia (tópica e injetável), mas em uma frequência de ocorrência baixa (menos que 10%) e não ocorrendo nos demais procedimentos clínicos.

Durante a 6ª sessão (Figura 2), a categoria *Instruir criança* ocorreu somente nas rotinas de Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, que se mostraram, segundo Possobon (2003) como os procedimentos mais aversivos para a criança. A categoria *Conter criança* não ocorreu nesta sessão, o que pode indicar uma possível adaptação comportamental da criança às contingências do meio e, conseqüentemente um aumento do grau de colaboração com o tratamento. A categoria *Desviar olhar* apareceu somente durante a Anestesia Injetável. Já a categoria *Observar procedimento* ocorreu em todas as rotinas com uma alta frequência de ocorrência, exceto durante a Anestesia Injetável. A categoria *Consolar criança* apareceu somente durante a Anestesia Injetável.

Síntese de comportamentos de M1:

- ◆ A categoria *Instruir criança* diminuiu gradualmente da 3ª a 6ª sessão;
- ◆ *Conter criança* diminuiu gradualmente, praticamente desaparecendo na última sessão;
- ◆ A categoria *Desviar olhar* apareceu em todas as sessões somente no episódio de Anestesia (tópica e injetável);
- ◆ A mãe emitiu maior número de comportamentos durante o episódio de Anestesia Injetável, em todas as sessões.

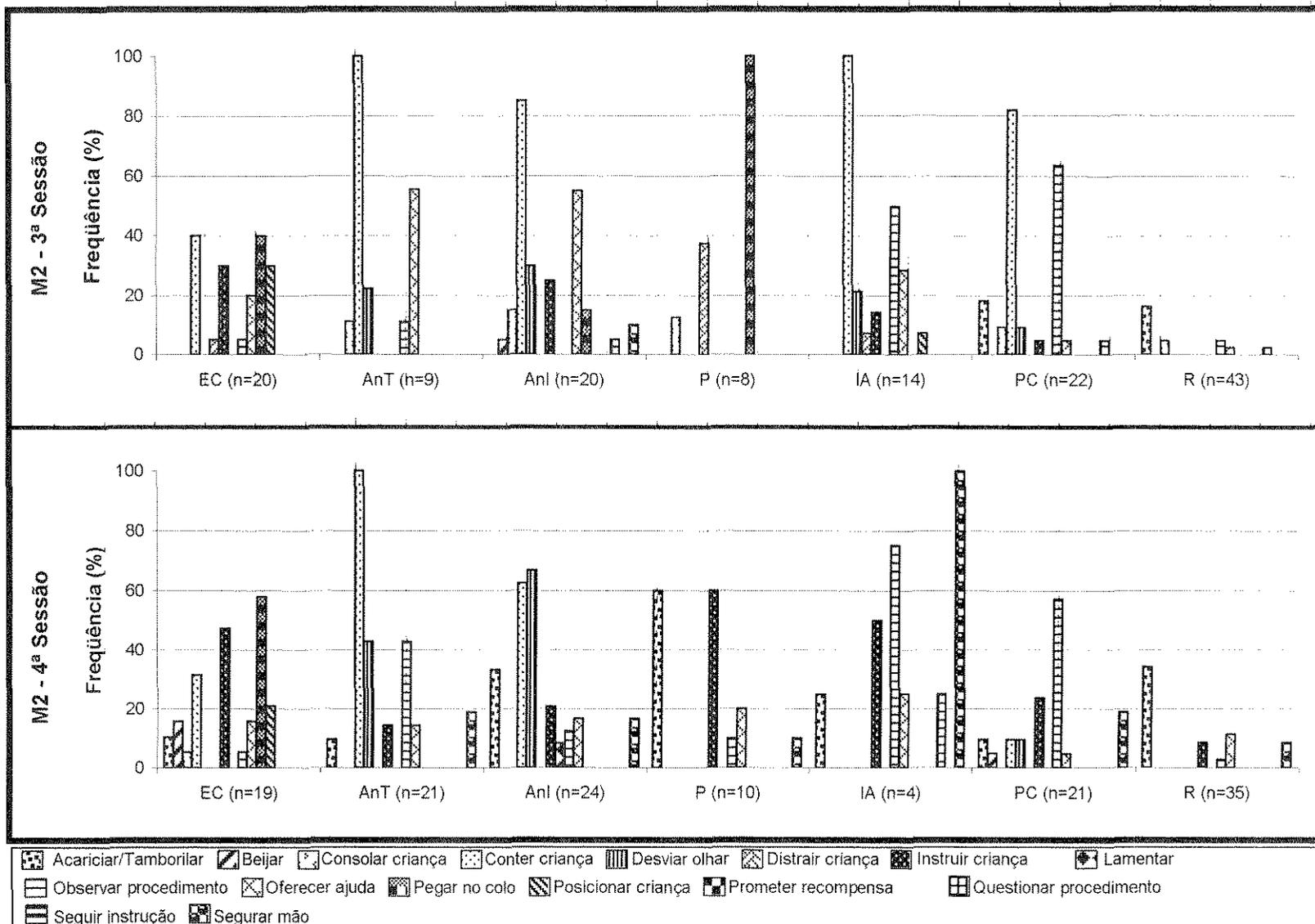


Figura 3: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 2 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

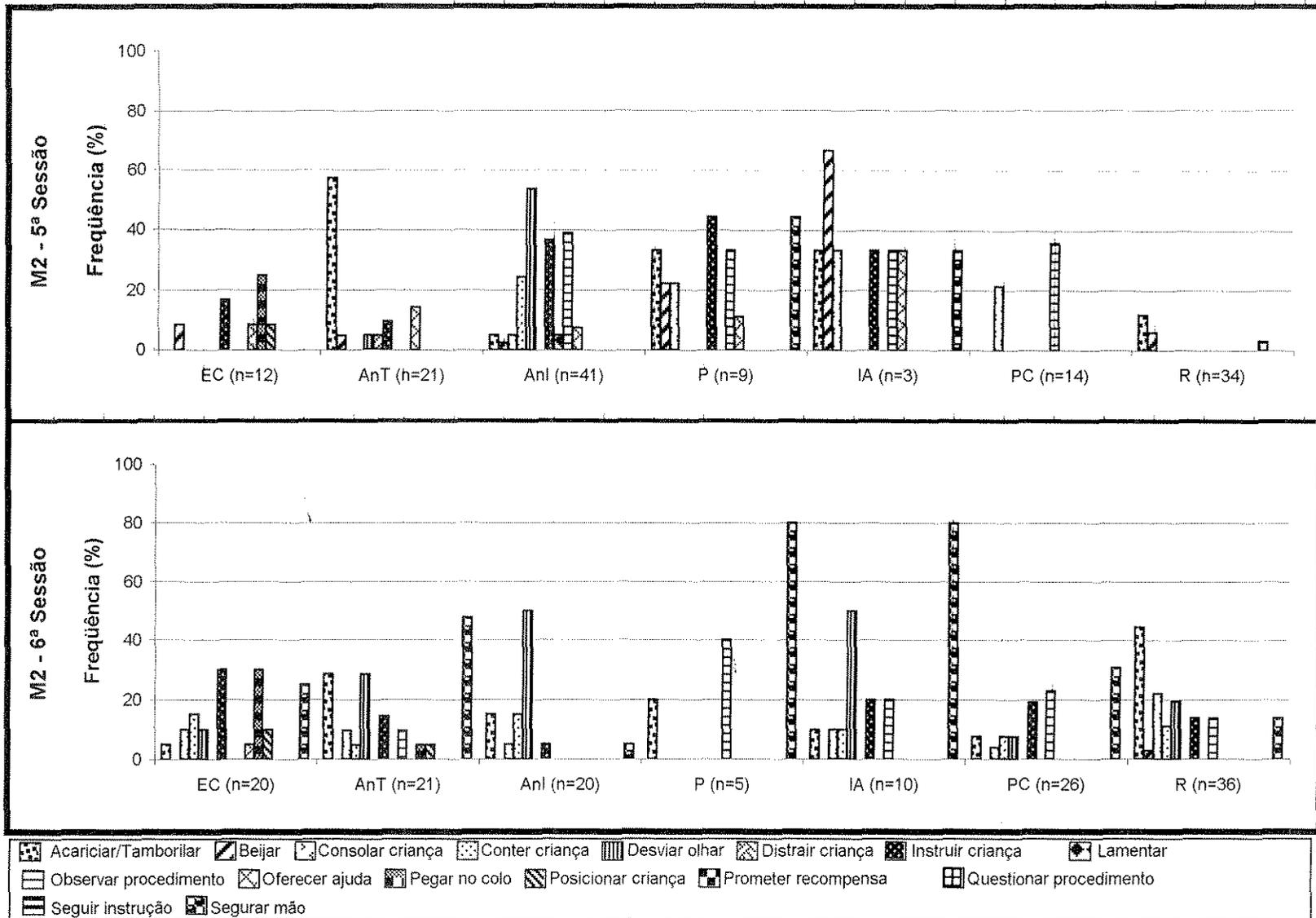


Figura 4: Freqüências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 2 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M2:

Na 3ª sessão, a categoria *Desviar olhar* ocorreu durante a Anestesia (tópica e injetável), Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário. A categoria *Consolar criança* não ocorreu em Exame Clínico e Isolamento Absoluto. A categoria *Conter criança* apareceu em alta frequência e em quase todas as rotinas, com exceção da Pausa e Restauração, quando não ocorreu, e durante Exame Clínico, onde atingiu menor frequência. A categoria *Beijar* apareceu somente durante a Anestesia Injetável. A categoria *Questionar procedimento* apareceu durante Anestesia Injetável, Preparo Cavitário e Restauração. A categoria *Oferecer ajuda* apareceu em alta frequência durante o episódio de Anestesia (tópica e injetável) e Isolamento Absoluto, podendo ser estes os procedimentos percebidos pela mãe como mais aversivos. A categoria *Observar procedimento* apareceu em alta frequência somente no final da sessão, durante Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário e não ocorreu durante o episódio de Anestesia Injetável. A categoria *Instruir criança* diminuiu sua frequência de ocorrência do início ao final da sessão, aparecendo durante Exame Clínico, Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, indicando que a mãe apresenta, ao longo de grande parte da sessão, estratégias comportamentais que procuram manter a criança sob controle instrucional, aumentando a probabilidade de colaboração com o tratamento.

A categoria *Conter criança* apareceu no início desta 4ª sessão (Exame Clínico, Anestesia Tópica e Injetável), não ocorrendo no final. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu em todas as rotinas. *Desviar olhar* ocorreu em uma frequência de aproximadamente 40% durante Anestesia Tópica e maior que 60% na Anestesia Injetável, aparecendo também durante o Preparo Cavitário, mas em frequência baixa (aproximadamente 10%). A categoria *Instruir criança* apareceu em todas as rotinas, atingindo a maior frequência durante a Pausa, rotina que permite maior oportunidade de interação verbal mãe-criança. A categoria *Oferecer ajuda* ocorreu também em todas as rotinas, mantendo uma frequência de ocorrência relativamente constante. A categoria *Questionar procedimento* ocorreu durante o Isolamento Absoluto. Já *Segurar mão* apareceu numa frequência de 100% durante este procedimento (Isolamento Absoluto).

Observa-se na 5ª sessão que a categoria *Conter criança* ocorreu somente durante a Anestesia Injetável. A categoria *Beijar* apareceu durante todas as rotinas, exceto Preparo Cavitário e atingiu maior frequência de ocorrência durante o Isolamento Absoluto (67%). A categoria *Desviar olhar* apareceu na rotina de Anestesia Injetável com frequência de ocorrência de 54%. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu em maior frequência durante Anestesia Tópica, Pausa e Isolamento Absoluto. A categoria *Oferecer ajuda* ocorreu em todas as rotinas, exceto ao final da sessão, durante o Preparo Cavitário e Restauração.

Na 6ª sessão, a categoria *Conter criança* ocorreu durante todas as rotinas, numa frequência de ocorrência baixa (menos de 20%), porém, relativamente estável. A categoria *Desviar Olhar* apareceu também em todas as rotinas (exceto na Pausa), atingindo em frequência relativa média (maior que 40%) durante Anestesia Injetável e Isolamento Absoluto. As categorias *Acariciar/Tamborilar* e *Consolar criança* apareceram em todas as rotinas, assim como a categoria *Instruir criança*.

Síntese de comportamentos de M2:

- ◆ O número de comportamentos emitidos pela mãe não diminuiu ao longo do tratamento, porém a frequência de ocorrência destes diminuiu da 3ª a 6ª sessão;
- ◆ A categoria *Desviar olhar* apareceu em todas as sessões, principalmente durante Anestesia Injetável, quando atingiu as maiores frequências.

Observação assistemática: M2 relatou ter muito medo de dentista e manifestou sua angústia e pena da criança durante as sessões de tratamento no Cepae.

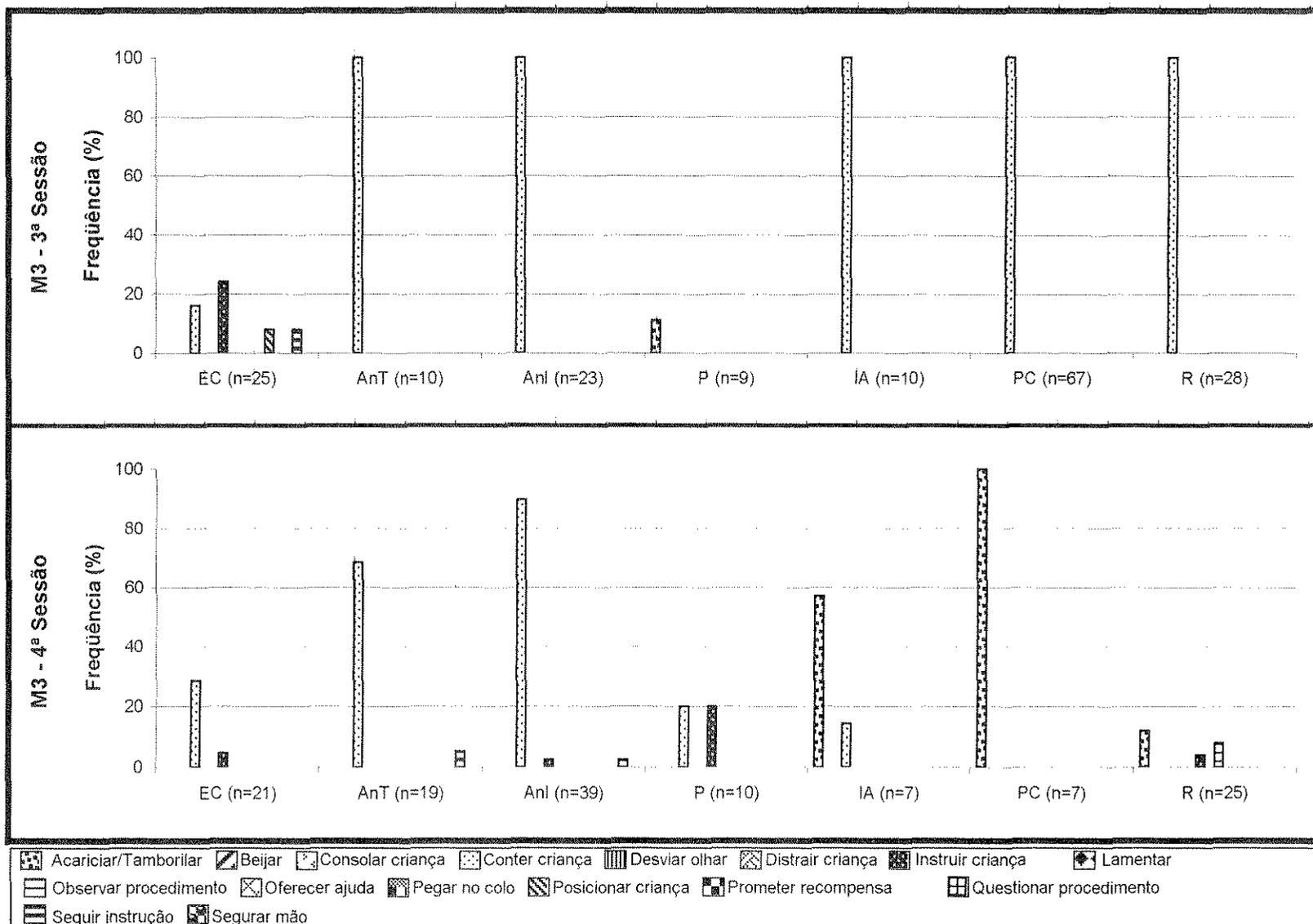


Figura 5: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 3 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

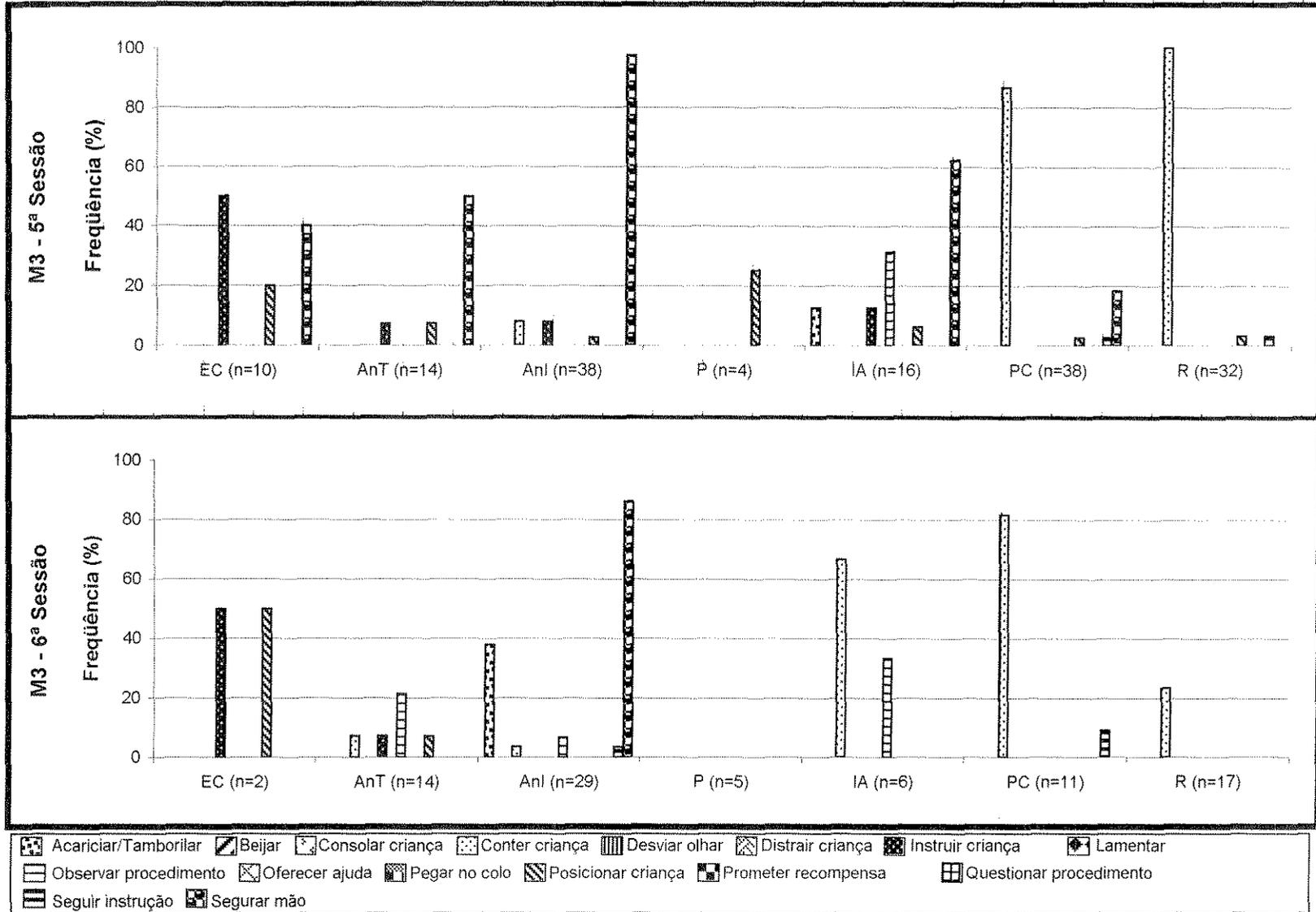


Figura 6: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 3 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M3:

Observa-se que esta mãe apresenta um pequeno repertório comportamental, emitindo um número reduzido de comportamentos, como pode ser observado na Figura 5. Na 3ª sessão, a categoria *Conter criança* apareceu em todas as rotinas (exceto Pausa), com frequência de ocorrência de 100%. A categoria *Instruir criança* ocorreu somente no início da sessão (Exame clínico), provavelmente quando a mãe explica à criança como se comportar durante o atendimento. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu somente durante a Pausa. A categoria *Posicionar criança* ocorreu no início da sessão, mas por instrução do cirurgião-dentista.

A categoria *Conter criança* ocorreu numa frequência alta no início da 4ª sessão, atingindo quase 100% durante Anestesia Injetável. *Acariciar/Tamborilar* apareceu no final da sessão, com frequência de ocorrência superior a 50% durante Isolamento Absoluto e 100% durante o Preparo Cavitário.

Ao final da 5ª sessão, apareceu a categoria *Conter criança* (Preparo Cavitário e Restauração) em alta frequência (aproximadamente 100%). A categoria *Segurar mão* ocorreu no início da sessão. A categoria *Posicionar criança* apareceu em todas as rotinas odontológicas, possivelmente relacionada ao comportamento altamente não-colaborador da criança. A categoria *Instruir criança* atingiu uma frequência de aproximadamente 50% no início da sessão (Exame clínico), aparecendo também durante Anestesia (tópica e injetável) e Isolamento Absoluto, em baixa frequência.

Novamente, na 6ª sessão, a categoria *Conter criança* apareceu no final, em alta frequência. A categoria *Segurar mão* ocorreu somente durante Anestesia Injetável e em alta frequência (aproximadamente 100%), provavelmente como uma forma de contenção física preventiva. *Observar procedimento* apareceu durante os episódios de Anestesia (tópica e injetável) e Isolamento Absoluto. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu somente durante o episódio de Anestesia Injetável. *Instruir criança* apareceu no início da sessão, durante o Exame Clínico e Anestesia Tópica.

Síntese de comportamentos de M3:

- ◆ Mãe apresentou repertório comportamental restrito, com baixa variabilidade;
- ◆ O padrão comportamental da mãe se manteve constante durante as 4 sessões de atendimento.

Observação assistemática: M3 não interagia com seu filho. Durante o tratamento, mãe não conversava e não repreendia a criança, mesmo quando esta apresentava comportamentos agressivos contra a equipe odontológica. Ao contrário, mãe parecia achar engraçada a atitude da filha, rindo quando ela se comportava de maneira inadequada.

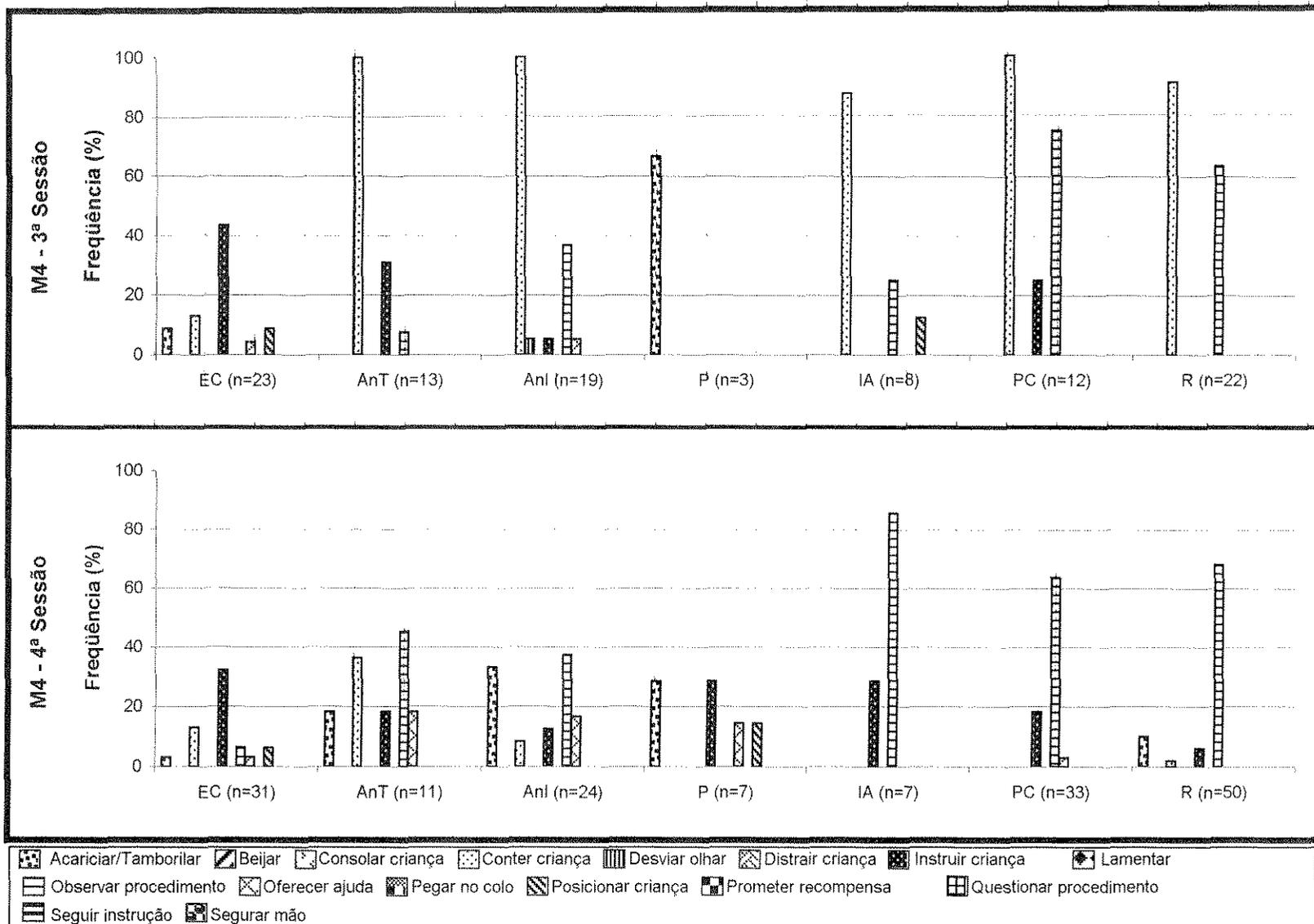


Figura 7: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 4 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

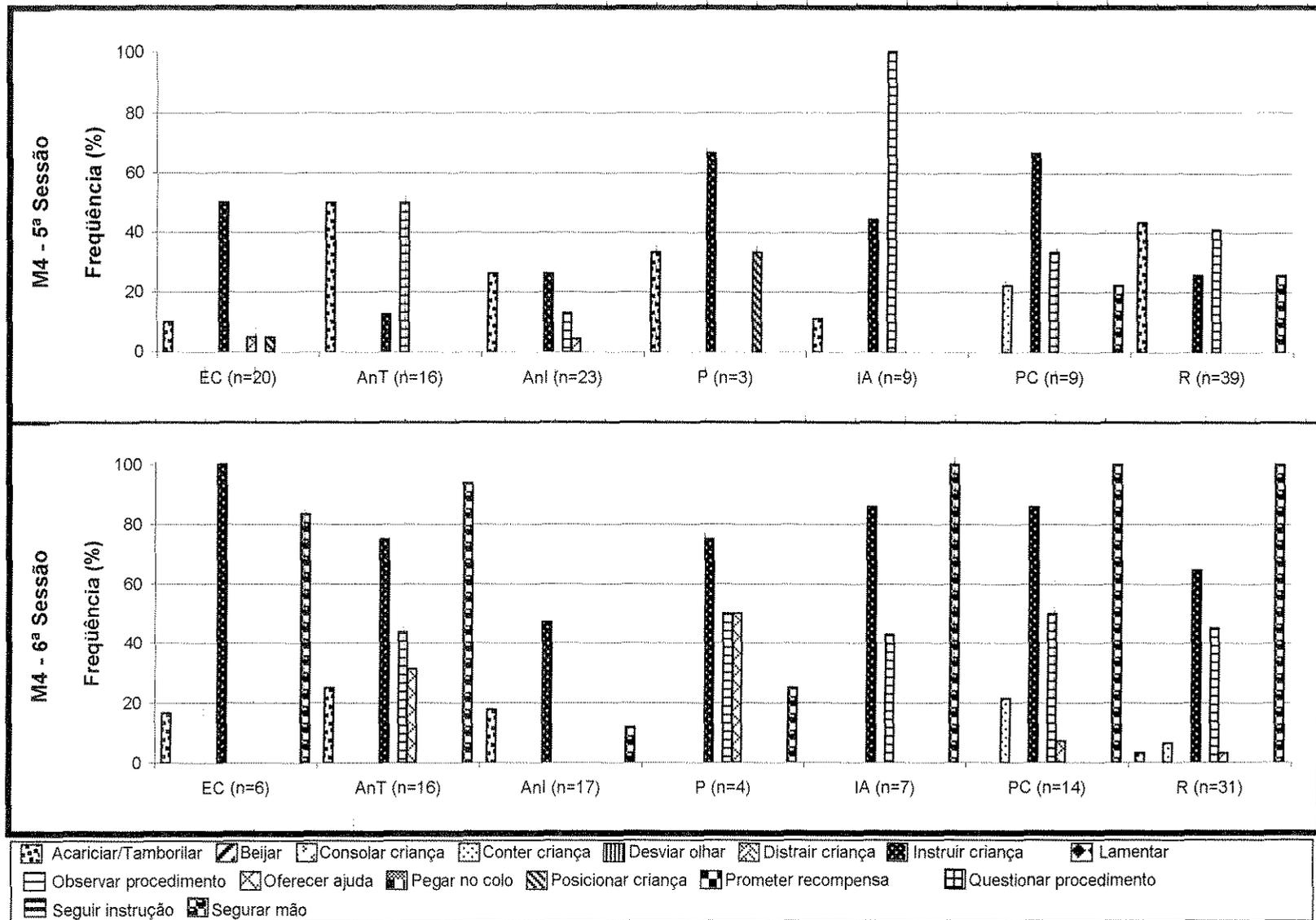


Figura 8: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 4 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC: Exame Clínico; AnT: Anestesia Tópica; AnI: Anestesia Injetável; P: Pausa; IA: Isolamento Absoluto; PC: Preparo Cavitário; R: Restauração)

M4:

Pode-se observar que, na 3ª sessão, a categoria *Conter criança* apareceu em alta frequência (aproximadamente 100%) em quase todos os procedimentos clínicos, com exceção da Pausa, onde esta não ocorreu e no Exame Clínico, onde ocorreu em baixa frequência (menos que 20%). A categoria *Observar procedimento* apareceu em maior frequência no final da sessão (Preparo Cavitário e Restauração), aparecendo também durante Anestesia (Tópica e Injetável) e Isolamento Absoluto, mas em uma menor frequência. A categoria *Instruir criança* apareceu durante Exame Clínico, Anestesia (tópica e injetável) e Preparo Cavitário. A categoria *Oferecer ajuda* ocorreu durante Exame Clínico e Anestesia Injetável, em baixa frequência. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu no início da sessão (Exame Clínico) e durante a Pausa. A categoria *Desviar olhar* apareceu somente durante *Anestesia Injetável*.

Instruir criança apareceu em todas as rotinas da 4ª sessão, numa frequência de ocorrência que se manteve estável. A categoria *Observar procedimento* também ocorreu em todas as rotinas (exceto durante a Pausa), com maior frequência no final da sessão, o que pode indicar um estado de maior tranquilidade da mãe, que passa a observar mais o que ocorre no ambiente do que intervindo sobre o comportamento da criança. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu durante Anestesia (tópica e injetável) e Pausa. A categoria *Oferecer ajuda* também ocorreu com maior frequência no início da sessão. A mãe emitiu maior número de comportamentos no início da sessão, podendo sugerir um maior grau de ansiedade da mãe em momentos iniciais do atendimento.

A categoria *Conter criança* apareceu na 5ª sessão somente durante o Preparo Cavitário, refletindo, provavelmente, um comportamento mais colaborativo da criança. A categoria *Instruir criança* apareceu durante toda a sessão, com maior frequência de ocorrência durante Exame Clínico e Pausa - momentos que permitem maior interação mãe-criança, e durante Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário. A categoria *Acariciar/Tamborilar* também apareceu durante todas as rotinas. A categoria *Observar procedimento* aparece com maior frequência durante Anestesia Injetável (o que não ocorreu com outras mães), Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração. A categoria *Segurar mão* apareceu somente no final da sessão (Preparo Cavitário e Restauração). A

categoria *Oferecer ajuda* apareceu somente durante o Exame Clínico e Anestesia Injetável, o que pode refletir uma percepção da mãe quanto à proximidade ou execução de eventos mais aversivos da sessão.

Observa-se que a categoria *Instruir criança* apareceu durante toda a 6ª sessão e em alta frequência de ocorrência (aproximadamente 80%). A categoria *Conter criança* ocorreu somente no final da sessão, durante Preparo Cavitário e Restauração, o que pode ter ocorrido porque, ao final da sessão a criança está mais cansada, diminuindo o seu grau de colaboração e necessitando, assim, de contenção. A categoria *Segurar mão* apareceu em toda a sessão numa frequência média (maior que 40% em todas as rotinas). A categoria *Observar procedimento* também apareceu durante todas as rotinas, com exceção de Exame Clínico e Anestesia Injetável. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu no início da sessão numa frequência de aproximadamente 20%. A categoria *Oferecer ajuda* apareceu durante as rotinas de Anestesia Tópica e Pausa, numa frequência de aproximadamente 40% e também no final da sessão, mas numa frequência de ocorrência baixa (menor de 5%).

Síntese de comportamentos de M4:

- ◆ No início do tratamento (3ª sessão) predominou a emissão da categoria *Conter criança*; no final do tratamento predominaram as categorias *Instruir criança* e *Segurar mão*;
- ◆ Do início ao fim do tratamento aumentou o número de comportamentos emitidos assim como a frequência de ocorrência dos comportamentos;
- ◆ A categoria *Desviar olhar* apareceu somente na 3ª sessão.

Observação assistemática: Mãe relatou ter medo de dentista. Observou-se que o comportamento de M4 reproduzia frequentemente o comportamento do cirurgião-dentista, em todas as sessões de atendimento, principalmente no que se referia ao comportamento verbal do profissional.

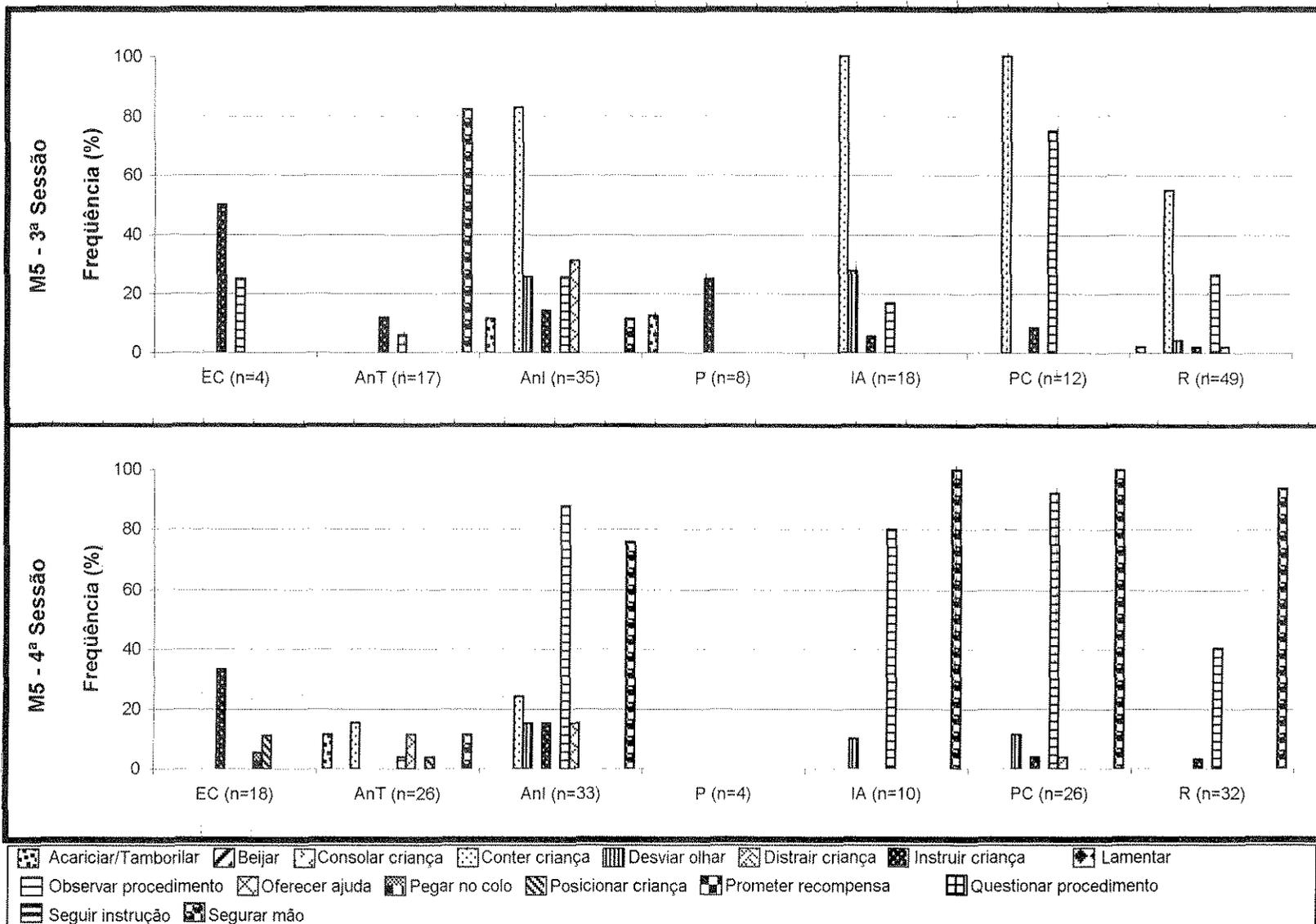


Figura 9: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 5 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

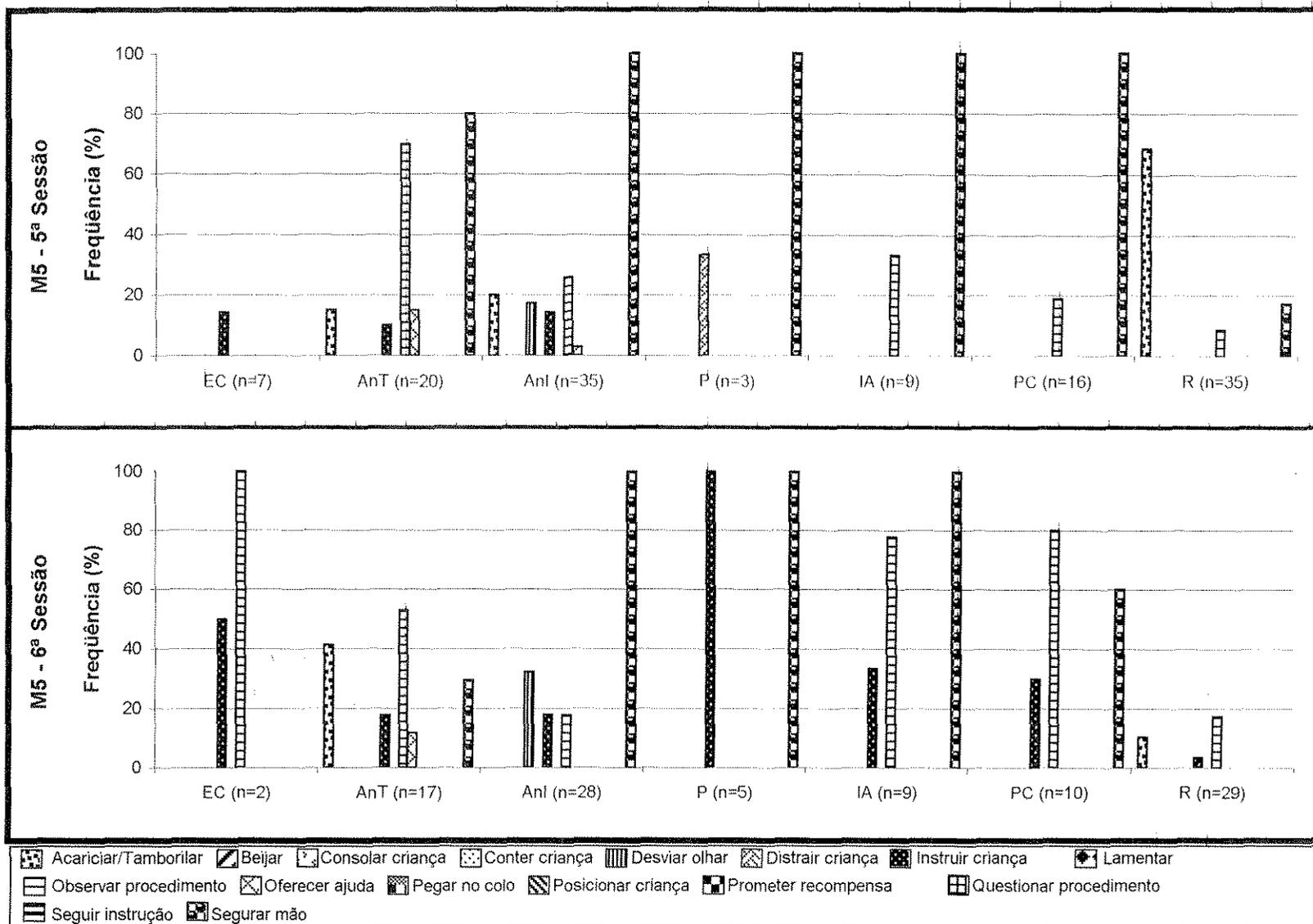


Figura 10: Freqüências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 5 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M5:

Observou-se que a maior ocorrência de comportamentos na 3ª sessão aconteceu durante a Anestesia Injetável. A categoria *Instruir criança* ocorreu em todas as rotinas tendo sua frequência de ocorrência diminuída no final da sessão. A categoria *Conter criança* apareceu durante Anestesia Injetável e também no final da sessão (Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração), numa alta frequência de ocorrência. A categoria *Observar procedimento* apareceu em todas as rotinas odontológicas, atingindo maior frequência de ocorrência durante o Preparo Cavitário. A categoria *Desviar olhar* apareceu durante Anestesia Injetável e Isolamento Absoluto (indicados como procedimentos aversivos) e Restauração. A categoria *Segurar mão* apareceu somente durante o episódio de Anestesia (tópica e injetável), provavelmente como uma forma de contenção física preventiva (ou apoio emocional). A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu durante Anestesia Injetável, Pausa e Restauração. A categoria *Oferecer ajuda* ocorreu somente durante a Anestesia Injetável, podendo demonstrar a preocupação da mãe em oferecer um apoio emocional à criança ao longo de uma rotina percebida como altamente aversiva.

A maior emissão de comportamentos na 4ª sessão ocorreu durante Anestesia Injetável, tal como na sessão anterior. A categoria *Conter criança* apareceu somente no início da sessão, durante Anestesia Tópica e Injetável. As categorias *Segurar mão* e *Observar procedimento* apareceram em alta frequência nas rotinas de Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração. A categoria *Instruir criança* apareceu no início da sessão, durante Exame Clínico e Anestesia Injetável, e também no final da sessão (Preparo Cavitário e Restauração). A categoria *Desviar olhar* apareceu durante os episódios de Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, podendo refletir os momentos percebidos pela mãe como mais aversivos. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu somente durante Anestesia Tópica, provavelmente porque a mãe já antecipa a rotina odontológica seguinte (Anestesia Injetável) e tenta “preparar” a criança para tal procedimento. A categoria *Oferecer ajuda* apareceu durante o episódio de Anestesia (tópica e injetável) e também durante o Preparo Cavitário.

Na 5ª sessão, a categoria *Instruir criança* apareceu somente no início da sessão (em baixa frequência). A categoria *Conter criança* não ocorreu nesta sessão, o que pode ter refletido uma maior colaboração da criança. A categoria *Desviar olhar* apareceu somente durante o episódio de Anestesia Injetável. A categoria *Oferecer ajuda* apareceu durante o episódio de Anestesia Tópica e Injetável. A categoria *Segurar mão* ocorreu em toda a sessão e em alta frequência. A categoria *Acariciar/Tamborilar* criança apareceu durante a Anestesia (tópica e injetável) e durante Restauração. Apareceu durante a Pausa a categoria *Distrair criança*, categoria que não foi comum em outras mães. A categoria *Observar procedimento* apareceu durante todas as rotinas odontológicas, exceto no exame clínico e pausa. Ainda nesta sessão, a emissão de maior número de comportamentos ocorreu durante Anestesia Injetável.

A categoria *Instruir criança* apareceu durante toda a 6ª sessão, com maior frequência de ocorrência durante o Exame Clínico e Pausa - momentos nos quais mãe e criança podem interagir verbalmente com maior frequência. A categoria *Desviar olhar* apareceu somente durante Anestesia Injetável. A categoria *Observar procedimento* ocorreu durante toda a sessão, exceto na Pausa, onde nenhum procedimento é realizado. *Acariciar/Tamborilar* apareceu somente em Anestesia Tópica e Restauração. *Oferecer ajuda* ocorreu somente em Anestesia Tópica, como aconteceu na 4ª sessão, provavelmente prevendo a ocorrência da Anestesia Injetável. A categoria *Segurar mão* apareceu a partir de Anestesia Tópica, com frequência de 100% durante Anestesia Injetável, Pausa e Isolamento Absoluto.

Síntese de comportamentos de M5:

- ◆ O maior número de comportamentos emitidos ocorreu durante o episódio de Anestesia Injetável, em todas as sessões;
- ◆ A frequência relativa da categoria *Segurar mão* aumenta da 3ª para a 6ª sessão;
- ◆ A categoria *Conter criança* esteve presente em alta frequência somente na 3ª sessão;
- ◆ A categoria *Desviar olhar* ocorreu nas quatro sessões, durante Anestesia Injetável.

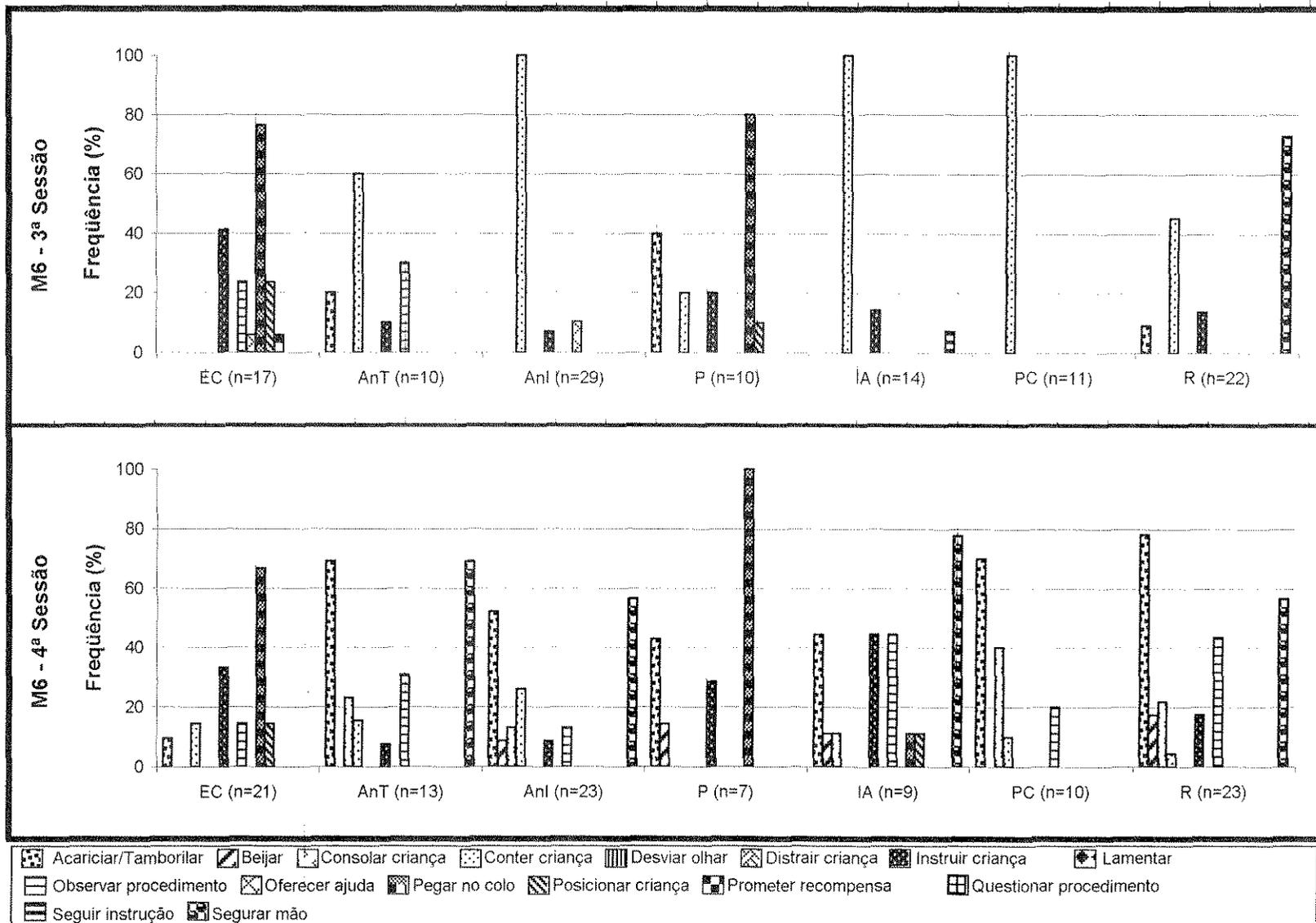


Figura 11: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 6 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

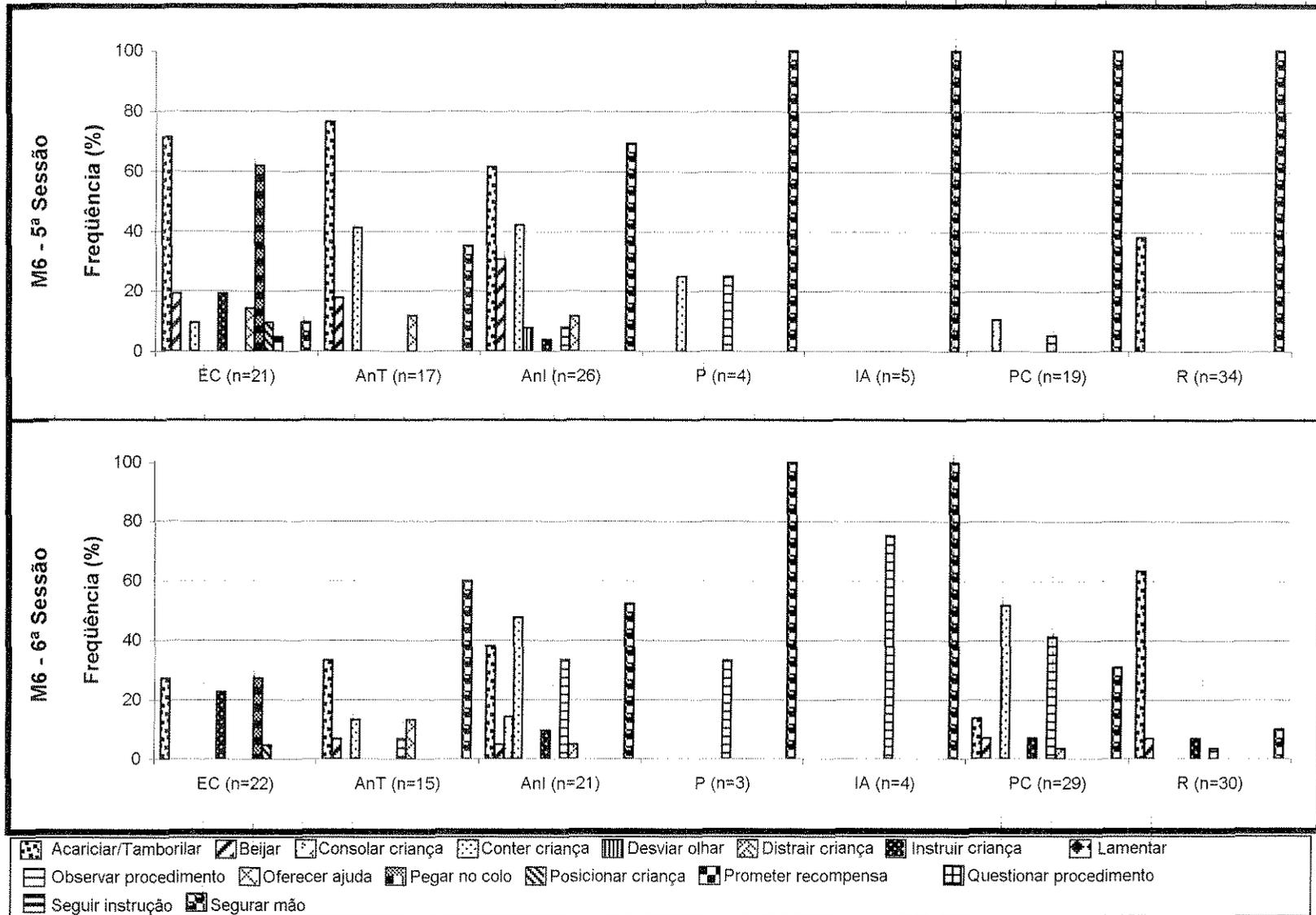


Figura 12: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 6 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M6:

Observou-se uma maior ocorrência de comportamentos no início da 3ª sessão, durante o Exame Clínico, provavelmente devido à significativa resistência da criança em permitir o início do atendimento. A categoria *Conter criança* apareceu em alta frequência durante Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, em menor frequência durante Anestesia Tópica, Pausa e Restauração e não ocorreu durante o Exame Clínico. A categoria *Desviar olhar*, presente na maioria das mães durante a Anestesia (tópica e/ou injetável), não aparece nesta sessão. A categoria *Instruir criança* apareceu em todas as rotinas, em baixa frequência. A mãe promete recompensa para o filho no início da sessão, durante o Exame Clínico, condicionado ao bom comportamento da criança. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu em maior frequência durante a Pausa, quando a criança estava no colo da mãe.

Na 4ª sessão, ocorreu uma mudança “drástica” no padrão comportamental da mãe em relação à sessão anterior, como pode ser observado no gráfico (Figura 11). Observou-se uma grande variabilidade de comportamentos emitidos durante toda a sessão. A categoria *Acariciar/Tamborilar* esteve presente em todas as rotinas odontológicas, numa frequência média (maior que 40%). Apareceu nesta sessão a categoria *Beijar*, que não havia ocorrido na sessão anterior. Já a categoria *Conter criança* diminuiu sua frequência de ocorrência, aumentando o aparecimento da categoria *Segurar mão*. *Consolar criança* ocorreu durante as rotinas de Anestesia (tópica e injetável), Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração. A categoria *Instruir criança* apareceu em todas as rotinas. A categoria *Desviar olhar* não apareceu nesta sessão. Observou-se nesta mãe a predominância de emissão de comportamentos de apoio emocional à criança (*Acariciar/Tamborilar*, *Segurar mão*, *Consolar criança*). Esta mudança no padrão comportamental da mãe pode estar associada à utilização da medicação ansiolítica, dada à criança antes do início da sessão. Algumas crianças mostram-se bastante sonolentas e apresentam um grande relaxamento muscular, o que pode assustar algumas mães. Este fato pode ter elevado o grau de ansiedade da mãe, provocando uma mudança no seu comportamento.

Ocorreu, novamente, na 5ª sessão, uma mudança no padrão comportamental da mãe, se aproximando àquele apresentado na 3ª sessão. Esta ocorrência pode confirmar a hipótese

de que os efeitos da medicação oferecida à criança podem ter provocado um aumento no grau de ansiedade manifestado pela mãe, já que nesta 5ª sessão, a medicação oferecida foi o Placebo, assim como na 3ª sessão. Observou-se uma concentração de comportamentos emitidos no início da sessão, especialmente durante o Exame Clínico e Anestesia Injetável. A categoria *Desviar olhar* apareceu pela primeira vez, durante a rotina de Anestesia Injetável. Observou-se uma alta frequência da ocorrência da categoria *Acariciar/Tamborilar* no início da sessão (Exame Clínico, Anestesia Tópica e Injetável), assim como ocorreu com a categoria *Beijar*, ambas não ocorrendo no final da sessão. A categoria *Conter criança* apareceu no início da sessão, não ocorrendo ao final desta, quando a categoria *Segurar mão* atingiu uma frequência de 100%.

Na 6ª sessão, observou-se maior número de comportamentos emitidos durante Anestesia Injetável, onde ocorreram as categorias *Acariciar/Tamborilar*, *Beijar* e *Consolar criança*. A categoria *Conter criança* apareceu apenas durante as rotinas de Anestesia (tópica e injetável) e Preparo cavitário, numa frequência de ocorrência de aproximadamente 50% (para Anestesia Injetável e Preparo Cavitário). A categoria *Segurar mão* apareceu em todas as rotinas, exceto durante o Exame Clínico, ocorrendo numa frequência de 100% durante a Pausa e o Isolamento Absoluto. A partir da rotina de Anestesia Injetável, a categoria *Observar procedimento* ocorreu numa frequência média de 40%, aumentando para quase 80% durante a rotina de Isolamento Absoluto.

Síntese de comportamentos de M6:

- ◆ A mãe não manteve um padrão comportamental estável, relativamente constante;
- ◆ A categoria *Desviar olhar* apareceu somente em uma sessão, durante a rotina de Anestesia Injetável;
- ◆ A categoria *Segurar mão* aumentou sua frequência de ocorrência da 3ª para a 6ª sessão.

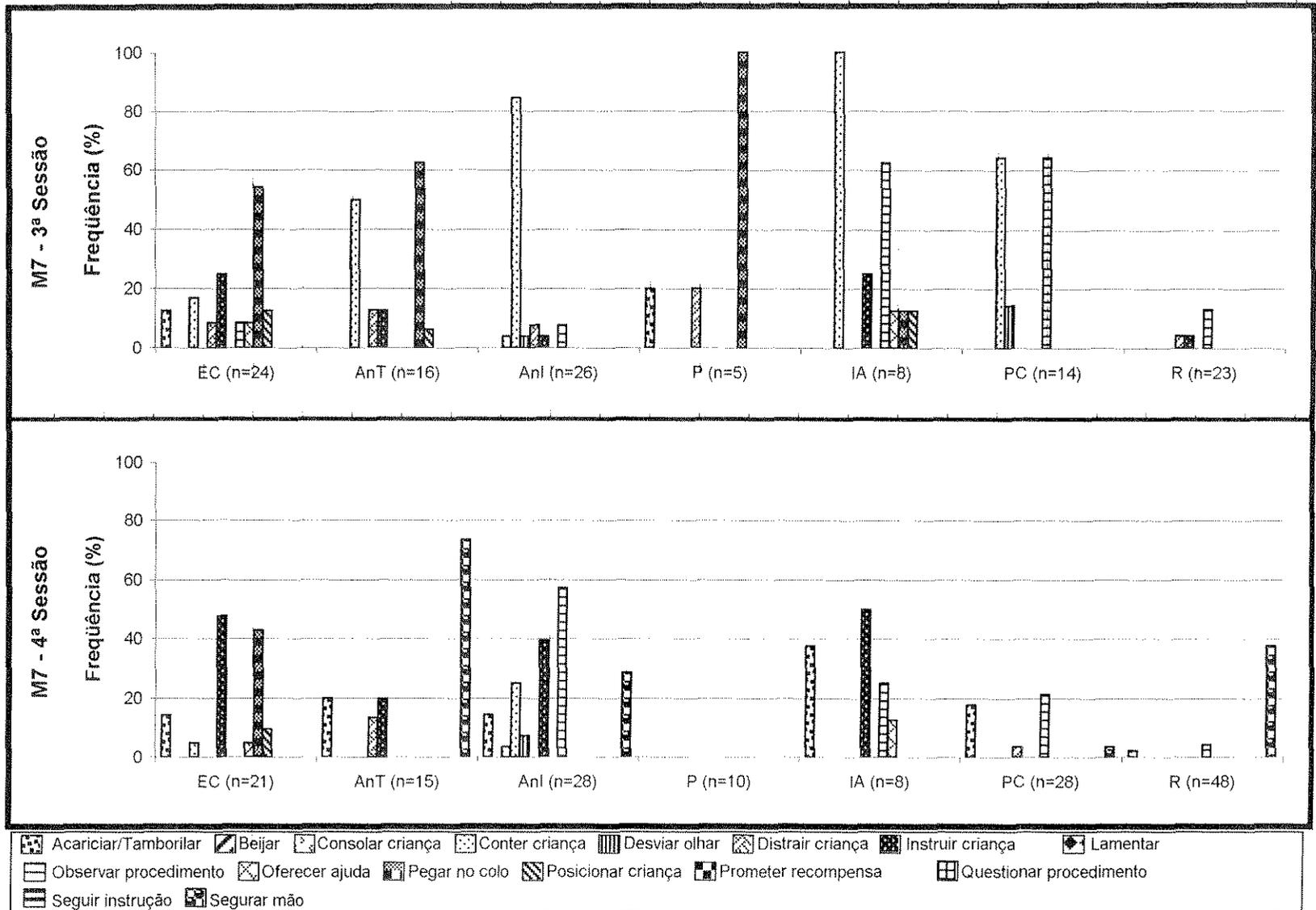


Figura 13: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 7 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

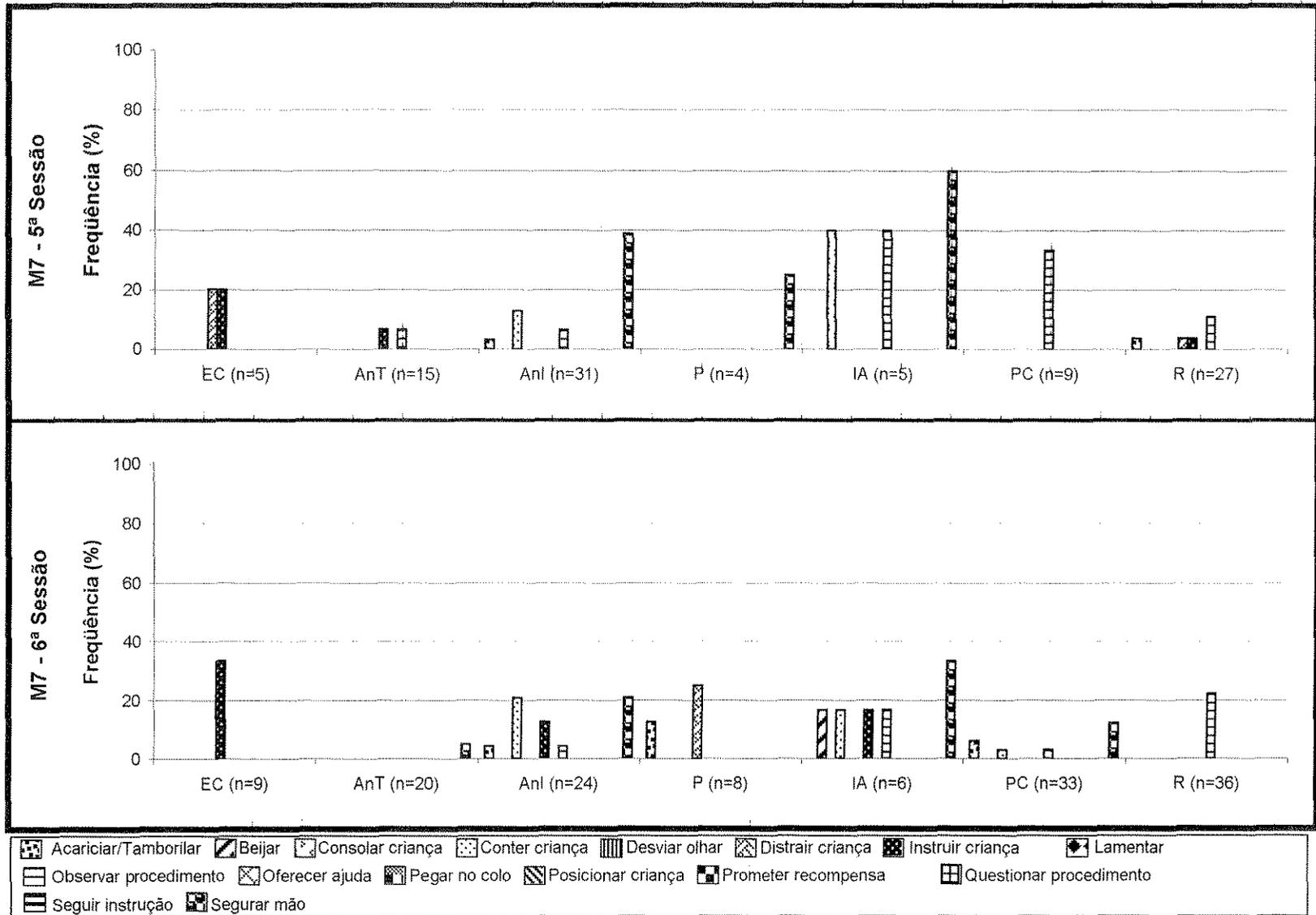


Figura 14: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 7 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M7:

Observando a Figura 13, na 3ª sessão, a categoria *Conter criança* apareceu em todas as rotinas odontológicas, exceto durante a Pausa e Restauração. A sua frequência de ocorrência aumentou gradativamente do Exame Clínico até Isolamento Absoluto, quando atingiu uma frequência de 100%, diminuindo durante o Preparo Cavitário e não ocorrendo durante a Restauração. A categoria *Desviar olhar* aparece nas rotinas de Anestesia Injetável e Preparo Cavitário, provavelmente procedimentos cujos estímulos odontológicos sinalizam aversividade para a mãe. A categoria *Consolar criança* apareceu somente durante a Anestesia Injetável. A mãe emitiu a categoria *Distrair criança* em vários momentos da sessão odontológica (Exame Clínico, Anestesia Tópica e Injetável, Pausa e Restauração), quando conversava com a criança sobre diversos assuntos de interesse da criança, não relacionados ao atendimento. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu somente durante o Exame Clínico e a Pausa. A categoria *Instruir criança* atingiu maiores frequências durante o Exame Clínico e Isolamento Absoluto, aparecendo também em outros momentos da sessão, porém em uma frequência menor. A categoria *Observar procedimento* apareceu numa frequência de aproximadamente 60 % durante Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, ocorrendo também em outros momentos da sessão (Anestesia Injetável e Restauração), porém em baixa frequência (menor que 20%).

Na 4ª sessão, diminuiu a frequência de ocorrência dos comportamentos em relação à sessão anterior. Observou-se maior emissão de comportamentos durante o início da sessão, especialmente durante o Exame Clínico e Anestesia Injetável. A categoria *Desviar olhar* apareceu somente durante a rotina de Anestesia Injetável, assim como a categoria *Consolar criança*. A categoria *Conter criança* ocorreu somente no Exame Clínico e Anestesia Injetável. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu em todas as rotinas, exceto durante a Pausa, atingindo maior frequência de ocorrência durante o Isolamento Absoluto. A categoria *Instruir criança* apareceu no início da sessão (Exame Clínico e Anestesia – Tópica e Injetável) e também durante o Isolamento Absoluto, com maior frequência de ocorrência durante Exame Clínico e Isolamento Absoluto. A categoria *Distrair criança* apareceu durante Anestesia Tópica, sugerindo uma tentativa de desviar a atenção da criança em relação ao procedimento seguinte, Anestesia Injetável, e também durante a rotina de

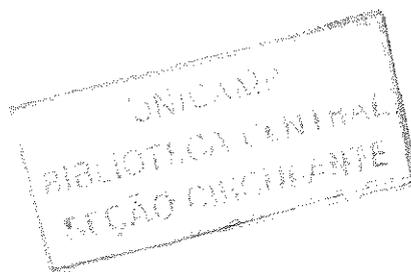
Preparo Cavitário. Durante a Pausa, a mãe não emitiu comportamento algum. Isto pode ter acontecido porque o cirurgião-dentista aproveitou este momento para interagir com a criança.

Diminuiu ainda mais, na 5ª sessão, o número de comportamentos emitidos, assim como a sua frequência de ocorrência, em relação às sessões anteriores. A categoria *Conter criança* apareceu somente durante Anestesia Injetável, numa frequência de ocorrência baixa (menos de 20%). A categoria *Desviar olhar* não apareceu nesta sessão. Observou-se a ocorrência da categoria *Distrair criança* durante Exame Clínico e Restauração. A categoria *Consolar criança* apareceu somente durante o Isolamento Absoluto, numa frequência de ocorrência de 40%. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu somente durante os procedimentos de Anestesia Injetável e Restauração, mas numa frequência de ocorrência muito baixa (aproximadamente 5%). A categoria *Segurar mão* ocorreu durante Anestesia Injetável, Pausa e Isolamento Absoluto, atingindo nesta última rotina uma frequência de ocorrência de 80%.

A frequência de ocorrência dos comportamentos na 6ª sessão foi a menor, comparada a todas as sessões anteriores. Nenhum comportamento ocorreu em frequência maior que 40%. A categoria *Desviar olhar* não foi observada nesta sessão. Isto pode demonstrar uma adaptação da mãe ao tratamento odontológico de seu filho. Observou-se um maior número de comportamentos emitidos durante Anestesia Injetável e Isolamento Absoluto. A categoria *Conter criança* ocorreu durante Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário. A categoria *Beijar* apareceu pela primeira vez, durante o Isolamento Absoluto. A categoria *Distrair criança* apareceu somente durante a Pausa. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu durante Anestesia Injetável, Pausa e Preparo Cavitário. A maior frequência de ocorrência atingida (aproximadamente 35%) ocorreu para a categoria *Instruir criança*, durante o Exame Clínico, sugerindo uma tentativa preventiva da mãe de manter o comportamento da criança sob controle instrucional.

Síntese de comportamentos de M7:

- ◆ Observou-se uma diminuição do número de comportamentos emitidos e também da frequência de ocorrência destes comportamentos ao longo do tratamento, o que pode sugerir uma melhora do comportamento da criança e/ou adaptação da mãe ao tratamento odontológico;
- ◆ A categoria *Distrair criança* esteve presente em todas as sessões, diferentemente do que ocorreu com as outras mães.



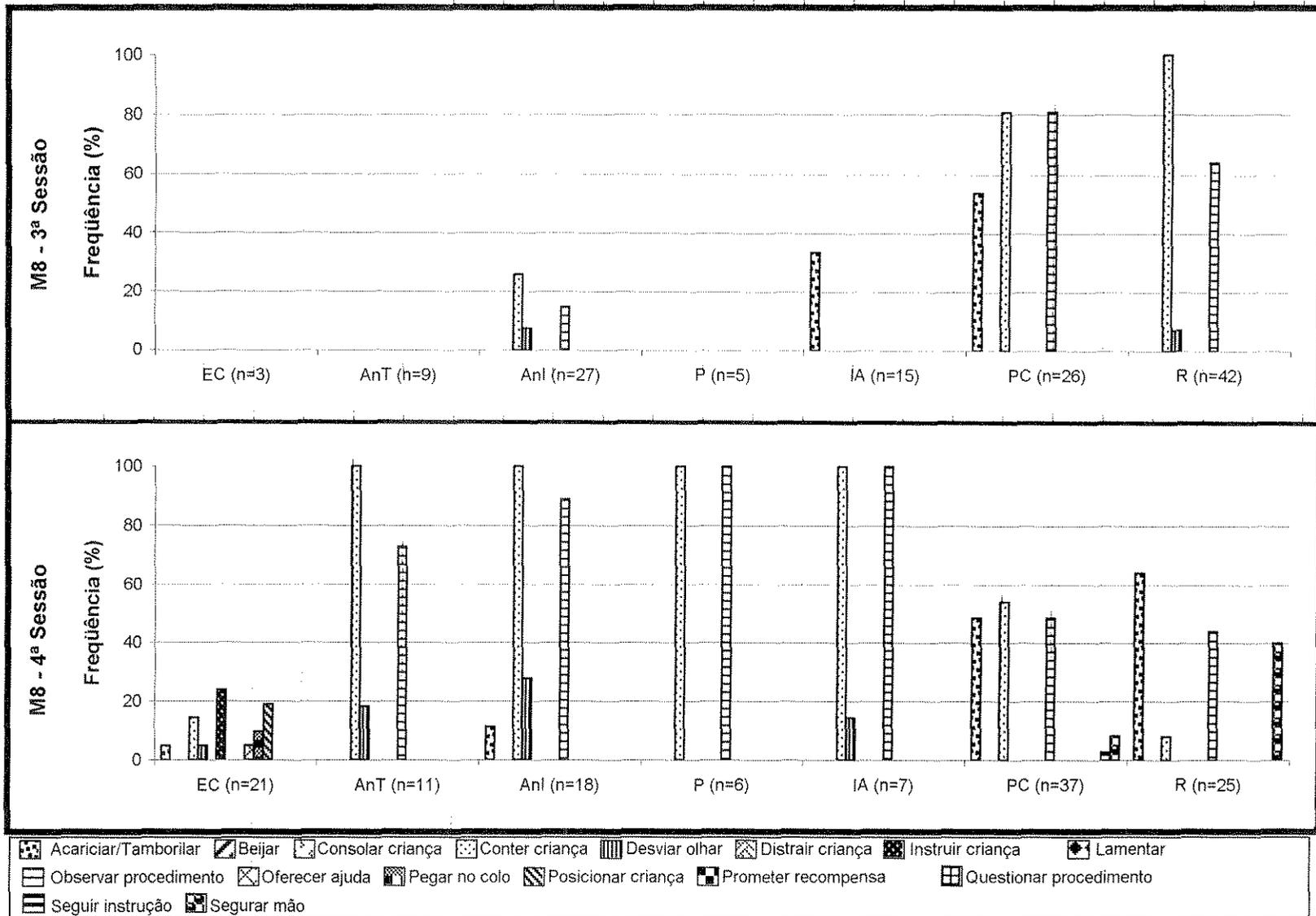


Figura 15: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 8 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

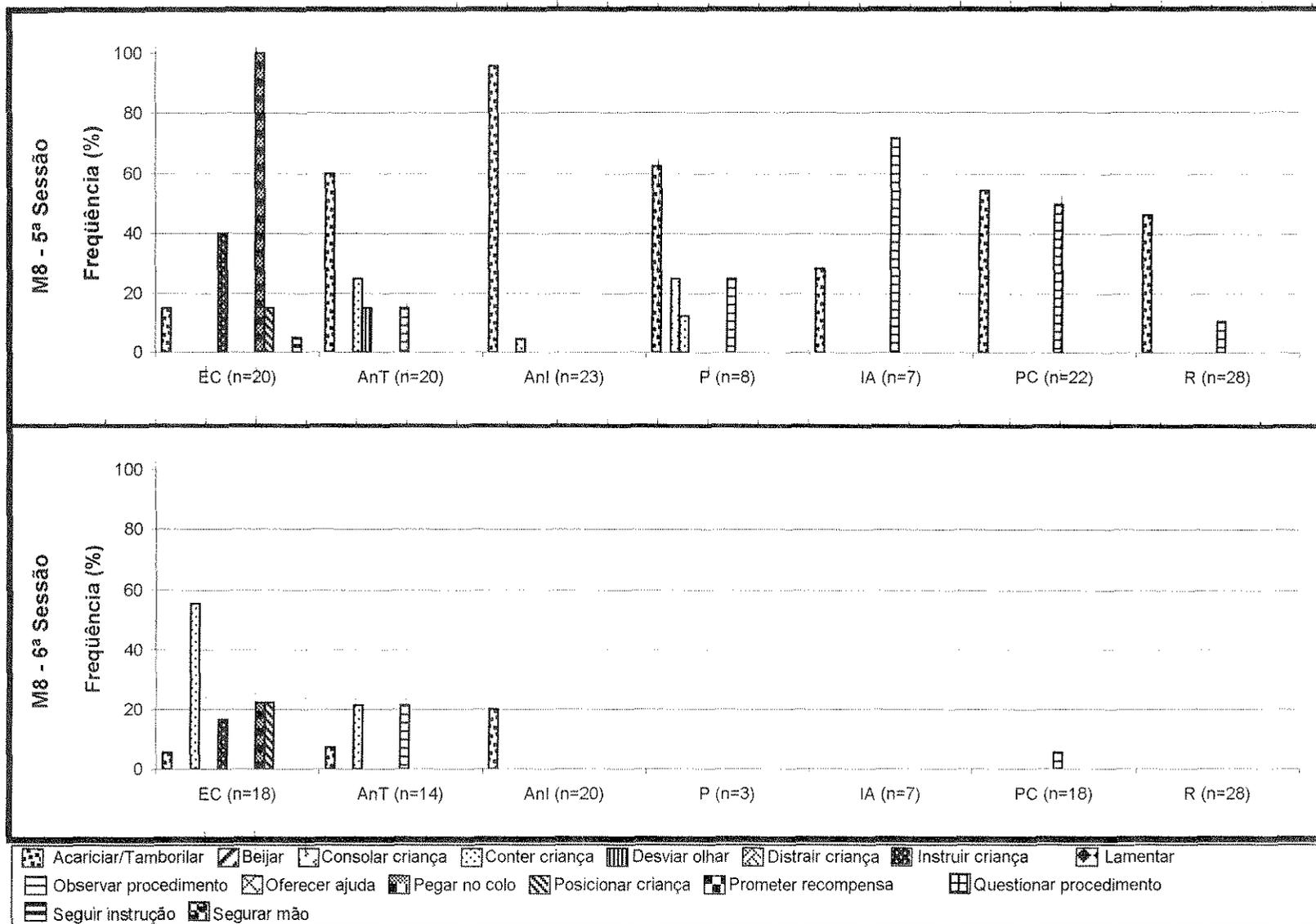


Figura 16: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 8 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M8:

No início da 3ª sessão não foi registrada a emissão de comportamentos, exceto durante a Anestesia Injetável, onde se observou a ocorrência das categorias *Desviar olhar*, *Conter criança* e *Observar procedimento*. Houve uma maior emissão de comportamentos nos momentos finais da sessão. Durante Isolamento Absoluto, a categoria *Acariciar/Tamborilar* é a única categoria observada. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu também durante o Preparo Cavitário, em alta frequência. As categorias *Conter criança* e *Observar procedimento* apareceram durante as rotinas de Preparo Cavitário e Restauração, em alta frequência. A categoria *Desviar olhar* ocorreu também durante a Restauração, em baixa frequência (menor que 10%).

Na 4ª sessão, ocorreu um aumento do número e frequência de ocorrência de comportamentos em relação à sessão anterior. A categoria *Desviar olhar* ocorreu durante Anestesia (tópica e injetável) e Isolamento Absoluto. Observou-se um maior número de comportamentos emitidos no início da sessão, durante o Exame Clínico. As categorias *Instruir criança* e *Oferecer ajuda* ocorreram somente durante Exame Clínico. A categoria *Conter criança* apareceu em todas as rotinas, atingindo uma frequência de ocorrência de 100% durante Anestesia (tópica e injetável), Pausa e Isolamento Absoluto. A alta frequência de ocorrência de *Conter criança* durante a Pausa ocorreu devido ao comportamento altamente não-colaborador da criança. A categoria *Observar procedimento* também apareceu em todas as rotinas, exceto durante Exame Clínico, em alta frequência de ocorrência, atingindo 100% durante Pausa e Isolamento Absoluto. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu no início da sessão (Exame Clínico e Anestesia Injetável) em baixa frequência e no final da sessão (Preparo Cavitário e Restauração) em uma frequência média de ocorrência (aproximadamente de 50%).

Ocorreu, na 5ª sessão, uma mudança no padrão comportamental da mãe. A categoria que mais apareceu e de maior frequência de ocorrência foi *Acariciar/Tamborilar*, ocorrendo em todas as rotinas odontológicas e atingindo uma frequência de ocorrência de quase 100% durante a Anestesia Injetável. A categoria *Instruir criança* apareceu somente no início da sessão, durante Exame Clínico. A categoria *Conter criança* ocorreu somente

durante Anestesia (tópica e injetável) e durante a Pausa. A categoria *Consolar criança* ocorreu somente durante a Pausa.

Na 6ª sessão, observou-se a emissão de comportamentos somente no início da sessão. Durante Anestesia Injetável o único comportamento apresentado foi *Acariciar/Tamborilar*, categoria que apareceu também durante Exame Clínico e Anestesia Tópica, numa frequência de ocorrência menor. Durante o Exame Clínico ocorreram as categorias *Instruir criança* e *Conter criança* (esta última numa frequência de quase 60%). A categoria *Observar procedimento* apareceu durante o Preparo Cavitário.

Síntese de comportamentos de M8:

- ◆ Ocorreu um aumento e depois uma diminuição na emissão de comportamentos pela mãe ao longo do tratamento, que pode estar relacionado funcionalmente à variabilidade dos comportamentos de não-colaboração/colaboração da criança;
- ◆ A mãe não apresentou um padrão comportamental estável.

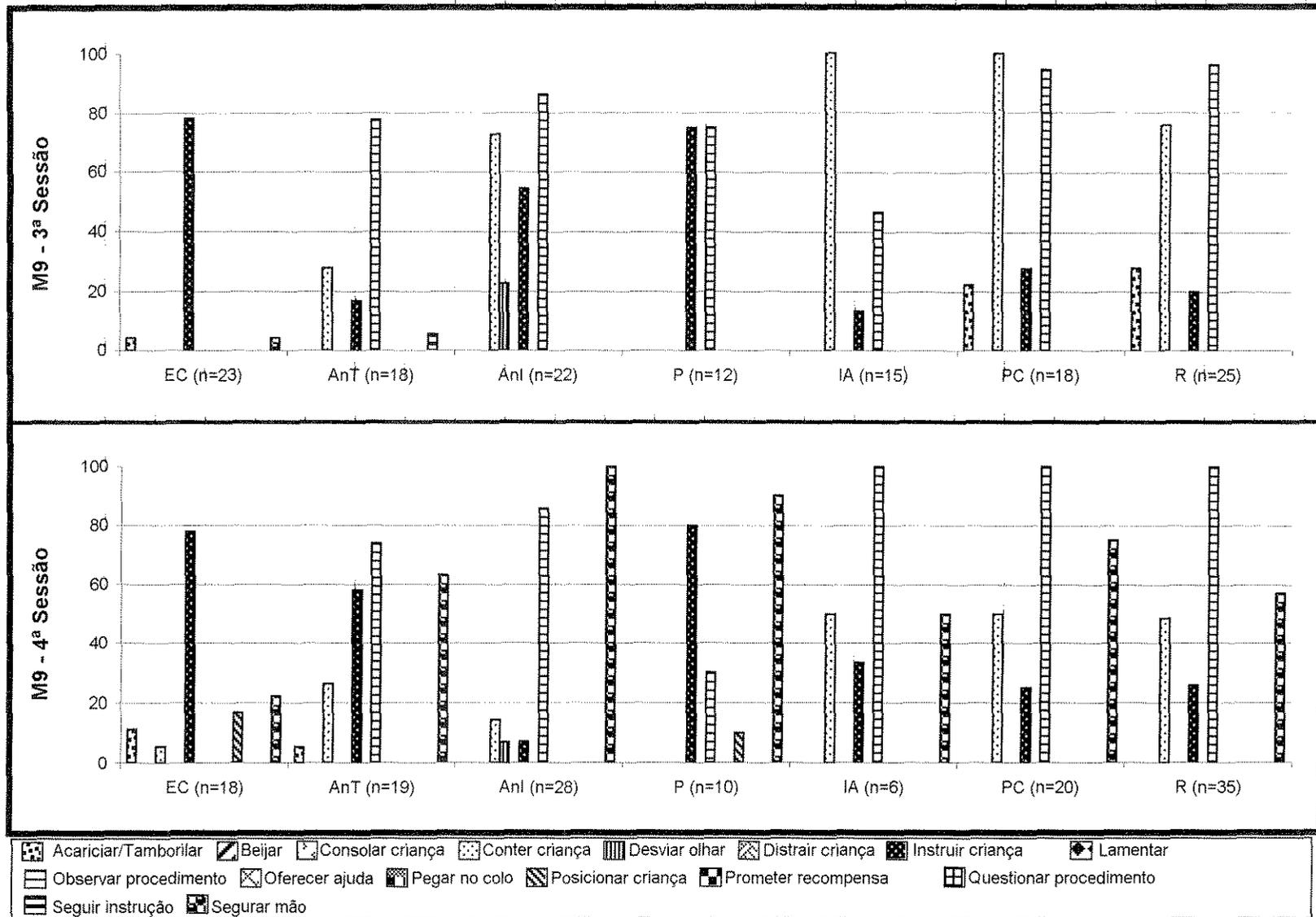


Figura 17: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 9 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

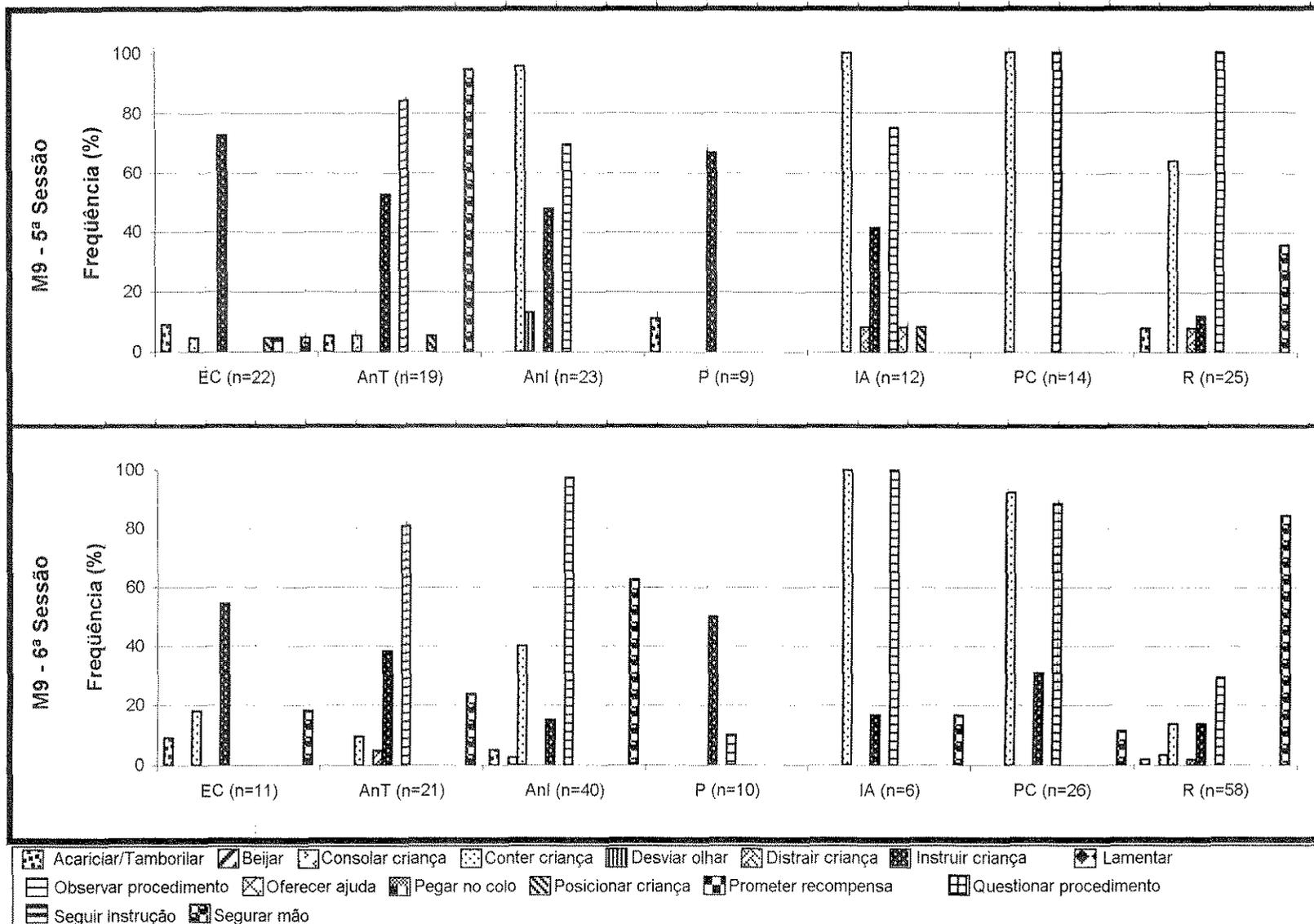


Figura 18: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 9 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC: Exame Clínico; AnT: Anestesia Tópica; AnI: Anestesia Injetável; P: Pausa; IA: Isolamento Absoluto; PC: Preparo Cavitário; R: Restauração)

M9:

A observação da Figura 17 mostra que, na 3ª sessão, houve uma alta frequência de ocorrência de comportamentos durante toda a sessão odontológica. A categoria *Desviar olhar* ocorreu somente durante a rotina de *Anestesia Injetável*, numa frequência de ocorrência de aproximadamente 20%. *Instruir criança* ocorreu em alta frequência, principalmente no início da sessão, atingindo maior frequência de ocorrência (aproximadamente 80%) durante Exame Clínico e Pausa (momentos de maior interação da mãe com a criança). Ocorreu também uma alta frequência das categorias *Conter criança* e *Observar procedimento*. A categoria *Conter criança* ocorreu numa frequência de 100% durante as rotinas de Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu no início da sessão, durante Exame Clínico (em baixa frequência) e também no final da sessão, numa frequência de ocorrência maior (aproximadamente 20%), durante as rotinas de Preparo Cavitário e Restauração.

Verificou-se, na 4ª sessão, uma alta frequência de ocorrência das categorias *Observar procedimento*, *Segurar mão* e *Instruir criança*. A categoria *Instruir criança* atingiu maior frequência no início da sessão, especialmente durante Exame Clínico e Pausa. A categoria *Desviar olhar* apareceu somente durante Anestesia Injetável. A categoria *Acariciar/Tamborilar* apareceu no início da sessão, durante Exame clínico e Anestesia Tópica. A categoria *Conter criança* ocorreu em toda a sessão, porém numa frequência de ocorrência menor, comparada às demais categorias.

Em relação às sessões anteriores, na 5ª sessão, observou-se uma diminuição da frequência de ocorrência de comportamentos, assim como da variabilidade de comportamentos emitidos. Novamente a categoria *Desviar olhar* ocorreu somente durante a rotina de Anestesia Injetável. A categoria *Instruir criança* ocorreu numa frequência de, aproximadamente, 70% no início da sessão, durante Exame Clínico e Pausa. A categoria *Distrair criança* apareceu nesta sessão durante as rotinas de Isolamento Absoluto e Restauração. A categoria *Observar procedimento* manteve frequência de ocorrência alta durante todas as rotinas, assim como a categoria *Conter criança*, que atingiu frequência de 100% durante as rotinas de Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Anestesia Injetável.

Na 6ª sessão, observou-se uma diminuição da frequência de ocorrência de comportamentos em relação às sessões anteriores. Ocorreu uma diminuição da frequência da categoria *Instruir criança*, porém esta apareceu em todas as rotinas. As categorias *Conter criança* e *Observar procedimento* ocorreram em alta frequência. A categoria *Conter criança* ocorreu em alta frequência (maior que 80%) especialmente no final da sessão, durante Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu no início (Exame Clínico e Anestesia Injetável) e no final da sessão (Restauração) em uma frequência de ocorrência muito baixa (menor que 10%). A categoria *Distrair criança* apareceu durante Anestesia Tópica, podendo sugerir uma tentativa de preparar a criança para enfrentar a rotina de Anestesia Injetável e também no final da sessão, durante a Restauração. *Consolar criança* ocorreu durante Anestesia Injetável e Restauração. A categoria *Desviar olhar* não foi registrada nesta sessão.

Síntese de comportamentos de M9:

- ◆ A mãe manteve um padrão estável de comportamentos ao longo das quatro sessões de atendimento;
- ◆ A categoria *Instruir criança* foi a mais freqüente.

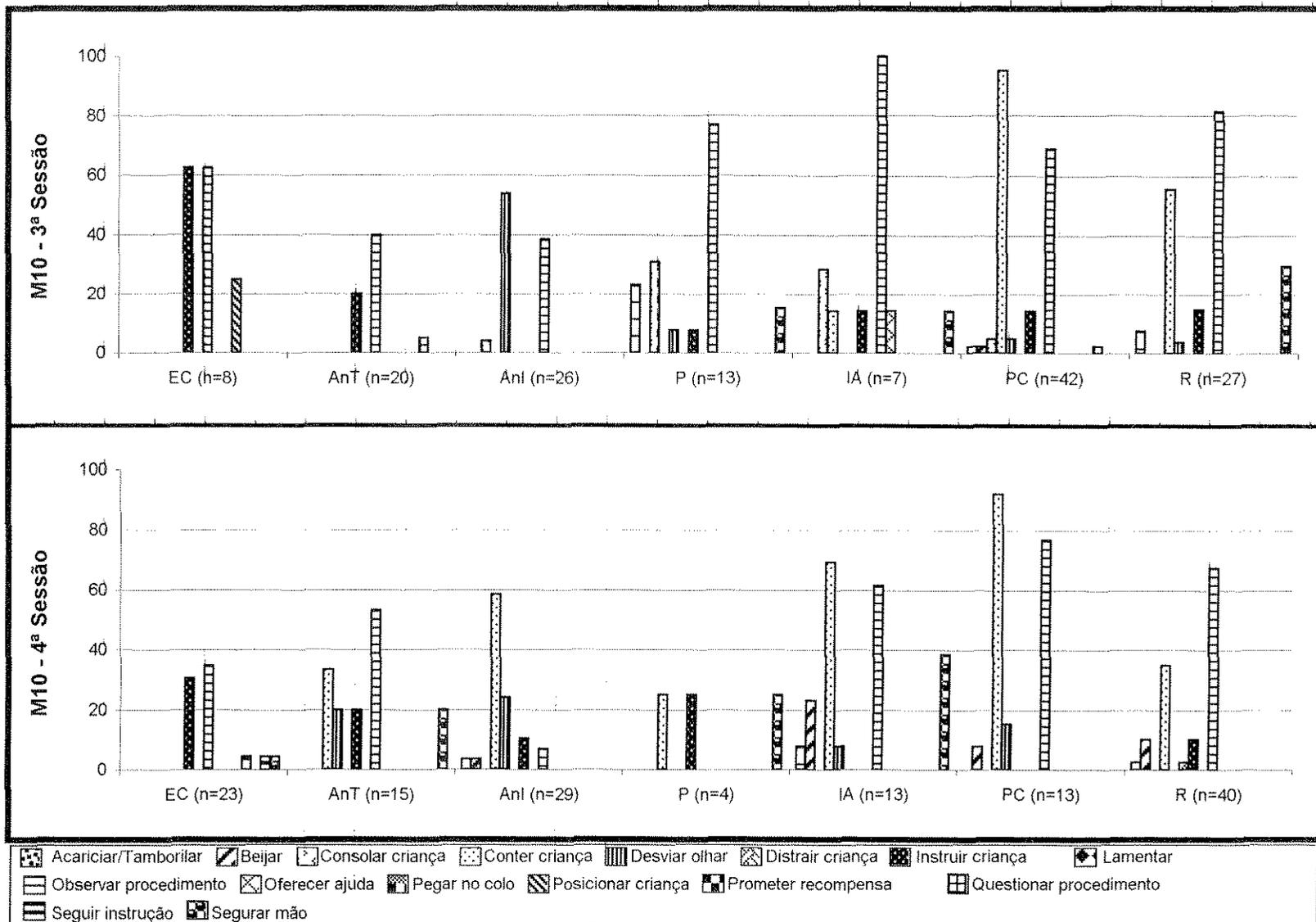


Figura 19: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 10 durante a 3ª e 4ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

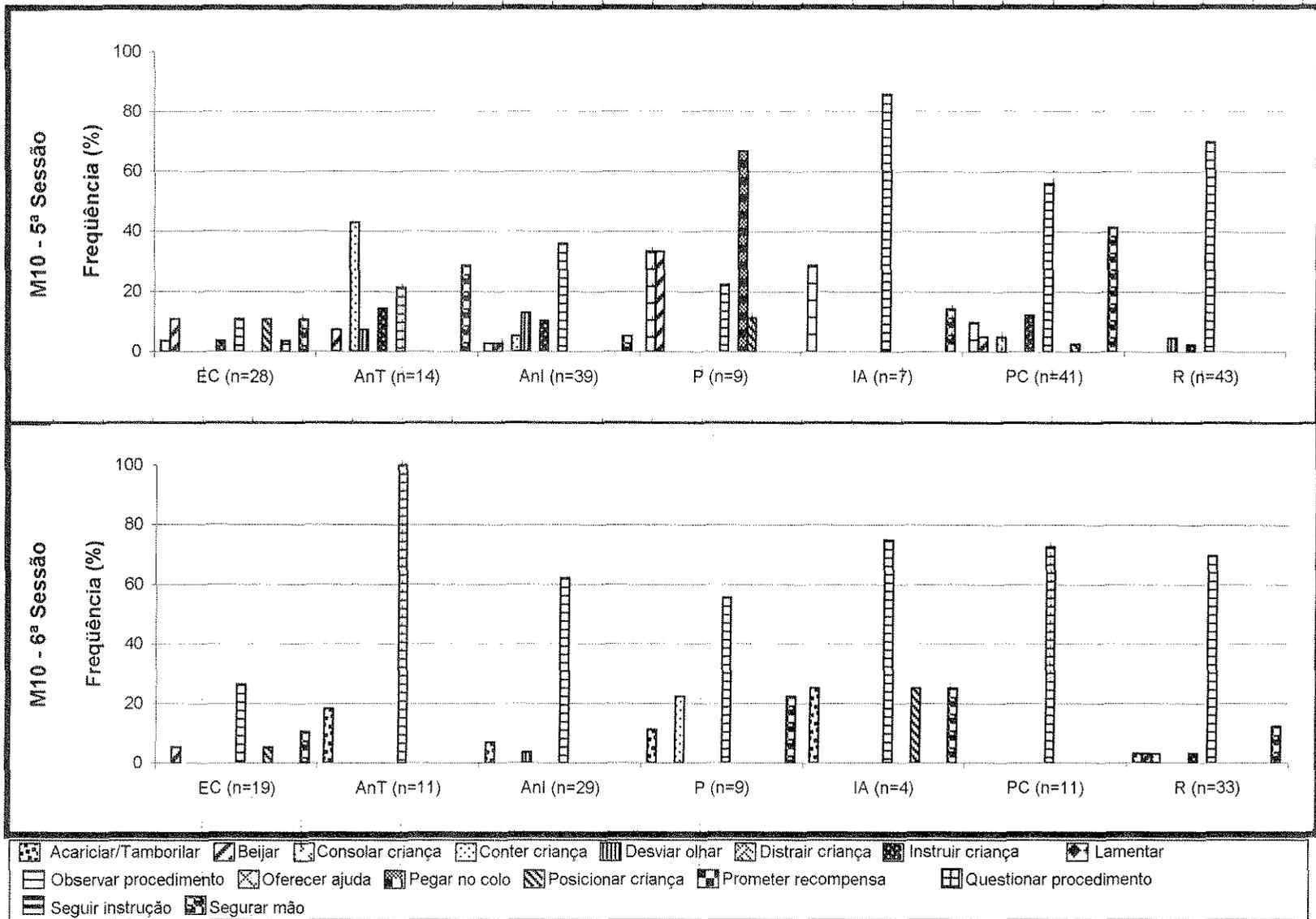


Figura 20: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pela MÃE 10 durante a 5ª e 6ª sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico (EC:Exame Clínico; AnT:Anestesia Tópica; AnI:Anestesia Injetável; P: Pausa; IA:Isolamento Absoluto; PC:Preparo Cavitário; R:Restauração)

M10:

A categoria *Instruir criança* ocorreu em todas as rotinas da 3ª sessão (Figura 19), exceto durante Anestesia Injetável e atingiu alta frequência durante o Exame Clínico. A categoria *Observar procedimento* ocorreu em todas as rotinas em alta frequência. A categoria Desviar olhar ocorreu durante Anestesia Injetável numa frequência de ocorrência de aproximadamente 10%. Esta categoria apareceu também durante as rotinas de Preparo Cavitário e Restauração. A categoria *Consolar criança* ocorreu durante Anestesia Injetável e Preparo Cavitário numa frequência de ocorrência baixa (menor que 10%) e também durante Pausa e Isolamento Absoluto, atingindo maior frequência. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu durante a Pausa, Preparo Cavitário e Restauração. A mãe *Questiona procedimento* durante Anestesia Tópica e Preparo Cavitário. A categoria *Beijar* ocorreu somente durante Preparo Cavitário. A frequência de ocorrência de comportamentos aumenta do início até o final da sessão.

Na 4ª sessão, observou-se uma diminuição da frequência de ocorrência de comportamentos em relação à sessão anterior. A categoria *Instruir criança* ocorreu no início da sessão, atingindo maior frequência durante Exame Clínico e Pausa. A categoria *Observar procedimento* ocorreu numa frequência média em todas as rotinas, não ocorrendo durante a Pausa e, durante Anestesia Injetável, ocorreu em baixa frequência (menor que 10%), quando a categoria *Desviar olhar* apareceu em maior frequência (aproximadamente 25%). A categoria *Desviar olhar* ocorreu também durante as rotinas de Anestesia Tópica, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário. A mãe *Promete recompensa* à criança no início da sessão, durante Exame Clínico, condicionado ao bom comportamento durante o atendimento. A categoria *Beijar* ocorreu durante Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração. A categoria *Conter criança* aumentou a sua frequência de ocorrência do início ao fim da sessão, atingindo 100% durante Preparo Cavitário e diminuindo durante a Restauração e, no início da sessão sua frequência também aumentou durante Anestesia Injetável. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu durante Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Restauração.

Em relação às sessões anteriores, houve, na 5ª sessão, uma diminuição da frequência de ocorrência de comportamentos, porém ocorreu um aumento desta frequência do início

ao final da sessão. A categoria *Conter criança* ocorreu somente durante Anestesia (tópica e injetável) e Preparo Cavitário, atingindo maior frequência durante Anestesia Tópica, podendo a criança já estar condicionada a este procedimento como um preparo para a Anestesia Injetável. A categoria *Desviar olhar* ocorreu durante Anestesia (tópica e injetável) e durante Restauração. A categoria *Observar procedimento* aumentou a sua frequência de ocorrência do início ao final da sessão, atingindo maior frequência durante Isolamento Absoluto (100%). A categoria *Beijar* ocorreu na maior parte das rotinas, porém em baixa frequência (menor que 10%), sendo esta maior somente durante a Pausa (25%). A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu numa frequência média durante Pausa e Isolamento Absoluto, ocorrendo em outras rotinas, porém em baixa frequência.

Na 6ª sessão, ocorreu uma diminuição significativa do número de comportamentos emitidos em relação a todas as sessões anteriores. A categoria *Observar procedimento* ocorreu durante toda a sessão em uma frequência de ocorrência maior que 50% em todos os procedimentos clínicos. Ocorreu uma diminuição da emissão da categoria *Desviar olhar*, que apareceu somente durante a Anestesia Injetável. A categoria *Conter criança* ocorreu somente durante a Pausa. A categoria *Acariciar/Tamborilar* ocorreu na maior parte da sessão, porém em baixa frequência de ocorrência. A categoria *Consolar criança* ocorreu somente no final da sessão, durante a Restauração. A categoria *Beijar* ocorreu no início e no final da sessão.

Síntese de comportamentos de M10:

- ◆ Ocorreu uma diminuição da frequência de ocorrência de comportamentos ao longo das quatro sessões de atendimento (habituação às condições do tratamento odontológico do filho);
- ◆ Observou-se uma diminuição da ocorrência da categoria *Desviar olhar* ao longo das sessões.

5.2. DESCRIÇÃO DOS PADRÕES DE COMPORTAMENTOS APRESENTADOS PELAS MÃES

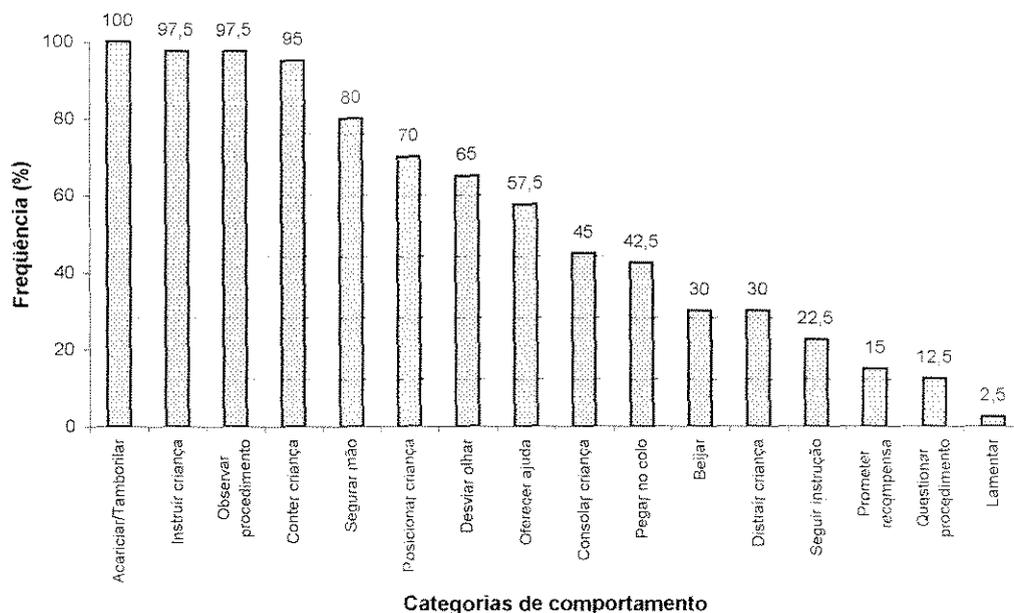


Figura 21: Porcentagem de sessões (n=40) em que ocorrem as categorias de comportamento emitidas pelas participantes (M1 a M10).

A Figura 21 mostra que a categoria de comportamento que mais ocorreu foi *Acariciar/Tamborilar*, registrada em 100% das sessões, indicativo de que a mãe, além da própria presença física (percebida como um fator de segurança para a criança, conforme Brazelton & Greenspan, 2002), apresenta sistematicamente um estímulo afetivo (representado pelo toque e pelo carinho à criança) em todas as sessões de tratamento. Outras categorias que ocorreram em alta frequência (mais de 75% das sessões) foram *Instruir criança*, *Observar procedimento*, *Conter criança* e *Segurar mão*.

A categoria que menos ocorreu foi *Lamentar* que, conforme pode ser observado no Quadro 3, foi registrada apenas para uma mãe.

O Quadro 3 mostra as categorias de comportamento emitidas pelos participantes pelo menos uma vez ao longo das quatro sessões de atendimento. O conjunto de categorias apresentadas por cada participante identifica um repertório comportamental específico.

Quadro 3: Mapeamento do repertório comportamental apresentado por cada participante (M1 a M10).

	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10
Acariciar/Tamborilar	•	■	□	•	•	•	•	•	•	■
Beijar		■				•	•			■
Consolar criança	•	■				•	•	•	•	■
Conter criança	•	■	□	•	•	•	•	•	•	■
Desviar olhar	•	■		•	•	•	•	•	•	■
Distrair criança	•	■			•		•		•	■
Instruir criança	•	■	□	•	•	•	•	•	•	■
Lamentar		○								
Observar procedimento	•	■	□	•	•	•	•	•	•	■
Oferecer ajuda	•	■		•	•	•	•	•	•	■
Pegar no colo	•	■			•	•	•	•		■
Posicionar criança	•	■	□	•	•	•	•	•	•	■
Prometer recompensa	•	■				•			•	■
Questionar procedimento		○								○
Seguir instrução			□			•		•	•	■
Segurar mão	•	■	□	•	•	•	•	•	•	■

■ = Mães com maior variabilidade comportamental; □ = Mãe com repertório comportamental menos variado; • = padrão comportamental mais comum; ○ = comportamentos únicos apresentados somente por M2 e M10.

Observando-se o quadro, pode-se verificar a variabilidade de padrões de comportamento existentes, assim como as características únicas entre as mães.

As categorias *Acariciar/Tamborilar*, *Conter criança*, *Instruir criança*, *Observar procedimento*, *Posicionar criança* e *Segurar mão*, foram comuns a todos os participantes.

Ao observar M2 e M10, percebe-se que estes apresentaram maior variabilidade comportamental durante o tratamento odontológico de seus filhos. Além disso, as marcas diferenciadas (○) para estas duas participantes, apontam suas particularidades, isto é, a categoria de comportamento *Questionar procedimento*, que foi emitida por M2 e M10, e *Lamentar*, apresentada apenas por M2. Pode-se levantar a hipótese de que estas foram as mães que apresentaram maior grau de ansiedade, expresso em termos comportamentais pela grande variabilidade de respostas e altas frequências de ocorrência. Segundo a Classificação Internacional de Doenças [CID-10], sintomas indicadores de ansiedade em situações específicas incluem ampla variabilidade comportamental, em termos motores, que denotam nervosismo, tensão muscular, desconforto físico e psicológico, preocupações e pressentimentos adversos (OMS, 1993).

Em relação a M3, coluna diferenciada por □, pode-se notar que este apresenta o repertório comportamental menos variado. Tal repertório “limitado” pode indicar uma mãe apática, alheia aos acontecimentos do ambiente ao seu redor e, por este motivo, seu comportamento é dirigido pela necessidade apresentada pela situação odontológica. Os comportamentos *Posicionar criança*, *Instruir criança* e *Conter criança* são muitas vezes necessários para que o atendimento odontológico prossiga. Porém, estes podem ter sido emitidos espontaneamente pela mãe, gerados pela situação, ou por instrução do cirurgião-dentista, já que observamos também a presença da categoria *Seguir instrução*. Observa-se a presença de categorias de apoio emocional à criança como *Acariciar/Tamborilar* e *Segurar mão*. A categoria *Segurar mão*, no entanto, pode ser interpretada de duas maneiras, funcionando como uma forma de contenção física preventiva, evitando movimentos bruscos da mão da criança, ou como forma de apoio à criança, demonstrando que a mãe está ao lado de seu filho ou ambos ao mesmo tempo. Esta mãe foi a única a não apresentar as categorias *Desviar olhar* e *Oferecer ajuda*, presentes em todas as outras mães.

Por outro lado, a pouca variabilidade comportamental apresentada por M3 pode indicar medo. Desta forma, a mãe se comporta de maneira a “atrapalhar” o menos possível a atuação do profissional, o que pode agilizar a sessão, diminuindo o tempo de sofrimento de seu filho.

Já M1 e M4 a M9, apresentaram padrões de comportamento parecidos (●). Observa-se uma semelhança nas categorias apresentadas e nenhuma particularidade pôde ser notada. Pode-se sugerir que este seja o padrão comportamental adotado pela maioria das mães durante o atendimento odontológico de seus filhos, apresentado pela maior parte das mães que fizeram parte da amostra deste estudo.

Além do agrupamento utilizado pela pesquisadora, as mães podem ser agrupadas de outras maneiras, utilizando outros critérios de classificação (número de comportamentos emitidos, por exemplo).

É importante considerar que os padrões de interação da díade na situação invasiva podem variar conforme o temperamento de seus membros e as formas típicas de interação de cada família. É sabido, também, que cada mãe possui um padrão pessoal de responder a situações estressantes, adquirido ao longo de sua história de vida e mantido por inúmeros fatores ambientais (Borges, 1999). Apesar disso, independente do padrão pessoal de cada mãe, esta pode ser efetivamente inserida no plano de tratamento da criança, tornando-se um elemento ativo e facilitador na assistência ao paciente, se devidamente treinada para tal. Assim, programas poderiam ser implantados visando auxiliar os pais (especialmente as mães) a enfrentar a situação de atendimento odontológico de seus filhos, treinando-os para ajudar as crianças a adquirir e usar estratégias de enfrentamento adequadas. O conteúdo dos programas de treinamento consistiria basicamente em ensinar os pais a elogiar a cooperação dos filhos e a engajá-los em exercícios de respiração e/ou em atividades desvinculadas do procedimento, tais como instruí-los em estratégias de contagem e manuseio de brinquedos.

A literatura mostra que o treinamento de pais tem resultado em vários benefícios, como a redução moderada ou significativa do estresse e da percepção de dor das crianças, redução da ansiedade parental, aumento dos comportamentos de promoção de enfrentamento dos pais e das respostas de enfrentamento das crianças e maximização dos efeitos de protocolos de intervenção farmacológica. Além disso, aponta outras vantagens do envolvimento dos pais nos programas de manejo da dor e do estresse infantil durante procedimentos invasivos. Entre eles, incluem-se a maior efetividade das intervenções psicológicas, manutenção do enfrentamento bem sucedido da criança, aumento das percepções de controle, competência e utilidade dos pais, distração dos pais na situação

invasiva, devido à participação no processo e diminuição da aversividade da situação, à medida que o estresse da criança diminui (Manne *et al.*, 1990).

O Quadro 4 mostra as categorias de comportamento emitidas pelos participantes pelo menos uma vez nas sessões em que as crianças receberam Diazepam ou placebo, para verificar a existência de diferenças no comportamento das mães.

Quadro 4: Mapeamento do repertório comportamental apresentado por cada participante (M1 a M10) nas sessões em que as crianças receberam Diazepam ou placebo.

	M1		M2		M3		M4		M5		M6		M7		M8		M9		M10		
	Pl	Dr	Pl	Dr																	
Acariciar/Tamborilar	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Beijar			•	•							•	•		□						•	•
Consolar criança	•	•	•	•							•	•	•	•	□			□	•	•	
Conter criança	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Desviar olhar	•	•	•	•				□	•	•	□		•	•	•	•	•	•	•	•	•
Distrair criança	•	•		□						□			•	•				•	•		□
Instruir criança	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Lamentar			□																		
Observar procedimento	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Oferecer ajuda	•	•	•	•			•	•	•	•	•	•	•	•		□	□		□		
Pegar no colo		□	•	•					□		•	•	•	•	•	•			□		
Posicionar criança	•	•	•	•	•	•	•	•	□		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•
Prometer recompensa	□			□							□						□			□	
Questionar procedimento			•	•																□	
Seguir instrução					•	•					□				•	•	□				□
Segurar mão	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		□	•	•	•	•	•

• = Comportamentos apresentados pelas mães; □ = Comportamentos que diferem nas sessões diazepam e placebo.

Pode-se observar que não ocorreram grandes diferenças (identificadas por □) no repertório de comportamentos apresentado pelas mães nas sessões em que seus filhos receberam Diazepam ou placebo. Este fato pode indicar que as mães não foram influenciadas pelo estado de “ansiedade” das crianças, pois mantiveram seu padrão comportamental ou, também, que a metodologia empregada para registro dos dados pode

não ter sido sensível para captar as diferenças possivelmente existentes no comportamento das mães. Porém, nota-se que todas as mães apresentaram, pelo menos, um comportamento diferente nas sessões em que seus filhos receberam diazepam ou placebo. A única mãe que manteve exatamente o mesmo repertório de comportamentos foi M3 que foi, como pode ser visto no Quadro 3, a que apresentou a menor variabilidade comportamental.

A figura 22 mostra a média das freqüências relativas das categorias de comportamento de todos os participantes nas sessões Diazepam e Placebo.

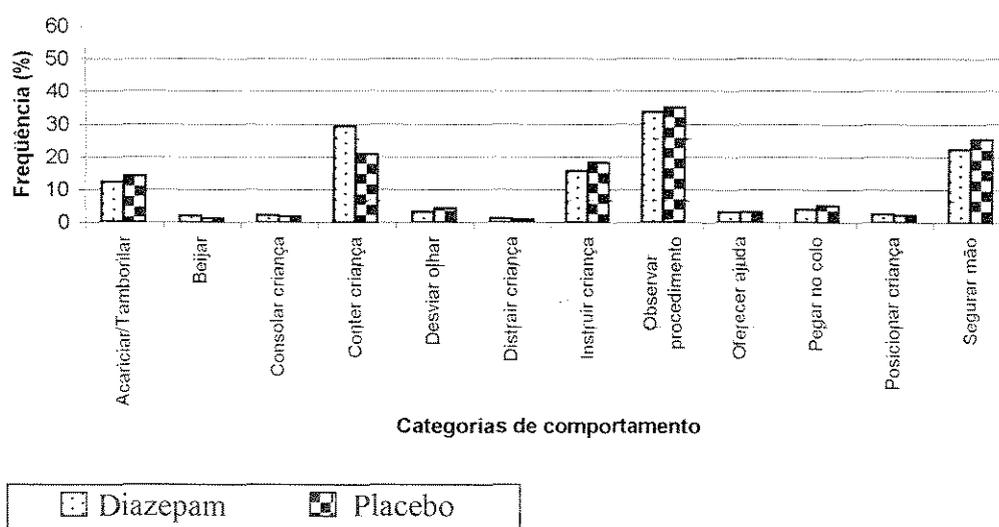


Figura 22: Média das freqüências relativas das categorias de comportamento de todos os participantes (M1 a M10) nas sessões em que as crianças receberam Diazepam e nas sessões em que as crianças receberam Placebo.

Observa-se que não ocorreram diferenças significativas na freqüência de ocorrência de comportamentos entre as sessões em que as crianças receberam diazepam ou placebo. As categorias de comportamento *Lamentar*, *Prometer recompensa*, *Questionar procedimento* e *Seguir instrução* não foram incluídas no gráfico por apresentarem médias muito baixas. A maior diferença ocorreu para a categoria *Conter criança* que apresentou maior freqüência média nas sessões em que as crianças receberam a medicação. Possobon

(2003), que avaliou os efeitos do diazepam sobre o comportamento das crianças, também verificou frequências relativas médias mais altas da categoria de comportamento Reação Física Intensa (RFI) nas sessões com Diazepam.

A Figura 23 ilustra a média das frequências relativas das categorias de comportamento de todos os participantes durante as quatro sessões sequenciais de atendimento odontológico e permite verificar a evolução das categorias ao longo do tratamento.

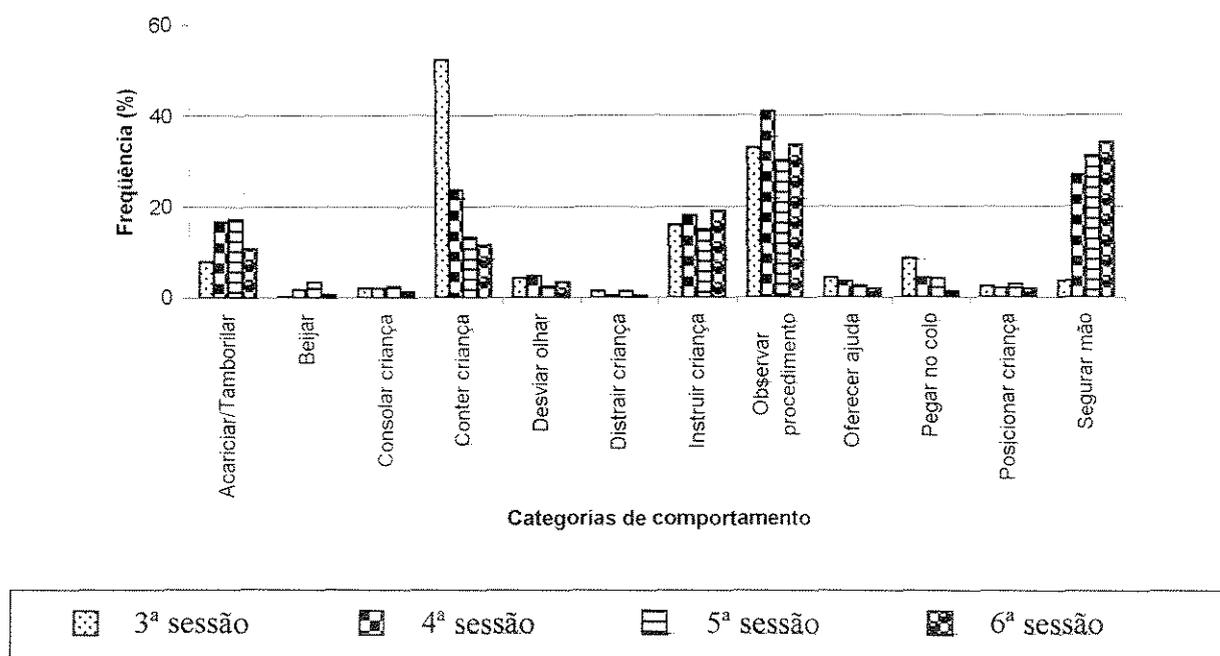


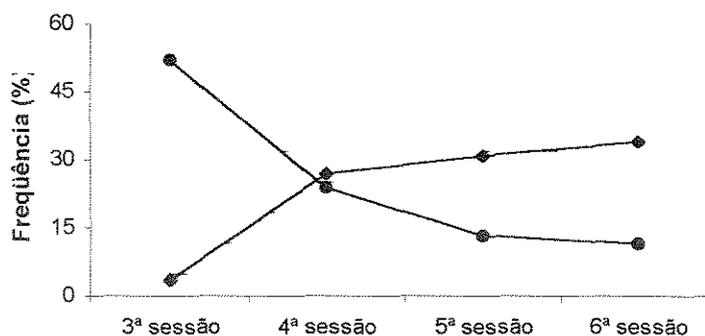
Figura 23: Média das frequências relativas das categorias de comportamento de todos os participantes (M1 a M10) ao longo das quatro sessões de tratamento odontológico.

Observa-se que para as categorias *Conter criança*, *Oferecer ajuda* e *Pegar no colo*, a maior frequência ocorreu na 3ª sessão, ou seja, a primeira sessão de tratamento curativo. Para estas categorias, ocorreu uma diminuição gradual da frequência da 3ª para a 6ª sessão. Porém, um resultado interessante foi a queda acentuada observada para a categoria *Conter criança*, que atingiu uma frequência média de 52,2% na terceira sessão caindo para 11,5% na sexta sessão. Ao observar a categoria de comportamento Reação Física Intensa (RFI) das

crianças, percebe-se que também houve uma diminuição na frequência da 3ª à 6ª sessão para todos os participantes (Figura 38). Assim, talvez as mães tenham percebido a necessidade cada vez menor do uso de contenção física, em função do comportamento da criança. Outro padrão observado foi o aumento da frequência média da categoria *Segurar mão*, que variou de 3,6% na terceira sessão para 34% na sexta sessão. A categoria *Acariciar/Tamborilar* atingiu maiores frequência médias na quarta e quinta sessões. Já as demais categorias mantiveram a frequência média estável ao longo das quatro sessões.

As categorias *Lamentar*, *Prometer recompensa*, *Questionar procedimento* e *Seguir instrução* não foram incluídas na Figura 23, uma vez que apresentaram frequências muito baixas. *Lamentar* ocorreu apenas para uma mãe e *Questionar procedimento*, para duas mães.

Observou-se uma tendência da categoria *Segurar mão* ocorrer em substituição à categoria *Conter criança*. Esta afirmação pode ser melhor verificada pela análise da Figura 24, a seguir.



—●— *Conter criança* —◆— *Segurar mão*

Figura 24: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Conter criança* e *Segurar mão* ao longo das quatro sessões de tratamento de todos os participantes.

Como se pode notar na Figura 24, quando diminuía a frequência da categoria *Conter criança* ocorria um aumento de *Segurar mão*. Sugere-se que a categoria *Segurar mão* seja considerada uma modalidade de contenção física preventiva. Ao mesmo tempo em que constitui um estímulo afetivo à criança, ao segurar a mão de seu(u) filho(a), a mãe poderia estar indicando a necessidade de que a criança ficasse mais quieta, ou, apresentasse menor movimentação física.

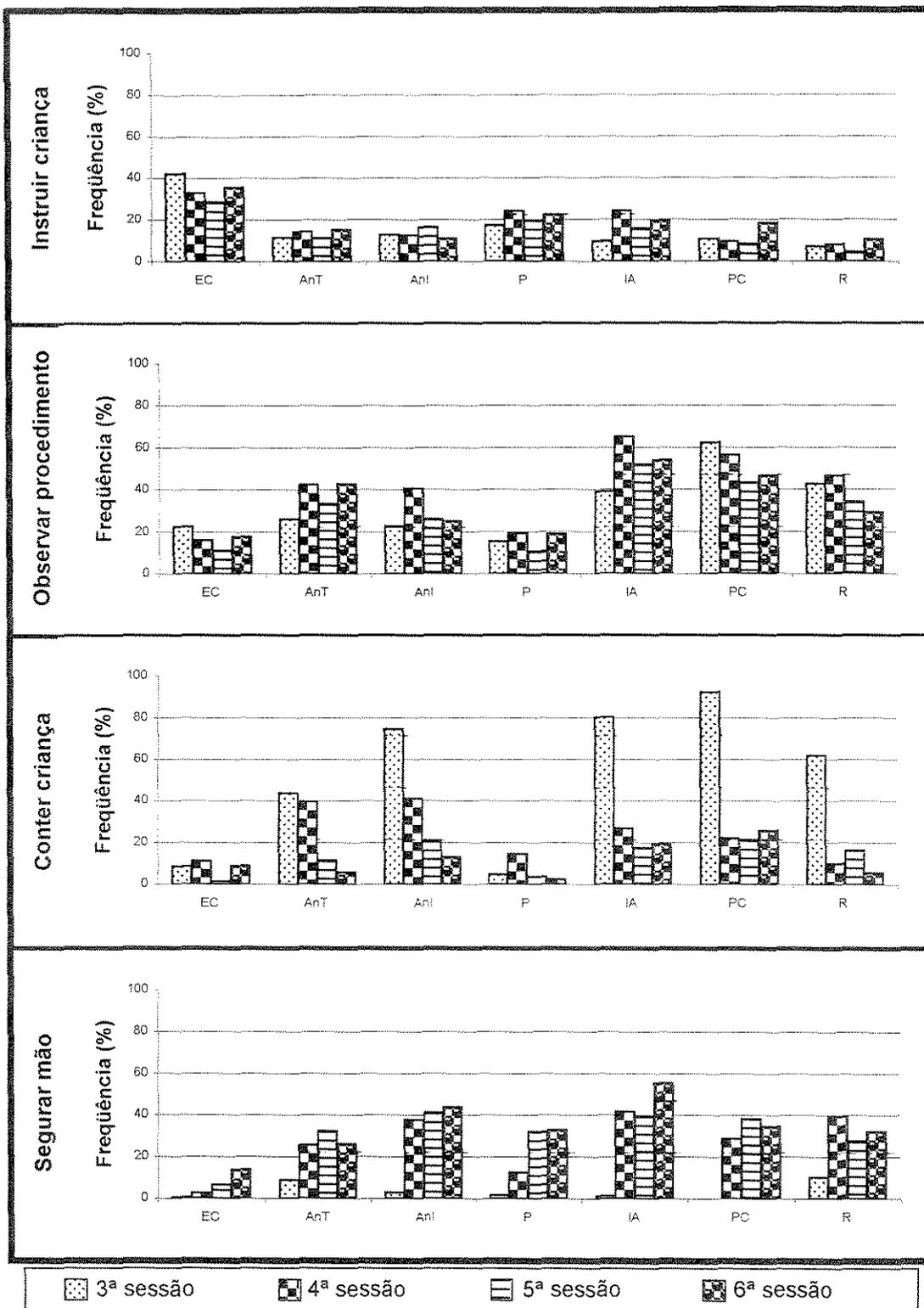


Figura 25: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Instruir criança*, *Observar procedimento*, *Conter criança* e *Segurar mão*, ao longo de cada procedimento clínico durante as 4 sessões de todos os participantes.

A Figura 25 mostra as frequências relativas médias das categorias de comportamento *Instruir criança*, *Observar Procedimento*, *Conter criança* e *Segurar mão* ao longo de cada procedimento clínico, durante as quatro sessões de tratamento para todos os participantes.

A categoria *Instruir criança* ocorreu principalmente durante os procedimentos de Exame Clínico e Pausa. Isto provavelmente aconteceu devido a serem estes os momentos do atendimento odontológico que permitem maior interação mãe-filho, quando o cirurgião-dentista não realiza qualquer procedimento técnico ou realiza procedimentos técnicos relativamente simples. As maiores frequências foram atingidas durante o Exame clínico, que corresponde ao início do atendimento, quando a mãe tenta convencer o filho a permitir o início do tratamento.

Em relação à categoria *Observar procedimento*, esta manteve a frequência relativa média constante considerando as quatro sessões de atendimento. Porém, as maiores frequências foram registradas no final da sessão, durante os procedimentos de Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração. Isto pode ter ocorrido porque ao final da sessão, a mãe já se “adaptou” à situação e provavelmente se encontra mais relaxada em relação ao início da sessão, o que permite a ela prestar maior atenção ao que ocorre no ambiente, especificamente no procedimento realizado na boca da criança.

A categoria *Conter criança* evoluiu de maneira bastante interessante. Como pode ser observado na figura, as maiores frequências ocorreram durante a 3ª sessão de atendimento (primeira sessão de tratamento curativo). Nesta sessão, era dado à criança cinco minutos de tolerância para que ela colaborasse e permitisse o início do tratamento, tempo em que o cirurgião-dentista tentava convence-la, explicando e mostrando os equipamentos e instrumentos que seriam utilizados, permitindo a manipulação destes objetos e pedindo sua colaboração. Durante estes cinco minutos a mãe também interagiu com a criança tentando fazer com que ela colaborasse. Decorrido este tempo, caso a criança manifestasse resistência ao tratamento, o tratamento era iniciado sob contenção física, realizada pela mãe.

Outro resultado que pode ser notado em relação à categoria *Conter criança* é que, apesar das altas frequências registradas durante a 3ª sessão, esta frequência diminuiu

gradualmente da 3ª a 6ª sessão, para todos os procedimentos clínicos, atingindo frequências baixas na última sessão de atendimento. Diversos autores, tais como Allen & Stokes (1987), Stark *et al.* (1989) e Ten Berge *et al.* (1999), descrevem um decréscimo da frequência de comportamentos de não-colaboração ao longo das sessões de atendimento. Isto pode explicar o decréscimo das frequências da categoria *Conter criança*, pois aumentando o nível de colaboração da criança, diminui a necessidade de contenção física pela mãe.

Analisando o gráfico relativo à categoria *Segurar mão*, observa-se praticamente o oposto do que ocorreu para a categoria *Conter criança*. Houve um aumento gradativo das frequências médias de *Segurar mão* da 3ª a 6ª sessão de atendimento. Sugere-se que esta categoria seja uma modalidade de contenção física preventiva. Assim, diminuindo-se a necessidade de realização de contenção física da criança, a mãe ainda segura a sua mão, provavelmente, com a intenção de evitar movimentos bruscos da criança, ou seja, a criança não está completamente livre. Esta categoria pode ter, além disso, uma certa intenção de oferecer apoio à criança, pois a mãe demonstra a sua presença ao lado do filho, segurando sua mão.

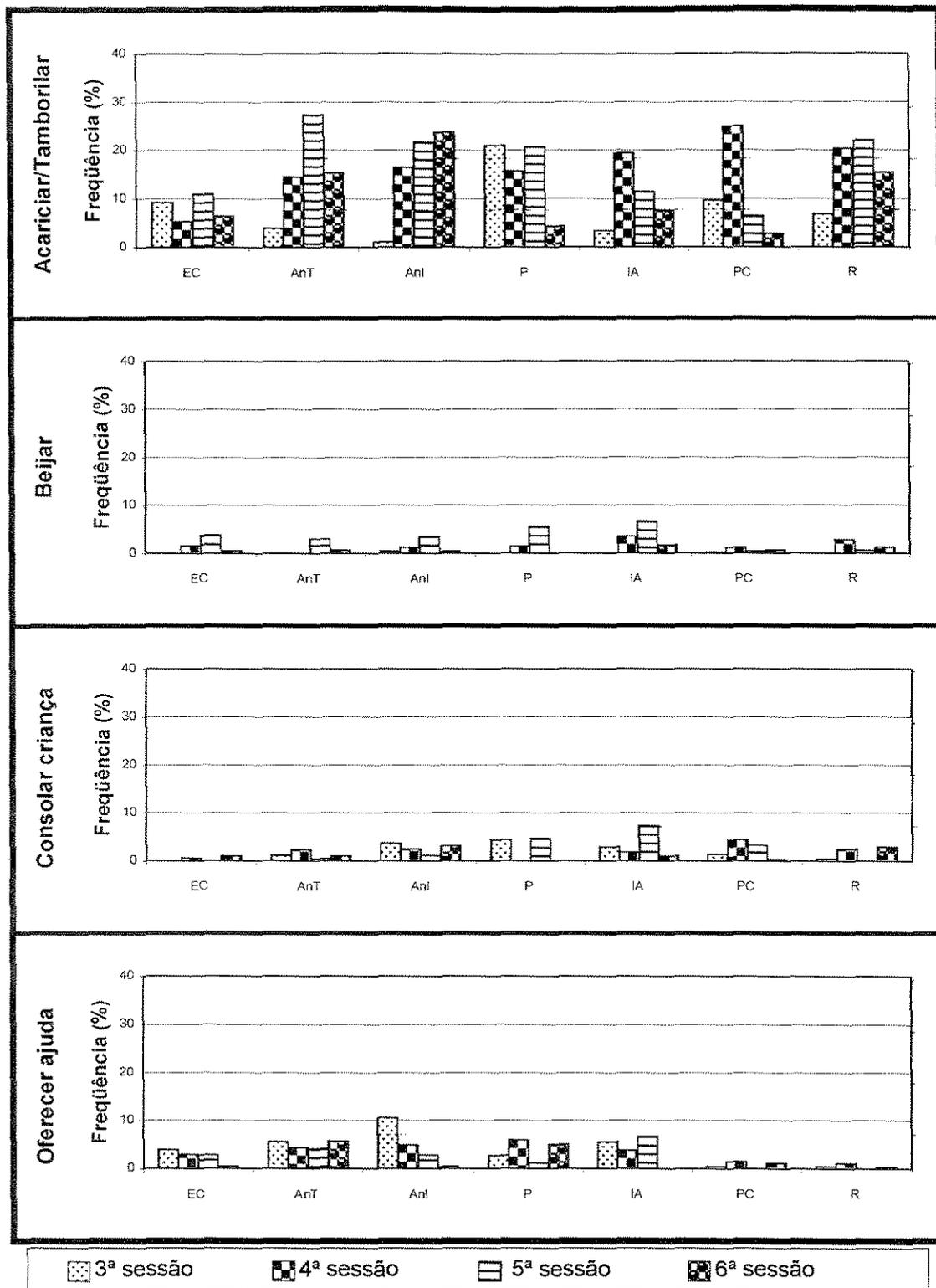


Figura 26: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Acariciar/Tamborilar*, *Beijar*, *Consolar criança* e *Oferecer ajuda*, ao longo de cada procedimento clínico durante as 4 sessões de todos os participantes.

A Figura 26 mostra as frequências relativas médias das categorias de comportamento *Acariciar/Tamborilar*, *Beijar*, *Consolar criança* e *Oferecer ajuda* ao longo de cada procedimento clínico, durante as quatro sessões de tratamento para todos os participantes (M1 a M10).

A categoria *Acariciar/Tamborilar* atingiu maior frequência durante o procedimento de Anestesia Tópica (27,3%) seguida do Preparo Cavitário e Anestesia Injetável (23,8%). Pode-se notar que a maior frequência ocorreu durante Anestesia Tópica, procedimento que antecede a Anestesia Injetável. A mãe provavelmente acredita que a Anestesia Injetável pode proporcionar um certo grau de sofrimento ao seu filho e emite, antecipadamente, comportamentos de acariciar a criança, tentando amenizar tal sentimento. Observa-se também que as maiores frequências, considerando as quatro sessões de atendimento, ocorreram especialmente durante o episódio de Anestesia (Tópica e Injetável). Segundo Possobon (2003), o procedimento de Anestesia Injetável, embora não tenha provocado as maiores taxas de comportamentos que dificultavam e/ou impediam a atuação do dentista, foi a rotina que eliciou maior nível de ansiedade nas crianças participantes. Outros pesquisadores tais como Yanase *et al.* (1996) e Ram *et al.* (1999) também encontraram altos índices de não-colaboração durante os procedimentos de Anestesia Injetável, Preparo Cavitário e Isolamento Absoluto.

A análise da categoria *Beijar* mostra que as maiores frequências desta categoria ocorreram durante a 5ª sessão de atendimento. Provavelmente, este comportamento está relacionado a uma mãe e, devido ao cálculo da média, pode-se ter a falsa impressão de que ocorreu para todos os participantes. Por isso, este dado deve ser analisado com cautela e, se necessário, retornar às figuras relativas às sessões completas (Figuras de 1 a 20).

Quanto à categoria de comportamento *Consolar criança*, pode ser observado no gráfico que esta foi mais frequente durante as rotinas de Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, considerando as quatro sessões de atendimento. Provavelmente sejam estes os procedimentos percebidos como mais aversivos pela mãe, que tenta amenizar o sofrimento do filho emitindo o comportamento de *Consolar criança*. Estudos que investigam os aspectos mais aversivos da situação odontológica encontraram índices elevados de não-colaboração das crianças durante os procedimentos de Anestesia

Injetável, Preparo cavitário e Isolamento Absoluto (Yanase *et al.*, 1996; Ram *et al.*, 1999; Possobon, 2003). Assim, a mãe passa a perceber estes momentos da situação odontológica como momentos de sofrimento para seu filho e tenta estabelecer relações com a criança de maneira a oferecer apoio emocional a ela.

A categoria *Oferecer ajuda* apresentou frequências relativamente constantes durante as quatro sessões de atendimento, para a maioria das rotinas odontológicas, exceto para Preparo Cavitário e Restauração, quando apresentou frequências médias muito baixas, como pode ser observado no gráfico (Figura 26). Porém, foi durante o procedimento de Anestesia Injetável que a categoria atingiu a maior frequência média, na 3ª sessão de atendimento (primeira sessão de tratamento curativo).

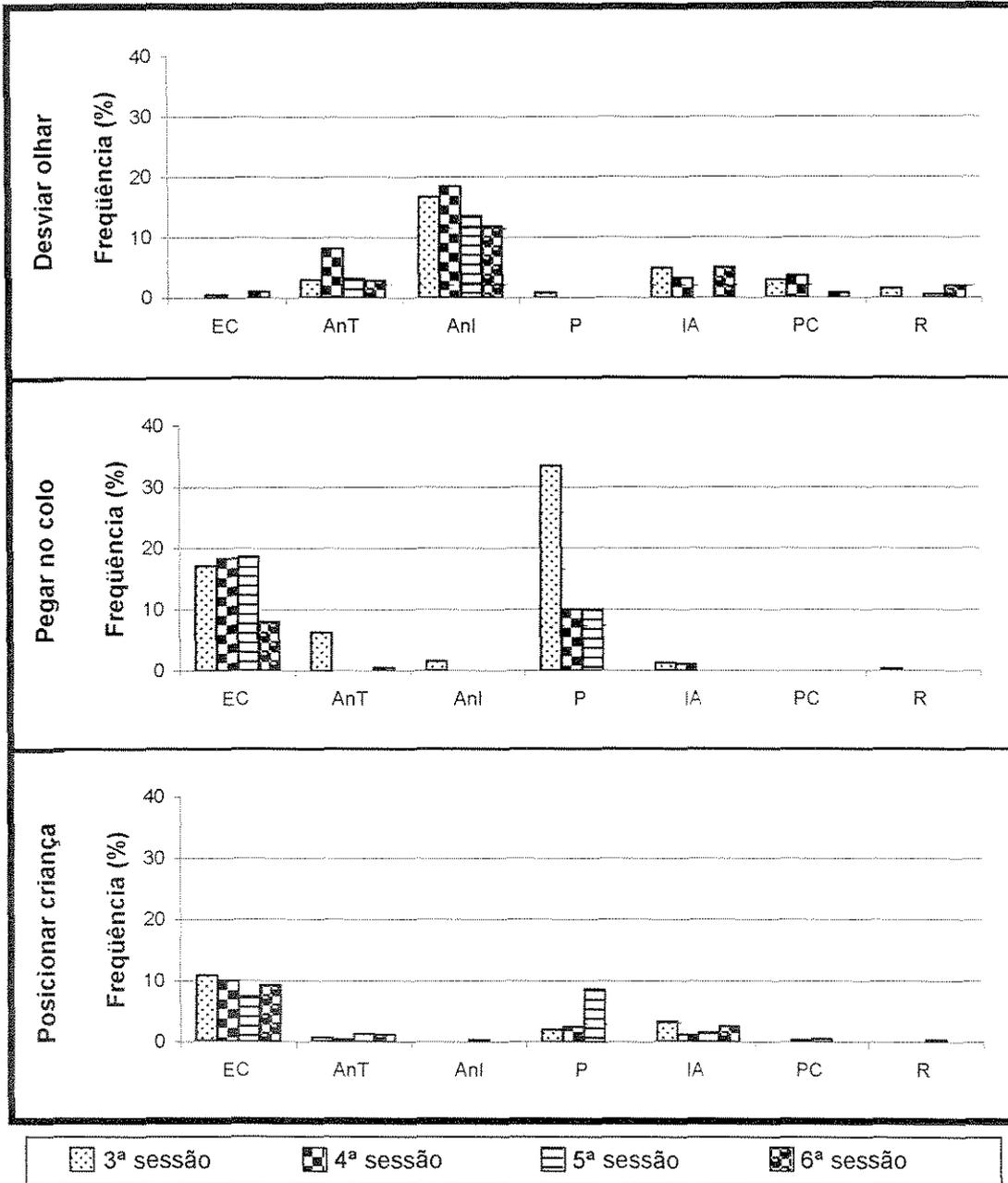


Figura 27: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Desviar olhar*, *Pegar no colo* e *Posicionar criança*, ao longo de cada procedimento clínico durante as 4 sessões de todos os participantes.

A Figura 27 mostra as frequências relativas médias das categorias de comportamento *Desviar olhar*, *Pegar no colo* e *Posicionar criança* ao longo de cada procedimento clínico, durante as quatro sessões de tratamento para todos os participantes.

Observando-se o gráfico relativo à categoria *Desviar Olhar*, pode-se notar que as maiores frequências ocorreram durante o procedimento de Anestesia Injetável. Sugere-se que este comportamento esteja relacionado a aversividade do procedimento ou à crença da mãe quanto ao sofrimento que tal procedimento possa proporcionar ao seu filho. Possobon (2003) relatou em seu estudo que a Anestesia Injetável foi a rotina que gerou maior nível de ansiedade nas crianças. Além disso, segundo o trabalho de Cardoso (2002), a aplicação da Anestesia Injetável, extração/cirurgia e o uso do motor de alta-rotação (Preparo Cavitário) foram os procedimentos mais frequentemente considerados como rotinas de dificuldade para as crianças, sendo apontados como ameaçadores ou incômodos. Desta forma, o comportamento emitido pela mãe de *Desviar olhar*, principalmente durante a Anestesia Injetável, pode ser visto como uma forma da mãe “evitar” o próprio sofrimento.

A categoria *Pegar no colo* apresentou as maiores frequências durante os procedimentos de Exame Clínico e Pausa. Estes são momentos em que o cirurgião-dentista não executa procedimento técnico algum na boca da criança e, por isso, a criança tem a “liberdade” de ir para o colo da mãe. Durante a Pausa, momento dado à criança após a Anestesia Injetável, em muitas sessões observadas, a criança ia para o colo da mãe. Nos demais procedimentos clínicos, a ocorrência da categoria *Pegar no colo* está provavelmente associada a momentos de fuga da criança, quando esta interrompe o procedimento que está sendo realizado e vai para o colo da mãe, não acontecendo, portanto, por iniciativa da mãe.

Situação semelhante ao que ocorre com *Pegar no colo* acontece também para *Posicionar criança*. Porém, além de frequências significantes observadas durante Exame clínico e Pausa, *Posicionar criança* ocorreu também durante Isolamento Absoluto. Exame clínico e Isolamento Absoluto representam o início do tratamento, o Exame clínico por ser o primeiro procedimento da sessão e o Isolamento Absoluto por ocorrer após um episódio de Pausa, em que a sessão é temporariamente “interrompida”. Assim, estas rotinas (Exame Clínico e Isolamento Absoluto) representam o momento em que a criança é posicionada na cadeira, procedimento realizado pelo cirurgião-dentista ou também pela mãe. A ocorrência

da categoria *Posicionar criança*, registrada durante o episódio de Pausa, acontece no final da Pausa, quando muitas vezes a criança, no colo da mãe, tem que retornar à cadeira e este procedimento é realizado pela mãe.

5.3. RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS: MÃE – CRIANÇA

5.3.1. APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES

As figuras numeradas de 28 a 37 representam os gráficos de frequência relativa das categorias de comportamento de cada criança e de sua mãe, durante cada uma das quatro sessões de tratamento curativo. Ao lado esquerdo da figura, estão indicados o número da sessão (3ª a 6ª) e a designação “Criança” e “Mãe”, indicando a quem se refere cada gráfico.

Nos gráficos referentes aos comportamentos emitidos pelas mães, foram utilizadas, para melhor visualização, apenas seis categorias comportamentais: *Acariciar/Tamborilar*, *Conter criança*, *Instruir criança*, *Observar procedimento*, *Oferecer ajuda* e *Segurar mão*. Estas categorias foram escolhidas por terem apresentado as maiores frequências médias durante as quatro sessões de atendimento, como pode ser visto na Figura 23.

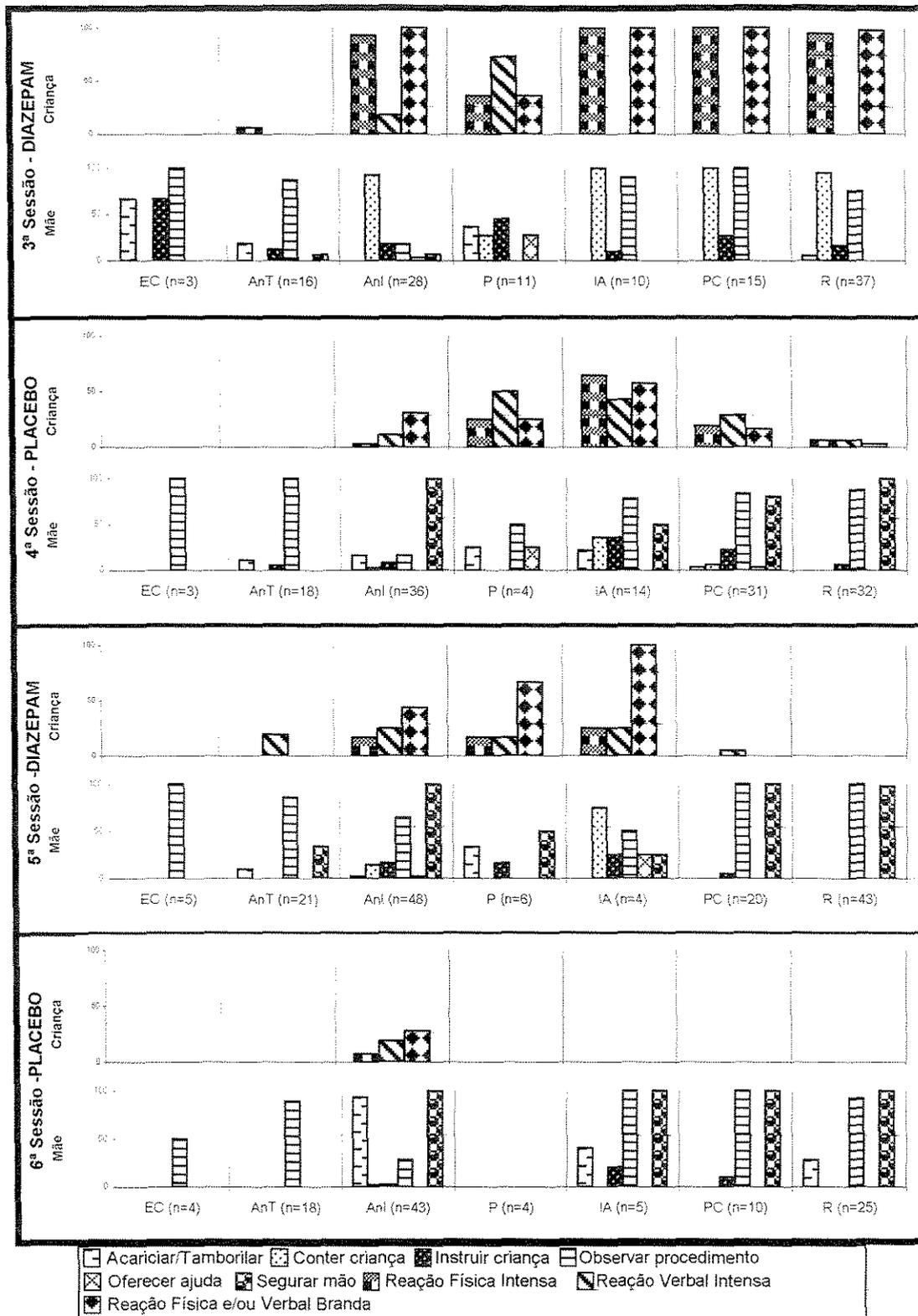


Figura 28: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M1 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

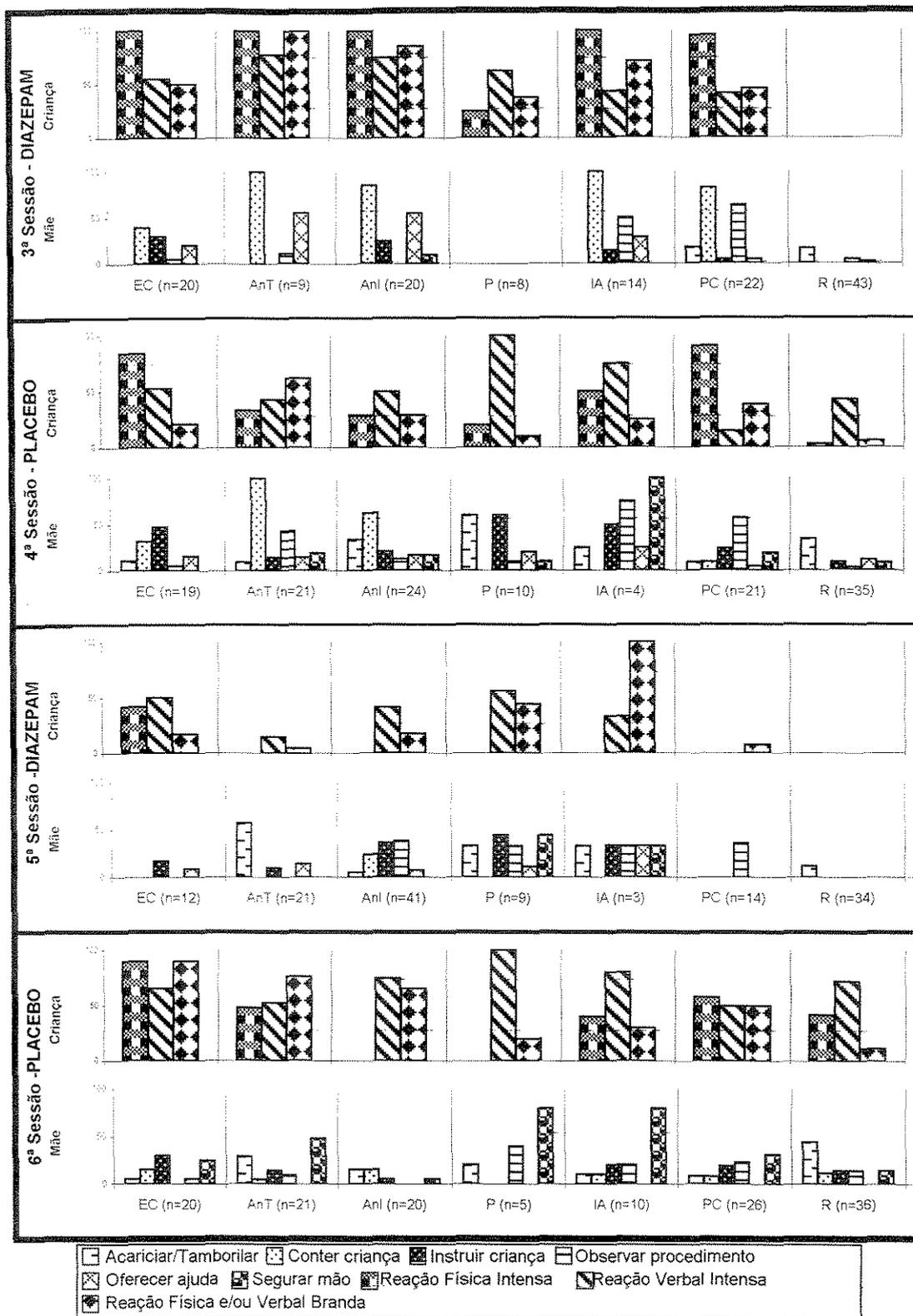


Figura 29: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M2 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

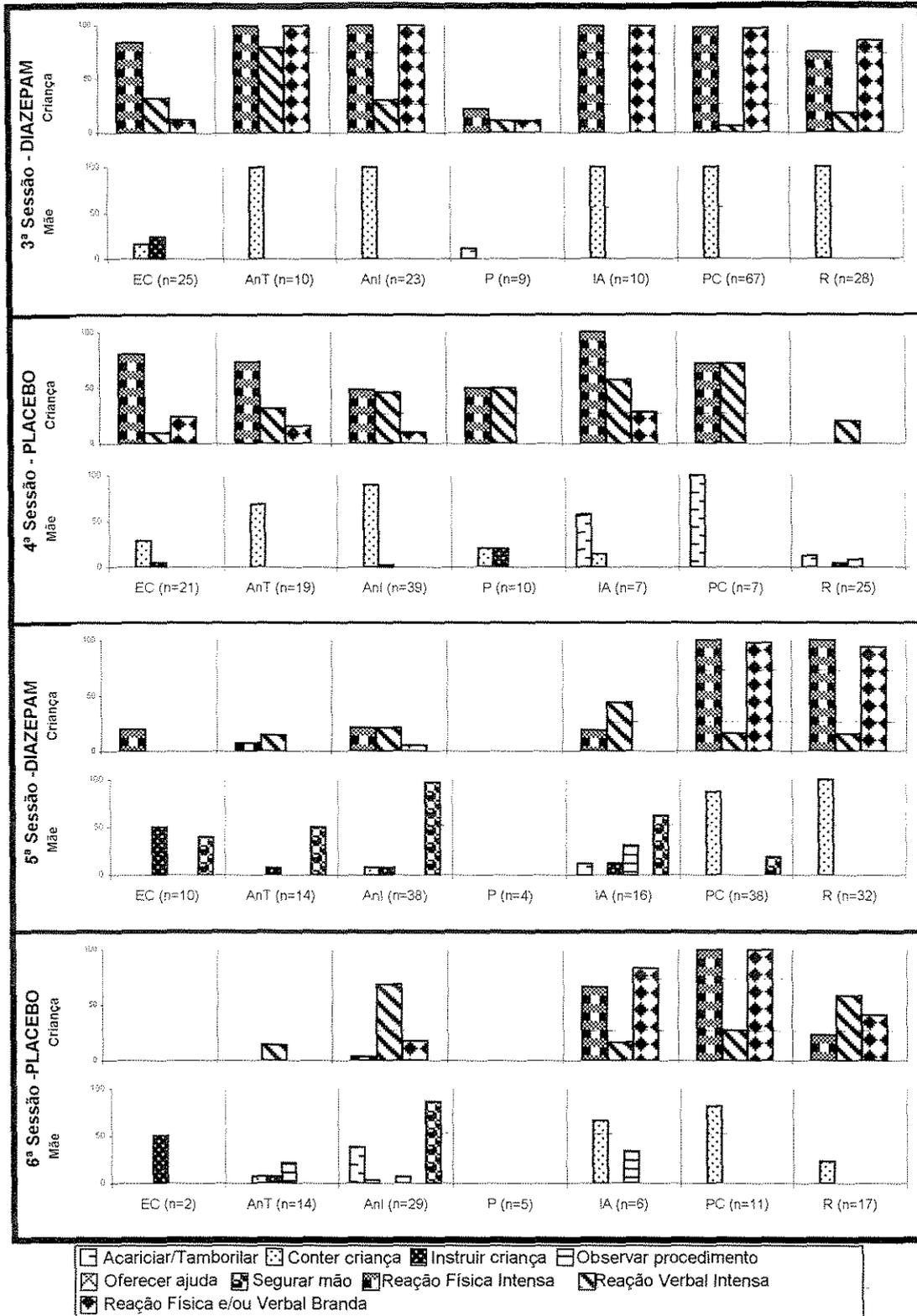


Figura 30: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M3 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

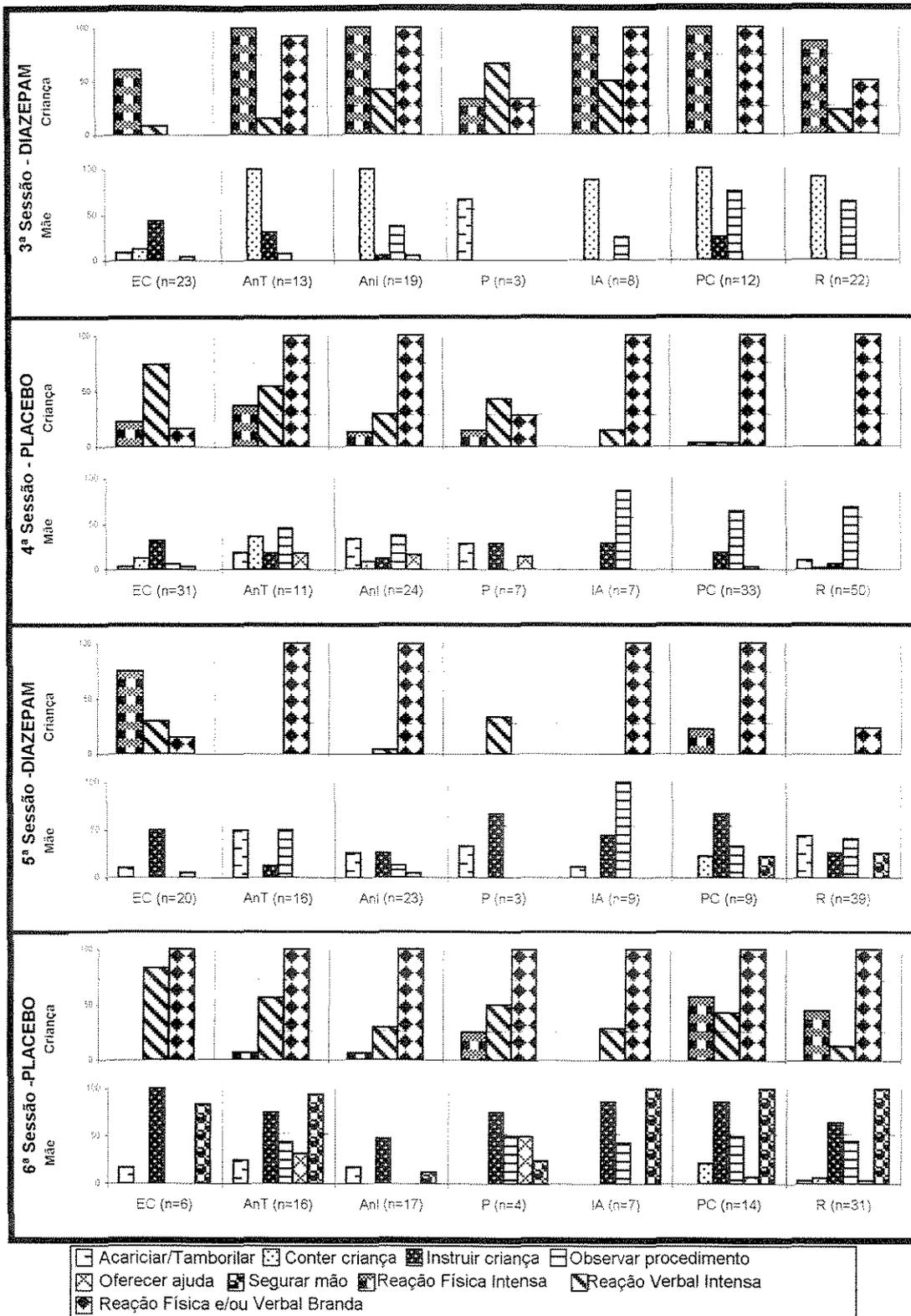


Figura 31: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M4 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

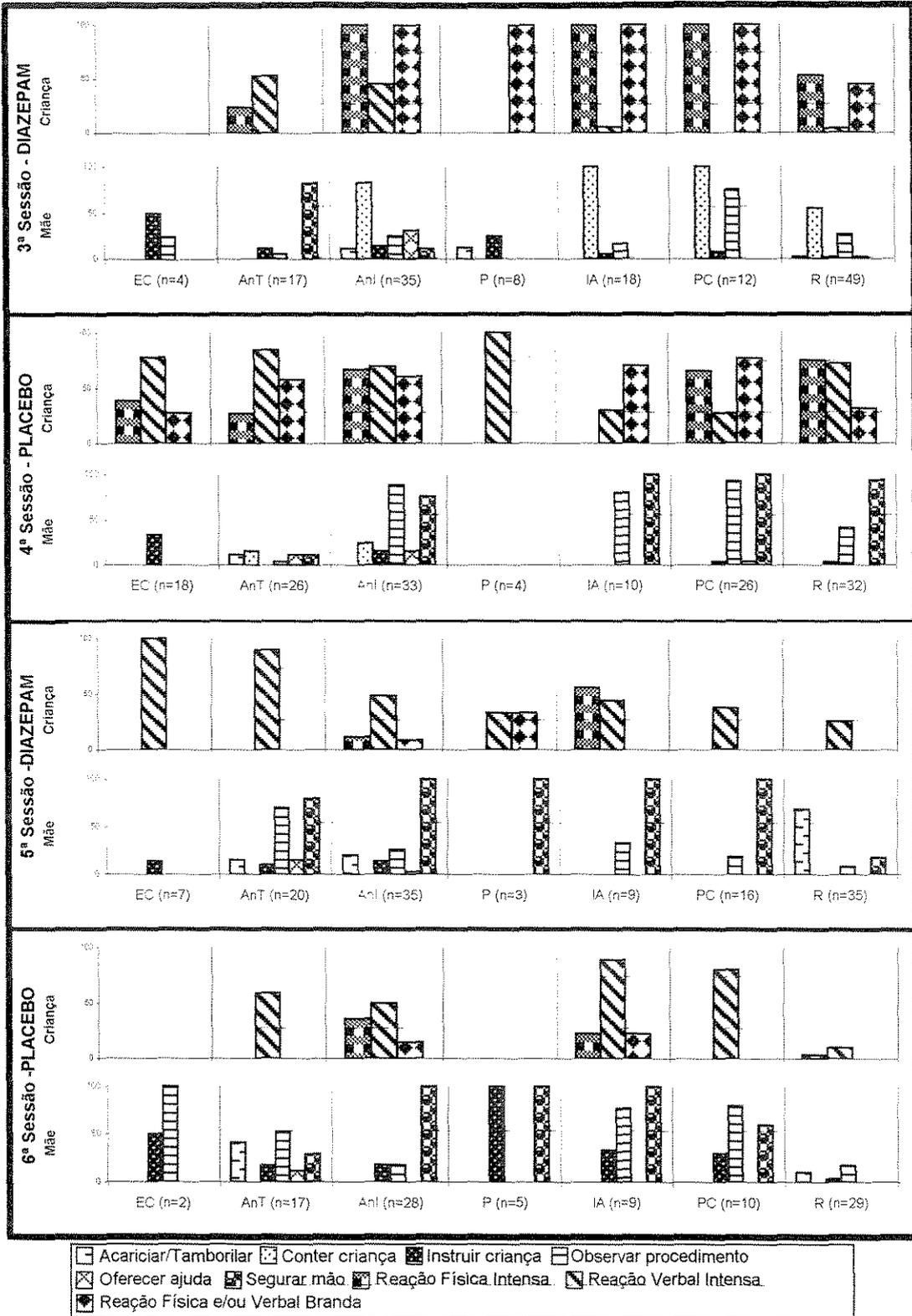


Figura 32: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M5 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

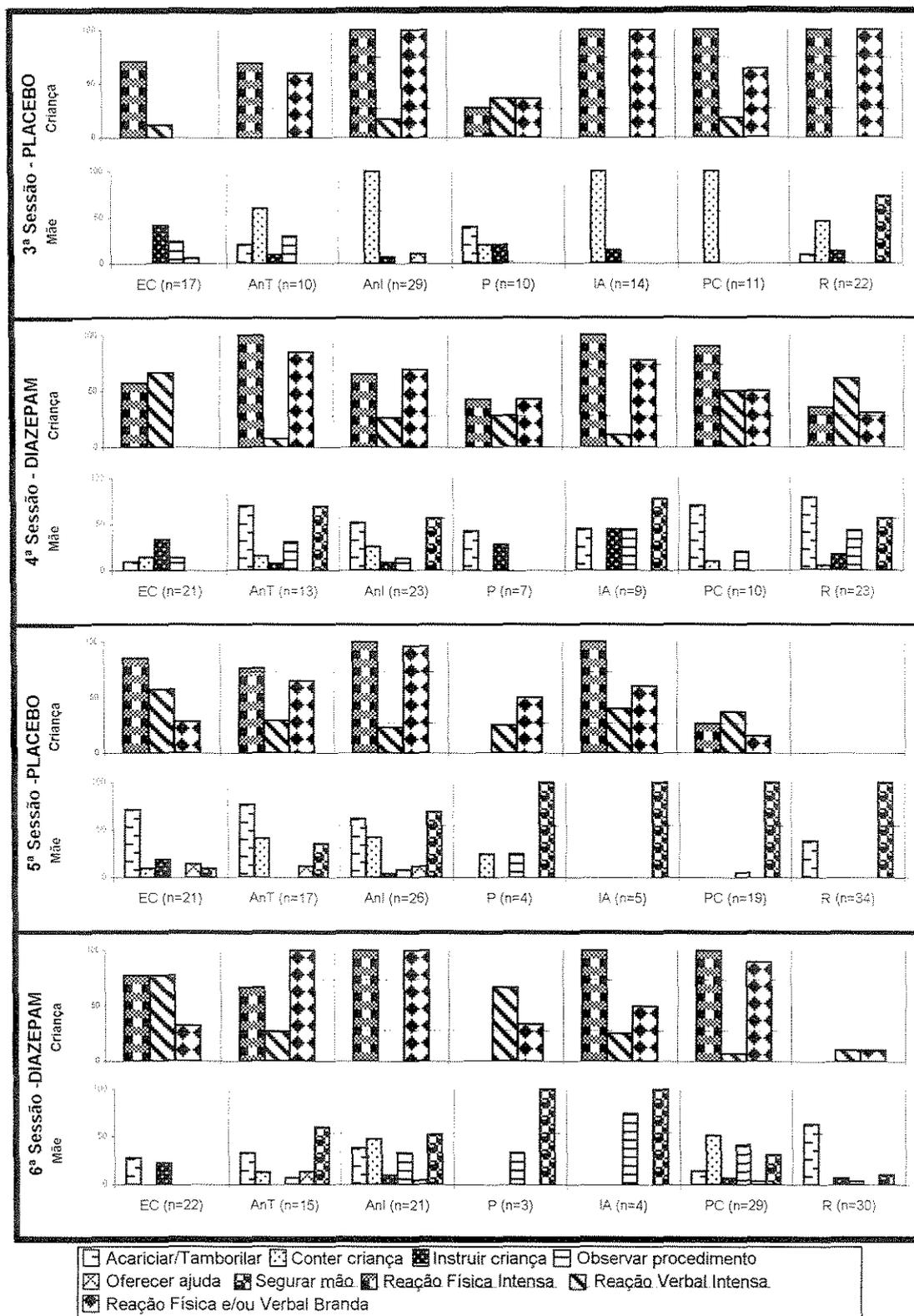


Figura 33: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M6 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

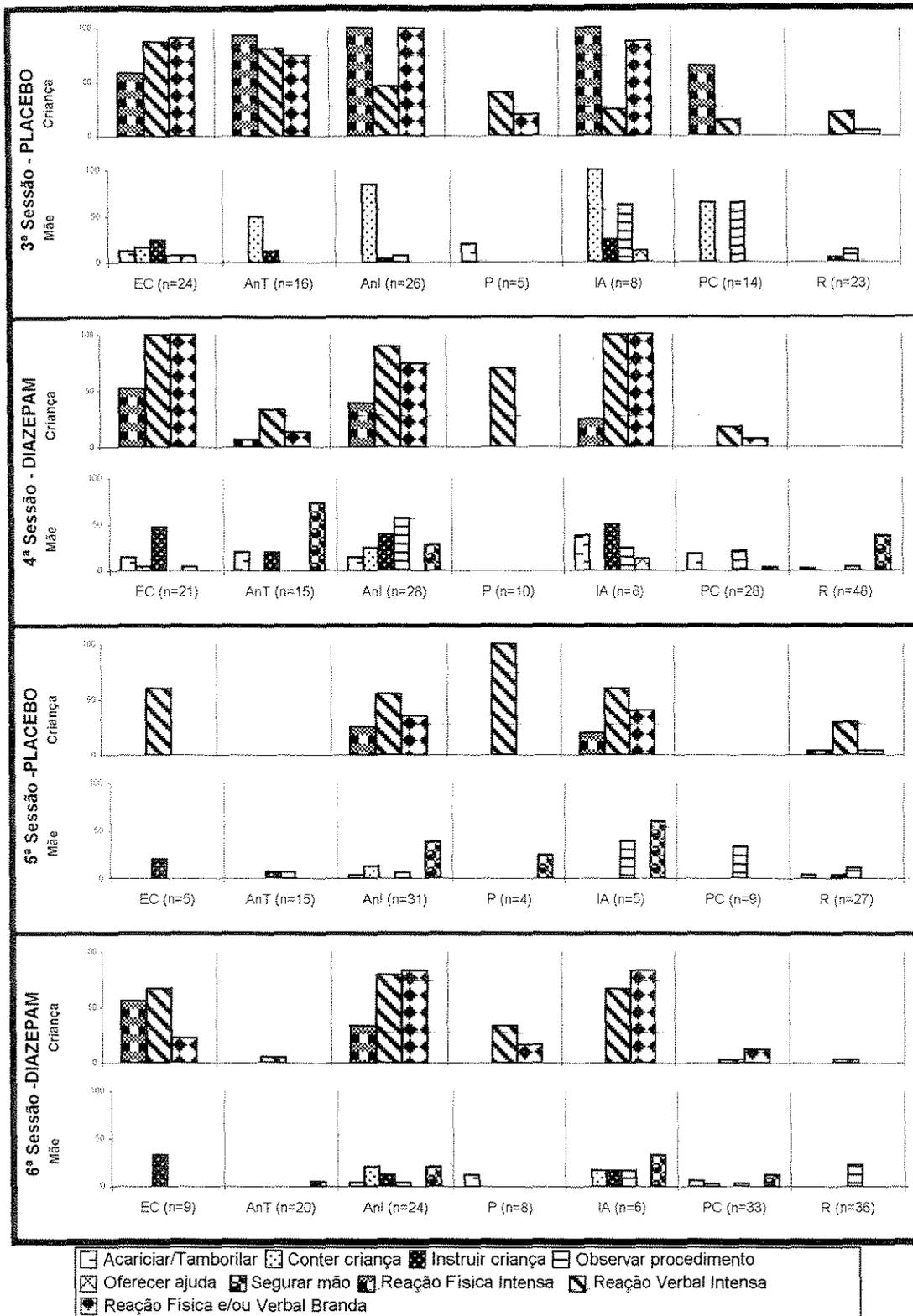


Figura 34: Freqüências relativas dos comportamentos emitidos por M7 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

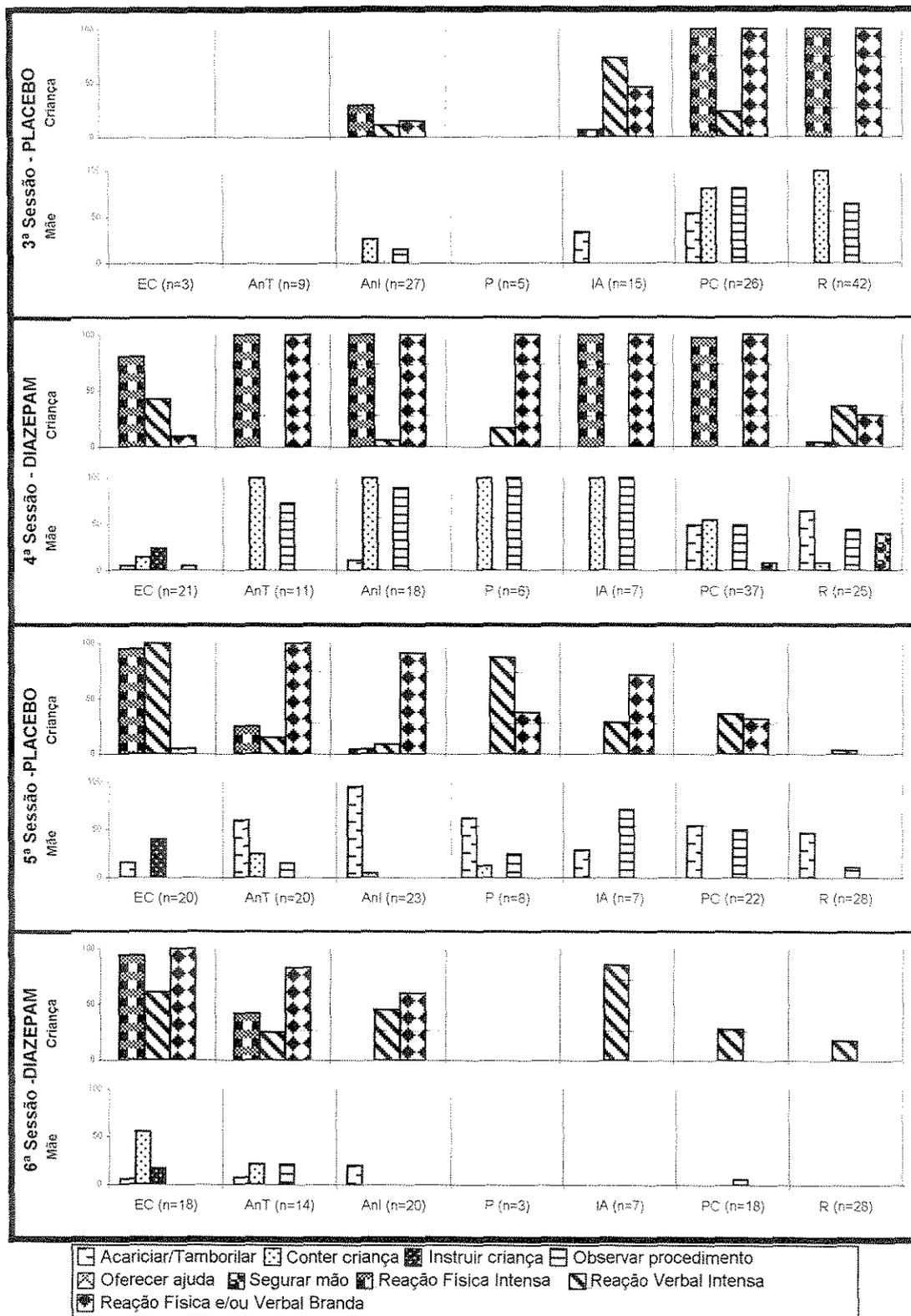


Figura 35: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M8 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

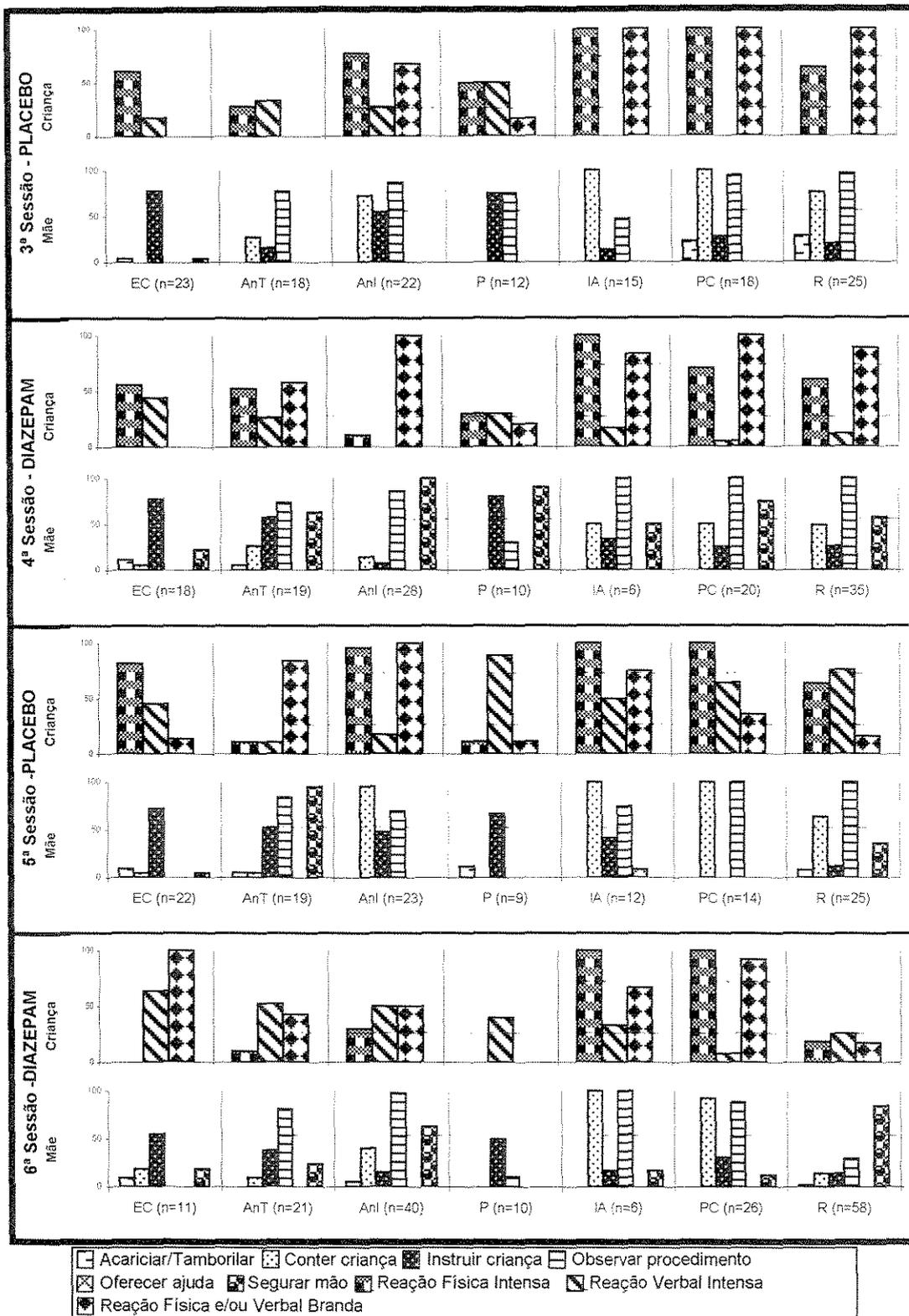


Figura 36: Frequências relativas dos comportamentos emitidos por M9 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

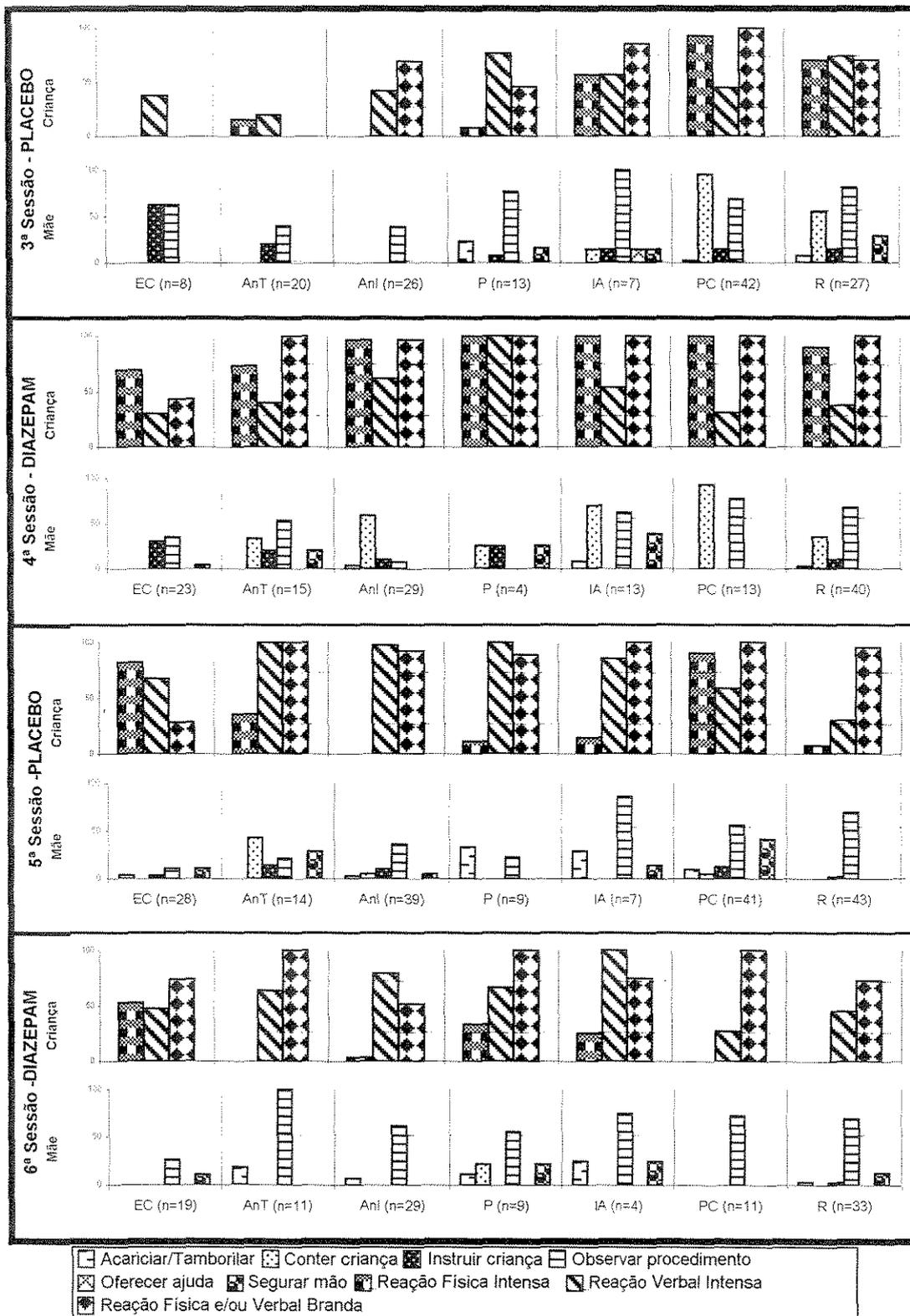


Figura 37: Freqüências relativas dos comportamentos emitidos por M10 e seu filho ao longo das quatro sessões de atendimento, durante cada procedimento clínico.

5.3.2. RELAÇÃO ENTRE CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO: MÃE – CRIANÇA

1. Acariciar/Tamborilar X RFI/RFVB/RVI

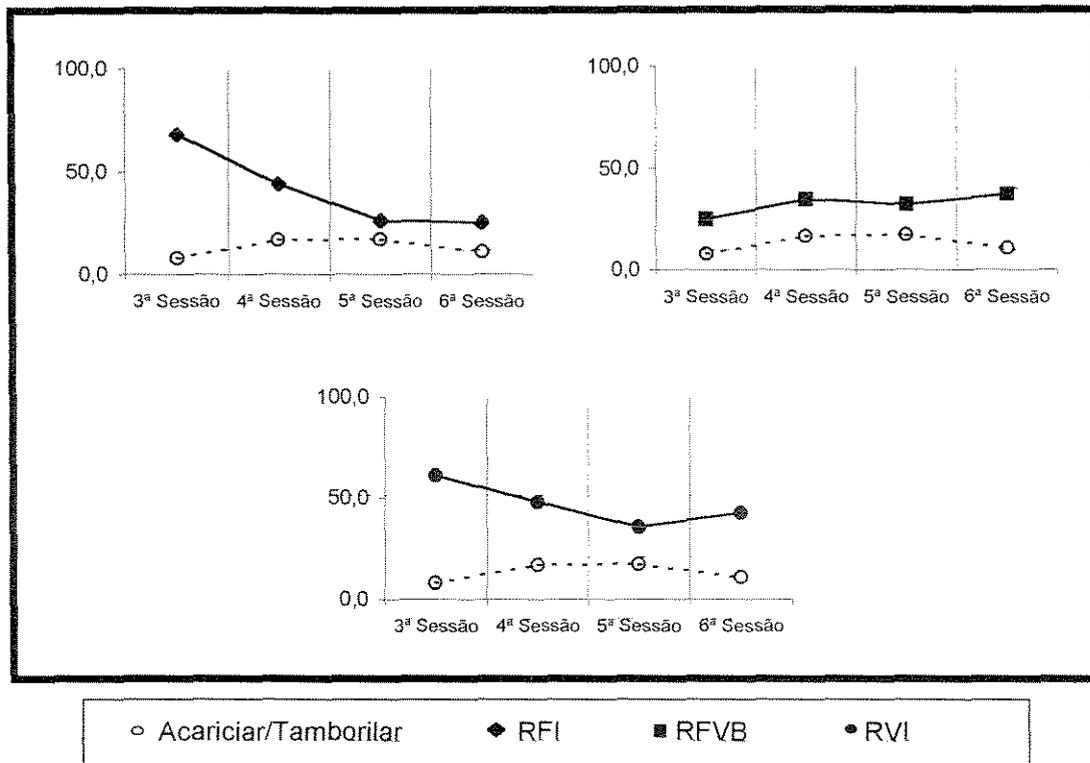


Figura 38: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa*, *Reação Física e/ou Verbal Branda*, *Reação Verbal Intensa* e *Acariciar/Tamborilar*, ao longo das 4 sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª), de todos os participantes.

As linhas referentes às categorias RFI e *Acariciar/Tamborilar*, bem como RVI e *Acariciar/tamborilar*, apontam que à medida que diminui a frequência destes comportamentos da criança, observam-se pequenos aumentos da frequência de *Acariciar/tamborilar*, sugerindo que as respostas de *acariciar/tamborilar* constituem eventos ambientais que poderiam estar facilitando uma gradativa adaptação comportamental da criança às rotinas de atendimento odontológico, já que reduções em RFI e RVI constituem indicadores de colaboração com o tratamento. No mesmo sentido, quando ocorre um aumento da frequência de RVI, da quinta para a sexta sessão, a

freqüência de *Acariciar/tamborilar* diminui, sugerindo que sob contingências de alta freqüência de RVI, a estratégia comportamental de acariciar não seria suficiente para interromper alguns padrões de não-colaboração da criança com o tratamento. As maiores freqüências de RVI ocorreram durante os procedimentos de Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Anestesia Injetável. Yanase *et al.* (1996) e Ram *et al.* (1999) encontraram índices altos de não colaboração durante estes procedimentos. Estes dados sugerem que estes sejam procedimentos que podem ser considerados como os mais aversivos da situação odontológica, já que eliciam altos índices de não-colaboração. Assim, considerando estas rotinas como as mais aversivas, levanta-se a hipótese de que a presença da mãe, bem como carinhos, não são suficientes para modificar os comportamentos de reação (verbal, neste caso) em determinados momentos do tratamento. Estímulos aversivos (agulha, alta-rotação) ou procedimentos desconfortáveis (Isolamento Absoluto e Anestesia Injetável) podem exercer maior controle sobre o comportamento da criança do que a presença e as estratégias afetivas adotadas pela mãe.

2. Conter criança X RFI/RFVB/RVI

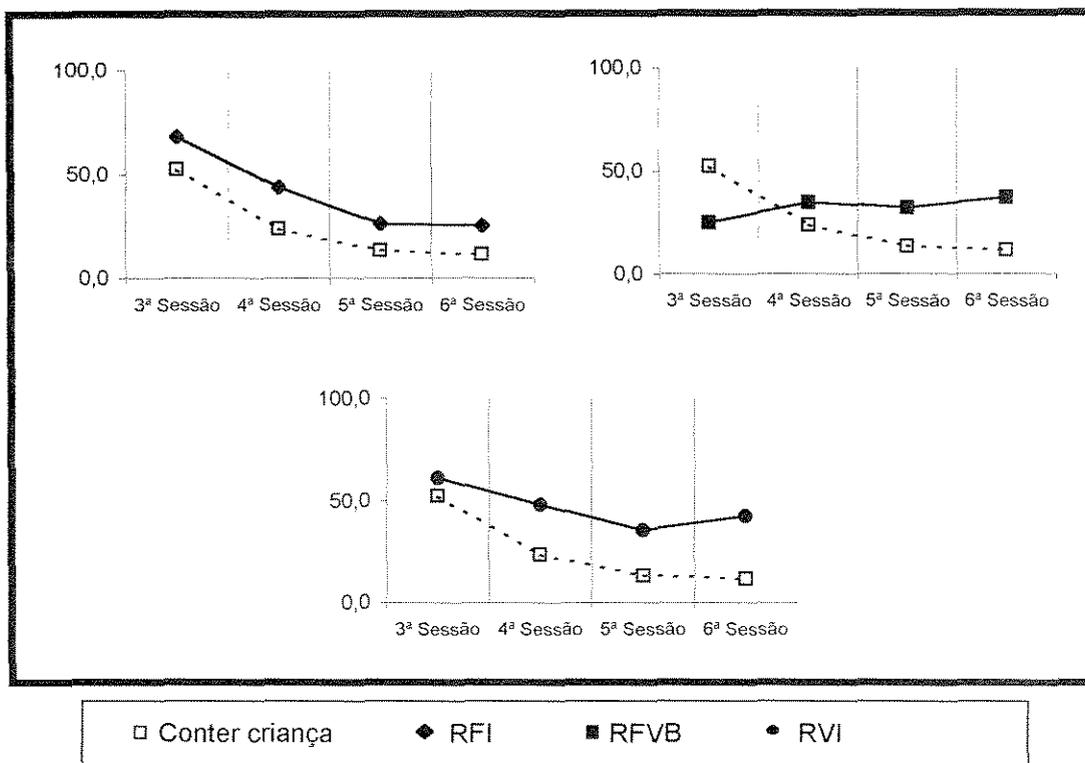


Figura 39: Freqüências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa*, *Reação Física e/ou Verbal Branda*, *Reação Verbal Intensa* e *Conter criança*, ao longo das 4 sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª), de todos os participantes.

Observa-se que a freqüência da categoria *Conter criança* diminui gradualmente da 3ª para a 6ª sessão, assim como a freqüência de RFI (também da 3ª até a 6ª sessão) e de RVI até a quinta sessão. Diversos trabalhos na literatura apontam um decréscimo na freqüência de comportamentos de não-colaboração ao longo das sessões de atendimento (Allen & Stokes, 1987; Stark *et al.*, 1989; Possobon, 2001), como uma característica inerente a processos de adaptação a condições ambientais que se repetem e para as quais os indivíduos são expostos periodicamente.

As linhas referentes às categorias RFI e *Conter criança* são topograficamente semelhantes, com a curva de *Conter criança* sempre abaixo da curva de RFI. Isto ocorre porque, quando a criança manifesta RFI, a contenção física era realizada pela mãe e

também pelo cirurgião-dentista que também auxiliava neste procedimento. Além disso, a categoria RFI envolve três padrões de comportamento da criança: recusa, fuga e resistência à contenção. Assim, como a categoria *Conter criança* era registrada somente nos momentos em que ocorria *Resistência à Contenção*, durante os momentos em que ocorreram respostas de Recusa ou Fuga podem também ter interferido na diferença entre as frequências de RFI e *Conter criança*.

A redução da frequência de *Conter criança* sugere também que, tanto a cirurgiã-dentista quanto a mãe da criança percebem uma redução de necessidade de exercerem contenção física sobre a criança em função da redução gradual de RFI e de RVI, à medida que prosseguem as sessões de tratamento.

3. Instruir criança X RFI/RFVB/RVI

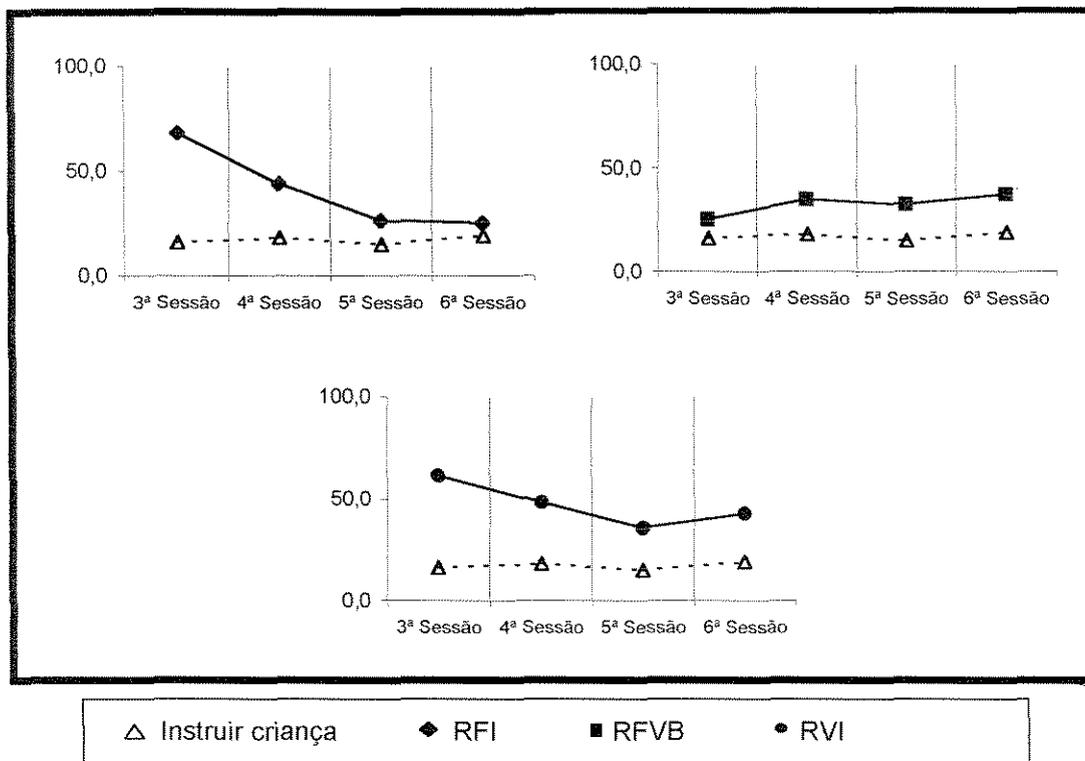


Figura 40: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa*, *Reação Física e/ou Verbal Branda*, *Reação Verbal Intensa* e *Instruir criança*, ao longo das 4 sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª), de todos os participantes.

A frequência da categoria *Instruir criança* não sofreu grandes oscilações ao longo das quatro sessões de tratamento. Apesar disso, observa-se que as curvas referentes às categorias RFVB e *Instruir criança* são as que apresentam as tendências topográficas mais semelhantes. Desta forma, quando aumenta a frequência de RFVB, aumenta a frequência de *Instruir criança*.

Levanta-se a hipótese de que a pequena variabilidade na frequência de ocorrência da categoria *Instruir criança* poderia ser explicada em função da inexistência de um sistema de informações à mãe, antes das sessões de atendimento, de que esta poderia utilizar-se desta estratégia com objetivo de manter os comportamentos da criança sob controle instrucional, aumentando a probabilidade da ocorrência de comportamentos colaborativos com o tratamento. Ainda assim, pode-se observar (Figura 25) que a categoria *Instruir criança* ocorreu com maior frequência durante as rotinas de Exame Cínico e Pausa,

momentos em que o cirurgião-dentista não realiza qualquer procedimento técnico, permitindo maior interação mãe-filho quando, mesmo sem ter recebido informações, a mãe tenta instruir o seu filho a colaborar com o tratamento.

4. Observar procedimento X RFI/RFVB/RVI

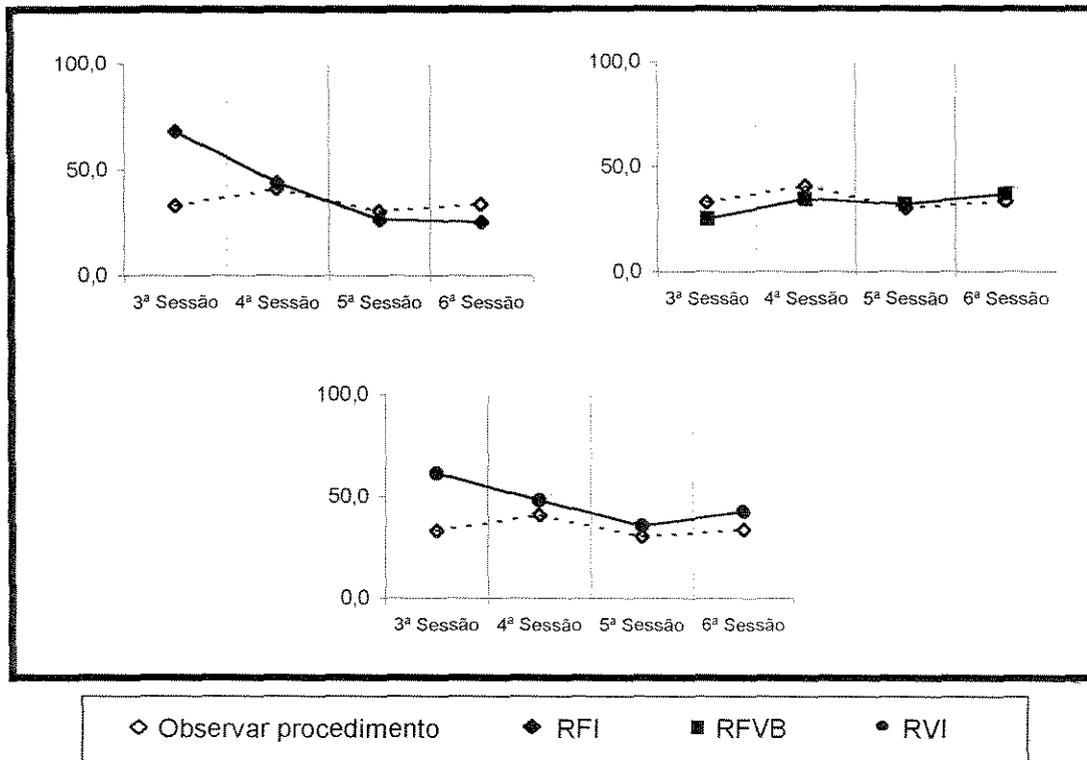


Figura 41: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa*, *Reação Física e/ou Verbal Branda*, *Reação Verbal Intensa* e *Observar procedimento*, ao longo das 4 sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª), de todos os participantes.

As curvas de RFVB e *Observar procedimento* seguem tendências topográficas semelhantes. Isto pode sugerir que, quando a criança manifesta ansiedade, representada pela categoria RFVB, a mãe procura identificar o que o cirurgião-dentista está executando na boca da criança.

As linhas referentes a RFI e RVI não se relacionam funcionalmente à linha da categoria *Observar procedimento*. Isto pode ser explicado pelo fato de que, quando a criança manifesta RFI e/ou RVI, outros comportamentos, que não *Observar procedimento* estejam sendo emitidos pela mãe como, por exemplo, *Conter criança*.

5. Oferecer ajuda X RFI/RFVB/RVI

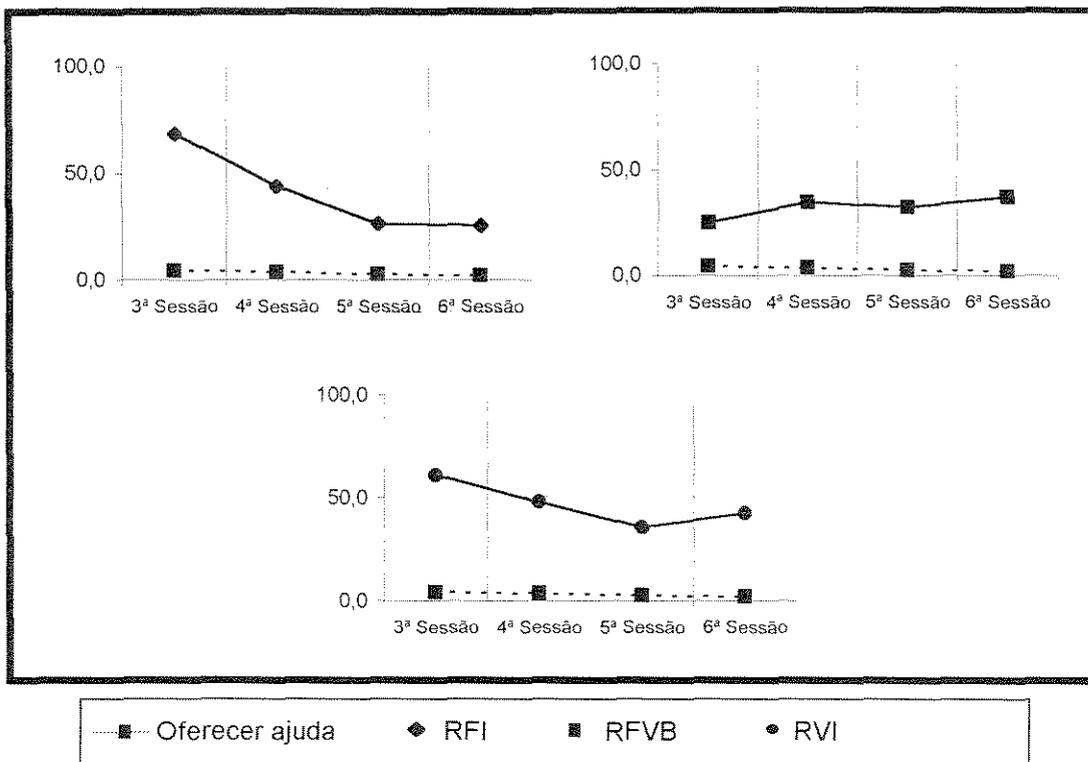


Figura 42: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa*, *Reação Física e/ou Verbal Branda*, *Reação Verbal Intensa* e *Oferecer ajuda*, ao longo das 4 sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª), de todos os participantes.

Como pode ser observado, a categoria *Oferecer ajuda* mantém uma frequência de ocorrência baixa e praticamente estável ao longo das quatro sessões de atendimento. Esta baixa frequência da categoria *Oferecer ajuda* não permite a visualização de possíveis relações entre esta categorias e as categorias RFI, RVI e RFVB.

6. Segurar mão X RFI/RFVB/RVI

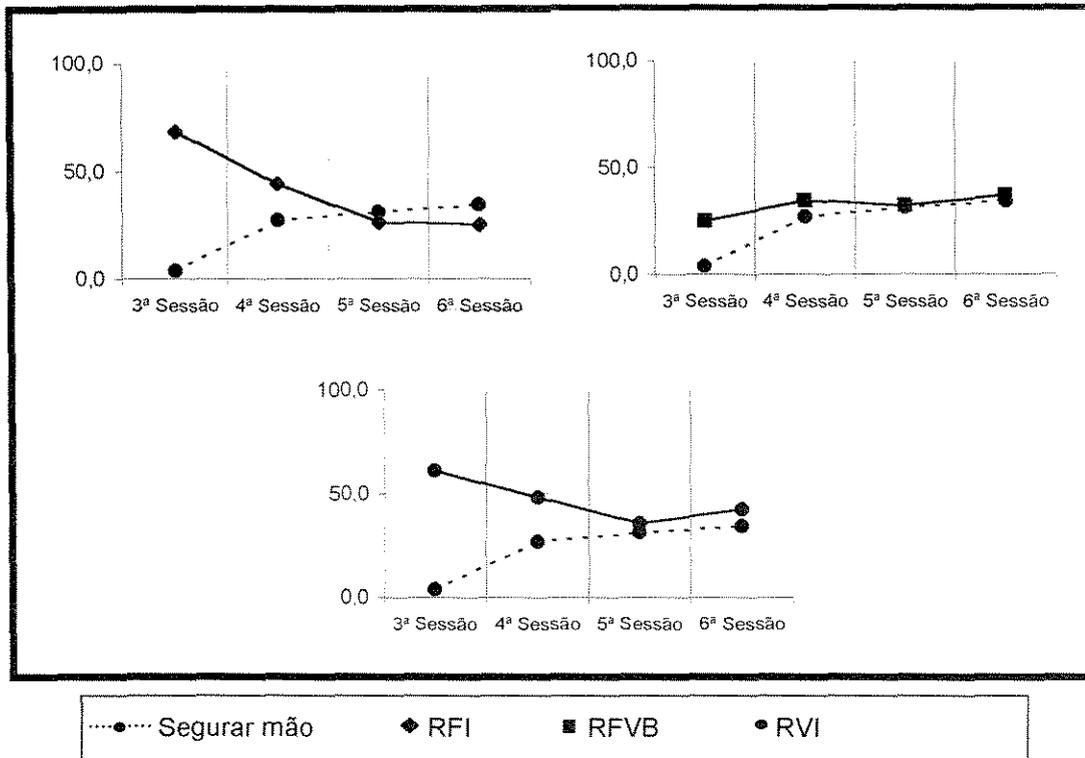


Figura 43: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa*, *Reação Física e/ou Verbal Branda*, *Reação Verbal Intensa* e *Segurar mão*, ao longo das 4 sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª), de todos os participantes.

As linhas referentes às categorias RFI e *Segurar mão* seguem tendências opostas. A curva referente a RFI mostra uma queda de frequência da 3ª para a 6ª sessão, ao contrário da curva referente a *Segurar mão*, que mostra um aumento gradual de frequência. Assim, a diminuição da ocorrência de RFI diminui a necessidade de contenção física (*Conter criança*), aumentando a ocorrência de *Segurar mão*, categoria que sugere a disponibilidade de apoio (físico e afetivo) à criança e, ainda, pode exercer a função de contenção física preventiva. Como mostrado anteriormente (Figura 43), *Conter criança* e *Segurar mão* seguem tendências opostas.

5.4. AVALIAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

As respostas da mãe a respeito de seu próprio grau de ansiedade e o grau de ansiedade da criança, avaliado pela mãe foram comparadas, com o objetivo de avaliar se a mãe atribuía o mesmo grau de ansiedade a ela e à criança, ou seja, se a percepção de ansiedade da mãe estava relacionada à ansiedade de seu filho. O mesmo foi feito para comparar as respostas do cirurgião-dentista a respeito da ansiedade da mãe e da criança, a fim de avaliar a possível relação existente entre estas variáveis. Para estas análises foi aplicado o teste estatístico kappa e calculado o valor do kappa ponderado, assim como o intervalo de confiança. Os resultados mostraram que não houve concordância entre o grau de ansiedade da mãe e da criança, de acordo com as respostas fornecidas pela mãe e pelo cirurgião-dentista.

A análise das respostas do cirurgião-dentista em relação à ansiedade da mãe e da criança mostrou que, na percepção do cirurgião-dentista, na maioria das sessões, a criança esteve mais ansiosa do que a mãe (Figura 44). Tal dado poderia ser explicado pela hipótese de que o profissional esteve mais atento às reações das crianças do que aos comportamentos das mães. O cirurgião-dentista considerou que a mãe esteve tranqüila em 26 sessões, enquanto fez referência à criança como tranqüila em apenas 12 sessões.

	Altamente ansiosa	Moderadamente ansiosa	Tranqüila
MÃE	2	12	26
CRIANÇA	10	18	12

Figura 44: Respostas do cirurgião-dentista em relação ao grau de ansiedade da mãe e da criança.

A mesma análise foi realizada em relação às respostas da mãe quanto ao seu próprio grau de ansiedade e o grau de ansiedade da criança (Figura 45). As mães relataram estar tranqüilas em 30 sessões (n=40), enquanto os filhos estiveram tranqüilos em 27 sessões. Na maior parte das sessões, a mãe atribuiu à criança um grau de ansiedade maior do que para ela mesma.

	Altamente ansiosa	Moderadamente ansiosa	Tranqüila
MÃE	3	7	30
CRIANÇA	2	11	27

Figura 45: Respostas da mãe em relação ao próprio grau de ansiedade e o grau de ansiedade da criança.

O cirurgião-dentista avaliou qual era o momento em que a mãe manifestava o maior grau de ansiedade. A Figura 46 mostra a porcentagem de sessões em que as mães manifestaram maior grau de ansiedade em relação ao procedimento clínico realizado.

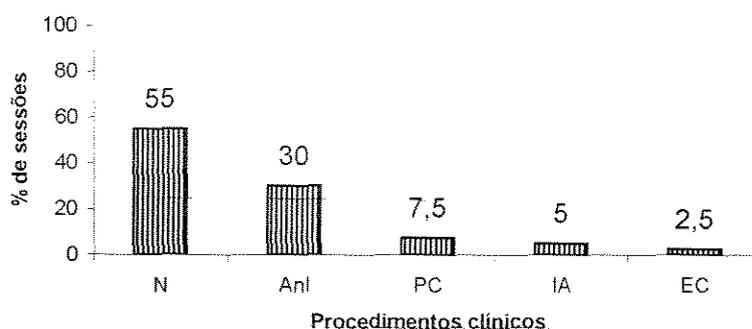


Figura 46: Momento da sessão (rotina clínica) em que as mães manifestaram maiores níveis de ansiedade, segundo a percepção do cirurgião-dentista. (N: não esteve ansiosa; AnI: Anestesia Injetável; PC: Preparo Cavitário; IA: Isolamento Absoluto; EC: Exame clínico.).

Observa-se que em 55% das sessões (n=40) as mães não estiveram ansiosas, segundo o relato do cirurgião-dentista. Porém, em 30% das sessões, as mães manifestaram alto grau de ansiedade durante a Anestesia Injetável, seguido pelo Preparo Cavitário (7,5%), Isolamento Absoluto (5,0%) e Exame Clínico (2,5%). Esses resultados sugerem, novamente, que a Anestesia Injetável possa ser o procedimento clínico mais aversivo para as mães.

Em relação à ansiedade da criança, as mães atribuíam a seus filhos um grau de ansiedade menor do que o grau de ansiedade atribuído pelo cirurgião-dentista às crianças durante a sessão de atendimento. A mãe respondia ao questionário antes da sessão, relacionado à ansiedade da criança no exato momento da aplicação do mesmo, enquanto o cirurgião-dentista atribuíam o grau de ansiedade da criança durante o atendimento. Assim, pode ser que a criança estivesse mais tranqüila, momentos antes da sessão, ainda na sala de espera. Ou seja, as crianças não apresentavam ansiedade antecipatória, que aparecia somente quando estas eram expostas aos estímulos da situação odontológica.

O mesmo ocorreu ao avaliar as respostas obtidas em relação ao grau de ansiedade da mãe. A mãe atribuíam a ela própria um grau de ansiedade menor do que o que era atribuído pelo cirurgião-dentista. Assim, pode ter ocorrido que, como a mãe era solicitada a responder o questionário antes do início da sessão, na sala de espera, o grau de ansiedade manifestado durante a sessão pode ter sido maior, sendo percebido e relatado, mais sistematicamente, após o término da sessão pelo cirurgião-dentista.

A avaliação dos questionários apresentada representa uma primeira tentativa de análise dos dados obtidos. Outros procedimentos de análise, envolvendo a categorização dos relatos verbais presentes nos questionários (mãe e cirurgião-dentista) possivelmente revelarão novas informações.

6. Conclusões

1. A maioria das mães apresentou padrões comportamentais em comum, assim como um repertório comportamental semelhante;
2. Não ocorreram diferenças significantes em relação ao repertório comportamental apresentado pelas mães nas sessões em que seus filhos receberam diazepam ou placebo;
3. As categorias de comportamento *Acariciar/Tamborilar*, *Conter criança*, *Instruir criança* e *Observar procedimento* ocorreram em mais que 90% de todas as sessões, mostrando que alguns comportamentos são mais freqüentes e são facilitadores para que a sessão odontológica ocorra;
4. Segundo as observações do pesquisador e do cirurgião-dentista, a Anestesia Injetável é o procedimento considerado como mais aversivo pelas mães;
5. Não houve concordância entre o grau de ansiedade da mãe e da criança, de acordo com as respostas aos questionários fornecidas pela mãe e pelo cirurgião-dentista;
6. Outros estudos ainda são necessários para uma melhor compreensão da relação que se estabelece entre a mãe e seu filho durante sessões seqüenciais de tratamento odontológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *J Dent Child* 1998; 65(4): 252-258.

Agras S, Sylvester D, Oliveau D. The epidemiology of common fears and phobia. *Compr Psychol* 1969; 10: 151-156.

Allen KD, Stanley R, McPherson K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 1990; 12(2): 79-82.

Allen KD, Stokes TF. Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *J Appl Beh Anal* 1987; 20(4): 381-390.

Alwin NP, Murray JJ, Britton PG. An assessment of dental anxiety in children. *Br Dent J* 1991; 171(7): 201-207.

Araújo TCCF, Tubino PJG. Efeitos da participação parental em rotina de centro cirúrgico para a adaptação psicológica do paciente pediátrico. *Psicol Reflex Crit* 1996; 9(2): 369-382.

Bachanas PJ, Roberts MC. Factors affecting children's attitudes toward health care and responses to stressful medical procedures. *J Pediatr Psychol* 1995; 20(3): 261-275.

Bailey PM, Talbot A, Taylor PP. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. *J Dent Child* 1973; 40(4): 277-284.

* Baseada no modelo Vancouver. Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com o MEDLINE.

Blount RL, Sturges JW, Powers SW. Analysis of child and adult behavioral variations by phase of medical procedure. *Behav Ther* 1990; 21: 33-48.

Blount RL, Landolf-Fritsche B, Powers SW, Sturges JW. Differences Between High and Low coping children and between parent and staff behaviors during painful medical procedures. *J Pediatr Psychol* 1991; 16(6): 795-809.

Borges LM. *Treinamento de respostas de enfrentamento e colaboração em mães de crianças submetidas a procedimentos médicos invasivos* [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 1999.

Brazelton, T. Berry & Greenspan, Stanley I. *As necessidades essenciais da infância*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

Cardoso CL. *Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica – escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno* [Tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2002.

Corah NL. Dental anxiety: assessment, an increasing patient satisfaction. *Dent Clin N Am* 1988; 32(4): 779-790.

Corkey B, Freeman R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. *J Dent Child* 1994; 61(4): 267-271.

Costa Jr., A.L. *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia* [Tese]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2001.

Croxtton WL. Child behaviour and the dental experience. *J Dent Child* 1967; 34: 212-218.

Dahlquist LM, Power TG, Carlson L. Physician and parent behavior during invasive pediatric cancer procedures: relationships to child behavioral distress. *J Pediatr Psychol* 1995; 20(4): 477-490.

Eli L, Uziel N, Bath R, Kleinhauz M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997; 25: 233-237.

Fenlon WL, Dobbs AR, Curzon MEJ. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *Br Dent J* 1993; 174(1): 23-28.

Folayan MO, Adekoya-Sofowora CA, Otuyemi OD, Ufomata D. Parental anxiety as a possible predisposing factor to child dental anxiety in patients seen in a suburban dental hospital in Nigeria. *Int J Paediatr Dent* 2002; 12(4): 255-259.

Frankl SN, Shiere F, Fogels H. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *J Dent Child* 1962; 29(2): 150-163.

Freeman RE. Dental anxiety: a multifactorial aetiology. *Br Dent J* 1985; 159: 406-408.

Gershen JA. Maternal influence on the behavior patterns of children in the dental situation. *J Am Dent Assoc* 1977; 40: 17-21.

Giron MCC. *Fundamentos psicológicos da prática odontológica*. Porto Alegre: D.C. Luzzatto; 1988.

Gonzales JC, Routh DK, Saab PG, Armstrong FD, Shifman L, Guerra E *et al*. Effects of parent presence on children's reactions to injections: behavioral, physiological and subjective aspects. *J Pediatr Psychol* 1989; 14: 449-462.

Gross AM, Stern RM, Levin RB, Dale J, Wojnilower DA. The effect of mother-child separation on the behavior of children experiencing a diagnostic medical procedure. *J*

Consult Clin Psychol 1983; 51: 783-785.

Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria*. 5. ed. São Paulo: Santos, 1995.

Hannallah RS, Rosales JK. Experience with parents' presence during anaesthesia induction in children. *Can Anaesth Soc J* 1983; 30: 286-289. *Apud* Araújo, T.C.C.F.; Tubino, P.J.G. Efeitos da participação parental em rotina de centro cirúrgico para a adaptação psicológica do paciente pediátrico. *Psicol Reflex Crít* 1996; 9(2): 369-382.

Harrison A. Preparing children for venous blood sampling. *Pain* 1991; 45: 299-306.

Holst A, Hallonsten AL, Schröder U, Ek L, Edlund K. Prediction of behavior management problems in 3-year-old children. *Scand J Dent Res*. 1993; 101(2): 110-114.

Horst GT, Wit CA. Review of behavioral research in dentistry 1987 – 1992: Dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. *Int Dent J* 1993; 43(3) Suppl 1: 265-278.

Jay SM, Ozolins M, Elliott LH, Caldwell S. Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychol* 1983; 2: 133-147.

Johnson R, Baldwin Jr. DC. Maternal anxiety and child behavior. *J Dent Child* 1969; 36(2): 87-92.

Johnson R, Baldwin Jr. DC. Relationship of maternal anxiety to the behavior of young children undergoing dental extraction. *J Dent Res* 1968; 47(5): 801-805.

Johnson R, Machen JB. Behavior modification techniques and maternal anxiety. *J Dent Child* 1973; 40(4): 272-276.

Kamp AA. Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference. *Pediatr Dent* 1992; 14(4): 231-235.

Kan M, Ishikawa T, Nagasaka N. A study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment. *J Dent Child* 1999; 66(1): 41-48.

Kinirons M, McCabe M. Familial and maternal factors affecting the dental health and dental attendance of preschool children. *Community Dent Health* 1995; 12(4): 226-229.

Klaassen MA, Veerkamp JS, Aartman IH, Hoogstraten J. Stressful situations for toddlers: Indications for dental anxiety? *J Dent Child* 2002; 69(3): 306-309.

Klinberg G, Berggren U. Dental problem behaviors in children of parents with severe dental fear. *Swed Dent J* 1992; 16(1/2): 27-32.

Kuhn BR, Allen KD. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. *Pediatr Dent* 1994; 16(1): 13-17.

Lahti S, Tuuti H, Honkala E. The relationship of parental dental anxiety and child's caries status. *J Dent Child* 1989; 56(3): 191-195.

Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age of onset of dental anxiety. *J Dent Res* 1999; 78(3): 790-796.

Locker D, Shapiro A, Liddell A. Overlap between dental anxiety and blood-injury fears: psychological characteristics and avoidance of dental care. *Behav Res Ther* 1997; 35: 583-590.

Mabe PA, Treiber FA, Riley WT. Examining emotional distress during pediatric hospitalization for school-aged children. *Children's Health Care* 1991; 20:162-168.

Manne SL, Redd WH, Jacobsen PB, Gorfinkle K, Schorr O, Rapkin B. Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 565-572.

Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 313-319.

Milgrom P, Weinstein P. Dental fears in general practice: New guidelines for assessment and treatment. *Int Dent J* 1993; 43: 288-293.

OMS (Organização Mundial da Saúde) *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Pinkham JR. *Odontopediatria: da infância à adolescência*. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

Possobon RF, Caetano MES, Moraes ABA. Odontologia para crianças não - colaboradoras: relato de casos. *Rev Bras de Odontol* 1998; 55: 80-83.

Possobon RF. *Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não-colaborativos de crianças em atendimento odontológico* [Tese]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Possobon RF. *Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não - colaboradora durante o atendimento odontológico* [Dissertação]. Piracicaba (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Ram D, Mamber E, Chosack A, Fuks AB. The effect of metoclopramide and hydroxyzine in sedation of infants undergoing dental treatment. *J Dent Child* 1999; 66(1): 49-52.

Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Serra-Negra JMC, Paiva SM. A ansiedade materna como fator de influência na adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. *Arq Odontol* 1999; 35(1/2): 61-70.

Shaw EG, Routh DK. Effect of mother presence on children's reaction to aversive procedures. In: Roberts MC, Koocher GP, Routh DK, Willis DJ. *Readings in pediatric psychology*. New York: Plenum; 1993.p.236-246.

Silvares EFM, Souza CL. Medos infantis. *Pediatria Moderna* 1999; 35(7): 546-550.

Singh KA, Moraes, ABA, Ambrosano GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq Odontol Bras* 2000; 14(2): 131-136.

Stark LJ, Allen KD, Hurst M, Nash DA, Rigney B, Stokes TF. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *J Appl Beh Anal* 1989; 22(3): 297-307.

Stouthard M, Hoogstraten J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. *Community Dent Oral Epidemiol* 1990; 18: 139-142.

Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. *J Dent Child* 2001; 68(1): 51-54.

Ten Berge M, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Dentists' behavior in response to child dental fear. *J Dent Child* 1999; 66(1): 36-40.

Thomsom WM, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 289-294.

Toledo AO. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. São Paulo:

Panamericana, 1996.

Tostes M, Gomes AMM, Correa MSNP. Separação materna durante o atendimento odontológico infantil. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1998; 52(4): 302-305.

Tuuti H, Lahti S. Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. *J Pedodont* 1987; 11(4): 146-150.

Venham LL, Bengston D, Cipes M. Parent's presence and the child's response to dental stress. *J Dent Child* 1978; 45(3): 213-217.

Venham LL. The effect of mother's presence on child's response to dental treatment. *J Dent Child* 1979; 46(1): 51-57.

Weinstein P, Getz T, Ratener P, Domoto P. Dentists' response to fear and non-fear related behaviors in children. *J Am Dent Assoc* 1982; 104(1): 38-40.

Wright GZ, Alpern GD, Leake JL. The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. *J Dent Child* 1973; 40(4): 265-271.

Wright GZ, Alpern GD. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. *J Dent Child* 1971; 38: 124-128.

Yanase H, Braham RL, Fukuta O, Kurosu K. A study of the sedative effect of home-administered oral diazepam for the dental treatment of children. *Int J Paediatr Dent* 1996; 6(1): 13-17.



UNICAMP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA



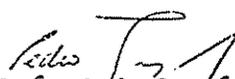
CERTIFICADO

Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado "Relação entre o comportamento de mães e o comportamento dos filhos durante tratamento odontológico", sob o protocolo nº 130/2002, da Pesquisadora **Laura Mendes Tomita**, sob a responsabilidade do Prof. Dr. **Antônio Bento Alves De Moraes**, está de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – FOP.

Piracicaba, 14 de fevereiro de 2003

We certify that the research project with title "Relation between mother's behavior and children's behavior during dental treatment", protocol nº 130/2002, by Researcher **Laura Mendes Tomita**, responsibility by Prof. Dr. **Antônio Bento Alves De Moraes**, is in agreement with the Resolution 196/96 from National Committee of Health/Health Department (BR) and was approved by the Ethical Committee in Research at the Piracicaba Dentistry School/UNICAMP (State University of Campinas).

Piracicaba, SP, Brazil, February 14 2003


Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen

Secretário
CEP/FOP/UNICAMP


Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho

Diretor
FOP/UNICAMP

ANEXO I:

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae)
Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas

As informações contidas neste prontuário foram fornecidas pelo Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes, responsável pela Disciplina de Psicologia Aplicada, coordenador geral do Cepae e orientador deste experimento e pela mestrandia Laura Mendes Tomita, objetivando firmar, por escrito, o acordo mediante o qual a mãe autoriza sua participação e de seu filho para a pesquisa, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre arbítrio e sem qualquer coação.

I. TÍTULO DO TRABALHO

“Relação entre o comportamento de mães e o comportamento dos filhos durante tratamento odontológico”.

II. JUSTIFICATIVAS

O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) é uma unidade de pesquisa e serviço cujo principal objetivo é a promoção da saúde bucal de pacientes especiais por meio de atividades educativas, preventivas e curativas. Todas estas ações são orientadas para a produção de conhecimento científico. Este Centro funciona desde 1993 e, ao longo deste tempo, têm-se observado, durante os atendimentos realizados, que o comportamento das mães podem influenciar o comportamento dos filhos, seja de forma positiva, auxiliando o profissional durante o atendimento, ou de forma negativa, dificultando ou impedindo a atuação do cirurgião-dentista. Com os resultados obtidos com este estudo, pretende-se elaborar um protocolo para orientação de mães sobre

os comportamentos mais adequados que estas devem emitir durante o atendimento de seu filho. Além disso, este estudo permitirá ao cirurgião-dentista identificar aquelas mães com comportamentos que possam comprometer o procedimento odontológico, podendo desta forma orientá-las quanto a sua conduta durante o atendimento.

III. OBJETIVOS

Com este trabalho, pretende-se estudar e estabelecer uma relação entre as atitudes da mãe e o comportamento da criança durante sessões sequenciais de atendimento odontológico.

IV. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NO EXPERIMENTO

O tratamento odontológico será realizado da forma convencional, ou seja, nenhuma técnica odontológica nova será empregada. O atendimento será feito no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA), uma unidade do Cepae - FOP - UNICAMP. Permanecerão na sala de consulta, durante as sessões de atendimento, o paciente e sua mãe e dois cirurgiões - dentistas. Na sala de observação ficará um cinegrafista filmando os atendimentos.

Será instalado um microfone no cirurgião-dentista e na mãe, a fim de captar todos os sons emitidos durante o atendimento odontológico.

Todas as sessões serão gravadas em vídeo-tape (VT). Estes VTs serão utilizados para realizar o registro dos comportamentos emitidos pela criança e pela mãe, bem como os procedimentos clínicos realizados.

Além disso, antes de cada sessão de atendimento, a mãe responderá a um questionário aplicado pela pesquisadora a fim de obter dados a respeito de seu grau de ansiedade e o grau de ansiedade da criança.

V. DESCONFORTOS E POSSÍVEIS RISCOS

Para a criança, este trabalho envolve os riscos típicos de um tratamento odontológico normal, sem qualquer risco e desconforto para a mãe.

VI. BENEFÍCIOS

Este trabalho terá como ganho, a realização plena do tratamento odontológico nas crianças participantes, assim como a orientação preventiva para a manutenção da saúde bucal. Ao final do tratamento, a criança será encaminhada para outros serviços de atendimento na Faculdade de Odontologia ou em serviços odontológicos municipais. O tratamento não trará ônus ao paciente, ou seja, o paciente não terá que pagar nada pelo tratamento. Também não trará prejuízo de qualquer espécie.

Além disso, profissionais da área de saúde, não pertencentes ao quadro de estagiários do Cepae, poderão ter acesso aos conhecimentos obtidos com o referido trabalho, pois os resultados, favoráveis ou não, serão tornados públicos em Reuniões e Revistas Científicas. Não serão divulgados os nomes das crianças nem de suas mães durante a apresentação do trabalho.

VII. FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Os participantes deste estudo serão acompanhados durante dois anos após a conclusão do tratamento, por meio de exame clínico realizado a cada seis meses. Se a criança for contemplada com o atendimento em outro serviço odontológico, este acompanhamento será suspenso. Os exames serão realizados nas dependências do Cepae, por dentistas da equipe. Se for encontrada alguma alteração (por exemplo: cárie) o tratamento será realizado.

VIII. INFORMAÇÕES

As mães terão a garantia de que receberão respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e outras dúvidas relacionados ao atendimento e à pesquisa. Toda a equipe assumirá o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o tempo de permanência do paciente no programa.

IX. GARANTIA DE SIGILO

A equipe do Cepae assegurará o sigilo do nome e dados pessoais dos participantes da pesquisa (mães e crianças). Os resultados serão apresentados em Reuniões Científicas, entretanto não serão divulgados os nomes dos participantes.

X. RETIRADA DO CONSENTIMENTO

As mães têm a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento quanto à utilização dos materiais de pesquisa (questionários, filmes de VT, etc.). A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP - UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, nº 901; CEP: 13414-900 - Piracicaba - SP.

XI. RESSARCIMENTO E FORMAS DE INDENIZAÇÃO

O tratamento não trará ônus ao paciente, ou seja, o paciente não terá que pagar nada pelo tratamento. Também não trará prejuízo de qualquer espécie, ou seja, não fará mal à criança nem à mãe (que somente será observada durante o atendimento).

XI. CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que tendo lido o documento acima exposto e suficientemente esclarecido(a) de todos os itens pelo Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes (coordenador do Cepae e orientador da pesquisa) estou plenamente de acordo com a realização do experimento. Concordo plenamente que todos os registros, radiografias, fotografias, modelos, filmes, constituem propriedade do Cepae, ao qual dou pleno direito de retenção, uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em jornais e revistas científicas. Assim, apresento meu consentimento em relação a minha participação e de meu filho (a) na pesquisa intitulada “Relação entre o comportamento de mães e o comportamento dos filhos durante tratamento odontológico”, estando portanto de acordo com os procedimentos a serem realizados. Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: ___ / ___ / ___

(Nome por extenso)

(Assinatura)

Endereço dos pesquisadores:

Laura Mendes Tomita – Rua Visconde do Rio Branco, 451 – Fone: 3432-9351

Antônio Bento Alves de Moraes – Rua Samuel Neves, 2187 – Fone: 3433-0123

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO A MÃE

1. Como você acha que seu filho vai reagir nesta sessão:

- altamente não - colaborador
- moderadamente não - colaborador
- moderadamente colaborador
- altamente colaborador

2. Como você classifica a ansiedade do seu filho neste momento:

- altamente ansioso
- moderadamente ansioso
- tranqüilo

3. Como você classifica a sua própria ansiedade neste momento:

- altamente ansiosa
- moderadamente ansiosa
- tranqüila

QUESTIONÁRIO DIRIGIDO AO CIRURGIÃO - DENTISTA

1. Como você classifica o estado emocional da mãe:

- altamente ansiosa
- moderadamente ansiosa
- tranqüila

2. Como você classifica o estado emocional da criança:

- altamente ansiosa
- moderadamente ansiosa
- tranqüila

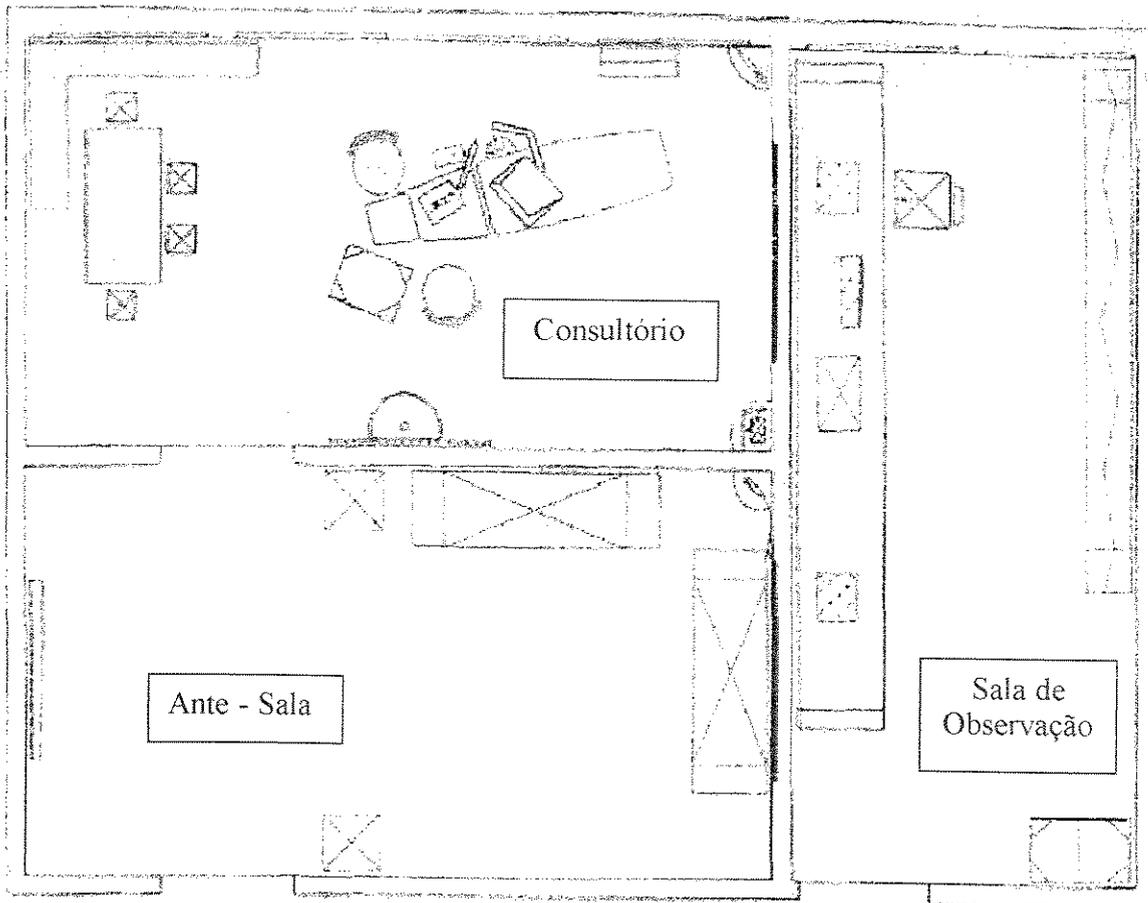
3. Como você classifica o seu estado emocional:

- altamente ansiosa
- moderadamente ansiosa
- tranqüila

4. Em que momento da sessão você acha que a mãe esteve mais ansiosa?

- Durante atividade lúdica inicial
- Quando a criança foi convidada a ir para a cadeira odontológica
- No início do exame clínico
- Durante anestesia tópica
- Durante anestesia injetável
- Durante isolamento absoluto
- Durante preparo cavitário (uso de baixa e alta-rotação)
- Durante restauração
- Não esteve ansiosa

Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA)



ANEXO 6:

Este anexo traz as tabelas de frequência referentes a cada sessão de atendimento (3^a a 6^a sessão) de cada um dos participantes (M1 a M10) correspondentes às figuras numeradas de 1 a 20. O “n” indica o tempo total de duração de cada procedimento, que representa o número de intervalos de tempo de quinze segundos, ou seja, o tempo de duração de cada procedimento, em segundos, é igual ao valor de “n” multiplicado por quinze.

M1: Tabelas relativas à Figura 1

3ª SESSÃO

	EC (n=3)	AnT (n=16)	AnI (n=28)	P (n=11)	IA (n=10)	PC (n=15)	R (n=37)
Acariciar/Tamborilar	66,7	18,8	0,0	36,4	0,0	0,0	5,4
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	92,9	27,3	100,0	100,0	94,6
Desviar olhar	0,0	6,3	17,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	66,7	12,5	17,9	45,5	10,0	26,7	16,2
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	100,0	87,5	17,9	0,0	90,0	100,0	75,7
Oferecer ajuda	0,0	0,0	3,6	27,3	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	54,5	0,0	0,0	2,7
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	6,3	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=3)	AnT (n=18)	AnI (n=36)	P (n=4)	IA (n=14)	PC (n=31)	R (n=32)
Acariciar/Tamborilar	0,0	11,1	16,7	25,0	21,4	3,2	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	8,3	0,0	7,1	3,2	3,1
Conter criança	0,0	0,0	2,8	0,0	35,7	6,5	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	36,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3
Instruir criança	0,0	5,6	8,3	0,0	35,7	22,6	6,3
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	100,0	100,0	16,7	50,0	78,6	83,9	87,5
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	3,2	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	100,0	0,0	50,0	80,6	100,0

M1: Tabelas relativas à Figura 2

5ª SESSÃO

	EC (n=5)	AnT (n=21)	AnI (n=48)	P (n=6)	IA (n=4)	PC (n=20)	R (n=43)
Acariciar/Tamborilar	0,0	9,5	2,1	33,3	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	4,8	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	14,6	0,0	75,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	4,8	31,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	0,0	0,0	16,7	16,7	25,0	5,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	100,0	85,7	64,6	0,0	50,0	100,0	100,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	2,1	0,0	25,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	33,3	100,0	50,0	25,0	100,0	97,7

6ª SESSÃO

	EC (n=4)	AnT (n=18)	AnI (n=43)	P (n=4)	IA (n=5)	PC (n=10)	R (n=25)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	93,0	0,0	40,0	0,0	28,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	9,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	32,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	0,0	0,0	2,3	0,0	20,0	10,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	50,0	88,9	27,9	0,0	100,0	100,0	92,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0

M2: Tabelas relativas à Figura 3

3ª SESSÃO

	EC (n=20)	AnT (n=9)	AnI (n=20)	P (n=8)	IA (n=14)	PC (n=22)	R (n=43)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,2	16,3
Beijar	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	11,1	15,0	12,5	0,0	9,1	4,7
Conter criança	40,0	100,0	85,0	0,0	100,0	81,8	0,0
Desviar olhar	0,0	22,2	30,0	0,0	21,4	9,1	0,0
Distrair criança	5,0	0,0	0,0	37,5	7,1	0,0	0,0
Instruir criança	30,0	0,0	25,0	0,0	14,3	4,5	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	5,0	11,1	0,0	0,0	50,0	63,6	4,7
Oferecer ajuda	20,0	55,6	55,0	0,0	28,6	4,5	2,3
Pegar no colo	40,0	0,0	15,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	30,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	4,5	2,3
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=19)	AnT (n=21)	AnI (n=24)	P (n=10)	IA (n=4)	PC (n=21)	R (n=35)
Acariciar/Tamborilar	10,5	9,5	33,3	60,0	25,0	9,5	34,3
Beijar	15,8	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0
Consolar criança	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	31,6	100,0	62,5	0,0	0,0	9,5	0,0
Desviar olhar	0,0	42,9	66,7	0,0	0,0	9,5	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	47,4	14,3	20,8	60,0	50,0	23,8	8,6
Lamentar	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	5,3	42,9	12,5	10,0	75,0	57,1	2,9
Oferecer ajuda	15,8	14,3	16,7	20,0	25,0	4,8	11,4
Pegar no colo	57,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	21,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	19,0	16,7	10,0	100,0	19,0	8,6

M2: Tabelas relativas à Figura 4

5ª SESSÃO

	EC (n=12)	AnT (n=21)	AnI (n=41)	P (n=9)	IA (n=3)	PC (n=14)	R (n=34)
Acariciar/Tamborilar	0,0	57,1	4,9	33,3	33,3	0,0	11,8
Beijar	8,3	4,8	2,4	22,2	66,7	0,0	5,9
Consolar criança	0,0	0,0	4,9	22,2	33,3	21,4	0,0
Conter criança	0,0	0,0	24,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	4,8	53,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	16,7	9,5	36,6	44,4	33,3	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	39,0	33,3	33,3	35,7	0,0
Oferecer ajuda	8,3	14,3	7,3	11,1	33,3	0,0	0,0
Pegar no colo	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	44,4	33,3	0,0	0,0

6ª SESSÃO

	EC (n=20)	AnT (n=21)	AnI (n=20)	P (n=5)	IA (n=10)	PC (n=26)	R (n=36)
Acariciar/Tamborilar	5,0	28,6	15,0	20,0	10,0	7,7	44,4
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Consolar criança	10,0	9,5	5,0	0,0	10,0	3,8	22,2
Conter criança	15,0	4,8	15,0	0,0	10,0	7,7	11,1
Desviar olhar	10,0	28,6	50,0	0,0	50,0	7,7	19,4
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	30,0	14,3	5,0	0,0	20,0	19,2	13,9
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	9,5	0,0	40,0	20,0	23,1	13,9
Oferecer ajuda	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	30,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	10,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	25,0	47,6	5,0	80,0	80,0	30,8	13,9

M3: Tabelas relativas à Figura 5

3ª SESSÃO

	EC (n=25)	AnT (n=10)	AnI (n=23)	P (n=9)	IA (n=10)	PC (n=67)	R (n=28)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	16,0	100,0	100,0	0,0	100,0	100,0	100,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	24,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	8,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=21)	AnT (n=19)	AnI (n=39)	P (n=10)	IA (n=7)	PC (n=7)	R (n=25)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	0,0	0,0	57,1	100,0	12,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	28,6	68,4	89,7	20,0	14,3	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	4,8	0,0	2,6	20,0	0,0	0,0	4,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	5,3	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

M3: Tabelas relativas à Figura 6

5ª SESSÃO

	EC (n=10)	AnT (n=14)	AnI (n=38)	P (n=4)	IA (n=16)	PC (n=38)	R (n=32)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0	86,8	100,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	50,0	7,1	7,9	0,0	12,5	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	31,3	0,0	0,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	20,0	7,1	2,6	25,0	6,3	2,6	3,1
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir intrusão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,6	3,1
Segurar mão	40,0	50,0	97,4	0,0	62,5	18,4	0,0

6ª SESSÃO

	EC (n=2)	AnT (n=14)	AnI (n=29)	P (n=5)	IA (n=6)	PC (n=11)	R (n=17)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	37,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	7,1	3,4	0,0	66,7	81,8	23,5
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	50,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	21,4	6,9	0,0	33,3	0,0	0,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	50,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir intrusão	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	9,1	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	86,2	0,0	0,0	0,0	0,0

M4: Tabelas relativas à Figura 7

3ª SESSÃO

	EC (n=23)	AnT (n=13)	AnI (n=19)	P (n=3)	IA (n=8)	PC (n=12)	R (n=22)
Acariciar/Tamborilar	8,7	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	13,0	100,0	100,0	0,0	87,5	100,0	90,9
Desviar olhar	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	43,5	30,8	5,3	0,0	0,0	25,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	7,7	36,8	0,0	25,0	75,0	63,6
Oferecer ajuda	4,3	0,0	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	8,7	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=31)	AnT (n=11)	AnI (n=24)	P (n=7)	IA (n=7)	PC (n=33)	R (n=50)
Acariciar/Tamborilar	3,2	18,2	33,3	28,6	0,0	0,0	10,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	12,9	36,4	8,3	0,0	0,0	0,0	2,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	32,3	18,2	12,5	28,6	28,6	18,2	6,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	6,5	45,5	37,5	0,0	85,7	63,6	68,0
Oferecer ajuda	3,2	18,2	16,7	14,3	0,0	3,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	6,5	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

M4: Tabelas relativas à Figura 8

5ª SESSÃO

	EC (n=20)	AnT (n=16)	AnI (n=23)	P (n=3)	IA (n=9)	PC (n=9)	R (n=39)
Acariciar/Tamborilar	10,0	50,0	26,1	33,3	11,1	0,0	43,6
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	50,0	12,5	26,1	66,7	44,4	66,7	25,6
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	50,0	13,0	0,0	100,0	33,3	41,0
Oferecer ajuda	5,0	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	5,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	25,6

6ª SESSÃO

	EC (n=6)	AnT (n=16)	AnI (n=17)	P (n=4)	IA (n=7)	PC (n=14)	R (n=31)
Acariciar/Tamborilar	16,7	25,0	17,6	0,0	0,0	0,0	3,2
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	21,4	6,5
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	100,0	75,0	47,1	75,0	85,7	85,7	64,5
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	43,8	0,0	50,0	42,9	50,0	45,2
Oferecer ajuda	0,0	31,3	0,0	50,0	0,0	7,1	3,2
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	83,3	93,8	11,8	25,0	100,0	100,0	100,0

M5: Tabelas relativas à Figura 9

3ª SESSÃO

	EC (n=4)	AnT (n=17)	AnI (n=35)	P (n=8)	IA (n=18)	PC (n=12)	R (n=49)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	11,4	12,5	0,0	0,0	2,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	82,9	0,0	100,0	100,0	55,1
Desviar olhar	0,0	0,0	25,7	0,0	27,8	0,0	4,1
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	50,0	11,8	14,3	25,0	5,6	8,3	2,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	25,0	5,9	25,7	0,0	16,7	75,0	26,5
Oferecer ajuda	0,0	0,0	31,4	0,0	0,0	0,0	2,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	82,4	11,4	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=18)	AnT (n=26)	AnI (n=33)	P (n=4)	IA (n=10)	PC (n=26)	R (n=32)
Acariciar/Tamborilar	0,0	11,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	15,4	24,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	15,2	0,0	10,0	11,5	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	33,3	0,0	15,2	0,0	0,0	3,8	3,1
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	3,8	87,9	0,0	80,0	92,3	40,6
Oferecer ajuda	0,0	11,5	15,2	0,0	0,0	3,8	0,0
Pegar no colo	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	11,1	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	11,5	75,8	0,0	100,0	100,0	93,8

M5: Tabelas relativas à Figura 10

5ª SESSÃO

	EC (n=7)	AnT (n=20)	AnI (n=35)	P (n=3)	IA (n=9)	PC (n=16)	R (n=35)
Acariciar/Tamborilar	0,0	15,0	20,0	0,0	0,0	0,0	68,6
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	17,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	14,3	10,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	70,0	25,7	0,0	33,3	18,8	8,6
Oferecer ajuda	0,0	15,0	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	80,0	100,0	100,0	100,0	100,0	17,1

6ª SESSÃO

	EC (n=2)	AnT (n=17)	AnI (n=28)	P (n=5)	IA (n=9)	PC (n=10)	R (n=29)
Acariciar/Tamborilar	0,0	41,2	0,0	0,0	0,0	0,0	10,3
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	32,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	50,0	17,6	17,9	100,0	33,3	30,0	3,4
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	100,0	52,9	17,9	0,0	77,8	80,0	17,2
Oferecer ajuda	0,0	11,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	29,4	100,0	100,0	100,0	60,0	0,0

M6: Tabelas relativas à Figura 11

3ª SESSÃO

	EC (n=17)	AnT (n=10)	AnI (n=29)	P (n=10)	IA (n=14)	PC (n=11)	R (n=22)
Acariciar/Tamborilar	0,0	20,0	0,0	40,0	0,0	0,0	9,1
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	60,0	100,0	20,0	100,0	100,0	45,5
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	41,2	10,0	6,9	20,0	14,3	0,0	13,6
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	23,5	30,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Oferecer ajuda	5,9	0,0	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	76,5	0,0	0,0	80,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	23,5	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	5,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	72,7

4ª SESSÃO

	EC (n=21)	AnT (n=13)	AnI (n=23)	P (n=7)	IA (n=9)	PC (n=10)	R (n=23)
Acariciar/Tamborilar	9,5	69,2	52,2	42,9	44,4	70,0	78,3
Beijar	0,0	0,0	8,7	14,3	11,1	0,0	17,4
Consolar criança	0,0	23,1	13,0	0,0	11,1	40,0	21,7
Conter criança	14,3	15,4	26,1	0,0	0,0	10,0	4,3
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	33,3	7,7	8,7	28,6	44,4	0,0	17,4
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	14,3	30,8	13,0	0,0	44,4	20,0	43,5
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	66,7	0,0	0,0	100,0	11,1	0,0	0,0
Posicionar criança	14,3	0,0	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	69,2	56,5	0,0	77,8	0,0	56,5

M6: Tabelas relativas à Figura 12

5ª SESSÃO

	EC (n=21)	AnT (n=17)	AnI (n=26)	P (n=4)	IA (n=5)	PC (n=19)	R (n=34)
Acariciar/Tamborilar	71,4	76,5	61,5	0,0	0,0	0,0	38,2
Beijar	19,0	17,6	30,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,5	0,0
Conter criança	9,5	41,2	42,3	25,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	19,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	7,7	25,0	0,0	5,3	0,0
Oferecer ajuda	14,3	11,8	11,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	61,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	9,5	35,3	69,2	100,0	100,0	100,0	100,0

6ª SESSÃO

	EC (n=22)	AnT (n=15)	AnI (n=21)	P (n=3)	IA (n=4)	PC (n=29)	R (n=30)
Acariciar/Tamborilar	27,3	33,3	38,1	0,0	0,0	13,8	63,3
Beijar	0,0	6,7	4,8	0,0	0,0	6,9	6,7
Consolar criança	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	13,3	47,6	0,0	0,0	51,7	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	22,7	0,0	9,5	0,0	0,0	6,9	6,7
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	6,7	33,3	33,3	75,0	41,4	3,3
Oferecer ajuda	0,0	13,3	4,8	0,0	0,0	3,4	0,0
Pegar no colo	27,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	60,0	52,4	100,0	100,0	31,0	10,0

M7: Tabelas relativas à Figura 13

3ª SESSÃO

	EC (n=24)	AnT (n=16)	AnI (n=26)	P (n=5)	IA (n=8)	PC (n=14)	R (n=23)
Acariciar/Tamborilar	12,5	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	16,7	50,0	84,6	0,0	100,0	64,3	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	14,3	0,0
Distrair criança	8,3	12,5	7,7	20,0	0,0	0,0	4,3
Instruir criança	25,0	12,5	3,8	0,0	25,0	0,0	4,3
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	8,3	0,0	7,7	0,0	62,5	64,3	13,0
Oferecer ajuda	8,3	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0
Pegar no colo	54,2	62,5	0,0	100,0	12,5	0,0	0,0
Posicionar criança	12,5	6,3	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=21)	AnT (n=15)	AnI (n=28)	P (n=10)	IA (n=8)	PC (n=28)	R (n=48)
Acariciar/Tamborilar	14,3	20,0	14,3	0,0	37,5	17,9	2,1
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	4,8	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	13,3	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0
Instruir criança	47,6	20,0	39,3	0,0	50,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	57,1	0,0	25,0	21,4	4,2
Oferecer ajuda	4,8	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0
Pegar no colo	42,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	73,3	28,6	0,0	0,0	3,6	37,5

M7: Tabelas relativas à Figura 14

5ª SESSÃO

	EC (n=5)	AnT (n=15)	AnI (n=31)	P (n=4)	IA (n=5)	PC (n=9)	R (n=27)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	3,7
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	12,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
Instruir criança	20,0	6,7	0,0	0,0	0,0	0,0	3,7
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	6,7	6,5	0,0	40,0	33,3	11,1
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	38,7	25,0	60,0	0,0	0,0

6ª SESSÃO

	EC (n=9)	AnT (n=20)	AnI (n=24)	P (n=8)	IA (n=6)	PC (n=33)	R (n=36)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	4,2	12,5	0,0	6,1	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	20,8	0,0	16,7	3,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	33,3	0,0	12,5	0,0	16,7	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	4,2	0,0	16,7	3,0	22,2
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	5,0	20,8	0,0	33,3	12,1	0,0

M8: Tabelas relativas à Figura 15

3ª SESSÃO

	EC (n=3)	AnT (n=9)	AnI (n=27)	P (n=5)	IA (n=15)	PC (n=26)	R (n=42)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	53,8	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	0,0	25,9	0,0	0,0	80,8	100,0
Desviar olhar	0,0	0,0	7,4	0,0	0,0	0,0	7,1
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	0,0	14,8	0,0	0,0	80,8	64,3
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=21)	AnT (n=11)	AnI (n=18)	P (n=6)	IA (n=7)	PC (n=37)	R (n=25)
Acariciar/Tamborilar	4,8	0,0	11,1	0,0	0,0	48,6	64,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	14,3	100,0	100,0	100,0	100,0	54,1	8,0
Desviar olhar	4,8	18,2	27,8	0,0	14,3	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	23,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	72,7	88,9	100,0	100,0	48,6	44,0
Oferecer ajuda	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	9,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	19,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	40,0

M8: Tabelas relativas à Figura 16

5ª SESSÃO

	EC (n=20)	AnT (n=20)	AnI (n=23)	P (n=8)	IA (n=7)	PC (n=22)	R (n=28)
Acariciar/Tamborilar	15,0	60,0	95,7	62,5	28,6	54,5	46,4
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	25,0	4,3	12,5	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	15,0	0,0	25,0	71,4	50,0	10,7
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	15,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

6ª SESSÃO

	EC (n=18)	AnT (n=14)	AnI (n=20)	P (n=3)	IA (n=7)	PC (n=18)	R (n=28)
Acariciar/Tamborilar	5,6	7,1	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	55,6	21,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	16,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	21,4	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	22,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

M9: Tabelas relativas à Figura 17

3ª SESSÃO

	EC (n=23)	AnT (n=18)	AnI (n=22)	P (n=12)	IA (n=15)	PC (n=18)	R (n=25)
Acariciar/Tamborilar	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2	28,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	27,8	72,7	0,0	100,0	100,0	76,0
Desviar olhar	0,0	0,0	22,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	78,3	16,7	54,5	75,0	13,3	27,8	20,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	77,8	86,4	75,0	46,7	94,4	96,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

4ª SESSÃO

	EC (n=18)	AnT (n=19)	AnI (n=28)	P (n=10)	IA (n=6)	PC (n=20)	R (n=35)
Acariciar/Tamborilar	11,1	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	5,6	26,3	14,3	0,0	50,0	50,0	48,6
Desviar olhar	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	77,8	57,9	7,1	80,0	33,3	25,0	25,7
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	73,7	85,7	30,0	100,0	100,0	100,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	16,7	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	22,2	63,2	100,0	90,0	50,0	75,0	57,1

M9: Tabelas relativas à Figura 18

5ª SESSÃO

	EC (n=22)	AnT (n=19)	AnI (n=23)	P (n=9)	IA (n=12)	PC (n=14)	R (n=25)
Acariciar/Tamborilar	9,1	5,3	0,0	11,1	0,0	0,0	8,0
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	4,5	5,3	95,7	0,0	100,0	100,0	64,0
Desviar olhar	0,0	0,0	13,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	8,0
Instruir criança	72,7	52,6	47,8	66,7	41,7	0,0	12,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	84,2	69,6	0,0	75,0	100,0	100,0
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	4,5	5,3	0,0	0,0	8,3	0,0	0,0
Prometer recompensa	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	4,5	94,7	0,0	0,0	0,0	0,0	36,0

6ª SESSÃO

	EC (n=11)	AnT (n=21)	AnI (n=40)	P (n=10)	IA (n=6)	PC (n=26)	R (n=58)
Acariciar/Tamborilar	9,1	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	0,0	3,4
Conter criança	18,2	9,5	40,0	0,0	100,0	92,3	13,8
Desviar olhar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Instruir criança	54,5	38,1	15,0	50,0	16,7	30,8	13,8
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	0,0	81,0	97,5	10,0	100,0	88,5	29,3
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	18,2	23,8	62,5	0,0	16,7	11,5	84,5

M10: Tabelas relativas à Figura 19

3ª SESSÃO

	EC (n=8)	AnT (n=20)	AnI (n=26)	P (n=13)	IA (n=7)	PC (n=42)	R (n=27)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	0,0	23,1	0,0	2,4	7,4
Beijar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	3,8	30,8	28,6	4,8	0,0
Conter criança	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	95,2	55,6
Desviar olhar	0,0	0,0	53,8	7,7	0,0	4,8	3,7
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	62,5	20,0	0,0	7,7	14,3	14,3	14,8
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	62,5	40,0	38,5	76,9	100,0	69,0	81,5
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	5,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	0,0	0,0	0,0	15,4	14,3	0,0	29,6

4ª SESSÃO

	EC (n=23)	AnT (n=15)	AnI (n=29)	P (n=4)	IA (n=13)	PC (n=13)	R (n=40)
Acariciar/Tamborilar	0,0	0,0	3,4	0,0	7,7	0,0	2,5
Beijar	0,0	0,0	3,4	0,0	23,1	7,7	10,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	33,3	58,6	25,0	69,2	92,3	35,0
Desviar olhar	0,0	20,0	24,1	0,0	7,7	15,4	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
Instruir criança	30,4	20,0	10,3	25,0	0,0	0,0	10,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	34,8	53,3	6,9	0,0	61,5	76,9	67,5
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	4,3	20,0	0,0	25,0	38,5	0,0	0,0

M10: Tabelas relativas à Figura 20

5ª SESSÃO

	EC (n=28)	AnT (n=14)	AnI (n=39)	P (n=9)	IA (n=7)	PC (n=41)	R (n=43)
Acariciar/Tamborilar	3,6	0,0	2,6	33,3	28,6	9,8	0,0
Beijar	10,7	7,1	2,6	33,3	0,0	4,9	0,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Conter criança	0,0	42,9	5,1	0,0	0,0	4,9	0,0
Desviar olhar	0,0	7,1	12,8	0,0	0,0	0,0	4,7
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	3,6	14,3	10,3	0,0	0,0	12,2	2,3
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	10,7	21,4	35,9	22,2	85,7	56,1	69,8
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	10,7	0,0	0,0	11,1	0,0	2,4	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	10,7	28,6	5,1	0,0	14,3	41,5	0,0

6ª SESSÃO

	EC (n=19)	AnT (n=11)	AnI (n=29)	P (n=9)	IA (n=4)	PC (n=11)	R (n=33)
Acariciar/Tamborilar	0,0	18,2	6,9	11,1	25,0	0,0	3,0
Beijar	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Consolar criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Conter criança	0,0	0,0	0,0	22,2	0,0	0,0	0,0
Desviar olhar	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Distrair criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Instruir criança	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0
Lamentar	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Observar procedimento	26,3	100,0	62,1	55,6	75,0	72,7	69,7
Oferecer ajuda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pegar no colo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Posicionar criança	5,3	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0
Prometer recompensa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Questionar procedimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Seguir instrução	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Segurar mão	10,5	0,0	0,0	22,2	25,0	0,0	12,1