



**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

OLIVIA JUSTEN BRANDENBURG

**ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE A MÃE E A CRIANÇA
DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO**

Londrina
2008

OLIVIA JUSTEN BRANDENBURG

**ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE A MÃE E A CRIANÇA
DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Análise do Comportamento.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luiza Marinho-Casanova

Londrina
2008

Ficha Catalográfica Elaborada pelo Setor de Processos Técnicos BICEN/UEPG

B817a Brandenburg, Olivia Justen
Análise da interação entre a mãe e a criança durante o atendimento
odontológico. / Olívia Justen Brandenburg. Londrina, 2008
152f.

Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento),
Universidade Estadual de Londrina.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luiza Marinho-Casanova.

1. Odontopediatria. 2. Análise do comportamento. 3. Interação
pais criança. 4. Presença parental. 5. Comportamento infantil.

I. Marinho-Casanova, Maria Luiza. II. T.

CDD : 618.920.976

OLIVIA JUSTEN BRANDENBURG

**ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE A MÃE E A CRIANÇA
DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Luiza Marinho-Casanova
Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes
Universidade de Campinas

Profa. Dra. Verônica Bender Haydu
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 01 de agosto de 2008.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar à Maria Luiza, que me orientou por toda esta trajetória. Obrigada pelas oportunidades de aprendizado, por me abrir as portas da área da saúde, por ampliar meus horizontes na Análise do Comportamento, por seu apoio e dedicação, principalmente quando os obstáculos apareceram.

Às Professoras Verônica e Maura, que contribuíram de forma significativa com minha formação no mestrado. Obrigada Verônica por acompanhar meu trabalho desde o início e contribuir com ele. Obrigada Maura pela oportunidade de aprofundamento nos estudos da Filosofia da Análise do Comportamento.

Aos meus colegas de turma do mestrado, por compartilharmos angústias e alegrias, pelas amizades que guardarei com carinho, em especial Juliana, Lígia, Marina e Camila.

Às acadêmicas colaboradoras da UEL Priscila, Marcela e Gabriela.

Ao Núcleo de Odontologia para Bebês, incluindo toda a equipe e em particular a Professora Beatriz, por me acolher e viabilizar a realização da pesquisa.

À minha amiga Ana Paula, companheira de antigas (e espero que de futuras!) batalhas, sempre disposta a oferecer seu ombro e seus conselhos.

À minha amiga Maristela, pessoa querida com quem sempre posso contar, que gentilmente me ajudou a fazer a revisão do inglês.

Às pessoas fundamentais para minha vida, que torcem por mim e confiam em mim: meu pai Alfio, quem me inspirou a gostar de pesquisa e me ensinou a ir atrás do que gosto, minha mãe Ilze, com quem aprendi otimismo, coragem e sensibilidade, minhas irmãs Elisa e Elena, muito mais do que irmãs, muito mais do que amigas.

Deixo por último meu agradecimento especial ao Alceu, que esteve sempre ao meu lado, dividiu os meus sorrisos, aparou minhas quedas, impulsionou-me a enfrentar os desafios, valorizou minhas conquistas. Foi por quem desisti, foi quem me deu forças para retornar e

alcançar meu objetivo. Mais do que ninguém, você sabe o quanto este mestrado significa não apenas um aprendizado acadêmico, mas também um processo de transformação pessoal.

BRANDENBURG, Olivia Justen. **Análise da interação entre a mãe e a criança durante atendimento odontológico.** 2008. 148f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

Um dos temas de grande interesse da Psicologia aplicada à Odontologia é a explicação do comportamento infantil de não-colaboração com o dentista. Cerca de 25% da clientela infantil apresentam comportamentos não-colaborativos, o que pode ser compreendido pela presença de eventos aversivos no contexto odontológico. Tais eventos passam a ser suportados pela criança quando se estabelecem repertórios de autocontrole e de seguir regras, os quais são aprendidos na primeira infância, principalmente no meio familiar. Assim, o estudo da interação entre mães e filhos em consulta odontológica pode contribuir para compreensão das diferenças de comportamento entre as crianças na consulta. Neste sentido, a presente pesquisa, baseada nos fundamentos da Análise do Comportamento, visou analisar a interação entre mães e crianças durante os atendimentos odontológicos. Participaram do estudo: Vitória (5 anos de idade) com sua avó, Pedro (7 anos), Alice (3 anos), Davi (2 anos) e Lucas (2 anos) com suas mães. Os participantes selecionadas foram as crianças que precisaram de tratamento odontológico cirúrgico. Para cada díade, foi realizada filmagem da interação na sala de espera, na primeira consulta e na segunda. Nos resultados, as duas crianças com mais idade, Vitória e Pedro, colaboraram e permaneceram calmas durante todo o tratamento. Suas mães interagiram pouco, provavelmente porque essas crianças não precisaram de ajuda. As três crianças mais novas apresentaram comportamentos não-colaborativos na primeira consulta, com frequências variadas. Alice e Lucas colaboraram no segundo atendimento, suas mães apresentaram os maiores índices de interação. Davi foi a criança que apresentou mais tempo e maior intensidade de não-colaboração nos dois atendimentos, sua mãe foi a menos interativa. Esses dados indicam que o comportamento das mães pode afetar o comportamento das crianças em atendimento odontológico. Apesar de o comportamento infantil estar principalmente sob controle dos procedimentos odontológicos, as mães podem fornecer instruções e apoio para auxiliar seus filhos. Além disso, a grande responsabilidade das mães parece estar no treino de repertórios complexos como autocontrole e seguimento de regras, os quais são fundamentais para o enfrentamento de contextos como o odontológico. Os dados da presente pesquisa podem subsidiar o planejamento de orientações aos pais sobre formas adequadas e eficientes de se comportarem durante a consulta odontológica de seus filhos.

Palavras-chave: Odontopediatria. Análise do comportamento. Interação pais criança. Presença parental. Comportamento infantil.

BRANDENBURG, Olivia Justen. **The analysis of mother-child interaction during dental treatment.** 2008. 148p. Dissertation. (Master of Degree in Behavior Analysis) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

A subject of great interest in Psychology applied to Dentistry is the explanation of the children's uncooperative behavior toward the dentist. About 25% of children are uncooperative, which can be understood by the presence of aversive events in the dental context. Children can tolerate these events when they set repertoire of self-control and of following rules, which are learned in early childhood, particularly in the family environment. Thus, the study of mother-child interaction in dental treatment may contribute to understand the differences in behavior among children. Consequently, this research, based on the principles of Behavior Analysis, aimed to analyze the interaction between mothers and their children during dental care. Study participants were: Vitória (5 years old) with her grandmother, Pedro (7 years old), Alice (3 years old), Davi (2 years old) and Lucas (2 years old), with their mothers. Participants selected were children on who needed dental surgical treatment. Each mother-child was filmed in the waiting room, in the first and in the second dental appointments. The results showed that both older children, Vitória and Pedro, cooperated and remained calm during all the treatment. Their mothers had very little interaction with them, probably because these children didn't need any help. The three earlier children displayed uncooperative behavior in the first visit, with some variations in frequency. Alice and Lucas collaborated in the second dental appointment, their mothers had higher rates of interaction. Davi was the children that displayed longer and more intensive uncooperative behavior in both dental visits, his mother was the least interactive. This data indicate that maternal behavior can affect children's behavior during dental care. Even though children behavior was mainly under control of the dental procedures, mother's can give instructions and support to help their children. In addition, mothers' great responsibility seems to be in training complex repertoires such as self-control and following rules, which are essential to cope with stressful contexts such as dental treatment. This research may help planning guidelines for parents about how to behave in an appropriate and efficient way during their children's dental care.

Keywords: Pediatric dentistry. Behavior analysis. Parent child interaction. Parental presence. Children behavior.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Composição da estrutura destinada ao atendimento odontológico.....	57
Figura 2 – Posição da díade 1 na primeira e na segunda consultas.....	64
Figura 3 – Comportamentos da díade 1 e da dentista na primeira consulta.....	65
Figura 4 – Comportamentos da díade 1 e da dentista na segunda consulta	67
Figura 5 – Posição da díade 2 na primeira e na segunda consultas.....	71
Figura 6 – Comportamentos da díade 2 e da dentista na primeira consulta.....	72
Figura 7 – Comportamentos da díade 2 e da dentista durante segunda consulta	75
Figura 8 – Posição da díade 3 na primeira e na segunda consultas.....	77
Figura 9 – Comportamentos da díade 3 e da dentista durante primeira consulta.....	78
Figura 10 – Comportamentos da díade 3 e da dentista durante segunda consulta	87
Figura 11 – Posição díade 4 na primeira e na segunda consultas.....	94
Figura 12 – Comportamentos da díade 4 e da dentista durante primeira consulta.....	95
Figura 13 – Comportamentos da díade 4 e da dentista durante segunda consulta	98
Figura 14 – Posição díade 5 na primeira e na segunda consultas.....	101
Figura 15 – Comportamentos da díade 5 e da dentista na primeira consulta.....	103
Figura 16 – Comportamentos da díade 5 e da dentista durante segunda consulta	108
Figura 17 – Comportamentos da díade 1 na sala de espera.....	110
Figura 18 – Comportamentos da díade 2 na sala de espera.....	111
Figura 19 – Comportamentos da díade 3 na sala de espera.....	111
Figura 20 – Comportamentos da díade 4 na sala de espera.....	112
Figura 21 – Comportamentos da díade 5 na sala de espera.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características das acompanhantes participantes	55
Tabela 2 – Descrição dos procedimentos que compõem os tratamentos odontológicos aos quais as crianças participantes foram submetidas	56
Tabela 3 – Dados da entrevista inicial sobre tratamento odontológico da criança, seu comportamento e a preparação dela para a consulta	63
Tabela 4 – Dados do comportamento infantil e materno nas duas consultas Odontológicas	115

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS SOB A PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO	14
2.1 CARACTERÍSTICAS DAS RELAÇÕES FUNCIONAIS NA INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS	18
2.2 A INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS: DADOS DE PESQUISAS	21
2.2.1 Considerações Referentes ao Método das Pesquisas Apresentadas	29
3 COMPORTAMENTO INFANTIL E PARENTAL EM ODONTOPEDIATRIA.....	34
3.1 NÃO-COLABORAÇÃO INFANTIL EM ODONTOLOGIA SOB A VISÃO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO.....	34
3.2 COMPORTAMENTO DOS PAIS EM RELAÇÃO AO DAS CRIANÇAS EM ODONTOPEDIATRIA	39
3.2.1 Pesquisas Sobre Ansiedade dos Pais e Práticas Educativas Relacionadas ao Comportamento Infantil Durante o Atendimento Odontológico	42
3.2.2 Pesquisas Sobre a Presença dos Pais no Atendimento Odontológico Relacionada ao Comportamento da Criança.....	45
4 MÉTODO	55
4.1 PARTICIPANTES	55
4.2 LOCAL	56
4.3 RECURSOS HUMANOS	58
4.4 MATERIAL E INSTRUMENTOS	58
4.5 PROCEDIMENTOS	59
4.5.1 Seleção dos Participantes	59
4.5.2 Coleta de Dados.....	59
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	61
5 RESULTADOS	62
5.1 INTERAÇÕES ENTRE MÃES E CRIANÇAS DURANTE OS ATENDIMENTOS.....	63
5.1.1 Díade 1 (Vitória e Avó).....	63
5.1.2 Díade 2 (Pedro e sua Mãe)	70
5.1.3 Díade 3 (Alice e sua Mãe).....	77

5.1.4 Díade 4 (Davi e Mãe)	93
5.1.5 Díade 5 (Lucas e Mãe)	101
5.2 INTERAÇÕES ENTRE MÃES E CRIANÇAS NA SALA DE ESPERA	110
5.3 CARACTERIZAÇÃO DO COMPORTAMENTO DAS DÍADES DURANTE OS ATENDIMENTOS.....	114
6 DISCUSSÃO	117
6.1 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO MATERNO DURANTE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA CRIANÇA EM EMERGÊNCIA.....	117
6.2 ANÁLISE FUNCIONAL DOS COMPORTAMENTOS INFANTIS NO CONTEXTO ODONTOLÓGICO	121
6.2.1 Comportamento de Autocontrole	123
6.2.2 Comportamentos de Colaboração e Não-Colaboração Infantil em Contexto Odontológico	126
6.3 IMPLICAÇÕES DAS ANÁLISES DO COMPORTAMENTO INFANTIL E MATERNO.....	127
7 CONCLUSÃO.....	130
REFERÊNCIAS.....	133
APÊNDICES	141
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	142
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais	144
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Dentistas	146

1 INTRODUÇÃO

Um dos grandes focos da literatura científica de odontopediatria corresponde ao estudo do comportamento de colaboração infantil durante o atendimento odontológico. A classe de comportamentos não-colaborativos inclui choro, reclamações, movimentos de cabeça e de corpo, formas de a criança resistir ao tratamento odontológico. Esses comportamentos são um dos principais problemas enfrentados por dentistas em suas clínicas, pois podem provocar machucaduras na criança ou no dentista, podem atrasar ou impedir o término do tratamento ou desconcentrar o dentista, afetando a eficácia e a qualidade do trabalho do profissional (ALLEN et al. 1988; KUHN; ALLEN, 1994).

Crianças consideradas não-colaboradoras são pacientes especiais por demandarem alteração da rotina da consulta odontológica (POSSOBON et al., 2003). Uma área vasta de pesquisas vem se desenvolvendo na busca de estratégias de intervenção que diminuam esses comportamentos não-colaborativos. Tais estratégias correspondem às chamadas técnicas de manejo do comportamento, normalmente utilizadas pelos dentistas de acordo com as definições e indicações da Academia Americana de Odontopediatria (*American Academy of Pediatric Dentistry – AAPD*, 2005-2006).

Para elaborar intervenções adequadas é preciso antes explicar o comportamento de não-colaboração infantil. Muitos estudiosos o explicam recorrendo a fatores internos, como o temperamento (RADIS et al., 1994), ou o medo (BAIER et al., 2004). Outros pesquisadores incluem variáveis ambientais na explicação, tais como experiências anteriores (LIDDEL; LOCKER, 2000).

Sendo a saúde bucal de crianças o objeto de estudo da odontopediatria, explicar o comportamento infantil em contexto odontológico pode ter a contribuição das ciências comportamentais. Do intercâmbio entre essas áreas surgiu a Odontologia Comportamental, que integra técnicas e conhecimentos das ciências comportamentais e odontológicas para o estudo de comportamentos envolvidos na saúde bucal, na área de prevenção e na de adesão ao tratamento (MORAES, 1996; SINGH SÁNCHEZ; MORAES; CÉSAR, 2002).

Como uma ciência comportamental, a Análise do Comportamento explica a não-colaboração infantil no consultório do dentista buscando identificar as variáveis envolvidas no controle desse comportamento. Ao analisar as condições ambientais do contexto odontológico, identifica-se o som dos instrumentos, o odor dos materiais, o dentista

e a presença dos pais como possíveis variáveis controladoras.

Os pais são variáveis ambientais importantes para a compreensão do comportamento de uma criança, por fazerem normalmente parte de um dos principais ambientes de convívio dela. Assim, dentre as possibilidades de interação entre o comportamento da criança e o ambiente odontológico, o foco da presente pesquisa é a interação entre as mães e seus filhos.

Recentemente, houve aumento da participação parental durante a consulta odontológica. Pinkham (1991), ao analisar esse fenômeno historicamente, afirma que até meados da década de 60, nos Estados Unidos, havia uma posição clara, apoiada e recomendada pela Associação Americana de Odontologia, de que a presença dos pais não era necessária durante a consulta de seus filhos. Entre 1968 e 1990, com o conjunto de mudanças nas estratégias educativas dos pais, estes passaram a agir de maneira mais protecionista, o que refletiu no consultório odontológico.

Além disso, os dentistas passaram a requisitar a presença dos pais, pelos cuidados éticos com o uso de técnicas de manejo comportamental. O tipo de técnica escolhida pelos odontopediatras para manejar o comportamento infantil tem sofrido modificações em razão da opinião dos pais, com diminuição do uso de técnicas aversivas (CARR et al., 1999). Assim, há cada vez maior participação dos pais nas tomadas de decisão e no consentimento para a aplicação de técnicas de manejo comportamental (NATHAN, 1989).

No entanto, a opinião de dentistas sobre a presença dos pais em sala de atendimento não ainda é consensual. Algumas pesquisas revelam que a maioria dos profissionais permite a permanência dos pais, enquanto outras demonstram resultados contrários (CARR et al., 1999; TAVARES et al., 2000). Para alguns dentistas, a presença dos pais é um facilitador para seu trabalho, permite o diálogo e decisão sobre plano do manejo comportamental infantil (CROSSLEY; JOSHI, 2002; NATHAN, 1989), enquanto para outros, a presença dos pais interfere na relação entre dentista e paciente (NATHAN, 1989).

Pesquisadores, como Kotsanos, Arhakis e Coolidge (2005) e Marzo, Campanella, Albani e Gallusi (2003), buscaram avaliar o impacto dos pais sobre o comportamento infantil durante o atendimento odontológico, mas os achados ainda não são conclusivos. Assim, a Análise do Comportamento pode contribuir com a Odontologia no sentido de explicar e planejar intervenções relacionadas à interação entre pais e filhos em consulta ao dentista.

Para demonstrar tal contribuição, o presente texto compõe-se por um primeiro momento de exploração das bases teóricas desta ciência do comportamento, para a

compreensão da interação entre pais filhos. Pesquisas da área de Psicologia sobre essa interação serão descritas enquanto base empírica para a compreensão do papel dos pais na construção de repertórios infantis. O segundo momento dedica-se à área de Odontologia, incluindo a aplicação da análise do comportamento a este contexto e uma revisão da literatura sobre comportamento parental e infantil. Tanto a fundamentação teórica quanto a análise crítica de métodos e resultados das pesquisas embasarão o objetivo e o método da presente pesquisa.

2 INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS SOB A PERSPECTIVA DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Para responder à questão sobre o que faz uma criança se comportar da maneira como o faz, a Análise do Comportamento enfoca a interação do indivíduo com o ambiente. Se os pais são variáveis ambientais importantes para as crianças, então a relação entre pais e filhos contribui para explicar o comportamento infantil. Diante disso, tal relação será explorada de acordo com os fundamentos teóricos dessa ciência do comportamento.

A família é considerada por Skinner (1953, 1993) como uma agência educacional que faz uso de reforçadores primários e condicionados (como a atenção, por exemplo). O autor ainda acrescenta ser a família a extensão do contrato ético do grupo, pois ela classifica comportamentos “certos” e “errados”. Por isso, a família é um dos representantes da cultura para os filhos. Assim, manipulando as condições ambientais, pais buscam reforçar comportamentos considerados “certos” e punir aqueles considerados “errados”, preparando o indivíduo para fazer parte do grupo cultural.

Tal preparação ocorre intensamente durante os primeiros anos do desenvolvimento infantil. Normalmente, desenvolvimento é o termo usado para se referir a mudanças que ocorrem em certa ordem durante certo tempo (SCHLINGER, 1995). No entanto, a passagem do tempo não explica o motivo das mudanças. De acordo com a crítica de Skinner (1974), nem tempo nem idade podem ser manipulados, a única possibilidade está em aguardar que o indivíduo passe pelo período ou estágio do desenvolvimento.

De acordo com Schlinger (1995), a ênfase do analista do comportamento é no processo responsável pelas mudanças no desenvolvimento e não apenas em quais são as mudanças. Bijou e Baer (1980) traduzem a concepção de desenvolvimento para essa ciência do comportamento: “Por desenvolvimento psicológico queremos significar transformações progressivas nas interações entre o comportamento dos indivíduos e os acontecimentos do seu ambiente” (p.2). Fica claro que os autores enfatizam as modificações das interações. Haydu (2003) esclarece esta visão interacionista ao realizar a seguinte comparação: diante de uma criança que procura o objeto que foi escondido, estruturalistas afirmam que ela possui a “permanência do objeto”, enquanto analistas do comportamento afirmam que a criança o procura porque no passado esse movimento levou-a a encontrar o objeto. Este exemplo mostra que em função do ambiente, a criança emite ou não uma resposta, e quando o faz, a resposta transforma as propriedades de estímulo para essa criança, possibilitando as condições

para ocorrência de outra resposta e assim por diante (BIJOU; BAER). Portanto, a descrição da interação entre indivíduo e ambiente explica o novo comportamento e não a passagem por estágios.

Analisando, então, o desenvolvimento infantil sob este enfoque interacionista, pode-se compreender as mudanças comportamentais pelas quais a criança passa. Logo, quando a criança nasce, sua relação com o mundo é limitada, ocorre apenas com eventos ambientais específicos (HAYDU, 2003). Tais eventos são estímulos incondicionais que eliciam reflexos, ou comportamentos respondentes. O reflexo é a relação fidedigna entre um estímulo e uma mudança resultante no comportamento (CATANIA, 1999), relação esta que foi selecionada na filogenêse. Como parte desse repertório infantil, inato, está o sugar, o movimento de cabeça em resposta a estímulos táteis nas bochechas ou na região bucal, o sorriso e o choro.

A criança traz também como herança filogenética, a capacidade de se adaptar ao meio em que nasce pela predisposição aos condicionamentos respondente e operante.

A reprodução sob uma ampla gama de condições tornou-se possível com a evolução de dois processos por meio dos quais organismos individuais adquiriam comportamentos apropriados a novos ambientes. Por meio do condicionamento respondente (pavloviano), respostas previamente preparadas pela seleção natural poderiam ficar sob o controle de novos estímulos. Por meio do condicionamento operante, novas respostas poderiam ser fortalecidas (“reforçadas”) por eventos que imediatamente as seguissem. (SKINNER, 1981, p.129).

Um exemplo de condicionamento respondente seria um adulto gritar forte perto do recém-nascido e o ruído provocar na criança reações de medo como choro e taquicardia. Posteriormente, a fisionomia desse adulto pode desencadear as respostas de medo eliciadas pelo grito. Nesse processo, os respondentes incondicionais (choro e taquicardia) passam a ser condicionais ao serem eliciados por estímulos anteriormente neutros (a fisionomia do adulto) que, por emparelhamento, adquiriram a função do eliciador incondicional (grito). Nas palavras de Skinner (1953, 1993, p. 62.), “Um estímulo antes neutro adquire o poder de eliciar a resposta que originalmente era eliciada por outro estímulo.”

Assim, o comportamento da criança passa a ser eliciado por estímulos condicionais variados de acordo com os condicionamentos ao longo de suas experiências.

Além desse processo, muitos respondentes passam pouco a pouco a ser afetados pelas conseqüências ambientais que geram (HAYDU, 2003). Este é o caso do choro de uma criança. Logo, quando a criança nasce, o choro é um reflexo incondicional. Entretanto, sempre que o bebê chora, a mãe aparece e junto com ela, um conjunto de reforçadores primários tal como alimento e a proteção do frio. Estabelece-se, então, uma relação entre indivíduo e ambiente. O choro produz a conseqüência ambiental do aparecimento da mãe e isso modifica o comportamento infantil, aumentando a probabilidade de a criança chorar nas condições em que houve reforço positivo pela presença da mãe. Percebe-se, aqui, que há mudanças no tipo de interação da criança com seu meio, em que as conseqüências ambientais ganham controle sobre o comportamento.

Esse comportamento que produz modificações no mundo e é afetado por esse efeito ambiental, alterando sua probabilidade futura de se repetir, corresponde ao operante (SKINNER, 1953, 1993). Vale ressaltar que a separação entre respondentes e operantes é importante para conceituações, mas na prática, eles ocorrem interligados. Este é o caso das emoções, controladas por estímulos eliciadores e reforçadores. Bijou e Baer (1980) exemplificam esta combinação complexa de controle pelo exemplo de um homem que sente medo de um urso. O urso corresponde a um estímulo eliciador de reações fisiológicas de sudorese e tremor, e uma operação estabelecadora que oferece ocasião para fuga. Na família, pode-se imaginar o comportamento de uma criança que apanha com freqüência de seu pai. Diante do olhar furioso deste adulto, são eliciadas reações corporais no filho, sentimento de medo, e surgem respostas de esquiva, como a mentira.

Enquanto o repertório respondente é mais limitado, os repertórios de comportamentos operantes se ampliam aos poucos, de acordo com a interação da criança com as conseqüências ambientais. Variedades de respostas são emitidas ao acaso, aquelas que não são reforçadas tendem a desaparecer do repertório infantil, enquanto as que geram conseqüências reforçadoras são selecionadas e tornam a criança um indivíduo diferenciado. Sendo a família o primeiro e o mais constante ambiente com o qual a criança interage, ela é uma das principais fontes de reforçadores responsáveis pela seleção ontogenética.

Nesse sentido, os pais, ao fornecerem conseqüências ambientais para os comportamentos de seus filhos, modelam o repertório infantil. Quando o pai diz “pa-pa” para seu filho e este repete “pa-pa”, o comportamento da criança é reforçado pelo pai satisfeito (Skinner, 1953, 1993). Quando, em uma família, pais dão atenção ao filho em função de ele agir de forma coercitiva, com gritos e choros, e não o valorizam por agir de forma positiva, os pais estão extinguindo uma resposta adequada e selecionando uma inadequada. Os estudos de

Patterson (2002) evidenciam o processo de os pais selecionarem comportamentos coercitivos das crianças, ao cederem diante de gritos ou acessos de raiva. O comportamento dos pais é reforçado negativamente pela interrupção desses comportamentos aversivos e os filhos são reforçados positivamente por agirem de forma coercitiva.

Dentre os vários repertórios infantis treinados pelos pais, um que merece destaque é o de seguir regras. Regras são descrições de contingências que controlam comportamentos sem que o indivíduo precise passar diretamente pelas próprias contingências. Para Skinner (1974), as regras são seguidas porque o comportamento de seguir regras similares foi reforçado no passado. Trata-se de um comportamento aprendido, que Matos (2001, p. 57) assim descreve:

Se o seguimento de regras depende da socialização do indivíduo (leia-se, da aquisição de uma linguagem e do desenvolvimento de controle por reforçadores sociais), então seguir regras é um comportamento evolutivo culturalmente determinado, cuja aquisição é gradual, e eu deveria observar seu desenvolvimento ao longo do crescimento das pessoas para entender melhor seus mecanismos de ação.

Sendo gradual o treino de seguir regras, as crianças menores estão em processo de aprendizagem. Assim, entende-se que as mais novas apresentem mais dificuldades em obedecer do que as mais velhas, que aprenderam a ficar sob controle de regras.

Matos (2001) enfatiza as utilidades do uso de regras. Uma das utilidades é por substituírem contingências naturais que são fracas, ou de magnitude pequena, ou que operam em longo prazo. A outra é por ocorrer quando contingências naturais produzem comportamentos indesejados. Os pais, grandes responsáveis pela modelagem do comportamento infantil de seguir regras, muitas vezes fazem uso destas nas duas situações descritas. As contingências naturais envolvidas no escovar dentes, por exemplo, são fracas e apresentam conseqüências em longo prazo. Em relação aos doces, as contingências naturais imediatas, reforçadoras, produzem comportamento indesejável de comer doce, enquanto a conseqüência aversiva, dor de dente por causa de cáries, ocorre com atraso. Por isso, ensinar o comportamento de higiene dentária e de evitar doces exige dos pais o uso de regras.

2.1 CARACTERÍSTICAS DAS RELAÇÕES FUNCIONAIS NA INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS

A Análise do Comportamento estuda a interação de pais com filhos enquanto relação funcional entre duas variáveis. Este tipo de relação, como parte de um modelo explicativo funcional, possui características particulares que serão especificadas na seqüência: funcionalidade *versus* topografia, contingência *versus* contigüidade, relação definida a posteriori, bidirecionalidade, multideterminação e história.

Em primeiro lugar, o foco de estudo não é a topografia do comportamento. Skinner (1969, 1975) afirma “A topografia do comportamento, não importa o quão fascinante, fica em segundo lugar frente às evidências de probabilidade”. As implicações disso são importantes, pois se trata de uma forma diferente de avaliação comportamental: enfoque na função. Pode-se verificar isso ao emprestar o exemplo de Skinner (1953, 2003) de uma mãe que belisca seu filho que está rindo dentro da igreja. Um observador pode se precipitar afirmando que a mãe puniu a criança. No entanto, tal conclusão baseou-se apenas na topografia do comportamento da mãe. A punição se define pela diminuição da probabilidade de ocorrência de uma resposta. Se a criança continuar a rir quando vai à igreja, o beliscão não terá exercido função de estímulo punidor.

Por isso, quando um comportamento é analisado, não há como olhar apenas para sua forma e isolá-lo das variáveis ambientais. Um analista do comportamento não explica a birra de uma criança pelo seu gênio difícil ou por seu tipo de personalidade. Ele avalia em que condições tal comportamento ocorre, e o efeito dele no ambiente. A criança choraminga e esperneia (comportamento) diante de um brinquedo na loja (condições antecedentes) e a mãe compra o objeto para seu filho (condições conseqüentes). Tal descrição explica o comportamento de birra da criança.

A análise de relações que inclui a ocasião em que a resposta ocorre (antecedente), a própria resposta e as conseqüências ambientais corresponde à tríplice contingência (Skinner, 1953, 2003). Trata-se de um recorte didático para o estudo científico de relações complexas.

Na tríplice contingência, certa condição antecedente aumenta a probabilidade de ocorrência de uma resposta, e esta, por sua vez, produz conseqüências, alterando o ambiente. Esta alteração ambiental poderá afetar outro comportamento e formar cadeias comportamentais.

No entanto, se um evento antecede a resposta ou ocorre na seqüência, pode

existir entre eles apenas uma relação temporal, de contigüidade. Supõe-se o caso de uma mãe que manda sua filha fazer a tarefa da escola. A criança poderia fazê-lo sem o pedido da mãe, simplesmente por ser uma atividade reforçadora, ou por razões relacionadas a outras variáveis, como o comportamento da professora ou dos colegas. As relações funcionais pressupõem relações de dependência, ou seja, contingências. Se forem observadas repetidas vezes em que a criança somente faz a tarefa diante do pedido da mãe, então é possível supor uma relação de dependência.

Tais cuidados referentes à topografia e à contigüidade se devem ao caráter relacional do modelo skinneriano. “Referências a eventos isolados, como descrições topográficas de uma resposta ou descrições físicas de uma condição ambiental, não são descrições comportamentais plenas” (TOURINHO, 1999, p.14). Isso porque os eventos não carregam em si propriedades, apenas adquirem função de estímulo ou resposta quando participam de uma relação. Por esta razão, “ambiente” é definido na Análise do Comportamento como qualquer aspecto do universo que afete o organismo, o que nem sempre corresponde ao local físico que o cerca. Por exemplo, para uma criança, a expressão de brabeza no rosto do pai pode ser um estímulo discriminativo que a leva a parar de mexer no objeto proibido, enquanto a expressão do rosto de uma pessoa desconhecida pode não afetá-la.

Se a função de um evento não pode ser definida a priori, ele pode assumir tanto papel de variável dependente (“causa”) quanto de independente (“efeito”). Assim, a interação entre pais e filhos pode ser analisada sob dois ângulos. Se o foco for o comportamento infantil, os pais poderão assumir papel de variável ambiental; ao contrário, se o comportamento dos pais for o de interesse, o filho pode participar do controle ambiental. Esta consideração é importante por caracterizar a bidirecionalidade do modelo funcional.

Certamente, os pais não são as únicas variáveis controladoras dos comportamentos dos filhos, assim como o contrário é verdadeiro. Além de bidirecional, este modelo pressupõe a multiterminação. Em lugar de um determinismo absoluto em que um evento causa outro, existe uma rede de probabilidade de relações. Por um lado, muitas variáveis podem se combinar num efeito comum; por outro, um mesmo evento pode ter diferentes efeitos sobre o comportamento (SKINNER, 1953, 1993). Uma mãe pode punir fisicamente seu filho em função de diferentes variáveis, como a regra cultural de que a palmada é importante para disciplinar, o sentimento de raiva que aumenta a probabilidade do bater, o estímulo discriminativo de ver seu filho desobedecendo. Ao mesmo tempo, a punição corporal da mãe no filho gera diferentes respostas na criança, como parar de fazer o que

estava fazendo, sentir raiva da mãe, desafiá-la, e assim por diante.

Sendo assim, um analista do comportamento estuda a interação entre pais e filhos levando em conta esses aspectos de topografia, contigüidade, bidirecionalidade, multideterminação. Para explicar tal interação é suficiente descrever as relações funcionais entre o organismo e ambiente, não sendo necessários conceitos mediadores. Por isso, Skinner (1950) critica teorias que apelam a eventos que ocorrem em outros lugares, como mente ou cérebro, em outro nível de observação, descritos em termos diferentes e medidos por diferentes dimensões. O modelo de relações funcionais é descritivista.

Por último, deve-se notar que quando um comportamento é analisado, não é suficiente considerar as ocorrências atuais. Skinner (1969, 1975) exemplifica isso ao supor que um observador, sem conhecimentos de análise do comportamento, olhe para um experimento em que um pombo bica discos com cores diferentes, com frequências distintas, acionando ocasionalmente um comedouro e se alimentando. O observador teria dificuldades em explicar o comportamento do pombo, “a observação direta, não importando quão prolongada, diz-lhe muito pouco do que está ocorrendo” (p. 13). Isso porque o observador não teve acesso à história do pombo, das mudanças que ocorreram nas frequências de respostas para atingir a situação atual. Assim, constata-se a importância de se descrever como o comportamento evoluiu, sua história, para explicá-lo.

Voltando ao exemplo da criança birrenta. Não basta verificar o que ocorre no momento presente, é preciso verificar qual o processo de aprendizagem que ocorreu ao longo da história dessa criança. Skinner (1953, 2003, p.104) fornece tal visão histórica do comportamento infantil ao explicar o efeito do reforçamento diferencial:

A mãe que se queixa do fato de seu filho de três anos esbravejar e chorar para obter atenção de um modo aborrecido, pode não perceber que o seu próprio comportamento é o responsável pela situação. Quando está ocupada com outras mães, provavelmente não responde a um chamado ou apelo feito em um tom normal de voz. Quando a criança eleva a voz, ela responde. Isto é reforço diferencial. A intensidade média do comportamento vocal da criança aumenta. Quando a mãe estiver adaptada ao novo nível, outra vez são reforçados os sons mais altos. Seguem-se diferenciações posteriores no sentido de respostas mais altas.

A explicação para os gritos da criança com sua mãe está no reforço diferencial fornecido pela mãe. As crianças birrentas possuem uma história de reforçamento positivo de respostas de choro, berro, jogar-se no chão quando querem algo e o obtêm. Isso

significa que a birra foi modelada, a atenção da mãe selecionou as respostas da criança que se aproximaram cada vez mais da birra. Retoma-se, aqui, a noção histórica da explicação do comportamento, permitida pelo modelo de seleção do comportamento pelas conseqüências, já descrito anteriormente.

Portanto, como afirma Chiesa (1994), o modelo teórico skinneriano inclui variáveis afastadas no tempo e no espaço. Não há necessidade de buscar fatores mediadores para relacionar eventos distantes. Por isso, a autora afirma que a pessoa no presente é o produto dos efeitos de experiências passadas sobre seu comportamento, e o comportamento atual interage tanto com contingências presentes como com as passadas. Quando uma criança reage ao gesto de ameaça de sua mãe, está se comportando em função de contingências passadas, que fizeram parte de uma história punitiva.

Por fim, a Análise do Comportamento entende a participação central dos pais nas mudanças de interação que ocorrem durante o desenvolvimento infantil, sendo que tais interações possuem características específicas. Os comportamentos desempenhados pelas crianças, em qualquer contexto, são treinados em grande parte por seus pais. O mesmo ocorre no contexto de saúde, como de odontopediatria. No entanto, antes de discutir o papel dos pais nessa área, serão descritas pesquisas com dados empíricos sobre a influência dos pais nos comportamentos das crianças.

2.2 A INTERAÇÃO ENTRE PAIS E FILHOS: DADOS DE PESQUISAS

Como os pais são parte relevante na explicação do comportamento infantil, muitos psicólogos têm estudado o comportamento parental, enfocando a educação fornecida à criança. Um dos principais interesses da área corresponde à busca pelas variáveis parentais que controlam comportamentos dos filhos de obedecer, de estudar, se relacionar com pares.

Está bem clara e comprovada na literatura que a forma como os pais educam seus filhos influencia o comportamento desses últimos. Dentre as muitas pesquisas da área, alguns exemplos de resultados são: a) pais com estilo parental¹ autoritativo tinham filhos adolescentes com maiores índices de desempenho acadêmico (LAMBORN et al., 1991),

¹ Estilo parental é uma classificação mais ampla que caracteriza a natureza da interação entre pais e filhos; prática educativa parental corresponde a estratégias específicas que variam de acordo com a situação e que visam eliminar comportamentos considerados inadequados ou incentivar a ocorrência de comportamentos adequados dos filhos (ALVARENGA, 2001; REPPOLD et al., 2002).

maiores escores de otimismo (WEBER; BRANDENBURG; VIEZZER, 2003) e maiores índices de comportamentos pró-sociais (DEKOVIC; JANSSENS, 1992; LUBI, 2003; ALVARENGA; PICCININI, 2007); b) filhos de mães autoritárias apresentaram maiores índices de comportamento de externalização e de internalização (OLIVEIRA et al., 2002); c) as práticas parentais de envolvimento, estabelecimento de regras, monitoria e comunicação positiva foram associadas com os maiores valores de desempenho acadêmico (SALVADOR, 2007); d) escores superiores para o autoconceito infantil foram relacionados às categorias de práticas educativas de instrução positiva e interação verbal positiva (ROCHA, 2002); e) filhos com maiores índices de obediência tinham mães responsivas (PARPAL; MACCOBY, 1985), com humor positivo e controle do tipo gentil (KOCHANSKA; AKSAN, 1995).

Os resultados encontrados são de grande importância e vêm possibilitando o planejamento de intervenção com pais para beneficiar a educação das crianças. No entanto, não apenas os resultados devem ser observados, mas também a forma como eles foram obtidos, incluindo o método de coleta e de análise de dados. Para possibilitar uma discussão sobre método e resultados, algumas pesquisas citadas anteriormente foram selecionadas para serem descritas e comentadas no presente texto. A escolha dos estudos se baseou em dois critérios: o uso de observação direta do comportamento como método de coleta de dados e as variáveis investigadas nessas pesquisas (interação da mãe com o filho relacionada à obediência da criança e ao padrão de interação da criança em outro contexto, com seus pares). Ambos os pontos terão implicações importantes para a presente pesquisa.

As considerações metodológicas serão realizadas após a exposição desses estudos. Vale esclarecer que nem todas as pesquisas escolhidas são fundamentadas nos princípios da Análise do Comportamento, mas este sistema teórico será o norteador da discussão a respeito das pesquisas. Seguem, então, os relatos das pesquisas que focaram a interação entre pais e filhos relacionada à obediência da criança (ALVARENGA; PICCININI, 2007; KOCHANSKA; AKSAN, 1995; PARPAL; MACCOBY, 1985; SHAFFER; CROOK, 1980) e ao comportamento social infantil (DEKOVIC; JANSSENS, 1992; HARRIS et al., 1994).

Shaffer e Crook (1980) avaliaram técnicas de controle materno relacionadas à obediência dos filhos. Foram observadas as interações de 24 díades mãe-filho em situação de jogo em laboratório, sendo um grupo de bebês com 15 meses e outro de crianças com 24 meses. Foi pedido para as mães que desempenhassem um papel ativo nos jogos e que assegurassem a brincadeira com todos os jogos disponíveis na sala. O comportamento de obediência da criança foi classificado em obediência de orientação para o objeto, obediência

de contato com este e obediência de realização da tarefa requisitada. Além disso, foram avaliados três tipos de condições antecedentes para a obediência: controle verbal da mãe, referência não-verbal da mãe e estado de envolvimento da criança com o brinquedo. O dado sobre o controle verbal da mãe foi obtido pela transcrição de falas em que ocorriam frases imperativas, interrogativas ou declarativas. Tais frases foram consideradas quando alteravam o comportamento do filho, por modificar, terminar ou iniciar a atividade da criança.

Dentre os vários dados obtidos, os dados estatísticos mostraram que: quando as mães forneciam indicações não-verbais, havia maior probabilidade de as crianças obedecerem se orientando para o objeto; quando as mães faziam requisições de acordo com o envolvimento da criança com o brinquedo, havia maior chance de a criança apresentar obediência de contato com o objeto e de realização da tarefa; quando as mães utilizavam controle verbal do tipo direto (frases imperativas) também aumentava a probabilidade da obediência de realização da tarefa pelo filho. Além disso, este último tipo de obediência ocorreu mais em crianças mais velhas. Assim, os autores concluíram que para as mães obterem obediência, resposta da criança para sua requisição, é preciso criar um contexto para isso, incluindo uma estratégia de solicitar a ação após verificar o envolvimento da criança com o brinquedo.

A pesquisa de Parpal e Maccoby (1985) buscou relacionar a obediência da criança com diferentes tipos de interação entre mãe-filho. Participaram 39 mães e seus filhos que tinham idades de 2 a 6 anos. Crianças obedientes e desobedientes foram selecionadas na escola pela indicação da professora. Mães também responderam questionário sobre o comportamento de seus filhos. As díades foram observadas em uma sala de laboratório, na qual passaram pela primeira fase de pré-teste, com brincadeira durante 15 minutos, e pela fase de teste de obediência, em que as mães forneciam comandos de arrumar os brinquedos.

Na fase de pré-teste da pesquisa, houve distribuição aleatória das crianças em três grupos, com equilíbrio de representação das obedientes e desobedientes. Os três grupos foram: a- Não-interativo (mães preenchem questionários enquanto a criança brincava na sala), b- Brincadeira livre (mães brincavam com seus filhos como normalmente o faziam) e c- Brincadeira responsiva (mães brincavam com as crianças usando técnicas aprendidas durante um treinamento realizado pelos pesquisadores uma semana antes). O treinamento das mães do último grupo consistiu em informações e realização de *role-play* com o pesquisador sobre como participar positivamente das brincadeiras da criança, se engajar nas escolhas do filho e seguir suas regras, diminuir o uso de críticas ou comandos. Este tipo de interação foi treinado todos os dias com a criança durante a semana anterior ao experimento.

Após 15 minutos na fase de pré-teste, as díades de todos os grupos iniciaram a fase de teste. As mães diziam que precisavam se preparar para ir embora, mas antes iam pedir algumas coisas para a criança. Na seqüência apresentavam alguns comandos. Observadores avaliaram a obediência da criança quando esta iniciava um movimento contínuo em direção ao objeto indicado pela mãe, num intervalo de 5 segundos após o comando, se o movimento terminasse no contato da criança com o objeto.

Primeiramente, houve avaliação dos comportamentos maternos no pré-teste para assegurar a diferença de interação entre mães e filhos entre os grupos. Os resultados confirmaram a distinção: no Grupo Não-interativo, houve muito pouca interação entre mães e filhos; no Grupo Brincadeira livre, as mães apresentaram índices maiores de diretivas e questionamentos; no Grupo Brincadeira responsiva, ocorreram muito mais comportamentos de descrição, de imitação, de emitir frases e gestos positivos, de a mãe seguir a requisição da criança.

Na análise dos dados da segunda fase, os resultados dos testes estatísticos apresentaram os maiores índices de obediência infantil no Grupo Brincadeira responsiva, seguido pelo Grupo Não-interativo. Houve diferença significativa desses dois grupos em relação ao Grupo Brincadeira livre, que obteve o menor escore de obediência. Além disso, foi realizada uma comparação entre as crianças selecionadas para o estudo como obedientes e desobedientes. Encontrou-se que aquelas crianças consideradas desobedientes pelas professoras e difíceis pelas mães, no início do estudo, apresentaram menos comportamentos de obediência do que as crianças inicialmente consideradas obedientes e fáceis no Grupo Não-interativo e no Grupo Brincadeira livre. Apenas no Grupo Brincadeira responsiva, as crianças inicialmente desobedientes e difíceis foram tão obedientes quanto as outras crianças. Com esses resultados, Parpal e Maccoby (1985) concluíram que o treino das mães do Grupo Brincadeira responsiva afetou o comportamento das crianças em relação à obediência, incluindo modificação do comportamento de crianças consideradas difíceis e desobedientes.

A terceira pesquisa sobre obediência é a de Kochanska e Aksan (1995), em que os tipos de obediência foram relacionados ao humor e ao controle maternos. Foram observadas 103 crianças (com 2 e 3 anos de idade) e suas mães em dois tipos de situação: a- “Fazer” (em que os pais pedem para os filhos arrumarem os brinquedos – observação em casa e no laboratório); b- “Não Fazer” (pais proibem filhos de pegar em certos brinquedos – observação no laboratório), a qual também foi avaliada na ausência da mãe.

Os comportamentos das crianças foram avaliados conforme dois tipos de obediência: obediência comprometida/envolvida (total obediência) e obediência situacional

(obedece, mas mãe precisa lembrar); e conforme três tipos de desobediência: desobediência passiva (relutância na aceitação dos comandos), recusa/negociação (resistência em obedecer, tenta negociar) e desafio (rejeição dos comandos, resistindo com agressividade).

O humor materno foi avaliado como: altamente positivo (risadas e alegrias); neutro/prazeroso; neutro/negativo (poucos indícios de impaciência); altamente negativo (irritação, raiva, tristeza). O controle materno teve as seguintes categorizações: sem envolvimento; trocas sociais (trocas sem incluir controle); controle gentil (uso de explicações, pedidos educados, sugestões, comandos diretos e proibições não autoritárias); controle negativo (comandos diretos e proibições com ameaças e intervenções físicas).

Dentre as diversas análises estatísticas realizadas pelos autores, uma delas foi a comparação entre as situações “Fazer” e “Não Fazer” em relação aos tipos de obediência. Apenas três tipos de obediência variaram de forma significativa nas duas situações: o índice de obediência comprometida foi menor em “Fazer”; a obediência situacional e a recusa/negociação foram mais frequentes em “Fazer” do que em “Não Fazer”. Na comparação entre tipos de obediência na presença e na ausência das mães, as crianças obedientes comprometidas na presença das mães também obedeceram quando sozinhas.

Na análise de correlação dos comportamentos das mães com os de seus filhos, obtiveram-se os seguintes resultados em relação ao humor materno: humor positivo foi relacionado a crianças obedientes comprometidas e pouco humor positivo foi relacionado à desobediência. Sobre o controle materno: todos os tipos de desobediência foram associados positivamente ao controle negativo materno e negativamente ao controle gentil; já a obediência comprometida se associou ao controle gentil ou às trocas sociais.

Na pesquisa brasileira de Alvarenga e Piccinini (2007), a obediência foi estudada enquanto um indicador positivo do processo de socialização do desenvolvimento infantil. A pesquisa completa incluiu coleta de dados com 23 díades em diversas fases desde a gestação até o sétimo ano de vida da criança. Interessa aqui, a coleta em que as crianças tinham 2 anos e seis meses, na qual foram avaliados comportamentos infantis de problemas de externalização e de competência social relacionados a práticas educativas maternas. As variáveis estudadas foram coletadas por meio de observação da interação entre mães e crianças durante o almoço, em 12 minutos de filmagem.

Os comportamentos da mãe foram agrupados em dois tipos de práticas: a- práticas educativas facilitadoras do desenvolvimento social (orientação, sensibilidade, envolvimento positivo, e controle assertivo) que não envolvem o uso da coerção; b- práticas educativas não-facilitadoras do desenvolvimento social (controle ambíguo, controle

coercitivo, intrusividade e permissividade) que envolvem o uso da coerção. Os comportamentos da criança foram avaliados enquanto indicadores de competência social (obediência, assertividade, envolvimento positivo) e indicadores de problemas de externalização (inadequação, desobediência passiva e negativismo).

Alvarenga e Piccinini (2007) encontraram, por meio de regressão linear, correlação significativa entre as práticas facilitadoras e a competência social, bem como entre as práticas não-facilitadoras e os problemas de externalização. No entanto, também foram encontradas relações entre certas categorias de práticas facilitadoras e os problemas de externalização e entre categorias de práticas não-facilitadoras e a competência social. Os dados sugerem que a obediência pode ser estimulada também por práticas de caráter coercitivo.

Shaffer e Crook (1980), Parpal e Maccoby (1985), Kochanska e Aksan (1995) e Alvarenga e Piccinini (2007) mostraram que o comportamento de obedecer das crianças depende de condições ambientais antecedentes, as quais incluem o comportamento materno.

Se obedecer corresponde a agir de acordo com uma instrução, uma regra, as pesquisas evidenciaram que o tipo de interação de mãe com filho afeta as relações de comando- obediência, ou seja, influencia o comportamento infantil de seguir regras. A forma de a mãe emitir comando para a criança pode afetar a resposta desta última, que terá maior probabilidade de obedecer se a frase for imperativa (SHAFFER; CROOK) e se o pedido for educado ou a proibição não for autoritária (KOCHANSKA; AKSAN). Outros comportamentos da mãe na interação com seu filho também afetam a obediência deste: participar positivamente das brincadeiras do filho, seguir as escolhas e as regras dele, diminuir críticas e comandos (PARPAL; MACCOBY); apresentar humor alegre, usar sugestões e explicações (KOCHANSKA; AKSAN); verificar o envolvimento da criança com o brinquedo (SHAFFER; CROOK).

Além desses resultados, ressalta-se o resultado de Parpal e Maccoby (1985) sobre as crianças inicialmente consideradas desobedientes e difíceis do grupo “Brincadeira responsiva” terem se apresentado tão obedientes quanto as outras crianças. Isso evidencia a inadequação de se rotular indivíduos, pois alterações comportamentais podem ocorrer, dependendo das modificações nas condições ambientais.

Ainda na pesquisa de Parpal e Maccoby (1985), vale lembrar que as crianças foram avaliadas pelas professoras como obedientes e desobedientes. Nesse estudo, as consideradas desobedientes pela professora também foram consideradas difíceis por suas

mães. Levanta-se a seguinte questão: o tipo de interação das mães com seus filhos afeta o comportamento destes em outros contextos? A resposta pode ser encontrada nos estudos de Dekovic e Janssens (1992) e de Harris, Pettit, Dodge e Bates (1994) que avaliaram o padrão de interação familiar em relação ao padrão de interação da criança com seus pares.

Dekovic e Janssens (1992) identificaram a relação entre padrões parentais amplos (autoritário e autoritativo) e comportamento social das crianças. Participaram 112 crianças, de 6 a 11 anos, com seus pais e mães. As crianças foram selecionadas por pertencerem a um dos dois grupos: crianças populares ou crianças rejeitadas. Tal classificação foi baseada nos escores fornecidos pelos pares, os quais nomearam os colegas que mais gostavam e os que menos gostavam. Os pares também indicaram quais colegas eram mais prestativos, como medida de comportamento pró-social. Tal comportamento também foi mensurado por um questionário respondido pelas professoras das crianças participantes.

O comportamento dos pais foi observado em casa, por pelo menos 20 minutos, em situação de jogo. Pai, mãe e filho precisavam montar quebra-cabeças de nível difícil para a criança, exigindo ajuda por parte dos adultos que não podiam tocar nas peças do jogo. Durante a observação, houve mensuração da frequência de duas categorias não-verbais (positiva e negativa) e de nove categorias verbais (comentário positivo para a tarefa; comentário positivo para a pessoa; apoio; proibição; diretiva; comentário negativo para a tarefa; comentário negativo para a pessoa; sugestão, informação). Os observadores também completaram seis escalas avaliando: afetividade, responsividade, afirmação de poder, indução, exigência, restrição. As 17 variáveis dos comportamentos parentais foram submetidas a um teste estatístico que as agrupou em dois fatores principais: pais autoritativos/democráticos e pais autoritários/restritivos.

As análises estatísticas das relações indicaram que: filhos populares e com maior índice de comportamento pró-social tinham pais autoritativos/democráticos e os filhos rejeitados e com menor índice pró-social tinham pais autoritários/restritivos. Dekovic e Janssens (1992) concluíram que crianças populares, que são mais prestativas, compartilham e cooperam com os colegas possuem experiências familiares diferentes das crianças rejeitadas e que se demonstram menos atenciosos e cuidadosos com amigos.

Harris et al. (1994) também pesquisaram a relação entre competência social da criança e a interação entre mães e filho. Participaram 30 famílias com crianças de 5 anos, selecionadas por se incluírem em um dos três grupos: 10 crianças altamente agressivas, 10 moderadamente agressivas e 10 pouco agressivas. Os índices de agressividade foram fornecidos pelas médias entre respostas de pais e de mães a um questionário.

Houve coleta de dados nas casas das famílias para avaliação da interação mãe-filho e nas escolas para mensurar o comportamento social da criança. Nas casas, a observação das interações familiares durou 2 horas em 2 semanas diferentes, totalizando 4 horas. Os eventos sociais entre a mãe e o filho foram qualificados de acordo com três dimensões: envolvimento (extensão da interação, número de trocas), tom afetivo (expressão de emoções positivas, negativas ou neutras) e conectividade (nível de reciprocidade da interação, o quanto ambos convergem a atenção para o mesmo foco). A combinação dessas dimensões forneceu um tipo de sincronia entre mãe e filho: sincronia positiva (alto envolvimento, afeto positivo ou neutro e alta conectividade); ausência de sincronia (apesar de afeto positivo ou neutro, envolvimento e conectividade com índices baixo ou moderado); sincronia negativa (altos envolvimento e conectividade, afeto negativo). A coleta de dados na escola incluiu: a- respostas da professora a questionários sobre comportamento social da criança; b- entrevista com pares, avaliação dos colegas em relação à agressividade e à habilidade de relacionamento; e c- observação das crianças com pares na escola durante brincadeiras livres. Nas análises de dados, o tipo de interação entre mães e filhos mais freqüente foi a sincronia positiva. A comparação estatística entre índices de agressividade avaliados pelos pais das crianças mostrou que os níveis de sincronia positiva eram mais baixos entre crianças altamente agressivas do que entre crianças moderadamente e pouco agressivas. Em relação à avaliação da professora, as crianças socialmente competentes apresentaram alto índice de sincronia positiva e baixo índice de sincronia negativa. Entretanto, o escore fornecido pelos pares para comportamento social não se relacionou com tipo de sincronia. Já os altos índices de agressividade, obtidos pelos pares, foi associado ao baixo nível de sincronia positiva e alto nível de negativa. Assim, Harris et al. (1994) concluíram que as diferentes formas de interação com suas mães afetam o comportamento da criança com seus colegas.

Dekovic e Janssens (1992) e de Harris et al. (1994) encontraram que as crianças diferiram na forma de se relacionar com seus colegas na escola de acordo com uma variação nas interações com seus pais. Pais autoritativos e interações que envolvem reciprocidade e afeto positivo afetam comportamentos das crianças com seus colegas, pois elas são menos agressivas, mais prestativas e mais aceitas pelos pares. Ambos os autores buscaram explicar esta relação entre relações familiares e relações entre pares. Para Dekovic e Janssens (1992) a criança imita o estilo da interação. Ou pais que interagem de forma democrática, baseado em trocas, podem preparar melhor a criança para reciprocidade, que caracteriza a relações com pares. Harris et al. (1994) hipotetizaram a ocorrência de um

processo de generalização.

Ressalta-se aqui a importância dos resultados dessas pesquisas, por indicarem que o tipo de interação com os pais afeta o repertório comportamental dos filhos em outras esferas da vida, além da familiar. Certamente, os pais modelam repertórios que os filhos reproduzem em outros tipos de contextos. Verificou-se, então, dados empíricos sobre o papel dos pais na aprendizagem de diferentes tipos de repertórios, como o de seguir regras (obedecer) e o de sociabilidade, no relacionamento com pares.

2.2.1 Considerações Referentes ao Método das Pesquisas Apresentadas

Os estudos de Shaffer e Crook (1980), Parpal e Maccoby (1985), Kochanska e Aksan (1995), Alvarenga e Piccinini (2007), Dekovic e Janssens (1992) e de Harris et al. (1994) apresentaram uma riqueza de dados que não puderam ser inteiramente retratados. Buscou-se enfatizar os resultados que indicaram controle dos pais sobre o comportamento de seus filhos. Além disso, destaca-se o método utilizado por essas pesquisas, que serão comentados em relação aos procedimentos de coleta e de análise de dados.

Muitas das pesquisas da área de interação entre pais e filhos avaliam estilos ou práticas educativas parentais por instrumentos respondidos pelos próprios pais ou pelas crianças. Esta forma de coletar dados apresenta vantagens pela sua praticidade e pelo alcance de amostras numerosas. Entretanto, trata-se de uma medida indireta do comportamento: existe diferença entre o que está sendo realmente medido e o objeto de estudo da pesquisa (JOHNSTON; PENNYPACKER, 1993). Quando se aplica um instrumento para avaliar estilo ou prática parental, o pesquisador está medindo o relato sobre o comportamento e não o próprio comportamento. Quando os pais relatam suas próprias práticas podem ser tendenciosos, buscando respostas socialmente corretas. Quando são os filhos que relatam o comportamento dos pais, ainda persiste a limitação de a percepção das crianças sobre seus pais ser enviesada.

Assim, a forma mais fidedigna de coletar dados seria pela medida direta do comportamento dos pais, como por meio da observação. As cinco pesquisas descritas anteriormente coletaram os dados relativos aos comportamentos parentais por observação dos comportamentos de mães e de suas crianças durante situação de interação. Algumas observações foram realizadas em laboratório (KOCHANSKA; AKSAN, 1995; PARPAL;

MACCOBY, 1985; SHAFFER; CROOK, 1980) e outras na própria residência da família (ALVARENGA; PICCININI, 2007; DEKOVIC; JANSSENS, 1992; HARRIS et al., 1994; KOCHANSKA; AKSAN, 1995). Vale ressaltar que o único estudo que incluiu o pai, além da mãe, foi o de Dekovic e Janssens (1992).

Certamente, há também limitações nesse tipo de coleta de dados. Por exemplo, nem sempre o comportamento estudado é totalmente acessível, não se pode observar o comportamento dos pais durante todo o dia nas mais diversas situações. Dessa forma, selecionam-se momentos para a observação, sabendo-se do risco de não retratar o repertório total do indivíduo. Além disso, o acesso à interação familiar em seu ambiente natural nem sempre é viável. Uma solução é observar a relação em laboratório, o que pode ser criticado por se caracterizar como artificial. No entanto, as pesquisas que realizaram observação da interação entre mães e crianças em laboratório (KOCHANSKA; AKSAN, 1995, PARPAL; MACCOBY, 1985, SHAFFER; CROOK, 1980) utilizaram o recurso de jogos e brincadeiras, e de situações em que mães emitiam requisições para brincar com um objeto, guardá-lo ou proibir de tocá-lo. Estas são circunstâncias muito próximas da realidade da rotina familiar, o que facilita a naturalidade dos comportamentos maternos. Enfim, mesmo com alguns obstáculos, Johnston e Pennypacker (1993) recomendam que a alternativa direta deva ser completamente esgotada antes de se utilizar a indireta, pelas dificuldades que esta traz.

Sobre o método de análise de dados, considera-se primeiramente a classificação dos comportamentos dos pais. Seja por medida direta ou indireta, a maioria das pesquisas na literatura sobre relação entre pais e filhos elabora categorias dos estilos e práticas educativas parentais conforme a topografia do comportamento, desconsiderando o contexto em que a prática ocorre. Em relação ao contexto, muitas pesquisas avaliam a frequência de um comportamento materno, mas não em que situação ele ocorre. Por exemplo, o comportamento de uma mãe de fazer uso de elogios pode ser um aspecto positivo, mas não será adequado se a mãe elogiar comportamentos agressivos de seu filho. Na pesquisa de Parpal e Maccoby (1985), as mães responsivas emitiam frases e gestos positivos; em Dekovic e Janssens (1992) os pais autoritativos realizavam comentário positivo para a tarefa e para a pessoa. Pais responsivos e autoritativos foram considerados adequados por terem filhos com maior índice de obediência e comportamentos sociais. No entanto, não se avaliou para qual comportamento da criança esses pais emitiram gestos ou comentários positivos.

Ainda sobre a classificação dos comportamentos parentais, na maioria das vezes, as categorias de comportamento a serem analisadas em relação aos pais são definidas

anteriormente à coleta de dados. Nas cinco pesquisas descritas, nem sempre os autores informaram se as categorias parentais foram elaboradas antes ou após a análise de dados. A definição prévia das categorias acarreta certa limitação na coleta de dados, pois os pais podem emitir comportamentos importantes para a relação com o filho que não estão incluídos na classificação do pesquisador. Verificar quais são os padrões de comportamento dos pais após a coleta abre oportunidade para uma análise mais rica e mais próxima da realidade.

Último ponto a ser discutido sobre o método de análise de dados corresponde ao predomínio de análises quantitativas de amostras numerosas na literatura sobre interação entre pais e filhos. Apesar da vantagem relacionada à generalização dos dados, alguns argumentos apontam para certos cuidados. Um deles está relacionado ao uso de testes estatísticos de correlação. Os resultados de correlações não provam relações causais entre o comportamento dos pais e comportamento dos filhos e sim eventos que ocorrem ao mesmo tempo, podendo indicar e não comprovar a existência de relações. Além disso, atenta-se para o fato de o cálculo baseado na média do grupo demonstrar o que ocorre para a maioria dos pais, mas não apresenta as diferenças individuais. Brenner e Fox (1999) afirmam haver uma limitação nos testes quantitativos, justamente porque análises comparativas normalmente excluem os escores do meio para contrastar as diferenças. Muitos pais não apresentam escores máximos ou mínimos e sim medianos. Por isso, os testes não retratariam a realidade.

Shaffer e Crook (1980), Parpal e Maccoby (1985), Kochanska e Aksan (1995), Harris et al. (1994) e Alvarenga e Piccinini (2007) utilizaram amostras entre 23 e 103 díades mãe-criança. A maior amostra foi de Dekovic e Janssens (1992), que analisaram 112 famílias, pai, mãe e filho. Todas elas fizeram análise de dados por meio de testes estatísticos. Apesar das vantagens da estatística de amostras grandes, não se pode conceber como única forma de atingir resultados válidos. Skinner (1972, p.120), ao relatar sua trajetória enquanto experimentador, critica a posição da comunidade científica de qualificar trabalhos bons e confiáveis os que utilizam técnicas estatísticas aplicadas a grandes números de sujeitos. Sobre isso ele afirma:

Técnicas estatísticas possuem uma função útil, mas elas adquiriram um status de honra que pode ser problemático. Sua presença ou ausência se tornou uma prática para distinguir entre um trabalho bom e um ruim. Porque medidas comportamentais têm sido variadas, nós passamos a confiar somente em resultados obtidos de número grande de sujeitos. (...) Mesmo que grandes grupos, experimentos planejados, e teorizações válidas sejam associados com resultados científicos significativos, isso não significa que nada pode ser alcançado em sua ausência.

Skinner (1972) relata que houve uma reação à sua publicação *The Behavior of Organisms* porque seus experimentos foram realizados com grupos de quatro sujeitos, os quais foram considerados grupos muito pequenos. Pelos seus trabalhos, o autor ressalta as possibilidades que estudos de caso único implicam, como a exploração de cada variável relevante na busca de eliminar diferenças individuais para efetuar comparações entre sujeitos. Esta medida de mudanças nas condições experimentais teria o mesmo efeito que aumentar a amostra de sujeitos, mas apresenta a vantagem de encontrar variáveis novas que não seriam identificadas em tratamentos estatísticos. Quando Skinner relata um experimento realizado com três ratos obesos, mostra que as três curvas de respostas obtidas com resultado contêm mais informações do que poderiam gerar medidas que requerem estatística. Entretanto, seriam menos confiáveis para muitos psicólogos por serem casos únicos. Assim, Skinner (1972) se posiciona a favor do método científico empírico, indutivo, com medidas diretas, grupos pequenos de sujeitos e tratamento não estatístico dos dados. Ele ainda lembra que os estatísticos e os metodologistas não têm métodos apropriados para observação empírica ou análise funcional de tais dados.

Enfim, a descrição de pesquisas referentes à interação entre pais e filhos permitiu discutir aspectos metodológicos relevantes. Foram levantados aspectos favoráveis em relação a pesquisas que utilizam medidas diretas do comportamento, análises qualitativas e grupo pequeno de sujeitos, o que justifica a escolha metodológica da presente pesquisa na área de odontopediatria. Assim, o método empregado justifica a escolha de descrição de algumas pesquisas, mesmo não sendo as mais recentes.

Além do critério metodológico, vale lembrar que as pesquisas apresentadas foram escolhidas pelas variáveis investigadas, de interesse para o campo da odontopediatria, próximo tópico a ser abordado. Os dados de Kochanska e Aksan (1995), Parpal e Maccoby (1985) e de Shaffer e Crook (1980) sobre os comportamentos dos pais que controlam o comportamento infantil de obedecer são úteis para a compreensão do comportamento de seguir regras, um repertório muito importante no contexto odontológico. Os dados de Dekovic e Janssens (1992) e de Harris et al. (1994) sobre a relação entre o comportamento social infantil e o tipo de interação dos pais com seus filhos foram relevantes por demonstrar que pais podem afetar comportamentos infantis emitidos em outros contextos. Aqui poderia ser incluído o contexto da odontopediatria.

A trajetória percorrida neste primeiro momento foi de fundamentar teoricamente, de acordo com a Análise do Comportamento, e empiricamente, com os dados de pesquisas, a contribuição dos comportamentos parentais para a explicação do

comportamento infantil. É possível, agora, aplicar estes conhecimentos nas especificidades do contexto da odontopediatria.

3 COMPORTAMENTO INFANTIL E PARENTAL EM ODONTOPEDIATRIA

Comportamentos de chorar, reclamar, movimentar a cabeça e o corpo, são relativamente comuns em crianças que vão ao dentista. Muitos desses comportamentos podem atrapalhar o dentista e a eficácia do seu desempenho profissional (KUHN; ALLEN, 1994), e por isso são chamados de comportamentos não-colaborativos. Sendo a não - colaboração infantil uma das principais preocupações dos estudiosos da literatura em Odontopediatria, será abordado como a Análise do Comportamento explica tal comportamento. Isso permitirá incluir o papel do comportamento dos pais nesta explicação, com auxílio da descrição de pesquisas científicas.

3.1 NÃO-COLABORAÇÃO INFANTIL EM ODONTOLOGIA SOB A VISÃO DA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO

Complexas redes de variáveis ambientais podem afetar o comportamento da criança no consultório odontológico, explicando o quanto ela colabora ou não com o dentista. Tais redes incluem as contingências respondentes, as operantes e as combinações entre ambas.

Uma parte dos comportamentos das crianças no consultório odontológico pode corresponder a respondentes, controlados por estímulos eliciadores incondicionais ou condicionais. O ruído do aparelho de alta rotação utilizado pelos dentistas corresponde a um exemplo de estímulo eliciador incondicional que provoca respostas de afastamento (SEGER; BANACO; GARCIA, 2002). O ruído pode ser emparelhado com outro estímulo neutro, como o odor dos materiais odontológicos, e diante deste último a criança pode passar a apresentar as mesmas respostas reflexas, ocorrendo em função do processo de condicionamento.

A importância de se investigar as contingências reflexas está no fato de as emoções, como medo e ansiedade, serem também por elas controladas. Sabe-se da grande incidência de medo do dentista (MORAES, 2004). O conhecimento do processo de condicionamento respondente é importante por possibilitar o emparelhamento de estímulos aversivos eliciadores incondicionais com estímulos reforçadores que eliciem sorrisos e emoções positivas.

Poucas pesquisas na área de Odontopediatria procuram avaliar comportamentos de não-colaboração como respondentes. Algumas delas fornecem indícios de que crianças apresentaram índices de comportamentos não-colaborativos mais altos diante de procedimentos como injeção e alta rotação do que em outros procedimentos (ALLEN; STOKES, 1987; FIORAVANTE, 2007; STARK et al., 1989). No entanto, há dificuldades, inclusive éticas, em manipular estímulos possivelmente eliciadores de respostas de medo e ansiedade infantil para testar se de fato exercem tal função.

Os comportamentos de crianças no dentista também podem ser função de eventos antecedentes e conseqüentes enquanto comportamentos operantes. Moraes e Pessotti (1985) citam como exemplos de condições antecedentes para o comportamento das crianças os eventos ocorridos na sala de espera (ouvir histórias, esperar muito pela consulta), ruídos e odores fortes na sala de atendimento, instruções fornecidas pelo dentista. Como exemplos de condições conseqüentes, os autores citam as decorrências da intervenção (alívio da dor, recuperação estética) e os comportamentos do dentista de reforçar ou punir a criança. Essas variáveis exemplificadas poderiam ser manejadas para se obter colaboração da criança. Possibilidades seriam: o dentista cuidar com os eventos que ocorrem na sala de espera, fornecer informações adequadas e acessíveis às crianças, reforçar positivamente comportamentos de colaboração.

Pesquisas experimentais vêm manipulando variáveis para investigar o controle do comportamento não-colaborativo em Odontopediatria. Algumas técnicas de manejo do comportamento foram testadas em experimentos com delineamento de linha de base múltipla entre sujeitos com história de não-colaboração: a distração aliada ao reforçamento positivo (STARK et al., 1989), a liberação contingente de pausas no procedimento odontológico (ALLEN et al., 1992; ALLEN et al., 1988; ALLEN; STOKES, 1987) e a liberação não - contingente de pausas no procedimento odontológico (O'CALLAGHAN; ALLEN; POWELL, 2006).

A intervenção de Stark et al. (1989) incluiu distração por relato e visualização de histórias durante o atendimento odontológico e acesso a brinquedo e vídeo game de acordo com o acerto a perguntas sobre a história relatada. Houve efeitos iniciais de redução dos comportamentos de não-colaboração, mas tais efeitos não se mantiveram para todas as crianças. A interrupção do procedimento odontológico pareceu competir com a contingência de reforçamento positivo, o acesso ao brinquedo ou vídeo game ao fim da consulta.

Allen et al. (1988), Allen et al. (1992) e Allen e Stokes (1987) verificaram o

efeito de pausas fornecidas às crianças durante o atendimento odontológico, quando estas cooperavam com o dentista, como forma de reforçar negativamente comportamentos colaborativos, no lugar de reforçar os não-colaborativos. Com essa intervenção, obteve-se redução da não - colaboração infantil para todos os participantes das pesquisas. Este mesmo resultado também foi obtido por O'Callaghan et al. (2006) que implementou uma técnica de liberar pausas durante a consulta odontológica em um esquema de tempo fixo, ou seja, não contingente ao comportamento infantil.

Os resultados dessas pesquisas experimentais são comprovações de que a interrupção de procedimentos odontológicos pode exercer função de reforçador negativo para comportamentos não-colaborativos. Isso confirma a possibilidade de o procedimento odontológico exercer função de estímulo aversivo para algumas crianças. Lembrando que um estímulo pode ser considerado aversivo somente quando sua remoção for reforçadora (SKINNER, 1953, 1993) ou sua introdução for punidora (supressora de respostas).

Estímulos aversivos são operações estabelecedoras, pois correspondem a mudanças ambientais que exercem tanto função alteradora de repertório, altera a efetividade de um objeto ou evento como reforçador (ou punitivo), quanto função evocativa, altera momentaneamente a frequência do comportamento que foi seguido por este reforço (ou punição) (MICHAEL, 1983). Assim, para certas crianças, o procedimento odontológico exerce função de operação estabelecedora ao aumentar o valor reforçador de seu término e evocar respostas de fuga, como choro e movimentos do corpo. Com isso, pode-se compreender o comportamento não-colaborativo como uma classe de respostas (como movimentos de cabeça e de corpo, choros, reclamações, resistência de sentar na cadeira odontológica ou tentativa de sair dela) que podem compartilhar a função de fuga/esquiva.

Chama-se a atenção para o fator temporal do reforçamento negativo neste contexto odontológico. A interrupção do procedimento odontológico é reforço negativo imediato, uma condição que favorece a competição do controle aversivo com o controle por reforço positivo que geralmente ocorre de forma atrasada (por exemplo, dente saudável e bonito). Sendo a não-colaboração infantil uma forma de não aderir ao tratamento, concorda-se com a afirmação de Amaral e Albuquerque (2000) de que a não adesão ocorre porque normalmente a pessoa se esquiva de aspectos imediatos aversivos, já que reforçadores (cura) são atrasados.

Por exemplo, Dahlquist e Gil (1986) ressaltam que não há conseqüências imediatas para o comportamento da criança de usar o fio dental. Por isso, na intervenção desta pesquisa, houve a necessidade de manejar a contingência, com registro monitorado e

reforçamento artificial pelos pais. Assim, tanto os comportamentos preventivos quanto os de adesão são de difícil aprendizado pelo atraso das conseqüências de condições de saúde. Não há conseqüências reforçadoras aparentes e imediatas para passar fio dental nos dentes, nem para a colaboração com procedimento odontológico cirúrgico. Além disso, alguns comportamentos preventivos podem também envolver punição imediata, por retirada de reforçamento positivo, como no caso da prevenção de cáries, os dentistas indicam diminuição da ingestão de açúcar. No caso da adesão, pode haver envolvimento de punição imediata, por apresentação de estímulo aversivo. Este é o caso da colaboração em procedimentos odontológicos invasivos.

Nesses casos em que um mesmo comportamento apresenta conseqüências reforçadoras e punitivas, aparece ocasião para o autocontrole. Este conceito define-se pelo indivíduo manipular as variáveis das quais seu próprio comportamento é função (SKINNER, 1953, 1993). O conflito entre as diferentes conseqüências do comportamento pode ser imediato ou pode incluir uma diferença temporal, de o reforço ser imediato e a punição em longo prazo ou vice-versa (ou ainda de reforço menor imediato e maior atrasado) (CRUZ, 2006; NICO, 2001).

Catania (1999, p.387) define autocontrole como um termo utilizado do vocabulário comum e descreve as situações em que este tipo de comportamento ocorre:

Um termo derivado do vocabulário coloquial que se aplica a casos em que um reforçador relativamente pequeno e imediato é rejeitado em favor de um reforçador maior e mais tardio, ou em favor de se evitar um evento aversivo grande mais tarde, ou em que um evento aversivo relativamente pequeno e imediato é aceito quando sua aceitação leva, mais tarde, a um reforçador maior, ou evita um evento aversivo maior.

O segundo caso se aplica perfeitamente à consulta odontopediátrica: a criança precisaria “suportar” alguns estímulos aversivos, para mais tarde obter reforçadores positivos (como dente saudável) ou evitar aversivos maiores (dores por inflamação do dente). De acordo com as pesquisas em Odontopediatria, percebe-se que algumas crianças não esperam o reforço positivo (recompensas) ou negativo (alívio da dor) atrasados. Deve-se considerar que uma dificuldade no estabelecimento do autocontrole refere-se ao fato de nem sempre o conflito entre as conseqüências ocorrer se o valor dos reforçadores e punidores for muito diferente. De acordo com Nico (2001, p.66):

Sob condições nas quais a punição for branda e o reforçador extremamente poderoso, o indivíduo não precisará se autocontrolar: ele irá comportar-se sob controle preponderante do reforçador. Se a condição for oposta, ou seja, a punição for extremamente poderosa e o reforçador não for tão valioso naquele momento, não haverá necessidade de autocontrole: o indivíduo irá fugir, esquivar-se ou contracontrolar-se, sob controle preponderante das punições.

Provavelmente, algumas crianças se encontram na segunda situação descrita pela autora, em que a punição parece exercer controle preponderante sobre o reforço e a criança emite respostas de fuga/esquiva. Para crianças com história de não-colaboração, o valor reforçador negativo imediato de retirada do procedimento é mais forte que reforço positivo e negativo atrasados, o que não gera autocontrole. A história determina qual o tipo de estímulo que prevalece no controle.

Hanna e Todorov (2002) chamam a atenção para outro tipo de autocontrole em que uma resposta faz parte, ao mesmo tempo, de contingência respondente e operante. Os autores fornecem o exemplo de resposta eliciada por estímulo incondicional, como espirrar, que pode ser punida em contextos formais, como durante uma ópera. Isso levaria o indivíduo a manipular variáveis, como fechar o nariz. Os autores ressaltam a falta de estudos experimentais nesse assunto, que traz implicações práticas, ainda mais quando se considera o campo das emoções.

Este ponto vem justamente esclarecer ainda mais o comportamento da criança de não-colaboração em Odontologia. Como já visto, algumas respostas como choro, movimentos corporais e gritos, podem ser comportamento respondente. Neste caso, tem-se uma interação de contingências quando tais respostas são punidas na situação de atendimento odontológico. Controlar o choro e movimentações corporais nesse caso seria um tipo diferente de autocontrole, em relação ao conflito entre reforço e punição que envolve apenas operantes.

De todo modo, a origem do autocontrole é social. O comportamento de manipular o ambiente para controlar a si mesmo é explicado por outras variáveis ambientais e pela história do indivíduo (SKINNER, 1953, 1993). Assim, se a sociedade é responsável pelo autocontrole, este repertório é aprendido, e primeiramente na família. Crianças deveriam passar por um treino realizado por pais ou cuidadores, para aprenderem a optar por reforçadores atrasados ao invés dos imediatos que levariam a punições a longo prazo, ou a passar por situações que envolvem aversivos imediatos e levam a reforçadores atrasados.

Em *Walden II*, Skinner (1948) descreve como se pode treinar o autocontrole

pela manipulação de contingências. Além disso, aprender a seguir regras facilita ficar sob controle de conseqüências atrasadas (MATOS, 2001). No caso de crianças, a adesão depende de um repertório já adquirido ao longo de seu desenvolvimento, como seguimento de regras (ARRUDA; ZANON, 2002). Crianças com menos idade têm mais dificuldades em seguir regras, por este repertório ainda estar sendo treinado. Com isso, elas apresentam também maior dificuldade em autocontrole. Com mais experiência e treino dos pais desses repertórios, a criança adquire cada vez mais controle de seu próprio comportamento pela manipulação das variáveis ambientais. Elas aprendem a ditar regras para si mesmas e acatar as regras dos pais.

No caso da consulta ao dentista, as instruções dos pais, como “Se você permitir que o dentista trate seu dente, você não terá mais dor”, passam a exercer função sobre o comportamento infantil e favorece o autocontrole.

Enfim, verificou-se até o momento que o controle do comportamento das crianças durante o atendimento odontológico é feito tanto pelo arranjo das contingências atuais, quanto pelas variáveis históricas relacionadas ao treino de repertórios do autocontrole e do seguimento de regras. Nota-se a importância do papel dos pais nos dois tipos de variáveis, atuais e históricas. Os pais podem planejar o controle do comportamento de seu filho para facilitar a adesão (fonte de reforço positivo para competir com aversivos) e são os principais responsáveis pelo desenvolvimento dos repertórios necessários para enfrentar a doença e aderir ao tratamento. Dada a importância, será feita uma revisão da literatura da área de Psicologia e Odontopediatria sobre pesquisas investigando interações entre pais e filhos.

3.2 COMPORTAMENTO DOS PAIS EM RELAÇÃO AO DAS CRIANÇAS EM ODONTOPEDIATRIA.

A atuação do psicólogo junto ao comportamento infantil envolve sempre o trabalho com pais. Na área da saúde, tanto no âmbito médico quanto odontológico, não é diferente.

Ao tratar da promoção da saúde infantil, prevenção de doenças ou adesão ao tratamento, é necessário que o psicólogo, ou outros profissionais, compreenda o papel dos pais e atue sobre ele para atingir seus objetivos em benefício da criança.

Comportamentos de promoção e manutenção da saúde são normalmente aprendidos na infância, como os hábitos de alimentação e de realização de exercícios físicos (MIYAZAKI; DOMINGOS; CABALLO, 2001). O mesmo ocorre em relação aos repertórios

comportamentais necessários para enfrentar uma doença e aderir ao tratamento. Por meio de arranjo das contingências e do ensino de regras, os pais podem, ou não, favorecer o aprendizado de comportamentos saudáveis, sejam os preventivos ou os de adesão.

Em relação à prevenção, tem-se o exemplo da promoção da saúde bucal. Os pais são os grandes responsáveis pelo treino de comportamentos que previnem doenças como a cárie ou a má oclusão. Dentre esses comportamentos, estão o escovar os dentes, passar fio dental de forma correta e freqüente, tirar a mamadeira e a chupeta.

A pesquisa de Dahlquist e Gil (1986) mostrou como crianças podem ser treinadas a passarem fio dental, com a participação de seus pais. O estudo foi experimental, de linha de base múltipla entre quatro crianças (de 7 a 11 anos), dividido em três fases. A primeira foi de linha de base, com avaliação do índice de placa dentária. A segunda foi de intervenção pelo experimentador na casa das crianças. Estas receberam: visita do experimentador para instrução de como passar fio dental adequadamente; avisos para lembrar-se de passar o fio antes de dormir; pôster com demonstração de como fazer; calendário para marcar dias em que passou fio dental; saco para os fios utilizados. Semanalmente, a higiene bucal da criança era avaliada pelo experimentador e havia prêmio por alcançar critério de diminuição de placas e por mostrar fios utilizados e calendário preenchido. Nesta fase, os pais foram ensinados a verificar o índice de placa de seus filhos e a corrigir a criança na forma de passar fio dental. Assim, na terceira fase, a de seguimento, foram os pais que monitoraram seus filhos efetuando as medidas de placas dentárias, corrigindo as crianças e as premiando de acordo com os mesmos critérios da fase anterior.

Como resultado desse estudo, Dahlquist e Gil (1986) encontraram diminuição no índice de placas dentárias para todas as crianças ao introduzir a intervenção. A terceira fase manteve os índices baixos. Apenas no caso de uma das crianças, a mãe não seguiu o programa. Esta mãe não monitorou seu filho na primeira semana da fase de seguimento, e foi observado aumento no índice de placa dentária, retornando aos valores encontrados na linha de base. Isso demonstra a importância do planejamento de manutenção do treino e da atuação dos pais junto aos filhos. Assim, comportamentos preventivos são aprendidos quando a criança passa por um treino diário, realizado principalmente por seus pais.

O comportamento de adesão segue o mesmo caminho de aprendizagem do comportamento preventivo. Se quando o indivíduo tem condição predominantemente saudável, pode prevenir doenças ou colocar em risco sua condição atual. Quando ele apresenta uma doença, pode seguir um tratamento ou não segui-lo e prejudicar ainda mais sua

saúde. Seguir o tratamento inclui uma gama de respostas que depende da especificidade do contexto da doença. Assim, a definição de adesão ao tratamento não é simples, mas há concordância em relação à necessidade de seguir orientações (ARRUDA; ZANON, 2001).

No caso de doenças bucais, adesão ao tratamento incluiria comparecer às consultas, submeter-se a exames (exemplo raio X), permitir a realização dos procedimentos odontológicos cirúrgicos (invasivos) ou não-cirúrgicos, seguir as instruções do dentista sobre os cuidados dentários em casa. Dentre o conjunto de comportamentos envolvidos na adesão de crianças ao tratamento odontológico, o permitir a realização dos procedimentos odontológicos invasivos, chamado de comportamento colaborativo, tem sido um dos focos de pesquisa. Questiona-se sobre os motivos que levam uma criança a colaborar com o dentista ou não colaborar. O quanto os pais afetam este comportamento colaborativo faz parte da presente investigação, pois responde à questão sobre como comportamentos de adesão em crianças podem ser treinados.

A preocupação com o efeito dos comportamentos parentais sobre a colaboração dos filhos na sala de consulta odontológica vem de longa data. Wright, Alpern e Leake (1973) citam autores discutindo esse tema desde o final do século XIX e início do século XX. Uma das variáveis mais estudada é a ansiedade materna, como o exemplo das pesquisas de Johnson e Baldwin (1969), Koenigsberg e Johnson (1972), Wright et al. (1973), Robey (2006) e Milgrom, Manck, King e Weinstein (1995). Além da ansiedade, há interesse também pelo efeito das práticas educativas parentais sobre a colaboração da criança com os dentistas, como mostram Venham, Murray e Gaulin-Kremer (1979) e Allen, Huftless e Larzelere (2003). Tais pesquisas citadas serão descritas para se discutir se comportamentos parentais fora da clínica odontológica afetam a colaboração da criança em atendimento com o dentista.

Interessante notar que na área médica também existe a preocupação com o efeito do comportamento dos pais sobre o comportamento das crianças durante procedimentos invasivos, como o exemplo das pesquisas de Shiota (2004) e Cavender, Goff, Hollon e Guzzetta (2004). O interesse vem da necessidade de identificar quais variáveis facilitam a adesão das crianças ao tratamento de sua condição de doença. Como existe certa semelhança entre o contexto hospitalar e o odontológico, a literatura médica trará grandes contribuições.

3.2.1 Pesquisas Sobre Ansiedade dos Pais e Práticas Educativas Relacionadas ao Comportamento Infantil Durante o Atendimento Odontológico.

A investigação da relação entre ansiedade materna e comportamento não - colaborativo da criança foi realizada de forma semelhante por Johnson e Baldwin (1969), Koenigsberg e Johnson (1972) e Wright et al. (1973). O primeiro estudo avaliou 67 mães e filhos, de 3 a 7 anos; o segundo, 142 mães e filhos de 3 a 6 anos; e o terceiro, 84 mães e filhos de 3 a 7 anos. Todos mediram a ansiedade materna por meio da escala MAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) respondida pelas mães na sala de espera, enquanto o comportamento da criança referente a sua colaboração foi registrado a partir de observação durante o atendimento odontológico. Os resultados foram semelhantes: os maiores índices de ansiedade materna se correlacionaram de forma significativa e positiva com a não- colaboração infantil. Além disso, Wright et al. encontraram que esta relação foi muito mais forte entre as crianças mais novas. Koenigsberg e Johnson também verificaram que a relação foi significativa apenas para a primeira consulta, não permanecendo nos segundos e terceiros atendimentos sequenciais.

Milgrom et al. (1995) estudaram 895 mães e filhos (de 5 a 11 anos) em suas casas buscando encontrar como as crianças aprendem o medo em relação ao dentista. Com os dados coletados por entrevista e questionário, os autores testaram um modelo por regressão logística multivariada. Os resultados indicaram que tanto os fatores do condicionamento direto (passar por tratamentos odontológicos) quanto a modelação dos pais se mostraram preditores do medo de dentista das crianças.

Robey (2006) realizou uma pesquisa com 69 crianças, com idade entre 2 e 13 anos, e seus respectivos pais ou mães. Esses últimos responderam escalas sobre medo e sobre ansiedade, além de um questionário com perguntas sobre a preparação da criança para a consulta odontológica (se os pais haviam relatado experiências passadas, se haviam percebido a criança ansiosa, se lhe haviam oferecido apoio etc). As crianças foram avaliadas em relação ao estresse, por observação, durante o tratamento.

Os resultados dos testes estatísticos referentes ao sentimento dos pais e o estresse da criança mostraram que maiores escores de medo de dentista e de ansiedade relatados pelos pais foram correlacionados com maiores índices de estresse de seus filhos. Robey (2006) sugere a possibilidade de os pais das crianças com altos escores de estresse terem dado pistas do próprio medo e ansiedade, de forma verbal ou não-verbal, antes da visita ao dentista. Outro resultado relevante foi a indicação da existência de diferenças significativas

em relação à idade das crianças: quanto mais velhos os filhos, menores os escores de estresse observado e menores os escores parentais de medo do dentista e de ansiedade. De acordo com a autora, provavelmente crianças mais velhas possuam maior capacidade de compreensão dos objetivos e dos procedimentos odontológicos, além de identificarem situações estressantes independente de seus pais.

Os dados de Robey (2006) referentes ao relato dos pais sobre a preparação da criança apresentaram correlações significativas com os índices de estresse infantil. Os pais mais ansiosos e medrosos foram aqueles que contaram experiências passadas, positivas ou negativas, para sua criança e que perceberam ansiedade no filho antes da consulta. Já os menores escores de ansiedade e medo parental estiveram relacionados com o comportamento de oferecer apoio, consolo e segurança para o filho. Com isso, a autora ressalta que os pais devem ser preparados para eles poderem preparar seus filhos para a consulta odontológica.

As práticas educativas parentais foram avaliadas por Venham et al. (1979) com a participação de 29 crianças, com idade de 3 a 5 anos e suas mães. A ansiedade de cada criança foi avaliada pela observação do seu atendimento odontológico, após o qual o pesquisador visitava sua casa por 90 minutos. O pesquisador obteve dados sobre as práticas educativas por meio de sua observação da interação entre pais e filhos e por meio do relato materno. Os resultados de correlação mostraram relações significativas entre alguns tipos de comportamentos dos pais com a ansiedade dos filhos no dentista. As crianças mais ansiosas tinham mães mais permissivas, irritadas e com pouca auto-confiança, que usavam disciplina sem frequência e evitavam punições ou limitações. Menores índices de ansiedade infantil se associaram com organização do ambiente familiar e com mães responsivas que impunham limites e faziam uso amplo de reforçamento e punição.

A interação entre pais e filhos foi um dos preditores investigados por Allen et al. (2003) em relação ao comportamento não-colaborativo infantil no atendimento odontológico; o outro preditor era o problema de comportamento infantil fora do consultório. Ambas as variáveis foram avaliadas por meio de instrumentos respondidos pelos 52 pais ou mães e foram relacionadas às medidas de comportamento não-colaborativo observadas nos seus filhos, que tinham de 3 a 12 anos. Com as análises de regressão, constatou-se que o comportamento da criança fora do consultório não se apresentou como preditor de não-colaboração no atendimento odontológico. A idade foi a única variável preditora isolada. Quando combinadas, duas práticas educativas parentais se apresentaram como preditores significativos da não-colaboração: apoio parental e estabelecimento de limites. Assim, pais que cedem bastante e estabelecem poucos limites tiveram maior probabilidade de ter crianças

não-colaborativas no dentista.

A pesquisa de Shiota (2004), da área médica, teve objetivos semelhantes ao da pesquisa de Allen et al. (2003). Visou-se analisar as variáveis associadas aos comportamentos de adesão e não adesão em crianças com câncer, entre as quais estavam os estilos parentais. Crianças de 2 a 13 anos, diagnosticadas com câncer, foram divididas em dois grupos de 10 díades mãe e filho, a partir do relato dos profissionais (médico, psicólogo e enfermeiro) sobre a colaboração infantil com o tratamento: 1) grupo de adesão e 2) grupo de não adesão. A pesquisa se dividiu em duas etapas. Num primeiro momento, os dados foram coletados com as mães sobre os estilos parentais por meio da aplicação de uma escala que identifica quatro categorias: “Carinho”, “Indiferença”, “Autonomia” e “Superproteção”. Combinadas, elas fornecem os estilos parentais Competente, Indulgente, Autoritário e Negligente. Como a segunda etapa correspondeu à observação direta dos comportamentos maternos e infantis durante procedimento invasivo (punção venosa), será relatada adiante.

Ao comparar os dois grupos, Shiota (2004) verificou as seguintes correlações significativas: as mães do grupo adesão apresentaram maior índice na categoria “Carinho” e as do grupo de não adesão, maior índice na categoria “Indiferença”. Os estilos parentais não se diferenciaram entre os grupos. No geral, a maioria das mães foi classificada pelo estilo Indulgente. Assim, de acordo com os dados desse estudo, as crianças colaboradoras nos procedimentos invasivos tinham mães mais afetivas, mais atenciosas e empáticas.

A relevância dessas pesquisas descritas até o momento encontra-se no fato de indicarem relação entre o comportamento da criança na consulta médica ou odontológica e comportamentos parentais extra-consultório. A forma como a criança reage no dentista pode depender, entre outros fatores, da sua história de relação com seus pais que ensinam diferentes repertórios necessários para enfrentar ou não um atendimento odontológico.

Mesmo com resultados relevantes, esses devem ser avaliados em relação aos procedimentos metodológicos empregados. Sobre a coleta de dados, apesar de as pesquisas medirem o comportamento infantil por observação direta, a ansiedade e o medo maternos foram avaliados por meio do auto-relato (JOHNSON; BALDWIN, 1969; KOENIGSBERG; JOHNSON, 1972; ROBEY, 2006; WRIGHT et al., 1973), assim como as práticas educativas parentais (ALLEN et al., 2003; SHIOTA, 2004; VENHAM et al., 1979). Venham et al. (1979) também fizeram observação dos comportamentos parentais em ambiente natural. Assim, devem-se considerar as limitações já discutidas relacionadas ao uso de medida indireta do comportamento.

Outro aspecto metodológico refere-se ao uso predominante de análise de dados quantitativa. Apesar da análise estatística de regressão, usada por Milgrom et al. (1995) e Allen et al. (2003), indicar relações mais confiáveis de causa e efeito, todas as outras pesquisas se basearam em correlações. Os próprios autores, como Johnson e Baldwin (1969) e Koenigsberg e Johnson (1972), chamam a atenção para o fato de a noção de causalidade não estar presente nesse tipo de teste. Tem-se então, indicativos de que ansiedade e medo maternos coexistem com comportamentos não-colaborativos infantil. Entretanto, não há comprovação de que um dos fatores seria responsável pelo outro, pois ambas as variáveis podem estar relacionadas a uma terceira variável. Somente pesquisas experimentais poderiam comprovar relações de causa e efeito entre comportamentos de ansiedade dos pais, práticas educativas e colaboração dos filhos no dentista.

Enfim, o estudo desses comportamentos parentais, como ansiedade e medo ou práticas educativas, é interessante por possibilitar a compreensão do controle do comportamento infantil por variáveis que não necessariamente estão presentes no atendimento odontológico. Como já foi exposto, o comportamento atual interage com contingências presentes e também com as passadas, pois a explicação do comportamento envolve também variáveis históricas (CHIESA, 1994). Portanto, a colaboração e a não- colaboração da criança no dentista não estão apenas sob controle de eventos atuais do momento da consulta, a história individual aumenta a probabilidade de a criança interagir com certos estímulos ou não.

3.2.2 Pesquisas Sobre a Presença dos Pais no Atendimento Odontológico, Relacionada ao Comportamento da Criança.

Até o momento investigou-se comportamentos parentais que extrapolam o contexto odontopediátrico. Volta-se, então, para o estudo dos comportamentos parentais emitidos dentro da sala de atendimento odontológico, durante o tratamento do filho. Antes de abordar as pesquisas em odontologia, novamente recorre-se às pesquisas da área médica para contribuir com a presente discussão.

Kam, Voss, Gold e Pitkin (1998) afirmam que presença dos pais durante anestesia não é prática unânime na área da saúde. Há controvérsias quanto à possibilidade de os pais interferirem e comunicarem a ansiedade a seu filho e quanto à percepção dos

profissionais de estarem mais estressados na presença dos pais. Assim, esses autores buscaram avaliar o comportamento infantil durante indução de anestesia geral com a presença dos pais. Participaram 68 crianças com idade entre 1 e 7 anos, acompanhadas por um de seus pais. Na sala de indução da anestesia, o procedimento foi realizado com a criança no colo do pai ou da mãe. A variação emocional de ambos da díade foi avaliada por observação direta. A maioria dos pais estava calmo (97%) e dando apoio (98,5%). As crianças mostraram pouco ou nenhum sofrimento durante indução de anestesia. Os autores concluíram que os pais devem ser encorajados a acompanhar seus filhos, evitando sofrimento pela separação.

Kam et al. (1998) não encontraram efeitos negativos na participação dos pais, mas em seu estudo a condição foi a mesma para todas as crianças. Manne, Redd, Jacobsen, Gorfinkle e Schorr (1990) aplicaram intervenção para metade dos participantes com objetivo de medir seu efeito sobre o comportamento de crianças com câncer durante o procedimento de punção venosa. As 23 crianças participantes tinham idade de 3 a 9 anos e foram selecionadas pela avaliação da linha de base, em que houve uso de restrição física durante um procedimento de punção venosa. Nos próximos três procedimentos desse tipo, um dos pais e um psicólogo acompanharam todas as crianças. Metade delas sofreu uma intervenção incluindo participação parental, distração e reforçamento positivo. Para isso, um treinamento foi realizado por psicólogo, com instrução para a díade sobre a criança brincar com um apito de festa durante o procedimento, o pai participar auxiliando a criança no ritmo de sua respiração e a disponibilidade de adesivos de acordo com a colaboração infantil. Os dados sobre dor e ansiedade da criança foram coletados durante a observação do procedimento, e após, pelo relato da própria criança, de seu pai e da enfermeira. O pai também respondeu sobre sua ansiedade.

Como resultado, a comparação entre as crianças dos grupos controle e experimental mostrou que neste último houve diminuição significativa do uso de restrição física e redução da ansiedade infantil (somente de acordo com a observação direta e de acordo com o relato parental). Além disso, a ansiedade parental foi menor entre as crianças submetidas à intervenção. O estudo de Manne et al. (1990) indica o benefício para a criança e para os pais de uma intervenção que inclui a participação parental. No entanto, como a intervenção realizada foi composta por mais de um tipo de técnica, não se pode afirmar qual delas afetou o comportamento infantil.

Outro estudo com intervenção para metade dos participantes foi realizado por Cavender et al. (2004), que objetivaram avaliar a efetividade da participação dos pais no medo infantil. O total foi de 43 crianças de 4 a 11 anos de idade, com doenças crônicas. Todas

tiveram o acompanhamento de um dos pais durante o procedimento de punção venosa. O grupo experimental se diferenciou pela participação parental, caracterizada pelo posicionamento dos pais (criança ao lado ou no colo do pai, de acordo com idade) e pela distração efetuada pelo pai ou pela mãe. Sobre a distração: ocorreu um momento de brincadeira antes do procedimento e durante este os pais deveriam conversar com seu filho sobre o brinquedo. Houve registro do comportamento observado da criança, além do relato sobre o medo infantil ter sido realizado pela própria criança e por seus pais após o procedimento. Os resultados estatísticos indicaram menor índice de medo no grupo experimental de acordo com as respostas do observador e dos pais. Os autores ressaltam os benefícios da presença dos pais quando esses recebem informações sobre como atuar.

Enquanto Manne et al. (1990) e Cavender et al. (2004) encontraram resultados indicando diferença positiva entre os grupos de crianças que tiveram maior participação parental e os que não tiveram intervenção, os estudos de Gross, Stern, Levin, Dale e Wojnilower (1983) e Araújo e Tubino (1996) apresentam outros tipos de resultados.

Gross et al. (1983) observaram 54 crianças de 4 a 6 anos e de 7 a 10 anos durante uma punção venosa para retirada de amostra sanguínea. Apenas metade das crianças foi acompanhada por suas mães no procedimento. Os comportamentos infantis foram registrados por meio da observação direta. De forma geral, as crianças mais novas apresentaram maiores índices de choro, agressão e resistência antes e durante o procedimento. A comparação entre o grupo experimental e controle indicou que as crianças acompanhadas pelas mães choraram mais antes do início da punção venosa. A análise funcional realizada pelos autores explica o choro da criança em resposta à mãe (estímulo discriminativo) para receber a atenção da mãe e o término do procedimento (reforçamentos positivo e negativo). Isso porque as crianças normalmente apresentam uma história em que o choro resultou em atenção materna, a qual adquiriu função de proteção diante de estimulação aversiva. Além disso, os autores consideram o fato de na situação da punção venosa a mãe estar impedida de finalizar a estimulação aversiva, ocorrendo um processo de extinção (não disponibilidade do reforço), quando o comportamento de choro, antes reforçado, tende a aumentar.

Araújo e Tubino (1996) visaram verificar o efeito da presença dos pais no comportamento da criança durante a indução anestésica para uma cirurgia de pequeno porte.

As crianças, em total de 48 com idade entre um e oito anos, foram divididas em três grupos que se diferenciaram no recebimento de um preparo psicológico e na possibilidade de um dos pais entrar na sala operatória do Centro Cirúrgico. A preparação foi realizada por um psicólogo que informou sobre elementos do contexto cirúrgico (diminuir

grau de estranheza) e ofereceu atividades estruturadas (manipular instrumentos cirúrgicos, manuais recreativos para preparação) ou livres (ver televisão, conversar). Os pais voluntários para acompanhar o procedimento de seus filhos formaram o Grupo Experimental, que também recebeu o preparo psicológico. O Grupo Controle 1 recebeu o preparo, mas os pais preferiram não entrar na sala operatória. Por fim, o Grupo Controle 2 não recebeu nem o preparo nem a possibilidade de acompanhar seus filhos.

Nessa pesquisa, houve registro dos comportamentos observados da criança (seguir instruções, agredir física ou verbalmente etc) e do pai ou mãe (tranqüilizar o paciente, solicitar informações etc). Além disso, foi realizada uma entrevista com um dos pais ao final do procedimento sobre a avaliação dele de permanecer na sala operatória com seu filho, além da entrevista sobre a adaptação da criança após uma semana decorrida da intervenção cirúrgica. Como resultado, verificou-se que os grupos Experimental e Controle 1 não apresentaram diferença em relação ao comportamento da criança, mas sim para o índice de ansiedade parental, que foi menor para os que presenciaram o procedimento de seu filho. Maiores dificuldades comportamentais nas crianças apareceu no grupo que não recebeu a preparação psicológica.

Araújo e Tubino (1996) ainda encontraram dados interessantes sobre o relato dos pais em relação à experiência de acompanhar o filho no procedimento invasivo. A maioria dos pais do Grupo Controle 1 justificou que não se disponibilizaram para entrar na sala operatória por dificuldades pessoais de medo, nervosismo e constrangimento. Grande parte dos pais do Grupo Experimental indicou, após o procedimento, ser favorável, relatando vantagens relacionadas a ganhos pessoais (curiosidade, observação das ocorrências e tranqüilização). Apenas três dos 16 pais falaram sobre o benefício de sua presença para a criança. Os pais não favoráveis apresentaram as mesmas justificativas de dificuldades pessoais do Controle 1.

As pesquisas da área médica descritas não possibilitam concluir o efeito da presença dos pais sobre o comportamento infantil durante procedimentos invasivos. Nota-se que, com exceção de Kam et al. (1998), todos os estudos incluíram manipulação de variável, comparando grupos, o que demonstra maior rigor metodológico. Manne et al. (1990) e Cavender et al. (2004) manipularam a preparação dos pais para auxiliarem seus filhos durante o procedimento médico e encontram resultados favoráveis de redução do medo infantil. Gross et al. (1983) controlaram a variável ausência e presença da mãe e verificaram mais choro nas crianças com mãe presente. Por último, a pesquisa brasileira de Araújo e Tubino (1996) diferenciou seus grupos pelo preparo psicológico e pela presença dos pais no procedimento

invasivo e concluíram que a presença dos pais não afetou o comportamento infantil. Assim, têm-se resultados variados em relação à presença dos pais. Um dado que se repetiu foi a redução da ansiedade paterna para os pais que receberam instrução de como participar, em relação aos que não receberam (MANNE et al., 1990) e para os pais que entraram na sala operatória em relação aos que não entraram (ARAÚJO; TUBINO, 1996).

Na literatura de Odontopediatria, houve manipulação da presença e ausência dos pais durante o tratamento da criança nos estudos de Fenlon, Dobbs e Curzon (1993), Kotsanos et al. (2005) e Marzo et al. (2003).

Fenlon et al. (1993) obteve a participação de 32 crianças (de 4 a 12 anos), com um de seus pais, que foram distribuídas aleatoriamente entre um grupo que teria presença do pai e outro que não teria. Nesse segundo grupo, os pais assistiram o atendimento por trás do espelho duplo. Antes da consulta os pais responderam um questionário sobre sua própria ansiedade, sobre preferir estar presente ou não no tratamento e as razões disso e sobre o possível comportamento de seu filho na consulta. A consulta foi realizada, durante a qual a criança teve seu comportamento filmado para registro de sua colaboração com o dentista. Ao final da consulta, novamente um dos pais foi questionado sobre sua satisfação pela posição e preferências futuras.

Nos resultados de Fenlon et al. (1993) houve maior frequência de comportamentos negativos entre as crianças separadas dos pais, mas a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa. Correlação significativa apareceu na comparação entre as idades: as crianças menores apresentaram maiores índices de comportamento negativo do que as mais velhas, independente do grupo ao qual pertenciam. Três crianças mais novas, duas com 4 anos e uma com 5, foram as responsáveis por todo o comportamento negativo da amostra desse estudo. Os autores buscaram explicação no fato de essas três crianças ainda não terem experiências anteriores de lidar com ambiente estranho, com pouco repertório de enfrentamento.

Os dados obtidos pelos relatos parentais indicaram que a maioria preferia estar presente durante o tratamento do filho (apenas cinco dos 32 foram contrários), sendo os dois motivos mais escolhidos para explicar: o fato do filho solicitar sua presença e do pai querer ver o que o dentista faz no atendimento. Os resultados de Fenlon et al. (1993) mostraram que a presença ou a ausência dos pais não alterou o comportamento infantil. Deve-se considerar que o número de crianças que apresentaram comportamentos negativos na amostra foi muito inferior, apenas três crianças, o que dificulta a comparação estatística. Outro tipo de seleção dos participantes, que incluísse avaliação da história anterior de

colaboração, poderia garantir número igual de crianças colaboradoras e não-colaboradoras em cada grupo, possibilitando a verificar se a presença ou ausência parental afetaria o comportamento infantil.

A presença ou a ausência dos pais foi avaliada por Kotsanos et al. (2005), os quais observaram as gravações de atendimentos de crianças realizadas ao longo de 6 anos. Em primeira consulta, 85 crianças, de ambos os gêneros e com idade entre 2 e 8 anos, foram avaliadas como não-colaborativas. Nessas consultas, os pais se retiraram da sala de atendimento e retornaram quando a criança passou a colaborar. Além disso, um segundo grupo de 85 crianças colaboradoras, compatíveis em idade e gênero, foram aleatoriamente selecionadas, configurando grupo controle. Como resultado, no primeiro grupo, os comportamentos não-colaborativos iniciais de 74 crianças diminuíram ao longo de várias consultas. Assim, observou-se sucesso da técnica na redução da não-colaboração em 94% das crianças. Na comparação entre os grupos, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao término do tratamento planejado nem ao retorno nas visitas subsequentes. No entanto, houve diferença em relação ao índice de cáries, sendo maior no grupo controle. Os autores hipotetizaram a relação entre o nível de cárie com a falta de cooperação infantil na sala do dentista e em casa.

A pesquisa realizada por Marzo et al. (2003) também buscou avaliar a influência dos pais pela manipulação da presença ou ausência em sala de consulta da primeira visita ao dentista. Neste estudo, 200 crianças foram divididas em dois grupos: no Grupo 1 os pais estavam ausentes e no Grupo 2 os pais estavam presentes. Nos resultados, o Grupo 1 teve 89% das crianças totalmente cooperativas contra 63% no Grupo 2; além disso, 8% das crianças do Grupo 2 não voltaram para qualquer cuidado dentário mais profundo contra 1% no Grupo 1. Assim, concluiu-se que a visita dentária inicial é melhor quando os pais estão ausentes.

Os dados dessas três pesquisas descritas mostram que os resultados não são claros sobre o controle que os pais exercem sobre o comportamento da criança durante o atendimento odontológico. Na pesquisa de Kotsanos et al. (2005), comportamentos não-colaborativos diminuíram nas consultas em que os pais se retiraram da sala de atendimento.

Pode-se considerar que a ausência parental funcionou como punição para comportamentos não-colaborativos da criança, por esses diminuírem após a saída dos pais; e o retorno dos pais para a sala pode ter exercido função reforçadora positiva para a colaboração da criança.

Na pesquisa de Marzo et al. (2003), não ficou esclarecido qual tipo de

controle os pais exerceram sobre o comportamento da criança ao indicar que filhos com pais ausentes se mostraram mais colaboradores do que aqueles com pais presentes na sala. Comportamentos dos pais poderiam funcionar tanto como antecedentes quanto como conseqüentes para a criança. Por fim, na pesquisa de Fenlon et al. (1993) os pais pareceram não exercer controle nenhum sobre o comportamento infantil, já que a maioria colaborou, independente da presença ou ausência de seus pais.

Baseada em pesquisas como essas, a Academia Americana de Odontopediatria (AAPD, 2005-2006) inclui a presença/ausência dos pais como parte das técnicas do protocolo de manejo comportamental infantil. A técnica consiste na retirada dos pais da sala de atendimento quando o dentista visa obter cooperação da criança no tratamento odontológico. Vale notar que se o comportamento não-colaborativo das crianças corresponder ao medo reflexo, sob controle de estímulos respondentes, a manipulação de contingências operantes como a presença ou a ausência dos pais nem sempre surtirá efeito.

Apesar dos esforços dos pesquisadores como Kotsanos et al. (2005) e Marzo et al. (2003) na busca do efeito da presença dos pais no comportamento da criança em atendimento odontológico, identificar respostas emitidas pela criança de acordo com a ausência/presença traz poucos esclarecimentos sobre o controle dos pais sobre seus filhos nesse contexto. Faz-se necessário entender porque isso ocorre, descrever quais são os comportamentos parentais apresentados durante o atendimento odontológico que afetam a colaboração e a não-colaboração dos filhos.

Nesse sentido, a pesquisa brasileira de Tomita (2004) traz muitas contribuições. O objetivo da autora foi avaliar o comportamento de 10 mães e de seus filhos, os quais tinham idade de 3 anos e história prévia de não-colaboração. Foram feitas filmagens e análise comportamental de quatro consultas sequenciais para cada díade (restauração de 4 molares), totalizando 40 consultas estudadas. Os comportamentos das mães e das crianças foram registrados em intervalos de 15 segundos de acordo com as categorias: a) comportamentos maternos: acariciar/tamborilar; beijar; consolar a criança; conter a criança; desviar o olhar; distrair criança; instruir criança; lamentar; observar procedimento; oferecer ajuda; pegar no colo; posicionar criança; prometer recompensa; questionar procedimento; seguir instrução; segurar mão; b) comportamentos infantis: reação física intensa (recusa, fuga, resistência à contenção), reação física e/ou verbal branda (busca de informação, reclamação, choramingo, movimentar-se de modo nervoso) e reação verbal intensa (choro alto e/ou gritos); c) procedimentos clínicos: exame clínico, anestesia tópica, anestesia injetável, pausa, isolamento absoluto, preparo cavitário e restauração.

O tratamento dos dados registrados e categorizados foi feito por meio do cálculo de frequência relativa. Os resultados demonstraram que a categoria da mãe que apareceu com maior frequência foi “acariciar/tamborilar”, seguida do “instruir criança”, “observar procedimento” e “conter criança”. Ao relacionar os comportamentos maternos com os procedimentos odontológicos, observou-se que “Desviar o olhar” ocorreu com maior frequência durante injeção anestésica, o que foi interpretado pela autora como possível indicativo de ansiedade materna. Além disso, notou-se que a frequência de “instruir criança” não indicou variação ao longo das sessões e teve maior ocorrência em momentos como o exame clínico e a pausa, quando o dentista não realizava procedimentos. Tomita (2004) chama a atenção para o fato de os pais não receberem informação de que poderiam fazer uso do recurso da instrução, sendo o controle instrucional um possível facilitador para a colaboração da criança em consulta.

A análise do repertório de cada mãe em relação à variabilidade comportamental (emitir comportamentos pertencentes a diferentes categorias) revelou que a maioria das mães (7 das 10 mães observadas) apresentou um padrão comum, variando de 8 a 13 das 16 categorias avaliadas. Duas mães apresentaram um padrão acima da média, com alta variabilidade, e uma das mães se diferenciou por emitir baixa variabilidade de comportamentos. A autora hipotetiza ser a grande variabilidade de respostas aliada a altas frequências de ocorrência um sinal da ansiedade materna, e ser o repertório pouco variado um indicador de medo materno ou de apatia e de pouco interesse nos acontecimentos.

Tomita (2004) também analisou em conjunto o comportamento das mães e das crianças. O aumento da colaboração da criança esteve relacionado tanto com o aumento (até certo ponto) de comportamentos afetivos das mães, como também, com a diminuição do “conter a criança” e com a diminuição do “segurar mão”. Considerou-se que o afeto materno interferiu na colaboração do filho somente até certo ponto, pelo fato de os procedimentos odontológicos passarem a exercer maior controle sobre o comportamento da criança.

O trabalho de Tomita (2004) trouxe muitas contribuições, expondo quais comportamentos as mães emitem durante consulta odontológica do filho e como esses comportamentos variam de acordo com o procedimento odontológico e de acordo com o comportamento da criança. A autora sugere programas para auxiliar pais a enfrentar o atendimento odontológico das crianças e para treiná-los a emitir comportamentos favoráveis à colaboração de seus filhos.

Algumas considerações podem ser realizadas a respeito da pesquisa de Tomita (2004). Foi possível verificar qual comportamento materno ocorre simultaneamente

ao comportamento infantil, mas este tipo de análise não permite verificar qual relação realmente se estabelece, o que antecede e o qual a consequência do comportamento da criança. Por exemplo, foram apresentados os seguintes dados na análise da díade 2 na terceira sessão: durante a anestesia injetável, a criança apresentou três tipos de comportamento não colaborativo (reação física e verbal intensas e reação física branda) e a mãe apresentou “conter criança”, “oferecer ajuda”, “instruir criança”, “segurar mão”. Esse tipo de informação não permite compreender qual dos comportamentos da mãe teria afetado cada uma das respostas da criança. Além disso, uma categoria materna poderia exercer diferentes funções de acordo com a situação. Dependendo do contexto, o “segurar mão” poderia exercer função de consequência (talvez punitiva) para a não-colaboração, análogo ao “conter criança”, como também função de antecedente para colaboração infantil.

Assim, uma análise funcional dos comportamentos da criança e de sua mãe durante o tratamento poderia trazer contribuições. Foi o que Shiota (2004) fez em sua segunda etapa da pesquisa. A pesquisadora observou duas díades, uma do grupo adesão e outra do grupo não - adesão, em três datas diferentes. Houve descrição contínua dos episódios, possibilitando verificar quais comportamentos as mães, as crianças e as enfermeiras emitiam durante todo o procedimento invasivo de punção venosa.

Com os dados da observação, verificou-se que a mãe do grupo de adesão não interagiu com seu filho em nenhum momento. A criança de 10 anos colaborou com o procedimento de punção venosa e a mãe se apresentou na escala com estilo competente. Shiota (2004) comenta que o comportamento da mãe durante o procedimento invasivo não foi ideal, mas discutindo sobre os motivos da mãe, interpreta a resposta de afastamento dela como possível fuga e esquiva do procedimento médico. Analisando funcionalmente o comportamento de adesão da criança, encontraram-se como consequências os elogios das enfermeiras (reforço positivo) e a finalização rápida do procedimento (reforço negativo).

Na segunda díade observada, a mãe do grupo não-adesão interagiu com sua filha de 9 anos, mas não auxiliou a adesão da criança. Os comportamentos maternos eram semelhantes ao infantil, controlados pelo estímulo aversivo do procedimento: ela fechava o olho, chorava, pedia para a filha não olhar. Na escala, essa mãe foi identificada pelo estilo indulgente, o que indica que normalmente superprotege a filha. A análise funcional do comportamento de não - adesão da criança mostrou que atenção da mãe funcionava como reforçamento positivo para a não-colaboração e evitar a dor fazia parte do processo de reforço negativo.

De acordo com Shiota (2004), os estudos mostram que há um impacto da presença dos pais sobre o comportamento da criança, mas ainda não está esclarecido como ocorre esse processo. Seu estudo contribui no sentido de descrever e analisar funcionalmente episódios de adesão e não adesão infantil durante o procedimento médico invasivo. A autora ressalta que o trabalho com adesão de crianças ao tratamento deve envolver os pais no processo de enfrentamento, adaptação e conseqüente resultado positivo.

Enfim, com todas as pesquisas descritas, que buscaram relação entre comportamento parental e comportamento infantil, obtiveram-se indicações de que o comportamento dos pais afeta o do seu filho em consulta médica ou odontológica. Percebeu-se também que o método utilizado pelos pesquisadores pode prejudicar a coleta ou análise dos dados ou favorecê-los. Por isso, uma análise qualitativa e funcional contribui para esclarecer a relação entre comportamentos maternos e infantis no consultório odontológico. Nesse sentido se insere a proposta da presente pesquisa, que visa analisar a interação entre mães e crianças durante o atendimento odontológico do filho. Serão identificados quais comportamentos são adotados pelas mães e qual o seu efeito sobre os comportamentos das crianças.

4 MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

Participaram da presente pesquisa cinco crianças com suas respectivas mães ou cuidadores. As crianças tinham idade entre 2 e 7 anos, sendo duas do gênero feminino e três do gênero masculino. Para facilitar a análise de dados, cada criança recebeu um nome fictício: Pedro, de 7 anos; Vitória, de 5 anos; Alice, de 3 anos; Davi e Lucas, de 2 anos.

Dentre os cuidadores que acompanharam o atendimento da criança, quatro eram as mães dos pacientes e uma era a avó. A Tabela 1 apresenta os dados referentes aos acompanhantes das crianças.

Tabela 1– Características das acompanhantes participantes

Acompanhante	Idade	Escolaridade	Onde moram	Nome fictício cça	Idade cça
Avó	60	Ensino Médio	Londrina	Vitória	5
Mãe (M _P)	30	Ensino fundamental	Cambé	Padro	7
Mãe (M _A)	26	Ensino Médio	Jataizinho	Alice	3
Mãe (M _D)	28	Ensino fundamental	Londrina	Davi	2
Mãe (M _L)	28	Ensino Médio	Londrina	Lucas	2

As crianças foram atendidas no serviço de emergência e precisaram passar por tratamentos odontológicos cirúrgicos (pulpectomia - tratamento de canal ou exodontia - remoção cirúrgica de um elemento dentário), tendo pelo menos um retorno, no qual receberam tratamento profilático (nomeado Choque). Os tratamentos odontológicos indicados se caracterizam pelos procedimentos descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Descrição dos procedimentos que compõem os tratamentos odontológicos aos quais as crianças participantes foram submetidas.

TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS
EXODONTIA (remoção cirúrgica de um elemento dentário)
Procedimentos:
1- Anestesia tópica
2- Anestesia infiltrativa
3- Sindesmectomia (descolamento do tecido periodontal – uso de espátula para retirar fibras)
4- Luxação (fratura dos ligamentos periodontais e osso alveolar- amolecimento do dente com alicate ou alavanca)
5- Avulsão (retirada da unidade do alvéolo dental) – arrancar o dente com forceps
6- Irrigação com soro fisiológico
7- Manobra de Chompret – compressão do alvéolo
8- Sutura
9- Recomendações pós-cirúrgicas
PULPECTOMIA (comumente conhecido como tratamento de canal)
Procedimentos:
1- Anestesia tópica
2- Anestesia infiltrativa (injeção)
3- Isolamento relativo (quando dentes frontais)
4- Abertura coronária (furar dente para acessar canal)
5- Instrumentação do canal (limpar a polpa da câmara pulpar e dos canais radiculares que modelam o canal para possibilitar o seu posterior preenchimento)
6- Irrigação com soro fisiológico ou tergenol furacinado
7- Colocação de medicação intra-canal (pasta Guedes)
8- Restauração temporária
9- Raio X final
10- Recomendações pós-cirúrgicas
CHOQUE (aumenta a resistência do dente e a diminuição da microbiota cariogênica)
Procedimentos:
1- escovação (escova de dente, gaze ou baixa rotação),
2- fio dental,
3- aplicação de gel no lábio (proteger do medicamento),
4- aplicação de medicamento para paralisar processos de cárie (Saforide - Diamino Fluoreto de Prata), o qual possui gosto azedo e deixa preta a região com cárie,
5- aplicação de flúor, com gosto de morango.

4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada em sala de atendimento odontológico do pronto-socorro do Núcleo de Odontologia para Bebês/NOB (conhecido como Bebê Clínica), da Universidade Estadual de Londrina que atende gratuitamente a população de crianças

menores de seis anos² de Londrina e cidades vizinhas.

A estrutura do local para atendimento odontológico, visualizada na Figura 1, é composta por: sala de espera com cadeiras para adultos e brinquedos; sala de entrevistas (onde é realizada a anamnese anterior às consultas; também contém pias e espelhos para ensino de escovação); sala comum de consulta (grande sala com 5 conjuntos de cadeiras odontológicas separadas por biombos); duas salas individuais para atendimento do pronto-socorro (PS). Nota-se que na sala comum, os biombos separam visualmente as consultas, mas não o barulho. Se uma criança da sala chora, todas ouvem.

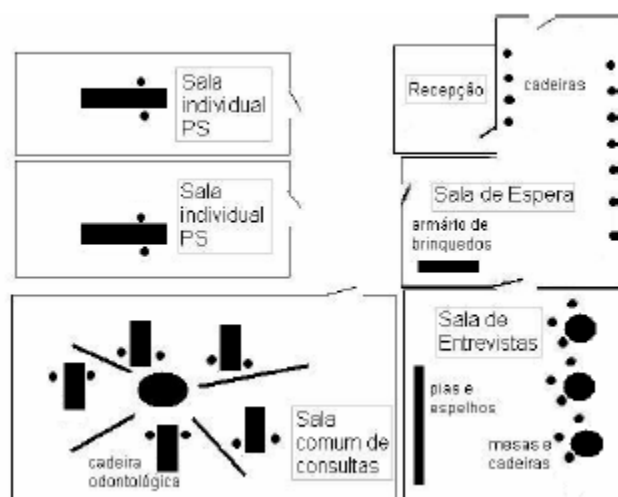


Figura 1 – Composição da estrutura destinada ao atendimento odontológico do NOB

Nessa instituição são atendidos dois grupos de pacientes infantis. O primeiro é composto por crianças do programa preventivo e educativo da Clínica, desde os 4 meses até os 5 anos elas passam por consultas odontológicas a cada 3 meses. O segundo, pertence ao serviço de PS, são crianças que chegam em situação de emergência, precisando passar por atendimento odontológico imediato.

O pronto-socorro do Núcleo de Odontologia para Bebês funciona sem hora marcada. Qualquer criança menor de 6 anos que precise de atendimento de emergência é atendida de acordo com ordem de chegada. Os pais e seus filhos aguardam na sala de espera. Os dentistas chamam a criança e seus pais para uma entrevista inicial. Na seqüência, o tratamento correspondente à necessidade da criança é normalmente fornecido nas salas

² Excepcionalmente pode ocorrer atendimento de criança com 7 anos, como foi o caso de Pedro, participante desta pesquisa.

individuais, com a presença de um dos pais. Quando o tratamento precisa de continuidade, marca-se retorno para a semana seguinte.

4.3 RECURSOS HUMANOS

No Pronto Socorro, as crianças são atendidas por duplas de profissionais de odontologia que cursam especialização ou residência em Odontopediatria. As seis dentistas do programa de residência e apenas uma da especialização (dentre as seis dentistas) atenderam as crianças participantes. Na época da coleta, as seis dentistas da residência já estavam há 9 meses no programa e a dentista da especialização há 21 meses.

A conduta de todas as dentistas seguem um certo padrão, de acordo com o treino que recebem na instituição. Normalmente, antes de iniciar a consulta, a criança é posicionada na cadeira odontológica e faz “mágica” para a cadeira levantar e deitar, apertando primeiro a barriga e depois o nariz, além de fazer a luz acender batendo palmas (enquanto a criança faz esses movimentos, a dentista aciona um botão no chão, o qual não é visto pela criança que acredita estar fazendo “mágica”). Ao longo de todo o atendimento as dentistas fazem uso da técnica “conte-mostre-faça”, explicando e demonstrando cada procedimento que será realizado. Elas conversam com a criança, fazem perguntas, algumas cantam. Quando a criança é pequena, está muito agitada e precisará passar por cirurgia, o pacote pediátrico (restrição física em que a criança fica envolvida com um lençol) é utilizado pra proteção da criança e dos dentistas, com autorização da mãe.

As filmagens foram realizadas pela própria pesquisadora.

4.4 MATERIAL E INSTRUMENTOS

Equipamentos. Foram utilizados filmadora, tripé, televisão e vídeo-cassete, destinados à gravação das interações entre mães e filhos na clínica odontológica e posterior análise. Após a fase de registro dos comportamentos filmados e as análises dos dados, as fitas com as gravações realizadas foram destruídas.

Material de Consumo. Fitas de vídeo, lápis e papel.

Roteiro de Entrevista (Apêndice A). Consta de perguntas elaboradas pela pesquisadora, direcionadas para a mãe ou cuidador responder sobre dados sócio-demográficos e sobre experiências odontológicas anteriores.

4.5 PROCEDIMENTOS

4.5.1 Seleção dos Participantes

A pesquisadora ficou disponível à espera de crianças que cumprissem com o critério de participação na pesquisa. Os critérios eram identificados na entrevista inicial: criança com idade igual ou maior de dois anos; necessidade de tratamento odontológico cirúrgico (pulpectomia ou exodontia) e de pelo menos um retorno. Para chegar ao número de cinco crianças e realizar as filmagens programadas, foram necessárias 6 semanas.

4.5.2 Coleta de Dados

Após a identificação dos itens necessários para se verificar a participação da criança na pesquisa, foi solicitada a autorização (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Apêndice B) da mãe ou do cuidador para a realização da filmagem na sala de espera e durante as consultas. A mãe que autorizasse a filmagem era entrevistada sobre alguns aspectos sócio-demográficos e sobre o preparo da criança para a consulta.

A criança era atendida pela dupla de dentistas responsável pelo atendimento do Pronto Socorro daquela semana. Entre as duas dentistas da dupla, há um revezamento para atuar e auxiliar: uma das dentistas fica responsável pela realização dos procedimentos e a outra auxilia. Faz-se esta observação porque na análise dos dados houve referência a uma dentista, sendo esta a principal.

O comportamento das dentistas não era o foco de análise, mas como elas apareciam nas filmagens, foi necessário solicitar suas autorizações (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Apêndice C). Como a coleta ocorreu por várias semanas, as crianças

participantes não foram atendidas pelas mesmas dentistas. As consultas não ocorreram sempre na mesma sala: algumas foram realizadas nas salas individuais de PS, e outras, na grande sala comum. A mãe entrava na sala com a criança, e a criança era posicionada na cadeira odontológica. A dentista orientava a mãe para sentar em uma cadeira disponível próxima da criança. Nos casos em que a criança estava agitada ou estava restrita fisicamente (com “pacote pediátrico”), a dentista pedia para a mãe sentar junto com a criança na cadeira odontológica; a mãe sentava na posição em que os pés da criança ficavam em seu colo. Normalmente, era solicitado que a mãe ajudasse a segurar a criança.

A filmagem era iniciada quando a criança sentava na cadeira odontológica e continuava até o término da consulta. Os comportamentos das crianças e de suas mães foram gravados para posterior observação e análise, sem haver nenhum tipo de interferência por parte da pesquisadora na consulta. Como no local de pesquisa muitas vezes havia barulho da rua, do motor (cadeira), do ventilador, de outras dentistas, de outras crianças, foi necessário que a pesquisadora anotasse as falas das mães no momento da consulta para completar o registro. Mesmo assim, houve momentos em que as falas da mãe ou da criança não foram identificadas por motivo de outros ruídos.

Os primeiros atendimentos filmados tiveram duração variando de 15 a 55 minutos, enquanto os atendimentos de retorno duraram de 7 a 13 minutos. No atendimento de retorno, normalmente as crianças passaram por procedimento de choque. Em apenas um caso (Vitória), o retorno também incluiu procedimento de adequação do meio, o qual busca eliminar focos infecciosos e estabilizar a atividade de cárie dental³. Em razão da escala de atendimento das dentistas comentada acima, as crianças participantes da pesquisa não foram atendidas pelas mesmas profissionais quando do retorno para a segunda consulta. Além disso, no retorno, as crianças são normalmente atendidas por apenas uma dentista e não por duas como na primeira consulta.

Além do atendimento odontológico, a mãe e a criança também foram filmadas na sala de espera. Esta gravação ocorreu no dia do retorno, antes da consulta da criança. Assim que a mãe chegou com a criança na clínica, ambas foram filmadas enquanto aguardavam serem chamadas, por um tempo que variou de 4 a 7 minutos. Esta filmagem teve o objetivo de observar o padrão de interação entre mãe e filho fora da consulta.

³ O dentista raspa os dentes com cárie e preenche a cavidade com uma “massa” temporária, preparando a cavidade bucal para receber tratamento restaurador.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os comportamentos das crianças e de suas mães foram diretamente observados, posteriormente registrados e analisados qualitativamente com o auxílio das filmagens. O tipo de análise empregada foi análise qualitativa a partir de registro cursivo. Os comportamentos foram registrados na seqüência em que ocorreram, de forma contínua. Na seqüência, foram descritos em forma de esquema utilizando-se setas como recurso visual, para indicar a duração do comportamento.

Vale ressaltar que o foco de análise era a interação entre mães e filhos. No entanto, como as dentistas também faziam parte do contexto, houve registro dos comportamentos das profissionais quando interagiam com a mãe ou com o paciente.

Para facilitar a comparação entre as díades, alguns dados foram apresentados na Tabela 4, de forma quantitativa: duração dos atendimentos, tempo de não-colaboração das crianças e freqüência de comportamento de interação da mãe com o filho. A “Interação da mãe” foi considerada como verbal (falar com o filho) e gestual (contato físico de carinho, excluindo restrição física). Foi feito o cálculo da freqüência de interações por minuto por meio da divisão do número de interações pelo tempo da consulta odontológica. O tempo de não-colaboração da criança foi contabilizado apenas nos momentos em que choro e movimentos corporais atrapalharam o trabalho das dentistas.

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados constará inicialmente dos dados obtidos por meio de entrevista com as acompanhantes das crianças (quatro mães e uma avó). Na seqüência, a descrição dos resultados referentes aos comportamentos das crianças e de suas mães durante os atendimentos odontológicos será apresentada separadamente para cada díade, visando a análise das particularidades de cada interação. Além disso, haverá exposição dos dados coletados na sala de espera e por último, será efetuada uma comparação entre as características das cinco díades.

A Tabela 3 apresenta a entrevista inicial com as acompanhantes das crianças, que abordou os seguintes temas: local de tratamento odontológico da criança, seu comportamento em consultas anteriores e a preparação prévia delas para a consulta. Segundo relato das acompanhantes, todas as crianças foram informadas de que iriam ao dentista. Destacam-se a mãe de Alice, que levou a menina para assistir o atendimento da mãe, a de Davi e a de Lucas, que não foram verdadeiras ao dizerem que levariam a criança no médico ou para passar remédio.

O relato sobre o comportamento das crianças em consultas anteriores indica que duas geralmente choram durante o atendimento, duas colaboram e uma reclama, mas colabora. Das cinco crianças, quatro se submetem a tratamento odontológico regular, sendo três em Postos de Saúde e uma na Instituição de coleta dos dados da presente pesquisa. Assim, todas têm histórico de consulta odontológica anterior, mas Alice e Lucas nunca passaram por tratamento cirúrgico.

Tabela 3 – Dados da entrevista inicial sobre tratamento odontológico das cinco crianças participantes do estudo, seu comportamento e sua preparação prévia para a consulta.

Criança	Onde faz tratamento odontológico	Como seu filho se comportou nas consultas anteriores?	Antes de chegar à clínica, você conversou com seu filho sobre a consulta de hoje?
Vitória (5 anos)	Posto de Saúde	“Bem. Não chora.”	“Sim, dissemos que vai ao dentista.”
Pedro (7 anos)	Posto de Saúde	“Bem. Normal.”	“Sim, digo que vai levar e vai.”
Alice (3 anos)	Programa Bebê Clínica	“Nunca passou por procedimento cirúrgico, veio por trauma. Na prevenção ela reclama quando passam aquele amargo.”	“Converso, digo que é para o bem dela, que tem que se comportar. Acho que vai dar trabalho hoje. Eu a levei no meu dentista hoje para ela ver como é.”
Davi (2 anos)	Posto de Saúde	“Chora igual aqui.”	“Converso, digo para não chorar que só vai passar remédio”
Lucas (2 anos)	Não faz tratamento	“Veio aqui uma vez, não gostou, chorou. É a primeira cirurgia.”	“Sim, digo que vai ao médico e ele não gosta.”

5.1 INTERAÇÕES ENTRE MÃES E CRIANÇAS DURANTE OS ATENDIMENTOS

Segue, para cada consulta de cada díade, o layout da sala de atendimento com a posição das pessoas presentes e o registro cursivo dos comportamentos apresentados pelas mães e pelas crianças. Nas figuras, as setas verticais indicam a duração de um comportamento. As caixas pontilhadas na margem esquerda das figuras indicam o procedimento odontológico em curso e a duração do mesmo.

5.1.1 Díade 1 (Vitória e Avó)

Ambos os atendimentos ocorreram na sala comum, com a avó ocupando a mesma posição, indicada na Figura 2. A avó ficou sentada em uma cadeira pouco distante da

cadeira odontológica da criança. Não havia contato físico entre as duas e o contato visual era raro. A dentista se encontrava em posição entre a avó e a cabeça da criança. Em certos momentos, quando a dentista mudava de posição (durante o preparo de material), havia facilitação de contato visual entre a avó e a criança.

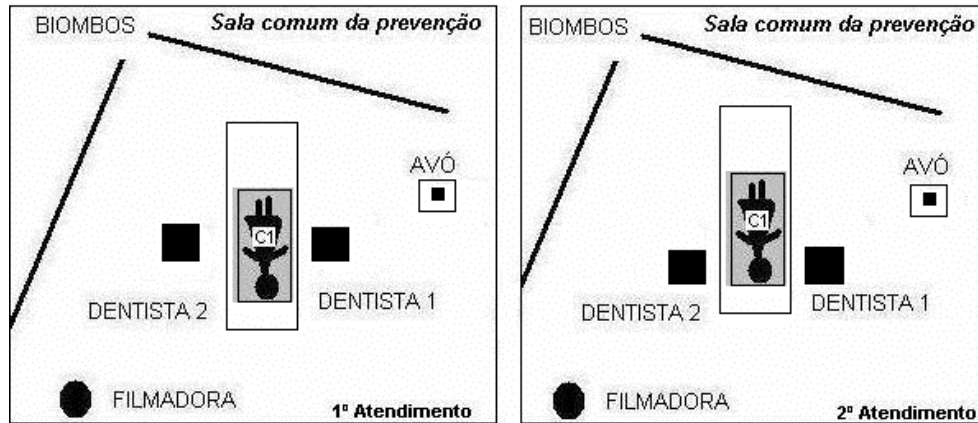


Figura 2 – Posição da díade 1 na primeira e na segunda consultas.

A Figura 3, a seguir, descreve os comportamentos de Vitória, de sua avó e da dentista durante a primeira consulta. Neste atendimento, com duração de 15 minutos e 30 segundos, foi realizado o tratamento de exodontia⁴, por duas dentistas.

⁴ Ao final da dissertação há uma tabela destacável contendo a descrição dos procedimentos odontológicos utilizados nos atendimentos, para facilitar a leitura desta seção.

Preparativos e anest	0'00	Vitória quieta
	3'14	Avó olhando para a neta
Anestesia injetável	3'28	Dentista "Agora a tia vai fazer a picadinha da formiga"
		Dentista "Bem devagar!"
		Avó inclina seu corpo para o lado direito (para ver a neta) e muda expressão facial franzindo a testa. Fica inclinada por um tempo e volta.
Sedsmoc -tomia	6'34	Dentista "Tudo bem?"
	7'10	Dentista "Vou colocar um palitinho está bem?"
Luxação e Avulsão	8'26	Avó inclina seu corpo para o lado direito (na direção da neta), muda expressão facial franzindo a testa e mordendo lábios. Volta para sua posição.
	8'28	Dentista movimenta o fórceps no 2º dente
		Vitória grita "Ai"
	8'45	Dentista pára e pergunta "Doeu?"
2ª Anestesia Injetável	8'48	Vitória faz movimento de afirmação com a cabeça
		Dentista aplica outra dose de anestesia.
		Vitória grita "Ai" ao toque da agulha, choraminga e pára
		Dentista balançou a cabeça dizendo "Só um pouquinho! Pronto!"
		Avó "Pronto, Vi!". Inclina-se para frente "Acabou Vi, não precisa chorar, não dói!"
		Vitória choraminga mais uma vez
Luxação e Avulsão		Vitória fica quieta
		Avó inclinada para frente diz "Pronto, pronto, não é para chorar, acabou"
	9'33	Dentista disse "Está acabando."
	9'39	Avó inclinada para frente disse "Pronto", "Acabou!"
Luxação e Avulsão		Dentista movimenta o fórceps no dente para arrancar o segundo dente
		Vitória choraminga e pára
Irrigação	9'54	Dentista "Acabou"
		Avó se movimenta na cadeira, fica para frente e diz "Vitorinha, acabou" e sorri
	9'56	Vitória quieta
	10'26	Avó "Ficou banguelinha, ó! Não vai doer mais! Tem janelinha para nascer outro dente!".

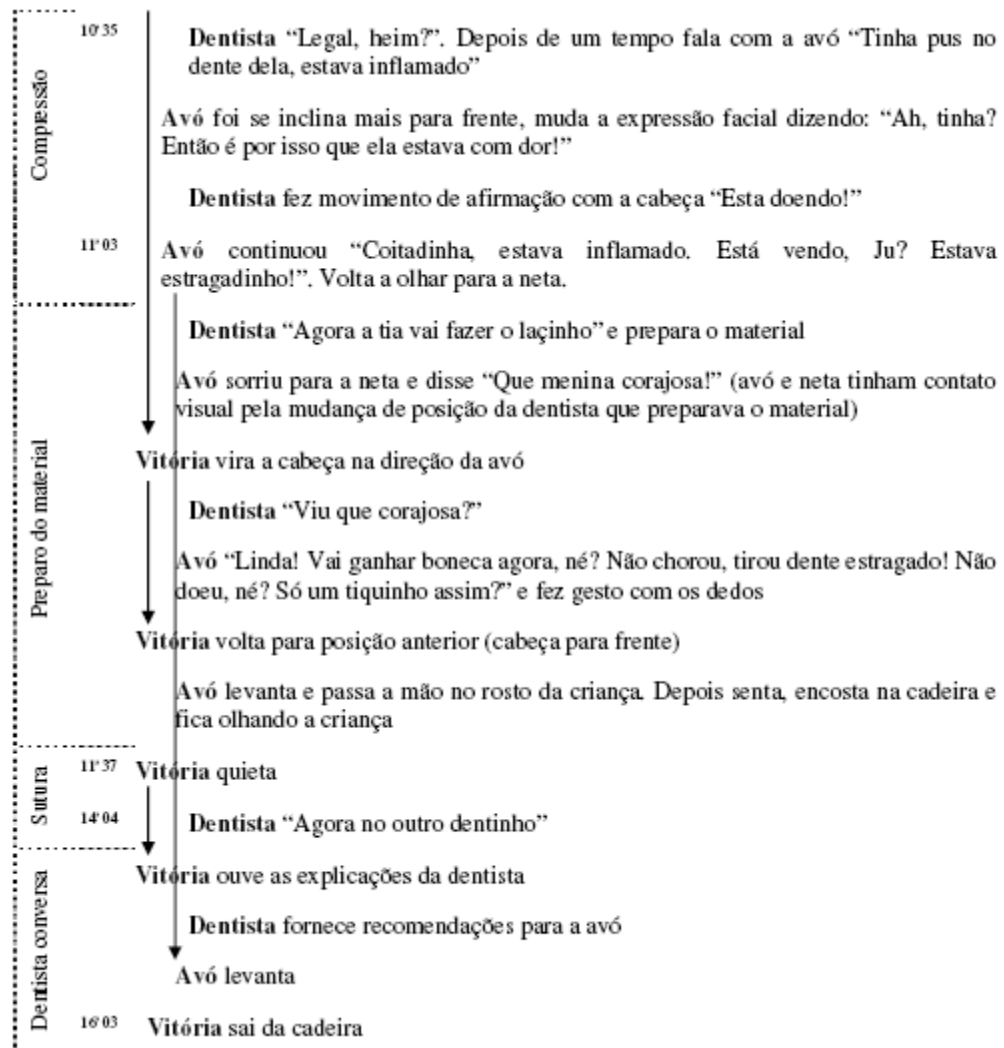


Figura 3 – Comportamentos da díade 1 e da dentista na primeira consulta.

A Figura 4, na seqüência, apresenta os comportamentos registrados durante a segunda consulta da mesma criança. Esta teve duração de 13 minutos e 18 segundos, incluindo procedimentos de retirada de pontos, choque e adequação, realizados por uma dentista.

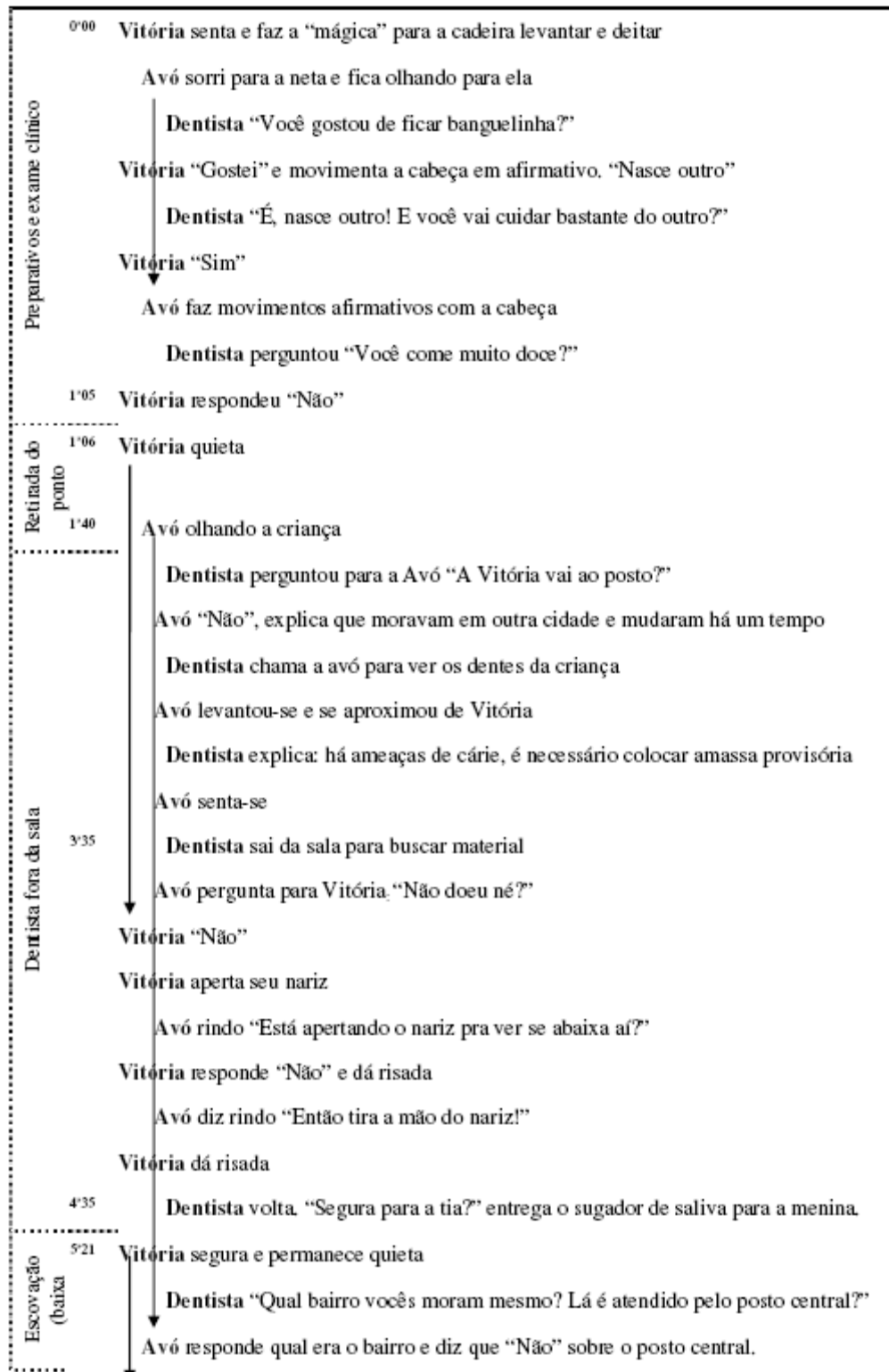




Figura 4 – Comportamentos da díade 1 e da dentista na segunda consulta.

Nos dois atendimentos houve predomínio de colaboração por parte de Vitória, excluindo-se algumas respostas isoladas na primeira consulta (como mostrará adiante a Tabela 4). As poucas alterações de comportamento, como o gritar “ai” e o choramingar,

provavelmente ocorreram em razão de estimulação eliciadora. De acordo com a dentista, havia inflamação no dente de Vitória. Isso explica, por exemplo, a reação de Vitória à tentativa de retirada do segundo dente. Esses comportamentos de dor da criança parecem ter funcionado como estímulo discriminativo para a avó e para a dentista emitirem falas de consolo à criança.

O padrão de colaboração predominante de Vitória na primeira consulta se repetiu no retorno, com a diferença de neste não terem ocorrido respostas de choro ou reclamação de dor. A criança obedeceu a todos os comandos, respondeu às perguntas da dentista e ainda forneceu informações. Interessante notar que a menina disse para a dentista que gostou de ficar banguela e que nasceria outro dente. Há aproximação dessa fala com a emitida pela avó na primeira sessão (“Tem janelinha para nascer outro dente!”), o que sugere controle dos comportamentos verbais da avó sobre o comportamento infantil. Diferente da primeira consulta, Vitória interagiu com sua avó ao olhar para ela e fazer perguntas, conversar e rir.

Em relação à avó, nas duas consultas, esta se mostrou preocupada e envolvida com a neta. Na primeira consulta, interagiu por meio de comportamentos de consolo, afeto e elogio; na segunda, interagiu por meio de sorrisos, gestos com a cabeça e diálogo. No primeiro atendimento, o comportamento de consolo da avó apareceu em função de mudanças comportamentais da criança. Com exceção do primeiro grito de Vitória, em todos os outros momentos de reclamação e choro, a avó disse algo para consolá-la, sinalizando que estava acabando, que não doía e que não era necessário chorar.

A mudança de comportamento de Vitória da primeira para a segunda consulta parece ter exercido função sobre o comportamento da avó. No retorno, Vitória não apresentou respostas de choro ou de reclamação de dor. Com isso, a avó não emitiu falas de consolo e apresentou menor incidência de comportamentos de apoio e afeto.

Exceto as falas de consolo, os demais comportamentos da avó – demonstrar interesse e afeto e elogiar – não foram emitidos após um comportamento específico de Vitória. Os comportamentos de afeto se resumiram, na primeira consulta, a falas em diminutivos e o gesto de passar a mão no rosto da criança. Na segunda, o afeto apareceu em forma de sorrisos e no diálogo com a neta. Além disso, a avó elogiou a criança, chamando-a de corajosa e linda; também disse que a neta ganharia boneca por não ter chorado.

Nos dois atendimentos foi possível observar interesse e envolvimento da avó em relação aos acontecimentos da consulta ao permanecer sempre olhando para a neta. A avó também se curvou na direção da criança para enxergar melhor o que ocorria, inclinou o

corpo para frente e mudou expressões. Outro comportamento de envolvimento da avó com a neta se repetiu nas duas consultas: demonstrações de preocupação com sentimento da criança ao perguntar se ela sentiu dor.

No final, a avó se preocupou com a estética da criança, de esta ficar com dentes da frente pretos após a aplicação do medicamento. No entanto, isso deve ser questionado, como o fez a dentista, pois se trata da saúde bucal da criança. O sinal preto indica cárie que requer tratamento. Este estímulo pode funcionar como punitivo para os pais. As dentistas da clínica comentam que as reclamações dos pais a respeito são freqüentes, e alguns inclusive não permitem a aplicação do medicamento, apesar das explicações fornecidas.

De forma geral, o comportamento de Vitória indica que esta apresenta repertório para enfrentar situações adversas. Ela seguiu todas as instruções da dentista e nos procedimentos potencialmente aversivos (injeção e primeira avulsão) suportou as possíveis sensações desagradáveis sem apresentar alteração comportamental pública. Este padrão de colaboração parece se repetir em outras consultas odontológicas, conforme avó afirmou na entrevista inicial. A avó, durante todo o tratamento odontológico de Vitória apresentou interações positivas (interesse, afeto, elogio) que indicam um padrão de apoio e auxílio que facilitam o enfrentamento da criança no contexto odontológico.

5.1.2 Díade 2 (Pedro e Sua Mãe)

O primeiro atendimento ocorreu em sala individual do Pronto Socorro (PS) e o segundo, na sala comum de prevenção. Conforme a Figura 5, na primeira consulta, a mãe estava sentada em um canto da sala, um pouco afastada da cadeira odontológica. Não havia contato físico e o contato ocular nem sempre era possível, pois a dentista auxiliar às vezes se posicionava na frente do rosto da criança. A mãe estava na maior parte do tempo com o corpo encostado na parede à sua direita, muitas vezes com a cabeça apoiada em sua mão. Na segunda consulta, a mãe de Pedro sentou mais próxima do filho, a pedido da dentista. A mãe ficou ao lado da cadeira odontológica, em frente à dentista, o que possibilitava contato físico e visual.

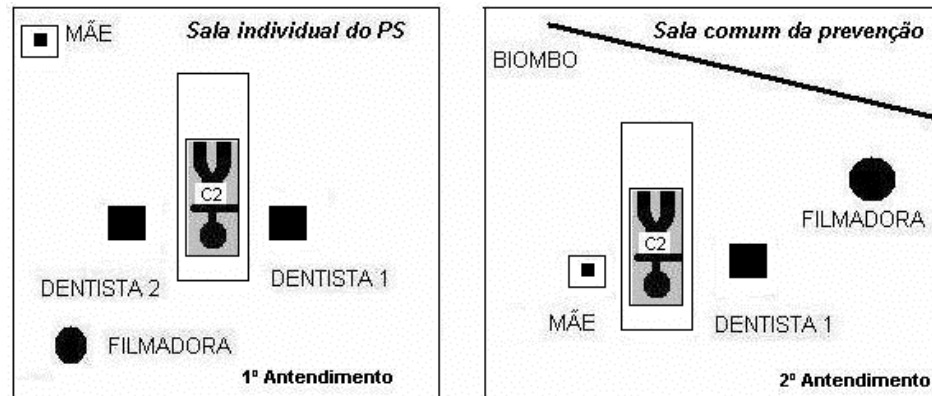
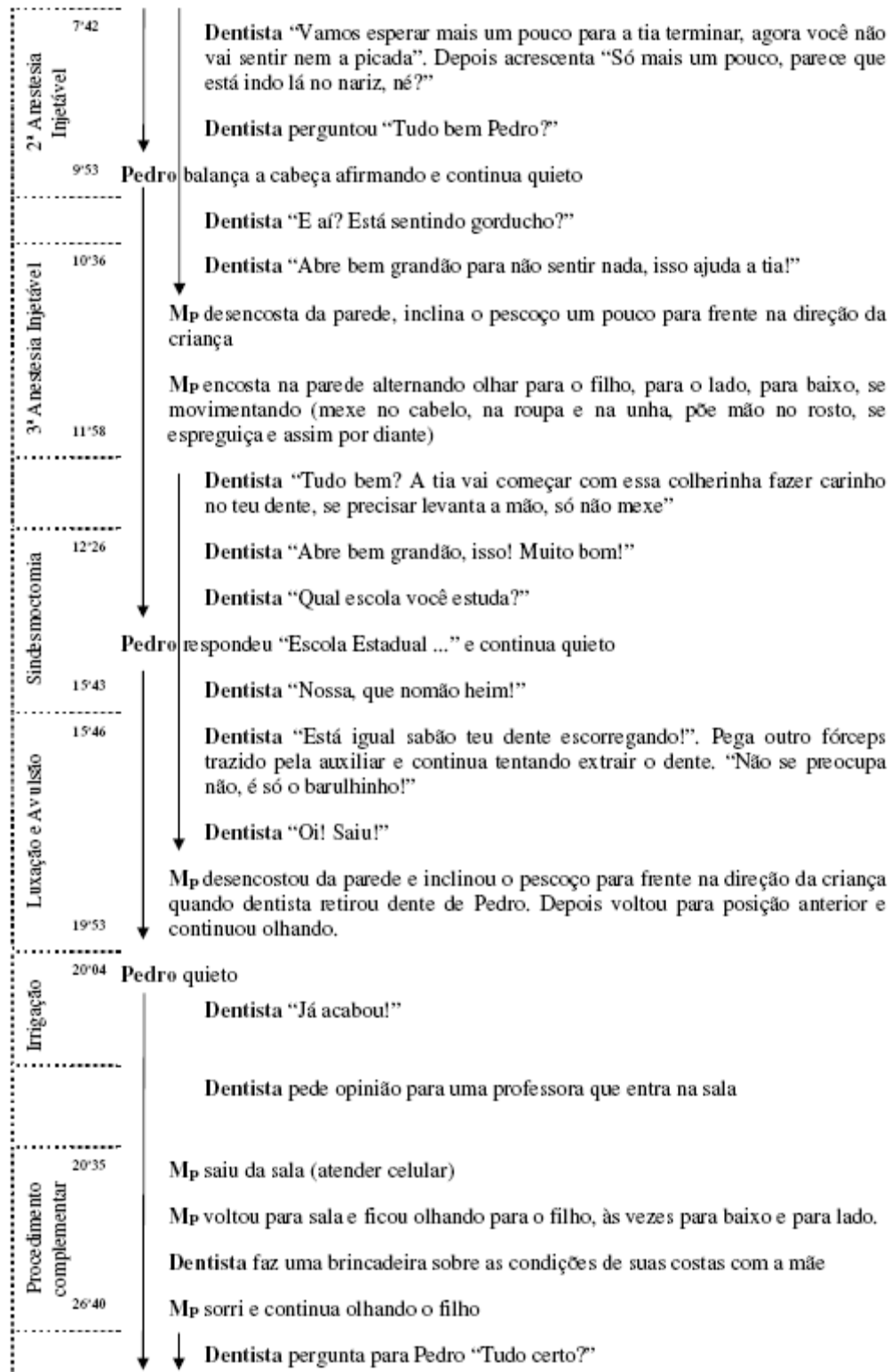


Figura 5 – Posição da díade 2 na primeira e na segunda consultas.

A seguir, a Figura 6 apresenta os comportamentos de Pedro, de sua mãe e da dentista durante a primeira consulta. O atendimento teve duração de 35 minutos e 20 segundos. Foi feito o tratamento de exodontia por duas dentistas.





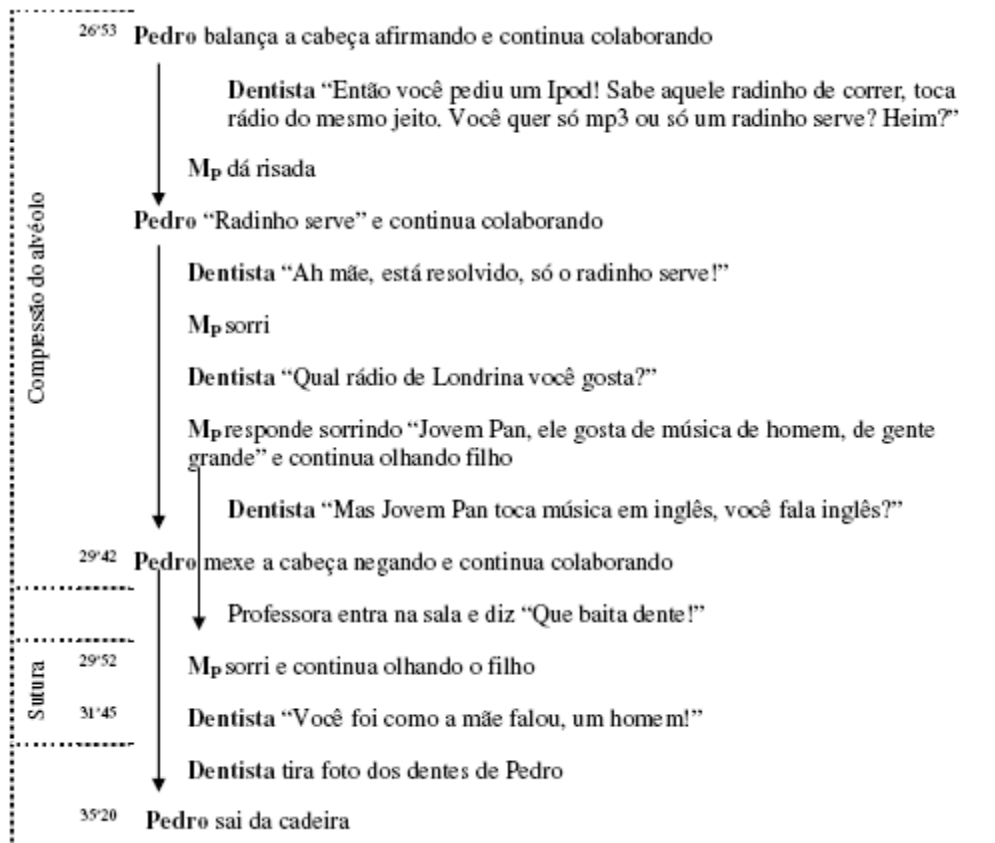


Figura 6 – Comportamentos da díade 2 e da dentista na primeira consulta.

Na seqüência, a Figura 7 apresenta o conjunto dos comportamentos de Pedro e sua mãe, além da dentista, durante a segunda consulta. O segundo atendimento de Pedro ocorreu na sala comum, com duração de 10 minutos e 30 segundos. Uma dentista realizou os procedimentos de retirada do ponto e de choque.

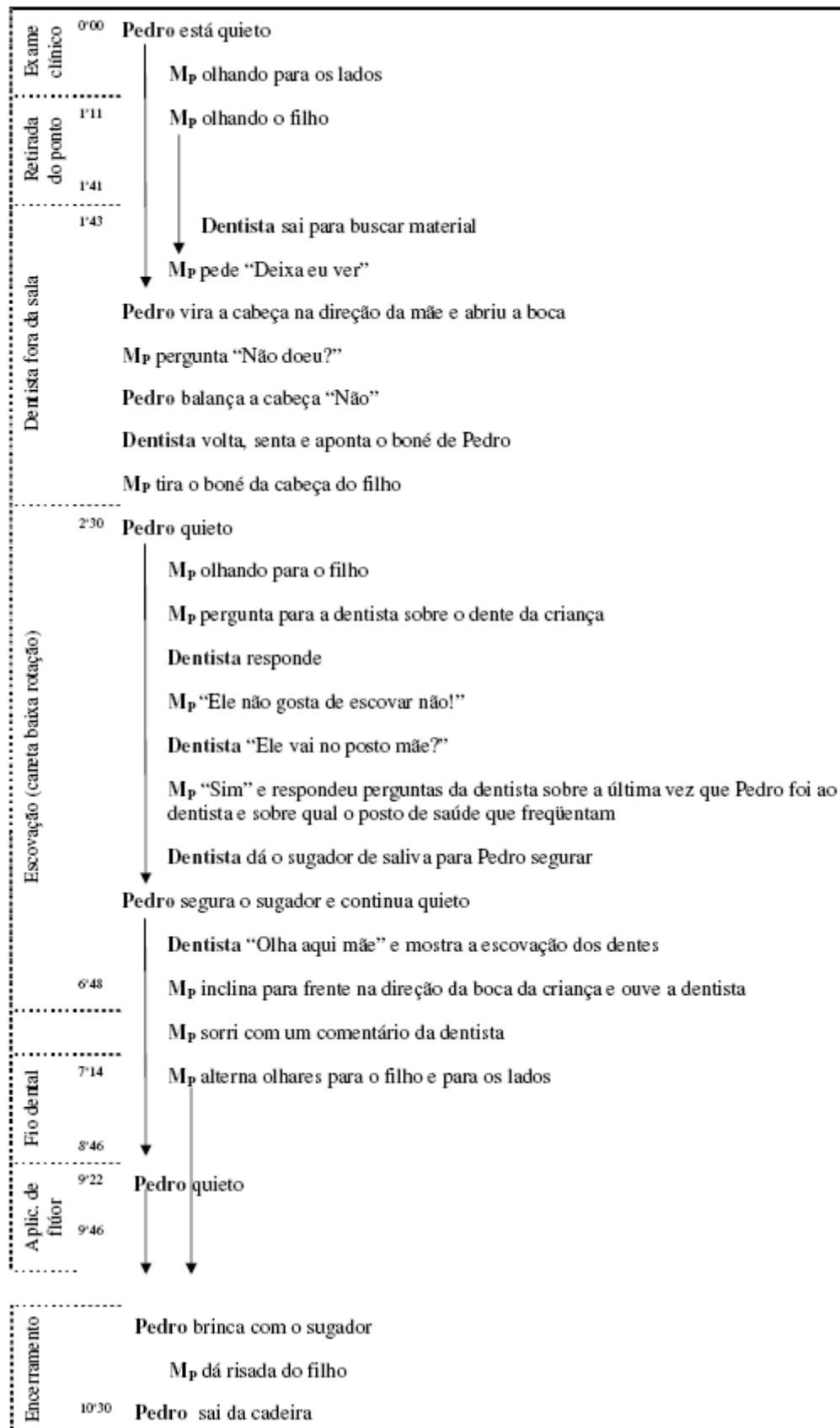


Figura 7 – Comportamentos da díade 2 e da dentista durante segunda consulta.

De acordo com os dados apresentados nas Figuras 6 e 7, nota-se que Pedro apresentou comportamentos de colaboração em ambas as consultas. O primeiro atendimento teve longa duração (mais de meia hora) e incluiu procedimentos invasivos, mas a criança enfrentou sem demonstrar respostas públicas de evitação, medo ou ansiedade. Ficou quieto, sem movimentos, permitindo a realização de todo o tratamento. Apenas falava com a dentista quando essa lhe dirigia perguntas, limitando-se ao que lhe foi questionado.

A mãe de Pedro apresentou poucos comportamentos interativos. Na primeira consulta, permaneceu sentada olhando em direção à criança. Alguns movimentos pareceram demonstrar interesse da mãe nos acontecimentos do tratamento odontológico, como olhares e movimento de pescoço. A partir da metade da primeira consulta, houve maior número de mudanças de posição por parte da mãe (desvios de olhar, olhar as unhas, curvar o corpo para baixo, bocejar, espreguiçar e assim por diante), o que pode ser interpretado como tranquilidade por seu filho colaborar, ou mesmo como certo tédio com a falta de atividade.

Em alguns poucos momentos a mãe deu risadas, sorrisos e respostas a perguntas, indicando que estava atenta aos acontecimentos. Tais comportamentos sempre seguiram comentários da dentista. Houve uma pergunta da dentista para Pedro que a mãe respondeu, revelando que conhecia a preferência do filho. Esta resposta da mãe foi o único momento em que houve iniciativa por parte dela nesta consulta. De forma geral, a mãe somente se manifestou quando foi solicitada, limitando-se a respostas curtas sobre o assunto questionado. Em nenhum outro momento ela falou com o filho nem com a dentista.

O padrão de interação da mãe foi diferente no segundo atendimento, em que teve iniciativas de falar tanto com Pedro quanto com a dentista. Assim, na segunda consulta houve mais interações entre a mãe e o filho do que na primeira. Certamente, a posição da mãe na sala durante a segunda consulta facilitou a interação da mãe com o filho.

Ao analisar as duas consultas, percebe-se que o comportamento do filho não pareceu estar sob controle da presença da mãe. Em momento algum Pedro virou a cabeça na direção da mãe, nem lhe dirigiu a palavra, somente na segunda consulta diante do pedido dela. Quando da ausência da mãe no meio da primeira consulta, ele não apresentou alteração comportamental. Assim, a presença da mãe não pareceu afetar o comportamento do filho.

De forma geral, pode-se considerar que houve pouca interação observada entre mãe e filho nos dois atendimentos de Pedro. Certamente, há dificuldades em extrapolar o contexto odontológico e hipotetizar como mãe e filho se relacionam. A pouca interação identificada entre eles pode ser devido ao contexto específico, pode estar relacionada à idade (Pedro era o mais velho de todas as crianças desta pesquisa), pode ser explicada pela não

necessidade da mãe agir em razão da colaboração da criança. De todo modo, notou-se a ausência de gestos ou palavras afetivas de ambos os lados, de elogios ou outro tipo de comunicação. Deve-se considerar que o caso de Pedro é o único em que a mãe disse, na entrevista, que quem mais cuida da criança é a avó, e não ela mesma. Quem normalmente leva a criança ao dentista no posto de saúde é a avó. No entanto, não é possível afirmar até que ponto esta informação contribui para explicar a interação entre esta mãe e esta criança.

5.1.3 Díade 3 (Alice e Sua Mãe)

O primeiro atendimento de Alice ocorreu na sala comum, enquanto o retorno foi na sala individual do PS. As posições ocupadas pela mãe podem ser verificadas na Figura 8.

Na primeira consulta, a posição inicial da mãe era sentada ao lado da cadeira odontológica, o que permitia apenas contato ocular. Logo a mãe sentou-se na cadeira odontológica junto com a filha, a pedido da dentista, e no final da sessão a mãe ficou em pé ao lado da menina. Estas duas posições permitiam tanto contato ocular quanto físico durante todo o tempo. Já no segundo atendimento, a mãe permaneceu sentada em uma cadeira pouco afastada da filha, de onde tinha contato visual, mas não físico.

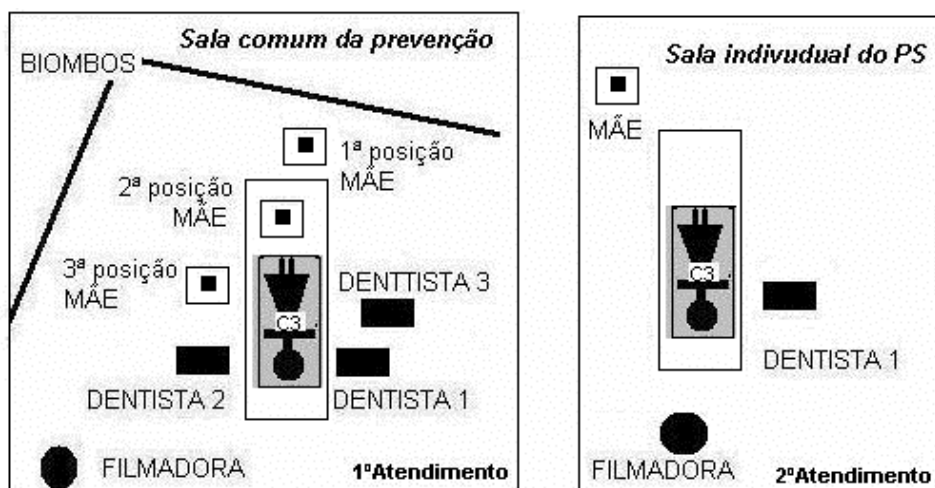
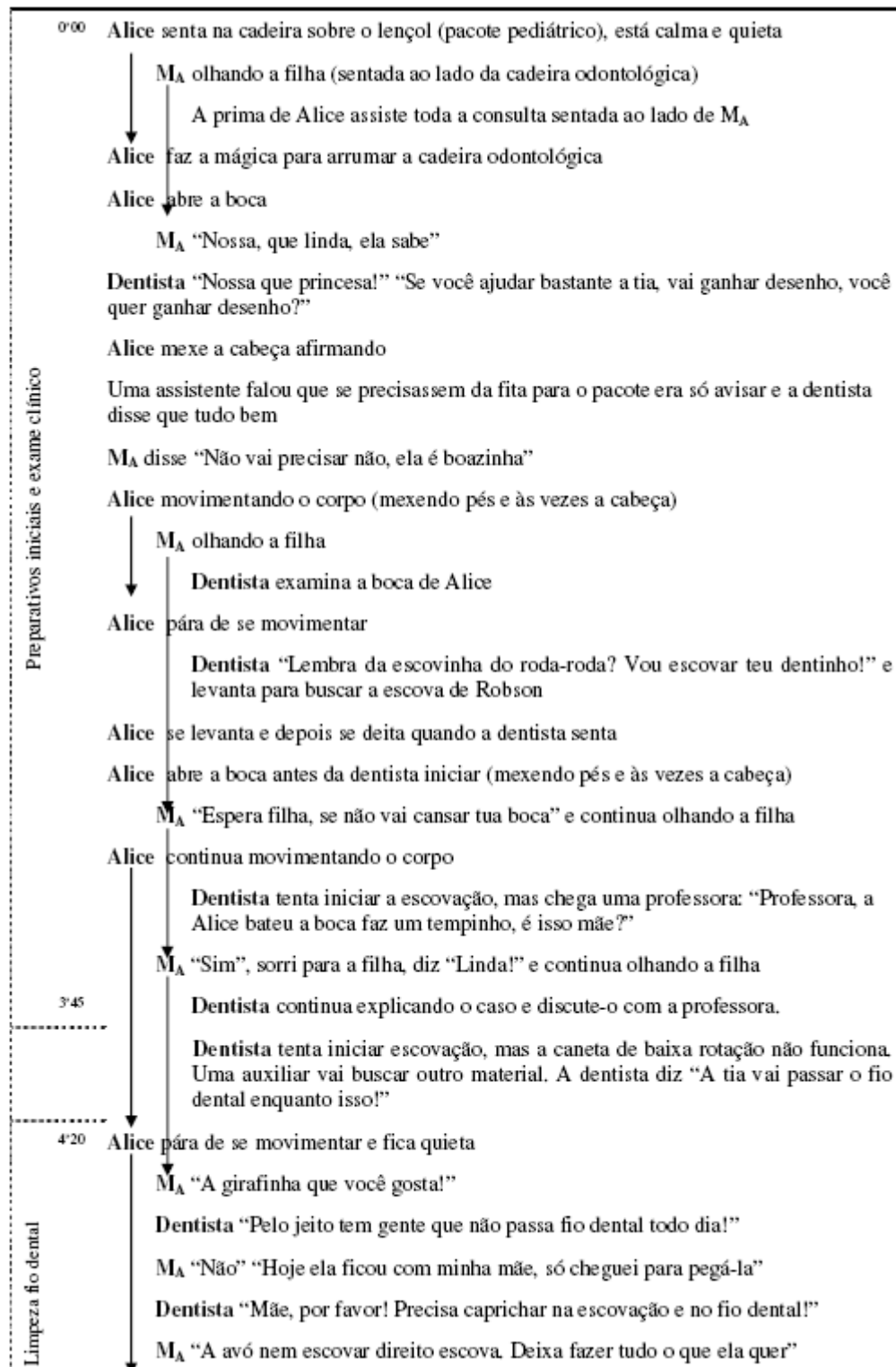
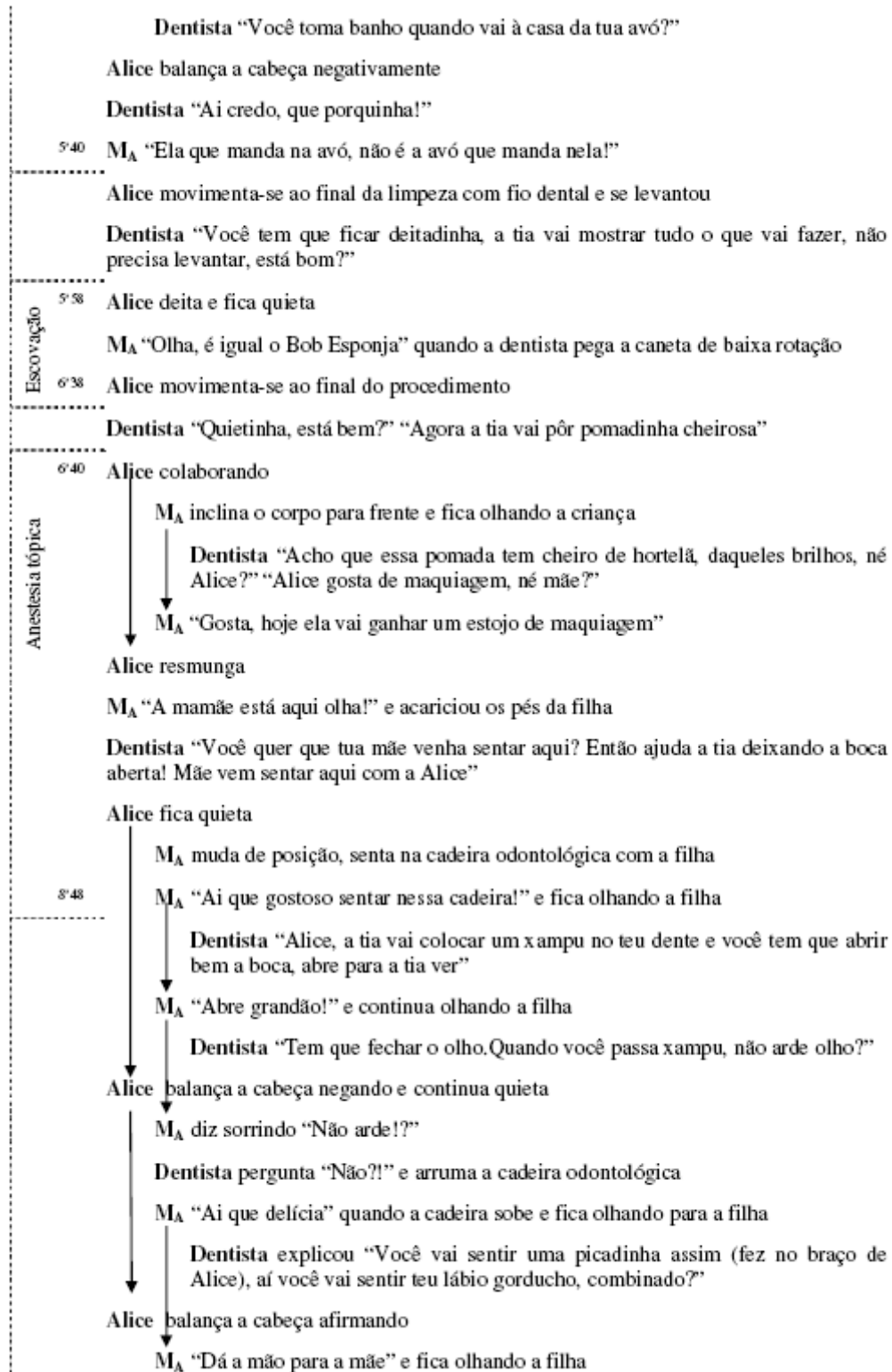
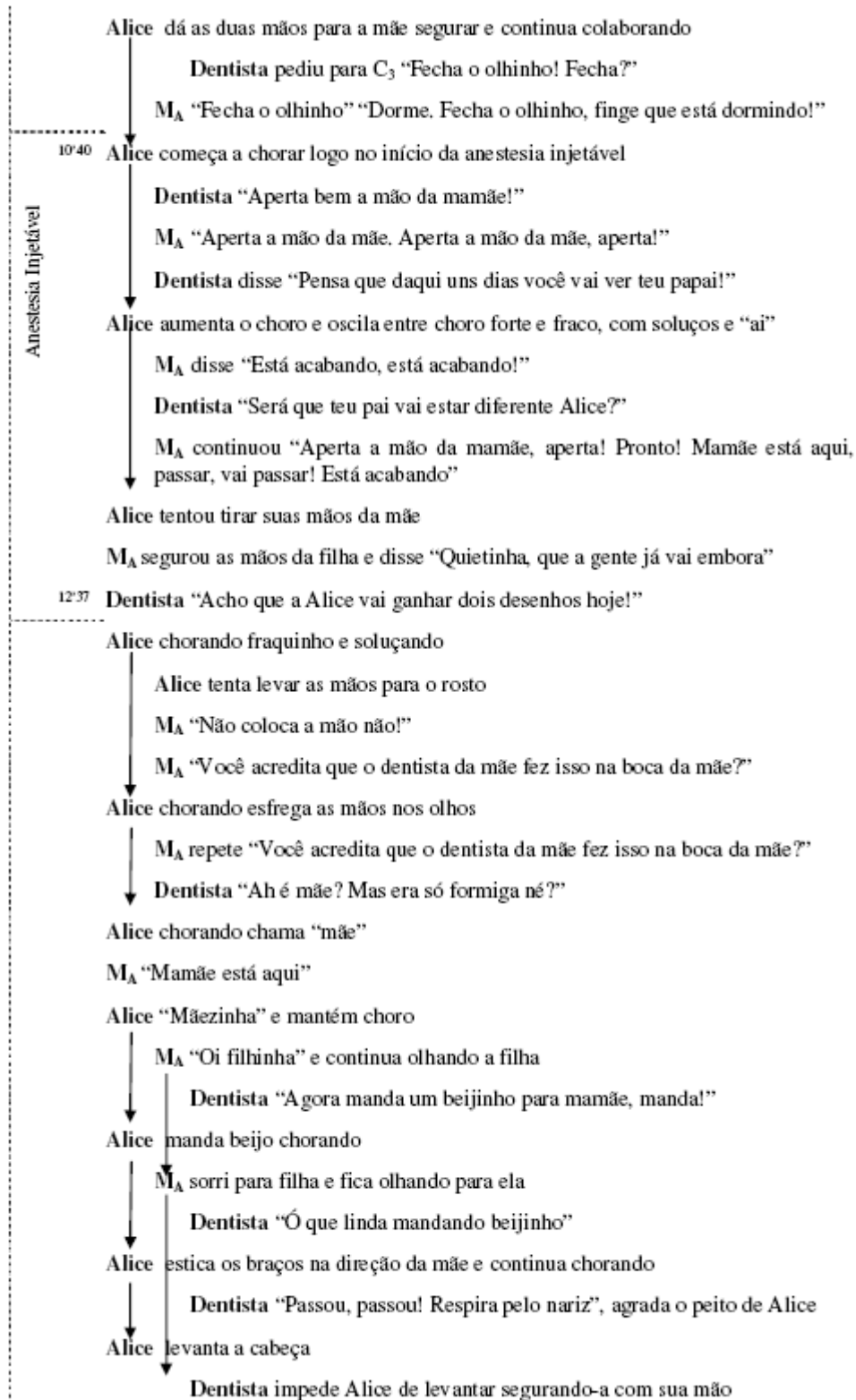


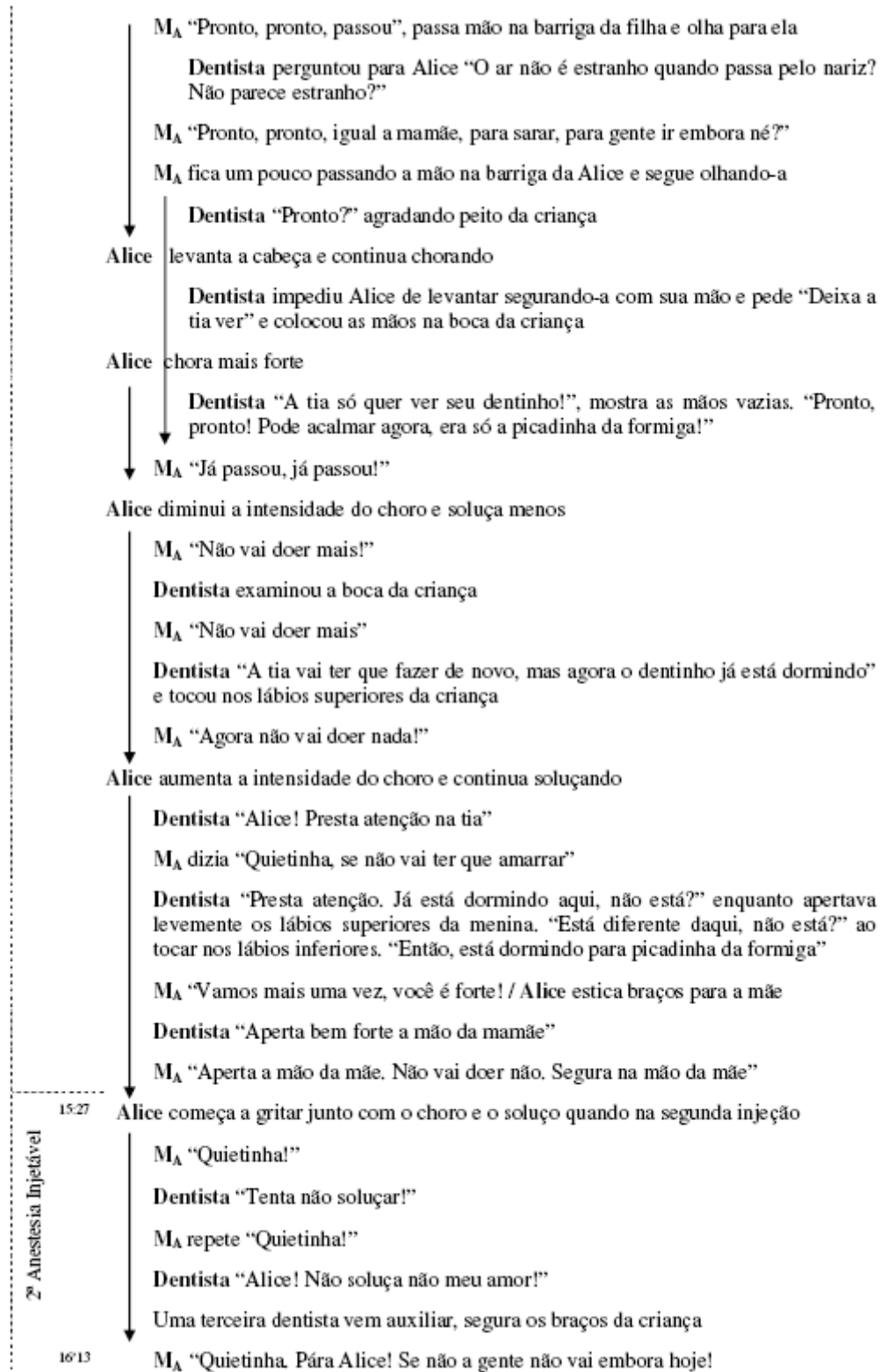
Figura 8 – Posição da díade 3 na primeira e na segunda consultas.

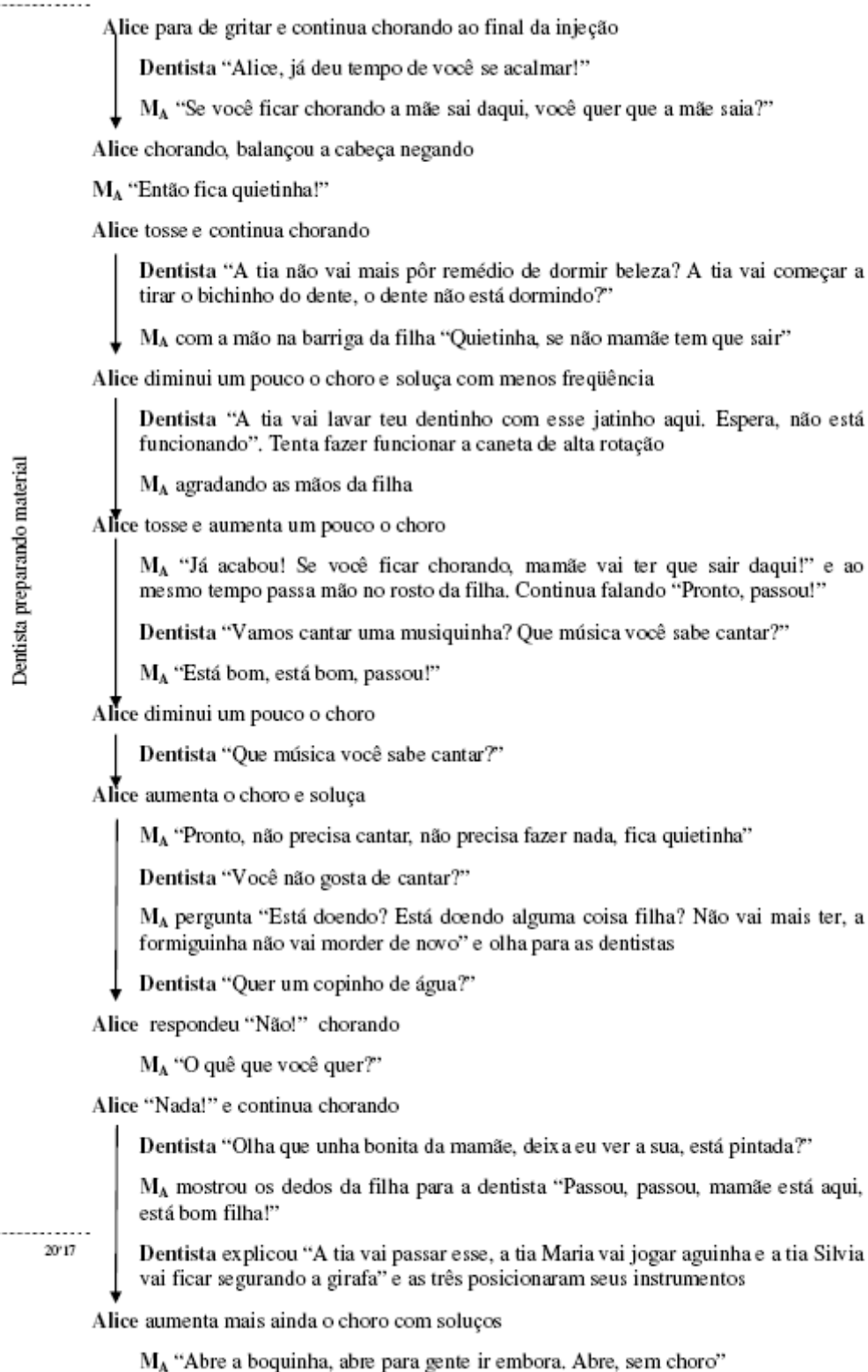
Na Figura 9, encontra-se a descrição do registro dos comportamentos da mãe, da filha e da dentista no decorrer do primeiro atendimento. Este teve duração foi de 55 minutos e 45 segundos. O tratamento de pulpectomia foi realizado por duas dentistas, mas a partir de um momento, uma terceira dentista também prestou auxílio.

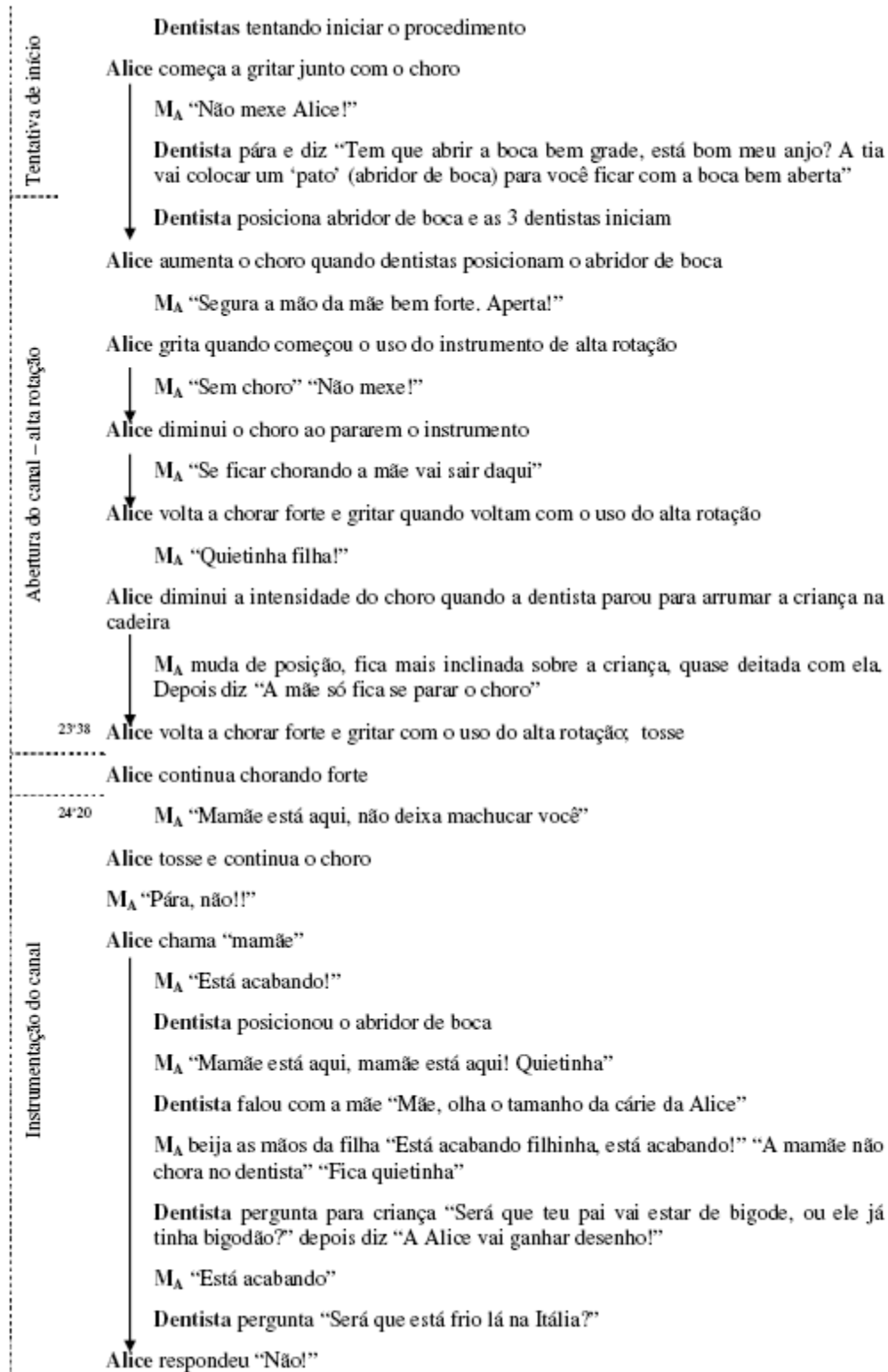


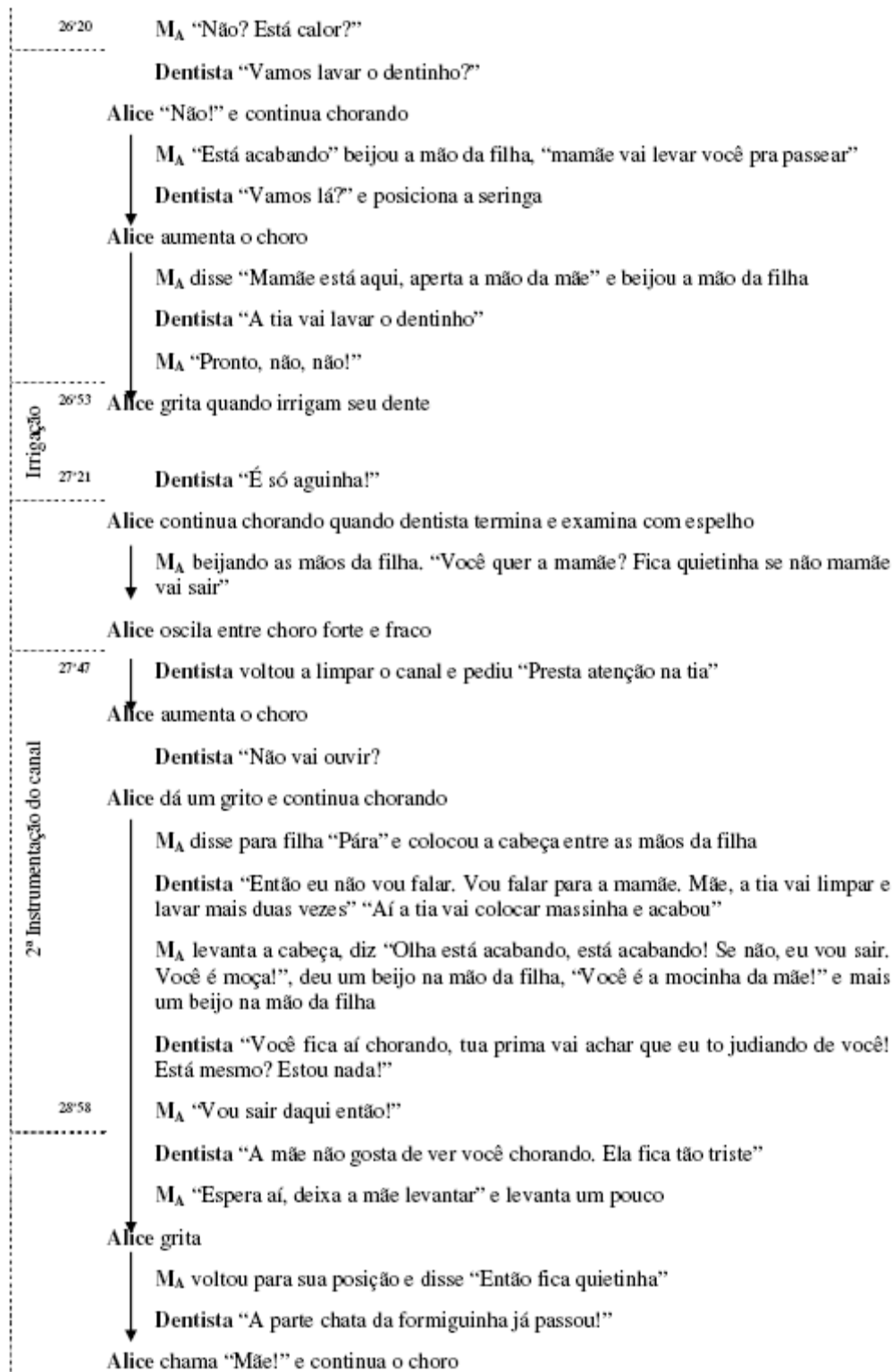












		Dentista "A mãe viu todo o teu dente. Mãe, você viu os bichos que saíram?"
		M _A "Vi, um monte de bicho"
2ª Irrigação	29:44	Alice aumentou o choro quando aplicaram soro com seringa ↓ M _A "Alice! Pára se não vou sair"
		Alice grita mais
		M _A "Pára Alice!". "Pronto" e dá um beijo. Ainda diz "Olha, então vou sair daqui"
		Alice grita e tenta tirar a mão
	30:11	M _A "Segura na mão da mãe, se não a mãe vai sair daqui. A mãe está deitada aqui com você na cadeirinha!"
3ª Irrigação	30:55	Alice continuou chorando e oscilava entre choro mais forte e mais fraco Alice choraminga "Ai, ai"
		M _A "Pronto, pronto. Está acabando, está acabando!"
	31:15	Alice diminui choro ao final procedimento
Compressão		Dentista reposiciona a criança na cadeira M _A disse "A mãe vai ficar aqui do lado" e levanta ↓ Alice estica os braços para a mãe
	31:30	M _A se posicionou ao lado da criança e deu as mãos para ela dizendo "Aperta a mão da mãe, bem forte!" Alice chora mais forte
	32:40	M _A "Já está acabando, vai passar. Só vai tapar o buraquinho"
	32:42	Alice diminui o choro e oscila Alice pára de chorar por uns segundos Alice volta a chorar
Restauração		M _A "O quê que você quer amor? Quer tirar? Já vai tirar!"
		Dentista "A tia tem que terminar!"
		Alice resmunga "Ai, ai"
		M _A "Pronto filha, pronto. Mamãe vai sair se você não parar. Não quer que a mãe saia? Então quietinha para a gente ir embora."
		Alice resmunga "Ai, ai"
		M _A beija a mão da filha e disse "Aperta a mão da mãe"
		Dentista "Mãe, como você vai relatar essa experiência para o marido?"
		M _A "Está sendo melhor do que eu pensei"
	Dentista concordou "Eu também"	
	↓ M _A beijou a mão da filha "Está acabando" / Dentista "Ai que suadeira né?"	

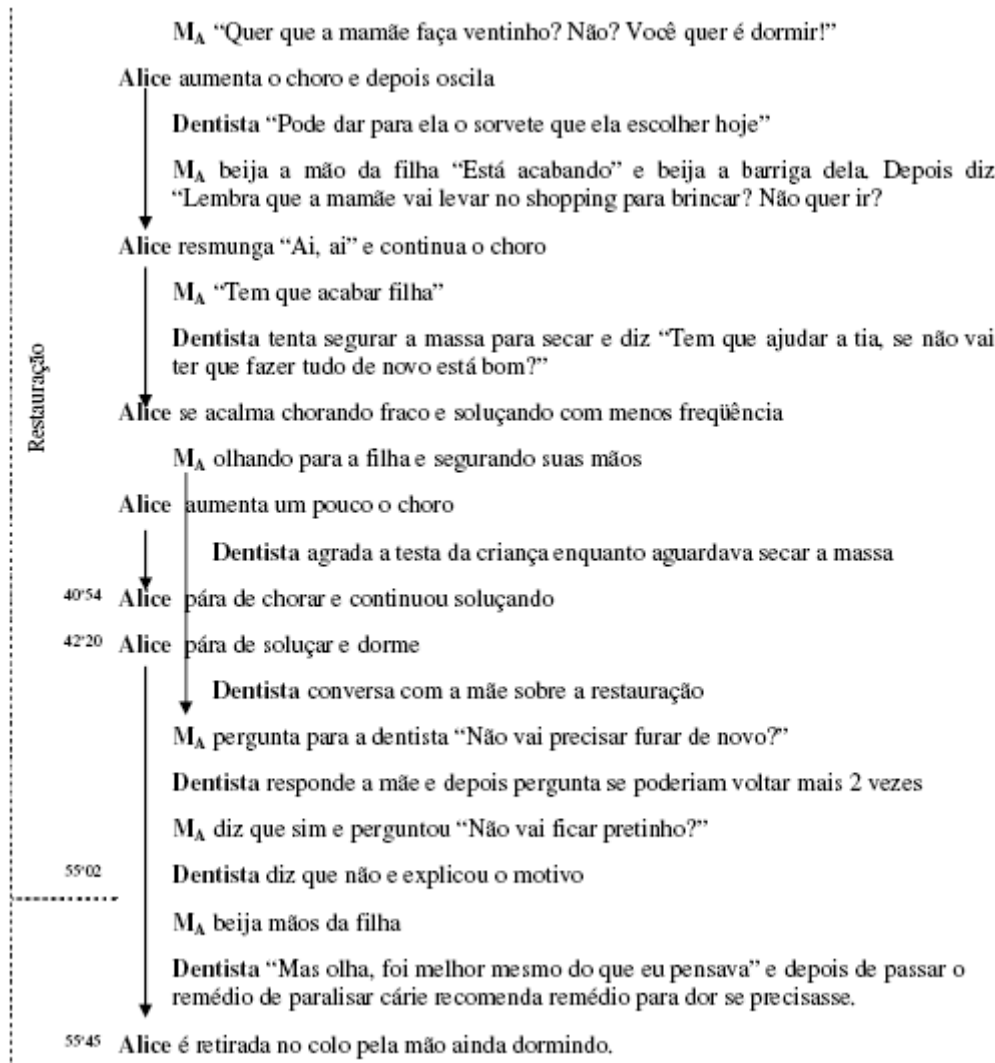
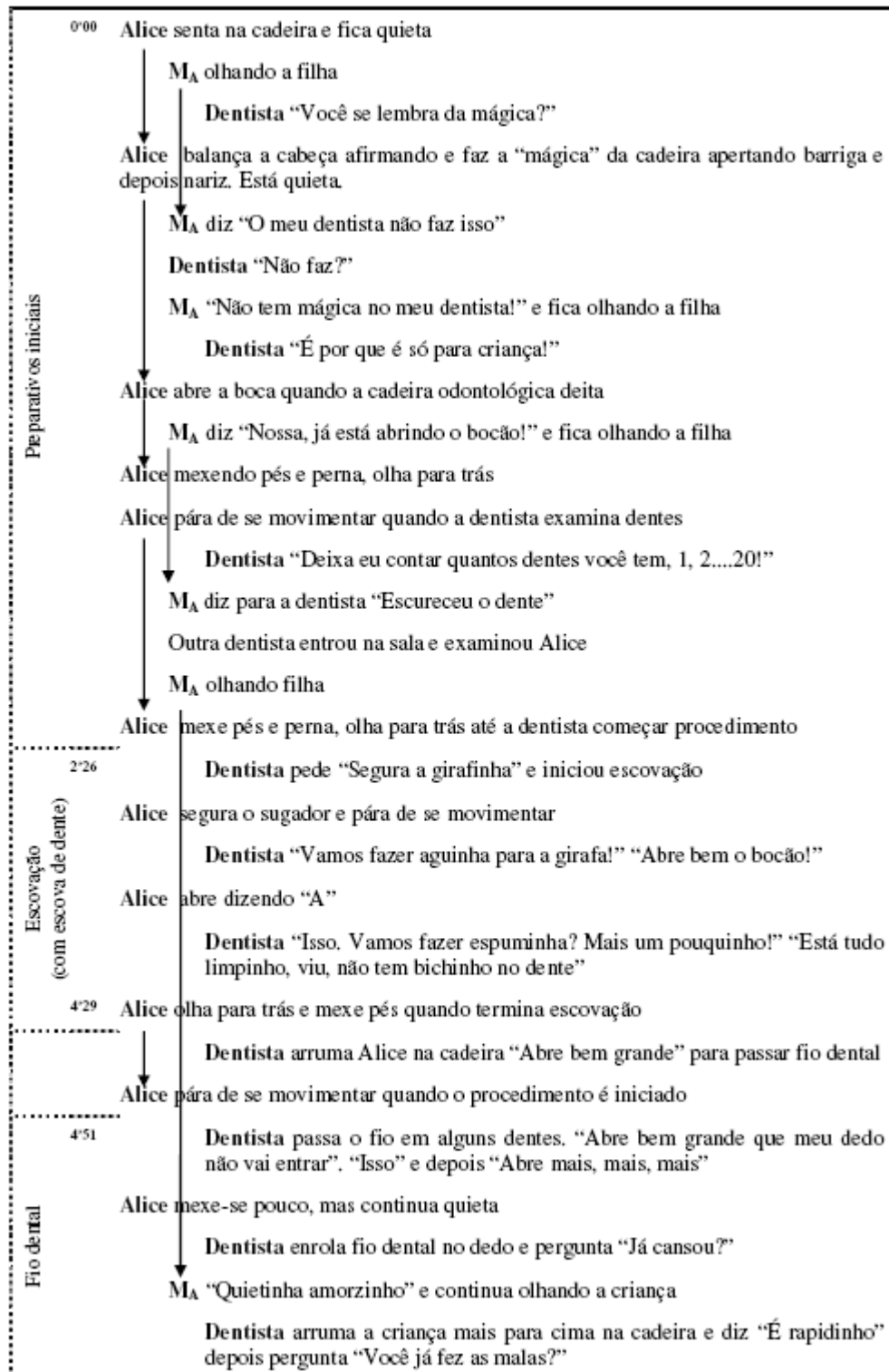


Figura 9 – Comportamentos da díade 3 e da dentista durante primeira consulta.

O detalhamento de todos os comportamentos de Alice, de sua mãe e da dentista, na segunda consulta, pode ser verificado na Figura 10. Em onze minutos foi realizado um tratamento de choque por uma dentista.



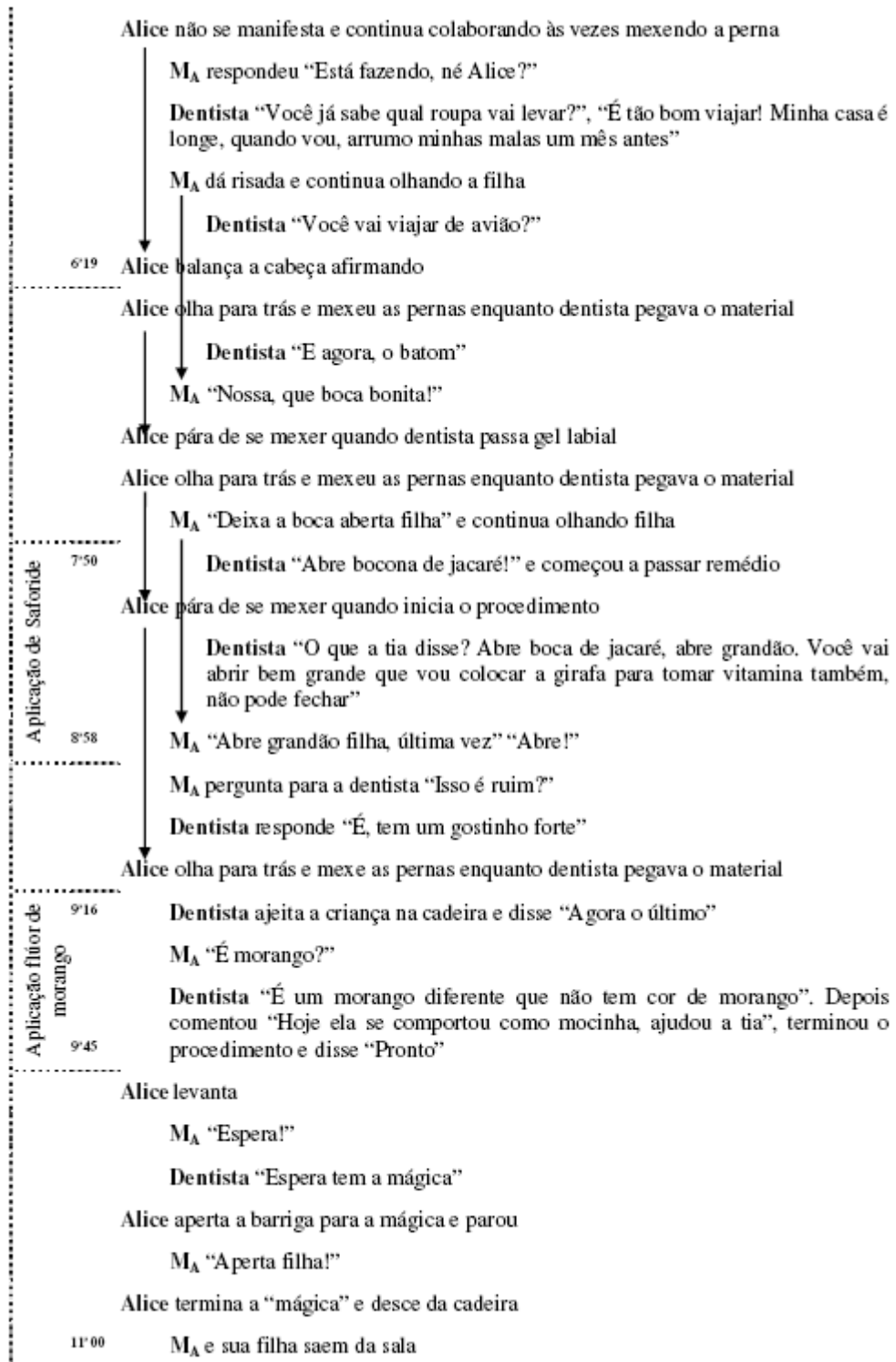


Figura 10 – Comportamentos da díade 3 e da dentista durante segunda consulta.

Ao se analisar os dados apresentados nas Tabelas 9 e 10, verifica-se grande alteração comportamental de Alice ao comparar a primeira e a segunda consultas. De acordo com as evidências, pode-se hipotetizar que os comportamentos de choro e grito na primeira consulta foram controlados principalmente pelos eventos relacionados aos procedimentos

odontológicos cirúrgicos (invasivos). Seguem as análises que levam a esta conclusão.

Durante grande parte da segunda consulta, assim como no início da primeira consulta, Alice colaborou com as dentistas. No início da primeira consulta, a criança se apresentou calma, permitiu procedimento de limpeza (fio dental e escovação), de anestesia tópica e obedeceu as instruções. Durante a segunda consulta, Alice não chorou nem gritou, seguiu as ordens da dentista e permitiu a realização de todos os procedimentos. O único momento em que houve mínimo grau de resistência nessa segunda consulta foi quando ela fechou a boca na aplicação do medicamento, em razão do gosto azedo do produto.

Em ambos os momentos citados de colaboração de Alice, os tipos de procedimentos odontológicos realizados eram não-invasivos. Diferente desta condição, apresentou-se a maior parte da primeira consulta, na qual os procedimentos foram invasivos e a menina prevaleceu chorando e movimentando-se. Tais comportamentos se iniciaram com a primeira aplicação de anestesia injetável. O choro indica provável presença de estímulo eliciador ou estímulo aversivo que exerce função de operação estabelecadora.

O choro ocorreu durante quase todo o atendimento, às vezes foi acompanhado por gritos ou movimentos corporais. Tais comportamentos podem ser compreendidos como respondentes (condicionais ou incondicionais), assim como a respiração ofegante e os soluços, mas não se pode afirmar qual era o estímulo eliciador para cada resposta. A respiração ofegante era evidente, a própria dentista pediu para que Alice respirasse devagar e sentisse o ar passando pelo nariz. A presença do suor, também mencionada pela dentista, pode ser mais um indício de respondentes relacionados ao próprio procedimento.

Outra função para os comportamentos de chorar, gritar e se movimentar seria o de fuga ou esquiva, evidenciando presença de estímulo aversivo no procedimento odontológico. Quando esses comportamentos foram emitidos de forma freqüente e intensa (na tentativa de iniciar a abertura do canal), o procedimento em curso foi atrasado face à dificuldade das dentistas de conterem os movimentos. Tal atraso corresponderia a um reforço negativo, retirada da estimulação aversiva.

Se a estimulação eliciadora ou aversiva estava provavelmente presente nos procedimentos odontológicos, Alice se comportou basicamente em função deles. Por isso, entende-se por que as várias estratégias utilizadas pela dentista e pela mãe (distração, consolo, instrução etc) surtiram pouco efeito. Foram poucas as vezes em que Alice reagiu ao comportamento da mãe ou da dentista. Ao final da consulta, com os agrados da dentista, e talvez pelo cansaço, Alice dormiu e assim parou o choro.

Os choros e movimentos corporais pouco afetaram o trabalho das dentistas. Tais comportamentos atrasaram certos procedimentos, principalmente os iniciais, mas não os impediram, permitindo a realização de todo o tratamento. Não foi necessário o uso de restrição física total (o pacote pediátrico), mas a mãe restringiu o movimento das mãos da filha e a dentista auxiliar restringiu o movimento de cabeça e da boca (com abridor de boca).

Diante dessas observações, deve-se ter cuidado ao classificar o comportamento geral de Alice como não-colaborativo. Este termo seria adequado para o momento em que ela dificultou o início da abertura do canal, apresentando resistência pelos movimentos e por não abrir a boca. Atrasos durante o atendimento ocorreram depois de cada aplicação de anestesia injetável, a dentista aguardava que a criança se acalmasse. Na segunda consulta, a não-colaboração apareceu apenas durante a limpeza com o fio dental, quando a dentista precisou pedir várias vezes para Alice abrir a boca e a mãe pediu para a filha ficar quieta. Neste momento, a dentista também perguntou se ela estava cansada, o que pode ser uma hipótese para explicar alguns movimentos da criança. O cansaço também poderia ser interpretado como dificuldade de esperar.

Deve-se atentar para o fato de Alice apresentar certa agitação motora (balançar as pernas, mexer o tronco, sentar na cadeira, virar cabeça para trás), que foi observada na sala de espera, no início da primeira consulta, e nos intervalos entre procedimentos da segunda consulta. Não se pode considerar esta agitação como não-colaborativa, já que não impediu o desempenho do dentista, porém, ser interpretada como ansiedade ou inquietação, pela situação atual ou como um padrão freqüente de agitação da criança.

O comportamento de Alice, assim como a situação pela qual a criança passava, pareceu ser a variável de maior controle sobre o comportamento da mãe, em ambas as consultas. Foi possível identificar, na primeira consulta, os seguintes comportamentos maternos: demonstrar afeto, consolar, proteger, ameaçar sua ausência, prometer recompensas, distrair. Além destes, há outros que se repetiram nas duas consultas: fornecer consequência para o comportamento infantil, instruir, oferecer modelo e demonstrar interesse.

Descrevendo os comportamentos apresentados apenas na primeira consulta, têm-se as demonstrações de afeto que apareceram durante toda a consulta, principalmente por meio de gestos de carinho e agrado na filha (como acariciar os pés, passar a mão na barriga e no rosto, beijar as mãos e a barriga) e pela fala em diminutivos (“olhinho” ou “filhinha”). A mãe segurava as mãos da filha para restringir os movimentos dela, mas também as agradava e as beijava. Além disso, o segurar a mão permitia que Alice apertasse as mãos da mãe, como

estratégia para suportar a situação aversiva.

Falas de consolo apareceram durante toda a consulta, em 24 momentos, a partir do início dos resmungos de Alice até o cessar do choro (como “mamãe está aqui”, “está acabando”, “passou”). Dos 10 momentos em que a mãe afirmou que estava acabando, tentando acalmar e confortar a filha, em apenas um deles descreveu a situação, ao avisar que faltava fechar o buraco do dente. A fala “Mamãe está aqui” se repetiu oito vezes, uma frase que buscava consolar e dar segurança da presença materna. A mãe também protegia, garantindo para filha que não a machucariam e que não sentiria dor.

Além de ser afetiva, consolar e proteger sua filha, a mãe buscou recursos para que ela parasse de chorar e se acalmasse. Um deles foi ameaçar sua saída da sala odontológica caso continuasse o choro. Entre as 13 vezes em que houve a ameaça da mãe, em apenas quatro delas Alice reagiu publicamente. Na primeira ocorrência, balançou negativamente a cabeça. Num outro momento, em que a mãe se mexeu na cadeira (o que pareceu ser casual), Alice reagiu gritando e repetiu o grito apenas nas próximas duas ameaças. Entende-se que com o movimento da mãe, a criança verificou a possibilidade de afastamento desta e gritou, o que foi reforçado pelo retorno da mãe à posição anterior. No entanto, as outras nove vezes em que a mãe ameaçou sair não produziram alterações comportamentais na criança. Isso pode ser explicado porque as ameaças não eram cumpridas e talvez pela fala materna suave e pouco firme.

O comportamento materno foi emitido como consequência reforçadora tanto para respostas inadequadas de Alice (gritar), como para respostas adequadas. O elogio, por exemplo, foi emitido pela mãe quando a filha abriu a boca ao sentar na cadeira, o que pode ter funcionado como estímulo reforçador, pois logo depois, a criança abriu a boca de novo. Este mesmo elogio apareceu novamente na segunda consulta.

Além disso, a mãe também ofereceu acesso a reforçadores ao prometer recompensas, em momentos sem choro e com choro da filha. No entanto, a mãe não descreveu para qual comportamento ela previa a consequência potencialmente reforçadora positiva. Comprar maquiagem, levar passear e ao shopping, são eventos que a mãe conhece como prováveis reforçadores para a menina, a partir de experiências anteriores. Durante o atendimento, a mãe pode ter utilizado esses recursos na tentativa de estimular a colaboração ou de compensar a criança pelo sofrimento. As promessas não funcionaram para diminuir o choro porque para crianças menores, como Alice, consequências atrasadas não exercem controle. Além disso, na situação específica do atendimento odontológico, o reforço atrasado estava competindo com estimulações aversivas imediatas, que exerciam controle

preponderante.

De qualquer modo, essas observações sobre o comportamento materno sugerem que ela sabia quais eventos Alice “gostava”, indicando envolvimento da mãe com a filha. Em outros momentos, a mãe também demonstrou isso ao falar da “girafinha” e do “Bob Esponja” bem no início da consulta. A mãe emitiu tatos enquanto a criança ainda estava colaborando, o que poderia funcionar como estímulo distrativo.

Comportamentos da mãe que apareceram em ambas as consultas foram o instruir, oferecer modelo e preocupar-se. Durante todo o primeiro atendimento, a mãe descrevia os comportamentos para a criança emitir (como abrir a boca, dar as mãos, apertar as mãos da mãe, fechar os olhos, ficar quieta, não se mexer). Apesar de não ser possível verificar se Alice apertava ou não a mão de sua mãe quando esta lhe pedia, observou-se que diante das solicitações de ficar quieta e parar, a menina não modificou seu comportamento. Apenas ao final da segunda consulta, ela obedeceu a mãe apertando a barriga para fazer a “mágica”.

Outro recurso utilizado pela mãe foi referir-se a suas experiências. Na primeira consulta, isso ocorreu ao falar de sua experiência no dentista com anestesia, dizer “igual à mamãe, pra sarar” e que a mãe não chora no dentista. A mãe de Alice estava oferecendo seu modelo, para imitação. Esta mãe foi a única que se destacou na entrevista inicial, relatou ter levado Alice para vê-la em atendimento odontológico. Ela se apresentou como modelo para a filha, realizando um procedimento de aproximação sucessiva.

Por fim, é fato que esta mãe apresentou comportamentos indicativos de preocupação com o estado da filha nas duas sessões. O interesse da mãe pela condição da filha também apareceu nas perguntas dirigidas para a Alice na primeira consulta sobre existência de dor e sobre o seu conforto; na pergunta para a dentista, sobre o gosto do remédio, no retorno.

Ao comparar os comportamentos da díade nas duas consultas, percebe-se mudança de comportamento da filha e da mãe. Para Alice, a ausência de procedimentos invasivos parece estar relacionada funcionalmente com ausência de choro, soluços e gritos. A comparação entre os dois atendimentos mostra que o comportamento freqüente de Alice de choro e grito estava sob controle dos procedimentos invasivos, como anestesia injetável e escova de alta rotação. Vale lembrar que a mãe informou, na entrevista inicial, que a filha nunca tinha passado por tratamento odontológico cirúrgico. Assim, havia o fator novidade, tipos de instrumentos e o tempo maior de duração do atendimento, aspectos diferenciados em relação às consultas preventivas, com as quais Alice tinha familiaridade.

O comportamento materno também se diferenciou na comparação entre as

consultas e ficou evidente que isto ocorreu em decorrência da mudança comportamental de Alice. Como a filha não mais chorava como anteriormente, não mais havia estímulo para a mãe consolar, instruir, prometer recompensa, ameaçar sair da sala. A posição física evidenciou a não necessidade de estar ao lado da filha dando apoio contínuo. Ela continuou apresentando um padrão que parece adequado de elogiar e incentivar a filha.

A análise dessas mudanças comportamentais ocorridas da primeira para a segunda consulta deixa mais evidente a funcionalidade do comportamento da mãe e da filha. Por um lado, a criança se comportou em função das perguntas e ordens da dentista e em função dos procedimentos odontológicos. Interessante observar que durante os 11 minutos da segunda consulta, a criança não chamou pela mãe, nem olhou para ela. Por outro, a mãe se comportou basicamente em função de Alice.

5.1.4 Díade 4 (Davi e Mãe)

Os atendimentos de Davi ocorreram em ambientes diferentes: o primeiro foi na sala comum da clínica e o segundo na sala individual do PS.

Na primeira consulta, a criança teve seus movimentos restritos pelo “pacote pediátrico”. Ela tinha acabado de passar por um atendimento de retorno (que não foi filmado), quando houve exame clínico e a dentista decidiu fazer tratamento de canal. A posição da mãe era sentada na cadeira odontológica junto com o filho, com os pés dele em seu colo, conforme a Figura 11.

Na segunda consulta, a posição inicial da mãe era numa cadeira ao lado da cadeira odontológica e depois passou para a posição de sentada junto com o filho na cadeira odontológica, com os pés do filho em seu colo.

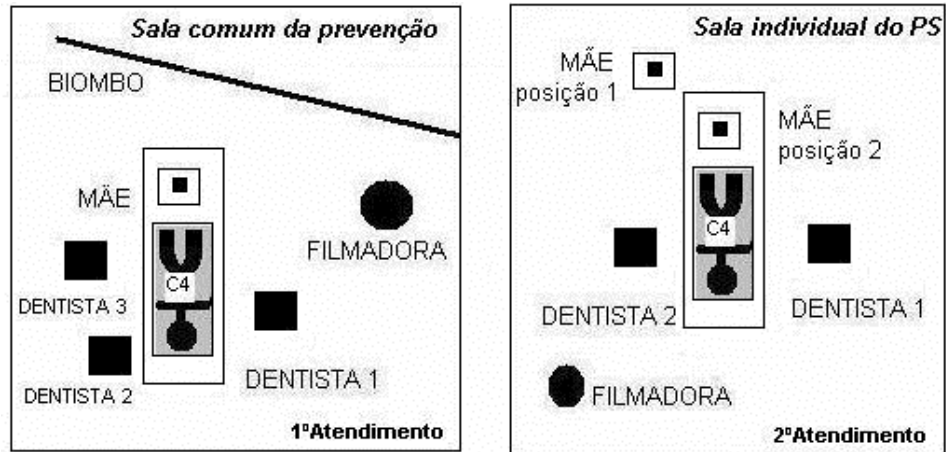
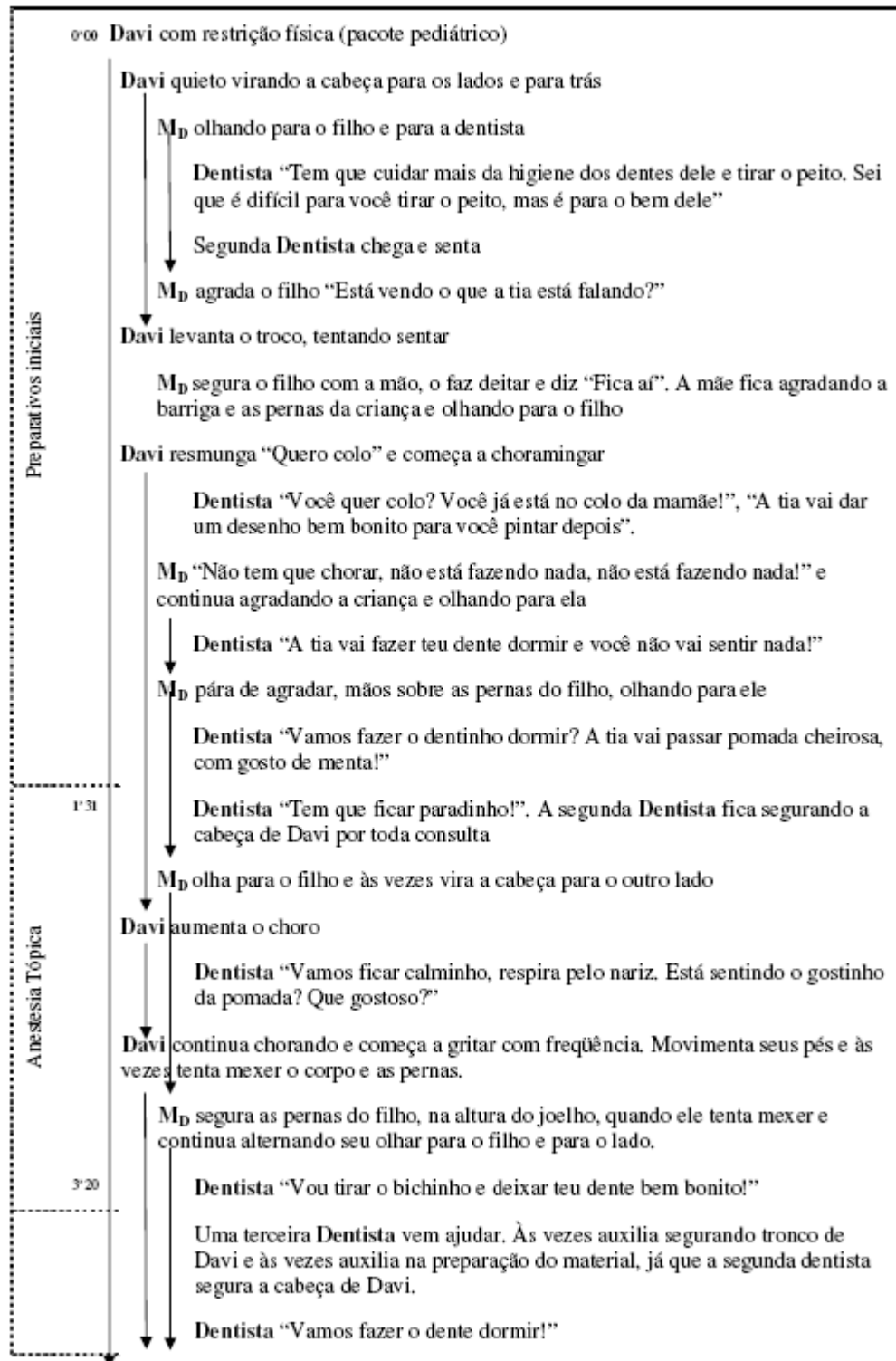
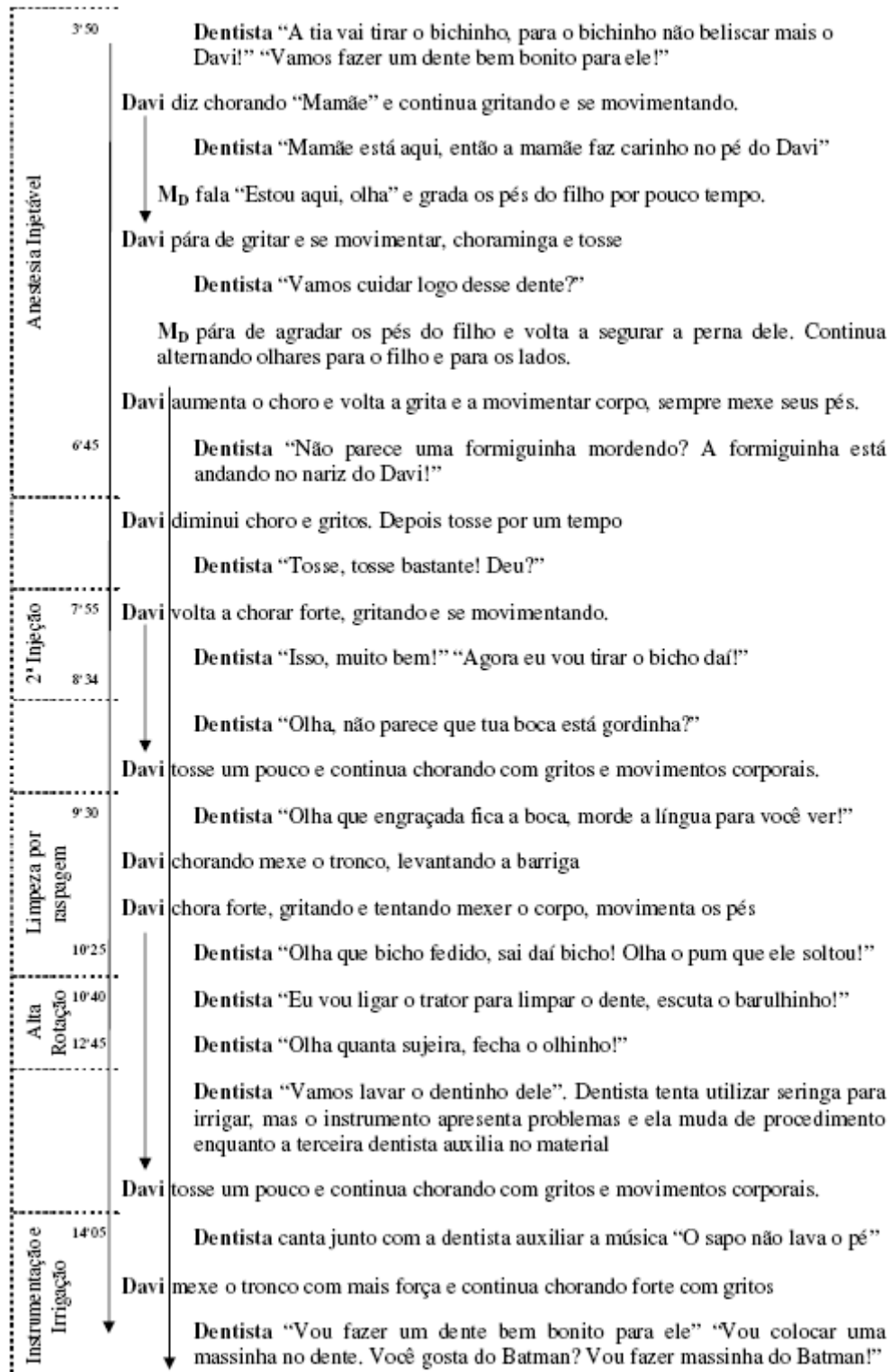


Figura 11 – Posição díade 4 na primeira e na segunda consultas.

Os comportamentos da díade e da dentista, registrados durante todo o primeiro atendimento de Davi, estão organizados na Figura 12. O tratamento foi de pulpectomia, realizado por duas dentistas com a ajuda de uma terceira, tendo duração de 38 minutos e 10 segundos.





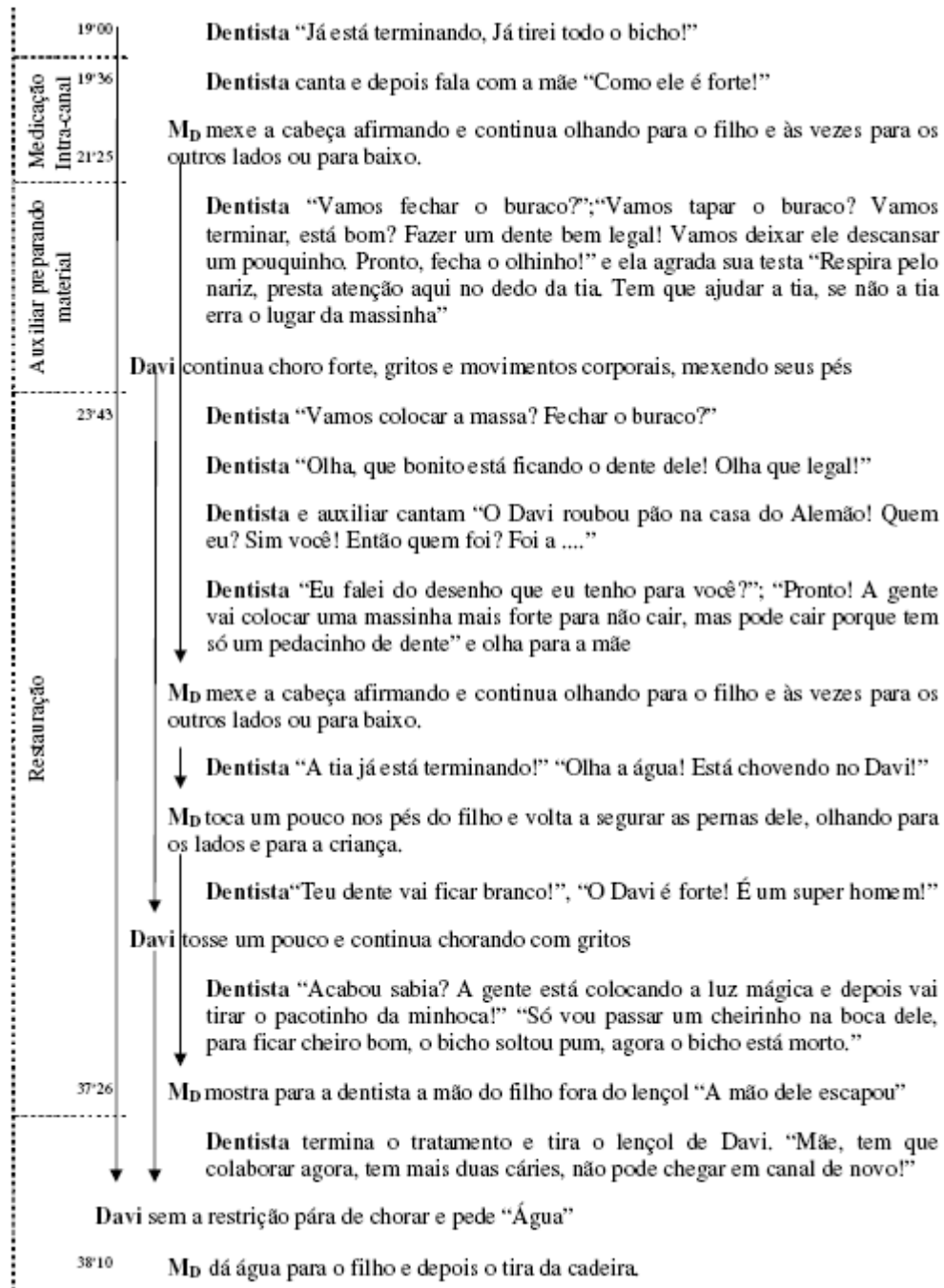
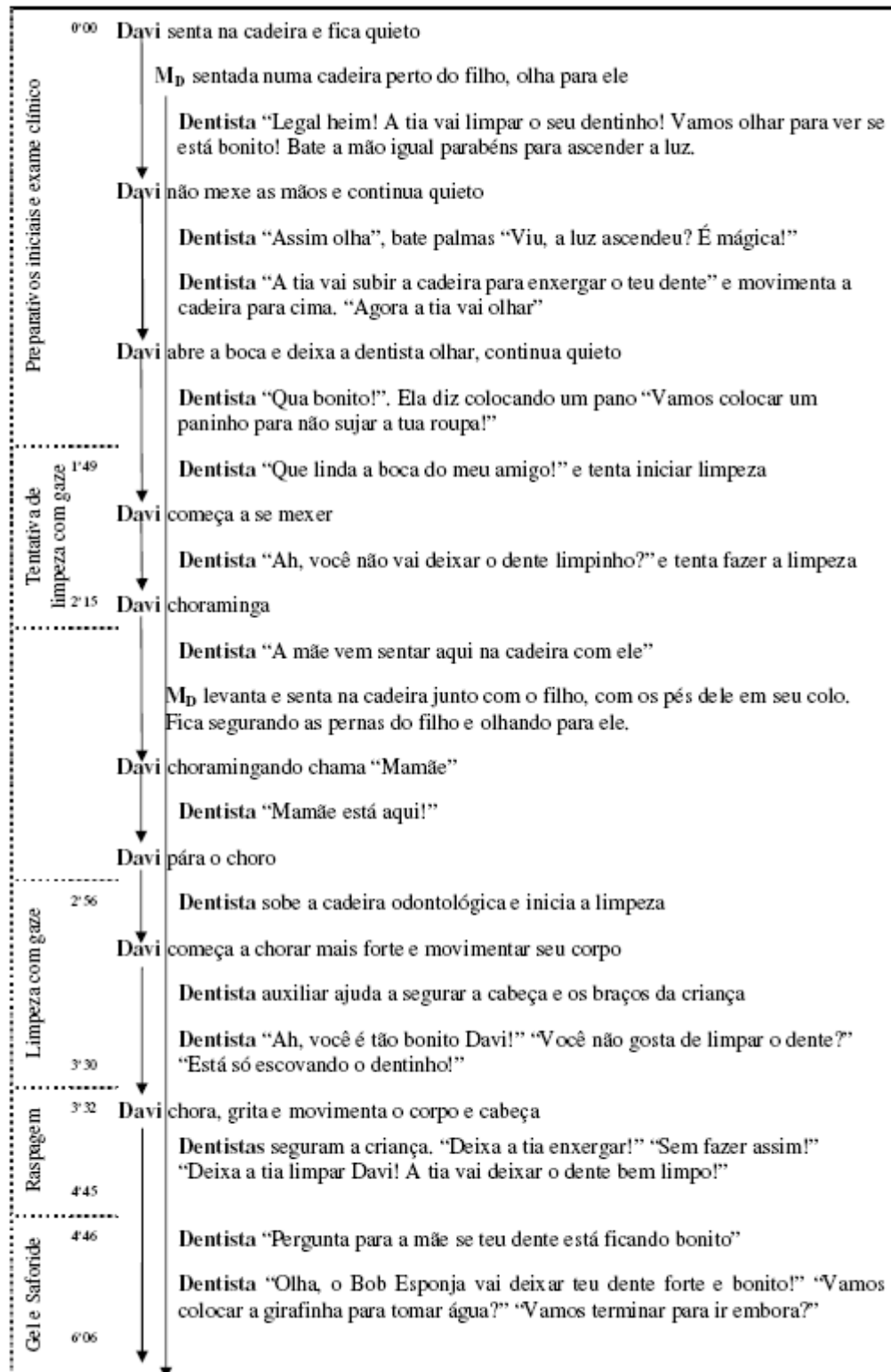


Figura 12 – Comportamentos da díade 4 e da dentista durante primeira consulta.

A seguir, na Figura 13, a descrição comportamental da díade 4 e das dentistas na consulta de retorno. O atendimento de choque, por duas dentistas, durou 7 minutos.



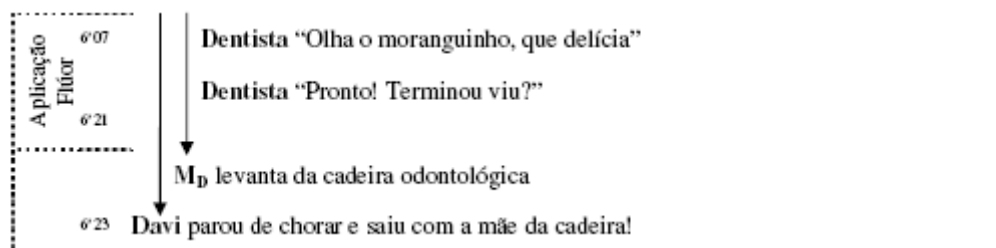


Figura 13 – Comportamentos da díade 4 e da dentista durante segunda consulta.

Em ambas as consultas, Davi apresentou comportamentos de choro, grito e movimentos corporais que afetaram o trabalho das dentistas. Indicativo disso foi a necessidade do pacote pediátrico na primeira consulta e na segunda, de restrição física pela mãe e dentista auxiliar. Como os comportamentos dificultaram os procedimentos e impediram o término do tratamento do retorno, são considerados como não-colaborativos.

O padrão de não-colaboração identificado em Davi pode ser entendido como um conjunto de respostas reflexas e operantes em função de estimulações aversivas incondicionais e condicionais, relacionadas tanto à condição de restrição física quanto aos procedimentos odontológicos. Estar com o corpo imobilizado, na primeira consulta, pode ter sido condição que eliciou respostas emocionais e provocou a emissão de respostas de fuga, como gritos, choros e constantes movimentações corporais. Além da restrição física, a probabilidade de haver estímulos aversivos no procedimento odontológico pode ser indicada ao se observar que em ambos os atendimentos, a criança iniciou quieta. Na primeira consulta começou a chorar logo antes da anestesia tópica e na segunda, quando da limpeza bucal.

O comportamento de Davi de não-colaboração na consulta de retorno oferece indícios de processo de condicionamento. Os procedimentos do choque não são potencialmente aversivos, mas parecem funcionar como tal para este menino por sua história.

A dentista, a sala e outras variáveis do ambiente odontológico não adquiriram função aversiva, pois entrou na sala e sentou na cadeira, até mesmo permitindo que a dentista olhasse sua boca. Somente quando a dentista iniciou a limpeza bucal, Davi começou choro e movimentos e parou logo que as dentistas sinalizaram o fim. Assim, parece que eventos nos procedimentos odontológicos funcionam como estímulos aversivos condicionais para ele.

Apesar de não ser possível identificar qual evento específico funcionou como estímulo aversivo, nota-se que era significativo, pela intensidade das reações emocionais e das respostas de fuga de Davi. Na primeira consulta, apesar da restrição da

cabeça pelas mãos da dentista auxiliar e do corpo pelo pacote pediátrico, ele conseguia mexer a cabeça e levantar o tronco, havendo necessidade de uma terceira dentista para auxiliar. Os movimentos de Davi foram tão intensos que o lençol se desprende e ao final da consulta sua mão escapou da restrição. A movimentação dos pés, o choro e o grito, os únicos comportamentos livres de restrição, prevaleceram durante a consulta indicando a reação à estimulação aversiva. Na segunda consulta, a intensidade de movimentações corporais e de choro se repetiu, impossibilitando a realização de todos os procedimentos do choque.

Outro fato evidencia que Davi estava preponderantemente sob controle das estimulações aversivas: nenhuma estratégia utilizada pelas dentistas funcionou. Elas apresentaram sempre informação sobre os próximos procedimentos, consolaram, tentaram distrair (fantasia e música), prometeram desenho, nada teve efeito para ele.

As interações das dentistas com Davi contrastaram com as poucas ações da mãe. A pouca interação com o filho se resumiu a olhares, algumas falas (quatro ao todo), agrados e toques na primeira consulta. Na segunda, manteve-se apenas olhando o filho, sem gestos ou falas. Nas duas consultas, a mãe segurou as pernas do filho, mas para restringir movimentos. Em poucos momentos seu toque pareceu ter conotação afetiva, de consolo. Esses agrados foram acompanhados de falas de consolo no início da consulta e durante anestesia injetável. Uma única vez a mãe pareceu emitir fala de instrução, ao pedir para o filho ficar deitado.

Na primeira consulta, tanto as falas quanto os afagos aconteceram quando as dentistas não estavam atuando, principalmente no início do atendimento e quando estas lhe pediram. Isso indica que a mãe apresentou poucas iniciativas, delegando o controle do comportamento do filho para as profissionais. Não se pode afirmar que havia desinteresse materno, pois ela olhava para o filho, alternando com olhares à volta, e estava atenta às falas das dentistas, confirmando com acenos de cabeça (três vezes) para a profissional. No entanto, os indícios são de pequeno repertório de apoio, de consolo e de fornecer regras. Além disso, pode-se hipotetizar a dificuldade da mãe relacionada a contextos odontológicos.

Mesmo com as poucas interações, pode-se analisar algumas relações pontuais de controle. Davi manifestou-se pedindo colo e chamando pela mãe uma vez na primeira e outra na segunda consulta. As manifestações do filho funcionaram como estímulo para respostas da mãe apenas na primeira consulta. Em outro momento, Davi diminuiu o choro e o grito após sua mãe lhe agradecer os pés, a pedido das dentistas. Apesar de não ser possível afirmar, o gesto afetivo pode ter funcionado como sinal de apoio que tranqüilizou a criança. Estas poucas interações entre mãe e filho mostram que este chamou por sua mãe e

teve seu próprio comportamento alterado em função do apoio materno. Isso sugere que a mãe exerce um papel de proteção, mas que neste contexto foi pouco demonstrado.

Vale acrescentar outras informações relacionadas à fala das dentistas sobre a necessidade de a mãe retirar a amamentação no peito. A pesquisadora tem informações de que esta criança já recebeu tratamento cirúrgico (pulpectomia) e a seqüência do tratamento de choque. Sabe-se que nessas ocasiões, a mãe foi alertada para necessidade de retirada da amamentação no peito, pela idade da criança, e principalmente porque esta amamentação era uma das grandes responsáveis pela ocorrência de cáries na criança. Informar é um dos principais objetivos do tratamento de choque (com atendimentos semanais por quatro semanas). No entanto, as instruções anteriores fornecidas pelas dentistas não tiveram efeito nem na higienização, nem no hábito de mamar no peito. Davi continuava mamando no peito de sua mãe e sua saúde bucal permanecia prejudicada. Essas informações podem indicar uma dificuldade da mãe de controlar o comportamento do filho, de impor limites, e provavelmente dificuldade de realizar escovação na criança.

5.1.5 Díade 5 (Lucas e Mãe)

O primeiro atendimento ocorreu na sala individual do PS. A posição da mãe era sentada na cadeira odontológica junto com o filho, com os pés dele em seu colo, conforme a Figura 14.

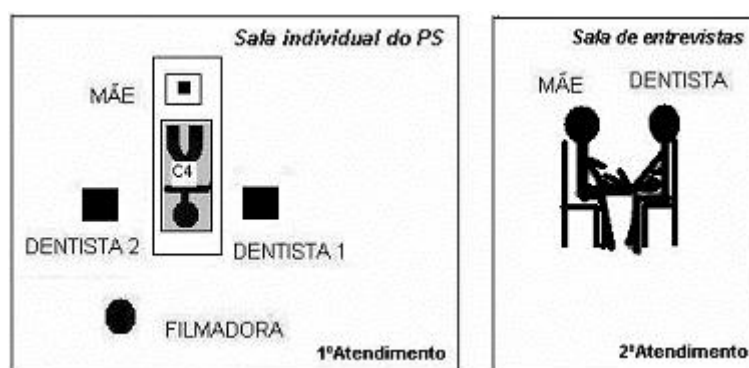


Figura 14 – Posição da díade 5 na primeira e na segunda consultas.

Não houve um segundo atendimento como com as outras crianças. A dentista disse que seria apenas necessário conversar com a mãe na sala de entrevistas. Por este motivo não houve filmagem. No entanto, quando a dentista examinou o dente de Lucas na própria sala de entrevista verificou necessidade de lixar o dente restaurado do menino. A criança ficou deitada com as pernas no colo da mãe e com a cabeça sobre as pernas da dentista. Esta realizou o procedimento de lixar o dente da criança ali no local.

Na seqüência, a Figura 15 mostra quais foram os comportamentos apresentados pela criança, sua mãe e pela dentista, na primeira consulta. O tratamento foi de pulpectomia, sem anestesia, realizado por duas dentistas com a ajuda de uma terceira. A duração foi de 22 minutos e 18 segundos.

⁰⁰⁰ **Lucas** chora um pouco e pára / **Dentistas** evoluem o paciente com lençol de restrição física enquanto dizem: “Vamos brincar de avião, você já brincou?” “Olha uma minhoca listrada!” (diz a dentista ao passar fita crepe parta segurar o lençol).

Dentista “É Lucas teu nome? Mas essa minhoca é muito forte, sabe mãe, a gente precisa garantir! Mas a mamão vai sentar aqui do junto, senta mãe”

Lucas com restrição física (pacote pediátrico)

M_L senta na cadeira junto com o filho e fica olhando para ele durante toda a consulta. Posiciona uma das mãos sobre um dos braços da criança e o agrada às vezes durante o atendimento.

Lucas choraminga um pouco

Lucas fica quieto

M_L “A tia vai ascender a luz filho” e passa a mão na cabeça de Lucas. “Não precisa chorar, olha a luzinha, olha o ventinho

Dentista para a mãe “Não vai precisar de anestesia, está bem mãe? O dentinho dele está necrosado, o nervo já morreu, por isso tem pus”

M_L “Então vai perfurar e não vai ter problema?”

Dentista “Se ele chorar ou e spernear vai ser pelo barulho do aparelho”

M_L “Olha filho”

Dentista “Olha a luz que bonita”

Lucas “Igual o papai?” e fica quieto

M_L sorrindo “Igual a lanterna do papai!”

Dentista “Teu pai tem lanterna? Que legal, heim!”

Lucas “É. Igual vovô” e continua quieto

Dentista “Teu avô também tem lanterna?”

M_L “O avô tem um monte, não é? Conta, eu moro no sítio, é escuro”

Dentista “Que legal, eu gosto de sítio”

M_L “Fala que você sai lá fora com a lanterna”

Dentista “Você sai com a lanterna lá fora?”

Lucas “Fica escuro” e continua quieto

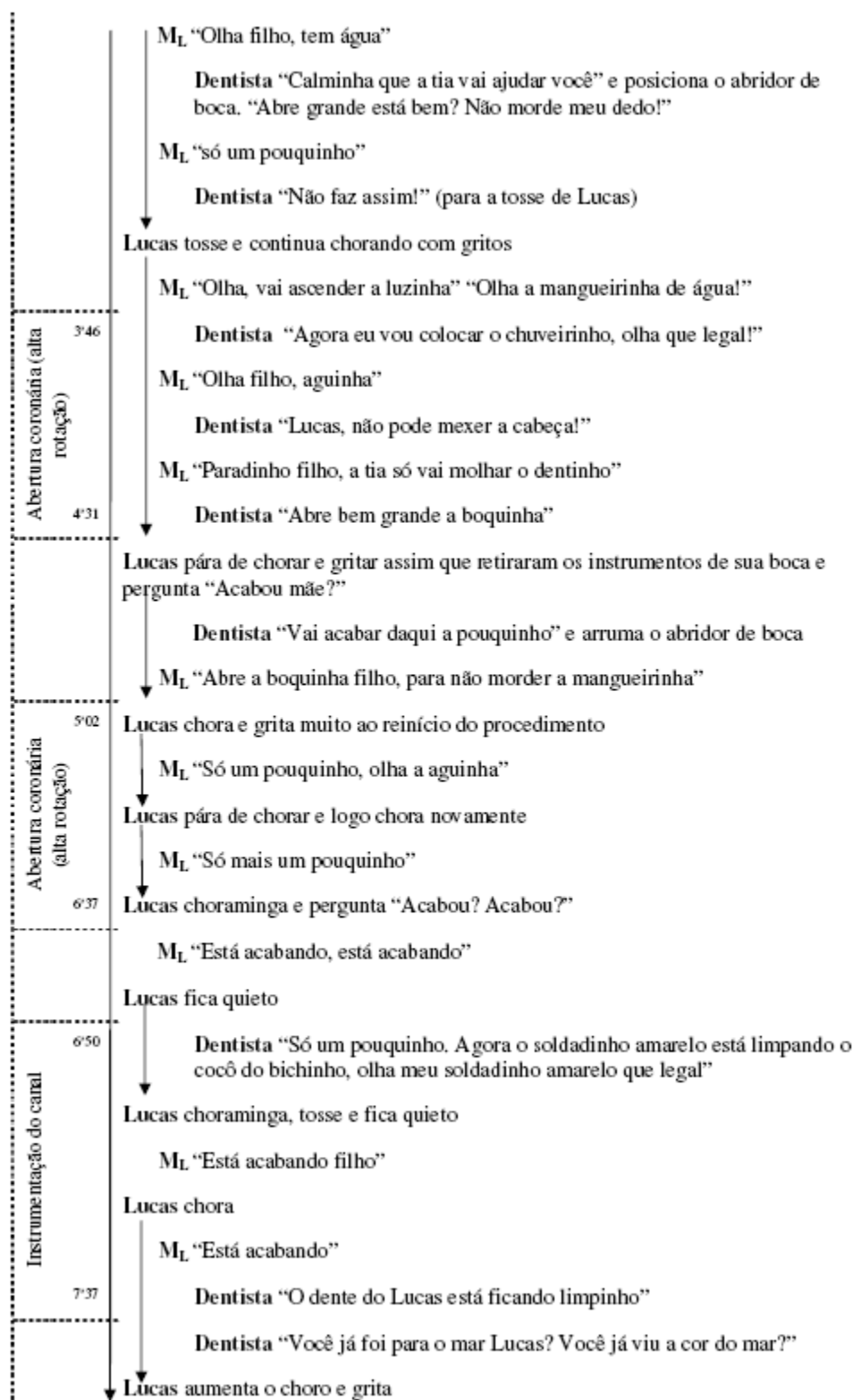
M_L “Fica escuro, não é filho?” e sorri

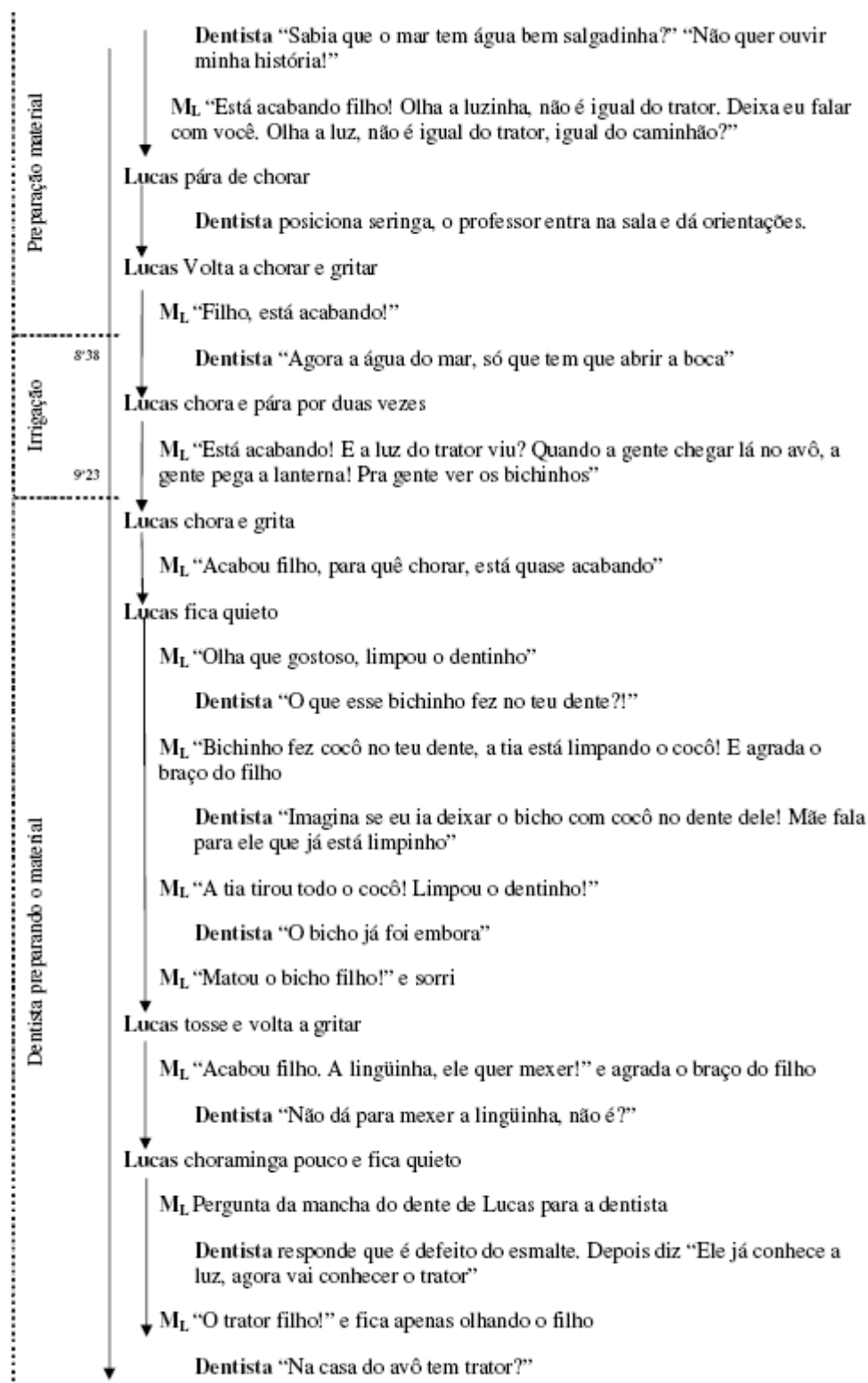
Dentista “Lucas, esse aqui é o chuveirinho, ele vai lavar teu dentinho, ele vai fazer um barulho assim olha” e mostra o barulho

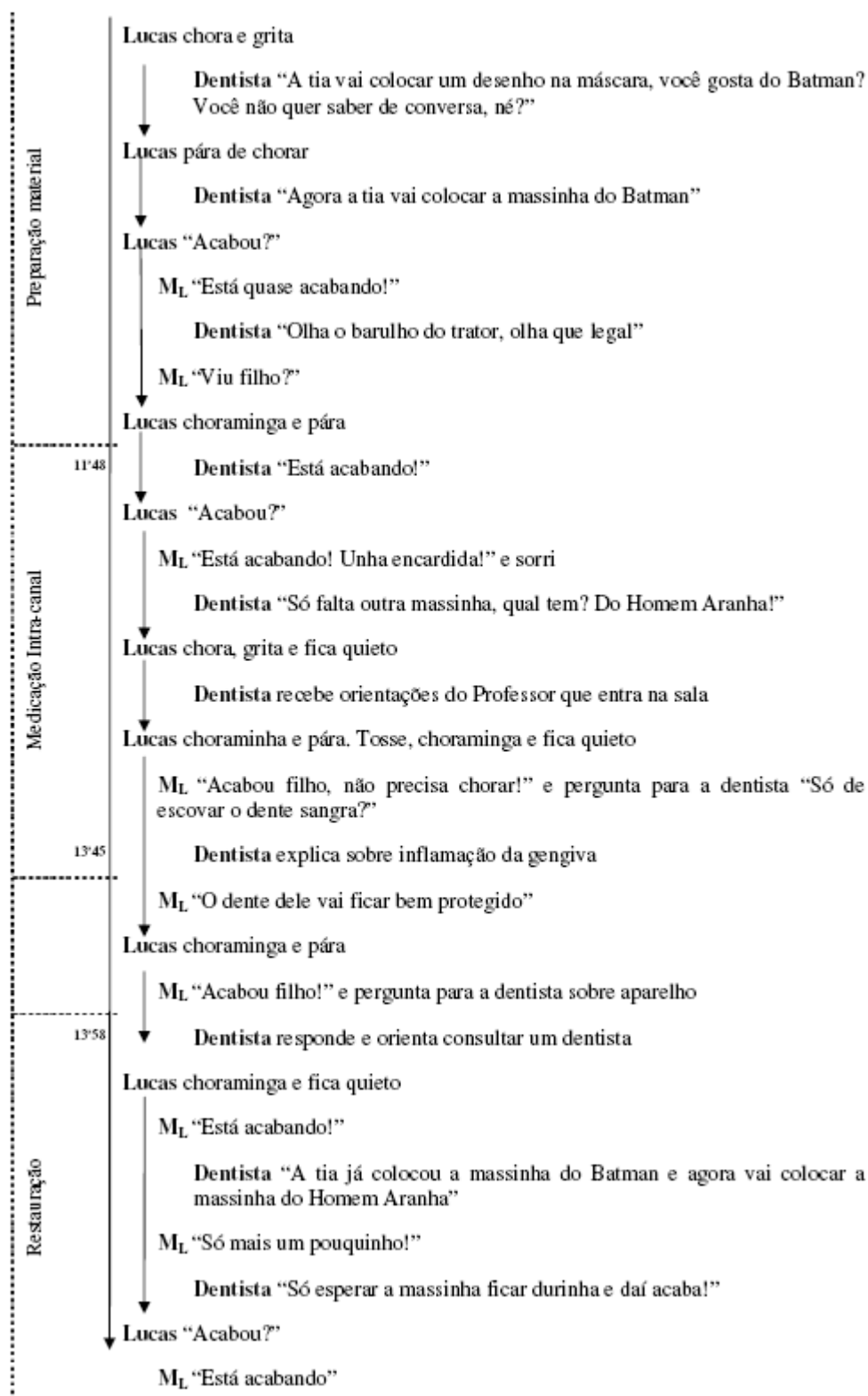
M_L “Cheio de aguinha filho!”

Lucas chora e grita ao som da caneta de alta rotação

Preparativos iniciais







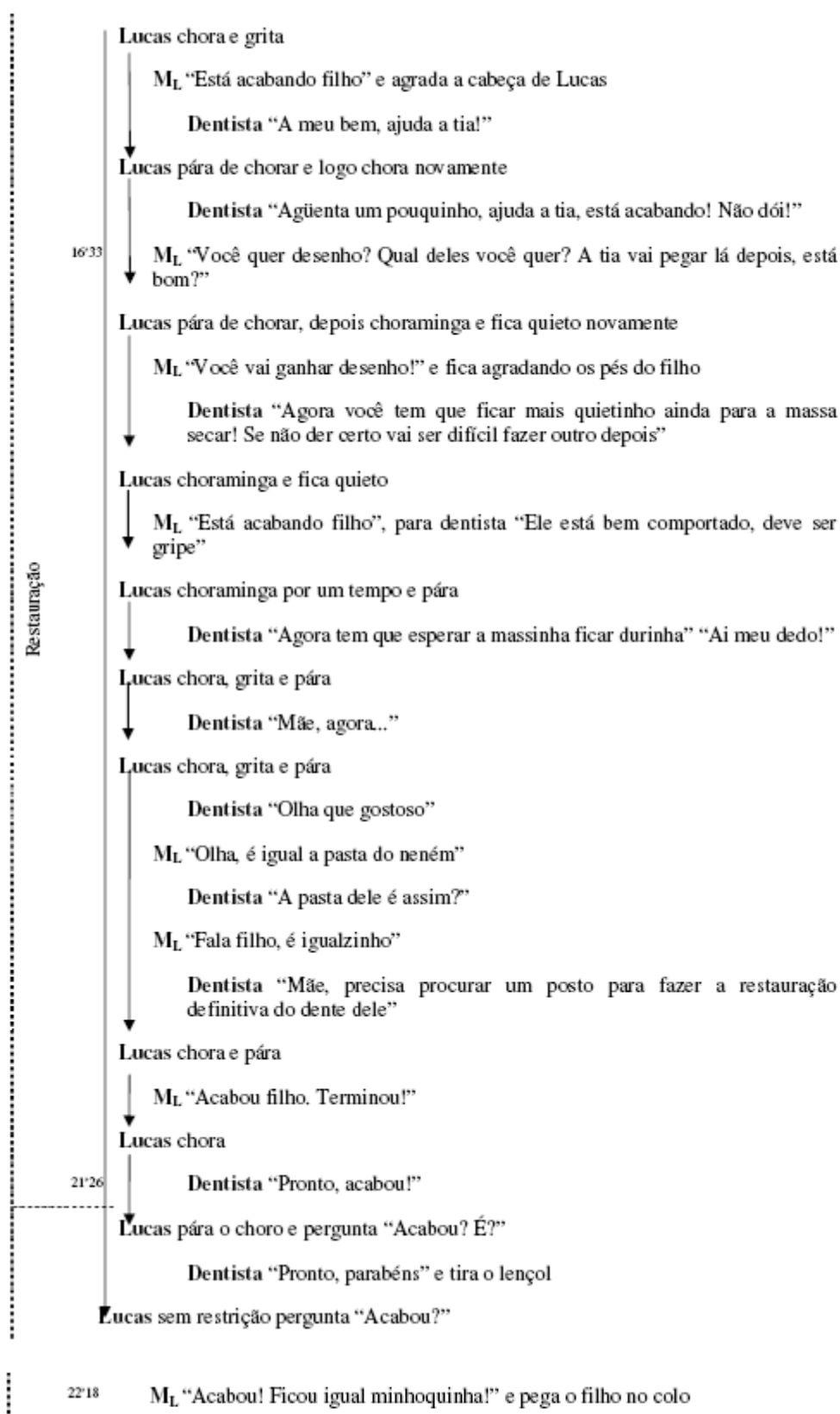


Figura 15 – Comportamentos da díade 5 e da dentista na primeira consulta.

A Figura 16 mostra o comportamento da díade 5 durante o retorno que durou apenas quatro minutos por ser apenas um procedimento de lixar o dente de Lucas.

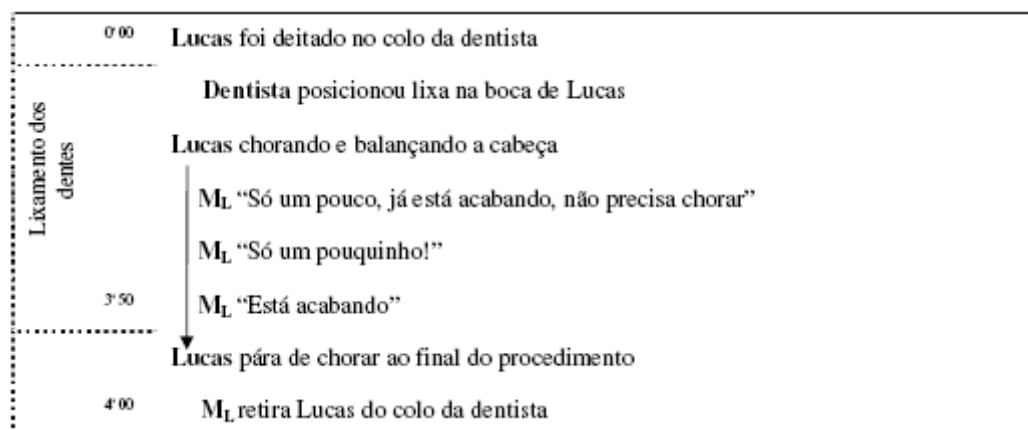


Figura 16 – Comportamentos da díade 5 e da dentista durante segunda consulta.

Este segundo atendimento de Lucas foi atípico, possibilita poucas análises pelas condições diferenciadas de consulta. Seu choro durante o procedimento de lixar dentes pode ser devido tanto às sensações desagradáveis do contato da lixa com os dentes, como devido à sua condição de saúde. Durante este tempo, a mãe apresentou o mesmo padrão da primeira consulta, de dar atenção e consolar o filho.

No primeiro atendimento, houve oscilação no comportamento de Lucas. Ele chorou e parou de chorar por volta de 29 vezes. Ao buscar explicar funcionalmente os choros e gritos de Lucas, nem sempre ficou evidente qual o estímulo funcionou como antecedente para o comportamento dele. Seguem as análises realizadas.

As diversas perguntas de Lucas "Acabou?" dão indício de que os procedimentos ou a condição em que ele se encontrava continham elementos aversivos. A necessidade de saber sobre o final da consulta mostra o quanto estava ansioso pela interrupção do procedimento odontológico. Antes do início dos procedimentos, ele pareceu calmo, conversou com a mãe e a dentista. O som da caneta de alta rotação evocou choro e grito do menino e certa resistência ao procedimento; ele não abriu a boca em alguns momentos (necessidade de uso do abridor de boca e pedidos para abrir a boca) e mordeu o dedo da dentista. Nos procedimentos de abertura coronária com alta rotação, a criança chorou e ao final deles parou de chorar, perguntou se havia acabado. Isso indica que o choro estava em função de eventos do procedimento odontológico. Algo semelhante ocorreu ao final da restauração; quando a dentista anunciou o final, Lucas parou de chorar e perguntou se havia

acabado. Nessas situações, o choro poderia ser tanto reação emocional (respondente) quanto resposta de fuga.

Em alguns momentos, nota-se que a criança parava de chorar logo após a fala da mãe. Dentre as cinco vezes em que isso ocorreu, uma delas foi antes da Irrigação: Lucas chorava e a mãe chamou a atenção do filho para a luz. Não se pode afirmar que ele parou de chorar em função da fala materna, pois nem todos os eventos contíguos são contingentes. Vale lembrar que as variáveis que compõem contingências operantes podem estar distantes temporalmente. Isso dificulta identificação do antecedente que controlava o choro de Lucas.

Uma variável que pode explicar o choro de Lucas é a restrição física, que funcionaria como estimulação aversiva para o choro e o movimento corporal. A imobilidade foi percebida pela mãe como algo ruim, pois ela mesma comentou que ele não estava conseguindo mexer sua língua. Há ainda outra hipótese para explicar parte das reações emocionais de Lucas. Ao se considerar a possibilidade de o comportamento de chorar ter uma história de apresentação do reforçador materno de retirada da situação aversiva, a impossibilidade de a mãe apresentar a consequência esperada caracteriza o processo como extinção. Um dos efeitos da ausência do reforço é a eliciação de respostas emocionais.

Com relação à mãe, observou-se que seus comportamentos estiveram predominantemente sob controle do comportamento do filho em atendimento. Ela apresentou muitas respostas que podem ser agrupadas em: consolar, distrair e dar instruções.

O consolar corresponde a basicamente dois tipos de fala: “só um pouquinho” e “está acabando”. Este comportamento da mãe ocorreu 21 vezes e em 16 delas foi quando Lucas chorava. Parece que essas frases da mãe estavam relacionadas ao amenizar a condição do filho, avisando que duraria pouco tempo. Foi a classe de comportamento materno que mais apareceu e nos mais diversos momentos da consulta.

Outro comportamento bastante freqüente foi distrair o filho com assuntos do interesse dele, geralmente quando Lucas chorava. A mãe conversou com o filho durante todo o atendimento, chamando sua atenção para fatos ou objetos familiares para ele (luz, água, desenho que ganharia, pasta de dente). Apenas no início a mãe distraiu o filho, falando de lanternas e do sítio, sem que ele estivesse chorando. Por último, a mãe também deu instruções de como o filho deveria se comportar. Isso ocorreu em apenas dois momentos, no início da consulta, ao pedir que ficasse parado e abrisse a boca, o único momento do atendimento em que Lucas apresentou comportamento de resistir ou atrapalhar a dentista.

Não foi possível identificar exatamente quando, ao certo, o filho

correspondeu à estimulação da mãe, como já discutido anteriormente. No entanto, em certos momentos a fala da mãe foi seguida da tranquilização da criança. O que pode ser cogitado é que o conjunto do comportamento da mãe de estar presente e participando da consulta, conversando e dando apoio ao filho pode ter afetado o comportamento de Lucas. Mesmo que Lucas tenha chorado e às vezes gritado, ele resistiu pouco ao atendimento das dentistas (caracterizado como não-colaboração), quase não movimentou seu corpo e apresentou intervalos de quietude. Talvez, sem as interações com a mãe, as respostas de Lucas poderiam ter sido mais intensas e variadas, como observado no atendimento de Davi.

5.2 INTERAÇÕES ENTRE MÃES E CRIANÇAS NA SALA DE ESPERA

As filmagens na sala de espera, ilustrada na Figura 1, permitiram o registro do comportamento das crianças e seus acompanhantes antes da consulta de retorno. Para todas as díades, a posição do adulto acompanhante era sentado em uma cadeira da sala. A Tabela 17 apresenta os comportamentos de Vitória e sua avó durante 7 minutos e 22 segundos.

0:00	Avó sentada olhando para frente
	Vitória brincando num canto da sala fora da visão da Avó
	Vitória trocou de objeto, pegou bola
5:00	Vitória se aproxima da avó, encosta o rosto no ombro e estica seu braço por cima do da avó
	Avó olha para a neta e volta a olhar para outros lados
	Vitória continua brincando com a bola
	Vitória leva a bola para a Avó e fala com ela
	Avó olha para a neta e faz sinais afirmativos de cabeça
	Vitória aponta para um painel na parede e fala com a avó
	Avó novamente faz sinais afirmativos de cabeça e desvia o olhar
7:22	Vitória continua brincando com a bola

Figura 17 – Comportamentos da díade 1 na sala de espera.

A seguir, a Tabela 18 apresenta os comportamentos de Pedro e sua mãe, durante sete minutos e dois segundos na sala de espera.

0:00	<p>M_P conversando com uma moça do lado</p> <p style="padding-left: 20px;">Pedro sentado, mexendo com um caminhão</p> <p style="padding-left: 20px;">Pedro larga o caminhão no chão e levanta em direção a outros brinquedos</p> <p style="padding-left: 20px;">Pedro volta e senta numa cadeira ao lado da moça com quem a mãe conversava.</p>
5:00	<p>Pedro pega outro brinquedo do chão</p> <p>M_P levanta-se diante do chamado de uma dentista</p> <p>Pedro também se levanta no mesmo momento que a mãe.</p> <p>M_P volta para seu lugar</p> <p>Pedro volta para seu lugar</p> <p>Pedro fala para mãe “não era a gente”</p> <p>M_P responde sorrindo “entendi errado”</p> <p>M_P continua conversando com moça ao lado</p> <p style="padding-left: 20px;">Pedro fica sentado sem brinquedo na mão</p> <p>M_P levanta diante do chamado da dentista</p>
7:02	<p>Pedro também se levanta.</p>

Figura 18 – Comportamentos da díade 2 na sala de espera.

Alice, sua mãe e seu tio, aguardaram pela consulta durante 4 minutos e 12 segundos. Seus comportamentos estão representados na Tabela 19.

0:00	<p>M_A conversa no celular</p> <p style="padding-left: 20px;">Alice está brincando</p> <p style="padding-left: 20px;">Alice dá o brinquedo para o tio</p> <p style="padding-left: 20px;">Tio pega o brinquedo</p>
	<p style="padding-left: 20px;">Alice tira as bolas de dentro dizendo “tem essa, tem essa, essa”</p>
	<p>M_A fala com o tio</p> <p>Tio com brinquedo da criança olhando M_A. Responde M_A</p> <p>Alice se afasta brincando com outros objetos</p> <p>M_A atende celular e conversa</p>
	<p style="padding-left: 20px;">Alice traz uma folha e mostra para o tio</p> <p style="padding-left: 20px;">Tio pega a folha e fala com M_A</p> <p style="padding-left: 20px;">Alice pega a folha, abre, e a leva embora</p>
	<p>M_A conversa com tio olhando para ele</p>
2:34	<p style="padding-left: 20px;">Alice traz um cartaz do Bob Esponja</p> <p style="padding-left: 20px;">Alice mostra para o tio e diz “mãe”, tira a guitarra da frente do tio e mostrou o cartaz</p> <p style="padding-left: 20px;">Tio falando com M_A, toca no cartaz e olha para ele</p> <p style="padding-left: 20px;">Alice sai com o cartaz e procura outros brinquedos</p> <p style="padding-left: 20px;">Alice se aproxima, pega o regador perto do tio, vai ao meio da sala buscar outro objeto e volta para perto do tio e da mãe</p>
	<p>M_A olha para a filha</p>

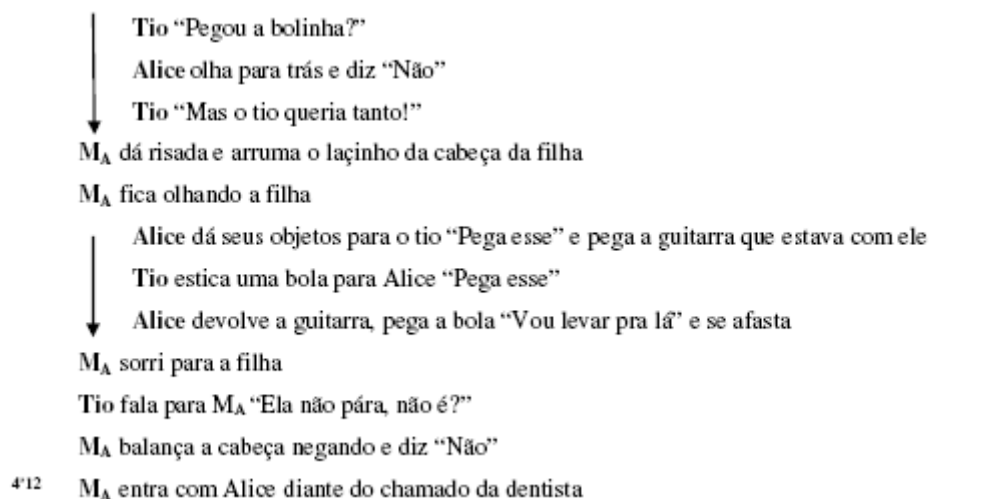


Figura 19 – Comportamentos da díade 3 na sala de espera.

Durante seis minutos foram registrados os comportamentos de Davi e seus pais na sala de espera, os quais podem ser verificados na Tabela 20.

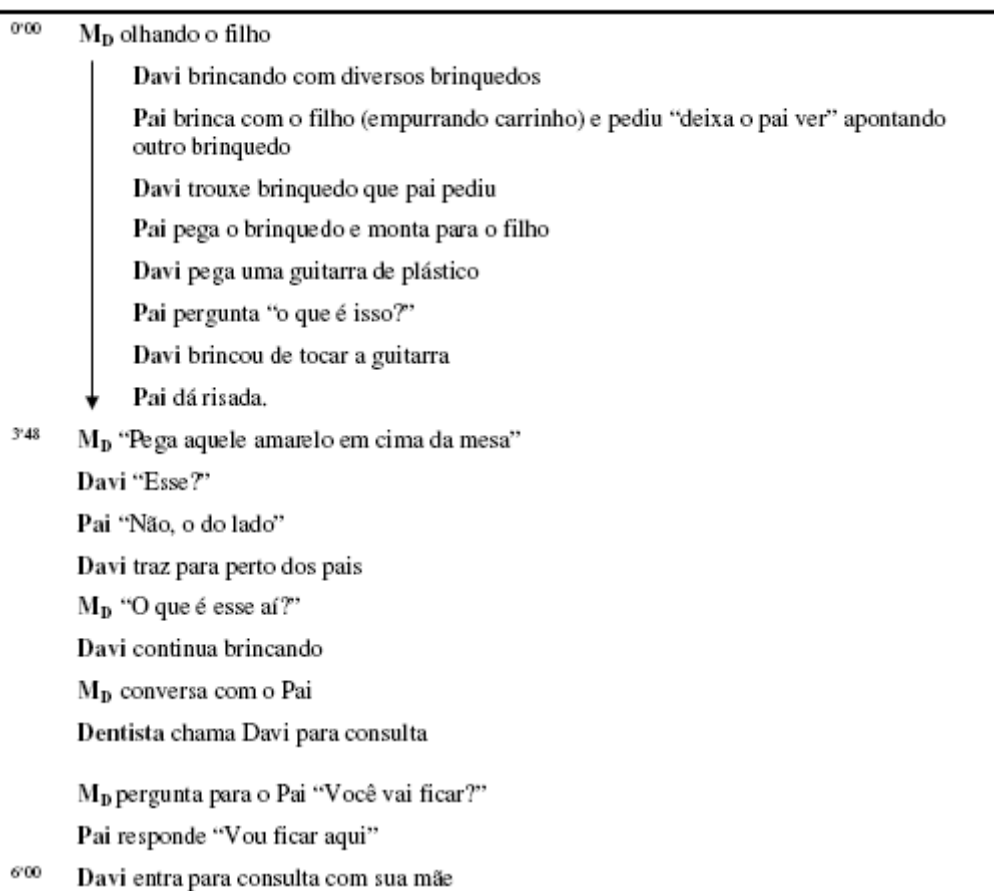


Figura 20 – Comportamentos da díade 4 na sala de espera

Por último, Lucas e sua mãe aguardaram na sala de espera por cinco minutos, como mostra a Tabela 21.

0 ⁰⁰	M _L olhando o filho e às vezes conversando com ele
	↓ Lucas no colo da mãe encostado com a cabeça em seu ombro
5 ⁰⁰	M _D levanta com o filho no colo e se dirige para a sala de entrevistas

Figura 21 – Comportamentos da díade 5 na sala de espera.

De acordo com os registros apresentados, observou-se pouca interação entre a criança e o acompanhante das díades 1 e 2. Pode-se avaliar que a avó de Vitória e a mãe de Pedro ficaram tranqüilas, sem preocupação com o que a criança estava fazendo, muito possivelmente pelo fato de as crianças serem mais velhas, de 5 e 7 anos. Nos casos das díades 3 e 4, havia outro acompanhante além da mãe: o tio de Alice e o pai de Davi. Foram com eles que Alice e Davi brincaram e conversaram mais durante a espera pela consulta.

A díade 5 se diferenciou por Lucas permanecer todo o tempo no colo de sua mãe, que lhe agradava e conversava. Ao falar com a pesquisadora, a mãe disse que o filho estava gripado e não estava brincando como de costume; ele pedia para ir embora e não queria entrar. Certamente, a condição de saúde do menino afetou seu comportamento neste dia.

Um dos aspectos que chamaram a atenção foi a afetividade de Vitória com sua avó.

A criança teve duas iniciativas de aproximação da avó, uma para abraçar e outra para conversar. Além disso, houve o comentário do tio de Alice com a mãe desta sobre a agitação da menina. Esta fala do tio tem importância por indicar que Alice é uma criança ativa, o que se verificou nas duas consultas.

O registro na sala de espera não trouxe dados adicionais sobre a relação das crianças com suas mães fora do contexto da sala de atendimento odontológico. Esperava-se encontrar dados que indicassem uma preparação da criança para a consulta odontológica feita pela mãe na sala de espera. No entanto, isso não foi identificado. O que se pôde notar foi que nenhuma criança apresentou demonstrações de medo, nem ansiedade durante o tempo de espera.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS DAS DÍADES DURANTE OS ATENDIMENTOS

As cinco díades do presente estudo foram caracterizadas, conforme mostra a Tabela 4, em relação à duração dos atendimentos, presença ou ausência de choro durante os mesmos, tempo de não-colaboração das crianças e frequência de comportamento de interação da mãe em relação à criança.

A Tabela 4 fornece um panorama dos comportamentos de mãe e filho durante os atendimentos odontológicos registrados. Observando os dados, verifica-se que as crianças mais velhas, Vitória e Pedro, não apresentaram comportamentos de não-colaboração e quase não choraram na consulta e no retorno, enquanto as três crianças mais novas (entre 2 e 3 anos de idade) apresentaram comportamentos não-colaborativos na primeira consulta com frequências variadas (menos de 1 minuto de não colaboração em duas crianças e 35 minutos de não-colaboração em outra).

As acompanhantes das crianças mais velhas interagiram pouco, provavelmente em função do comportamento infantil que praticamente não requereu sua intervenção. De forma diferente, as mães das três crianças mais novas tiveram mais demandas para interagirem durante o atendimento, em função de as crianças chorarem durante quase todo o tempo da primeira consulta.

Tabela 4 – Caracterização do comportamento infantil e materno durante as consultas odontológicas.

DÍADES	1º ATENDIMENTO	2º ATENDIMENTO
Vitória (5 anos) e Avó	Duração do atendimento: 15 min 30 seg Presença choro: Sim (pouco) Tempo não-colaboração criança: 0 Freq interação avó c/ cç: 10 (0,64/min)	Duração do atendimento: 13 min 18 seg Presença choro: Não Tempo não-colaboração criança: 0 Freq interação avó c/ cç: 4 (0,3/min)
Pedro (7 anos) e mãe	Duração do atendimento: 35 min 20 seg Presença choro: Não Tempo não-colaboração cça: 0 Freq interação mãe c/ cç: 0	Duração do atendimento: 10 min 30 seg Presença choro: Não Tempo não-colaboração criança: 0 Freq interação mãe c/ cç: 2 (0,2/min)
Alice (3 anos) e mãe	Duração do atendimento: 55 min 40 seg Presença choro: Sim (quase tempo todo) Tempo não-colaboração criança: 47 seg Freq interação mãe c/ cç: 103 (1,9/min) * Restrição física (mãe)	Duração do atendimento: 11 min Presença choro: Não Tempo não-colaboração criança: 0 Freq interação mãe c/ cç: 9 (0,8/min)
Davi (2 anos) e mãe	Duração do atendimento: 38 min 10 seg Presença choro: Sim (quase tempo todo) Tempo não-colaboração criança: 35 min Freq interação mãe c/ cç: 8 (0,2/min) * Pacote pediátrico + restrição auxiliar	Duração do atendimento: 7 min Presença choro: Sim (quase tempo todo) Tempo não-colaboração criança: 3min27seg Freq interação mãe c/ cç: 0 * Restrição física (mãe + auxiliar)
Lucas (2 anos) e mãe	Duração do atendimento: 22 min 18 seg Presença choro: Sim (quase tempo todo) Tempo não-colaboração criança: 50 seg Freq interação mãe c/ cç: 48 (2,2/min) * Pacote pediátrico	Duração do atendimento: 3 min Presença choro: Sim (quase tempo todo) Tempo não-colaboração criança: 0 Freq interação mãe c/ cç: 3 (0,3/min) * Restrição física (mãe)

Davi foi a criança que impôs mais dificuldades durante o atendimento. Esta criança gritou e se mexeu a maior parte do tempo, precisou de pacote pediátrico, do abridor de boca e de duas dentistas, além da mãe, para segurá-lo. Mesmo assim, ele tentava se levantar movimentando o tronco e bastante as pernas. Por tudo isso, foi considerado que Davi dificultou o atendimento durante quase todo o tempo. Notou-se também que os choros e os gritos de Davi foram muitos mais fortes e contínuos do que os de Alice e de Lucas, e seus movimentos corporais foram mais intensos e constantes. Além disso, Davi foi o único paciente a não-colaborar com a dentista na consulta de retorno, apresentando gritos e movimentações tão intensas quanto na primeira consulta.

Contrastando com os comportamentos de Davi, observa-se que sua mãe praticamente não apresentou comportamentos de interação com a criança durante os atendimentos. Ela quase não teve reação enquanto a criança chorou, gritou e esperneou

durante quase todo o tempo das duas consultas. Ou seja, a mãe da criança que apresentou mais tempo de não-colaboração e choro contínuo em ambos os atendimentos foi a que menos interagiu com o filho. Apesar de a mãe de Pedro também ter interagido muito pouco, seu comportamento parece ter estado em função do comportamento do filho, que colaborou sempre. Esses fatos sugerem que o comportamento das mães pode ter alguma relação com o comportamento infantil no contexto odontológico, como será discutido na próxima sessão.

6 DISCUSSÃO

Os dados permitem identificar aspectos em comum e aspectos distintos na análise dos comportamentos das mães e das crianças das cinco díades participantes. Tal comparação abre a possibilidade para a discussão de aspectos relacionados à explicação do comportamento infantil durante o atendimento odontológico, inclusive do papel da presença materna nesse ambiente.

6.1 ANÁLISE DO COMPORTAMENTO MATERNO DURANTE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA CRIANÇA EM EMERGÊNCIA

Analistas do comportamento consideram que os comportamentos maternos podem exercer função de variáveis ambientais para o comportamento infantil. Por isso, é possível que os pais modifiquem o comportamento de seus filhos por alterarem as condições antecedentes e conseqüentes ao comportamento da criança (HÜBNER, 1999).

Algumas evidências dessas relações funcionais entre os comportamentos maternos e infantis puderam ser verificadas nos dados da presente pesquisa nas díades 3, 4 e 5. Com Alice, por exemplo, observou-se que o elogio da mãe para o comportamento da filha de abrir a boca antes do pedido da dentista pode ter funcionado como reforço positivo, pois a menina repetiu o comportamento. No caso de Davi, ocorreu diminuição de seu choro quando sua mãe agradou seus pés a pedido das dentistas. O agrado da mãe pode ter funcionado como sinal de apoio que amenizou a estimulação aversiva. Para Lucas foi semelhante, ele também diminuiu seu choro algumas vezes depois de a mãe emitir falas de consolo ou distração.

No entanto, foram poucos os dados que demonstraram uma modificação pontual do comportamento infantil diante de uma ação materna. Provavelmente, o comportamento das crianças estava mais sob controle dos procedimentos odontológicos do que dos comportamentos maternos apresentados durante a consulta. Assim, quando a mãe de Alice prometeu um passeio ou um presente e quando a mãe de Lucas buscou distraí-lo, nem sempre houve mudanças no comportamento infantil.

Essas estratégias de prêmio e distração utilizadas pelas mães têm sido bastante investigadas na literatura, mas os resultados são controversos quanto à modificação

do comportamento infantil (AITKEN et al., 2002; STARK et al., 1989). Se essas estratégias, assim como outras usadas por algumas mães, não funcionaram para reduzir o choro da criança; isso pode ser explicado pelo controle intenso de eventos aversivos presentes no procedimento odontológico. Apesar de as mães buscarem competir com tais eventos oferecendo outras estimulações, a prevalência do controle aversivo permaneceu em alguns momentos, não estabelecendo ocasião para o autocontrole dessas crianças.

Tendo como foco o comportamento materno, pode-se verificar, a partir dos resultados, que três acompanhantes (mães de Alice e de Lucas e avó de Vitória) procuraram interagir com a criança durante o atendimento odontológico e foram responsivas a mudanças no comportamento infantil. Respostas maternas de consolo, distração, apoio e outros ocorreram em momentos de choro e de reclamações das crianças, e foram mais frequentes na primeira consulta. A frequência de interações das três acompanhantes decaiu a quase zero quando as crianças passaram a colaborar.

Compreende-se que para as mães, o choro do filho é um evento aversivo que tende a evocar comportamentos maternos que interrompam este evento. Provavelmente, esses comportamentos maternos de atender ao sinal de sofrimento do filho foram modelados no passado pelo cessar do choro da criança. A criança aprende, desde cedo, que o seu choro modifica as condições ambientais ao produzir uma consequência reforçadora que é a presença da mãe, seu colo e seus cuidados. No desenvolvimento infantil, o choro é inicialmente controlado apenas por estimulações antecedentes (frio, fome) e aos poucos passa a ficar sob controle das consequências ambientais que ele produz (HAYDU, 2003). Assim, compreende-se o choro como uma das principais formas aprendidas pela criança, principalmente as menores, de reagir diante de estimulações aversivas, pois são reforçadas positivamente pelo comportamento da mãe. Por isso, em contextos como o odontológico, o choro aparece explicado por esta história de relação com a mãe. Interpretação semelhante foi realizada por Gross et al. (1983), ao identificar que crianças choravam mais em procedimentos de punção venosa quando as mães estavam presentes do que ausentes.

Quanto às outras duas mães, de Pedro e de Davi, observa-se que praticamente não interagiram com a criança nos dois atendimentos. Pedro, de 7 anos, não chorou e colaborou todo o tempo. Talvez isso explique a baixa frequência de interação de sua mãe com ele durante os atendimentos. O contexto da consulta odontológica não favorece interações entre a mãe e o filho que não estejam relacionadas a ajudar a criança a se submeter ao procedimento. É possível que o dentista não reforce intervenções dos pais, ou mesmo as puna, quando a criança colabora, já que nesses casos, conversas podem gerar atrasos na

execução do procedimento.

Entretanto, essa mesma baixa frequência de interação, observada na mãe de Davi, tem implicações distintas, visto que seu filho chorou e apresentou comportamentos de não colaboração quase todo o tempo nas duas consultas, conforme a Tabela 4. Os comportamentos de Davi não se configuraram como variáveis funcionais para evocar comportamentos maternos de apoio. Provavelmente, diante da aversividade da situação, ela deve ter experimentado muitos comportamentos encobertos, em especial os emocionais.

Inúmeras hipóteses explicativas desse episódio podem ser levantadas. Primeiro, é possível hipotetizar que Davi apresentou muitas dificuldades de autocontrole durante os atendimentos devido a falhas na aprendizagem deste repertório, que já devia estar em curso. Crianças muito novas em geral choram durante o atendimento odontológico. A outra criança do estudo com a mesma idade (Lucas, 2 anos) também chorou o tempo todo nos dois atendimentos. A diferença com as consultas de Davi, é que mesmo chorando, Lucas permitiu a realização dos procedimentos e sua mãe apresentou inúmeras tentativas de auxiliá-lo a suportar a situação, por meio do consolo, distração e instrução. Observar essa criança pequena sugere que há um treinamento de autocontrole e no seguimento de regras em curso, que pode estar sendo realizado pela mãe tanto durante a consulta odontológica, como em outras situações. Esse repertório parece não estar sendo ensinado a Davi, com base na observação de seu comportamento e do comportamento de sua mãe, durante os dois atendimentos odontológicos.

A mãe de Davi pode não saber como ensinar a criança a enfrentar situações difíceis (novidade, aversividade, etc.) e, conseqüentemente, não tem um repertório reforçado de comportamentos para atuar na situação de não-colaboração de seu filho durante a consulta e para lidar com suas próprias reações emocionais desencadeadas por variáveis do contexto odontológico. Isto explica a baixa taxa de respostas apresentadas por ela na situação: não há comportamentos selecionados, ao menos nesse contexto ou que sejam generalizáveis a ele.

Por fazer parte do controle ambiental, mães são responsáveis pela seleção dos comportamentos de seus filhos, e assim, pela construção de repertórios como o de autocontrole e de seguir regras, necessários para as crianças enfrentarem situações como a consulta odontológica. A modelagem desses repertórios ocorre desde o início da vida, uma história que não pode ser acessada na pesquisa. No entanto, observam-se indícios de padrões comportamentais modelados e instruídos em algumas crianças. A mãe de Alice usou bastante de instrução e oferecia sua mão para a filha apertar, e a mãe de Lucas usou um pouco de instrução e bastante de distração, técnicas que favorecem o treino do autocontrole. Por outro

lado, a mãe de Davi não apresentou padrão de comportamento que indicasse manejo das contingências para treinar seu filho. Talvez por isso, na segunda consulta, Davi foi a única criança a resistir o tempo todo aos procedimentos profiláticos.

Dessa forma, mesmo que os dados de pesquisa nem sempre tenham evidenciado o quanto na interação entre mães e filhos um comportamento afetava o outro, a análise do comportamento permite hipotetizar, pelos comportamentos atuais, qual o histórico de treino da criança e de sua mãe que permitem explicar porque uma criança reagiu diferente da outra no contexto de atendimento odontológico. Tal contexto se diferenciou para as cinco crianças por que as variáveis atuais e históricas dependem das experiências anteriores não apenas nesse contexto, mas em outras situações de enfrentamento de algo potencialmente aversivo. Dentre os muitos eventos ambientais, as mães constituíram parte importante deste contexto diferenciado para cada paciente infantil.

Outra variável de comportamento materno apresentada na literatura como podendo afetar o comportamento infantil durante o atendimento odontológico é a ansiedade. Tomita (2004) observou maior ocorrência do “desviar o olhar” durante injeção anestésica, o que poderia indicar ansiedade materna. No presente estudo, observou-se que a mãe de Davi desviava muito seus olhares na primeira consulta, sugerindo ansiedade por parte dela. A literatura relaciona maior ansiedade materna à não-colaboração infantil (JOHNSON; BALDWIN, 1969; KOENIGSBERG; JOHNSON, 1972; ROBEY, 2006; WRIGHT et al., 1973).

Com essas considerações fica mais claro compreender porque muitas pesquisas, como as de Kotsanos et al. (2005) e de Marzo et al. (2003), detectam que a presença ou a ausência dos pais durante o atendimento afeta o comportamento infantil. Além disso, com a noção de a criança apresentar um padrão comportamental histórico, entende-se também o motivo de as práticas educativas afetarem a colaboração da criança no dentista (ALLEN; HUFTLESS; LARZELERE, 2003; VENHAM; MURRAY; GAULIN-KREMER, 1979).

6.2 ANÁLISE FUNCIONAL DOS COMPORTAMENTOS INFANTIS NO CONTEXTO ODONTOLÓGICO

De acordo com os dados obtidos no presente estudo, podem-se identificar certos padrões de comportamento das crianças observadas. Os dados de Vitória, Alice, Davi e Lucas mostram que o choro e os movimentos corporais apresentados pelas crianças estavam, em parte, sob controle do procedimento odontológico em ação. Davi e Lucas foram submetidos à restrição física através de pacote pediátrico, o que também poderia explicar os comportamentos de choro e movimentações. Enfim, para essas crianças, o procedimento odontológico envolveu estimulação aversiva, incondicional ou condicional, que eliciou respondentes e evocou comportamentos de fuga e esquiva.

Se o estímulo aversivo é aquele que reforça comportamentos que o removem (SKINNER, 1953, 1993) ou punem comportamentos que o produzem, ele também elicia comportamentos emocionais como medo e ansiedade (CATANIA, 1999). Assim, compreende-se que alguns eventos do procedimento odontológico se caracterizaram como estimulações aversivas que eliciaram e evocaram comportamentos de choro e movimentos corporais. Esses podem, então, ser considerados tanto comportamentos respondentes quanto operantes, dependendo do tipo de controle dos estímulos ambientais.

Em relação ao comportamento de movimentar a cabeça ou o corpo, não fica evidente nas análises dos dados quando funcionam como respondentes e quando como operantes. Em relação ao comportamento de chorar, no caso de Vitória, parece possível concluir que foi resposta de dor. Seu choro funcionou como estímulo para a dentista perguntar sobre dor e aumentar a dose da anestesia e como estímulo para a avó consolar a neta. No entanto, esses eventos não funcionaram como consequência reforçadora para o choro de Vitória porque este não voltou a ocorrer pelo resto daquela consulta ou no retorno.

Por outro lado, não se pôde identificar o choro das demais crianças enquanto comportamento respondente, embora haja grandes possibilidades de muitos choros terem sido controlados por eliciadores. Como Skinner (1953, 1993) afirma ao descrever o caso de um indivíduo com medo excessivo de pássaros mortos, uma resposta emocional, para ser analisada completamente, envolve controle respondente e operante. Alterações nas condições corporais, como componente da emoção, puderam ser encontradas no comportamento de Alice no primeiro atendimento. A menina apresentou evidente aumento no ritmo respiratório, ficando ofegante e soluçando a maior parte do tempo e apresentou sudorese.

O papel eliciador de estímulos aversivos no procedimento odontológico pode ser verificado nas pesquisas que mediram batimentos cardíacos das crianças participantes. Aitken et al. (2002) e Stark et al. (1989) encontraram índices maiores de batimentos cardíacos durante o procedimento de injeção da anestesia. Além disso, Stark et al. (1989) verificaram que o aumento do índice cardíaco neste procedimento não se modificou com a intervenção, enquanto os comportamentos de choro e as movimentações corporais reduziram ao introduzir intervenção. Isso indica que manipulações operantes não afetam necessariamente as contingências respondentes. Assim, apesar de os dois tipos de controle normalmente se combinarem, a importância da distinção entre respondente e operante deve-se à necessidade de intervenção adequada correspondente a cada um dos paradigmas.

Os indícios do controle respondente são poucos na literatura de Odontopediatria, o que é diferente para o controle operante. A literatura de Odontopediatria vem acumulando evidências experimentais de que o procedimento odontológico exerce função de estímulo aversivo para algumas crianças, por comprovarem que a interrupção de procedimentos odontológicos funciona como reforçador negativo para comportamentos não-colaborativos (ALLEN et al., 1988; ALLEN et al., 1992; ALLEN; STOKES, 1987; O'CALLAGAN et al., 2006). Assim, compreende-se que a criança chora e se movimenta, apresenta comportamentos de fuga/esquiva, e obtém como consequência uma mudança ambiental de atraso ou interrupção do procedimento odontológico, reforço negativo, o que atrapalha o trabalho do dentista.

Na presente pesquisa, foi possível verificar comportamentos de choro e movimentações corporais como respostas de fuga ou esquiva em Alice, Davi e Lucas. Essas crianças, como visto na Tabela 4, foram as que emitiram comportamentos não-colaborativos ao não abrir a boca, mexer a cabeça ou morder o dedo da dentista. Tais comportamentos atrasaram os procedimentos odontológicos e exigiram algum tipo de restrição física, sendo esta o abridor de boca, uma auxiliar segurando ou o pacote pediátrico. Assim, havia um evento funcionando como operação estabelecadora, evocando respostas de fuga/esquiva e aumentando seu valor de reforçador negativo. Qual era este evento, nem sempre pôde ser identificado. Em alguns casos pareceu ser o contato da agulha da injeção de anestesia, ou o som da caneta de alta rotação, ou mesmo o simples contato da mão da dentista no dente da criança.

Além do controle aversivo, as análises mostraram que há também presença de reforçadores positivos para o choro e as movimentações corporais. Muitas vezes a criança emitiu esses comportamentos e como consequência obteve atenção da mãe e da dentista, por

meio de palavras de consolo ou agrados e carinhos. Na verdade, não se pode comprovar que a atenção materna e da dentista funcionaram como reforçadores positivos; trata-se de uma hipótese. De todo modo, observou-se que as mães de Alice e de Lucas deram atenção, em forma de consolo ou carinho, sempre que a criança chorou. No caso de Davi este tipo de controle não pôde ser identificado, a mãe não consequenciou com atenção o choro do filho durante o atendimento. Entretanto, as dentistas o fizeram por toda a consulta.

Com todas essas análises, é possível afirmar que para as crianças desta pesquisa, o choro e os movimentos corporais são agrupados funcionalmente como respondentes, como operantes de fuga/esquiva ou ainda operantes reforçados positivamente. Seja qual for a função desses comportamentos, em alguns momentos eles afetaram o trabalho do dentista e em outros não. Normalmente, se considera o choro e as movimentações corporais, enquanto respostas de fuga/esquiva, como não-colaborativos; são reforçados negativamente pelo atraso ou interrupção do procedimento odontológico, afetando o dentista. No entanto, um comportamento respondente pode atrapalhar o dentista, assim como um choro reforçado positivamente também. Isso leva a diferenciar comportamentos colaborativos de não-colaborativos pela observação funcional do comportamento, o quanto um choro ou um movimento corporal afetou o trabalho do dentista.

Este cuidado em relação à classificação de comportamentos de colaboração ou não-colaboração leva ao reconhecimento de que se a criança chora ou se movimenta é um repertório aprendido em resposta à presença de estimulações aversivas. Mães e dentistas precisam validar a expressão de sentimento do paciente infantil e ensiná-lo a lidar com a situação. No caso de Vitória, seu choro foi pontual, uma resposta de dor que estava fora de seu controle. Para esta situação, não adianta pedir para a criança não chorar. Além disso, o choro de Vitória pode ter sido um comportamento adequado, pois graças a isso, a dentista aumentou a dose de anestesia.

6.2.1 Comportamentos de Autocontrole

A análise funcional realizada permitiu explicar porque durante atendimentos odontológicos ocorrem choros e movimentações corporais, que às vezes são caracterizados como comportamentos não-colaborativos. Dentre as variáveis citadas que controlam esses comportamentos, será enfocada a análise dos estímulos aversivos enquanto operações

estabelecedoras que evocam respostas de fuga e esquiva.

Ao comparar as cinco crianças, percebe-se que Vitória e Pedro se diferenciaram de Alice, Davi e Lucas por não emitirem respostas de fuga/esquiva e apresentarem repertório de enfrentamento de um contexto como o de atendimento cirúrgico odontológico. Por que para algumas crianças alguns eventos deste contexto funcionam como estímulos aversivos e para outras não? Esta explicação poder ser encontrada na história de cada criança.

Pedro foi o único a não manifestar publicamente seus sentimentos por iniciativa própria; o único tipo de informação apareceu nas respostas de Pedro às perguntas da dentista: ele afirmou com a cabeça que estava bem e que não sentia nada. Para Pedro, ou não havia presença de estimulação aversiva, ou o menino suportou o desconforto sem emitir comportamentos públicos, apresentando repertório de autocontrole.

O comportamento de controlar o próprio comportamento ocorre em algumas situações, dentre elas, quando se aceita um evento aversivo relativamente pequeno e imediato e esta aceitação leva a um reforçador maior ou evita um aversivo maior (CATANIA, 1999). Este caso parece se aplicar ao contexto odontológico. Provavelmente, Pedro e Vitória suportaram eventos aversivos pequenos durante os procedimentos odontológicos (ficar imóvel e com boca aberta, por exemplo) e isso levou a um reforçador maior (dentes saudáveis) ou evitou um aversivo maior (dor de dente).

Deve-se também considerar a possibilidade de essas crianças apresentarem comportamentos predominantemente colaborativos como consequência do reforço social de aprovação da mãe (ou avó) e da dentista. Compreende-se que dentes saudáveis são reforçadores muito atrasados, o que diminui sua eficiência (CATANIA, 1999). Reforçadores imediatos como a aprovação materna ou da dentista podem ter adquirido maior valor na história dessas crianças, o que se apresenta favorável para competir com o possível controle aversivo dos procedimentos odontológicos e estabelecer ocasião para autocontrole.

Ao contrário, Alice, Davi e Lucas não apresentaram comportamentos de autocontrole, não suportaram aversivos imediatos que levassem a reforçadores posteriores ou à evitação de aversivos maiores. Essas três crianças se comportaram em função dos eventos aversivos presentes e não ficaram sob controle de consequências atrasadas. Se para ocorrer o autocontrole é necessário que o estímulo aversivo imediato seja pequeno e o reforçador e o aversivo atrasados sejam maiores, possivelmente para essas três crianças, o evento aversivo imediato teve valor maior. Isso indica que o conflito entre consequências reforçadoras e punitivas, necessário para ocorrência de autocontrole (NICO, 2001), não se estabeleceu para

Alice, Davi e Lucas. Pôde-se observar isso pelo fato de os três terem recebido promessas de brindes (desenho ou passeio) ao final da consulta e isso não ter afetado seu comportamento.

A ausência do conflito mencionado pode ser devido a diferentes fatores. Um primeiro fator a ser considerado é a idade da criança e, conseqüentemente, seu repertório de comportamento. Se Pedro e Vitória foram as duas crianças que não apresentaram comportamentos não-colaborativos, deve-se atentar para o fato de serem justamente os participantes mais velhos da pesquisa, com 7 e 5 anos, respectivamente. As crianças que apresentaram alguma dificuldade para o trabalho do dentista foram Alice, com 3 anos, e Davi e Lucas, com 2 anos. Pode-se considerar que por serem mais novos, ainda não passaram por muitas experiências de treino de autocontrole.

Como nesta pesquisa, a literatura apresenta dados de menos colaboração por parte de crianças mais novas (ALLEN et al., 2003; WRIGHT et al., 1973). Gross (1983) encontrou que crianças mais novas apresentavam maiores índices de choro, agressão e resistência antes e durante o procedimento e Robey (2006) verificou maior índice de estresse nos pacientes mais novos. Diante dos dados de maior índice de comportamentos negativos entre as crianças mais novas, Fenlon et al. (1993) buscaram explicar este fenômeno no fato de crianças menores terem poucas experiências anteriores de lidar com ambiente estranho e pouco repertório de enfrentamento.

Portanto, além do pouco repertório de enfrentamento, devem-se considerar também as experiências odontológicas anteriores. Alice e Lucas possuem em comum o fato de as consultas do presente estudo serem a primeira experiência de cirurgia odontológica, havendo a presença do fator novidade. No entanto, Alice já participava do programa preventivo e conhecia a clínica e os procedimentos profiláticos. Para Lucas, foi a primeira consulta ao dentista. Em ambos os casos, parece haver déficit de comportamentos de autocontrole no repertório infantil, as crianças não passaram por treinos anteriores, o que dificultou o enfrentamento da situação de atendimento odontológico.

Davi possui uma história odontológica diferente. Ele passou por outras cirurgias odontológicas anteriores, além dos procedimentos profiláticos, na própria clínica em que foi realizada a pesquisa. Nos atendimentos anteriores também precisou do uso de pacote pediátrico e dificultou o trabalho das dentistas. Assim, nessas experiências, os eventos incluídos no evento odontológico podem ter adquirido funções aversivas condicionadas, tendo maior poder de controle do que reforçadores atrasados ou remoção atrasada de aversivos, não estabelecendo ocasião para autocontrole.

Outro fator que contribui para explicar a ausência do conflito necessário

para o estabelecimento do autocontrole é a falta de repertório de seguir regras. Vitória e Pedro apresentaram padrão de seguir as instruções das dentistas, o que indica uma história de modelagem do comportamento de seguir regras. Assim, o reforço positivo de obedecer a dentista ou a mãe pode controlar o comportamento dessas crianças, competindo com as possíveis estimulações aversivas que evocariam respostas de fuga ou esquiva.

Por outro lado, Alice e Lucas, em alguns momentos, não obedeceram a sua mãe ou à dentista. As mães dessas crianças forneciam instruções de ficar quieto, não mexer, abrir a boca, que nem sempre eram seguidas. A mãe de Davi deu apenas uma instrução no início da segunda consulta, mas as dentistas instruíam o tempo todo e Davi não obedecia. Com isso, essas três crianças parecem ainda não terem o treino para apresentarem repertório de seguir regras. A importância do uso de instruções como treino de seguir regras está no favorecimento de tornar o comportamento controlado por conseqüências atrasadas (REIS; TEIXEIRA; PARACAMPO, 2005).

Essas análises sobre autocontrole e seguimento de regras demonstram que os comportamentos infantis não estão apenas sob controle de variáveis atuais, mas também de variáveis históricas. Estas evocam repertórios complexos que são aprendidos principalmente no meio familiar.

6.2.2 Comportamentos de Colaboração e Não-Colaboração Infantil em Contexto Odontológico

É comum, na literatura, a classificação das crianças em colaboradoras e não-colaboradoras ao se caracterizar o comportamento delas durante a consulta odontológica. Os dados da presente pesquisa apontam para um cuidado em relação a esta classificação, em especial quando baseada na topografia e não na funcionalidade do comportamento infantil.

O termo comportamento de não-colaboração tem sido utilizado para caracterizar comportamentos infantis como choro e movimentos corporais durante o atendimento odontológico. A princípio, são comportamentos considerados problemáticos por afetarem o trabalho do dentista, desconcentrando-o ou interrompendo os procedimentos (ALLEN et al., 1988; STOKES; KENNEDY, 1980; KUHN; ALLEN, 1994). Em geral, nos estudos, por exemplo, (ALLEN et al., 1988; FIORAVANTE, 2007; POSSOBON et al., 2004; ROLIM et al., 2004) se avalia o comportamento colaborativo pelo registro de respostas

observadas na criança durante o atendimento odontológico, como: choro, reclamações, movimentos de cabeça, movimentos do corpo, movimentos que exigem restrição física, atrasos no procedimento.

No entanto, muitos estudos não diferenciam os comportamentos aversivos que realmente atrapalham o andamento do tratamento odontológico daqueles que não o fazem. Assim, muitos comportamentos de choro e alguns tipos de movimentos corporais acabam sendo incluídos no conjunto de medidas para comportamento não-colaborativo, mesmo que nem sempre impeçam o trabalho do dentista.

Na presente pesquisa, a análise dos atendimentos indica que enquanto com Davi prevaleceram comportamentos que dificultavam o trabalho das dentistas, exigindo restrição por parte de três pessoas (duas dentistas auxiliares e a mãe, além do pacote pediátrico), Alice e Lucas resistiram apenas em alguns momentos específicos da consulta, embora tenham chorado muito, conforme indicado na Tabela 4. Foram considerados comportamentos de não-colaboração, por exemplo, quando Alice e Lucas apresentaram resistência de abrir a boca, incluindo mordida do dedo da dentista. De forma geral, o choro e os movimentos de Alice e de Lucas não afetaram os procedimentos odontológicos. Por isso, sugere-se cuidado com o uso do termo colaboração e não-colaboração na análise de dados de pesquisas futuras.

Uma sugestão é a adoção da classificação utilizada por Moraes et al. (2004). Os autores utilizaram o termo “comportamento concorrente” para aquelas respostas da criança que impediam a atuação do dentista, interrompendo-o e o termo “comportamento não-concorrente” para aquelas que não dificultavam ou tendiam a facilitar a atuação do dentista.

6.3 IMPLICAÇÕES DAS ANÁLISES DO COMPORTAMENTO INFANTIL E MATERNO

Inicialmente, é interessante destacar a preferência dos pais por assistirem o atendimento odontológico do filho. Na pesquisa de Fenlon et al. (1993), a maioria dos pais preferia estar presente durante o tratamento odontológico do filho, porque o filho solicitava sua presença e pelo fato de o pai poder acompanhar o que o dentista faz no atendimento. Kamp (1992) verificou que os pais que preferiram não acompanhar a criança tinham filhos maiores, média de 9 anos de idade. Além disso, há dados da área médica mostrando que a ansiedade dos pais é menor quando presenciam a consulta do filho do que quando não o

fazem (ARAÚJO; TUBINO, 1996).

Tendo os pais como parte do ambiente odontológico das crianças, é preciso entender os motivos que explicam a maneira de interagir ou a não-interação com o filho. Na presente pesquisa, levantou-se a hipótese de as mães terem experimentado ansiedade ou apresentarem déficit de repertório para lidar com situações estressantes, não tendo condições de preparar seus filhos por elas mesmas não saberem lidar com aquele contexto.

Normalmente, os pais são tidos como uma variável de grande dificuldade a ser enfrentada na área de odontopediatria pelos profissionais, que os responsabilizam por todos os problemas que a criança apresenta, conforme demonstraram os dados de entrevistas do estudo de Brandenburg, Gavazzoni e Marinho (2007). Percebe-se a inadequação de culpabilizar os pais quando se tem uma visão funcional das interações. Certamente, há grande responsabilidade deles na modelagem de repertórios importantes da criança, mas sendo o comportamento multideterminado, diversos outros eventos ambientais também afetam o comportamento infantil, incluindo os próprios dentistas, ao fazerem parte deste contexto que envolve procedimentos odontológicos potencialmente aversivos.

Com isso, deve-se reconhecer a necessidade de preparar os pais para agirem no ambiente odontológico. Pesquisas mostram que ao receber informações específicas sobre como atuar, a participação dos pais em atendimentos médicos dos filhos beneficia a criança, reduz o medo (CAVENDER et al., 2004) e reduz a ansiedade dos pais (MANNE et al., 1990). Desta forma, os pais podem ser instruídos a agir de forma a contribuir, sem gerar dificuldades adicionais.

A partir da presente pesquisa, sugere-se orientações aos pais, para potencializar sua ação no auxílio de seus filhos para o enfrentamento das consultas odontológicas:

a) Elogiar comportamentos adequados, mesmo os simples. Apareceu pouco na pesquisa, mas foi apresentado pela mãe de Alice e pela avó de Vitória. As mães podem auxiliar por conhecerem o que é reforçador para o filho. Isso pode ser utilizado pela dentista para se aproximar da criança, como fazem algumas profissionais (BRANDENBURG et al., 2007).

b) Tocar a criança durante a consulta, nas mãos ou nos pés, demonstrando afeto e apoio. Isso foi feito principalmente pelas mães de Alice e de Lucas. A importância do toque pôde ser observada na consulta de Alice, pois esta se acalmou com a contribuição dos agrados da dentista. Além do benefício para a criança, os próprios pais se sentem bem com o contato físico com o filho. Na pesquisa de Frankel (1991), as mães que assistiram o

atendimento de seu filho relataram ter gostado de poder segurar nas mãos destes.

c) Reconhecer o sentimento da criança, sem desconsiderar a expressão de emoções. A avó de Vitória, as mães de Alice e de Pedro perguntaram para a criança se sentia dor, o que é importante. No entanto, este tipo de fala pode vir acompanhado do fortalecimento da capacidade infantil de enfrentar a situação. Isso foi feito pela mãe de Alice, ao dizer para filha que ela já era uma mocinha, e pela avó a Vitória que chamou a neta de corajosa.

d) Dar dicas de autocontrole: pedir para o filho segurar na mão da mãe ou dar seu próprio exemplo, como fez a mãe de Alice; desviar a atenção da criança falando sobre algo que ela gosta (distração), como mãe de Lucas; dar instruções.

e) Cuidar para não fazer promessas que não possam ser cumpridas. A avó de Vitória e as mães de Alice e de Lucas ofereceram recompensas para o final da consulta, mas não se pôde saber se cumpriram. Cuidar para sempre falar a verdade. Por exemplo, as mães de Alice e de Lucas repetiram muitas vezes “está acabando” e a consulta ainda durou muito tempo. Evitar ameaças. No caso de Alice pôde-se perceber como este tipo de estratégia apenas gerou ansiedade na criança e não modificou o comportamento da menina porque não foi cumprida.

7 CONCLUSÃO

A análise da interação entre as mães e seus filhos durante o atendimento odontológico foi realizada conforme o objetivo principal da presente pesquisa. Dentre as cinco crianças participantes, as duas mais velhas (Pedro e Vitória) permaneceram quietas e calmas, enquanto nas três com menos idade (Alice, Davi e Lucas) houve predomínio de comportamentos como choros e movimentos corporais no primeiro atendimento. Observou-se que o comportamento das cinco crianças estava muito mais sob controle dos procedimentos odontológicos do que dos comportamentos maternos.

Entre as mães, duas apresentaram maior frequência de interação com o filho (mães de Lucas e de Alice), a avó de Vitória ficou intermediária e duas mães apresentaram muito pouca interação com a criança (mães de Pedro e de Davi). Na comparação entre crianças e mães, se destacou a díade 4, Davi e sua mãe. Esta criança foi a que menos colaborou com as dentistas e a única que resistiu aos procedimentos de choque no retorno; enquanto sua mãe esteve entre as menos interativas. Se a falta de comportamentos de apoio e consolo da mãe não ajudou o filho a enfrentar a situação estressante, os dados indicam que o comportamento materno pode sim afetar o comportamento infantil durante o atendimento odontológico.

Não houve pretensão de chegar a um dado conclusivo para afirmar que a presença da mãe durante a consulta provoca alterações sobre o comportamento do filho. Entretanto, a busca por indícios desse efeito permitiu verificar que o comportamento das mães funcionou como variável ambiental para o comportamento infantil. Na situação presente do atendimento, parece que o comportamento materno tem grande concorrente, que é o conjunto de eventos potencialmente aversivos do procedimento odontológico. Mesmo assim, elas podem emitir instruções e falas de apoio que aumentem seu valor competitivo. No entanto, ressalta-se que a mãe como variável ambiental histórica possui grande responsabilidade em relação ao comportamento infantil no consultório do dentista. Os dados da presente pesquisa permitiram verificar que neste contexto, as crianças precisam desempenhar repertórios complexos como o de se autocontrolar e o de seguir regras, os quais são treinados principalmente no ambiente familiar, pelos pais.

Assim, por um lado foi possível avançar na compreensão de por que as crianças se comportam da forma como o fazem em contextos odontológicos. Com o embasamento analítico comportamental, a busca de variáveis ambientais que controlam o

comportamento infantil na odontopediatria ultrapassa qualificações que rotulam as crianças como “com falta

de vontade”, “com gênio difícil”, “medroso”, “manhoso” etc. Como ressalta Moraes (2002), entende-se que o problema não está na criança, e sim na interação com variáveis ambientais, que em geral podem ser manipuladas. Além disso, foi possível rever o termo “não- colaboração” para classificar o comportamento das crianças em odontopediatria.

Por outro lado, foi interessante analisar o comportamento materno como também controlado por variáveis ambientais, inclusive referentes à sua própria aprendizagem. Trata-se de um ponto importante, pois há grande dificuldade de dentistas em lidar com pais. Estes podem atrapalhar o trabalho do dentista durante a consulta ou deixar de ajudar por não saber fazer diferente. Ressalta-se mais uma vez a necessidade do preparo dos pais para enfrentar tal ambiente e auxiliar seu filho a também fazê-lo.

Não se pode deixar de contextualizar a questão da educação dos pais para seus filhos. Atualmente e de forma geral, nota-se uma dificuldade dos pais em educar seus filhos com limites e modelar o comportamento infantil de seguir regras. Tanto os dentistas, como também os professores criticam os pais por “mimarem” seus filhos. A necessidade de instruir e treinar os pais na forma de agir com suas crianças para ajudá-los a enfrentar as dificuldades da vida é evidente em diversos contextos, não apenas na Odontopediatria.

Muitas discussões importantes foram possíveis com a realização da presente pesquisa, mas deve-se considerar algumas limitações. O tipo de análise de dados realizada, predominantemente qualitativa e sem categorias, pode ter dificultado a identificação de certos padrões comportamentais e a comparação entre as díades. A coleta de dados também apresentou falhas. As interações entre mães e filhos foram filmadas, mas em alguns momentos houve dificuldade em identificar falas, pela distância ou por interferência de outros ruídos no local. O uso de microfones com gravador teria eliminado esta falha. Além disso, apenas um ângulo de filmagem dificultou a visibilidade das expressões da criança. Seria necessário um auxiliar em posição contrária à câmera para anotar movimentos e expressões não acessíveis à câmera filmadora. A coleta de dados na sala de espera também foi limitada, talvez pelo pouco tempo disponível para registro. Sugere-se, para estudos posteriores, incluir observação da interação entre mães e filhos na própria casa, o que permitiria coletar mais dados para complementar a análise funcional de cada díade.

Por fim, reconhece-se que o presente trabalho pode trazer contribuições para os profissionais de odontologia que são afetados em seu trabalho pelos comportamentos das crianças e das mães. Contribuições também para analistas do comportamento. Mesmo com as

dificuldades de realização de pesquisa aplicada ao contexto natural, com pouco controle de variáveis, a observação direta de poucos sujeitos e a análise de dados qualitativa e funcional permitiu interpretações próximas da realidade que podem promover avanços científicos e comunitários, de atuação do psicólogo com pais e dentistas.

REFERÊNCIAS

AITKEN, J. C.; WILSON, S.; COURY, D.; MOURSI, A.M. The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. *Pediatric Dentistry*, 24 (2), 114-118. 2002.

ALLEN, K. D.; HUFTLESS, S.; LARZELERE, R. Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 70 (3), 221-225. 2003.

ALLEN, K. D.; LOIBEN, T.; ALLEN S. J.; STANLEY, R. T. Dentist implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 629-636. 1992.

ALLEN, K. D.; STARK, L. J.; RIGNEY, B. A.; NASH, D. A.; Stokes, T. F. Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 55, 273-277. 1988.

ALLEN, K. D.; STOKES, T. F. Use Of Escape And Reward In The Management Of Young Children During Dental Treatment. *Journal Of Applied Behavior Analysis*, 20 (4), 381-390. 1987.

ALVARENGA, P. Práticas educativas parentais como forma de prevenção de problemas de comportamento. In: H. J .Guilhardi & P. P. Queiroz. (Eds.). *Sobre Comportamento e Cognição* (52-57). Santo André: ESETEC Editores Associados, 2001.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. A. O Impacto do Temperamento Infantil, da Responsividade e das Práticas Educativas Maternas nos Problemas de Externalização e na Competência Social da Criança. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 314-323. 2007.

AMARAL, V.L.A.R.; ALBUQUERQUE, S.R.T.P. Crianças com problemas crônicos de saúde. In: E.F.M. Silveiras (Org.) *Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil* (pp. 219-227). Campinas: Papirus, 2000.

AMERICAN Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatric Dentistry*, Reference Manual 2005-2006.

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. 1996.

ARRUDA, P. M.; ZANNON, C. M. L. C. Adesão a tratamento de doença crônica. In C. M. L. C. Zannon (Org.), *Tecnologia Comportamental em Saúde – Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador* (p. 1-28). Santo André: ESETec, 2002.

BAIER, K.; MILGROM, P.; RUSSELL S.; MANCL, L.; YOSHIDA T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatric Dentistry*, 26,316-321. 2004.

BIJOU, S. W.; BAER, D. M. *O desenvolvimento da criança – uma análise comportamental*. São Paulo: EPU, 1980.

BRANDENBURG, O. J.; GAVAZZONI, J. A.; MARINHO, M. L. Estratégias utilizadas por odontopediatras no manejo do comportamento infantil (pp. 53-58). In H. J. Guilhardi (Org.). *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec, 2007. v. 19.

BRENNER, V.; FOX, R. A. An empirically derived classification of parenting practices. *Journal of Genetic Psychology*, 160, 343-356. 1999.

CARR, K. R.; WILSON, S.; NIMER, S.; THORTON, J. B. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatric Dentistry*, 21 (6), 347-353. 1999.

CATANIA, A. C. *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

CAVENDER, K.; GOFF, M. D.; HOLLON, E. C.; GUZZETTA, C. E. Parents' Positioning and Distracting Children During Venipuncture: Effects on Children's Pain, Fear, and distress. *Journal Of Holistic Nursing*, 22 (1), 32-56. 2004.

CHIESA, M. *Radical Behaviorism: The Philosophy and the Science*. Boston: Authors Cooperative, Inc., Publishers. 1994.

CROSSLEY, M. L.; JOSHI, G. An investigation of paediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in the UK. *Brazilian Dentistry Journal*, 192 (9), 517-521. 2002.

CRUZ, R. N. Uma introdução ao conceito de autocontrole proposto pela análise do comportamento. *Rev. bras.ter. comport. cogn.*, 8 (1), 85-94. 2006.

Dahlquist, L.M. & Gil, K.M. (1986). Using Parents To Maintain Improved Dental Flossing Skills In Children. *Journal of Applied Behavior Analysis* 19(3), pp. 255-260

DEKOVIC, M.; JANSSENS, M. A. Parents' child-rearing style and child's sociometric status. *Developmental Psychology*, 28, 925-932. 1992.

FENLON, W. L.; DOBBS, A. R.; CURZON, A. E. J. Parental presence during treatment of the child patient: a study with British parents. *British Dental Journal*, 174, 23-28. 1993.

FIORAVANTE, D.P. *Análise da interação entre o odontopediatra e a criança em situação de atendimento odontológico*. Dissertação de Mestrado, Mestrado em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

FRANKEL, R. I. The Papoose Board and mothers' attitudes following its use. *Pediatric Dentistry*, 13, 284-288. 1991.

GROSS, A. M.; STERN, R. M.; LEVIN, R. B.; DALE, J.; WOJNILOWER, D. A. The Effect of Mother-Child Separation on the Behavior of Children Experiencing a Diagnostic Medical Procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (5), 783-785. 1983.

HANNA, E. S.; TODOROV, J. C. Modelos de autocontrole na análise experimental do comportamento: utilidade e crítica. *Psic.: Teor. e Pesq.* 18(3), 337-343. Recuperado em 08 de julho, 2007, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br. 2002.

HARRIS, A. W.; PETTIT, G. S.; DODGE, K. A.; BATES J. E. Dyadic synchrony in mother-child interaction. *Family Relations*, 43, 417-424. 1994.

HAYDU, V. B. Aprendizagem, desenvolvimento e adaptação. In M. A. T. Zamberlan (Org.), *Psicologia e prevenção: modelos de intervenção na infância e na adolescência* (pp.103-139). Londrina: EDUEL, 2003.

HÜBNER, M.M. Contingências e regras familiares que minimizam problemas de estudos: a família pró-saber. Em R.R. Kerbauy & R.C. Wielnska (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição* (pp. 95-104). São Paulo: Arbytes, 1999.

JOHNSON, R.; BALDWIN, D. C. Maternal Anxiety and Child Behavior. *Journal of Dentistry for Children*, 36(2), 87-92. 1969.

JOHNSTON, J. M.; PENNYPACKER, H. S. Observing and Recording. In J. M. Johnston & H. S. Pennypacker. *Strategies and Tactics of Behavioral Research* (109-134). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1993.

KAM, P. C. A.; VOSS, T. J. V.; GOLD, P. D.; PITKIN, J. Behaviour of children associated with parent participation during induction of general anaesthesia. *J Paediatric Child Health*, 34, 29-31. 1998.

KAMP, A. A. Parent child separation during dental care: a survey of parent's preference. *Pediatric Dentistry*, 14 (4), 231-235. 2002.

KOENIGSBERG, S. R.; JOHNSON, R. Child behavior during sequential dental visits. *Journal of American Dental Association*, 85(1), 128-132. 1972.

KOCHANSKA, G.; AKSAN, N. Mother-child mutually positive affect, the quality of child compliance to requests and prohibitions, and maternal control as correlates of early internalization. *Child Development*, 66, 236-254. 1995.

KOTSANOS, N.; ARHAKIS, A.; COOLIDGE, T. Parental presence versus absence in the dental operator: a technique to manage the uncooperative child dental patient. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 6 (3), 144-148. 2005.

KUHN, B. R.; ALLEN, K. D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: A behavioral science perspective. *Pediatric Dentistry*, 16, 13-17. 1994.

LAMBORN, S. D.; MOUNTS, N. S.; STEINBERG, L.; DORNBUSCH, S. M. Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, 62, 1049-1065. 1991.

LIDDEL, A.; LOCKER, D. Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behavior Modification*, 24, 57-68. 2000.

LUBI, A. P. L. Estilo Parental e comportamento socialmente habilidoso da criança com pares. In M. Z. S. Brandão et al. (Eds). *Sobre Comportamento e Cognição – A história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação* (536-541). Santo André: ESETec, 2003.

MANNE, S. L.; REDD, W. H.; JACOBSEN, P. B.; GORFMKLE, K.; SCHORR, O. Behavioral Intervention to Reduce Child and Parent Distress During Venipuncture. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 565-572. 1990.

MARZO, G.; CAMPANELLA, V.; ALBANI, F.; GALLUSI, G. Psychological aspects in paediatric dentistry: parental presence. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4 (4), 177-180. [Resumo]. Recuperado em 20 de novembro de 2006 de [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/). 2003.

MATOS, M. A. Comportamento governado por regras. *Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn.*3(2), 51-66. 2001.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; DOMINGOS, N. M.; CABALLO, V. E. Psicologia da Saúde: intervenção em hospitais públicos. In B. Range (Org). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais* (pp. 463-474). Porto Alegre: Artmed, 2001.

MICHAEL, J. Evocative and repertoire-altering effects of an environmental event. *Analysis of Verbal Behavior*, 6, 3-9. 1983.

MILGROM, P.; MANCL, L.; KING, B.; WEINSTEIN, P. Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), pp.313-319. 1995.

MORAES, A. B. A. Integração entre pesquisa e serviço de saúde. *Cadernos de Psicologia 1*, 13-21. 1996.

MORAES, A. B. A. Negative and Positive Control in Dental Treatment Situations. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 1, 95-98. 2002.

MORAES, A. B. A.; AMBROSANO, G. M. B.; POSSOBON, R. F.; COSTA JÚNIOR, A. L. Fear Assessment in Brazilian Children: the relevance of dental fear. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 289-294. 2004.

MORAES, A. B. A.; PESSOTTI, I. (1985) *Psicologia aplicada à Odontologia*. São Paulo: Sarvier. Nathan, J. E. Management of the difficult child: A survey of pediatric dentists' use of restraints, sedation, and general anesthesia. *Journal of Dentistry for Children*, July, 293-301. 1989.

NICO, Y. C. *A Contribuição de B.F. Skinner Para o Ensino do Autocontrole como objetivo da educação*. Dissertação de Mestrado, Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. São Paulo-SP, 2001.

O'CALLAGHAN, P. M.; ALLEN, K. D.; POWELL, S. The efficacy of noncontingent escape for decreasing children's disruptive behavior during restorative dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(2), 161-171. 2006.

OLIVEIRA, E. A.; MARIN, A. H.; PIRES, F. B.; FRIZZO, G. B.; RAVANELLO, T.; ROSSATO, C. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 15 (1), 1-11. 2002.

PARPAL, M.; MACCOBY, E. E. Maternal responsiveness and subsequent child compliance. *Child Development*, 56, 1326-1334. 1985.

PATTERSON, G. R. The early development family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Orgs.), *Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention* (pp. 45-64). Washington: APA, 2002.

PINKHAM, J. R. An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *Journal of Dentistry for Children*, 58, 458-463. 1991.

POSSOBON, R. F.; MORAES, A. B. A.; AMBROZANO, G. M. B.; COSTA JUNIOR, A. L. O comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. *Psicologia em estudo*, 9(1), 29-35. 2004.

POSSOBON, R. F.; MORAES, A. B. A.; COSTA JÚNIOR, A. L.; AMBROSANO, G. M. B. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (1), 59-64. 2003.

RADIS, F. G.; WILSON, S.; GRIFFEN, A. L.; COURY, D. L. Temperament as a predictor of behavior during initial dental examination in children. *Pediatric Dentistry*, 16, 21-127. 1994.

REIS, A. A.; TEIXEIRA, E. R.; PARACAMPO, C. C. P. Auto-regras como variáveis facilitadoras na emissão de comportamentos autocontrolados: o exemplo do comportamento alimentar. *Interação em Psicologia*, 9(1), 57-64. 2005.

REPPOLD, C.T; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C.S. Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In C. S. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 9-51). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

ROBEY, L. M. *Stress in the Dental Chair: an Investigation of the Roles of Parental Stress and Child Preparation*. Trabalho de Monografia. St. Mary's College of Maryland, USA. Recuperado em 24 de abril de 2007 de <https://www.smcm.edu/academics/Psyc/SMP/PastSMPs/pdf/RobeySMP0506.pdf>. 2006.

ROCHA, G. V. M. *Análise da relação entre práticas parentais e autoconceito de pré-escolares*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2002.

ROLIM, G.S.; MORAES, A. B. A.; CÉSAR, J.; COSTA JÚNIOR, A. L. Análise do Comportamento do Odontólogo no Contexto de Atendimento Infantil. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 533-541. 2004.

SALVADOR, A. P. V. *Análise da relação entre práticas educativas parentais, envolvimento com tarefas escolares, depressão e desenvolvimento acadêmico de adolescentes*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2007.

SEGER, L.; BANACO, R. A.; GARCIA, I. Técnicas de Controle do Comportamento. In: L. Seger. *Psicologia e Odontologia*. São Paulo: Santos, 2002.

SCHAFFER, H. R.; CROOK, C. K. Child compliance and control techniques. *Developmental Psychology*, 16, 54-61. 1980.

SHIOTA, C. *Estilos Parentais e Comportamentos de Adesão em crianças com câncer*. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Vida – Pós Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas. 2004.

SCHILINGER, H. D. *A Behavior Analytic View of Child Development*. New York: Plenum Press, 1995.

SINGH SÁNCHEZ, K. A.; MORAES, A. B. A.; CESAR, J. Análise Funcional do Comportamento do Dentista no Contexto de sua Atuação Profissional. *Acta Comportamental*, 10(2), 181-198. 2002.

SKINNER, B.F. *Ciência e Comportamento Humano*. (J.C. Todorov & R. Azzi. Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1993. (Trabalho original publicado em 1953)

SKINNER, B. F. A case history in Scientific Method. In B. F. Skinner (Org.), *Cumulative Record: a selection of papers* (3th ed). New York: Appleton-Century-Crofts. Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. New York: Alfred A. Knopf. Skinner, B. F. (1981). Selection by consequences. *Science*, 213(31), 501-504. 1972.

STARK, L. J.; ALLEN, K. D.; HURST, M.; NASH, D. A.; RIGNEY, B.; STOKES, T. F. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 297-307. 1989.

STOKES, T. F.; KENNEDY, S. H. Reducing child uncooperative behavior during dental treatment through modeling and reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 41-49. 1980.

TAVARES, M. J.; MODESTO, A.; TOSTES AMARAL, M.; RÉDUA, P. C. B.; VIANNA, R. Avaliação dos métodos de controle do comportamento infantil utilizados por dentistas enfatizando mão sobre a boca e restrição física. *Revista ABO Nacional*, 8 (5), 296-301. 2000.

TOMITA, L. M. *Análise dos comportamentos de mães e a relação com o comportamento dos filhos durante o tratamento odontológico*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2004.

VENHAM, L. L.; MURRAY, P.; GAULIN-KREMER, E. Child-rearing variables affecting the preschool child's response to dental stress. *Journal of Dental Research*, 58 (11), 2042-2045. 1979.

WEBER, L. N. D.; BRANDENBURG, O. J.; VIEZZER, A. P. A relação entre o estilo parental e o otimismo da criança. *Psico-USF*, 8 (1), 71-79. 2003.

WRIGHT, G. Z.; ALPERN, G. D.; LEAKE, J. L. The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 40, 265-271. 1973.

APÊNDICES

APÊNDICE A
Roteiro de entrevista

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Caro participante, pedimos que responda as seguintes perguntas. É importante a sinceridade nas respostas, pois permitirão avaliar as experiências de seu filho e melhor atendê-lo. Obrigada!

1 – Sobre a criança – Idade (.....); Gênero: Masculino () ou Feminino () Quem cuida da criança:

2 – Sobre o pai ou mãe – Idade (.....); Gênero: Masculino () ou Feminino (); Maior nível de educação: Onde moram:

3 – Onde seu filho segue tratamento odontológico?

4 – Como seu filho se comportou nas consultas anteriores?

6 – Antes de chegar à clínica, você conversou com seu filho sobre a consulta de hoje?

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido – pais

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido – pais

A pesquisa da qual você participará faz parte das atividades de um estudo que investiga o comportamento da criança no atendimento odontológico. Esclarecemos que, por se tratar de um trabalho de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, é importante que os participantes estejam cientes e concordem com os termos abaixo:

- 1.** O objetivo da pesquisa é observar como a criança se comporta durante uma consulta odontológica e buscar explicações para seu comportamento. Essa pesquisa é importante porque contribuirá para compreensão do comportamento da criança e para orientação dos dentistas de como agir para obter colaboração das crianças.
- 2.** Serão gravados em vídeo dois ou mais atendimentos odontológicos da criança, incluindo todas as interações que ocorrerem durante a realização do procedimento odontológico, para posterior análise. Além disso, a criança também será filmada na sala de espera. Após a análise dos dados, as fitas com as gravações serão destruídas.
- 3.** Terá acesso ao conteúdo do vídeo somente a equipe de pesquisa.
- 4.** Em qualquer momento durante a pesquisa, você (ou seu filho) poderá desistir de sua participação, sem que isso traga nenhum prejuízo para você, ou para o tratamento odontológico que seu filho esteja realizando.
- 5.** Os participantes terão sua identidade preservada e garantia de sigilo das informações pessoais em caso de divulgação dos resultados em publicações ou eventos científicos.
- 6.** Os participantes terão acesso irrestrito aos resultados desta análise, e, caso se interessem, poderão solicitar acesso aos resultados finais da pesquisa, após a conclusão da mesma.

A equipe de pesquisa estará à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em quaisquer momentos da condução deste trabalho e mesmo após sua finalização. Contatos podem ser feitos pelo telefone abaixo.

Londrina, ____ / ____ , 2006.

Olivia J. Brandenburg – Pesquisadora
Fones: 99592466; 3371-4227 (UEL) / Endereço: Universidade Estadual de Londrina, Campus Universitário, Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445 Km 380.

Eu, _____, RG nº _____ declaro que estou ciente dos itens constantes neste Termo e concordo com o fornecimento e divulgação dos resultados do trabalho para o estudo citado.

Assinatura do participante (ou responsável)

APÊNDICE C

Termo de consentimento livre e esclarecido – dentistas

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido – dentistas

A pesquisa da qual você participará faz parte das atividades de um estudo que investiga o comportamento da criança no atendimento odontológico. Esclarecemos que, por se tratar de um trabalho de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina, é importante que os participantes estejam cientes e concordem com os termos abaixo:

1. O objetivo da pesquisa é observar como a criança se comporta durante uma consulta odontológica e sua interação com sua mãe ou responsável. Essa pesquisa é importante porque contribuirá para compreensão do comportamento da criança e para orientação dos dentistas de como agir para obter colaboração das crianças.
2. Serão gravados em vídeo dois ou mais atendimentos odontológicos da criança, incluindo todas as interações que ocorrerem durante a realização do procedimento odontológico, para posterior análise. Além disso, a criança também será filmada na sala de espera. Após a análise dos dados, as fitas com as gravações serão destruídas.
3. Terá acesso ao conteúdo do vídeo somente a equipe de pesquisa.
4. Em qualquer momento durante a pesquisa, você poderá desistir de sua participação, sem que isso traga nenhum prejuízo para você, ou para o tratamento odontológico que seu filho esteja realizando.
5. Os participantes terão sua identidade preservada e garantia de sigilo das informações pessoais em caso de divulgação dos resultados em publicações ou eventos científicos.
6. Os participantes terão acesso irrestrito aos resultados desta análise, e, caso se interessem, poderão solicitar acesso aos resultados finais da pesquisa, após a conclusão da mesma.

A equipe de pesquisa estará à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em quaisquer momentos da condução deste trabalho e mesmo após sua finalização. Contatos podem ser feitos pelo telefone abaixo.

Londrina, ___ / ___ , 2006.

Olivia J.Brandenburg – Pesquisadora
Fones: 99592466; 3371-4227 (UEL) / Endereço: Universidade Estadual de Londrina, Campus Universitário, Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445 Km 380.

Eu, _____ , RG nº _____ declaro que estou ciente dos itens constantes neste Termo e concordo com o fornecimento e divulgação dos resultados do trabalho para o estudo citado.

Assinatura do participante

TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS

EXODONTIA

(remoção cirúrgica de um elemento dentário)

Procedimentos:

- 10- Anestesia tópica
- 11- Anestesia infiltrativa
- 12- Sindesmectomia (descolamento do tecido periodontal – uso de espátula para retirar fibras)
- 13- Luxação (fratura dos ligamentos periodontais e osso alveolar- amolecimento do dente com alicate ou alavanca)
- 14- Avulsão (retirada da unidade do alvéolo dental) – arrancar o dente com forceps
- 15- Irrigação com soro fisiológico
- 16- Manobra de Chompret – compressão do alvéolo
- 17- Sutura
- 18- Recomendações pós-cirúrgicas

PULPECTOMIA

(comumente conhecido como tratamento de canal)

Procedimentos:

- 11- Anestesia tópica
- 12- Anestesia infiltrativa (injeção)
- 13- Isolamento relativo (quando dentes frontais)
- 14- Abertura coronária (furar dente para acessar canal)
- 15- Instrumentação do canal (limpar a polpa da câmara pulpar e dos canais radiculares que modelam o canal para possibilitar o seu posterior preenchimento)
- 16- Irrigação com soro fisiológico ou tergenol furacinado
- 17- Colocação de medicação intra-canal (pasta Guedes)
- 18- Restauração temporária
- 19- Raio X final
- 20- Recomendações pós-cirúrgicas

CHOQUE

(aumenta a resistência do dente e a diminuição da microbiota cariogênica)

Procedimentos:

- 1- escovação (escova de dente, gaze ou baixa rotação),
 - 2- fio dental,
 - 3- aplicação de gel no lábio (proteger do medicamento),
 - 4- aplicação de medicamento para paralisar processos de cárie (Saforide - Diamino Fluoreto de Prata), o qual possui gosto azedo e deixa preta a região com cárie,
 - 5- aplicação de flúor, com gosto de morango.
-