

Adriana de Sales Cunha Correia

EVENTOS PRÉ-NATAIS E SUA RELAÇÃO COM
O COMPORTAMENTO INFANTIL DURANTE A
ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, para obtenção do título de Mestre em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Adjunto Robson Frederico Cunha

ARAÇATUBA - SP
2007

Isabel diz: “No momento em que tua saudação tocou minhas orelhas, a criança pulou de alegria no meu ventre”.

Evangelho de São Lucas (I, 44)

“Uma mesma alma governa os dois corpos... As coisas que a mãe deseja imprimem-se às vezes sobre a criança que ela traz, no momento em que ela deseja... Todo querer, desejo supremo ou medo da mãe, ou toda dor do seu espírito, podem atingir poderosamente a criança, às vezes até matando-a”.

Leonardo Da Vinci

“Há muito mais continuidade entre a vida intra-uterina e a primeira infância do que a impressionante cesura do nascimento nos permite saber”.

Sigmund Freud

“O bebê nasce sábio”

Joanna Wilheim

A Thiago e Maria Luíza, minhas razões de viver...

Meu Rei,

Obrigada por seu amor, apoio, seu incentivo para que eu concluísse este curso. Aqui está o resultado de dois anos de correria, nervosismo, ausência, muita ansiedade... e você sempre tentando me compreender e ajudar. Obrigada por ser um pai tão amoroso e dedicado. Te amo demais.

“E pode o céu desabar, a terra toda tremer, que eu jamais vou deixar de te amar, te querer. Enquanto a lua brilhar e o sol aparecer, juro que o meu coração vai ser só de você.”

Rivanil/Everton Mattos/Jairo Góes

Minha Princesa,

Perdoa a mamãe pela ausência em tantos momentos, mas espero que todas as nossas folias, abraços e beijinhos tenham conseguido amenizar um pouquinho de tudo isso... Você é o melhor presente que Deus já me deu. Obrigada pela filha incrível, amorosa e apaixonante que você é. Mamãe te ama.

*“É do cabelo amarelo, dos óio cor de chuchu
Quando eu virar gente grande, me caso logo com tu
O samba de Maria Luiza
O samba de Maria Luiza
O samba de Maria Luiza é bonito pra chuchu
O samba de Maria Luiza é bonito pra chuchu
Ela canta e ela dança, menina
O samba da Marilu, Marilu, Marilu, Marilu
O samba de Maria Luiza é bonito como o quê
E é por isso que o papai
Já tá apaixonado por você
Tá apaixonado por você Maria Luiza*

Tom Jobim

Agradecimento Especial



Ao meu orientador, Professor Robson Frederico Cunha.

“Há três tipos de professores - aqueles que sempre se queixam, aqueles que se limitam a explicar e aqueles que inspiram.”

Sathya Sai Baba

Faltam palavras para expressar a minha admiração, gratidão e principalmente orgulho de ter sido sua orientada. Obrigada pelo imenso carinho, pela paciência, pelo empenho, por ter me transmitido a importância da disciplina, por levar ao pé da letra a palavra ORIENTADOR!!!

O Senhor sem dúvida é um exemplo do que é ser Mestre, e do que é o amor pelo ensino e pela arte de ensinar.

Muito obrigada, Professor.

Agradecimientos



A Deus

Salmo 121

*“Elevo meus olhos para os montes.
De onde me virá o socorro?
O meu socorro vem do Senhor
Que fez o céu e a terra.
Não deixará vacilar o teu pé.
Aquele que te guarda não tosquenejará.
Eis que não tosquenejará
Nem dormirá o guarda de Israel.
O Senhor é quem te guarda.
O Senhor é a tua sombra a tua direita.
O sol não te molestará de dia.
Nem a lua de noite.
O Senhor te guardará de todo o mal.
Ele guardará a tua alma.
O Senhor guardará a tua entrada
E a tua saída
Desde agora e para sempre. Amém.”*

Obrigada Senhor pela vida e pela força em todos os momentos de fraqueza.

A meus amados pais, Dalmio e Cleiber

Vocês são o meu exemplo de vida, de honestidade, de amor aos filhos, de dignidade. Obrigada pela dedicação, por todo o investimento na minha formação, pelo incentivo em todas as horas.

Dady,

Você é o meu herói, meu amigo, meu professor, meu maior incentivador. Te amo muito.

Mamily,

Você é meu refúgio, meu oásis no deserto. Tenha sempre certeza do meu infinito amor por você. Te amo, te amo, te amo.

Às minhas queridas irmãs, Andréa e Amanda

Dedéa,

Minha gêmeula!!!! Tenho certeza que você vai se emocionar ao ler partes deste trabalho, pois você verá que a forte ligação entre nós advém não só da genética, mas também de nossa união pré-natal.

Amomy,

Minha irmãzinha do coração, já é uma mulher, mas sempre será nossa caçulinha tão amada.

Amo vocês, minhas queridas.....quanta saudade....

Às minhas avós Maria e Maria (in memorian), meus avós, João e João (in memorian). Apesar da distância e da saudade, vocês e todos os meus tios, tias e primos têm um lugar reservado no meu coração. Amo vocês.

Aos meus queridos sogros, Célio e Neusa

*Obrigada pelo incentivo, por me ajudarem tanto com a Maria Luíza,
pelo amor e carinho nestes quase 13 anos de convivência...*

Sogrinha, obrigada pelas orações que tanto me fortaleceram...

Sogrinho, obrigada por me fazer sentir amada como uma filha...

Vocês estão no meu coração. Amo muito vocês dois!!!

Aos meus queridos cunhados,

Helinho e Rafa

Obrigada pela amizade, pelos churrascos, pelas piadas e tantos risos...

Wellington e Johannes

Obrigada por fazerem minhas irmãs felizes!!!

Ao meu sobrinho Samuel,

Carinha da titia, te amo!!!

À Dona Osmarina,

*Deidei, obrigada por cuidar tão bem de mim, do Thi, e principalmente
por seus cuidados tão preciosos com a Malú. A Senhora é uma bênção de
Deus nas nossas vidas...*

À Mariana e ao Fábio,

*Vocês sabem o quanto os amo e sou grata pela amizade, carinho e
dedicação. Vocês são a essência da palavra "amigos"...*

À Faculdade de Odontologia de Araçatuba, na pessoa dos professores Dr. Pedro Felício Estrada Bernabé, digníssimo Diretor e Dra. Ana Maria Pires Soubhia, digníssima Vice-Diretora.

Ao Curso de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, na pessoa de sua vice-coordenadora Prof^a. Dr^a. Kikue Takebayashi Sassaki.

Aos docentes da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, UNESP, Prof. Dr. Célio Percinoto, Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, Prof^a Dra. Rosângela dos Santos Nery, Prof^a Dra. Sandra M. H. C. Ávila de Aguiar e Prof^a Dra. Cleide Cristina R. Martinhon pelo carinho e atenção em todos os momentos.

Aos funcionários da Disciplina de Odontopediatria, Maria dos Santos Ferreira Fernandes e Mário Luis da Silva, pela amizade, auxílio e convivência tão especiais.

Aos queridos amigos da minha turma de Mestrado, Carolina, Gilberto, Renata e Vanessa, por estes dois anos de amizade, respeito e companheirismo. Vocês estarão sempre no meu coração.

Aos colegas da Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, Alessandra, Alessandra Gomes, Ana Elisa, Ana Carolina, Ana Carolina Zaze, Daniela, Denise, Eliana Rodrigues, Eliana Takeshita, Fernanda, Isabelle, Janaina, Juliano, Karina Bianco, Karina Mirela, Karine, Kélio, Leciana, Lílian, Luciana, Marcelo, Márcio Kadá, Mariana, Max Douglas, Rebeca, Simone, Taís e Tatyana pela convivência harmoniosa e divertida.

Aos amigos: Carol, Gilbert, Jana, Ká Bianco, Ká Mirela, Karine, Lú, Márcio, Mari, Max, Rê, Siba, Taty e Vã pelos momentos de aprendizado, confraternização, e pelo carinho que sempre tiveram comigo. Muito obrigada.

Aos funcionários da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da UNESP, Ana Cláudia, Cláudio, Ivone, Izamar, Luzia, Maria Cláudia e Marina pela atenção e disponibilidade com que sempre me receberam.

Ao Diogo, Marina e Valéria da Seção de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia de Araçatuba- UNESP, pelo profissionalismo, carinho e paciência..

Aos professores e funcionários da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, em especial ao Prof. João Eduardo Gomes Filho, pela competência e carinho ao longo da disciplina que ministrou.

À Prof^a Dra. Maria Lucia Marçal Mazza Sundefeld pela atenção e prestatividade na realização dos testes estatísticos.

À Maria Aparecida Nascimento Xavier, Presidente do Hospital Neurológico “Ritinha Prates” de Araçatuba-SP, pela amizade, confiança e apoio.

Aos meus queridos pacientes do Hospital Neurológico “Ritinha Prates”, meu amor e meu carinho eternos.

À amiga Ana Cláudia, auxiliar odontológica do Hospital Neurológico “Ritinha Prates”, pela convivência harmoniosa, companheirismo e dedicação.

Aos amigos César Henrique, Andrei, Mônica, Isleide, Eliana, Alessandra, Carla e Éder, da equipe técnica do Hospital Neurológico “Ritinha Prates” pela compreensão da minha “ausência” e pela amizade tão sincera.

A todos os funcionários do Hospital Neurológico “Ritinha Prates”, pelo respeito e carinho nestes 4 anos de convivência.

À Banda Pra Quinteto Falta Um, pela amizade, carinho e pelos momentos de diversão, piadas hilárias e muita música de qualidade!!!

Aos queridos amigos César e Rita, Ângelo e Lú, Juninho, Miltinho e Fá, Tito e Lia, Nathan e Carol, Lisi e Dani, Adhemar e Déia, Pablo e Paulinha, e aos meus “sobrinhos postiços”, Marcela, Cauê, Rafa, e Thales, pela nossa amizade tão gostosa!!!

Ao Dr. Orlando Ribeiro, que desde a minha graduação foi não apenas um colega de profissão, mas um dedicado tutor e amigo verdadeiro.

À Claudete, que fez a língua inglesa se tornar mais familiar e fascinante para mim.

À Sílvia Helena pela valiosa ajuda na formatação deste trabalho.

A todas as mães que entrevistei na Bebê-Clinica da FOA-UNESP, pela participação, sinceridade e por terem me deixado ler uma página tão bonita do livro de suas vidas...

A todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização do Curso de Mestrado.

CORREIA, A. S. C. **Eventos pré-natais e sua relação com o comportamento infantil durante a assistência odontológica.** 2007. 155f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Campus de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, 2007.

A Psicologia do Comportamento tem contribuído com a Odontologia na redução do estresse e ansiedade no paciente adulto e no condicionamento e manejo da criança. Atualmente, o estudo do desenvolvimento humano mostra-se como ponto-chave para o efetivo conhecimento, diagnóstico e solução de inúmeros distúrbios psicológicos, psicossomáticos e comportamentais, e se caracteriza principalmente por mudanças físicas e mentais que ocorrem na criança, desde os primeiros meses de vida intra-uterina. O presente trabalho avaliou através de um estudo retrospectivo, a possível influência dos eventos pré-natais, envolvendo o feto e a mãe, no comportamento do bebê frente à assistência odontológica. Foram entrevistadas 120 mães de bebês atendidos na Bebê-Clínica da FOA-UNESP, através de questionário, o qual abordou o estado emocional e psicológico da mãe no início da gestação, os fatores sociais e econômicos, o estado de saúde materna, o estado de saúde do bebê e a relação pais-filho, bem como o comportamento fetal. Com base nestes dados foi estabelecido o perfil pré-natal materno, o qual foi comparado ao perfil comportamental dos bebês exibidos durante os atendimentos na Bebê-Clínica. A relação entre a experiência odontológica da mãe e o comportamento dos bebês foi também avaliada. De acordo com a metodologia utilizada e os resultados verificados foi possível concluir que, embora o número de mães com perfil pré-natal favorável, cujos bebês apresentaram em sua maioria comportamento colaborador, tenha sido mais prevalente, não houve relação estatisticamente significativa entre a experiência odontológica materna e o

comportamento exibido pelo paciente, assim como não houve influência dos eventos pré-natais sobre o comportamento do bebê durante a assistência odontológica.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Psicologia da criança. Lactente. Comportamento infantil.

CORREIA, A. S. C. Prenatal events and their relation with the infant behavior during dental treatment. 2007. 155p. Dissertation (Master in Pediatric Dentistry) – Dental School of Araçatuba, UNESP – São Paulo State University, Araçatuba, 2007.

The Behavioral Psychology has contributed to Dentistry in reducing stress and anxiety in adult patient and in the child's adaptability and management. Recently, the human developmental study presents itself as the key point for the effective knowledge, diagnosis and solution of various psychological, psychosomatic and behavior disturbances and it characterizes itself especially as mental and physical changes that occur in the child since the first months of intrauterine life. The current work assessed, through a retrospective study, the possible influence of the prenatal events, involving the fetus and the mother, in the infant's behavior facing the dental treatment. A total of 120 mothers of babies seen at Clinic for Babies at the Dental School of Araçatuba-UNESP, through a questionnaire, which approached the mother's emotional and psychological state at the beginning of pregnancy, the economic and social factors, the maternal health state and the relationship parents-child, as well as the fetal behavior. Based on this data, it was established the maternal prenatal profile, which was compared to the babies' behavior profile displayed during the assistances at Clinic for Babies. The relationship between the mother's dental experience and the babies' behavior was assessed as well. According to the methodology utilized and to the overcomes verified it was possible to conclude that, although the number of mothers with favorable prenatal profile, whose babies displayed in their majority collaborative behavior, has been more prevalent, there was no statistically significant relation between the maternal dental experience and

the behavior displayed by the patient, as there was no influence of the prenatal events over the infant behavior during the dental treatment.

Keywords: Prenatal care. Child psychology. Infant. Child behavior.

Lista de Tabelas

TABELA 1 -	Grupos de bebês segundo a faixa-etária (idade em meses).	66
TABELA 2 -	Idade materna no momento do parto.	73
TABELA 3 -	Reação da mãe diante da confirmação da gravidez.	75
TABELA 4 -	Reação do pai do bebê frente à notícia da gravidez.	75
TABELA 5 -	Relação afetiva da mãe com o pai do bebê durante a fase pré-natal.	76
TABELA 6 -	Renda familiar.	77
TABELA 7 -	Tipo de domicílio da família.	78
TABELA 8 -	Experiência odontológica da mãe (medo de ir ao dentista e/ou experiência de dor durante a assistência).	80
TABELA 9 -	Tipos de estímulos pré-natais realizados pela mãe.	82
TABELA 10 -	Número e porcentagem do perfil dos movimentos fetais, frequência e período de execução dos mesmos.	83
TABELA 11 -	Número e porcentagem do perfil materno pré-natal por grupo de bebês.	84
TABELA 12 -	Número e porcentagem do perfil comportamental dos bebês atendidos na Bebê-Clínica da FOA – UNESP.	85
TABELA 13 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e perfil pré-natal materno.	86
TABELA 14 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães na faixa etária materna abaixo de 20 anos.	87
TABELA 15 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães na faixa etária materna de 20 a 30 anos.	88
TABELA 16 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães na faixa etária materna acima de 30 anos.	89
TABELA 17 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães no G1 (0-12 meses).	90
TABELA 18 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães no G2 (13-18 meses).	91
TABELA 19 -	Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães no G3 (19-24 meses).	92

TABELA 20 -	Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês.	93
TABELA 21 -	Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês no G1 (0-12 meses).	94
TABELA 22 -	Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês no G2 (13-18 meses).	95
TABELA 23 -	Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês no G3 (19-24 meses).	96

Lista de Abreviaturas

HPA	Eixo Hipotalâmico-hipófisário-adrenérgico.	49
CRH	Hormônio liberador de corticotropina.	51
FOA-UNESP	Faculdade de Odontologia de Araçatuba – Universidade Estadual Paulista.	66
N	Número.	66
FISIOB	Fisioterapia bucal.	69
ATF	Aplicação tópica de flúor.	69
SM	Salários mínimos.	77
G1	Grupo 1 – bebês de 0 a 12 meses.	90
G2	Grupo 2 – bebês de 13 a 18 meses.	91
G3	Grupo 3 – bebês de 19 a 24 meses.	92
NN	Mãe que relatou não ter medo de ir ao dentista e nunca ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.	93
NS	Mãe que relatou não ter medo de ir ao dentista, mas já ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.	93
SN	Mãe que relatou ter medo de ir ao dentista, mas nunca ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.	93
SS	Mãe que relatou ter medo de ir ao dentista, e já ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.	93

Lista de Anexos

Anexo A	137
Anexo B	138
Anexo C	142
Anexo D	143
Anexo E	144
Anexo F	150
Anexo G	151
Anexo H	152
Anexo I	153
Anexo J	154
Anexo L	155
Anexo M	156

Sumário

1	INTRODUÇÃO	31
2	REVISÃO DE LITERATURA	36
3	PROPOSIÇÃO	63
4	MATERIAL E MÉTODO	65
4.1	Aplicação de questionário (Anexo B)	67
4.2	Avaliação do comportamento dos bebês	69
5	RESULTADOS	73
5.1	Análise do questionário	73
5.2	Perfil comportamental dos bebês	85
5.3	Relação entre eventos pré-natais e comportamento pós-natal	86
6	DISCUSSÃO	98
6.1	Análise do questionário	102
6.1.1	Bloco 1	102
6.1.2	Bloco 2	108
6.1.3	Bloco 3	109
6.1.4	Bloco 4	111
6.1.5	Bloco 5	114
6.2	Perfil comportamental dos bebês	118
6.3	Relação entre eventos pré-natais e comportamento pós-natal	120
7	CONCLUSÃO	125
8	REFERÊNCIAS	127
9	ANEXOS	



1 Introdução

As teorias da Psicologia do Comportamento têm contribuído com a Odontologia na redução do estresse e ansiedade ao tratamento dentário no paciente adulto e, principalmente com a Odontopediatria, desde o condicionamento até o manejo da criança.

Segundo Klatchoian (2002), apesar do avanço técnico e científico da Odontologia, o emprego de novos materiais restauradores e a grande ênfase dada à prevenção da cárie e de doenças periodontais, persiste ainda um sentimento ou uma sensação desagradável relacionada à experiência odontológica. Sensações como medo e ansiedade, além da fobia odontológica, são problemas que, entre crianças e mesmo entre adultos, estão longe de se extinguirem. A autora também relata que um dos objetivos da Odontopediatria é a busca de entendimento e aproximação entre dentistas e crianças, pois, na verdade, estes profissionais participam de um intercâmbio ativo com um ser humano em desenvolvimento.

Atualmente, o estudo do desenvolvimento humano mostra-se como ponto-chave para o efetivo conhecimento, diagnóstico e solução de inúmeros distúrbios psicológicos, psicossomáticos e comportamentais. O desenvolvimento se caracteriza principalmente por mudanças que ocorrem na criança quando,

gradualmente, suas capacidades físicas e mentais vão aumentando, isto é, mudando em complexidade e função (KLATCHOIAN, 2002). As mudanças físicas e mentais ocorrem desde os primeiros meses de vida intra-uterina, de acordo com diversas pesquisas realizadas nos últimos trinta anos, tanto no campo da Psicologia, quanto da Psicanálise. Assim sendo, os estudos referentes a estes eventos pré-natais levaram ao surgimento de uma nova ciência, a Psicologia Pré-natal (WILHEIM, 1997).

A Psicologia Pré-natal é o estudo do comportamento e do desenvolvimento, tanto evolutivo como psico-afetivo-emocional do indivíduo, no período anterior ao seu nascimento (WILHEIM, 1997). Esta definição está de acordo com Klatchoian (2002), a qual afirmou que o comportamento inicia sua organização antes do nascimento e com Corrêa (2002), a qual afirmou que a finalidade principal da psicologia pré-natal é orientar o planejamento familiar com um trabalho consciente e esclarecedor com o casal “grávido”, além de prevenir distúrbios ligados à saúde mental, atentando para o crescimento e maturidade do indivíduo. Wilhelm (1997) relatou que todos os fatos ocorridos com o ser antes dele nascer recebem registro mnêmico, o qual permanece guardado apenas no plano do inconsciente, e que todas as vivências pelas quais passa o ser no período pré-natal irão fazer parte de sua bagagem inconsciente, exercendo influência tanto sobre a sua personalidade pós-natal como sobre a sua conduta e o seu comportamento.

Dipietro et al. (2004) afirmaram que não há relação mais profunda e, entretanto enigmática que a relação mãe-feto. Bernart e Sebastian (1998, In: Corrêa, 1998) relataram que o período gestacional define as 40 semanas de formação, o desenvolvimento e crescimento do feto, assim como compreende um momento de grande importância na preparação para a maternidade. No entanto, pouco tem sido pesquisado sobre a conexão psicológica materno-fetal além daquela oferecida pela

obstetrícia. Porém, Verny (1993) relata que desde as décadas de 40 e 50 pesquisadores começaram a detectar que as emoções sentidas pela mãe repercutiam sobre a criança que ela carregava. Segundo o mesmo autor, já nos anos 60, neurologistas e audiologistas apresentaram prova sólida e irrefutável de que o feto é um ser capaz de reações auditivas, sensoriais e afetivas.

Para Wilhelm (1997), o feto é um ser inteligente, sensível, com traços de personalidade próprios, e que tem uma vida afetiva e emocional estreitamente vinculada à sua experiência relacional com sua mãe, captando os seus estados emocionais e sua disposição afetiva para com ele. Essa relação materno-filial e as modificações na rede de intercomunicação familiar se iniciam, de acordo com Maldonado (1997), no primeiro trimestre da gestação, a partir do momento em que a mãe percebe – consciente ou inconscientemente - que está grávida.

O feto apresenta rudimentos de aprendizado e possui uma identidade que o distingue dos outros indivíduos (WILHEIM, 1997). Esta identidade ficou comprovada através dos estudos de Piontelli (1995), nos quais foi observado que os padrões de conduta e de temperamento aparecem muito cedo no período gestacional, as características individuais notadas também desde o tempo mais inicial mantêm-se por todo o período pré-natal, e que as diferenças de personalidade, evidentes e marcantes já em fetos de quatro meses, serão características individuais das suas personalidades pós-natais.

A memória do feto também é foco de diversos estudos. Trabalhos com música e estímulos sonoros diversos (WILHEIM, 1997), estímulos táteis e até estímulos gustativos (VERNY, 1993) comprovam a existência de registros mnêmicos que se perpetuam pela vida pós-natal. No caso de traumas natais, pré-natais, do momento da concepção ou anteriores a ela, Wilhelm (1997) afirmou que estes eventos

têm o poder de reger a conduta pós-natal, determinando padrões psicopatológicos, psicossomáticos e de comportamento.

Portanto, se a personalidade e as características individuais pós-natais já estão definidas na vida pré-natal, poderia um comportamento adequado esperado ser moldado ainda na vida intra-uterina? O comportamento do paciente odontopediátrico, ou pelo menos parte dele, estaria relacionado com as vivências físicas e emocionais pré-natais de cada indivíduo?

A literatura odontológica não relata estudos sobre a influência dos acontecimentos pré-natais sobre o comportamento do paciente em consultório. Alguns trabalhos, como o de Konishi e Konishi (2002), abordam a Odontologia Intra-uterina e o Pré-natal Odontológico, e a maioria discute os cuidados bucais da gestante e a educação em saúde bucal dos pais em relação ao bebê. Entretanto, os estudos da Psicologia Pré-natal demonstram-nos a influência dos eventos nesta fase sobre o comportamento da criança e do adulto, a existência de traumas pré e peri-natais que repercutem por toda a vida do indivíduo, e na capacidade do feto de aprendizagem e memória. Considerando estes fatores, bem como a escassez de pesquisas versando a respeito deste tema na área odontológica, o presente trabalho visa avaliar a possível influência dos eventos pré-natais, envolvendo o feto e a mãe, no comportamento dos bebês frente à assistência odontológica.



2 Revisão da Literatura

Foi realizado um levantamento bibliográfico enfocando estudos sobre psicologia pré-natal, comportamento fetal, fatores maternos, e comportamento pós-natal.

Thompson (1957) observou que o trauma emocional sofrido pela fêmea do rato durante a gravidez pode afetar as características emocionais da prole. O autor se referiu a estudos com hormônios como a cortisona, adrenalina, e hormônio adrenocorticotrópico injetados dentro da mãe durante a gravidez, os quais exerceram efeitos sobre o feto, via troca sanguínea materno-fetal, e conclui que se fortes emoções podem liberar tais substâncias dentro da corrente sanguínea da mãe, pode-se supor que elas teriam influência importante sobre o desenvolvimento comportamental do feto.

Stott (1973) explorou a relação entre a morbidade infantil e uma larga escala de fatores possivelmente nocivos durante a gravidez. Ele afirmou que o estresse envolvendo tensões pessoais severas contínuas, em particular a discórdia marital, está intimamente associado com a morbidade infantil, na forma de saúde precária, disfunção neurológica, atraso de desenvolvimento, e distúrbio de comportamento. O autor também relatou que o baixo status sócio-

econômico e um ambiente adverso não são significativamente relacionados à morbidade infantil, se não houver alguma tensão pessoal.

Nijhuis et al. (1982) pesquisaram a existência de estado comportamental no feto humano. Os movimentos corporais e oculares do feto, visualizados por meio de imagens ultra-sônicas em tempo real, e o padrão do índice cardíaco fetal foram as variáveis de estado. Os autores observaram evidência de episódios de alerta nos fetos.

Kumar et al. (1984) desenvolveram um questionário para medir o ajuste materno e atitudes maternas durante a gravidez e após o parto, pois segundo os autores ter um bebê implica em mudanças muito grandes no ajuste intra-físico e interpessoal, e o parto está associado com um aumento do risco de desordens psiquiátricas, sendo possível, à medida que a gravidez progride, encontrar indícios de tais distúrbios. Com o questionário eles avaliaram a percepção materna de seu corpo, dos sintomas somáticos, da relação marital, atitudes com relação ao sexo e atitudes com relação à gravidez e ao bebê.

Piontelli (1987) descreveu seu estudo sobre a observação de bebês antes do nascimento, com a ajuda de ultra-som. A autora realizou 5-6 observações ultra-sonográficas com duração de uma hora cada começando da 14^a-18^a semanas de gravidez, em intervalos mensais até o termo, considerando o comportamento do feto e também da mãe. Após o nascimento, ela acompanhou mãe e criança em casa com observações do bebê como descrito por Bick (1964), e concluiu que a pesquisa apontou a possibilidade de se detectar precocemente marcas de caráter já no útero.

Arizmendi e Affonso (1987) estudaram os eventos estressantes relacionados à gravidez e pós-parto em 221 mulheres. Elas foram divididas em

três grupos: mulheres no 1º, e 3º trimestre e mulheres no pós-parto (n = 60). Os autores relatam que os estressores foram classificados de acordo com sua frequência e intensidade, sendo os mais intensos e comuns a todos os grupos a ansiedade em relação ao bem-estar do bebê, o trabalho de parto e o parto, e questões relacionadas aos seus companheiros/maridos. Eles também observaram o estresse contínuo devido a pensamentos do trabalho de parto e do momento do parto entre mulheres no pós-parto.

Van den Bergh et al. (1989) observaram o efeito das emoções maternas (induzidas) sobre o comportamento fetal em dez mulheres saudáveis no final da gestação. As emoções foram induzidas mostrando um filme de um parto normal. O comportamento fetal foi registrado por medidas de observação em tempo real e pelo monitoramento do índice cardíaco fetal. Os autores afirmaram que nenhum efeito sobre a atividade motora ou sobre a organização do estado comportamental pode ser encontrado como resultado deste filme, mas que houve, entretanto, uma correlação significativamente positiva entre o nível médio de ansiedade da mulher e a atividade motora dos fetos.

Poucos trabalhos relacionaram a influência dos eventos pré-natais com a Odontologia. Dentre eles está o estudo de Batanova et al. (1990), no qual os autores consideraram a presença de doença cardíaca na mãe como um fator de risco para o desenvolvimento de anormalidades nos dentes decíduos e cáries.

Outro estudo que avaliou a influência pré-natal sobre o tecido dental foi o de Tumshevits et al. (1990), que procurou elucidar a contribuição da exposição de gestantes ao estresse no desenvolvimento de cáries nos dentes decíduos. Os autores analisaram 320 bebês com período pré-natal favorável e não favorável complicado por situações de estresse, e revelaram que o estresse

emocional da mãe no período de formação dos tecidos duros do dente decíduo do feto reduziu a resistência à cárie dos dentes do bebê e baixou o efeito profilático do flúor.

Dando seguimento aos estudos da área médica e psíquica foi examinado também o estudo de Schneider e Coe (1993), os quais avaliaram 90 bebês de macacos-esquilo nascidos de gestações normais e estressadas. Os autores afirmaram que distúrbios psicológicos repetidos durante a gestação, alteraram o desempenho de filhotes jovens em testes neuromotores, prejudicaram as reações de equilíbrio, causaram intervalos de atenção mais curtos e episódios de divagação. Quando apenas um período estressante era imposto durante o meio da gestação, os bebês não eram diferentes dos sujeitos controle, indicando que o estresse sustentado por toda a gravidez pode ter efeitos deletérios sobre o desenvolvimento fetal, mas um curto período de estresse, pelo menos enquanto restrito ao meio da gestação, não parece afetar adversamente as respostas neuromotoras de bebês primatas.

Clarke e Schneider (1993) analisaram os efeitos a longo prazo do estresse pré-natal sobre as respostas comportamentais ao estresse em macacos rhesus jovens. Seis macacas grávidas foram repetidamente removidas de suas gaiolas e brevemente expostas a barulho imprevisível durante o meio e final da gestação. A prole prenatalmente estressada mostrou mais comportamento social anormal e menos comportamento social normal que os controles. Os autores sugeriram que a prole de mães estressadas durante a gestação pode mostrar elevada sensibilidade aos estressores posteriormente na vida, indicando que o estresse pré-natal pode ter efeitos a longo prazo sobre a reatividade comportamental.

Verny (1993) relatou que diversos estudos sobre mulheres grávidas, esquizofrênicas e psicóticas testemunharam efeitos devastadores provocados pelo abandono no útero. Estes estudos mostraram que essas mulheres eram incapazes de se interessar pelas suas crianças, já que a doença mental impedia qualquer comunicação verdadeira entre mãe e feto. Segundo o autor, este silêncio, este caos, deixa traços profundos nos bebês, que tendem a apresentar no ato do nascimento bem mais problemas físicos e afetivos que os bebês de mulheres mentalmente sadias.

Lou et al. (1994) afirmaram que os estressores pré-natais da vida humana afetam o desenvolvimento cerebral fetal. Eles estudaram 3021 mulheres através de questionário sobre fatores psicológicos e ambientais durante o meio da gestação. Destas, 70 mulheres foram selecionadas apresentando moderados e severos eventos de vida estressantes e uma inadequada rede social. Elas foram comparadas com 50 mulheres não estressadas com uma intacta rede social. Os autores sugeriram a existência de uma síndrome de estresse fetal com efeitos adversos sobre o desenvolvimento do feto, incluindo desenvolvimento cerebral deficiente.

Groome et al. (1995) estudaram os efeitos da ansiedade materna durante a gravidez sobre o comportamento fetal da 38^a à 40^a semana em 18 gestações. Ao serem comparados com fetos de mães com baixos níveis de ansiedade, os fetos de mães com altos níveis de ansiedade passaram mais tempo em sono tranqüilo e exibiram menos movimento generalizado de corpo quando em sono ativo. Os autores concluíram que a ansiedade materna durante a gestação pode ter um efeito significativo sobre o comportamento fetal.

Piontelli (1995) relatou que em crianças pequenas, podem-se encontrar memórias factuais de seu estágio peri-natal ou pelo menos traços deste ainda relativamente não distorcidos ou matizados pelos acréscimos da vida posterior, e que se a sua vida pré-natal e/ou o seu nascimento tiver sido perturbado ou traumático, pode ainda ser possível observar repercussões no estado de mente atual da criança. Neste estudo encontra-se uma notável consistência no comportamento anterior e posterior ao nascimento, e que muitas crianças pequenas apresentam sinais, depois do nascimento, de terem sido influenciadas por experiências que tiveram antes de nascer, mostrando uma incrível continuidade psicológica e comportamental em aspectos da vida pré e pós-natal.

DiPietro et al. (1996) procuraram estabelecer as diferenças individuais neurocomportamentais antes do nascimento e sua possível relação com o temperamento infantil posteriormente. No estudo o índice cardíaco e os movimento fetais foram registrados em 31 fetos em 6 idades gestacionais a partir da 20^a semana de gestação (20^a, 24^a, 28^a, 32^a, 36^a, 38^a-39^a). Os dados do temperamento materno foram coletados aos 3 e 6 meses de gestação. Os autores relataram que uma estabilidade moderada em todas as medidas, exceto a reatividade, foi observada. Eles observaram que em geral, quanto mais ativos os fetos, mais difícil, imprevisível, desadaptada e ativa era a criança durante a infância. Fetos com índices cardíacos maiores estavam associados com menor tom emocional, grau de atividade e previsibilidade. Os autores concluíram que características do neurocomportamento fetal podem prover uma base para as diferenças na reatividade e regulação na infância.

Clapp III (1996) testou a hipótese de que a realização de exercícios físicos regulares durante a gestação afeta contrariamente o desenvolvimento neural e morfométrico de crianças aos 5 anos de idade. Para tanto, os filhos de 20 mulheres que se exercitaram foram comparados com aqueles de 20 mulheres que durante a gestação interromperam os exercícios físicos. Todas as mulheres foram inseridas em um índice de gestação, monitoradas totalmente, e apresentaram um pré, peri e pós-natal normais. As medidas morfométricas foram obtidas ao nascimento e aos cinco anos de idade por um único observador treinado. O desenvolvimento neural foi avaliado empregando testes de desenvolvimento psicológico ocultados em relação à condição dos exercícios maternos. O autor observou que ao nascimento a circunferência e comprimento cefálico foram semelhantes, mas os filhos das mulheres que realizaram exercícios apresentaram menos peso e menos gordura, e que aos cinco anos de idade estes resultados se repetiram. Ele concluiu que a prática de exercícios durante a gestação não interfere no desenvolvimento neural e morfométrico e reduz sim a massa de gordura subcutânea dos filhos.

Hepper (1996) questionou: o feto tem uma memória? Se sim, quais funções ela exerce? O autor relatou evidência de aprendizado fetal e afirmou que o feto tem uma memória. Segundo ele, as possíveis funções da memória seriam: prática, reconhecimento da mãe e apego, promoção da amamentação e aquisição de linguagem.

Wadhwa et al. (1996) analisaram os fatores psico-sociais e o eixo neuroendócrino em gestantes humanas. Cinquenta e quatro mulheres adultas com gestação singular compuseram a amostra. Os hormônios maternos foram avaliados laboratorialmente e o estresse pré-natal, apoio social, e personalidade

foram coletados usando um questionário de auto-relato. Os autores ressaltam o papel do sistema neuroendócrino como um suposto caminho mediano entre os fatores psico-sociais e as conseqüências do nascimento, e também possivelmente como um mecanismo ligando traços do meio ambiente psico-social materno ao desenvolvimento cerebral fetal/infantil.

Piontelli et al. (1997) mostrou em seu estudo de gêmeos que independente de serem mozigóticos ou dizigóticos, os fetos apresentam estilos comportamentais individualizados e que apesar dos gêmeos chamados idênticos serem muito parecidos, eles não são idênticos comportamentalmente, desde muito cedo na gestação.

Glover (1997) afirmou que muita atenção tem sido prestada à doença mental pós-natal e também aos seus possíveis efeitos sobre o bebê, mas que muito menos atenção tem sido dada à desordem mental pré-natal e seus possíveis efeitos sobre o desenvolvimento fetal. Para o autor, há cada vez mais evidência de que variações no meio ambiente pré-natal podem influenciar as respostas do bebê à vida, como por exemplo, o baixo peso para a idade gestacional, que tem sido descrito ser preditivo da susceptibilidade a vários problemas coronarianos décadas depois. Outros efeitos a curto prazo são a prematuridade e complicações da gravidez. Ele também cita o efeito a longo prazo do estresse materno pré-natal sobre o neurodesenvolvimento do bebê, além de trabalhos os quais têm enfatizado que a vulnerabilidade do adulto à doença pode ser programada durante o período fetal, que o feto desenvolve uma gama de respostas comportamentais desde o começo da gestação, responde a sons externos desde a 20^a semana, e que ele também pode estabelecer sua

própria resposta hormonal e outras respostas ao estresse desde o meio da gestação.

Segundo Wilhelm (1997), o feto pode perceber a luz e som, é capaz de engolir, ter paladar, escolher uma posição predileta, registrar sensações e mensagens sensoriais; ele dorme, sonha, acorda, boceja, esfrega os olhos, espreguiça-se, faz caretas, pisca, dá “passos”, reconhece a voz de sua mãe, brinca com seu cordão umbilical e com sua placenta, chupa o dedão do pé, reage com irritação quando se sente molestado e apresenta rudimentos de aprendizado. Ele também tem uma vida emocional: é um ser que sente, tem emoções, experimenta prazer e desprazer, dor, tristeza, angústia ou bem-estar; é capaz de relacionar-se com sua mãe, captando seus estados emocionais e sua relação afetiva com ele.

DiPietro et al. (1998) realizaram um estudo longitudinal e avaliaram o desenvolvimento neurocomportamental em fetos humanos da 24^a à 36^a semana de gestação. As 103 mães da amostra foram agrupadas pela classe sócio-econômica. Os dados foram coletados em entrevistas de 50 minutos de duração em três períodos e incluíram medidas do índice cardíaco, movimentos e padrões biocomportamentais. Os autores observaram que com o avanço da gestação, os fetos exibiam uma redução no índice cardíaco, aumento da variabilidade deste índice, e associação entre o movimento e o índice cardíaco, aumento do vigor do movimento e maior concordância biocomportamental. Os fetos do gênero masculino apresentaram mais alta variabilidade do índice cardíaco durante toda a gestação e uma precoce emergência de organização biocomportamental do que as do gênero feminino. Os fetos de mães de condição sócio-econômica inferior tiveram uma reduzida variabilidade do índice

cardíaco, moveram-se menos freqüentemente e com menos vigor, apresentaram menor associação entre movimento e índice cardíaco, e tiveram menos episódios de sincronia calma/atividade. Os autores apresentam, na introdução, relatos de outras pesquisas as quais afirmam que as diferenças de gênero apontam para um maior risco no masculino (mortalidade e morbidade), devido provavelmente à diferença do agente inflamatório (interleucina-1) no fluido amniótico e que os meninos são também mais vulneráveis a problemas teratogênicos, incluindo a hipóxia, porém nascem com maior peso, mas parecem ser mais imaturos em alguns sistemas (esquelético e respiratório) do que as meninas. Eles também relatam que o desenvolvimento neurológico pré-natal é maior nas meninas que nos meninos. Quanto à questão sócio-econômica, os autores relatam que as pesquisas mostram uma maior ocorrência de prematuros, baixo peso e morte precoce em fetos de mães com pouca instrução e menos favorecidas economicamente, em virtude do menor acesso a cuidados médicos, saúde e do comportamento materno, assim como uso de substâncias, raça, etnia e estresse psico-social. Os autores concluem que há suficiente evidência de que o neurocomportamento fetal reflete a função neural e difere em fetos que são neurologicamente comprometidos ou que são expostos a condições pré-natais atípicas.

Piontelli et al. (1999) investigou a emergência de estimulação intrapares entre fetos gêmeos e a presença de possíveis mudanças em tipos e porcentagem de padrões com o avanço da gestação. A autora afirmou que existe estimulação entre os pares de gêmeos, indicando o funcionamento da sensibilidade tátil e propioceptiva fetal, e que essa estimulação é mais comum após a 11^a semana de gestação.

Niederhofer e Reiter (2000) examinaram a correlação entre o estresse materno durante a gravidez, sua objetivação pela observação ultrassônica dos movimentos fetais intra-uterinos, o temperamento da criança na primeira infância e as notas escolares da criança aos 6 anos, e concluíram que apenas os movimentos fetais intra-uterinos não estavam associados nem com o estresse durante a gravidez, nem com a personalidade precoce.

Weinstock (2001) analisou as evidências de estudos em animais e humanos que sugerem a influência do estresse pré-natal nas patologias do comportamento, e afirmou que os métodos utilizados pelas pesquisas que estudam o assunto, podem ser divididos em dois grupos; o primeiro trata-se daquele em que a mãe passou por eventos adversos em sua vida ou traumas emocionais sérios estando ela sob severa situação de estresse. O segundo grupo seriam os estudos prospectivos ou retrospectivos, nas quais os dados são obtidos por meio de questionários ou entrevistas. A autora relaciona também, o estresse pré-natal com alterações de comportamento na infância, adolescência e idade madura. Para ela a única maneira de isolar os fatores gestacionais de outros fatores como causa de patologias do comportamento, são estudos experimentais bem controlados em animais. O estudo conclui que a gestação estressada pode conduzir a desvios de formação e que a natureza da alteração comportamental será determinada pelo momento em que o estresse ocorreu durante a gestação, afetando um estágio específico de desenvolvimento do sistema neural.

DiPietro et al. (2002) avaliaram se a atividade motora antes do nascimento é ou não um fator preditivo do comportamento motor e do temperamento em neonatos, crianças e adolescentes. Os autores afirmam que a

atividade motora é um dos aspectos mais comumente estudados do comportamento fetal e que tem sido muito relacionada ao temperamento precoce e utilizaram três medidas da atividade motora fetal (nível de atividade, amplitude e número de movimentos) coletados às 24, 30 e 36 semanas de gestação em 52 fetos saudáveis usando o Doppler. Os dados avaliados no pós-natal incluíram uma avaliação neurocomportamental nas 2ª semanas pós-natal (ns=41), e observações comportamentais feitas no laboratório aos 1 e 2 anos de idade (ns=35). Os autores observaram que a relação preditiva entre o movimento fetal e comportamento neonatal foram inconsistentes. Porém ocorreu consistência nos resultados da predição do temperamento infantil para 1 e 2 anos de idade, a partir das medidas dos movimentos do feto, ou seja, os mais ativos no útero mostraram menos frustração e limitações no primeiro ano e foram os que mais interagiram com objetos e o experimentador aos 2 anos.

Hines et al. (2002) registraram relatos maternos de estresse pré-natal sobre o papel do comportamento das características sexuais na infância. A amostra constou de 13.998 mulheres grávidas resultando em 14.138 bebês. Nem o estresse relatado durante as primeiras 18 semanas de gravidez nem o estresse relatado da 19ª semana pré até a 8ª semana pós-natal, foi relacionado ao comportamento sexual nos meninos aos 42 meses de vida. Nas meninas os autores somente observaram pequena correlação com o comportamento tipicamente masculino e concluíram que embora esta relação permanecesse significativa quando outros fatores que foram relacionados ao estresse eram controlados, estes outros fatores foram de maior contribuição para os comportamentos sexuais das meninas do que o estresse pré-natal.

Mulder et al. (2002) apresentaram uma revisão de literatura em que afirmam que após estudos experimentais em animais terem demonstrado que o estresse pré-natal materno pode afetar as funções cerebrais com alterações permanentes na regulação neuroendócrina e comportamento dos filhotes, eles se propuseram a buscar na literatura evidências destes efeitos também em humanos. Os autores mostram estudos recentes bem conduzidos em humanos os quais indicam que mulheres grávidas com altos níveis de estresse e ansiedade possuem alto risco de abortos espontâneos e parto prematuro, além do risco de gerar bebês malformados e com crescimento retardado (redução da circunferência cefálica em especial). Eles também afirmam que evidências de desordens funcionais a longo prazo após a exposição pré-natal ao estresse são limitadas, porém estudos retrospectivos e 2 estudos prospectivos suportam a possibilidade de tais efeitos. Concluíram os autores que, além dos conhecidos efeitos orgânicos, os fatores psicológicos maternos podem contribuir significativamente para complicações durante a gravidez e desenvolvimento desfavorável do feto. Estes problemas podem ser controlados pela redução do estresse em mulheres grávidas altamente ansiosas e que outras pesquisas devem contribuir ainda com o assunto.

Schneider et al. (2002) apresentaram uma visão geral de três estudos longitudinais prospectivos, nos quais utilizaram macacos rhesus, um hormônio estressor, só ou combinado com moderadas doses de solução alcoólica, aplicadas diariamente durante diferentes estágios da gestação. Os autores relatam que o estresse pré-natal resultou em animais com menor peso ao nascimento em dois dos três estudos e que os machos com exposição alcoólica apresentaram também redução no peso ao nascimento. Ambos os

tratamentos reduziram a capacidade de atenção e neuromotora dos filhotes. Os macacos estressados apresentaram mais distúrbios do comportamento, com locomoção e exploração reduzidas, assim como a reatividade ao estresse do eixo hipotatâmico-pituitário-adrenérgico (HPA) diminuído. Eles ainda observaram que os animais expostos ao álcool também apresentaram aumento da atividade em responder a condições estressantes, e concluíram que os padrões alterados de consumo de álcool durante a adolescência foram associados com estresse pré-natal.

O'Connor et al. (2002) afirmaram que experimentos em animais sugerem que a ansiedade/estresse materno durante a gestação provoca efeitos a longo prazo sobre o comportamento dos filhotes, e realizaram um estudo para testar se a ansiedade pré-natal materna em humanos pode também induzir a problemas de comportamento em crianças de 4 anos de idade. Para tanto, foram coletados dados de 7448 gestantes em períodos múltiplos no pré e no pós-natal. Os autores incluíram avaliações da ansiedade e depressão, riscos pré-natais e obstétricos, fatores psico-sociais e problemas emocionais e comportamentais das crianças. Eles encontraram que a ansiedade materna é um preditor de problemas emocionais e comportamentais em meninos e meninas. Até aos 33 meses pós-natais, a ansiedade pré-natal permaneceu predizendo os problemas em ambos os sexos. Sugerem os autores que esta relação pode ser um efeito direto do modo de vida materno sobre o desenvolvimento cerebral do feto, que afeta o desenvolvimento do comportamento na criança.

Huizink et al. (2002) examinaram se o estresse materno durante a gravidez está relacionado ao temperamento do bebê. No estudo, a ansiedade específica da gravidez explicou a variância de regulação da atenção aos 3 meses,

o estresse percebido e a ansiedade da gravidez explicaram a variância de regulação da atenção aos 8 meses, e o estresse percebido respondeu pela variância de dificuldade de comportamento dos bebês de 3 meses. Os autores concluíram que o aumento do estresse pré-natal materno parece estar associado com a variação do temperamento de bebês jovens e pode ser um fator de risco para psicopatologias na vida futura.

Sjöström et al. (2002) determinaram se o estado materno e níveis de ansiedade afetam movimentos fetais e a taxa cardíaca no terceiro trimestre. Foram avaliadas 41 gestantes quanto à taxa de ansiedade na 36^o semana de gravidez. Os fetos foram examinados através de ultra-som e cardiotocografia nas 37-40^o semana gestacional. Os resultados foram comparados com mulheres de alto e baixo grau de ansiedade e feita a correlação estatística. Houve correlação negativa estatisticamente significativa entre ansiedade e duração do experimento (pressão arterial e pulso). Não houve relação estatisticamente significativa entre fetos que se movimentavam e não se movimentavam e alto e baixo grau de ansiedade. Padrão FHR A foi encontrado em 68% dos fetos, padrão B em 98%, padrão C em 19% e padrão D em 17% dos fetos. A duração dos padrões A e B foi similar em alto e baixo nível de ansiedade, mas a duração do padrão D tendia a ser maior em grávidas em alto grau de ansiedade. Segundo os autores a ansiedade materna não parece interferir nos movimentos fetais ou padrão FHR no último trimestre da gravidez, mas há possível associação entre ansiedade materna e a duração do padrão FHR D.

Weinstock (2002) questionou se as anormalidades do comportamento induzidas pelo estresse gestacional em ratos poderiam ser prevenidas ou revertidas. Ela usou diferentes tratamentos em ratos

prenatalmente estressados, os quais liberaram mais hormônio liberador de corticotropina (CRH) contribuindo para seu medo exagerado em situações de intimidação e comportamento tipo depressivo. Muitos destes tratamentos foram capazes de prevenir ou reverter as anormalidades de comportamento.

Buitelaar et al. (2003) realizaram um estudo prospectivo em roedores e primatas não humanos indicando que o estresse materno durante a gravidez pode influenciar o desenvolvimento fetal, resultando em retardo de desenvolvimento motor e cognitivo e déficit adaptativo a situações estressantes, e que estes efeitos podem ser mediados pelo eixo Hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Eles avaliaram o nível matinal de cortisol em gestantes nulíparas e afirmaram que o aumento do estresse materno durante a gravidez parece ser um dos determinantes da variação temperamental e do retardo de desenvolvimento dos bebês e pode ser um fator de risco para o desenvolvimento psicopatológico na vida futura.

O'Connor et al. (2003) observaram que muitos estudos em animais relacionam o estresse materno pré-natal com uma gama de comportamentos anormais persistentes nos filhotes e examinaram se o efeito era também encontrado em humanos na meia infância. Eles avaliaram gestantes em uma comunidade, as quais realizaram o relato de ansiedade e depressão em intervalos repetidos na gestação e no período pós-natal. Os problemas emocionais e comportamentais das crianças foram avaliados pelo relato dos pais nas idades de 47 e 81 meses. Os autores concluíram que há evidência de que o estresse/ansiedade pré-natal provoca sobre o feto um efeito que dura pelo menos até a meia infância.

Cunha et al. (2003) mostraram que em muitos estudos o comportamento do bebê durante os cuidados odontológicos é tido como complicado em virtude da imaturidade e dificuldade do bebê em estabelecer uma comunicação e compreensão aceitáveis. Neste estudo, os autores se propuseram a verificar o comportamento de bebês de 0 a 36 meses de idade, durante 4 sessões de atendimento odontológico, avaliando os bebês atendidos na Bebê-Clínica da FOA-UNESP, os quais foram divididos em grupos de faixa-etária (0-6 meses, 6-30 meses e 30-36 meses). Os bebês de 0 a 6 meses de idade mostraram-se preferencialmente colaboradores, e os de 6 e 30 meses não colaboradores e nos bebês de 30 a 36 meses não houve diferença significativa entre colaboradores e o não colaboradores. Os autores concluíram que as reações manifestadas pelos bebês, são regidas pelo seu desenvolvimento psicológico e motor, com complexidade progressiva frente a todas as situações que se apresentam.

DiPietro et al. (2003) realizaram uma pesquisa em 137 mulheres grávidas com gestação normal para determinar se o feto responde ao estresse materno, se as respostas do feto alteram-se ao longo da gestação, e se os padrões das respostas da mãe e do feto são estáveis ao longo do tempo. O período gestacional foi entre a 24^a e 36^a semanas. O estresse materno foi induzido. Nas gestantes foi avaliado o índice cardíaco; no feto foi visto além do índice cardíaco, a variabilidade deste índice e a atividade motora. Os autores observaram uma estabilidade na resposta motora fetal e demonstraram que a regulação neurocomportamental do feto é rotineiramente dirigida pelas intrusões no ambiente materno. Os autores concluíram que a estabilidade tanto das respostas maternas quanto das respostas motoras do feto sugere que os

padrões destas respostas emergem desde o útero, e afirmam que há a participação de um desenvolvimento autônômico nestes processos.

De Weerth, Hees e Buitelaar (2003) relataram pesquisas evidenciando que os fatores pré-natais podem apresentar efeitos a longo prazo sobre o desenvolvimento. Nesta pesquisa, os autores observaram as relações entre os níveis de cortisol do final da gestação e o comportamento infantil durante os cinco primeiros meses de vida. Dezesete mães com seus bebês saudáveis, nascidos a termo, participaram deste estudo prospectivo, longitudinal. O cortisol da mãe foi determinado no final da gravidez. As mães preencheram um questionário sobre temperamento na 7^a e 18^a semanas. Os bebês foram divididos em dois grupos baseados nos valores do cortisol materno do final da gestação: grupos com cortisol pré-natal alto e baixo. Os autores observaram uma tendência de nascimento prematuro dos bebês no grupo com alto nível de cortisol, e que os comportamentos de mais choro, agitação, e expressões faciais negativas pertenciam ao grupo de cortisol pré-natal alto. Apoiando estas observações, os relatos maternos sobre o temperamento também mostraram que estes bebês apresentaram maior dificuldade de comportamento: eles tinham escores mais altos de atividade e emoção. As diferenças entre os bebês foram mais fortes nas idades mais precoces.

Niederhofer e Reiter (2004) a correlação entre o estresse materno durante a gravidez, a observação ultra-sônica de movimentos fetais intra-uterinos, o temperamento das crianças na primeira infância e as notas escolares das crianças aos 6 anos de idade. Houve significativa correlação entre o estresse materno pré-natal, o temperamento perinatal da criança e as notas escolares na idade de 6 anos, sendo que os movimentos fetais intra-uterinos não foram

associados nem com o estresse durante a gravidez, nem com a personalidade precoce.

Niederhofer (2004) examinou a correlação entre o estresse materno durante a gravidez, sua objetificação pela observação ultra-sônica dos movimentos fetais intra-uterinos, o temperamento da criança na primeira infância, e a independência e comportamento social da criança na idade de 2 anos. O autor observou que apenas os movimentos fetais intra-uterinos (cabeça/braço/perna) não foram associados com o estresse durante a gravidez, temperamento ou independência.

Räikkönen et al. (2004) relataram que o chocolate contém vários componentes biologicamente ativos, apresentando potencialmente conseqüências comportamentais e psicológicas. Neste trabalho os autores testaram se o consumo de chocolates e as experiências de estresse durante a gestação, predizem o temperamento infantil aos 6 meses. A frequência do consumo pré-natal de chocolate, a intensidade da experiência de estresse psicológico das mães, e as características do temperamento dos bebês aos 6 meses de vidas pós-natal foram avaliados em 305 pares consecutivos de mães e bebês saudáveis. As mães que relataram consumo diário de chocolate consideraram mais positivamente o temperamento dos seus bebês aos 6 meses de vida. O estresse pré-natal materno previu mais negativamente taxas do temperamento infantil, particularmente entre aquelas que reportaram nunca ou raramente terem consumido chocolate. Entretanto, este efeito não foi observado entre as mães que relataram consumo diário ou semanal de chocolate. Os autores mostraram que o consumo materno pré-natal de chocolate foi associado com o temperamento infantil neste estudo.

DiPietro et al. (2004) consideraram que a relação materno-fetal tem sido pouco estudada ao longo da história e com pequeno suporte empírico. Contribuindo com estes estudos, os autores selecionaram 137 gestantes com boas condições de saúde, as quais foram monitoradas às 20^a, 24^a, 28^a, 32^a, 36^a e 38^a semanas de gestação. O índice cardíaco da mãe e do feto, bem como a atividade motora deste foram registrados em conjunto. Eles não detectaram relação entre o índice cardíaco do feto e o da mãe, a não ser no penúltimo período de análise (32 meses), e observaram associação consistente entre o movimento fetal e o índice cardíaco materno. De forma geral estas associações não se alteraram durante a gestação, não foram afetadas por estresse materno, e dentro dos pares mostraram-se estáveis. A ativação de certos fatores (simpáticos) na mãe não provoca alteração do índice cardíaco do feto. Para os autores, estes resultados refletem quão pouco conhecimento existe a respeito da psicofisiologia desta relação.

Seifer et al. (2004) publicaram um estudo no qual examinaram a condição do vínculo de crianças aos 18 e 36 meses, expostas à cocaína e outras substâncias ainda no útero. Crianças expostas à cocaína e opiáceos apresentaram menores índices de vínculo de segurança e a insegurança foi inclinada em direção a uma estratégia ambivalente. Os autores associaram o uso continuado pós-natal de álcool com maiores índices de insegurança e desorganização aos 18, mas não aos 36 meses de idade. Eles observaram que a estabilidade do vínculo ao longo do período de 18 meses foi acima das expectativas, e concluíram que a condição do vínculo aos 18 meses estava associada com o temperamento da criança e interação do cuidador e da criança

e que aos 36 meses, o vínculo estava associado com o temperamento e problemas de comportamento da criança, e auto-estima dos cuidadores.

Lysenko (2004) relatou que fatores tais como a saúde materna durante a gestação, o curso desta, o trabalho, maus hábitos (fumo ou fumo passivo durante a gestação), e a idade materna, influenciam a histogênese dos tecidos dentais, o estabelecimento dos folículos de toda a dentição decídua e de alguns dentes permanentes e sua mineralização pré-natal, determinando a morbidade dental após sua erupção.

Laplane et al. (2004) avaliaram o efeito da exposição ao stress de mulheres grávidas no desenvolvimento intelectual e da linguagem de seus filhos, principalmente aquelas que sofreram impacto da tempestade de gelo que ocorreu em Quebec, Canadá, em 1998. Foram avaliados 58 bebês, que estavam iniciando o processo de aprendizado para caminhar, através do índice MDI (Bayley Mental Development) e relatórios dos próprios pais quanto ao desenvolvimento da linguagem. A análise regressiva indicou que o peso e a idade das crianças influenciaram em 12 a 14% nos índices de MDI e em linguagem produtiva respectivamente. Porém, mais relevante foi que os níveis de exposição ao stress pré-natal demonstraram interferência em 11,4 a 12,1% em MDI e linguagem produtiva, e 17,3% em linguagem receptiva. Quanto mais severo o nível de stress, mais pobres as habilidades do infante. Os autores concluíram afirmando que altos níveis de exposição ao stress pré-natal, particularmente nos primeiros meses de gravidez, podem afetar negativamente o cérebro do feto, refletindo em habilidades intelectuais e de linguagem pobres nos neonatos. Neste estudo verificou-se que o stress pré-natal se reflete nos acontecimentos pós-natais da criança.

Zaze (2005) afirmou que o comportamento do bebê durante a assistência odontológica depende mais da idade da criança, em virtude principalmente da sua maturação psicológica.

Gutteling et al. (2005) examinaram em um estudo prospectivo, a influência do estresse pré-natal sobre o temperamento e problema de comportamento do bebê usando dados de auto-relato sobre o estresse e ansiedade, além de dados dos níveis de cortisol na saliva, coletados de mulheres nulíparas durante a gravidez. Segundo os autores, o estresse percebido durante a gravidez foi preditivo de menores níveis de comportamento impaciente e desordeiro, mais problemas totais de comportamento, e mais exteriorização de problemas comportamentais aos 2 anos. Eles também observaram que o medo de carregar uma criança deficiente foi preditivo de altos níveis de temperamento impaciente/desordeiro, e mais problemas de regulação de atenção nos bebês, e concluíram que o aumento dos níveis de estresse materno pré-natal parece estar associado com problemas de temperamento e comportamento em bebês.

Weinstock (2005) avaliou, através de revisão da literatura, a influência das alterações hormonais maternas induzidas pelo stress no desenvolvimento e saúde mental do recém-nascido. A interação entre genes e ambiente determina o desenvolvimento funcional de um organismo. Por causa do seu rápido crescimento, o feto é particularmente vulnerável a insultos ou alterações hormonais. Stress crônico compromete a regulação normal da atividade hormonal durante a gravidez e eleva a circulação livre de CRH, provavelmente originário da placenta antes do aumento normal. Excesso de CRH e outros hormônios como cortisol que atravessam a placenta levam a distúrbios temperamentais no recém-nascido. A autora cita estudos recentes em

humanos os quais sugerem que alterações na atividade do sistema neuroendócrino mediam os efeitos do stress psicossocial no desenvolvimento do feto e tipo de parto. A incidência de partos pré-maturos está aumentada juntamente com baixo peso ao nascimento. A autora conclui que quantidades excessivas de CRH e cortisol alcançando o cérebro fetal durante o período de stress crônico da mãe podem afetar a personalidade e predispor a transtornos de atenção.

Van Der Berg et al. (2005) realizaram uma revisão de literatura e verificaram, utilizando observações em ultra-som, que existe uma relação direta bem estabelecida entre a condição pré-natal materna e o comportamento do feto. Os autores citam 14 estudos prospectivos que têm mostrado uma relação entre o estresse/ansiedade pré-natal materna e os problemas cognitivos, comportamentais e emocionais da criança. Para eles, embora alguma inconsistência permaneça, os resultados em geral, suportam a hipótese de programação do feto. Eles afirmam que muitas idades gestacionais têm sido consideradas como vulneráveis aos efeitos pré-natais da ansiedade/estresse a longo prazo, e diferentes mecanismos provavelmente agem em diferentes estágios. No estudo eles mostram que o cortisol parece atravessar a barreira placentária e dessa forma, pode afetar o feto e perturbar processos que estão em andamento, e que o desenvolvimento do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenérgico do sistema límbico, e do córtex pré-frontal estão provavelmente sendo afetados pela ansiedade/estresse materno pré-natal. Para eles a magnitude dos efeitos a longo prazo da ansiedade/estresse materno pré-natal sobre a criança é substancial. Em razão disso, concluem que programas para a redução do estresse materno durante a gestação são necessários.

Field et al. (2006) fizeram uma revisão sobre os efeitos da depressão pré-natal sobre o feto e recém-nascido, sugerindo que eles experimentam complicações pré-natais, peri-natais e pós-natais. Segundo os autores, a atividade fetal fica elevada, o crescimento pré-natal fica atrasado, e prematuridade e baixo peso ao nascimento ocorrem mais frequentemente. Eles também afirmam que os recém-nascidos de mães depressivas mostram um perfil fisiológico/bioquímico que imita o perfil fisiológico/bioquímico pré-natal de suas mães. Os autores relatam que massagem com pressão moderada pode aliviar estes efeitos, inclusive redução da prematuridade.

Haley, Handmaker e Lowe (2006) afirmaram que estudos em animais têm mostrado que a exposição pré-natal ao álcool está relacionada a alterações no sistema de respostas ao estresse. No estudo eles pesquisaram a exposição pré-natal ao álcool e seus efeitos sobre a resposta ao estresse e se há diferença entre a ocorrência em meninos e meninas. Foram avaliados 55 crianças de 5 a 7 meses, cujas mães participaram num programa de intervenção contra o uso de álcool. As medidas de consumo do álcool durante a gestação e após o nascimento foram realizadas, e foram observados os níveis de cortisol e frequência cardíaca. As mães foram divididas em dois grupos, as que ingeriam alta ou baixa quantidade de álcool. Os autores verificaram que nas mães que utilizaram álcool da concepção até o reconhecimento da gravidez houve aumento na reatividade do cortisol, elevado índice cardíaco e efeitos negativos em seus filhos. O trabalho suporta a possibilidade de que a exposição pré-natal ao álcool está relacionada às alterações no sistema de estresse infantil, as quais podem originar problemas nas funções cognitivas e sociais-emocionais.

DiPietro et al. (2006) realizaram um estudo através de relatos maternos de ansiedade, estresse não-específico e estresse específico da gravidez, e sintomas depressivos, coletados no meio da gestação e na 6^a semana e 24^o mês após o nascimento. Os autores observaram que altos níveis de ansiedade pré-natal, estresse não-específico e sintomas depressivos foram associados com um desenvolvimento motor mais avançado nas crianças após o controle pós-natal de cada medida psicológica, e que a ansiedade e depressão foram também significativamente e positivamente associadas com o desenvolvimento mental. Eles concluíram que níveis brandos de angústia psicológica podem acentuar a maturação fetal em populações saudáveis.

Sayal et al. (2007) afirmaram que altos níveis de álcool utilizados durante a gestação podem gerar seqüelas físicas e neurais nas crianças. Permanece incerto se há um nível seguro de ingestão de álcool durante a gestação. Neste estudo eles investigaram se baixos níveis de ingestão de álcool (menos de 1 drinque por semana) estão independentemente associados a problemas mentais na infância, e se esses efeitos são diferenciados quanto ao sexo. Para os autores, o esperado era que somente altos níveis de consumo de álcool estariam associados com problemas mentais posteriores, e seriam mais comuns nos meninos. Foram investigadas mulheres que ingeriram álcool no primeiro trimestre da gestação, através de relatos das mesmas e sua relação com a ocorrência de problemas de saúde mental clinicamente significantes (comportamentais e emocionais) em crianças com 47 e 81 meses e dos 93 aos 108 meses de idade. Eles relatam que o consumo de doses muito baixas de álcool durante o início da gestação pode ter um negativo e persistente efeito sobre a saúde mental. Esta associação foi observada ser mais vulnerável nas

meninas que nos meninos. O desenvolvimento cerebral pode estar especialmente vulnerável à ingestão de álcool no primeiro trimestre, mesmo em baixas doses.

Talge et al. (2007) realizaram uma significativa revisão a partir de estudos prospectivos independentes os quais avaliaram que, se uma mulher for submetida ao estresse durante a gestação, seu filho seria substancialmente mais sujeito a ter problemas cognitivos e emocionais, incluindo um aumento do risco do déficit de atenção e hiperatividade, ansiedade e atraso na linguagem. Estes efeitos são independentes de efeitos devido à depressão materna pós-natal e ansiedade. Os autores afirmam que não se conhece quais formas de estresse e ansiedade são mais significantes, mas que pesquisas sugerem que o relacionamento com o parceiro é importante a este respeito. Eles mostraram modelos de estudo em animais os quais sugerem que a atividade de resposta ao estresse do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenérgico (HPA) e seu produto final, o hormônio cortisol, estão envolvidos neste efeito em ambos, nas mães e nos filhotes. Eles afirmam também que o ambiente do feto pode ser alterado se o estresse na mãe alterar seu perfil hormonal, e em humanos, há uma forte correlação entre os níveis de cortisol da mãe e do feto. Os autores concluem ser possível que os efeitos do estresse e da ansiedade materna sobre o desenvolvimento do feto e da criança sejam moderados por outros fatores tais como a dieta materna (proteína) e sugerem que o estresse e a ansiedade reduzem a atenção, ou que uma híper resposta do eixo HPA pode ter sido adaptativa em um ambiente estressante durante a evolução.



3 Proposição

Este estudo propôs-se avaliar a influência dos eventos pré-natais, envolvendo o feto e a mãe, no comportamento dos bebês frente à assistência odontológica.



4 Material e Método

Previamente à realização desta pesquisa o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (Resolução nº 01 de 13/06/1889 do Conselho Nacional de Saúde) da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP para apreciação, tendo sido aprovado (Anexo A).

A Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP conta há 11 anos com um Programa de atendimento para crianças de 0 a 3 anos, a Bebê-Clínica, um projeto aberto à comunidade, que visa a promoção de saúde bucal na primeira infância, baseada em uma filosofia educativa/preventiva.

O presente trabalho, pertencente à linha de pesquisa do comportamento e desenvolvimento infantil, abordará os aspectos pré-natais como modificadores do comportamento da criança na assistência odontológica, procurando estabelecer, se possível, uma relação entre os eventos pré-natais que serão pesquisados e o respectivo comportamento exibido pelo bebê durante o atendimento odontológico.

Para tanto foi definida uma amostra aleatória de 120 mães e seus respectivos bebês. As mães, na faixa etária de 17 a 42 anos no momento do parto, foram divididas em grupos, sendo o primeiro composto por mães com menos de 20 anos; o segundo por mães de 20 a 30, e o terceiro por mães acima de 30 anos. Quanto

aos bebês, na faixa etária de 0 a 24 meses de idade ($n = 122$), atendidos na Bebê-Clinica da FOA – UNESP, foram divididos em três grupos conforme mostra a tabela 1:

Tabela 1 – Grupos de bebês segundo a faixa-etária (idade em meses)

GRUPOS	Bebês (meses)	N
1	0 a 12	42
2	13 a 18	40
3	19 a 24	40
TOTAL		122

A idade máxima de 24 meses foi estabelecida para que durante a entrevista fosse mais fácil para as mães se recordarem e relatarem com fidelidade os fatos ocorridos durante o período pré-natal.

O número total de bebês avaliados foi de 122, em virtude da presença de dois pares de gêmeos no grupo de 0 a 12 meses. Após a definição dos grupos e quantidade final da amostra foram realizadas as seguintes atividades:

4.1 APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO (Anexo B)

Esta etapa foi realizada por um único entrevistador (pesquisadora principal), durante os períodos de atendimento da Bebê-Clínica da FOA – UNESP, nos meses de Agosto de 2006 a Junho de 2007. As entrevistas foram realizadas após a consulta de rotina de cada bebê, quando a mãe era abordada pela entrevistadora e convidada a participar da pesquisa. O objetivo e a metodologia do trabalho foram previamente explanados pela entrevistadora às mães participantes. Após a concordância de cada mãe em responder ao questionário da pesquisa, foi solicitado às mesmas, individualmente, a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido, e a seguir procedeu-se à entrevista propriamente dita.

Esta entrevista foi realizada com a finalidade de identificar, registrar e avaliar desde situações pré-gestacionais até possíveis eventos pré-natais que pudessem influenciar a formação da personalidade do bebê e a conseqüente conduta do paciente durante o atendimento odontológico. É importante esclarecer que, desde a elaboração do questionário, bem como a condução da entrevista e interpretação das respostas fornecidas pelas mães, a experiência da pesquisadora como mãe, sedimentada pela leitura prévia de livros, artigos científicos e revistas sobre o tema proposto foram de importância ímpar, uma vez que o milagre da gestação certamente modificou e influenciou a sensibilidade da entrevistadora, facilitando talvez a percepção da essência emocional no relato das entrevistadas. O tempo de duração do preenchimento do questionário foi em média 10 minutos.

O questionário foi dividido em cinco blocos de questões, a saber:

- ✓ Estado emocional, psicológico e físico da mãe (questões 1 a 9).
- ✓ Fatores sociais e econômicos (questões 10 a 14).
- ✓ Estado de saúde materna (questões 15 a 26).
- ✓ Estado de saúde do bebê e relação pais-filho (questões 27 a 32).
- ✓ Comportamento fetal (questões 33 a 35).

O número total de questões foi 35, sendo 25 de múltipla escolha e 10 questões abertas. Para a análise das questões de múltipla escolha foi empregado o sistema simples de porcentagem, e nas questões abertas optou-se por estabelecer, das respostas obtidas, palavras-chave que remetessem à idéia principal do discurso da entrevistada. Por exemplo, na questão de número 7, sobre a relação afetiva da mãe com o pai do bebê durante a gravidez, com base no relato apresentado pelas mães definiu-se a utilização das palavras-chave MELHOROU, PIOROU, ÓTIMA, NORMAL e NÃO FICARAM JUNTOS.

Tendo sido realizadas as 120 entrevistas individuais com as mães, os dados obtidos foram computados e convertidos em medida percentual, a fim de facilitar a análise estatística do questionário.

Tendo em mãos as respostas às 35 questões, foi determinado que para definir se os eventos pré-natais foram favoráveis ou desfavoráveis no estabelecimento de uma gestação adequada, selecionou-se 8 questões do questionário respondido pelas mães (1, 4, 7, 16, 17, 21, 23 e 31), as quais, na avaliação da entrevistadora, revestiram-se de maior importância para este aspecto (Anexo C). A cada uma destas respostas foi atribuído um conceito favorável (+) ou desfavorável (-).

A soma dos conceitos obtidos nas 8 questões escolhidas forneceu, então, a classificação dos eventos pré-natais da entrevistada. Como critério de

desempate, definiu-se que o conceito apresentado pela questão 7, referente ao relacionamento marital durante a gravidez, deveria prevalecer como classificação geral do pré-natal da entrevistada, em virtude da maior sensibilização das mães para responder a esta questão no momento da entrevista.

4.2 AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS BEBÊS

Para esta avaliação foram utilizados os registros sobre o comportamento constante nos prontuários de cada paciente selecionado para esta pesquisa.

Todos os procedimentos clínicos realizados por ocasião da assistência odontológica ao bebê são executados por cirurgiões-dentistas (estagiários ou pós-graduandos) que seguem o protocolo de atendimento da Bebê-Clínica (Cunha et al, 2000), o qual consiste de exame clínico, higiene bucal (FISIOB) e aplicação tópica de solução fluoretada (ATF), sendo esta última ação empregada no caso de bebês que já apresentem dentes. Estes atendentes recebem orientações prévias sobre o desenvolvimento físico e psicológico da faixa etária em questão e sobre a classificação comportamental do paciente frente a cada procedimento, sendo que o comportamento dos bebês é observado durante a realização dos procedimentos clínicos rotineiros e anotados imediatamente após a conclusão do referido atendimento em página específica do prontuário da Bebê-Clínica (Anexo D).

Estas avaliações seguem a escala comportamental de Walter et al. (1999), a qual classifica os bebês como:

✓ Colaborador: bebê que não chora quando está nos braços do operador, não tenta impedir a execução dos procedimentos, reage favoravelmente, e age normalmente quando está na cadeira odontológica ou macri sem demonstrar medo do que é novo;

✓ Colaborador com reservas: bebê que não chora quando está nos braços do operador, na cadeira odontológica ou macri, não tenta impedir a realização dos procedimentos, podendo chorar durante a execução dos mesmos.

✓ Não colaborador: bebê que chora quando está nos braços do operador, quando é deitado na cadeira odontológica ou macri, mantém os lábios fechados no momento do procedimento de higiene bucal, e tenta impedir os procedimentos odontológicos com as mãos.

Ao final de cada entrevista com a mãe, a entrevistadora recorria ao prontuário do bebê e registrava todas as avaliações de comportamento do mesmo, desde a primeira consulta até a última realizada no dia da entrevista. Este procedimento foi adotado para os três grupos de bebês desta pesquisa.

Cada bebê, portanto, apresentava vários registros de comportamento, dos quais se obteve uma média que definiu o tipo de comportamento individual do mesmo. Como critério de desempate decidiu-se escolher a manifestação do comportamento mais recente para classificação geral do período avaliado. De posse deste perfil individual, calculou-se, então o perfil de cada grupo.

Assim sendo, o perfil comportamental de cada bebê foi comparado individualmente com a classificação dos eventos pré-natais de sua mãe, a fim de se

traçar uma relação entre os eventos pré-natais da mãe e o comportamento pós-natal (durante a assistência odontológica) do bebê.

Para a análise estatística foram usados o Teste do Quiquadrado e o Teste Exato de Fisher, ambos ao nível de significância de 5%.



5 Resultados

5.1 ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

Os resultados do questionário serão apresentados de forma descritiva, com base nos dados percentuais obtidos após a análise dos mesmos (Anexo E), respeitando-se os 5 blocos de questões que o compuseram.

A faixa etária materna mais prevalente no momento do parto foi a de 20 a 30 anos, com 63 mães (52%), vindo a seguir a acima de 30 anos com 48 mães (40%) conforme expresso na tabela 2.

Tabela 2 – Idade materna no momento do parto.

Abaixo de 20 anos	9 (8%)
20 - 30 anos	63 (52%)
Acima de 30 anos	48 (40%)
TOTAL	120 (100%)

Iniciando a análise das respostas, observa-se que no 1º bloco do questionário, referente ao estado emocional e psicológico da mãe no início da gestação, foram realizadas as seguintes perguntas:

- A gravidez foi planejada?
- Quanto tempo demorou a engravidar a partir deste desejo?
- Você teve alguma experiência de sonho com o bebê antes de saber que estava grávida?
- Qual foi sua reação quando soube que estava grávida?
- Qual foi a reação do pai do bebê diante da notícia da gravidez?
- Qual foi a reação dos demais parentes face à notícia da gravidez?
- Como ficou a relação afetiva com o pai do bebê durante a fase pré-natal?
- Você tinha preferência pelo sexo de seu bebê?
- E o pai do bebê, tinha preferência?

Na primeira questão foi possível verificar que a maioria das mães, num total de 78 mulheres (65%) planejou a gravidez, sendo que 35% não pretendiam ficar grávida. Das que planejaram a gravidez, a maior parte 29 (37%) levou mais de 6 meses para efetivamente conceber, e 27 (35%) menos de 3 meses.

Na questão seguinte, que se referia a qualquer experiência de sonho da mãe com o bebê, foram obtidas 74 (62%) respostas negativas e 46 (38%) respostas nas quais as mães afirmaram terem tido alguma experiência onírica em relação ao bebê.

A reação da maioria das mães face à confirmação da gestação foi de alegria (73%), seguido pelo sentimento de medo (23%), assim como expresso na tabela 3.

Tabela 3 - Reação da mãe diante da confirmação da gravidez.

Alegria	94 (73%)
Tristeza	3 (2%)
Raiva	1 (1%)
Medo	30 (23%)
Indiferente	1 (1%)

Para os pais, a reação diante da notícia da gravidez foi de alegria em 85% dos casos (tabela 4), e a reação da maioria dos demais parentes também foi positiva (86%).

Tabela 4 - Reação do pai do bebê frente à notícia da gravidez.

Alegria	105 (85%)
Raiva	2 (2%)
Desprezo	2 (2%)
Preocupação	13 (10%)
Indiferente	1 (1%)

Ainda no bloco 1 do questionário, na pergunta sobre a relação afetiva da mãe com o pai do bebê durante a gravidez, foi possível observar que a maioria dos casais (60%) manteve um relacionamento semelhante ao que já possuía antes da concepção, durante a fase pré-natal (tabela 5). Interessante notar que apenas 12% dos casais apresentaram melhora na convivência durante o período pré-natal, e que 12% das mães relataram piora no relacionamento.

Tabela 5 – Relação afetiva da mãe com o pai do bebê durante a fase pré-natal.

Melhorou	14 (12%)
Piorou	14 (12%)
Ótima	13 (10%)
Normal	73 (60%)
Não ficaram juntos	6 (6%)
TOTAL	120 (100%)

Finalizando as perguntas do bloco 1, as mães relataram não ter preferência pelo sexo do bebê em 53% dos casos e 44% dos pais também não demonstraram preferência entre menino ou menina.

No 2º bloco do questionário, referente aos fatores sociais e econômicos, foram realizadas as seguintes perguntas:

- Você e o pai do bebê são casados?
- Você trabalha ou estuda?
- E o pai do bebê?
- Qual é a renda da família?
- Vocês moram em casa: Própria / Alugada / Emprestada / Dos seus pais / Não moram juntos?

Na primeira questão pode-se notar que 83% dos casais eram unidos oficialmente, 10% viviam sob união ilegítima, enquanto 7% não ficaram juntos durante o período pré-natal.

A renda familiar relatada foi de até 4 salários mínimos (SM) em 46% dos casos, como apresentado na tabela 6.

Tabela 6 – Renda familiar.

Até 4 SM	55(46%)
4 – 10 SM	46 (38%)
Acima de 10 SM	19 (16%)
TOTAL	120 (100%)

Foi observado ainda no bloco 2 que 72% das famílias moravam em casa própria e 12% de aluguel, conforme apresentado na tabela 7.

Tabela 7 – Tipo de domicílio da família.

Própria	87 (72%)
Alugada	14 (12%)
Emprestada	2 (2%)
Dos seus pais	7 (6%)
Não ficaram juntos	10 (8%)
TOTAL	120 (100%)

A última questão deste bloco apontou que a maioria das mães (55%) e que 98% dos pais dos bebês trabalham ou estudam.

No 3º bloco, referente à saúde materna, foram feitas as seguintes perguntas:

- Você fez acompanhamento pré-natal?
- Sua gravidez foi de risco?
- Como ficou sua saúde (médica) durante a gravidez?
- Tomou algum tipo de medicamento? Qual?
- Durante a gestação apresentou algum vício (fumo, álcool, drogas)?
- Você teve enjôos, desejos?

-
- Você seguiu alguma dieta especial? Qual?
 - Foi recomendação médica?
 - Praticou alguma atividade física? Qual?
 - O que mais gostava de fazer durante a gravidez? Tinha momentos de lazer?
 - Durante a gravidez você foi atendida pelo seu dentista?
 - Você tem medo de ir ao dentista? Já teve alguma experiência negativa?

Na primeira questão foi observado que 100% das mães fizeram acompanhamento médico pré-natal e que somente 24% das gestações apresentaram algum tipo de risco para a mãe ou para o bebê. Na pergunta seguinte, nota-se que a maioria das mães (49%) teve uma gestação saudável, sem maiores intercorrências, enquanto 35% delas tiveram um período pré-natal instável, ou até mesmo de risco (16%).

Quanto ao uso de medicamentos durante a gravidez, 57% das entrevistadas tomaram somente as vitaminas recomendadas pelo médico ginecologista, enquanto 42% precisaram fazer uso de outros tipos de medicações, tais como analgésicos, antibióticos, além de substâncias para evitar parto prematuro e amadurecer o pulmão do bebê precocemente.

Seguindo no bloco 3, foi observado que durante o pré-natal a maioria das mães (95%) não apresentou qualquer tipo de vício (fumo, álcool, drogas), enquanto somente 26% não apresentaram enjoos durante a gestação, 37% apresentaram enjôo, 27% relataram enjôo e desejos, e 10% afirmaram ter apresentado somente desejos.

Com relação à alimentação, apenas 25% das entrevistadas relataram seguir uma dieta, sendo que a maioria (81%) foi por recomendação médica.

Quanto à prática de exercícios físicos, 73% das mães relataram não praticar qualquer atividade física durante a gestação, sendo que a maioria afirmou que o que mais gostava de fazer durante a gestação era dormir (41%).

Quando questionadas sobre a ida a um consultório odontológico durante a gravidez, a maioria das mães (57%) afirmou não ter consultado um profissional. Já quanto ao medo de ir ao Dentista, ou de já ter tido alguma experiência negativa durante a assistência odontológica, apenas 9% das entrevistadas relatou ter medo e já ter passado por experiência de dor durante um atendimento, como é mostrado na tabela 8.

Tabela 8 – Experiência odontológica da mãe (medo de ir ao dentista e/ou experiência de dor durante a assistência).

Não tenho medo e nunca tive experiência negativa	56 (47%)
Não tenho medo, mas já tive experiência negativa	43 (36%)
Tenho medo, mas nunca tive experiência negativa	10 (8%)
Tenho medo e já tive experiência negativa	11 (9%)
TOTAL	120 (100%)

No 4º bloco, referente à saúde do bebê e relacionamento pais-filho, foram realizadas as seguintes questões:

- Qual foi o estado de saúde do bebê no período?
- Você pretendia amamentar seu bebê?
- Você conversava com seu bebê?
- E o pai?
- Alguma outra atividade ou situação que você realizava em função do seu bebê?
(música, toque, dança) Por quê?
- Você sentia haver algum tipo de relacionamento entre você e seu bebê? Se sim, qual tipo?

Na primeira questão foi observado que o estado de saúde do bebê durante o pré-natal foi ótimo em 82% dos relatos, instável em 6%, e que foram registrados 12% de nascimentos prematuros.

Quanto à intenção de amamentar o bebê, 99% das mães afirmaram que desejavam amamentar, enquanto somente em um caso a entrevistada afirmou não ter certeza se iria ou não amamentar seu filho.

Quando questionadas se conversavam com o bebê na fase pré-natal, franca maioria (94%) relatou conversar com o bebê, e somente 6% das entrevistadas afirmaram não conversar. No caso dos pais, a porcentagem dos que conversavam foi de 90%.

Na questão seguinte, sobre a realização de algum outro tipo de atividade pré-natal com o bebê, 61% das mães relataram ter colocado música para o bebê e fazer carinho na barriga, como apresentado na tabela 9.

Tabela 9 – Tipos de estímulos pré-natais realizados pela mãe.

Música/toque	73 (61%)
Só toque	46 (38%)
Nenhum	1 (1%)
TOTAL	120 (100%)

Encerrando este bloco, as mães responderam se durante a gestação elas sentiram haver algum relacionamento entre elas e o bebê que carregavam. Houve 98% de respostas afirmativas, sendo que a maioria (70%) relacionou a resposta com o seu próprio sentimento para com o bebê (amor, cumplicidade, paixão, medo), enquanto 30% relacionaram a resposta com os movimentos fetais (quando o bebê mexia, ela sentia, ou quando ela estava triste o bebê parava de mexer).

O 5º e último bloco abordou as reações emocionais e comportamentais do feto. Foram feitas as seguintes perguntas:

- Você considera que o seu bebê era calmo ou agitado na fase pré-natal?
Movimenta-se todo dia ou às vezes? Em quais momentos isso mais acontecia?
- Por ocasião da realização do ultra-som você já registrou algum comportamento específico de seu bebê? Qual?
- Qual sua opinião sobre o tema desta pesquisa?

Conforme é apresentado na tabela 10, a maioria dos bebês (57%) manifestou-se de forma agitada na fase pré-natal, movimentava-se durante todo o dia (91%), e mais intensamente no período da noite (72%).

Tabela 10 – Número e porcentagem do perfil dos movimentos fetais, frequência e período de execução dos mesmos.

Calmo	63 (52%)
Agitado	69 (57%)
Mexe todo dia	109 (91%)
Mexe às vezes / NR	11 (9%)
Mais à noite	86 (72%)
Mais à tarde	9 (7%)
Mais de dia	4 (3%)
Dia e noite	13 (11%)
Não relatou	8 (7%)

Na questão sobre os exames de ultra-sonografia, 60% das mães relataram que o bebê não apresentou qualquer comportamento digno de nota, ao passo que 40% delas relataram que o bebê chupou o dedo, tampou o rosto ou órgão genital, acenou durante o exame, dentre outras reações.

Finalmente, encerrando o bloco 5 do questionário, as entrevistadas puderam expressar sua opinião sobre o tema da pesquisa, ou seja, se elas acreditam ou não na influência dos eventos pré-natais sobre o comportamento pós-natal da criança. Das 120 respostas, 90% afirmaram acreditar nesta relação.

De posse das respostas dadas pelas mães entrevistadas foi possível classificar o perfil materno pré-natal em favorável ou desfavorável, com o qual observou-se que a maioria das mães ($n = 86$) da amostra apresentou um pré-natal favorável, conforme apresentado na tabela 11.

Tabela 11 – Número e porcentagem do perfil materno pré-natal por grupo de bebês.

Perfil pré-natal materno	Grupos de bebês por faixa etária			TOTAL (N)
	Grupo 1 (0-12m)	Grupo 2 (13-18m)	Grupo 3 (19-24m)	
Favorável	30 (75%)	31 (77,5%)	25 (62,5%)	86
Desfavorável	10 (25%)	9 (22,5%)	15 (37,5%)	34
TOTAL	40 (100,0%)	40 (100,0%)	40 (100,0%)	120 (100%)

$X^2 = 2,5445$

p valor = 0,2802 (significativo ao nível 5%)

5.2 PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS

Após estabelecer o perfil comportamental de cada bebê (Anexo F), obteve-se o perfil comportamental de cada um dos grupos de acordo com a faixa etária pré-estabelecida, conforme apresentado na tabela 12. Importante ressaltar que foi realizado um levantamento inicial dos resultados levando-se em conta os 122 bebês da amostra. No entanto, para facilitar a análise estatística, o número de bebês considerado foi somente 120, já que os dois pares de bebês gêmeos do grupo 1 apresentaram o perfil comportamental semelhante entre si.

Tabela 12 – Número e porcentagem do perfil comportamental dos bebês atendidos na Bebê-Clínica da FOA – UNESP.

	Grupos de bebês por faixa etária			
Perfil comportamental dos bebês	Grupo 1 (0-12m)	Grupo 2 (13-18m)	Grupo 3 (19-24m)	TOTAL (N)
Colaborador	21 (52,5%)	8 (20,0%)	10 (25,0)	39
Colaborador com reservas	15 (37,5%)	21 (52, 5%)	16 (40,0%)	52
Não colaborador	4 (10,0)	11 (27,5%)	14 (35,0%)	29
TOTAL	40 (100,0%)	40 (100,0%)	40 (100,0%)	120 (100%)

$X^2 = 14,1790$

p valor = 0,0067 (significativo ao nível 5%)

Observa-se, portanto que predominou o perfil comportamental colaborador nos bebês do grupo 1 e nos grupos 2 e 3, colaborador com reservas.

5.3 RELAÇÃO ENTRE EVENTOS PRÉ-NATAIS E COMPORTAMENTO PÓS-NATAL

Após o cruzamento dos dados obtidos com a análise dos eventos pré-natais das mães e o perfil comportamental de cada bebê durante a assistência odontológica (Anexo G, Anexo H e Anexo I), pode-se notar uma relação variável em cada faixa-etária.

Na tabela 13 é possível notar que prevaleceu o número de mães com perfil pré-natal favorável, cujos bebês apresentaram em sua maioria comportamento colaborador com reservas. Muito embora estes achados, a análise estatística não revelou significância entre os eventos pré-natais e o comportamento do bebê durante a assistência odontológica.

Tabela 13 – Relação entre o perfil comportamental dos bebês e perfil pré-natal materno.

	Perfil pré-natal materno		
Perfil comportamental dos bebês	Favorável	Desfavorável	TOTAL
Colaborador	26 (66,7%)	13 (33,3%)	39 (100%)
Colaborador com reservas	38 (73,1%)	14 (26,9%)	52 (100%)
Não colaborador	22 (75,9%)	7 (24,1%)	29 (100%)
TOTAL (N)	86	34	120 (100%)

$X^2 = 0,7825$

p valor = 0,6762 (significativo ao nível 5%)

Os resultados serão apresentados inicialmente tomando por base a faixa-etária materna, expressos nas tabelas 14, 15 e 16.

Na tabela 14 observa-se que, na faixa etária materna abaixo de 20 anos, a maioria das mães ($n = 5$) apresentou um perfil pré-natal favorável e seus bebês exibiram, em sua maioria ($n = 3$), comportamento colaborador com reservas. O teste estatístico não apresentou significância, quando considerado o comportamento do bebê com as mães nesta faixa etária.

Tabela 14 – Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães na faixa etária materna abaixo de 20 anos.

Perfil dos Bebês	Pré-natal favorável	Pré-natal desfavorável	TOTAL
Colaborador	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4(100%)
Colaborador com reservas	3 (75,0%)	1 (25,0%)	4 (100%)
Não colaborador	1 (100,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)
TOTAL (N)	5	4	9 (100%)

Teste Exato de Fisher

p valor = 0,3333 (significativo ao nível 5%)

Na tabela 15, nota-se que, na faixa etária de 20 a 30 anos, a maioria das mães apresentou um perfil pré-natal favorável e seus bebês exibiram, em sua maioria um comportamento colaborador com reservas. Ainda assim, não foi verificado significância estatística na relação comportamental dos bebês e as mães desta faixa etária.

Tabela 15 – Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães na faixa etária materna de 20 a 30 anos.

Perfil comportamental dos bebês	Perfil pré-natal materno		TOTAL
	Favorável	Desfavorável	
Colaborador	11 (57,9%)	8 (42,1%)	19 (100%)
Colaborador com reservas	19 (76,0%)	6 (24,0%)	25 (100%)
Não colaborador	17 (85,0%)	3 (15,0%)	20 (100%)
TOTAL (N)	47	17	63 (100%)

$X^2 = 3,8079$

p valor = 0,1490 (significativo ao nível 5%)

Na tabela 16, é possível notar também que na faixa etária acima de 30 anos, a maioria das mães ($n = 34$) apresentou um perfil pré-natal favorável e seus bebês exibiram, em sua maioria ($n = 16$), comportamento colaborador com reservas. Do mesmo modo que nas faixas etárias anteriores, não ocorreu significância estatística.

Tabela 16 – Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães na faixa etária materna acima de 30 anos.

	Perfil pré-natal materno		
Perfil comportamental dos bebês	Favorável	Desfavorável	TOTAL
Colaborador	14 (87,5%)	2 (12,5%)	16 (100%)
Colaborador com reservas	16 (69,6%)	7 (30,4%)	23 (100%)
Não colaborador	4 (50,0%)	4 (50,0%)	8 (100%)
TOTAL (N)	34	13	47 (100%)

$X^2 = 3,9217$

p valor = 0,1407 (significativo ao nível 5%)

Nas tabelas 17, 18 e 19 encontram-se os resultados da relação entre a faixa etária dos bebês (de acordo com os grupos pré-estabelecidos G1, bebês de 0 a 12 meses, G2, bebês de 13 a 18 meses, e G3, bebês de 19 a 24 meses), com o perfil do pré-natal materno, se favorável ou não.

Na tabela 17, observa-se que, no grupo 1, representativo dos bebês de 0 a 12 meses, o número de mães com perfil pré-natal favorável ($n = 30$) e bebês com perfil comportamental colaborador ($n = 14$) prevaleceu, porém à análise estatística não foi encontrada significância entre os eventos pré-natais, sejam favoráveis ou não, e o comportamento do bebê, durante a assistência odontológica.

Tabela 17 – Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães no G1 (0-12 meses).

Perfil comportamental dos bebês	Perfil pré-natal materno		TOTAL
	Favorável	Desfavorável	
Colaborador	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)
Colaborador com reservas	12 (80,0%)	3 (20,0%)	15 (100%)
Não colaborador	4 (100,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)
TOTAL (N)	30	10	40 (100%)

$\chi^2 = 2,3111$

p valor = 0,3149 (significativo ao nível 5%)

Na análise do grupo 2, dos bebês de 13 a 18 meses, pode-se observar que a maioria das mães apresentou perfil pré-natal favorável ($n = 31$) e seus bebês apresentaram prevalência de comportamento colaborador com reservas ($n = 16$), conforme expresso na tabela 18, entretanto, não foi verificada significância estatística nesta relação.

Tabela 18 - Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães no G2 (13-18 meses).

Perfil comportamental dos bebês	Perfil pré-natal materno		TOTAL
	Pré-natal favorável	Pré-natal desfavorável	
Colaborador	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (100%)
Colaborador com reservas	16 (76,2%)	5 (23,8%)	21 (100%)
Não colaborador	10 (90,9%)	1 (9,1%)	11 (100%)
TOTAL (N)	31	9	40 (100%)

$\chi^2 = 2,1872$

p valor = 0,3350 (significativo ao nível 5%)

Na tabela 19, é possível notar que, no grupo 3, dos bebês de 19 a 24 meses, assim como no grupo 2, a maioria das mães apresentou perfil pré-natal favorável ($n = 25$) e seus bebês apresentaram prevalentemente, comportamento colaborador com reservas ($n = 10$). Também aqui, não ocorreu significância estatística.

Tabela 19 – Relação entre o perfil comportamental dos bebês e o perfil pré-natal das mães no G3 (19-24 meses)

	Perfil pré-natal materno		
Perfil comportamental dos bebês	Pré-natal favorável	Pré-natal desfavorável	TOTAL
Colaborador	7 (70,0%)	3 (30,0%)	10 (100%)
Colaborador com reservas	10 (62,5%)	6 (37,5%)	16 (100%)
Não colaborador	8 (57,1%)	6 (42,9%)	14 (100%)
TOTAL (N)	25	15	40 (100%)

$\chi^2 = 0,4114$

p valor = 0,8141 (significativo ao nível 5%)

A relação entre o perfil comportamental dos bebês e a experiência odontológica das mães também foi avaliada (Anexo J, L e M) e o resultado não apresentou significância estatística, tanto quando na análise geral (Tabela 20) como na análise em separado, baseados na faixa etária dos bebês (tabelas 21, 22 e 23).

Na tabela 20, considerando-se:

- NN a mãe que relatou não ter medo de ir ao dentista e nunca ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.
- NS, a mãe que relatou não ter medo de ir ao dentista, mas já ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.
- SN, a mãe que relatou ter medo de ir ao dentista, mas nunca ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.
- SS, a mãe que relatou ter medo de ir ao dentista, e já ter passado por experiência negativa durante a assistência odontológica.

É possível observar que a maioria das mães (n = 56) da amostra relatou não ter medo de ir ao dentista e nunca ter tido experiência negativa durante a assistência odontológica, sendo que seus bebês apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador com reservas (n = 26).

Tabela 20 – Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês.

	Experiência odontológica materna				
Perfil comportamental dos Bebês	NN	NS	SN	SS	TOTAL
Colaborador	17 (30,4%)	18 (41,9%)	3 (30%)	1 (9,1%)	39
Colaborador com reservas	26 (46,4%)	17 (39,5%)	3 (30%)	6 (54,5%)	52
Não colaborador	13 (23,2%)	8 (18,6%)	4 (40%)	4 (36,4%)	29
TOTAL (N)	56	43	10	11	120 (100%)

$X^2 = 6,3946$

p valor = 0,3805 (significativo ao nível 5%)

Tomando por base a faixa etária dos bebês, observamos que no grupo 1, a maioria das mães relatou não ter medo de ir ao dentista e nunca ter tido experiência negativa durante a assistência odontológica ($n = 21$), sendo que seus bebês apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador ($n = 10$) de acordo com a tabela 21.

Tabela 21 - Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês no G1 (0-12 meses).

Perfil comportamental dos bebês	Experiência odontológica materna				TOTAL
	NN	NS	SN	SS	
Colaborador	10 (47,6%)	10 (71,4%)	0 (0,0%)	1 (20,0%)	21
Colaborador com reservas	9 (42,9%)	4 (28,6%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	15
Não colaborador	2 (9,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	4
TOTAL (N)	21	14	0	5	40 (100%)

$X^2 = 8,4281$

p valor = 0,0771 (significativo ao nível 5%)

Na tabela 22, nota-se que no grupo 2, prevaleceram as mães que relataram não terem medo de ir ao dentista e nunca terem tido experiência negativa durante a assistência odontológica (n = 15)), sendo que seus bebês apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador com reservas (n = 9).

Tabela 22 - Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês no G2 (13-18 meses).

Perfil comportamental dos bebês	Experiência odontológica materna				TOTAL
	NN	NS	SN	SS	
Colaborador	2 (13,3%)	5 (27,8%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	8
Colaborador com reservas	9 (60,0%)	8 (44,4%)	1 (33,3%)	3 (75,0%)	21
Não colaborador	4 (26,7%)	5 (27,8%)	1 (33,3%)	1 (25,0%)	11
TOTAL (N)	15	18	3	4	40 (100%)

$X^2 = 2,9738$

p valor = 0,8121 (significativo ao nível 5%)

Na tabela 23, observa-se que no grupo 3 foi maior a prevalência das mães que relataram não terem medo de ir ao dentista e nunca terem tido experiência negativa durante a assistência odontológica ($n = 20$), sendo que seus bebês apresentaram, em sua maioria, comportamento colaborador com reservas ($n = 8$).

Tabela 23 - Relação entre experiência odontológica das mães e perfil comportamental dos bebês no G3 (19-24 meses).

Perfil comportamental dos bebês	Experiência odontológica materna				TOTAL
	NN	NS	SN	SS	
Colaborador	5 (25,0%)	3 (27,3%)	2 (28,6%)	0 (0,0%)	10
Colaborador com reservas	8 (40,0%)	5 (45,5%)	2 (28,6%)	1 (50,0%)	16
Não colaborador	7 (35,0%)	3 (27,3%)	3 (42,9%)	1 (50,0%)	14
TOTAL (N)	20 (100,0%)	11 (100,0%)	7 (100,0%)	2 (100,0%)	40 (100%)

$X^2 = 1,3585$

p valor = 0,9683 (significativo ao nível 5%)



6 Discussão

Na presente discussão, inicialmente apresentaremos considerações gerais sobre o tema abordado, e a seguir a análise dos principais aspectos encontrados nos itens avaliados no capítulo dos resultados, incluindo a análise dos questionários, perfil comportamental dos bebês e a relação entre os resultados dos questionários e o perfil dos bebês.

Nos últimos 11 anos, diversos trabalhos já foram elaborados e efetivamente desenvolvidos com os pacientes e seus familiares atendidos na Bebê-Clinica da FOA-UNESP. Estudos clínicos, levantamentos, e projetos de diferentes linhas de pesquisa já foram inclusive publicados em revistas de impacto, atestando a excelência do atendimento prestado.

Este estudo, relacionando a psicologia pré-natal e a odontologia buscou, pioneiramente, avaliar o potencial de importantes eventos pré-natais como influenciadores do comportamento do bebê durante a assistência odontológica.

De uma maneira geral, nossos achados nos levaram a apontar que não ocorreu influência significativa dos eventos pré-natais sobre o comportamento do paciente infantil durante o atendimento odontológico, ainda que muitos estudos estabeleçam uma ligação direta entre o período pré-natal e o comportamento pós-

natal do bebê. Sendo este um estudo clínico retrospectivo, baseado nos questionários respondidos pelas mães, e no registro do perfil comportamental do bebê observado durante o atendimento, observamos que estes registros pós-natais podem talvez agir como fatores limitantes.

Isto ocorre porque em estudos humanos, obter controle suficiente da genética e dos fatores ambientais pós-natais tem sido a maior dificuldade para relacionar as diferenças comportamentais pós-natais sob investigação, atribuídas conclusivamente às variáveis pré-natais (JOFE, 1969, *apud* VAN DEN BERGH et al., 2005).

Zaze (2005) afirmou que o comportamento exibido pelo bebê durante a assistência odontológica está mais relacionado com a idade da criança, em virtude principalmente do processo de maturação psicológica. No entanto, ao avaliarmos isoladamente o comportamento durante a assistência odontológica, como seria possível dissociar a maturação psicológica pós-natal do desenvolvimento físico, psíquico e emocional que emergiu das vivências intra-uterinas? O comportamento do bebê durante a realização de um procedimento clínico como a higiene bucal efetuada na Bebê-Clínica é um comportamento isolado, momentâneo, expresso com base somente na idade cronológica e maturação psicológica da criança? Este momento da criança seria marcado mais pela capacidade do bebê de explicar seu estado de humor, altamente influenciável pelos fatores ambientais e familiares, ou seria possível em um período tão curto de expressão corporal/verbal da criança avaliar também a sua personalidade e caráter intrínsecos?

A maioria (90%) das mães relatou em sua entrevista acreditar na influência dos eventos pré-natais sobre o comportamento geral da criança. No entanto, quando questionadas informalmente sobre a influência do pré-natal no

comportamento durante a assistência odontológica, poucas afirmaram ver relação entre tais eventos e a expressão do comportamento, justificando que o comportamento, no caso dos não-colaboradores, seria mais influenciado pelo medo e ansiedade da criança.

O medo e a ansiedade infantil são características intrínsecas e passíveis de serem condicionadas. No entanto, muitas crianças exibem um comportamento extremamente negativo durante a assistência odontológica, e mesmo numa fase posterior de maturação psicológica, condizente com um comportamento mais colaborador, ainda não o fazem.

Fica clara a existência de uma lacuna no conhecimento da psiquê infantil que possa justificar estes estados comportamentais adversos durante a assistência odontológica. Contudo, evidencia-se um caminho ainda não investigado pela Odontologia na busca deste conhecimento, que são as raízes pré-natais do comportamento.

Neste contexto, LOU et al. (1994) lembraram que a crença de que as emoções da mãe podem afetar a criança que ela carrega é antiga e comum à toda sociedade conhecida. Nos dias atuais, a ligação materno-fetal e o potencial dos fatores maternos como modificadores do desenvolvimento físico e psicológico do bebê estão fundamentados e amplamente difundidos no meio científico como fatores diretamente relacionados ao estabelecimento dos traços de personalidade, caráter e temperamento da criança, do adolescente e do futuro adulto.

Desta forma, a existência de notável continuidade em aspectos da vida pré e pós-natal (PIONTELLI, 1995) levou-nos a uma instigante busca pelo conhecimento mais aprofundado das emoções e atitudes intra-uterinas do bebê, bem

como do quanto esta vida pré-nascimento pode interferir ou modificar a reatividade do paciente infantil na cadeira odontológica.

Não encontramos, todavia, estudos na área da odontologia que relacionem o comportamento do paciente infantil durante o atendimento clínico com suas experiências pré-natais. A maioria dos trabalhos que tratam da psicologia pré-natal aborda a atividade motora (NIJHUIS et al., 1982; PIONTELLI, 1987; VAN DEN BERGH et al., 1989; GROME et al., 1995; DIPIETRO et al., 2003, 2004;), os sentidos e habilidades de aprendizado e memória fetal (DRIFE, 1985; HEPPER, 1996, 1997), bem como o quanto as emoções (SJOSTROM et al., 2002; LAPLANTE, et al., 2004; GUTTELING et al., 2005), a dieta (RAIKKONEN et al., 2004), o consumo de drogas (SCHNEIDER et al., 2002; SEIFER et al., 2004; HALEY, HANDMAKER e LOWE, 2006; SAYAL et al., 2007) e estilo de vida da mãe (CLAP III, 1996; VAN DEN BERGH et al., 2005) podem alterar a psicofisiologia fetal e até mesmo o desenvolvimento cerebral (STOTT, 1973; LOU et al., 1994; DE WEERTH, HEES e BUITELAAR, 2003; WEINSTOCK, 2005; TALGE et al., 2007), levando consequentemente a modificações biológicas e psíquicas na criança e possivelmente no futuro adulto (DIPIETRO et al., 1996, 1998, 2002; GLOVER, 1997; O'CONNOR et al., 2003).

A seguir apresentaremos nossas considerações com base no questionário utilizado para entrevistar as mães da amostra, relacionando os blocos temáticos do mesmo com os estudos presentes na literatura.

6.1 ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

Nossos resultados mostraram que a maioria (52%) das mães entrevistadas pertencia à faixa etária de 20 a 30 anos, caracterizando uma população relativamente jovem, que geralmente não planeja uma gravidez, o que poderia implicar em um período pré-natal conturbado e extremamente estressante. No entanto, conforme veremos a seguir, este não foi o caso da nossa amostra.

6.1.1 BLOCO 1

Neste bloco foi possível avaliar o estado emocional e psicológico da mãe no início da gestação, uma vez que a falta de planejamento da gravidez, ou mesmo a notícia de uma gravidez indesejada já podem modificar o ambiente familiar e iniciar uma reação em cadeia de eventos desfavoráveis, os quais potencialmente podem prejudicar o curso de uma gestação adequada psíquica e emocionalmente.

Em nosso estudo observamos na questão 1 que a maioria (65%) das entrevistadas fez planejamento da gravidez, fato que provavelmente evitou muitos eventos desagradáveis e desgastantes durante o período pré-natal, colaborando com a instalação de uma gestação tranquila e adequada para um bom desenvolvimento psicológico e físico do bebê.

A comunicação da gravidez ao parceiro, familiares e amigos tem repercussões bastante variadas, dependendo do contexto em que acontece essa gravidez: o bebê pode ser considerado apenas “mais um”, sendo pouco festejado, ou pode ser muito bem recebido se muito desejado (MALDONADO, 1997). Na espécie humana, em que o físico não se separa do emocional, a notícia da gravidez, a gestação, o parto e o puerpério constituem situações peculiares para a mulher, o homem e para seus familiares (CORRÊA, 2002). Nas questões 4, 5 e 6 de nosso estudo, foi possível constatar que a reação diante da notícia da gravidez foi positiva para a maior parte das mães (73%), pais (85%), e demais familiares (86%), o que provavelmente colaborou para que as então gestantes desfrutassem de um ambiente familiar harmônico, com apoio emocional, o qual deve também ter contribuído para a condução de uma gravidez tranqüila e para a redução da ansiedade e estresse maternos.

No entanto, apesar de a maioria das entrevistadas ter relatado na questão 7 que o relacionamento afetivo com o pai do bebê se manteve normal (60%) ou melhor (12%) durante a gravidez, a relação marital foi a questão que mais sensibilizou as mães durante a entrevista, sendo que 12% delas relataram piora do relacionamento conjugal durante a gestação, e 6% não tiveram o apoio dos companheiros. Algumas destas mulheres até mesmo se emocionaram e/ou choraram ao falar sobre as atitudes do pai da criança durante a delicada fase pré-natal. A seguir estão alguns destes depoimentos:

- ✓ “Foi bom, mas eu esperava que ele acompanhasse mais. Ele não conversava com o bebê, deixou a desejar...”

- ✓ “Estressante. Eu não queria ficar mais com ele, mas ele queria. No 3º mês estávamos separados...”
- ✓ “Por ele eu não teria nenhum filho...”
- ✓ “No 7º mês passei muito nervoso. No 8º descobri um caso extraconjugal do meu marido. Sofri muito...”
- ✓ “Ele era muito imaturo, não trabalhava. Depois que ela nasceu, ele foi embora...”

Segundo Schneider et al (2002) é relativamente nova a idéia de que se uma mulher grávida for exposta a eventos estressantes na vida diária, a sua prole pode ter um risco de desordens comportamentais e/ou emocionais e de aprendizado. No entanto, Stott (1973) há mais de três décadas mostrou que o estresse envolvendo tensões pessoais contínuas, em particular a discórdia marital, está intimamente associado com a morbidade infantil, gerando saúde precária, disfunção neurológica, atraso de desenvolvimento e distúrbio de comportamento. Arizmendi e Affonso (1987) procurando identificar os estressores mais comuns da gravidez também apontaram o relacionamento com os companheiros/maridos um dos fatores de maior influência para alterar o estado de humor, ansiedade e emoção materna. Talge et al. (2007) também mostraram diversas pesquisas afirmando que o relacionamento com o parceiro pode ser uma das formas de estresse pré-natal mais deteriorantes para a saúde emocional da gestante.

O estresse e a ansiedade materna pré-natal, contemplado pelas questões 4, 5, 6 e 7 deste bloco, são apresentados na literatura como os principais fatores para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos e comportamentais no feto e no futuro bebê, apesar de ser possível apenas em estudos animais bem controlados isolar o

estresse gestacional de outros fatores como a causa de patologias de comportamento (WEINSTOCK, 2001).

A existência de uma ligação direta entre o estresse/ansiedade pré-natal e o comportamento fetal, além da ligação entre o humor materno durante a gravidez e o comportamento em longo prazo da criança foi apresentada por Van den Bergh et al. (2005). Mais de uma década antes, Lou et al. (1994) já haviam sugerido que o estresse na gravidez deveria ser adicionado à lista dos riscos pré-natais que afetam o desenvolvimento do feto e da criança.

Isto ocorre porque o estresse gestacional crônico pode ter efeitos deletérios sobre o desenvolvimento fetal (CLARKE; SCHNEIDER, 1993; SCHNEIDER, COE, 1993; WEINSTOCK, 2001; HUIZINK et al., 2002), assim como a depressão materna durante a gravidez (FIELD, DIEGO e HERNANDEZ-REIF, 2006), podendo induzir a diferentes tipos de patologias de comportamento, as quais podem ser detectadas na infância e persistirem na vida adulta, como foi mostrado por Stott (1973), que ao avaliar grupos de mães as quais passaram por tensões pessoais severas e contínuas no período pré-natal, encontrou crianças com mais doenças físicas, anormalidades físicas e funcionais, distúrbio de desenvolvimento, anormalidades de comportamento e desordens de hábito (como incontinência urinária após os 4 anos.). Confirmando estes achados, Laplante et al. (2004) encontraram efeitos sobre o desenvolvimento cerebral do feto e menos habilidades de linguagem e de intelecto na criança.

Em nossa pesquisa bibliográfica pudemos observar que a ação dos hormônios maternos também pode interferir no ambiente uterino. Alguns autores (GLOVER, 1997; GUTTELING et al., 2005; WEINSTOCK, 2005) afirmaram que o excesso dos hormônios de estresse materno agindo sobre o feto pode alterar a

personalidade da criança e aumentar a predisposição à doença depressiva e déficit de atenção, além de um risco aumentado de problemas emocionais/comportamentais severos (O'CONNOR et al., 2003). Wilhelm (1997) também se referiu aos hormônios maternos e relatou que os estados emocionais de tristeza profunda, depressão e melancolia geram alterações neuro-hormonais, liberando maiores quantidades de uma série de substâncias na corrente sanguínea da mãe, dentre as quais, o cortisol, que pode afetar fisiologicamente o feto ou provocar nele uma reação de “fechar-se”, em uma espécie de “escudo protetor” para ficar ao abrigo do efeito doloroso causado por tais substâncias.

Efeitos pós-natais como comportamento desordeiro/impaciente, problemas de regulação de atenção, maior externalização dos problemas de comportamento e mais problemas totais de comportamento também foram relacionados a crianças cujas mães estiveram estressadas durante a gravidez, tinham medo de carregar uma criança deficiente e/ou fumaram durante o início da gestação (GUTTELING et al., 2005). O estudo de O'Connor (2002) mostrou que níveis elevados de ansiedade no final da gravidez foram associados com hiperatividade/déficit de atenção em meninos, e problemas totais emocionais/comportamentais em ambos meninos e meninas.

O mecanismo de ação do estresse materno sobre o feto também está sendo muito estudado. Buitelaar et al. (2003) relataram que há evidência abundante de uma sobre-atividade e desregulação do eixo HPA (Hipotalâmico-hipofisário-adrenérgico) na prole de animais estressados pré-natalmente, e que em humanos esta regulação alterada se dá em virtude de menor regulação dos receptores no hipocampo, no hipotálamo e nas glândulas adrenal e hipófise, redução da sensibilidade dos receptores em algum destes níveis e alteração nos níveis de CRH

(Hormônio liberador de corticotropina), mostrando uma redução dos receptores hipocampais de corticosteróides e altos níveis de CRH na amígdala da prole exposta a estresse no útero.

Os efeitos a longo-prazo do estresse pré-natal sobre o comportamento da prole estão associados com a função alterada do eixo HPA, que controla os receptores centrais de glicocorticóides (TALGE et al., 2007). Também foi relatado que em humanos o mecanismo de desregulação do eixo HPA sobre a mãe e o feto é bem menos compreendido. Todavia, De Weerth et al. (2003), em seu estudo sobre os níveis de cortisol materno pré-natal e o comportamento do bebê durante os cinco primeiros meses de vida demonstraram que altos níveis de cortisol pré-natal no final da gestação estavam relacionados a mais choro, expressões faciais negativas e irritadas no bebê durante uma série de interações de rotina entre mãe-bebê, sendo que nos relatos maternos sobre o temperamento foi constatado que estes bebês apresentavam maior prevalência de comportamento difícil.

O cortisol, tratado na literatura como “hormônio do estresse”, é encontrado em níveis elevados no sangue de mães estressadas (WADHWA, 1996; DE WEERTH et al., 2003), e quantidades suficientes deste hormônio atravessam a barreira placentária, tendo um significativo efeito clínico sobre o desenvolvimento cerebral do feto (TALGE et al., 2007).

Foi demonstrado ainda (MULDER et al., 2002) que muitos estudos em humanos têm sugerido uma relação direta entre o estresse materno pré-natal e complicações da gravidez como risco aumentado de aborto espontâneo, defeitos cardíacos e malformações craniofaciais no feto, aumento do risco de pré-eclâmpsia no final da gestação, aumento do risco de parto pré-maturo, e menor peso e comprimento cefálico do feto para a idade gestacional.

Há ainda pesquisas que relacionaram o efeito do estresse materno durante a gravidez sobre as estruturas dentárias e sua ação em reduzir a resistência dos dentes do bebê à cárie dentária e diminuir o efeito profilático do flúor (TUMSHEVITS, LEONT'EV E BOGINSKAIA, 1990), além de determinar a morbidade dentária após sua erupção (LYSENKO, 2004).

Estes inúmeros estudos apóiam a premissa de que o estresse pré-natal não somente afeta aspectos do desenvolvimento físico do bebê (peso ao nascimento, comprimento cefálico, e malformações estruturais), mas também seu desenvolvimento funcional, evidenciado por um desempenho psicomotor pobre e comportamento difícil durante os primeiros dez anos de vida (MULDER et al., 2002).

Na presente pesquisa as respostas referentes à questão do estresse e ansiedade pré-natal, de uma forma geral, apresentaram um resultado positivo, o que pode ter favorecido o adequado desenvolvimento psicológico dos bebês durante o curso da gestação.

6.1.2 BLOCO 2

Neste bloco as perguntas foram direcionadas para avaliar os fatores sociais e econômicos da família. A maioria da amostra foi composta de casais oficialmente unidos (83%), com residência própria (87%), e com renda familiar superior a 4 salários-mínimos (65%), compondo um grupo até certo ponto privilegiado, tendo em vista as condições sócio-econômicas da maioria da população de nosso país. Este tema também foi abordado em nosso questionário visto que os

fatores psico-sociais podem atuar sobre a emoção e bem-estar maternos durante o período pré-natal.

Lou et al. (1994) afirmaram que o estresse psico-social foi um determinante de severa prematuridade na amostra de seu estudo, e que o efeito de fatores psico-sociais sobre o crescimento cefálico e otimização neurológica se refletem como mal-desenvolvimento cerebral, podendo gerar atraso do desenvolvimento neurológico e cognitivo.

Neste mesmo contexto, DiPietro et al. (1998) relataram que muitos estudos registraram uma maior ocorrência de prematuros, baixo peso e morte precoce em fetos de mães com pouca instrução e menos favorecidas economicamente, em virtude do menor acesso a cuidados médicos, saúde e do comportamento materno, assim como uso de substâncias, raça, etnia e estresse psico-social. Todavia, Stott (1973) sugeriu que os efeitos da pobreza sobre o desenvolvimento da criança são mediados pelas tensões pessoais pré-natais.

6.1.3 BLOCO 3

No terceiro bloco foram abordadas questões sobre a saúde materna. O estado de saúde da gestante pode também ser um fator altamente estressante, principalmente se colocar em risco a saúde do bebê que ela carrega.

Os nossos resultados mostraram que a maioria das mães entrevistadas teve uma gestação saudável (49%), e que 95% delas não apresentaram qualquer tipo de vício (fumo, álcool, drogas) durante a gravidez. Somente 6 mães relataram ter fumado durante a gravidez, fator que pode iminentemente reduzir os movimentos

respiratórios fetais (DRIFE, 1985), influenciar na histogênese dos tecidos dentais (LYSENKO, 2004) e na prematuridade e baixo peso ao nascimento.

Schneider et al. (2002) mostraram que o estresse para a mãe, ou o consumo materno de álcool contribui para conseqüências na criança, interagindo com numerosos outros fatores em um complexo processo de interação mútua, e que a exposição pré-natal ao estresse ou ao álcool pode alterar uma trajetória de desenvolvimento do indivíduo, embora altere inicialmente o desenvolvimento cerebral. A exposição pré-natal ao álcool pode afetar o eixo neuroendócrino materno, levando a alterações no desenvolvimento cerebral do feto e contribuindo para um risco maior de distúrbios emocionais, sociais, e de desenvolvimento cognitivo posteriormente na vida (HALEY et al., 2006). Sayal et al. (2007) sugeriram que mesmo baixas doses ocasionais de bebida alcoólica no início da gravidez podem ter efeitos a longo prazo sobre a saúde mental das crianças, além de influir na formação do apego e na conseqüente relação criança-cuidador (SEIFER et al., 2004).

Neste mesmo bloco também observamos que somente 25% das mães seguiram uma dieta alimentar na gravidez, e que 73% delas não praticaram qualquer tipo de atividade física. A dieta e os exercícios físicos são recomendados durante a gestação pela maioria dos especialistas médicos, uma vez que a dieta da mãe modifica o aroma e sabor do líquido amniótico e do leite materno (MENNELLA e BEAUCHAMP, 1991). A familiarização pré-natal com o gosto do leite contribui para assegurar que a amamentação seja estabelecida com sucesso, uma vez que mães que experimentaram uma mudança grande na dieta entre antes e após o nascimento tiveram grande dificuldade em estabelecer a amamentação (HEPPER, 1996). Quanto à prática pré-natal de exercícios físicos, Clapp III (1996) relatou que bebês de

mulheres que se exercitaram durante a gravidez têm menos gordura subcutânea e maior habilidade de linguagem.

Ainda no Bloco 3 as mães foram questionadas quanto à ida ao consultório odontológico durante o período pré-natal. A maioria delas (57%) não consultou um profissional, e relatou não ter medo de ir ao dentista, bem como de nunca ter passado por experiência negativa durante uma assistência odontológica (47%). No entanto Stott (1973) observou em seu estudo que mais mulheres com crianças mais saudáveis fizeram extrações dentárias ou restaurações do que aquelas com bebês menos saudáveis, concluindo que ir ao dentista na gravidez não teve efeito sobre a saúde da criança.

Isto demonstra que as gestantes devem ser incentivadas a procurarem assistência odontológica preventiva ou mesmo curativa, principalmente em casos de dor aguda ou traumatismos, visto que estes episódios estressantes são muito mais nocivos para a saúde física e mental do feto do que o procedimento odontológico em si.

6.1.4 BLOCO 4

O 4º Bloco do questionário tratou da saúde do bebê e relacionamento pais-filho. Foi possível observar que a maioria (82%) dos bebês da amostra teve um desenvolvimento pré-natal ótimo. Na questão 31, sobre os estímulos pré-natais que a mãe oferecia ao bebê, muitas delas (61%) afirmaram que colocavam música ou cantavam para o bebê durante a gravidez. Elas relataram estilos bem ecléticos, ouvindo de Mozart a canções de ninar e hinos religiosos.

De todas as entrevistadas, 94% conversavam com a criança que carregavam. Esta atitude de carinho fortalece o vínculo mãe-filho, sendo de valiosa importância na estruturação da personalidade e temperamento da criança, uma vez que foi demonstrado em alguns estudos (DRIFE, 1985; HEPPER, 1996, 1997) que as emoções da mãe para com o feto, bem como os estímulos sonoros externos, além de estímulos gustativos e olfativos intra-útero, podem ser registradas pela memória fetal.

Durante as entrevistas na Bebê-Clínica muitas mães, ao responderem as questões deste bloco, principalmente a questão 32, sobre a existência de alguma relação entre ela e a criança que carregava, deram seus depoimentos quanto à forte ligação delas com o bebê. A seguir alguns destes relatos:

- ✓ “Uma sensação muito boa, uma ligação muito forte, do cordão, do sangue, é parte da gente...”
- ✓ “Um sentimento de que é meu, de posse...”
- ✓ “Assim que ela nasceu, chorou muito. Ao ser colocada junto a mim, parou na hora. Este vínculo mãe-filho é único...”
- ✓ “Acho que até antes de me casar o meu filho já era meu. Deus o fez pra mim...”
- ✓ “Acho que ela já sentia o quanto eu a amava...”
- ✓ “Uma ligação forte, de outras vidas. Ela já estava no meu destino...”
- ✓ “A mãe muda. Fiquei muito chorona. Até o pensamento muda pelo filho...”
- ✓ “Ele me entendia. Quando eu estava triste acho que ele mexia mais pra me alegrar. Era um amor muito grande. Eu era muito sozinha...”
- ✓ “Eu conversava muito com ela, ela conhecia a minha voz. Ao nascer ela chorou muito. Eu falei: não chora, a mamãe tá aqui. Ela parou na hora...”

-
- ✓ “Tudo eu falava prá ela. Cada coisa que eu ia fazer eu explicava pra ela...”
 - ✓ “Se eu sentia frio ele soluçava. Chutava quando reconhecia uma voz...”
 - ✓ “Desde o princípio, do momento em que eu quis ela, já existia uma ligação. Ela foi muito desejada, amada. Filho é um compromisso com Deus e se ele te dá este presente, você tem que cuidar por inteiro...”
 - ✓ “Ela gostava das músicas que eu ouvia. Quando nasceu, pude perceber que ela reagia quando eu colocava as mesmas músicas...”
 - ✓ “Ela sentia os meus estados emocionais. No 7º mês de gestação bateram no meu carro. Fiquei muito agitada e ela também. Outra vez eu senti frio e ela se aconchegou no lado da minha barriga. Me agasalhei, conversei com ela e ela relaxou...”
 - ✓ “Eu sentia que era uma menina. Perguntava pra ela: -se você for um menino, mexe... e ela não mexia. Aí perguntava: -se você for uma menina, mexe. E ela mexia...”
 - ✓ “É a natureza. Divino...”
 - ✓ “Ele é um pedacinho de mim...”
 - ✓ “Quando ele estava muito agitado, eu conversava com ele e ele parava. Eu só soube que era menino no parto. Preparamos o quarto para uma menina. Quando eu chamava por “Rebeca”, o bebê se agitava, chutava. No 8º mês, escolhi um nome de menino, para ter se fosse um homem. Sempre achei que os ultra-sons estavam errados...”

6.1.5 BLOCO 5

No 5º e último Bloco as mães entrevistadas relataram a frequência e intensidade dos movimentos fetais. A maioria dos bebês da amostra se mostrou agitada (57%), mexia todos os dias (91%) e mais no período noturno (72%).

Esta atividade motora é também um dos aspectos mais investigados do comportamento fetal (DIPIETRO et al., 2002), sendo que DiPietro et al. (2003) estabeleceram que o feto pode realmente responder à manipulação do estado psicológico materno. Quanto mais ativo o feto, mais difícil, imprevisível, inadaptável e ativo é o bebê. O índice cardíaco fetal elevado foi associado com menor possibilidade de previsão, nível de atividade e aspecto emocional (DIPIETRO et al., 1996). Já em 2002 DiPietro et al. mostraram que os movimentos fetais próximos ao nascimento detectados maternalmente predisseram a frequência de choro ao longo dos primeiros 3 meses de vida, e o temperamento do bebê aos 1 e 2 anos. Neste mesmo estudo foi indicado que altos níveis de atividade fetal estão associados com aspectos do desenvolvimento do sistema nervoso, os quais contribuem para um melhor processo regulador na infância posterior.

Ainda neste bloco, a última questão do questionário tratou da opinião das mães quanto à influência dos eventos pré-natais sobre o comportamento da criança. A maioria (90%) delas relatou acreditar numa relação entre o período pré e pós-natal, e deram depoimentos muito interessantes, dos quais alguns estão referidos logo abaixo. É possível notar que em vários deles as mães comparam o comportamento dos bebês com o de seus filhos mais velhos e também as diferenças

entre os eventos pré-natais ocorridos em cada gestação. Em alguns textos, observamos uma clara relação entre o comportamento pós-natal do bebê e o estilo de vida e fatores emocionais da mãe. Já em outros, podemos observar um paradoxo, que também foi percebido e relatado pela mãe. A seguir encontra-se parte destes depoimentos (o nome das crianças citadas será referido apenas pela letra inicial):

- ✓ “Na minha 1ª gravidez tive muita cólica de rim, dor, fiquei muito estressada, e minha filha é calma, não tem medo de dentista, gosta do atendimento. Já o M., sua gestação foi calma, tranqüila, mas ele chora, tem medo. Não entendo isso...”
- ✓ “Meu filho mais velho é mais agitado. A gravidez não foi planejada, tive que casar, trabalhava, estudava, passei muito nervoso, e ele foi muito chorão. O A. é bem mais calmo, só chora quando tem dor e a gravidez foi bem mais tranqüila, planejada...”
- ✓ “Da mais velha não senti nada, andei de bicicleta até o 9º mês, mas ela é agitada e nervosa. Já a M. é calma, mas tive princípio de aborto e fiquei 5 meses de repouso...”
- ✓ “Fiquei muito tranqüila na gravidez, dormia bastante. A M. E. é calma e dorminhoca...”
- ✓ “Acho que a gravidez da Y. não foi tão tranqüila quanto eu queria. Ela é nervosa. Às vezes meu marido me dizia coisas que eu não gostava. Eu ficava muito triste, até chorava...”
- ✓ “Numa gravidez com problemas a mãe fica nervosa, apreensiva e isso afeta o bebê. Tive duas gestações muito tranqüilas, sou muito segura, sentia que tudo ia dar certo. Os dois ficam sozinhos no berço, são crianças seguras...”

-
- ✓ “Eu não acreditava em relação entre pré-natal e comportamento. Mas depois do que aconteceu comigo eu vi que existe relação. O que eu sofri na gravidez, a pressão, passava tudo pra ela. Eu sou muito calma, mas minha filha é muito brava, nervosa...”
 - ✓ “Acho que influencia bastante. Se a mãe é agitada, ela passa isso para o bebê. Eu sou calma, mas como trabalhei a gravidez toda, a correria e o estresse do trabalho podem ser a causa dele ter sido tão agitado na barriga e ainda ser...”
 - ✓ “Uma mãe muito agitada pode gerar uma criança neste ambiente. Álcool, drogas, também podem influenciar, mas acho que mais na saúde do que no comportamento...”
 - ✓ “Eu sou agitada, ansiosa. Ele era agitado na barriga e ainda é...”
 - ✓ “Ela é chorona como eu era...”
 - ✓ “Acho que tudo que a mãe sente o bebê sente um pouquinho...”
 - ✓ “Meu pai não aceitou a gravidez. Assim que a S. nasceu percebemos que ela não ia com o avô. Hoje está tudo bem...”
 - ✓ “Até se a gente ficar chateada com alguém parece que eles entendem. Minha sogra me disse certa coisa que me magoou na gravidez. Só agora que a M. C. está começando a ir no colo dela...”
 - ✓ “Vejo que o amor que ele recebeu dentro da minha barriga hoje ele retribui. Ele é muito carinhoso, beija, a gente diz que se ama...”
 - ✓ “Meu marido trabalhava à noite e eu levantava assustada para abrir a porta do quarto para ele. A A. J. é bem assustada...”
 - ✓ “Perdi meu avô e três dias depois o meu tio durante a gravidez. Foi muito difícil. O G. é calmo, mas fica nervoso às vezes, é muito apegado, não vai com estranhos...”

-
- ✓ “Acho que por eu ter medo, trauma de dentista, meus dois filhos também têm...”
 - ✓ “Quando a gravidez não é planejada, a criança vai ser gerada em um ambiente atribulado, estressante, que vai influenciar no comportamento dela, não só no dentista, mas no geral...”
 - ✓ “O irmão dela sempre chegava perto do meu umbigo e falava: - oi, princesa! Quando ela nasceu, não reagia, não respondia quando era chamada por G., mas quando falávamos “princesa” ela virava os olhos e a cabeça em direção ao chamado...”
 - ✓ “É fácil perceber que mães que fumaram, beberam, sofreram na gravidez têm filhos problemáticos, inseguros...”
 - ✓ “Acho que depende da fase da criança. O C. nasceu tranqüilo, apesar da minha gravidez conturbada, e agora ele está mais nervoso...”
 - ✓ “Eu trabalhei muito na gravidez. Tentava passar tranqüilidade pra ela, mas ela é ligada no 220V...”
 - ✓ “Como passei pela rejeição do meu marido diante da gravidez, acho que isso marcou a J.. Ela não é muito “chegada” ao pai...”
 - ✓ “Acho que existe total ligação entre a mãe e o feto. Tive uma gravidez estressante, sem a colaboração emocional do meu marido. A J. é muito nervosa, brava, está dando até trabalho na escola morde os amiguinhos...”
 - ✓ “A 1ª gravidez foi uma correria, almoçava no trabalho porque meu marido não podia me buscar. Do G. eu também trabalhei, mas foi mais fácil, almoçava em casa, morava mais perto do trabalho. A mais velha tem transtorno de déficit de atenção e hiperatividade...”

Estas considerações finalizam a análise dos questionários. Partiremos a seguir para a avaliação do Perfil Comportamental dos Bebês.

6.2 PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS

Os resultados do nosso estudo mostraram que o perfil comportamental dos bebês foi colaborador no grupo 1, e nos grupos 2 e 3 foi colaborador com reservas (tabela 12).

Estes dados corroboram com os achados de Percinoto e Cunha (2002) e Cunha et al. (2003), os quais observaram que ao longo dos 3 primeiros anos de vida, bebês que participaram de um programa odontológico educativo/preventivo, experimentaram um processo de amadurecimento das reações comportamentais que pode ser dividido em três fases. Na primeira, referente ao primeiro ano de vida, o paciente exibe um comportamento colaborador aos procedimentos odontológicos, estabelecendo uma adaptação positiva entre o indivíduo e o ambiente, e encontrando no consultório odontológico um ambiente confiável. Na segunda fase, entre o primeiro e final do segundo ano de vida do bebê, ocorre um amadurecimento das suas possibilidades motoras, e os episódios de choro, fechar a boca, ação da língua e a introdução de outras partes do corpo que adquiriram noção de movimento, como os braços, agora podem tentar impedir a ação do profissional. Finalmente, na terceira fase, correspondente ao terceiro ano de vida do bebê, com as visitas periódicas e repetição de procedimentos odontológicos não invasivos, as respostas apresentaram-se mais favoráveis e as crianças passam a cooperar com o tratamento.

Portanto, de acordo com estes trabalhos e considerando crianças normais, sem desordens mentais, a expressão do comportamento estará mais diretamente relacionada à faixa etária da criança. Ainda segundo Zaze (2005), a explicação para tal fato se baseia na premissa de que o comportamento do bebê é alterado ou influenciado por diversos fatores, dependendo da faixa etária na qual a criança se apresenta. Por exemplo, no primeiro ano de vida os fatores que mais poderiam influenciar o comportamento seriam a separação da mãe e o contato com ambientes e pessoas desconhecidas, ou seja, exatamente o que ocorre no ambiente odontológico. Isto poderia ser minimizado por visitas freqüentes ao consultório, para que a criança possa se familiarizar com o profissional e com os estímulos recebidos durante o atendimento. No seu estudo, Zaze (2005) concluiu que o fator determinante no comportamento apresentado pelos bebês avaliados foi a faixa etária na qual os mesmos se encontravam no momento do atendimento, sendo que os estímulos odontológicos influenciaram este comportamento, principalmente nos episódios de traumatismo dentário.

Stott (1973) relatou que a falibilidade inerente aos estudos retrospectivos aumenta a necessidade de estudos prospectivos, já que voltar a registros que não foram compilados para necessidades de pesquisa limita o alcance e qualidade dos dados. Ele alerta, que se um fator significativo é desprezado em um estudo prospectivo, não poderá ser recuperado, e afirma que a estratégia mais adequada, a longo prazo, é executar estudos retrospectivos de condições selecionadas para fazer as descobertas iniciais, que formam a hipótese, para testar por uma investigação prospectiva.

Podemos perceber então uma necessidade incontestável de se realizar estudos prospectivos sobre a relação entre o comportamento do paciente infantil

durante o atendimento odontológico e as suas experiências pré-natais, a fim de se obter melhor controle das variáveis confundidoras pré e pós-natais, avaliando também a maturação psicológica do bebê e sua evolução comportamental dentro de um programa de Bebê-Clínica.

6.3 RELAÇÃO ENTRE EVENTOS PRÉ-NATAIS E COMPORTAMENTO PÓS-NATAL

Em nosso estudo, a relação do comportamento dos bebês durante a assistência odontológica e o perfil do período pré-natal de suas mães (tabela 13) não apresentou relação estatisticamente significativa. No entanto, Corrêa (2002) alertou que o Odontopediatra ou o clínico geral que trabalhe com crianças deveria conhecer as alterações psicológicas relacionadas ao período da gestação, pois o comportamento da criança durante o tratamento odontológico reflete sua história de vida desde o momento da concepção. Embora pareça paradoxal, é verdade.

Nesta pesquisa analisamos somente um dos diversos fatores que se apresentam para a formação do complexo universo do comportamento infantil. E neste aspecto a imponderabilidade de muitos destes fatores torna difícil, senão impossível, determinar quais deles são mais influentes ou preponderantes. Mas isso não subtrai a responsabilidade do dentista em conhecer variados prismas deste assunto para manipulá-lo com maior índice de acerto possível. Inclusive, sempre informações do período pré-natal serão valiosas e bem-vindas para auxiliar no estabelecimento de um diagnóstico apropriado. Enfatizamos, portanto, que por

ocasião da assistência odontológica em bebês, o diálogo inquiridor dos eventos pré-natais é peça fundamental para cooperar no referido diagnóstico como um todo, inclusive do núcleo familiar, como ficou bem demonstrado nesta pesquisa nas frases ditas pelas mães e registradas pela entrevistadora.

Ao se relacionar o perfil comportamental dos bebês com o perfil materno pré-natal, baseados pela faixa etária das mães, com exceção do grupo etário abaixo de 20 anos, foi possível observar numericamente (tabelas 15 e 16) predominância dos melhores comportamentos dos bebês, quando a mãe exibiu um pré-natal favorável, entretanto esta relação não apresentou-se com significância estatística. Uma vez mais, ressaltamos a importância do estudo para o entendimento global dos aspectos envolvidos na formação do comportamento.

Quando analisamos os resultados da relação do comportamento dos bebês com o perfil do período pré-natal materno, separando-os pela faixa etária dos bebês, não se verificou significância estatística (tabelas 17, 18 e 19). Embora não encontrássemos relação definida entre as variáveis, este dado sedimenta o conceito de que a idade da criança é responsável em muito pelo perfil do comportamento exibido, pois nos três grupos os comportamentos manifestados foram muito semelhantes aos observados por Cunha et al. (2000) e Zaze (2005).

A experiência odontológica das mães também foi avaliada, quanto à sua relação com o comportamento dos bebês durante a assistência odontológica, sendo que neste caso também não houve significância entre os dados avaliados (tabela 20), mesmo quando os grupos de bebês foram analisados separadamente (tabelas 21, 22 e 23).

Alguns estudos (GLOVER, 1997; O'CONNOR et al., 2002; VAN DEN BERGH et al., 2005) sugerem que programas preventivos de atenção ao casal

“grávido” devem ser implantados, principalmente com o intuito de reduzir o estresse ou ansiedade durante a gravidez e seus efeitos sobre a criança, se possível até mesmo antes da concepção. Estes programas poderiam fortalecer o vínculo afetivo-psicológico entre os futuros pais e seus bebês, colaborando para um pré-natal saudável física e emocionalmente, tanto para a gestante quanto para o bebê.

Neste contexto, nosso trabalho demonstra a necessidade de novos estudos sobre a psicologia pré-natal, especialmente nas suas interfaces com a odontologia e sugere que as ações educativas e preventivas na infância poderiam ser estendidas para uma atenção integral da gestante, do feto e, conseqüentemente do futuro bebê, fato que vem sendo executado pelos odontopediatras e nas Universidades, embora nesta última, de forma ainda muito segmentada.

A motivação dos pais quanto à saúde bucal do bebê, mesmo antes dele nascer, poderia ser integrada a programas de atendimento psicológico a gestantes, ou mesmo a programas de assistência odontológica à gestante, com ênfase na responsabilidade dos futuros pais quanto à saúde geral, bucal, e comportamental da criança que está sendo gerada.

Talvez os eventos pré-natais realmente não influenciem diretamente o comportamento da maneira como procuramos quantificar ou identificar nesta pesquisa. Antes, esta influência, pelo observado em diversos trabalhos na literatura, se faz em fases precoces da formação dos sistemas biológicos e psíquicos dos mecanismos que constroem as estruturas neurocomportamentais. E estas sim, serão as bases responsáveis por toda a preparação e manifestação de ações e atitudes normais ou desejadas para as crianças em determinadas faixas etárias frente aos diferentes estímulos de qualquer natureza, e até àqueles específicos resultantes da assistência odontológica.

O primeiro passo foi dado nesta pesquisa. Conhecer os caminhos por onde se formam as manifestações do comportamento é tão instigante quanto fundamental para se fornecer orientações que auxiliem no amadurecimento saudável dos comportamentos acima referidos. Em um estudo prospectivo longitudinal seria possível privilegiar a profundidade de entendimento, e o estado individual de cada indivíduo em virtude do maior tempo de observação (PIONTELLI, 1995).

Novas investigações de cunho prospectivo que acompanhem mais de perto este fenômeno tão maravilhoso que é a gestação, e seus respectivos eventos, estão a caminho, e outras tantas devem ser estimuladas. Nestas pesquisas, metodologias mais acuradas que acompanhem, em períodos mais curtos, o desenvolvimento da criança, talvez sejam capazes de auxiliar na verificação dos diferentes prismas que compõem esse intrincado e sem dúvida, fantástico momento que precede o nascimento do bebê e suas relações com o mundo do comportamento infantil.



7 Conclusão

Baseados na metodologia utilizada e nos resultados verificados, foi possível concluir que:

- ✓ a experiência odontológica materna não influenciou o perfil comportamental do bebê durante a assistência odontológica
- ✓ os eventos pré-natais não influenciaram de forma significativa o comportamento do bebê diante da assistência odontológica.



Referências

ARIZMENDI T. G.; AFFONSO, D. D. Stressful events related to pregnancy and postpartum. **J. Psychosom. Res.**, v. 31, n. 6, p. 743-756, 1987.

BERNAT, M. C.; SEBASTIANI, R. W. Visão básica de psicologia pré e perinatal. *In*: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998.

BATANOVA, E. V.; VINOGRADOVA, T. F.; MOROZOVA, N. V.; ELKINA, N. M. The deciduous teeth in children born to mothers with heart defects. **Stomatologiya (Mosk)**, v.69, n. 6, p. 69-72, 1990.

BICK, E. Notes on Infant Observation in psycho-analytic training. **International Journal of psycho-Analysis**, v. 49, p. 484-486, 1964.

BUITELAAR, J. K.; HUIZINK, A. C.; MULDER, E. J.; DE MEDINA, P. G.; VISSER, G. H. Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants. **Neurobiol. Aging.**, v. 24, suppl 1, p. S53-60; discussion p. S67-8, 2003. Comment in: *Neurobiol Aging*, v. 24, suppl 1, p. S61-5; discussion p. S67-8, 2003.

CLAPP III, J. F. Morphometric and neurodevelopmental outcome at age five years of the offspring of women who continued to exercise regularly throughout pregnancy. **J. Pediatr.**, v. 129, n. 6, p. 856-863, 1996.

CLARKE, A. S.; SCHNEIDER, M. L. Prenatal stress has long-term effects on behavioral responses to stress in juvenile rhesus monkeys. **Dev. Psychobiol.**, v. 26, n. 5, p. 293-304, 1993.

CORRÊA, M. S. N. P.; BELMONT, L. F.; GHERSEL, E. L. de A. Algumas características psicológicas durante a gestação e sua aplicabilidade em odontopediatria. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico**. Aspectos Psicológicos. São Paulo: Santos, 2002, p. 37-42.

CUNHA, R. F.; DELBEM, A. C.; PERCINOTO, C.; SAITO, T. E. Dentistry for babies: a preventive protocol. **ASCD J. Dent. Child.**, v. 67, n. 2, p. 89-92, 2000.

CUNHA, R. F.; DELBEM, A. C.; PERCINOTO, C.; MELHADO, F. L. Behavioral evaluation during dental care in children aged 0 to 3 years. **J. Dent. Child.**, v. 70, n. 2, p. 100-103, 2003.

DE WEERTH, C.; VAN HEES, Y.; BUITELAAR, J. K. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. **Early Hum. Dev.**, v. 74, n. 2, p. 139-151, 2003.

DIPIETRO, J. A.; HODGSON, D. M.; COSTIGAN, K. A.; JOHNSON, T. R. Fetal antecedents of infant temperament. **Child. Dev.**, v. 67, n. 5, p. 2568-2583, 1996.

DIPIETRO, J. A.; COSTIGAN, K. A.; SHUPE, A. K.; PRESSMAN, E. K.; JOHNSON, T. R. Fetal neurobehavioral development: associations with socioeconomic class and fetal sex. **Dev. Psychobiol.**, v. 33, n. 1, p. 79-91, 1998. Erratum in: *Dev Psychobiol*, v. 33, n. 2, p. 187, 1998.

DIPIETRO, J. A.; BORNSTEIN, M. H.; COSTIGAN, K. A.; PRESSMAN, E. K.; HAHN, C. S.; PAINTER, K.; SMITH, B. A.; YI, L. J. What does fetal movement predict about behavior during the first two years of life? **Dev. Psychobiol.**, v. 40, n. 4, p. 358-371, 2002.

DIPIETRO, J. A.; COSTIGAN, K. A.; GUREWITSCH, E. D. Fetal response to induced maternal stress. **Early Hum. Dev.**, v. 74, n. 2, p. 125-138, 2003.

DIPIETRO, J. A.; IRIZARRY, R. A.; COSTIGAN, K. A.; GUREWITSCH, E. D. The psychophysiology of the maternal-fetal relationship. **Psychophysiology**, v. 41, n. 4, p. 510-520, 2004.

DIPIETRO, J. A.; NOVAK, M. F.; COSTIGAN, K. A.; ATELLA, L. D.; REUSING, S. P. Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. **Child. Dev.**, v. 77, n. 3, p. 573-587, 2006.

DRIFE, J. O. Can the fetus listen and learn? **Br. J. Obstet. Gynaecol.**, v. 92, n. 8, p. 777-779, 1985.

FIELD, T.; DIEGO, M.; HERNANDEZ-REIF, M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. **Infant. Behav. Dev.**, v. 29, n. 3, p. 445-455, 2006. Epub May 30 2006.

GLOVER, V. Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. **Br. J. Psychiatry**, v. 171, p. 105-106, 1997.

GROOME, L. J.; SWIBER, M. J.; BENTZ, L. S.; HOLLAND, S. B.; ATTERBURY, J. L. Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, v. 16, n. 6, p. 391-396, 1995.

GUTTELING, B. M.; DE WEERTH, C.; WILLEMSSEN-SWINKELS, S. H.; HUIZINK, A. C.; MULDER, E. J.; VISSER, G. H.; BUITELAAR, J. K. The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers. **Eur. Child. Adolesc. Psychiatry**, v. 14, n. 1, p. 41-51, 2005.

HALEY, D. W.; HANDMAKER, N. S.; LOWE, J. Infant stress reactivity and prenatal alcohol exposure. **Alcohol Clin. Exp. Res.**, v. 30, n. 12, p. 2055-2064, 2006.

HEPPER, P. G. Fetal memory: does it exist? What does it do? **Acta Paediatr. Suppl.**, v. 416, p. 16-20, 1996.

HEPPER, P. G. Memory in utero? **Dev. Med. Child. Neurol.**, v. 39, n. 5, p. 343-346, 1997. Comment in: *Dev. Med. Child. Neurol.*, v. 39, n. 5, p. 285, 1997.

HINES, M.; JOHNSTON, K. J.; GOLOMBOK, S.; RUST, J.; STEVENS, M.; GOLDING, J.; ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Parents and Children. Prenatal stress and gender role behavior in girls and boys: a longitudinal, population study. **Horm. Behav.**, v. 42, n. 2, p. 126-134, 2002.

HUIZINK, A. C.; DE MEDINA, P. G.; MULDER, E. J.; VISSER, G. H.; BUITELAAR, J. K. Psychological measures of prenatal stress as predictors of infant temperament. **J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry.**, v. 41, n. 9, p. 1078-1085, 2002.

(JOFE, J. M. 1969 *apud* VAN DEN BERGH et al., 2005) VAN DEN BERGH, B. R.; MULDER, E. J.; MENNES, M.; GLOVER, V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, v. 29, n. 2, p. 237-258, 2005.

KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia Odontopediátrica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002. 375 p.

KONISHI, F.; KONISHI, R. Odontologia intra-uterina: Um novo modelo de construção de saúde bucal. *In*: CARDOSO, R. J. A.; GONÇALVES, E. A. N. **Odontopediatria e prevenção**. São Paulo: Artes Médicas, p. 155-166, 2002.

KUMAR, R.; ROBSON, K. M.; SMITH, A. M. Development of a self-administered questionnaire to measure maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and after delivery. **J. Psychosom. Res.**, v. 28, n. 1, p. 43-51, 1984.

LAPLANTE, D. P.; BARR, R. G.; BRUNET, A.; GALBAUD DU FORT, G.; MEANEY, M. L.; SAUCIER, J. F.; ZELAZO, P. R.; KING, S. Stress during pregnancy affects

general intellectual and language functioning in human toddlers. **Pediatr. Res.**, v. 56, n. 3, p. 400-410, 2004.

LYSENKO, G. N. A role of unfavorable antenatal factors in the formation of teeth and in the development of dental diseases in children. **Gig. Sanit.**, v. 4, p. 28-30, 2004.

LOU, H. C.; HANSEN, D.; NORDENTOFT, M.; PRYDS, O.; JENSEN, F.; NIM, J.; HEMMINGSEN, R. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. **Dev. Med. Child. Neurol.**, v. 36, n. 9, p. 826-832, 1994.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1997. 229 p.

MENNELLA, J. A.; BEAUCHAMP, G. K. Maternal diet alters the sensory qualities of human milk and the nursling's behavior. **Pediatrics**, v. 88, p. 737-744.

MULDER, E. J.; ROBLES DE MEDINA, P. G.; HUIZINK, A. C.; VAN DEN BERGH, B. R.; BUITELAAR, J. K.; VISSER, G. H. Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. **Early Hum. Dev.**, v. 70, n. 1-2, p. 3-14, 2002.

NIEDERHOFER, H. A longitudinal study: some preliminary results of association of prenatal maternal stress and fetal movements, temperament factors in early childhood and behavior at age 2 years. **Psychol. Rep.**, v. 95, n. 3 (pt. 1), p. 767-770, 2004.

NIEDERHOFER, H.; REITER, A. Maternal stress during pregnancy, its objectivation by ultrasound observation of fetal intrauterine movements and child's temperament at 6 months and 6 years of age: a pilot study. **Psychol. Rep.**, v. 86, n. 2, p. 526-528, 2000.

NIEDERHOFER, H.; REITER, A. Prenatal maternal stress, prenatal fetal movements and perinatal temperament factors influence behavior and school marks at the age of 6 years. **Fetal Diagn. Ther.**, v. 19, n. 2, p. 160-162, 2004.

NIJHUIS, J. G.; PRECHTL, H. F.; MARTIN C. B. JR.; BOTS, R. S. Are there behavioural states in the human fetus? **Early Hum. Dev.**, v. 6, n. 2, p. 177-195, 1982.

O'CONNOR, T. G.; HERON, J.; GOLDING, J.; BEVERIDGE, M.; GLOVER, V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. **Br. J. Psychiatry**, v. 180, p. 502-508, 2002. Comment in: **Br. J. Psychiatry**, v 180, p. 478-479, 2002. **Br. J. Psychiatry**, v. 181, p. 440-441, 2002; author reply 441.

O'CONNOR, T. G.; HERON, J.; GOLDING, J.; GLOVER, V.; ALSPAC STUDY TEAM. Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. **J. Child. Psychol. Psychiatry**, v. 44, n. 7, p. 1025-1036, 2003.

PERCINOTO, C.; CUNHA, R. F. A influência positiva da assistência odontológica para bebês no comportamento do futuro paciente. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico: aspectos psicológicos**. São Paulo: Santos, 2002. p. 609-615.

PIONTELLI, A. Infant observation from before birth. **Int. J. Psychoanal.**, v. 68 (pt. 4), p. 453-463, 1987.

PIONTELLI, A. **De feto a criança: um estudo observacional e psicanalítico**. Rio de Janeiro: Imago, 1995. 264 p.

PIONTELLI, A.; BOCCONI, L.; KUSTERMAN, A.; TASSIS, B.; ZOPPINI, C.; NICOLINI, U.; Patterns of evoked behaviour in twin pregnancies during the first 22 weeks of gestation. **Early Hum. Dev.**, v. 50, n. 1, p. 39-45, 1997.

PIONTELLI, A.; BOCCONI, L.; BOSCHETTO, C.; KUSTERMAN, A.; NICOLINI, U. Differences and similarities in the intra-uterine behaviour of monozygotic and dizygotic twins. **Twin Res.**, v. 2, n. 4, p. 264-273, 1999.

RÄIKKÖNEN, K.; PESONEN, A. K.; JÄRVENPÄÄ, A. L.; STRANDBERG, T. E. Sweet babies: chocolate consumption during pregnancy and infant temperament at six months. **Early Hum Dev.**, v. 76, n. 2, p. 139-145, 2004.

SAYAL, K.; HERON, J.; GOLDING, J.; EMOND, A. Prenatal alcohol exposure and gender differences in childhood mental health problems: a longitudinal population-based study. **Pediatrics**, v. 119, n. 2, p. e 426-434, 2007.

SEIFER, R.; LAGASSE, L. L.; LESTER, B.; BAUER, C. R.; SHANKARAN, S.; BADA, H. S.; WRIGHT, L. L.; SMERIGLIO, V. L.; LIU, J. Attachment status in children prenatally exposed to cocaine and other substances. **Child. Dev.**, v. 75, n. 3, p. 850-868, 2004.

SCHNEIDER, M. L.; COE, C. L. Repeated social stress during pregnancy impairs neuromotor development of the primate infant. **J. Dev. Behav. Pediatr.**, v. 14, n. 2, p. 81-87, 1993.

SCHNEIDER, M. L.; MOORE, C. F.; KRAEMER, G. W.; ROBERTS, A. D.; DEJESUS, O. T. The impact of prenatal stress, fetal alcohol exposure, or both on development: perspectives from a primate model. **Psychoneuroendocrinology**, v. 27, n. 1-2, p. 285-298, 2002.

SJÖSTRÖM, K.; VALENTIN, L.; THELIN, T.; MARSÁL, K. Maternal anxiety in late pregnancy: effect on fetal movements and fetal heart rate. **Early Hum. Dev.**, v. 67, n. 1-2, p. 87-100, 2002.

STOTT, D. H. Follow-up study from birth of the effects of prenatal stresses. **Dev. Med. Child. Neurol.**, v. 15, n. 6, p. 770-787, 1973.

TALGE, N. M.; NEAL, C.; GLOVER, V. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? **J. Child. Psychol. Psychiatry**, v. 48, n. 3-4, p. 245-261, 2007.

THOMPSON, W. R. Influence of prenatal maternal anxiety on emotionality in young rats. **Science**, v. 125, n. 3250, p. 698-699, 1957.

TUMSHEVITS, O. N.; LEONT'EV, V. K.; BOGINSKAIA, L. M. The prophylactic aspects of dental caries in the antenatal period. **Stomatologiia (Mosk)**, v. 4, n. 73-75, 1990.

VAN DEN BERGH, B. R.; MULDER, E. J.; VISSER, G. H.; POELMANN-WEESJES, G.; BEKEDAM, D. J.; PRECHTL, H. F. The effect of (induced) maternal emotions on fetal behaviour: a controlled study. **Early Hum. Dev.**, v. 19, n. 1, p. 9-19, 1989.

VAN DEN BERGH, B. R.; MULDER, E. J.; MENNES, M.; GLOVER, V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. **Neurosci. Biobehav. Rev.**, v. 29, n. 2, p. 237-258, 2005.

VERNY, T. R. **A vida secreta da criança antes de nascer**. 3. ed. São Paulo: C.J. Salmi, 1993. 214 p.

WADHWA, P. D.; DUNKEL-SCHETTER, C.; CHICZ-DEMET, A.; PORTO, M.; SANDMAN, C. A. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. **Psychosom. Med.**, v. 58, n. 5, p. 432-446, 1996.

WALTER, L. R. F.; FERELLE, A.; ISSAO, M. **Odontologia para o bebê: odontopediatria do nascimento aos 3 anos**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1996. 246 p.

WEINSTOCK, M. Alterations induced by gestational stress in brain morphology and behaviour of the offspring. **Prog. Neurobiol.**, v. 65, n. 5, p. 427-451, 2001.

WEINSTOCK, M. Can the behaviour abnormalities induced by gestational stress in rats be prevented or reversed? **Stress**, v. 5, n. 3, p. 167-176, 2002.

WEINSTOCK, M. The potential influence of maternal stress hormones on development and mental health of the offspring. **Brain. Behav. Immun.**, v. 19, n. 4, p. 296-308, 2005.

WILHEIM, J. **O que é psicologia pré-natal**. 4. ed. atualizada. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 126 p.

ZAZE, A. C. S. F. **Análise do comportamento de pacientes atendidos na Bebê-Clínica da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP: estudo longitudinal**. 2005. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Araçatuba, 2005.

*A*nexos





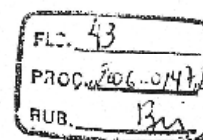
UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Araçatuba



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-

OF. 143/2006
CEP
SFCD/bri

Araçatuba, 19 de setembro de 2006.



Referência Processo FOA 2006-01472

O Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto **"ESTUDO DA INFLUÊNCIA DOS EVENTOS PRÉ-NATAIS SOBRE O COMPORTAMENTO DO BEBÊ FRENTE À ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA"** expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial em 14/09/2007 e o relatório final em 14/03/2008.

Prof. Dr. Stefan Fiuza de Carvalho Dekon
Coordenador do CEP

Ilma. Senhora
Drª. ADRIANA DE SALES CUNHA CORREIA
Araçatuba-SP-

Ciente. De acordo.

07/12/06

Correia
Drª. Adriana de Sales Cunha Correia

QUESTIONÁRIO
ESTADO EMOCIONAL, PSICOLÓGICO E FÍSICO DA MÃE.

Nome da Mãe: _____

Idade no dia do parto: _____

- 1) A gravidez foi planejada?
 - a) Sim
 - b) Não

- 2) Quanto tempo demorou a engravidar a partir deste desejo?
 - a) Menos de 3 meses
 - b) Menos de 6 meses
 - c) Mais de 6 meses

- 3) Você teve alguma experiência de sonho com o bebê antes de saber que estava grávida?
 - a) Sim
 - b) Não

- 4) Qual foi sua reação quando soube que estava grávida?
 - a) Alegria
 - b) Tristeza
 - c) Raiva
 - d) Medo
 - e) Indiferente

- 5) Qual foi a reação do pai do bebê diante da notícia da gravidez?
 - a) Alegria
 - b) Raiva
 - c) Desprezo
 - d) Preocupação
 - e) Indiferente

- 6) Qual foi a reação dos demais parentes face à notícia da gravidez?
 - a) Alegria
 - b) Raiva
 - c) Desprezo
 - d) Preocupação
 - e) Indiferente

- 7) Como ficou a relação afetiva com o pai do bebê durante a gravidez?
____(Melhorou)____(Piorou)____(Ótima)____(Normal)____(Não ficaram juntos)_____

- 8) Você tinha preferência pelo sexo de seu bebê?

- a) Não
 - b) Sim, prefiro menina
 - c) Sim, prefiro menino
-
- 9) E o pai do bebê tinha preferência?
 - a) Não
 - b) Sim, prefere menina
 - c) Sim, prefere menino

FATORES SOCIAIS E ECONÔMICOS

- 10) Você e o pai do bebê são casados?
 - a) Sim
 - b) Não
-
- 11) Você trabalha ou estuda?
 - a) Sim _____
 - b) Não
-
- 12) E o pai do bebê?
 - a) Sim _____
 - b) Não
-
- 13) Qual é a renda da família? _ (Até 4SM)____ (4-10 SM)____ (Acima de 10 SM) _____
-
- 14) Vocês moram em casa:
 - a) Própria
 - b) Alugada
 - c) Emprestada
 - d) Dos seus pais
 - e) Não moram juntos

ESTADO DE SAÚDE MATERNA

- 15) Você fez acompanhamento pré-natal?
 - a) Sim
 - b) Não
-
- 16) Sua gravidez foi de risco?
 - a) Sim
 - b) Não
-
- 17) Como ficou sua saúde (médica) durante a gravidez?

____(Normal)____(Instável)____(Risco para a mãe)____

18) Tomou algum tipo de medicamento? Qual?

____(Não)____(Só vitaminas)____(Outros)____

19) Durante a gestação apresentou algum vício (fumo, álcool, drogas)?

- a) Fumo
- b) Álcool
- c) Drogas
- d) Pelo menos duas alternativas
- e) Nenhum

20) Você teve enjoos, desejos?

- a) Sim, _____
- b) Não

21) Você seguiu alguma dieta especial? Qual?

- a) Sim _____
- b) Não

22) Foi recomendação médica?

- a) Sim
- b) Não

23) Praticou alguma atividade física? Qual?

- a) Sim _____
- b) Não

24) O que mais gostava de fazer durante a gravidez? Tinha momentos de lazer?

____(Dormir)____(Enxoval)____(Outros)____(Nada)____

25) Durante a gravidez você foi atendida pelo seu dentista?

- a) Sim
- b) Não

26) Você tem medo de ir ao dentista? Já teve alguma experiência negativa?

- a) Não tenho medo e nunca tive experiência negativa
- b) Não tenho medo, mas já tive experiência negativa
- c) Tenho medo, mas nunca tive experiência negativa
- d) Tenho medo e já tive experiência negativa

27) Qual foi o estado de saúde do bebê no período pré-natal?

(Normal)(Instável)_(Prematuro)_____

28) Você pretendia amamentar seu bebê?

- a) Sim, claro
- b) Talvez
- c) Não sabe
- d) Não

29) Você conversava com seu bebê?

- a) Sim
- b) Não

30) E o pai?

- a) Sim
- b) Não

31) Alguma outra atividade ou situação que você realizava em função do seu bebê? (música, toque, dança) Por quê?

(Música/Toque)(Só toque)_(Nenhum)_____

32) Você sentia haver algum tipo de relacionamento entre você e seu bebê? Se sim, qual tipo?

- a) Sim _____(Movimento do bebê)_____(Sentimento da mãe) _____
- b) Não

COMPORTAMENTO FETAL

33) Você considera que o seu bebê era calmo ou agitado na fase pré-natal? Movimentava-se todo dia ou às vezes? Em quais momentos isso mais acontecia?

_(Calmo/Agitado)_____(Todo dia/às vezes)_____(mais à noite/mais de dia/dia e noite/à tarde/não respondeu)_____

34) Por ocasião da realização do ultra-som você já registrou algum movimento específico de seu bebê? Qual?

- a) Sim _____
- b) Não

35) Qual sua opinião sobre o tema desta pesquisa?

_(Acredita na influência do pré-natal sobre o comportamento)_____(Não acredita)_____

PERGUNTAS SELECIONADAS PARA PONTUAR OS EVENTOS PRÉ-NATAIS DA MÃE

1) A gravidez foi planejada?

a) Sim – FAVORÁVEL(+)

b) Não – DESFAVORÁVEL (-)

4) Qual foi sua reação quando soube que estava grávida?

a) Alegria – FAVORÁVEL (+)

b) Tristeza – DESFAVORÁVEL (-)

c) Raiva – DESFAVORÁVEL (-)

d) Medo – DESFAVORÁVEL (-)

e) Indiferente – DESFAVORÁVEL (-)

7) Como ficou a relação afetiva com o pai do bebê durante a gravidez?

__(Melhorou)__(Piorou)__(Ótima)__(Normal)__(Não ficaram juntos)____
_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)

16) Sua gravidez foi de risco?

a) Sim – FAVORÁVEL (+)

b) Não – DESFAVORÁVEL (-)

17) Como ficou sua saúde (médica) no momento?

__(Saúdável)__(Instável)__(Risco para a mãe)____
_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)

21) Você seguiu alguma dieta especial? Qual?

a) Sim – FAVORÁVEL (+)

b) Não – DESFAVORÁVEL (-)

23) Praticou alguma atividade física? Qual?

a) Sim – FAVORÁVEL (+)

b) Não – DESFAVORÁVEL (-)

31) Alguma outra atividade ou situação que você realizava em função do seu bebê? (música, toque, dança) Por quê?

__(Música/Toque)__(Só toque)__(Nenhum)____
_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)_____(+)

[illegible]

ESTÍMULOS (E)		COMPORTAMENTO (C)
1. Entrada no consultório	11. Isolamento absoluto	1. Não colaborador
2. Adaptação	12. Preparo da cavidade	2. Colabora com reservas
3. Exame Clínico	13. Restauração/Selante	3. Colaborador
4. Profilaxia	14. Cirurgia	
5. Evidenciação de placa	15. Remoção de pontos	
6. Remoção de placa	16. Tratamento de canal	
7. Tomada radiográfica	17. Instalação de aparelho ortodôntico	
8. Técnicas de escovação	18. Fisiob	
9. Moldagem	19. Aplicação de verniz fluoretado	
10. Anestesia		

QUESTIONÁRIO

IDADE DA MÃE

Abaixo de 20 anos	10(8%)
20 - 30 anos	63 (52%)
31 – 40 anos	47 (39%)
Acima de 40 anos	1 (1%)
TOTAL	120 (100%)

ESTADO EMOCIONAL, PSICOLÓGICO E FÍSICO DA MÃE.

- 1) A gravidez foi planejada?

Sim	78 (65%)
Não	42 (35%)

- 2) Quanto tempo demorou a engravidar a partir deste desejo?

Menos de 3 meses	27 (23%)
Menos de 6 meses	22 (18%)
Mais de 6 meses	29 (24%)
Não Planejada	42 (35%)

- 3) Você teve alguma experiência de sonho com o bebê antes de saber que estava grávida?

Sim	46 (58%)
Não	74 (62%)

- 4) Qual foi sua reação quando soube que estava grávida?

Alegria	94 (73%)
Tristeza	3 (2%)
Raiva	1 (1%)
Medo	30 (23%)
Indiferente	1 (1%)

- 5) Qual foi a reação do pai do bebê diante da notícia da gravidez?

Alegria	105 (85%)
Raiva	2 (2%)
Desprezo	2 (2%)
Preocupação	13 (10%)
Indiferente	1 (1%)

- 6) Qual foi a reação dos demais parentes face à notícia da gravidez?

Alegria	109 (86%)
Raiva	3 (3%)
Desprezo	0 (0%)
Preocupação	13 (10%)
Indiferente	1 (1%)

7) Como ficou a relação afetiva com o pai do bebê?

Melhorou	14 (12%)
Piorou	14 (12%)
Ótima	13 (10%)
Normal	73 (60%)
Não ficaram juntos	6 (6%)

8) Você tinha preferência pelo sexo de seu bebê?

Não	63 (53%)
Sim, prefiro menina	35 (29%)
Sim, prefiro menino	22 (18%)

9) E o pai do bebê tinha preferência?

Não	53 (44%)
Sim, prefiro menina	34 (29%)
Sim, prefiro menino	33 (27%)

FATORES SOCIAIS E ECONÔMICOS

10) Você e o pai do bebê são casados?

Sim	99 (83%)
Não, mas moram juntos	12 (10%)
Não e não estão juntos	9 (7%)

11) Qual é a renda da família?

Até 4 SM	56(46%)
4 – 10 SM	46 (38%)
Acima de 10 SM	19 (16%)

12) Vocês moram em casa:

Própria	87 (72%)
Alugada	14 (12%)
Emprestada	2 (2%)
Dos seus pais	7 (6%)
Não ficaram juntos	10 (8%)

13) Você trabalha ou estuda?

Sim	66 (55%)
Não	54 (45%)

14) E o pai do bebê?

Sim	117 (98%)
Não	3 (2%)

SAÚDE MATERNA

15) Você fez acompanhamento pré-natal?

Sim	120 (100%)
Não	0 (0%)

16) Sua gravidez foi de risco?

Sim	29 (24%)
Não	91 (76%)

17) Como ficou sua saúde (médica) durante a gravidez?

Saudável	59 (49%)
Instável	42 (35%)
Risco para mãe	19 (16%)

18) Toma algum tipo de medicamento? Qual?

Nenhum	1 (1%)
Só vitaminas	69 (57%)
Outros	50 (42%)

19) Durante a gestação apresentou algum vício (fumo, álcool, drogas)?

Fumo	6 (5%)
Álcool	0 (0%)
Drogas	0 (0%)
Pelo menos dois	0 (0%)
Nenhum	114 (95%)

20) Você teve enjoos, desejos?

Sim só enjoô	45 (37%)
Sim, só desejo	11 (10%)
Sim, enjoô e desejo	33 (27%)
Não	31 (26%)

21) Você seguiu alguma dieta especial? Qual?

Sim	31 (26%)
Não	89 (74%)

22) Foi recomendação médica?

Sim	25 (81%)
Não	6 (19%)

23) Praticou alguma atividade física? Qual?

Sim	32 (27%)
Não	88 (73%)

24) O que mais gostava de fazer durante a gravidez ? Tinha momentos de lazer?

Dormir	49 (41%)
Enxoval	16 (13%)
Outros	42 (35%)
Nada específico	13 (11%)

25) Durante a gravidez você foi atendida pelo seu dentista?

Sim	52 (43%)
Não	68 (57%)

26) Você tem medo de ir ao dentista? Já teve alguma experiência negativa?

Não tenho medo e nunca tive experiência negativa	56 (47%)
Não tenho medo, mas já tive experiência negativa	43 (36%)
Tenho medo, mas nunca tive experiência negativa	10 (8%)
Tenho medo e já tive experiência negativa	11 (9%)

SAÚDE DO BEBÊ E RELAÇÃO PAIS-FILHO

27) Qual foi o estado de saúde do bebê no período pré-natal?

Ótimo	98 (82%)
Instável	8 (7%)
Prematuro	14 (12%)

28) Você pretendia amamentar seu bebê?

Sim, claro	119 (99%)
Talvez	1 (1%)
Não sabe	0 (0%)
Não	0 (0%)

29) Você conversava com seu bebê?

Sim	113 (94%)
Não	7 (6%)

30) E o pai?

Sim	108 (90%)
Não	12 (10%)

31) Alguma outra atividade ou situação que você realizava em função do seu bebê? (música, toque, dança) Por quê?

Música/toque	73 (61%)
Só toque	46 (38%)
Nenhum	1 (1%)

32) Você sentia haver algum tipo de relacionamento entre você e seu bebê? Se sim, qual tipo?

Sim (movimento do bebê)	35 (29%)
Sim (sentimento da mãe)	83 (69%)
Não	2 (2%)

REAÇÕES EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS DO FETO

33) Você considerava que o seu bebê era calmo ou agitado na fase pré-natal? Movimenta-se todo dia ou às vezes? Em quais momentos isso mais acontecia?

Calmo	63 (52%)
Agitado	69 (57%)
Mexe todo dia	109 (91%)
Mexe às vezes / NR	11 (9%)
Mais à noite	86 (72%)
Mais à tarde	9 (7%)
Mais de dia	4 (3%)
Dia e noite	13 (11%)
Não relatou	8 (7%)

34) Por ocasião da realização do ultra-som você já registrou algum comportamento específico de seu bebê? Qual?

Sim	48 (40%)
Não	72 (60%)

35) Qual sua opinião sobre o tema desta pesquisa?

Acredita	108 (90%)
Não acredita	12 (10%)

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS **

GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Bebê 1: 2	Bebê 1: 3	Bebê 1: 3
Bebê 2: 1	Bebê 2: 3	Bebê 2: 2
Bebê 3: 3	Bebê 3: 1	Bebê 3: 2
Bebê 4: 2	Bebê 4: 2	Bebê 4: 2
Bebê 5: 3	Bebê 5: 2	Bebê 5: 2
Bebê 6: 2	Bebê 6: 2	Bebê 6: 3
Bebê 7: 2	Bebê 7: 3	Bebê 7: 2
Bebê 8: 3	Bebê 8: 1	Bebê 8: 1
Bebê 9: 3	Bebê 9: 2	Bebê 9: 3
Bebê 10: 2	Bebê 10: 1	Bebê 10: 1
Bebê 11: 3	Bebê 11: 2	Bebê 11: 3
Bebê 12: 3	Bebê 12: 2	Bebê 12: 3
Bebê 13: 2*	Bebê 13: 3	Bebê 13: 1
Bebê 14: 2*	Bebê 14: 2	Bebê 14: 1
Bebê 15: 3	Bebê 15: 2	Bebê 15: 1
Bebê 16: 3	Bebê 16: 3	Bebê 16: 2
Bebê 17: 2	Bebê 17: 1	Bebê 17: 2
Bebê 18: 3	Bebê 18: 3	Bebê 18: 2
Bebê 19: 2	Bebê 19: 1	Bebê 19: 1
Bebê 20: 3	Bebê 20: 2	Bebê 20: 2
Bebê 21: 3	Bebê 21: 2	Bebê 21: 2
Bebê 22: 3	Bebê 22: 2	Bebê 22: 1
Bebê 23: 3	Bebê 23: 2	Bebê 23: 2
Bebê 24: 3	Bebê 24: 3	Bebê 24: 3
Bebê 25: 2	Bebê 25: 2	Bebê 25: 3
Bebê 26: 1	Bebê 26: 1	Bebê 26: 1
Bebê 27: 3	Bebê 27: 2	Bebê 27: 3
Bebê 28: 2	Bebê 28: 1	Bebê 28: 1
Bebê 29: 3	Bebê 29: 1	Bebê 29: 2
Bebê 30: 2*	Bebê 30: 2	Bebê 30: 3
Bebê 31: 2*	Bebê 31: 2	Bebê 31: 1
Bebê 32: 3	Bebê 32: 1	Bebê 32: 1
Bebê 33: 3	Bebê 33: 1	Bebê 33: 1
Bebê 34: 2	Bebê 34: 2	Bebê 34: 1
Bebê 35: 3	Bebê 35: 2	Bebê 35: 3
Bebê 36: 2	Bebê 36: 2	Bebê 36: 2
Bebê 37: 2	Bebê 37: 3	Bebê 37: 2
Bebê 38: 1	Bebê 38: 2	Bebê 38: 2
Bebê 39: 2	Bebê 39: 2	Bebê 39: 2
Bebê 40: 3	Bebê 40: 1	Bebê 40: 1
Bebê 41: 3		
Bebê 42: 1		

* : Bebês gêmeos

** : 1= não colaborador / 2= colaborador com reservas / 3= colaborador

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS E CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL DA MÃE – G1

Perfil comportamental dos bebês	Perfil do pré-natal materno	Idade da mãe no parto
Bebê 1: 2	Mãe: +	IM: 30
Bebê 2: 1	Mãe: +	IM: 31
Bebê 3: 3	Mãe: +	IM: 33
Bebê 4: 2	Mãe: -	IM: 27
Bebê 5: 3	Mãe: -	IM: 24
Bebê 6: 2	Mãe: +	IM: 32
Bebê 7: 2	Mãe: +	IM: 25
Bebê 8: 3	Mãe: +	IM: 27
Bebê 9: 3	Mãe: +	IM: 27
Bebê 10: 2	Mãe: -	IM: 33
Bebê 11: 3	Mãe: +	IM: 31
Bebê 12: 3	Mãe: +	IM: 36
Bebê 13: 2*	Mãe: +	IM: 34
Bebê 14: 2*	Mãe: +	IM: 34
Bebê 15: 3	Mãe: +	IM: 32
Bebê 16: 3	Mãe: +	IM: 20
Bebê 17: 2	Mãe: +	IM: 37
Bebê 18: 3	Mãe: +	IM: 32
Bebê 19: 2	Mãe: +	IM: 30
Bebê 20: 3	Mãe: -	IM: 25
Bebê 21: 3	Mãe: +	IM: 35
Bebê 22: 3	Mãe: +	IM: 23
Bebê 23: 3	Mãe: -	IM: 36
Bebê 24: 3	Mãe: -	IM: 30
Bebê 25: 2	Mãe: -	IM: 31
Bebê 26: 1	Mãe: +	IM: 24
Bebê 27: 3	Mãe: -	IM: 27
Bebê 28: 2	Mãe: +	IM: 24
Bebê 29: 3	Mãe: -	IM: 29
Bebê 30: 2*	Mãe: +	IM: 35
Bebê 31: 2*	Mãe: +	IM: 35
Bebê 32: 3	Mãe: -	IM: 19
Bebê 33: 3	Mãe: +	IM: 31
Bebê 34: 2	Mãe: +	IM: 39
Bebê 35: 3	Mãe: +	IM: 31
Bebê 36: 2	Mãe: +	IM: 35
Bebê 37: 2	Mãe: +	IM: 35
Bebê 38: 1	Mãe: +	IM: 28
Bebê 39: 2	Mãe: +	IM: 31
Bebê 40: 3	Mãe: +	IM: 34
Bebê 41: 3	Mãe: +	IM: 28
Bebê 42: 1	Mãe: +	IM: 28

* : Bebês gêmeos

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS E CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL DA MÃE – G2

Perfil comportamental dos bebês	Perfil do pré-natal materno	Idade da mãe no parto
Bebê 1: 3	Mãe: -	IM: 35
Bebê 2: 3	Mãe: +	IM: 31
Bebê 3: 1	Mãe: +	IM: 30
Bebê 4: 2	Mãe: +	IM: 25
Bebê 5: 2	Mãe: +	IM: 33
Bebê 6: 2	Mãe: +	IM: 21
Bebê 7: 3	Mãe: +	IM: 42
Bebê 8: 1	Mãe: +	IM: 25
Bebê 9: 2	Mãe: -	IM: 28
Bebê 10: 1	Mãe: +	IM: 23
Bebê 11: 2	Mãe: +	IM: 25
Bebê 12: 2	Mãe: +	IM: 18
Bebê 13: 3	Mãe: +	IM: 24
Bebê 14: 2	Mãe: +	IM: 33
Bebê 15: 2	Mãe: +	IM: 31
Bebê 16: 3	Mãe: +	IM: 30
Bebê 17: 1	Mãe: +	IM: 17
Bebê 18: 3	Mãe: -	IM: 22
Bebê 19: 1	Mãe: +	IM: 26
Bebê 20: 2	Mãe: -	IM: 18
Bebê 21: 2	Mãe: +	IM: 28
Bebê 22: 2	Mãe: -	IM: 24
Bebê 23: 2	Mãe: +	IM: 26
Bebê 24: 3	Mãe: +	IM: 40
Bebê 25: 2	Mãe: +	IM: 29
Bebê 26: 1	Mãe: +	IM: 29
Bebê 27: 2	Mãe: +	IM: 38
Bebê 28: 1	Mãe: +	IM: 30
Bebê 29: 1	Mãe: +	IM: 30
Bebê 30: 2	Mãe: +	IM: 21
Bebê 31: 2	Mãe: +	IM: 19
Bebê 32: 1	Mãe: -	IM: 31
Bebê 33: 1	Mãe: +	IM: 29
Bebê 34: 2	Mãe: -	IM: 31
Bebê 35: 2	Mãe: +	IM: 24
Bebê 36: 2	Mãe: +	IM: 21
Bebê 37: 3	Mãe: -	IM: 17
Bebê 38: 2	Mãe: +	IM: 27
Bebê 39: 2	Mãe: -	IM: 23
Bebê 40: 1	Mãe: +	IM: 34

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS E CLASSIFICAÇÃO DO PRÉ-NATAL DA MÃE – G3

Perfil comportamental dos bebês	Perfil do pré-natal materno	Idade da mãe no parto
Bebê 1: 3	Mãe: -	IM: 25
Bebê 2: 2	Mãe: +	IM: 17
Bebê 3: 2	Mãe: +	IM: 38
Bebê 4: 2	Mãe: -	IM: 30
Bebê 5: 2	Mãe: +	IM: 26
Bebê 6: 3	Mãe: -	IM: 21
Bebê 7: 2	Mãe: -	IM: 35
Bebê 8: 1	Mãe: +	IM: 31
Bebê 9: 3	Mãe: +	IM: 19
Bebê 10: 1	Mãe: +	IM: 24
Bebê 11: 3	Mãe: +	IM: 28
Bebê 12: 3	Mãe: +	IM: 28
Bebê 13: 1	Mãe: +	IM: 37
Bebê 14: 1	Mãe: -	IM: 35
Bebê 15: 1	Mãe: +	IM: 30
Bebê 16: 2	Mãe: -	IM: 34
Bebê 17: 2	Mãe: -	IM: 39
Bebê 18: 2	Mãe: +	IM: 26
Bebê 19: 1	Mãe: +	IM: 29
Bebê 20: 2	Mãe: -	IM: 36
Bebê 21: 2	Mãe: +	IM: 27
Bebê 22: 1	Mãe: -	IM: 24
Bebê 23: 2	Mãe: +	IM: 36
Bebê 24: 3	Mãe: +	IM: 31
Bebê 25: 3	Mãe: +	IM: 23
Bebê 26: 1	Mãe: -	IM: 21
Bebê 27: 3	Mãe: +	IM: 30
Bebê 28: 1	Mãe: -	IM: 24
Bebê 29: 2	Mãe: +	IM: 23
Bebê 30: 3	Mãe: +	IM: 33
Bebê 31: 1	Mãe: -	IM: 33
Bebê 32: 1	Mãe: +	IM: 27
Bebê 33: 1	Mãe: +	IM: 25
Bebê 34: 1	Mãe: -	IM: 37
Bebê 35: 3	Mãe: -	IM: 19
Bebê 36: 2	Mãe: +	IM: 27
Bebê 37: 2	Mãe: -	IM: 26
Bebê 38: 2	Mãe: +	IM: 32
Bebê 39: 2	Mãe: +	IM: 33
Bebê 40: 1	Mãe: +	IM: 23

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS E EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICA DA MÃE – G1

Perfil comportamental dos bebês	Medo dentista/ Experiência dor
Bebê 1: 2	NN
Bebê 2: 1	NS
Bebê 3: 3	NN
Bebê 4: 2	NS
Bebê 5: 3	SS
Bebê 6: 2	NN
Bebê 7: 2	NS
Bebê 8: 3	NS
Bebê 9: 3	NN
Bebê 10: 2	NS
Bebê 11: 3	NN
Bebê 12: 3	NS
Bebê 13: 2*	NN*
Bebê 14: 2*	NN*
Bebê 15: 3	SS
Bebê 16: 3	NN
Bebê 17: 2	SS
Bebê 18: 3	NN
Bebê 19: 2	NN
Bebê 20: 3	NN
Bebê 21: 3	NN
Bebê 22: 3	NN
Bebê 23: 3	NS
Bebê 24: 3	NS
Bebê 25: 2	NN
Bebê 26: 1	NN
Bebê 27: 3	NS
Bebê 28: 2	NS
Bebê 29: 3	NN
Bebê 30: 2*	NN*
Bebê 31: 2*	NN*
Bebê 32: 3	NN
Bebê 33: 3	NN
Bebê 34: 2	NS
Bebê 35: 3	NS
Bebê 36: 2	SS
Bebê 37: 2	NN
Bebê 38: 1	NN
Bebê 39: 2	NS
Bebê 40: 3	NN
Bebê 41: 3	SS
Bebê 42: 1	NS

* : Bebês gêmeos

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS E EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICA DA MÃE – G2

Perfil comportamental dos bebês	Medo dentista/ Experiência dor
Bebê 1: 3	NS
Bebê 2: 3	NS
Bebê 3: 1	NN
Bebê 4: 2	NS
Bebê 5: 2	NS
Bebê 6: 2	NS
Bebê 7: 3	NN
Bebê 8: 1	SS
Bebê 9: 2	NS
Bebê 10: 1	NS
Bebê 11: 2	NS
Bebê 12: 2	NS
Bebê 13: 3	NS
Bebê 14: 2	NN
Bebê 15: 2	NS
Bebê 16: 3	NS
Bebê 17: 1	NN
Bebê 18: 3	NN
Bebê 19: 1	SS
Bebê 20: 2	NN
Bebê 21: 2	NS
Bebê 22: 2	NN
Bebê 23: 2	SS
Bebê 24: 3	NN
Bebê 25: 2	NS
Bebê 26: 1	SN
Bebê 27: 2	NS
Bebê 28: 1	NN
Bebê 29: 1	SS
Bebê 30: 2	NN
Bebê 31: 2	NN
Bebê 32: 1	NN
Bebê 33: 1	NN
Bebê 34: 2	NN
Bebê 35: 2	NS
Bebê 36: 2	NS
Bebê 37: 3	NN
Bebê 38: 2	SN
Bebê 39: 2	NS
Bebê 40: 1	SN

PERFIL COMPORTAMENTAL DOS BEBÊS E EXPERIÊNCIA ODONTOLÓGICA DA MÃE – G₃

Perfil comportamental dos bebês	Medo dentista/ Experiência dor
Bebê 1: 3	NS
Bebê 2: 2	SN
Bebê 3: 2	NN
Bebê 4: 2	NN
Bebê 5: 2	NS
Bebê 6: 3	NS
Bebê 7: 2	SS
Bebê 8: 1	NS
Bebê 9: 3	NS
Bebê 10: 1	SS
Bebê 11: 3	NN
Bebê 12: 3	SN
Bebê 13: 1	SN
Bebê 14: 1	NS
Bebê 15: 1	NN
Bebê 16: 2	NS
Bebê 17: 2	NN
Bebê 18: 2	NN
Bebê 19: 1	SN
Bebê 20: 2	NN
Bebê 21: 2	NN
Bebê 22: 1	NN
Bebê 23: 2	NS
Bebê 24: 3	SN
Bebê 25: 3	NN
Bebê 26: 1	NN
Bebê 27: 3	NS
Bebê 28: 1	NN
Bebê 29: 2	NS
Bebê 30: 3	NN
Bebê 31: 1	NN
Bebê 32: 1	NS
Bebê 33: 1	NN
Bebê 34: 1	NN
Bebê 35: 3	NN
Bebê 36: 2	NN
Bebê 37: 2	SN
Bebê 38: 2	NN
Bebê 39: 2	SN
Bebê 40: 1	NN