

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

LARISSA DE FRAGA DOS SANTOS E ROBERTA SILVA FREITAS

INFLUÊNCIA DO ESTILO PARENTAL DAS MÃES NA ACEITAÇÃO DE
DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

Porto Alegre

2020

LARISSA DOS SANTOS FRAGA E ROBERTA SILVA FREITAS

INFLUÊNCIA DO ESTILO PARENTAL DAS MÃES NA ACEITAÇÃO DE
DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Tathiane Larissa Lenzi.

Porto Alegre

2020

LARISSA DOS SANTOS FRAGA E ROBERTA SILVA FREITAS

INFLUÊNCIA DO ESTILO PARENTAL DAS MÃES NA ACEITAÇÃO DE
DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Faculdade de Odontologia
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial para obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Tathiane Larissa Lenzi.

Porto Alegre, 05 de novembro de 2020.

Adriela Azevedo Souza Mariath

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Bianca Zimmermann dos Santos

Universidade Franciscana

Tathiane Larissa Lenzi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

nem todo mundo vai compreender
isso tudo que você é
o que não significa
que você deva se esconder
ou se calar

o mundo tem medo
de mulheres extraordinárias

Ryane Leão

AGRADECIMENTOS

LARISSA DE FRAGA DOS SANTOS

É incrível estar agora, de fato, escrevendo e vivendo o que eu sonhei por tantos anos. Foram inúmeras as vezes em que eu dormi imaginando como seria agradecer às pessoas que estiveram ao meu lado durante a caminhada até chegar aqui. Chegamos e, com a força que sempre habitou no meu coração, eu agradeço a vocês:

Josete, minha mãe amada, gratidão pela vida, pelo teu amor e carinho infindáveis, por ser essa mulher que me inspira, por criar comigo o laço mais puro e sincero, por dar teu sangue e tua alma por mim. Eu jamais vou encontrar palavras suficientes para descrever o que passamos juntas e a nossa felicidade em realizar esse sonho hoje. Nós duas estaremos unidas para todo sempre, pois nossa conexão vai além da vida.

Nilda, minha tia e dinda, gratidão pelo amor que nos uniu como mãe e filha, pela força que me impulsionou a essa conquista, pelo equilíbrio nos dias instáveis, por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditei. Da alfabetização ao diploma, tu foste o meu pilar mais sólido.

Dindo Valmir, tia Lu e Thales, gratidão por terem sido meu porto seguro quando necessitei. Vó Onira e vô Antônio, gratidão pela família que vocês construíram e por honrarem o amor por nós acima de todas as coisas. Jô e Vilmar, gratidão pelo melhor presente que poderíamos receber: o Lorenzo, meu afilhado amado que me inspira a ser mais corajosa.

Selma, Amanda e Tamiris, gratidão pelo acolhimento, pelo carinho e cuidado, pela atenção e pela estadia no lar de vocês. O vínculo pré-existente de vocês com a minha mãe não seria suficiente para criar a nossa relação, se vocês não fossem seres humanos tão incríveis.

Celso (em memória), gratidão por ter sido o melhor padrasto que eu poderia ter. Tua passagem pela minha vida gerou um crescimento e amadurecimento difícil, mas necessário. Gratidão por me acolher como filha e por partir tão orgulhoso das minhas conquistas.

Lauro, gratidão por tudo de bom que estamos criando, por enfrentar firme comigo os momentos turbulentos, pela confiança e pela vontade de construirmos uma família juntos.

Pai, gratidão pela vida, pelos irmãos incríveis que me deu. Amanda, gratidão pelo meu sobrinho Pedro e pelo presente de ser dinda e dentista da Antonela. Filipe, Hiago, Vinícius e Yuri, gratidão por me reconhecer em cada um de vocês, mesmo que sejamos completamente distintos.

Caroline, gratidão por ter te encontrado nesta jornada em busca dos nossos sonhos. Fico extremamente feliz em ver que as duas monitoras do pré-vestibular alcançaram seus objetivos. Bruna, gratidão por estar comigo desde a pré-escola, por ouvir sobre minhas pesquisas sem ter o mínimo de noção de odontologia, e ainda achar incrível.

Roberta, gratidão pela amizade, por ser a minha dupla, pelo companheirismo, pela paciência, por sempre me escutar e me dizer o que eu preciso ouvir. Gratidão por estar comigo desde a primeira anestesia até o presente trabalho de conclusão. Tu foste a colega e amiga que mais me ensinou durante a graduação. Tenho muito orgulho de onde chegamos e da nossa maior parceria: essa pesquisa.

Kiara, gratidão por ser minha gêmea e pela relação de irmandade que criamos. Mateus, gratidão por me passar segurança e me mostrar que precisamos ser fortes.

Franciele, gratidão por me permitir conviver contigo e desfrutar da tua companhia confortável.

Tathiane, gratidão por “comprar” nossa ideia e aceitar ser nossa orientadora, por ser tão paciente e dedicada em tudo que faz, por acreditar no nosso potencial e ser a pessoa mais doce e gentil que eu conheço. Andressa e Maitê, gratidão pelo suporte e por serem tão prestativas, vocês foram fundamentais neste trabalho. Adriela, gratidão por aceitar participar da nossa banca e por confirmar meu amor pela odontopediatria, tu és a minha maior inspiração profissional.

Universo, gratidão por me ensinar a ser grata, por possibilitar ter todas essas pessoas na minha vida, por ser sempre tão justo comigo. Agradeço a tudo e a todos que me fizeram ser quem eu sou. Que Deus em sua bondade divina siga iluminando o meu caminho e me permitindo alcançar novos voos. Assim é!

ROBERTA SILVA FREITAS

Em nenhum dia das nossas vidas devemos deixar de sermos gratos, pois nos caminhos que percorremos existem pessoas que nos mantêm em pé, sorrisos que nos acolhem, mãos que nos resgatam e abraços que nos fortalecem a continuar a luta, mesmo diante das tempestades. Eu poderia ter feito escolhas mais fáceis na vida, caminhos menos tortuosos e me acomodar, mas não, sou forte, guerreira e com muitas pessoas especiais, que eu sempre soube que poderia contar na realização do meu maior sonho. Ainda tive a sorte de, neste caminho, encontrar outras que tornaram minha caminhada mais leve.

É com muito orgulho e satisfação que agradeço a minha avó Laci, que acreditou, incentivou e nunca me deixou cair, pegou em minhas mãos e sonhou junto comigo. Foi minha fortaleza, minha amiga e companheira. Sem ela, jamais teria sido possível ver o sol após as tempestades. Foi meu porto-seguro, e o meu diploma de Cirurgiã-Dentista eu dedico a ela. *Sim vó, conseguimos!!!*

“Mãe, tu me ama?”, eis a frase mais ouvida por ela, a guerreira que me gerou, me ensinou a ser quem eu sou, a acreditar na minha força, e eu sempre soube a resposta! Sim, mãezinha, eu sei que me ama, e me demonstrou isso do teu jeito. Me resgatou todas as vezes que precisei de um colo, me empoderou e esteve ao meu lado em todas as minhas turbulências. Obrigada por acreditar em mim e no meu sonho, por ter sido pai e mãe. Deus me fez tua filha para você me ajudar nas minhas falhas e minhas fraquezas. Amo tu, e esse diploma é nosso, mãezinha Raquel.

Sozinho não se chega a lugar algum, é preciso de pessoas, corações, sentimentos, amizades e alicerce para se construir algo grandioso. Dentro da faculdade conheci pessoas singulares que tornaram meus dias iluminados, secaram minhas lágrimas e me ensinaram a sorrir para a vida. Franciele Lutz, Kiara Fabro e Mateus Muller, cada um tão diferente e tão especial. E para ser diferente, é necessário competência; para construir uma amizade como a nossa, é preciso empatia e, cada um do seu jeito, somou ao meu lado e me ajudou nessa trajetória. Amigos, obrigada por serem meu alicerce e sorrirem ao meu lado. Ainda faremos muitas construções juntos!

Os iguais não se repelem. Apesar de a física mostrar o contrário, na vida podemos nos unir e sermos rocha. As fraquezas não significam uma luta perdida e sim uma batalha a ser vencida, e quando isso é realizado em dupla tudo se torna mais leve. Larissa, minha amiga, companheira de todas as horas, dupla em tudo durante o curso, somos tão iguais e tão diferentes, que a física jamais nos explicaria. Fomos fracas e fortes, mas soubemos unir forças e sermos extraordinárias. Amiga, obrigada por tudo que não posso listar aqui, mas sei que sabe como foi importante. Nosso “filho” nasceu e

vai ganhar o mundo, e como mães orgulhosas, sabemos que desempenhamos o papel corretamente e agora estamos prontas para viver nosso sonho.

Durante o curso foram tantas dúvidas e fui me encontrar onde menos esperava, na odontopediatria. Era um simples folder para ajudar as mães a entenderem o que faríamos com seus filhos, mas no meu caminho foi colocada a Professora Tathi, que me mostrou que a odontopediatria era o meu lar, que o folder era o nosso TCC e que, sim, deveríamos acreditar que podíamos. Professora, foi minha luz e minha guia, foi amiga, tutora e orientadora, tornou a jornada da odontopediatria e do TCC um conto de fadas, com dentinhos que dormem e uma voz doce encantando as crianças e os alunos. Obrigada por ser espetacular e acreditar que um rascunho pudesse se tornar um projeto, obrigada por me conduzir e estar ao meu lado em um dos momentos mais difíceis dentro da faculdade, quando o sonho teve uma vírgula.

Agradeço também ao meu ex-companheiro Daniel, que esteve comigo mesmo quando o sonho era quase impossível, mas sempre acreditou que eu conseguiria. Muitas vezes secou minhas lágrimas diante dos meus fracassos e angústias. Obrigada por ter lutado ao meu lado durante 20 anos.

Professora, mulher, mãe, amiga e inspiração, sorte a minha ter em meu caminho uma guerreira que transpira otimismo e determinação, obrigada Adriela Mariath por me ensinar, me conduzir e me proporcionar experiências inenarráveis, serei eternamente grata por ter estendido as tuas mãos. Agradeço também a Dra. Daniela Kok pelo seu carinho, empatia e generosidade de ter me recebido em sua clínica, o que me motivou ainda mais em ser uma profissional com ética e preocupada em primeiro lugar com os pacientes.

De todas as dificuldades que tive, acreditar que seria possível foi a mais difícil. Hoje agradeço a todos que, de alguma forma, estiveram nessa caminhada em algum instante e me fizeram continuar sonhando e acreditando que eu conseguiria. Então, cito algumas pessoas que também fizeram parte dessa jornada: Gerda Sorensen (em memória), Alcindo Cervinski, Potiguara Von Groll, obrigada por me fortalecerem.

RESUMO

O objetivo deste estudo transversal foi investigar a associação entre o estilo parental das mães com o nível de aceitação de diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil durante o atendimento odontológico. Um folder autoexplicativo foi desenvolvido para apresentar as diferentes técnicas para as participantes do estudo. A amostra de conveniência foi composta por mães de crianças de 5 a 10 anos atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estilo parental foi determinado através da versão brasileira do Questionário de Dimensões e Estilos Parentais e a ansiedade odontológica materna foi avaliada através da Escala de Ansiedade Dental de Corah. A percepção das mães sobre o comportamento dos filhos durante o atendimento odontológico e a experiência odontológica também foram coletados. As preferências das diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil foram avaliadas por meio de uma escala Likert. Teste de qui-quadrado e razões de verossemelhança foram usados para análise estatística com um nível de significância de 5%. Um total de 46 crianças (média de idade: $7,2 \pm 1,8$ anos) e suas mães (média de idade $34,1 \pm 7,3$ anos) participaram do estudo. A maioria das mães (89,1%) apresentou estilo parental autoritativo e baixo nível de ansiedade odontológica (69,6%). De acordo com a percepção das mães, a maioria das crianças tinha comportamento positivo durante o tratamento odontológico e não apresentou relato de dor de origem dentária. Todas as mães aceitaram o uso das técnicas modelagem, distração e falar-mostrar-fazer para manejo do comportamento infantil. Uso de pré-medicação (4,3%), sedação com óxido nitroso (6,5%) e anestesia geral foram considerados não aceitáveis com maior frequência por algumas mães. O estilo parental das mães não foi associado com as preferências das técnicas de manejo do comportamento infantil ($p < 0,05$). Em conclusão, o estilo parental das mães não está associado com as preferências das diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil. As mães aceitam melhor o uso de técnicas básicas ao invés de farmacológicas. Estudos futuros com uma amostra maior são necessários para elucidar a relação entre estilo parental e preferências das técnicas de manejo do comportamento infantil.

Palavras-chave: Comportamento infantil. Mães. Odontopediatria. Psicologia

ABSTRACT

The aim of this cross-sectional study was to investigate the association between the mothers' parenting style with the level of acceptance of different techniques for managing child behavior during dental care. A self-explanatory folder was developed to present the different techniques to the study participants. The convenience sample consisted of mothers of children aged 5 to 10 years old attended at the Faculty of Dentistry of the Federal University of Rio Grande do Sul. The parenting style was determined through the Brazilian version of the Parental Dimensions and Styles Questionnaire and maternal dental anxiety was assessed using Corah's Dental Anxiety Scale. Mothers' perceptions of their children's behavior during dental treatment and dental experience were also collected. The preferences of the different child behavior management techniques were assessed using a Likert scale. Chi-square test and likelihood ratios were used for statistical analysis with a significance level of 5%. A total of 46 children (mean age: 7.2 ± 1.8 years old) and their mothers (mean age $(34.1 \pm 7.3$ years old) participated in the study. Most mothers had an authoritative parenting style (89.1%) and low dental anxiety level (69.2%). According to the mothers' perception, most children had positive behavior during dental treatment and did not present any report of dental pain. All mothers accepted the use of modeling, distraction and tell-show-do for managing children behavior. Oral premedication (4.3%), sedation with nitrous oxide (6.5%), and general anesthesia (19.6%) were classified as unacceptable behavior management techniques with higher frequency by some mothers. Mothers' parenting style was not significantly associated with preferences for behavior management techniques ($p > 0.05$). In conclusion, mothers' parenting style is not associated with preferences for behavior management techniques. Mothers accept better the use of basic behavior management techniques instead of pharmacological ones. Further studies with a larger sample are needed to elucidate the relationship between parenting style and preferences for child behavior management techniques.

Keywords: Child Behavior. Mothers. Pediatric Dentistry. Psychology

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 | ARTIGO CIENTÍFICO | 12 |
| 3 | CONCLUSÃO | 29 |
| | REFERÊNCIAS | 30 |
| | APÊNDICE A – Ficha para coleta dos dados..... | 32 |
| | ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... | 37 |

1 INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios enfrentados pelo Odontopediatra é o manejo do comportamento. O comportamento da criança no consultório odontológico é um fenômeno multifatorial (AMINABADI et al., 2011) e, estudos têm sugerido que alguns fatores podem prever o comportamento infantil neste local. Crianças mais novas, as expectativas negativas dos pais, a presença de ansiedade, a timidez diante de estranhos, e o temperamento da criança poderiam prever um comportamento negativo na clínica (AMINABADI et al., 2011; XIA; WANG; GE, 2011).

Além disso, a percepção dos pais a respeito do medo da criança tem mostrado estar em sintonia com os problemas de manejo do comportamento infantil no consultório odontológico, e pode ser usado como um indicador do comportamento infantil (SALEM et al., 2012). A personalidade da criança, os seus hábitos e reações frente às situações de estresse estão diretamente conectados às características dos pais, dentre elas a ansiedade materna. Há relatos de que a ansiedade materna tenha reflexo na qualidade de vida da criança (GOETTEMS et al., 2012), na adesão aos serviços odontológicos, na experiência com a doença cárie (GOETTEMS et al., 2011) e no comportamento infantil (SALEM et al., 2012). Deste modo, o nível de ansiedade odontológica materna e da criança também parecem ser preditores do comportamento infantil no ambiente odontológico (SALEM et al., 2012). Neste sentido, a adaptação do manejo comportamental tem como objetivos estabelecer comunicação adequada, realizar atenção odontológica de qualidade, promover atitudes positivas para o cuidado de saúde bucal, desenvolver a confiança na relação paciente/família e profissional e prevenir ou aliviar o medo e ansiedade da criança. As várias técnicas de orientação do comportamento devem ser adaptadas individualmente, a fim de promover na criança uma atitude positiva ensinando-a a cooperar, ficar relaxada e autoconfiante no consultório odontológico (AAPD, 2018).

As técnicas de adaptação do comportamento infantil podem ser divididas em técnicas básicas, tais como: comunicação não verbal, falar-mostrar-fazer, controle de voz, modelagem, reforço positivo, distração, presença/ausência da mãe, e avançadas que envolvem contenção física (ativa e passiva), sedação com óxido nitroso ou utilização de pré-medicação e anestesia geral (AAPD, 2018).

Tem sido demonstrado que as técnicas básicas de manejo comportamental são preferíveis em relação às técnicas avançadas em diversos países, incluindo China (CHEN; JIN; LIU, 2008), Índia (VENKATARAGHAVAN et al., 2016) e Estados Unidos (EATON et

al., 2005). Um recente estudo realizado na Alemanha demonstrou que os pais são mais propensos a aceitar técnicas avançadas de manejo do comportamento infantil em situações de emergência, sendo a sedação com óxido nitroso a técnica preferida (AL ZOUBI et al., 2019). Além disso, contenção passiva foi a técnica menos aceita pelos pais, independente do tipo de consulta odontológica (convencional ou de urgência) (AL ZOUBI et al., 2019).

O estilo parental também pode estar associado com as preferências em relação às técnicas de adaptação do comportamento infantil. O estilo parental refere-se às atitudes, crenças e comportamentos que os pais usam na criação dos filhos (DARLING; STEINBERG, 1993; BAUMRIND; LARZELERE; OWENS, 2010). Pais com perfil autoritário mandam e os filhos devem fazer o que fica determinado. Os pais exigem muito e os filhos estão submetidos a inúmeras regras. Se não cumprem, há castigos e rejeição. Pais permissivos estão sempre dependentes, tratando de satisfazer todos os desejos e caprichos dos filhos. Para esse tipo de pais, é muito difícil dizer não e aplicar alguma técnica disciplinas, pois em muitos casos existe medo em desagradar ou ser menos amado pelo filho. Por fim, pais com estilo autoritativo são mais ponderados, pois conseguem combinar controle com disposição para dialogar. As regras no ambiente familiar são claras, explicando os motivos para sua existência, sempre com muito afeto. As crianças crescem com alta autoestima e empatia (DARLING; STEINBERG, 1993; BAUMRIND; LARZELERE; OWENS, 2010). O Questionário de Estilos e Dimensões Parentais (PSDQ) é mundialmente utilizado para avaliar os três estilos e uma versão resumida com 32 itens foi recentemente validada para uso no Brasil (OLIVEIRA et al., 2018).

Tem sido evidenciado que crianças com pais autoritativos apresentam menor ansiedade durante o tratamento odontológico. Por outro lado, maiores níveis de ansiedade bem como uma maior dificuldade no manejo do comportamento tem sido associados a crianças com pais autoritários e permissivos (AMINABADI et al., 2015). Um estudo recente realizado na Turquia (TARAN et al., 2018) investigou a associação entre estilo parental e a aceitação de diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil frente ao atendimento odontológico. A maioria dos pais apresentou estilo autoritativo e preferiu o uso do reforço positivo com seus filhos. Filhos de pais mais ansiosos tenderam a apresentar comportamento mais negativo frente ao atendimento odontológico. O nível de ansiedade dos pais, no entanto, não foi associado ao estilo parental. Todavia, os resultados obtidos não podem ser diretamente extrapolados para o contexto brasileiro devido às diferenças culturais e comportamentais.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é investigar se o estilo parental das mães e outras características psicossociais maternas influenciam no nível de aceitação de diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil no consultório odontológico.

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Does mothers' parenting style influence on the behavior management techniques preferences?

Short Title: Parenting style and behavior management techniques

Roberta Silva Freitas

Undergraduate Student

Faculty of Dentistry, Department of Surgery and Orthopedics, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Ramiro Barcelos 2492, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil

Contribution to the paper: Performed the methodology and wrote the manuscript

Larissa de Fraga dos Santos

Undergraduate Student

Faculty of Dentistry, Department of Surgery and Orthopedics, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Ramiro Barcelos 2492, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil

Contribution to the paper: Performed the methodology and wrote the manuscript

Maitê Munhoz Scherer

MSc Student

Faculty of Dentistry, Post-Graduate Program in Pediatric Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Ramiro Barcelos 2492, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil

Contribution to the paper: Performed the methodology, contributed substantially to discussion and proofread the manuscript

Andressa da Silva Arduim

PhD Student

Faculty of Dentistry, Post-Graduate Program in Pediatric Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Ramiro Barcelos 2492, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil

Contribution to the paper: Performed the methodology, contributed substantially to discussion and proofread the manuscript

Tathiane Larissa Lenzi

Assistant Professor

Faculty of Dentistry, Post-Graduate Program in Pediatric Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil

Ramiro Barcelos 2492, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brazil

Contribution to the paper: idea and proofread the manuscript.

O artigo está formatado nas normas do periódico Pediatric Dentistry (Qualis CAPES A4).

✉Corresponding author:

Tathiane Larissa Lenzi
Faculty of Dentistry, Post-Graduate Program in Pediatric Dentistry, Federal
University of Rio Grande do Sul
Ramiro Barcelos 2492, 90035-003, Santa Cecília, Porto Alegre, RS, Brazil
Phone number: +55 51 3308 5493 E-mail: tathilenzi@hotmail.com

Abstract

Purpose: To investigate the association between mothers' parenting style and preferences for behavior management techniques (BMTs). **Methods:** This cross-sectional study was conducted among the mothers and children who applied for treatment in a university clinic. Mothers' parenting style was determined using the Brazilian version of Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ) and maternal dental anxiety was rated with the Corah's Dental Anxiety Scale (DAS). BMTs preferences were rated by the mothers after reading an illustrated and self-explanatory folder. Chi-square tests and likelihood ratios were used for statistical analysis. **Results:** A total of 46 children (mean age: 7.2 ±1.8 years old) and their mothers (mean age: 34.1±7.3 years old) participated in the study. Most mothers had an authoritative parenting style (89.1%) and low dental anxiety level (69.2%). All mothers accepted the use of tell-show-do, distraction and modeling for managing children behavior. Oral premedication (4.3%), sedation with nitrous oxide (6.5%), and general anesthesia (19.6%) were classified as unacceptable BMTs by some mothers. Mothers' parenting style was not significantly associated with preferences for BMTs ($p>0.05$). **Conclusion:** Mothers' parenting style is not associated with preferences for BMTs. Basic BMTs were most preferred, while pharmacological BMTs were less acceptable.

Keywords: parenting style; behavior management techniques; pediatric dentistry

Introduction

The “pediatric triangle” is equally divided between the child, the parents and the dentist, and there should be a permanent dialogue between all parts of the triangle for better delivery of dental care¹. Behavior management techniques (BMTs) are fundamental in order to reduce fear and anxiety during dental treatment, and to control and modify the child behavior, promoting a positive dental attitude to oral health care².

BMTs are classified as basic behavior techniques and advanced behavior techniques². The basic BMTs include communication techniques such as tell-show-do, distraction, positive reinforcement, voice control, and parental presence/absence. Advanced BMTs comprise protective stabilization (active and passive restraint), sedation, and general anesthesia². The choice of techniques must be tailored to the needs of the individual patient. However, the selection should not be made solely by the dentist, as parents play a crucial role in the successful dental treatment of the child.

Parental oral health knowledge, attitudes, dental anxiety, and parenting style directly affect the oral health and dental behavior of children³⁻⁶. Parenting style refers to the attitudes, beliefs and behaviors that parents use to create an approach or parental emotional atmosphere used to nurture their children⁷. The authoritarian parents are characterized by enforcement of rules and can easily show anger when the child misbehaves. Authoritative parents are warm and friendly to the child while at the same time maintain firm control of the child’s behavior. The permissive parents provide few to no commands or limits to behavior and make few demands on the child⁸.

It has been shown that children of both the permissive and authoritarian parents have more negative dental behavior than children of authoritative parents⁶. Thus, it is expected that parental characteristics may also influence the acceptance of pediatric BMTs. Although several studies^{1,9-12} have evaluated the parents’ preference towards pediatric BMTs, the

associated factors with acceptance level has been poorly investigated. A recent study¹³ found that parenting style and parental dental anxiety may be related with parental preferences for behavior management techniques in a Turkish population. Cultural differences have been reported to affect the parenting styles¹⁴. Likewise, parental preference for BMTs used in pediatric dentistry is influenced by ethnicity¹⁵. Considering the limited evidence, the aim of this study was to investigate the association between mothers' parenting style and preferences for pediatric BMTs.

Methods

Ethical concern

The research protocol was approved by the Local Research Board of the Federal University of Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil. Verbal and written consent were obtained from the participants and their mothers prior to the start of the study. The personal information of the participants was kept confidential.

Study design, characteristics, and participants

This a cross-sectional study which was developed at the Children and Youth Dental Clinic, School of Dentistry, Federal University of Rio Grande do Sul. A convenient sample of children (5-10 years old) who had their first dental visit in the clinic between August and December 2019, and were accompanied by their mothers was enrolled in the study. Children with systemic illness and special health care needs were excluded from the study. Furthermore, mothers should be at least 18 years of age, willingness to participate, and ability to view and understand the BTMs presentation and questionnaire.

Data collection

An illustrated and self-explanatory folder (Figure 1; Table 1) was developed to

demonstrate BMT described by American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD)². Basic BTMs include communication techniques such as nonverbal communication, tell-show-do, distraction, modeling, positive reinforcement, voice control, and parental presence/absence. Advanced BMTs comprise protective stabilization (active and passive restraint), oral premedication, sedation with nitrous oxide, and general anesthesia².

The questionnaire included demographic data, parenting style, maternal dental anxiety level, and acceptance level of the BMTs. Mothers were asked to complete the Brazilian version of Parenting Styles and Dimensions Questionnaire (PSDQ)¹⁶ to determine their parenting style, and the Corah's Dental Anxiety Scale (DAS)¹⁷ to assess their anxiety level. The PSDQ consisted of 32 items used to measure characteristics of authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. Response choices ranged from "almost never" to "almost always" on a five-point Likert-type scale. For the authoritarian parenting style, there are 12 items with a potential range of scores from zero to 60. The authoritative style includes 15 items with a potential range from zero to 75. The permissive style includes five items with a potential range from zero to 25¹⁶. An overall mean score in each parenting style category was calculated, and the highest mean score among the three determined the parenting style of that particular mothers. DAS contains four multiple-choice items dealing with subjective reactions on going to the dentist and other dentally related situations: 1. If you had to go to the dentist tomorrow, how would you feel about it? 2. When you are waiting at the dentist's office for your turn in the chair, how do you feel? 3. When you are in the dentist's chair waiting while he gets his drill ready to begin working on your teeth, how do you feel? 4. You are in the dentist's chair to have your teeth cleaned. While you are waiting and the dentist is getting out the instruments, which he will use to scrape your teeth around the gums, how do you feel? Each item can be scored on a 1 (calm) to 5 (terrified) scale. Tallied scores for all items gave totals varying from 4 to 20. Scores up to 11 represent a low

dental anxiety state, whereas scores > 11 indicate moderate to high dental anxiety levels¹⁸. After reading on self-explanatory folder each BMT, participants rated each BMT (i.e., *How acceptable is this technique?*), as well as to express their consent to the use of technique with “their” children if deemed essential during the dental procedure. Response choices ranged from “completely unacceptable” to “completely acceptable” on a five-point Likert-type scale. Validity of the illustrated folder and questionnaire was tested in a pilot study with 10 mothers to ensure clarity of the questions.

Statistical analysis

Descriptive analysis summarized the samples characteristics and the level of maternal acceptance of the different BMTs. Linear-by-linear association in chi-square test was used to evaluate the association between mothers’ parenting style and acceptance of BMTs. Statistical significance was set at $p < 0.05$. Statistical analysis was performed using SPSS 20.0 software (SPSS Inc., Chicago, USA).

Results

Table 2 shows the characteristics of the sample. A total of 46 children (19 boys and 27 girls) with a mean age of 7.2 ± 1.8 years old and their mothers (mean age: 34.1 ± 7.3 years old) were included in the study. Of total, 76.1% of the children were not only son and 47.8% of the mothers were single. The average age of the first dental appointment was $3.8 (\pm 2.1)$ years. The majority of the children (56.5%) have not had dental pain in the last month, 43.5% were in the middle of treatment plan and 71.7% were undergoing invasive treatment.

Most mothers had more than eight years of schooling, and household income ranged between one and two Brazilian minimum wages, which nearly correspond to \$273 to \$564 during the period of the study. Regarding the mothers' perception, 71.7% of the children had positive dental experience, 60.9% did not have dental fear and 65.2% presented positive

behavior during dental care. The majority of the mothers presented low dental anxiety level and were classified as authoritative.

Table 3 shows the level of acceptance of BMTs. The basic BMTs showed a higher level of acceptance when compare to advanced BMTs. All mothers accepted the use of tell-show-do, distraction and modeling for managing children behavior. The main techniques classified as acceptable if really necessary were parental presence/absence (13.0%), oral premedication (13.0%) and general anesthesia (26.1%). Oral premedication (4.3%), sedation with nitrous oxide (6.5%), and general anesthesia (19.6%) were classified as unacceptable BMTs by some mothers.

Table 4 shows the level of BMTs acceptance according to the mothers' parenting style. Mothers' parenting style was not significantly associated with preferences for BMTs ($p>0.05$).

Discussion

Parental preference for various BMTs used in pediatric dentistry has been shown to be influenced by many factors, including ethnicity¹⁵ and parenting^{6,13}. This is the first study that investigated the influence of the mothers' parenting style on preferences for BMTs in a Brazilian population. Most mothers in our sample were authoritative, in line with previous reports performed in Turkey¹³ and India⁶.

Authoritative parents clearly define rules and use reasoning to apply them, encouraging two-way communication and supporting children's independence⁶. The authoritarian profile corresponded to 6.5% of the sample. These mothers are usually rigid and of little affection, with withdrawn and disaffected children. The permissive parenting style was the least frequent. Permissive mothers are extremely understanding and with low demands, having children with low self-control and low self-confidence behaviors⁸. The

majority of the mothers (47.8%) were single, and this data does not seem to influence the parenting style, considering that the authoritative profile was the most prevalent. There is a trend to infer that mothers who raise their children alone are more authoritarian due to their burden of responsibility or more permissive to compensate for missing emotions and affections in the inter-family relationship.

It has been suggested that authoritative parenting style provides the most positive impact on children compared to authoritarian and permissive parenting¹⁹. As consequence, children with authoritative parents have happier dispositions and better emotional development, and they behave more positively and compatibly in dental offices²⁰.

Regardless of parenting style, 69.6% of mothers had a low dental anxiety level. Mothers perceived their children with little (30.4%) or no dental fear (60.9%), and presenting positive (65.2%) or very positive (30.4%) behavior during dental treatment. On hand it has been shown that maternal anxiety influences on child anxiety during dental care²¹, on the other hand, no significant association between parental dental anxiety and child behavior was found¹³. Although parental dental anxiety was not associated with parenting styles¹³, it has been reported that children of authoritative parents had lower dental anxiety levels and behavior problems during the dental treatment²⁰. A previous study²⁰ found that communicative management was efficient to control children of authoritative parents, while the children of authoritarian and permissive parents needed advanced BMTs.

An illustrated and self-explanatory folder was individually presented to mothers for evaluating their preferences for different BMTs to avoid bias due to influence in-group presentations. For recording preferences, a Likert scale was used. It is a very common method, due to its sensitivity¹⁰. Moreover, in our study children of 5 to 10 years were included particularly to minimize the peer influence on child's dental behavior. Basic behavior management techniques had a higher level of maternal acceptance (distraction,

modeling and “tell-show-do”), being accepted by all participants. Positive reinforcement and voice control were also strongly acceptable. Parental presence/absence, oral premedication and general anesthesia were acceptable if really necessary.

A recent study reported that USA parents tend to acceptance all BMTs, and the Colombian population seems not accepting of sedation with nitrous oxide, general anesthesia, and protective stabilization¹⁵. A previous study¹³ found that the most preferred BMT was positive reinforcement. Moreover, parenting styles were associated with the levels of preferences for protective stabilization and general anesthesia. Authoritative parents did not accept the protective stabilization and accepted the use of general anesthesia only if really necessary¹³.

Our findings reinforce that mothers prefer communicative techniques over pharmacologic and advanced techniques. Practitioners should to discuss with parents the potential BMTs required to safely and effectively treat their children and determine individual family-based preferences. It is important to highlight that our study has some limitations such as the convenience sample that included only normorreactive children undergoing to conventional dental treatment as well the sample size. Because the number of permissive parents in society is smaller than the number of authoritative and authoritarian parents, future studies with larger sample size are needed to elucidate the relationship between parenting style and the level of maternal acceptance of BMTs.

Conclusion

Mothers’ parenting style is not associated with preferences for BMTs. Basic BMTs were most preferred, while pharmacological BMTs were less acceptable.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

References

1. Peretz B, Kharouba J, Blumer S. Pattern of parental acceptance of management techniques used in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent* 2013;38:27–30.
2. American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD). Behavior guidance for the pediatric dental patient. *Pediatr Dent* 2018;15:254–267.
3. Ratson T, Blumer S, Peretz B. Dental anxiety of parents in an israeli kibbutz population and their prediction of their children's behavior in the dental office. *J Clin Pediatr Dent* 2016;40:306–311.
4. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2012;6:70–74.
5. Goettems ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res* 201;20:951–959.
6. Viswanath S, Asokan S, Geethapriya PR, Eswara K. Parenting styles and their influence on child's dental behavior and caries status: An analytical cross-sectional study. *J Clin Pediatr Dent* 2020. <https://doi.org/10.17796/1053-4625-44.1.2>.
7. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychol Bull* 1993;113:487–496.
8. Baumrind D, Larzelere RE, Owens EB. Effects of Preschool Parents' Power Assertive Patterns and Practices on Adolescent Development. *Parenting* 2010;10:157–201.
9. Chen X, Jin S-F, Liu H-B. Survey of parental acceptance rate to behavior management

- techniques used in pediatric dentistry. *Shanghai Kou Qiang Yi Xue* 2008;17:475–478.
10. Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent* 2005; 27:107–113.
 11. Abushal MS, Adenubi JO. Attitudes of Saudi Parents Toward Behavior Management Techniques in Pediatric Dentistry. *J Dent Child* 2003;70:104–110.
 12. Al Zoubi L, Schmoeckel J, Mustafa Ali M, Alkilzy M, Splieth CH. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in normal treatment and in emergency situations used in paediatric dentistry. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019;20:319–323.
 13. Taran PK, Kaya MS, Bakkal M, Özalp Ş. The Effect of Parenting Styles on Behavior Management Technique Preferences in a Turkish Population. *Pediatr Dent* 2018;40:360–364.
 14. Güngör D, Bornstein MH. Culture-general and -specific associations of attachment avoidance and anxiety with perceived parental warmth and psychological control among Turk and Belgian adolescents. *J Adolesc* 2010;33:593–602.
 15. Theriot AL, Gomez L, Chang CT, Badger GR, Herbert AK, Cardenas Vasquez JM, et al. Ethnic and language influence on parents' perception of paediatric behaviour management techniques. *Int J Paediatr Dent* 2019;29:301–309.
 16. Oliveira TD, Costa D de S, Albuquerque MR, Malloy-Diniz LF, Miranda DM, de Paula JJ, et al. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Version (PSDQ) for use in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2018;40:410–419.

17. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety* 2007;24:467–471.
18. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816–819.
19. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Dev Psychol* 1971;4: 1–103.
20. Aminabadi NA, Deljavan AS, Jamali Z, Azar FP, Oskouei SG. The influence of parenting style and child temperament on child-parent-dentist interactions. *Pediatr Dent* 2015;37:342 – 347.
21. Busato P, Garbín RR, Santos CN, Paranhos LR, Rigo L. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2017;135:116–122.

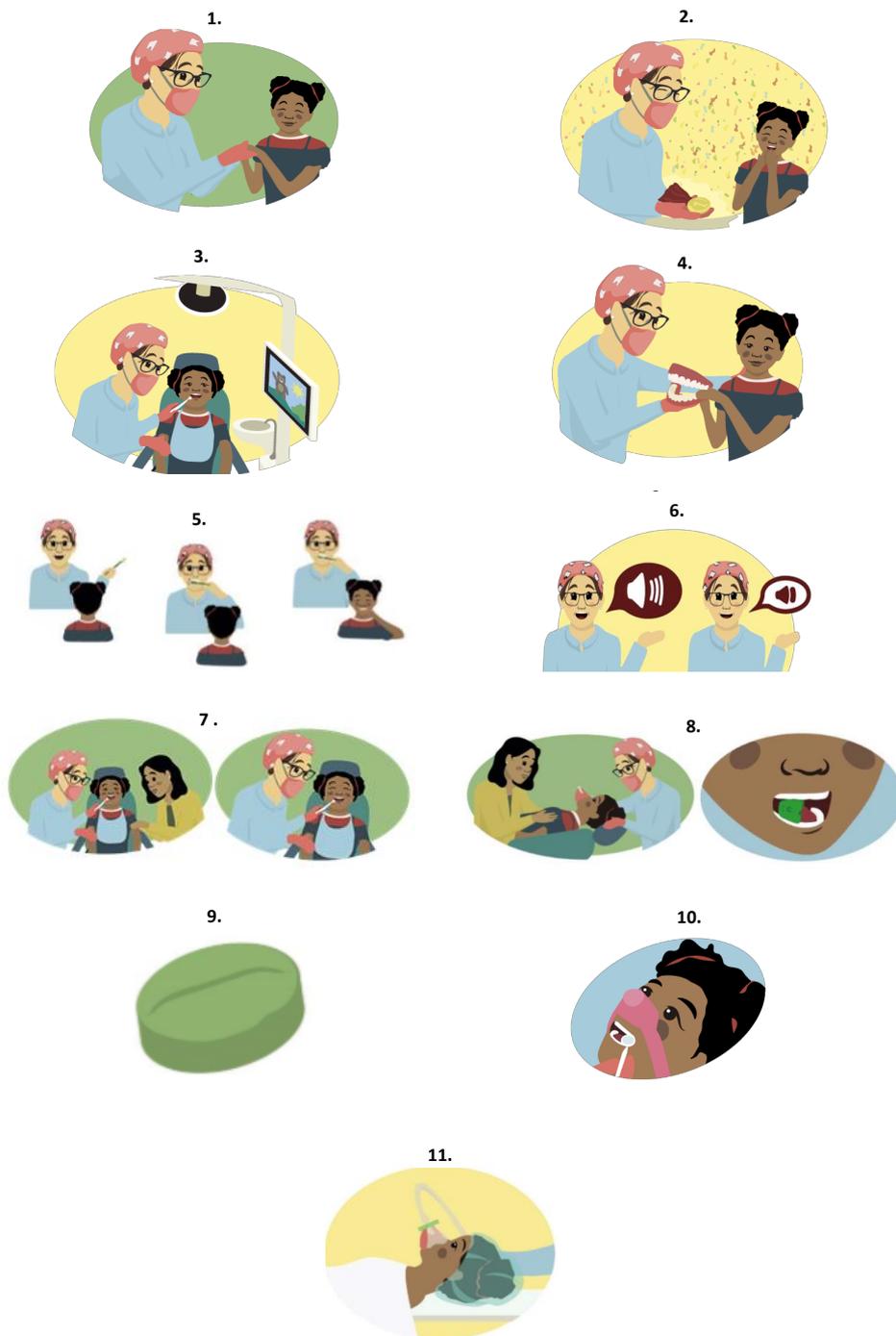


Figure 1. Illustrations of each BMT used in pediatric dentistry presented on self-explanatory folder. 1. Nonverbal communication; 2. Positive reinforcement; 3. Distraction; 4. Modeling; 5. Tell-show-do; 6. Voice control; 7. Parental presence/absence; 8. Protective stabilization (active and passive restraint); 9. Oral premedication; 10. Sedation with nitrous oxide; 11. General anesthesia.

Table 1. Explanations about different BMT used in pediatric dentistry.

| Technique | Explanation |
|--|--|
| BASIC BEHAVIOR MANAGEMENT TECHNIQUES | |
| 1.Nonverbal communication | Nonverbal communication is established through the dentist's posture, facial expression and body language. |
| 2.Positive Reinforcement | It is a technique used to reward the child for desirable behaviors during dental care and then reinforce the recurrence of that behavior. Positive reinforcement can be classified as social (happy facial expression, expressions of affection, praise) or non-social (prizes, toys). |
| 3.Distraction | The technique is used to divert the child's attention from unpleasant procedures, avoiding negative or refusing behavior. Dialogue, videos, storytelling or singing songs can be used to divert the child's attention from the procedure being performed. |
| 4. Modeling | It consists of learning by observation, in which an apprehensive child assists another already conditioned child, undergoing dental treatment. Dolls can also serve as role models and even help distract the child. |
| 5.Tell-show-do | It consists of explaining to the child (talk), demonstrating how objects work and what reactions they provoke (show) and finally realizing them (do). |
| 6.Voice control | It is a change in the volume, tone or rhythm of the voice to influence and direct the child's behavior during dental care. |
| 7. Parental presence/ absence | The mother's presence or absence can be used to gain the child's cooperation during care. In the face of the child's extremely negative behavior, the mother may be asked to withdraw from the dental environment until the child cooperates again. |
| ADVANCED BEHAVIOR MANAGEMENT TECHNIQUES | |
| 8. Protective stabilization | Consists of restricting the freedom of movement, with or without the child's permission. Active restraint: The child's movement is limited with the help of the mother. Passive restraint: Limiting the child's movement involves the use of a device or instrument such as the use of mouth openers. |
| 9. Oral premedication | Minimum sedation in children can be obtained, after medical evaluation, by means of benzodiazepines - diazepam and midazolam, orally, before the dental procedure. The disadvantage of using diazepam in children concerns its longer duration of action (approximately 6-8 hours) |
| 10.Sedation with nitrous oxide | Minimal sedation can also be achieved by inhaling the mixture of nitrous oxide and oxygen, via the respiratory route, in order to reassure anxious children, decreasing their sensitivity to pain. The child remains conscious at all times, that is, awake, being able to answer any type of question or command. |
| 11.General anesthesia | It is a procedure performed in a hospital environment, by a medical team, which promotes a controlled state of unconsciousness accompanied by a loss of reflexes that protect the child, such as the ability to respond to physical stimulation or to voice command intentionally. |

Table 2. Characteristics of the study sample (n=46).

| Variables | N (%) |
|--------------------------------------|--------------|
| Sex | |
| Boy | 19 (41.3) |
| Girl | 27 (58.7) |
| Only son | |
| Yes | 11 (23.9) |
| No | 35 (76.1) |
| Previous dental experience | |
| Negative | 13 (28.3) |
| Positive | 33 (71.7) |
| Treatment | |
| Non-invasive | 13 (28.3) |
| Invasive | 33 (71.7) |
| Treatment stage | |
| Begin | 10 (21.7) |
| Middle | 20 (43.5) |
| End | 16 (34.8) |
| Dental pain in the last month | |
| Yes | 20 (43.5) |
| No | 26 (56.5) |
| Child dental fear | |
| No fear | 28 (60.9) |
| Little fear | 14 (30.4) |
| Fear | 3 (6.5) |
| Very fear | 1 (2.2) |
| Child behavior | |
| Very negative | 2 (4.3) |
| Negative | - |
| Positive | 30 (65.3) |
| Very positive | 14 (30.4) |
| Mothers' schooling | |
| < 8 years | 2 (4.3) |
| > 8 years | 44 (95.7) |
| Marital status | |
| Single | 22 (47.8) |
| Married | 19 (41.3) |
| Stable union | 5 (10.9) |
| Maternal dental anxiety level | |
| Low | 32 (69.6) |
| Moderate | 10 (21.7) |
| High | 4 (8.7) |
| Mothers' parenting style | |
| Authoritative | 41 (89.1) |
| Authoritarian | 2 (4.3) |
| Permissive | 3 (6.6) |

Table 3. Level of maternal acceptance of the BMTs (n=46).

| Techniques | Acceptable | Acceptable if really necessary | Unacceptable |
|-----------------------------|-------------------|---------------------------------------|---------------------|
| Nonverbal communication | 44 (95.7) | 2 (4.3) | - |
| Positive reinforcement | 45 (97.8) | 1 (2.2) | - |
| Tell-show-do | 46 (100) | - | - |
| Voice control | 43 (93.5) | 2 (4.3) | 1 (2.2) |
| Distraction | 46 (100) | - | - |
| Modeling | 46 (100) | - | - |
| Parental presence/absence | 38 (82.6) | 6 (13.1) | 2 (4.3) |
| Active restraint | 43 (93.5) | 2 (4.3) | 1 (2.2) |
| Passive restraint | 43 (93.5) | 2 (4.3) | 1 (2.2) |
| Oral premedication | 38 (82.6) | 6 (13.1) | 2 (4.3) |
| Sedation with nitrous oxide | 38 (82.6) | 5 (10.9) | 3 (6.5) |
| General anesthesia | 25 (54.3) | 12 (26.1) | 9 (19.6) |

Table 4. Acceptance level of BMT according to mothers' parenting style.

| Variables | Acceptable | Acceptable if really necessary | Unacceptable | p- valor |
|------------------------------------|------------|--------------------------------|--------------|----------|
| Nonverbal communication | | | | 0.635* |
| Authoritative | 39 (95.1) | 2 (4.9) | - | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Positive reinforcement | | | | 0.740* |
| Authoritative | 40 (97.6) | 1 (2.4) | - | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Tell-show-do | | | | |
| Authoritative | 41 (100) | - | - | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Voice control | | | | 0.580* |
| Authoritative | 38 (92.7) | 2 (4.9) | 1 (2.4) | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Distraction | | | | - |
| Authoritative | 41 (100) | - | - | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Modeling | | | | - |
| Authoritative | 41 (100) | - | - | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Parental presence/absence | | | | 0.339* |
| Authoritative | 33 (80.5) | 6 (14.6) | 2(4.9) | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Active restraint | | | | |
| Authoritative | 38 (92.7) | 2 (4.9) | 1 (2.4) | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Passive restraint | | | | 0.809* |
| Authoritative | 39 (95.2) | 1 (2.4) | 1(2.4) | |
| Authoritarian | 1 (50) | 1 (50) | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Oral premedication | | | | 0.416* |
| Authoritative | 33 (80.5) | 6 (14.6) | 2 (4.9) | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 3 (100) | - | - | |
| Sedation with nitrous oxide | | | | 0.965* |
| Authoritative | 34 (82.9) | 4 (9.8) | 3 (7.3) | |
| Authoritarian | 2 (100) | - | - | |
| Permissive | 2 (66.7) | 1 (33.3) | - | |
| General anesthesia | | | | 0.432* |
| Authoritative | 22 (53.7) | 10 (24.4) | 9 (21.9) | |
| Authoritarian | 1 (50) | 1 (50) | - | |
| Permissive | 2 (66.7) | 1 (33.3) | - | |

*linear-by-linear association in chi-square test.

3 CONCLUSÃO

A maioria das mães apresentou estilo parental autoritativo. Técnicas básicas de manejo do comportamento infantil tiveram maior preferência das mães, especialmente distração, modelagem e falar-mostrar-fazer. Técnicas farmacológicas (sedação com óxido nitroso, utilização de pré-medicação e anestesia geral) foram menos aceitas. O estilo parental das mães não foi associado com as preferências das diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil. Estudos futuros com uma amostra maior são necessários para elucidar a relação entre estilo parental e preferência das técnicas de manejo do comportamento infantil.

REFERÊNCIAS

- AL ZOUBI, L. et al. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in normal treatment and in emergency situations used in paediatric dentistry. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 20, n.4, p. 319-23, 2019.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Behavior guidance for the pediatric dental patient. **Pediatric Dentistry**, v. 40, n.6 , p. 254-67, 2018.
- AMINABADI, N.A, et al. Impact of temperament on child behavior in the dental setting. **Journal of Dental Research**, v. 5, n. 4, p. 119-22, 2011.
- AMINABADI, N.A.; DELJAVAN, A.S.; JAMALI, Z.; AZAR, F.P., OSKOUEI, S.G. The influence of parenting style and child temperament on child-parent-dentis interactions. **Pediatric Dentistry**, v. 37, n. 4 p. 342-7, 2015.
- BAUMRIND, D.; LARZELERE, R.E.; OWENS, E.B. Effects of Preschool Parents' Power Assertive Patterns and Practices on Adolescent Development. **Parenting: Science and Practice**, v. 10, n.3, p. 157-201, 2010.
- CHEN, X.; JIN, Shi-Fu; LIU, Hong-Bo. Survey of parental acceptance rate to behavior management techniques used in pediatric dentistry. **Shanghai Journal of Stomatology**, v. 17, n. 5, p. 475-8, 2008.
- DARLING, N., STEINBERG, L. Parenting style as context: An integrative model. **Psychological Bulletin**, v.113, n. 3, p.487-96, 1993.
- EATON, J.J., McTigue, D.J., Fields Jr, H.W., Beck, M. Attitudes of contemporary parents toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. **Pediatric Dentistry**, v. 27, n. 2, p. 107–13, 2005.
- GOETTEMS, M.L.; Ardenghi, T.M.; Romano, A.R.; Demarco, F.F.; Torriani, D.D. Influence of maternal dental anxiety on oral health–related quality of life of preschool children. **Quality of Life Research**, v. 20, n. 6, p. 951–959, 2011.
- GOETTEMS, M.L.; Ardenghi, T.M.; Romano, A.R.; Demarco, F.F.; Torriani, D.D. Children's use of dental services: influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 40, n. 5, p. 451-8, 2012.
- OLIVEIRA, T.D; et al. Cross-cultural adaptation, validity, and reliability of the Parenting Styles and Dimensions Questionnaire – Short Version (PSDQ) for use in Brazil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 4, p. 410-9, 2018.
- SALEM, K.; et al. Dental Fear and Concomitant Factors in 3-6 Year-old Children. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 6, n. 2, p. 70–4, 2012.
- TARAN, P.K.; et al. The Effect of Parenting Styles on Behavior Management Technique Preferences in a Turkish Population. **Pediatric Dentistry**, v. 40, n. 5, p. 360-4, 2018.

VENKATARAGHAVAN,K.; et al. Pro-Activeness of Parents in Accepting Behavior Management Techniques: A Cross-Sectional Evaluative Study. **Journal of clinical and Diagnostic Research**, v. 10, n. 7, p. ZC46-9, 2016.

XIA, B.; WANG, Chun-Li; GE, Li-Hong. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2-8 years in Beijing, China. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 21, n. 3, p. 200–9, 2011.

APÊNDICE A – Ficha para coleta dos dados

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Código do participante: _____ Data de nascimento: _____

Prontuário: _____ Sexo: ()F ()M Idade da criança (anos): _____

Filho(a) único(a): () Sim () Não

Renda familiar: _____ Escolaridade materna: _____

Idade materna (anos): _____ Estado civil: _____

QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES

Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

- (1) Estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável
- (2) Não me importaria
- (3) Me sentiria ligeiramente desconfortável
- (4) Acho que me sentiria desconfortável e teria dor
- (5) Estaria com muito medo do que o dentista poderia fazer comigo

Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- (1) Relaxada
- (2) Meio desconfortável
- (3) Tensa
- (4) Ansiosa
- (5) Tão ansiosa que começo a suar e a me sentir mal

Quando você está sentada na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar em seus dentes, como você acha que se sentiria?

- (1) Relaxada
- (2) Meio desconfortável
- (3) Tensa
- (4) Ansiosa
- (5) Tão ansiosa que começo a suar e a me sentir mal

Você está na cadeira odontológica. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva) como você se sente?

- (1) Relaxada
- (2) Meio desconfortável
- (3) Tensa
- (4) Ansiosa
- (5) Tão ansiosa que começo a suar e a me sentir mal

TOTAL: _____

Baixa ansiedade (até 11) Moderada ansiedade (12 a 14) Alta ansiedade (igual ou maior a 15)

O (a) seu/sua filho (a) teve dor de dente nas últimas 4 semanas antes da visita ao dentista?

Não Sim

A Sra. acha que seu/sua filho(a) tem medo de ir ao dentista?

Não Um pouco Sim Sim, muito

Como você acha que será o comportamento de seu/sua filho(a) durante o atendimento hoje?

definitivamente negativo negativo positivo definitivamente positivo

QUESTIONÁRIO DE ESTILOS E DIMENSÕES PARENTAIS

1. Dou resposta aos sentimentos e necessidades do(a) meu/minha filho(a)

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

2. Castigo fisicamente o(a) meu/minha filho(a) como forma de o(a) disciplinar

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

3. Levo em consideração o que o(a) meu/minha filho(a) quer ou deseja antes de lhe pedir para fazer algo

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

4. Quando o(a) meu/minha filho(a) pergunta por que razão tem que obedecer, respondo: “Porque eu digo” ou “Porque sou tua mãe e quero que o faça”

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

5. Explico ao(à) meu/minha filho(a) como me sinto quando se comporta bem e quando se comporta mal

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

6. Dou uma palmada em meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

7. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a falar sobre seus problemas

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

8. Acho difícil disciplinar o(a) meu/minha filho(a)

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

9. Incentivo o(a) meu/minha filho(a) a expressar-se livremente, mesmo quando não está de acordo comigo

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

10. Castigo o(a) meu/minha filho(a) retirando-lhe privilégios com poucas ou nenhuma explicações

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

11. Saliento as razões das regras que estabeleço

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

12. Quando o(a) meu/minha filho(a) está chateado(a), dou-lhe apoio e consolo

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

13. Grito ou falo alto quando o(a) meu/minha filho(a) se comporta mal

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

14. Elogio o(a) meu/minha filho(a) quando se comporta ou faz algo bom

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

15. Ceddo ao(à) meu/minha filho(a) quando faz uma birra por qualquer coisa

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

16. Enfureço-me com o(a) meu/minha filho(a)

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

17. São mais as vezes em que ameaço castigar o(a) meu/minha filho(a) do que aquelas em que realmente o(a) castigo

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

18. Levo em consideração as preferências do(a) meu/minha filho(a) quando faço planos familiares

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

19. Agarro o(a) meu/minha filho(a) quando ele(a) é desobediente

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

20. Dito castigos ao(à) meu/minha filho(a) mas realmente não os aplico

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

21. Demonstro respeito pelas opiniões do(a) meu/minha filho(a) incentivando que as expresse

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

22. Permito que o(a) meu/minha filho(a) dê a sua opinião relativamente às regras familiares

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

23. Ralho e critico para fazer o(a) meu/minha filho(a) melhorar

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

24. Estrago o(a) meu /minha filho(a) com mimos

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

25. Explico ao(à) meu/minha filho(a) por que razões as regras devem ser obedecidas

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

26. Uso ameaça como forma de castigo com poucas ou nenhuma justificativas

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

27. Tenho momentos especiais e calorosos com o(a) meu/minha filho(a)

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

28. Castigo o(a) meu/minha filho(a) deixando-o(a) sozinho(a) com poucas ou nenhuma explicações

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

29. Ajudo o(a) meu/minha filho(a) a perceber o resultado do seu comportamento incentivando-o(a) a falar acerca das conseqüências das suas ações

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

30. Ralho e critico quando o comportamento do(a) meu/minha filho(a) não corresponde às minhas expectativas

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

31. Explico ao(à) meu/minha filho(a) as conseqüências do seu comportamento

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

32. Dou uma palmada no(a) meu/minha filho(a) quando se comporta mal

(1) Nunca (2) Poucas vezes (3) Algumas vezes (4) Bastantes vezes (5) Muitas vezes

ACEITAÇÃO DAS TÉCNICAS DE MANEJO DO COMPORTAMENTO INFANTIL**Comunicação não verbal** fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável**Reforço positivo** fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável**Falar-mostrar-fazer** fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável**Controle de voz** fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável**Distração** fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável**Modelagem**

fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável

Presença/ausência da mãe

fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável

Contenção física ativa

fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável

Contenção física passiva

fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável

Utilização de pré-medicação

fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável

Sedação com óxido nitroso

fortemente aceitável aceitável indiferente inaceitável fortemente inaceitável

DADOS DA CRIANÇA

Experiência odontológica prévia: positiva negativa

Idade da primeira consulta odontológica: _____

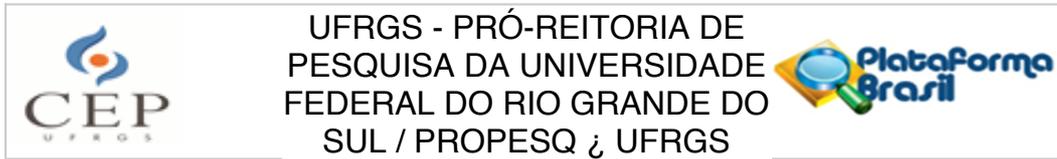
Tipo de tratamento a que a criança será submetida: não invasivo invasivo

Comportamento definitivamente negativo negativo positivo definitivamente positivo

Técnica(s) de manejo utilizada(s): _____

Ansiedade (1) não ansiosa (2) levemente ansiosa (3) pouco ansiosa (4) muito ansiosa (5) muitíssimo ansiosa

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência de características clínicas, psicossociais e maternas na aceitação parental de diferentes técnicas de manejo comportamental infantil

Pesquisador: Tathiane Larissa Lenzi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18984819.8.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

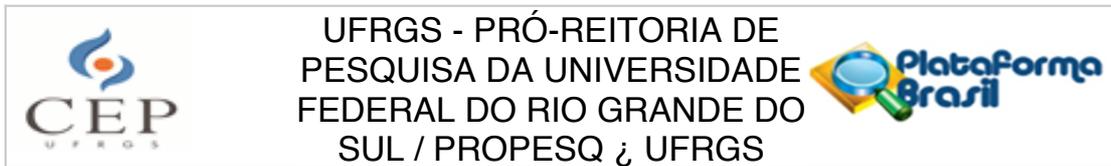
Número do Parecer: 3.674.429

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado “Influência de características clínicas, psicossociais e maternas na aceitação parental de diferentes técnicas de manejo comportamental infantil” é de responsabilidade da prof^a. Tathiane Larissa Lenzi, da FO-UFRGS, e conta com a participação da técnica Daiana Ferreira e das alunas Andressa Arduim, Larissa de Fraga dos Santos, Maitê Munhoz Scherer e Roberta Silva Freitas.

A justificativa do estudo é baseada no fato de que um dos maiores desafios enfrentados pelo Odontopediatra é o manejo do comportamento. O comportamento da criança no consultório odontológico é um fenômeno multifatorial e, estudos têm sugerido que alguns fatores podem prever o comportamento infantil neste local. Crianças mais novas, as expectativas negativas dos pais, a presença de ansiedade, a timidez diante de estranhos, e o temperamento da criança poderiam prever um comportamento negativo na clínica. Além disso, a percepção dos pais a respeito do medo da criança tem mostrado estar em sintonia com os problemas de manejo do comportamento infantil no consultório odontológico, e pode ser usado como um indicador do comportamento infantil³. A personalidade da criança, os seus hábitos e reações frente às situações de estresse estão diretamente conectados às características dos pais, dentre elas a ansiedade materna. Há relatos de que a ansiedade materna tenha reflexo na qualidade de vida da

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.674.429

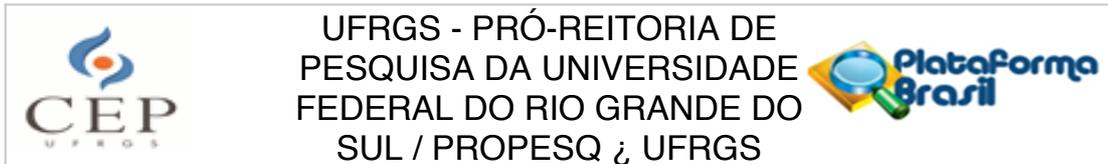
criança, na adesão aos serviços odontológicos, na experiência com a doença cárie e no comportamento infantil³. Deste modo, o nível de ansiedade odontológica materna e da criança também parecem ser preditores do comportamento infantil no ambiente odontológico. Neste sentido, a adaptação do manejo comportamental tem como objetivos estabelecer comunicação adequada, realizar atenção odontológica de qualidade, promover atitudes positivas para o cuidado de saúde bucal, desenvolver a confiança na relação paciente/família e profissional e prevenir ou aliviar o medo e ansiedade da criança. As várias técnicas de orientação do comportamento devem ser adaptadas individualmente, a fim de promover na criança uma atitude positiva ensinando-a a cooperar, ficar relaxada e autoconfiante no consultório odontológico. As técnicas de adaptação do comportamento infantil podem ser divididas em técnicas básicas, tais como: comunicação não verbal, falar-mostrar-fazer, controle de voz, modelagem, reforço positivo, distração, presença/ausência da mãe, e avançadas que envolvem contenção física (ativa e passiva), sedação com óxido nitroso ou utilização de pré-medicação e anestesia geral.

O estilo parental também pode estar associado com as preferências em relação às técnicas de adaptação do comportamento infantil.

Neste cenário, o objetivo da pesquisa será investigar o nível de aceitação das mães em relação ao uso de diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil no consultório odontológico e os fatores psicossociais, clínicos e maternos associados.

Para tanto, um estudo transversal será realizado e uma amostra de conveniência será utilizada. Serão selecionados todas as crianças, de ambos os gêneros, com idade entre 4 e 10 anos atendidas na Clínica Infante-Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS no segundo semestre 2019 e primeiro semestre de 2020 que tenham a mãe como acompanhante habitual (amostragem do tipo censo). Os critérios de exclusão serão: crianças que se recusarem ou não colaborarem com a realização da pesquisa, crianças sistemicamente comprometidas, com doenças mentais ou transtornos neuropsiquiátricos já diagnosticados, crianças cujo acompanhante habitual não seja a mãe e crianças cujas mães se recusarem a participar da pesquisa. O recrutamento dos participantes será realizado através de convite verbal durante as consultas odontológicas de rotina na Clínica Infante-Juvenil. Um folder autoexplicativo contendo informações sobre as diferentes técnicas de adaptação de comportamento infantil será fornecido para as mães previamente à consulta odontológica da criança. Por meio de uma escala Likert, as mães informarão o nível de aceitação de cada uma das técnicas de adaptação do comportamento infantil. Em seguida, um

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
SUL / PROPESQ ; UFRGS

Continuação do Parecer: 3.674.429

questionário contendo informações sobre dados sociodemográficos, medo odontológico, ansiedade odontológica materna e estilo parental será aplicado. Dados relacionados à personalidade da criança, experiência odontológica prévia, idade da primeira consulta odontológica, tipo de tratamento a que a criança será submetida e perfil do paciente (livre de cárie, com atividade ou com experiência de cárie) serão coletados dos prontuários odontológicos. As avaliações do comportamento da criança por meio da escala de Frankl e da ansiedade infantil serão realizadas na mesma consulta da aplicação do questionário às mães. Todos os instrumentos utilizados são validados para a língua portuguesa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral do presente estudo será investigar a aceitação das mães em relação ao uso de diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil no consultório odontológico e os fatores psicossociais, clínicos e maternos associados.

Objetivo Secundário: Analisar a relação entre a percepção das mães sobre o comportamento infantil e comportamento da criança frente ao atendimento odontológico; Avaliar os fatores que podem influenciar o comportamento infantil durante o tratamento odontológico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

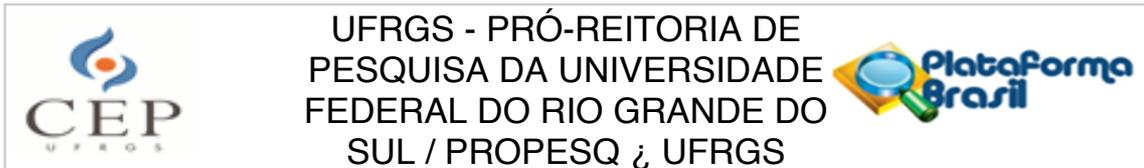
As mães poderão sentir algum desconforto pelo tempo dedicado ao preenchimento do questionário e leitura do folder. As crianças também poderão sentir algum desconforto ou constrangimento ao fornecer a informação de como se sente antes da consulta.

Benefícios:

Como benefício decorrente da participação na pesquisa, os sujeitos da pesquisa receberão informações sobre a importância de uso de técnicas para adaptação do manejo do comportamento da criança durante o atendimento odontológico.

PENDÊNCIA 1: Os benefícios do estudo são indiretos aos participantes. Assim, a descrição dos mesmos, esclarecendo que são indiretos, deve ser apresentada no projeto e, especialmente, no

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.674.429

TCLE. Pendência atendida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa será desenvolvida com delineamento transversal, no qual uma amostra de conveniência será utilizada. Serão selecionadas todas as crianças, de ambos os gêneros, com idade entre 4 e 10 anos atendidas na Clínica Infante Juvenil da Faculdade de Odontologia da UFRGS no segundo semestre 2019 e primeiro semestre de 2020 que tenham a mãe como acompanhante habitual. O objetivo do presente estudo será investigar o nível de aceitação das mães em relação ao uso de diferentes técnicas de manejo do comportamento infantil no consultório odontológico e os fatores psicossociais, clínicos e maternos associados.

Neste sentido, a metodologia proposta sustenta os objetivos do estudo, que apresenta relevância e embasamento científico adequado.

No entanto, em acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no. 466/2012 e 510/2016, algumas pendências necessitam de atenção:

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: foi apresentado modelo do referido termo. A linguagem está adequada e o mesmo é redigido sob a forma de convite. No entanto, foram encontradas as seguintes inadequações:

PENDÊNCIA 2:

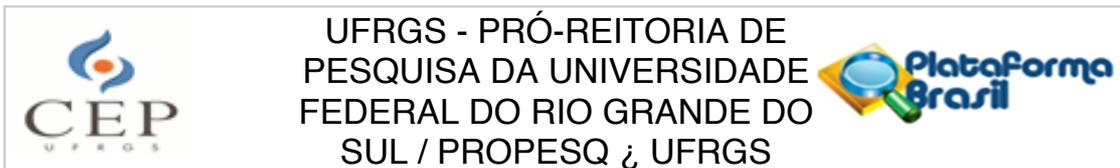
- Informar claramente os benefícios aos participantes (ver pendências acima); Pendência atendida.
- Anexar TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido. Pendência atendida. O referido termo foi anexado e está escrito em linguagem adequada.

Ficha de coleta de dados: os modelos de ficha para coleta de dados não foram apresentados.

PENDÊNCIA 3: Solicita-se que os pesquisadores anexem ao projeto a ficha de coleta de dados. Pendência atendida.

Orçamento: no formulário da PB, o orçamento foi informado como R\$ 1.436,50 a ser custeado pelos pesquisadores.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.674.429

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1361540.pdf | 12/09/2019 17:36:39 | | Aceito |
| Outros | Resposta.docx | 12/09/2019 16:23:54 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| Outros | Ficha.docx | 12/09/2019 16:23:34 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| Outros | TCUD.pdf | 12/09/2019 16:23:06 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_novo.docx | 12/09/2019 16:22:47 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE.docx | 12/09/2019 16:21:40 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_novo.doc | 12/09/2019 16:21:22 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| Outros | Guia.pdf | 12/08/2019 15:36:38 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_rosto.pdf | 21/05/2019 16:57:56 | Tathiane Larissa Lenzi | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.674.429

PORTO ALEGRE, 31 de Outubro de 2019

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br