



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

DANIELE PEDROSA FIORAVANTE

**ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE O ODONTOPEDIATRA E
A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

Londrina
2007

DANIELE PEDROSA FIORAVANTE

**ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE O ODONTOPEDIATRA E
A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

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

Orientadora: Prof^a. Maria Luiza Marinho

Londrina
2007

DANIELE PEDROSA FIORAVANTE

**ANÁLISE DA INTERAÇÃO ENTRE O ODONTOPEDIATRA E
A CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Luiza Marinho
Prof^a. Orientadora
Universidade Estadual de Londrina

Dr. Roberto Alves Banaco
Prof. Componente da Banca
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Dra. Norma Sant'Ana Zakir
Prof^a. Componente da Banca
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, 14 de fevereiro de 2007.

DEDICATÓRIA

Para meu avô, Sebastião Pedrosa, homem de grande sabedoria, e que incutiu em toda a família não só o gosto pelo conhecimento, mas também pela busca do mesmo no sentido da promoção de benefícios ao próximo.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Jocelaine e Maria Rita, respectivamente, por me auxiliarem a desenvolver o gosto pela pesquisa e o interesse pela área de Psicologia da Saúde, e à Maria Luiza pelo auxílio na condução do trabalho e pelo modelo de profissional que representa para mim. Agradeço ainda a todas pelo apoio, pela confiança que depositaram em mim, e principalmente, pelo incentivo frente às muitas dificuldades enfrentadas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter tornado possível mais essa vitória em minha vida, e por ter me protegido ao longo de toda a caminhada.

A meus pais, irmãos e cunhada pela imensa dedicação e apoio incondicional durante todas as etapas de realização da pesquisa.

A todos os docentes da Universidade Estadual de Londrina, e principalmente à Myrna Eliza C. Coelho e Maura Alves N. Gongora, agradeço por sua amizade, e por terem contribuído com o embasamento teórico necessário à condução deste trabalho.

Às colegas de trabalho Nione Torres, Marina Wielewicki e Priscila Carvalho pelo constante incentivo e exemplo de atuação profissional.

Às amigas Clarissa Morales, Cristhiane Mitsi e Heloisa de Oliveira, sempre prontas a colaborar com o que quer que fosse preciso para o bom andamento da pesquisa.

Às estagiárias Amanda Rocha, Laís Furtado, Lívia de Freitas e Patrícia Grassi, por todo empenho e seriedade na coleta e categorização dos dados.

A todos os professores e companheiros do Mestrado em Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina, sem os quais, nada disso teria sido possível.

À doutora Beatriz Scarpelli, a todos os funcionários da Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina, e em especial aos odontopediatras participantes diretos da pesquisa, por terem permitido a viabilidade da mesma.

A meus clientes, alunos e alunas, por se constituírem em material tão precioso na compreensão do comportamento humano.

A todos os parentes e amigos que souberam compreender minhas muitas ausências e falhas durante todo esse período de estudo intenso.

E por último, mas não menos importante, a Thiago Tristão, por toda sua paciência e carinho, e por ter despertado em mim a vontade de ser uma pessoa melhor. Saiba que minha dissertação é apenas uma pequena parte deste plano.

“Crianças são crianças no mundo todo. A língua e os costumes podem variar, mas aqueles de nós que se comunicam com as crianças e lhes oferecem tratamento compartilham algo importante: amor por essas crianças” (Wright, Starkey & Gardner, 1987 p.5).

FIORAVANTE, Daniele Pedrosa. **Análise da interação entre o odontopediatra e a criança em situação de atendimento odontológico.** 2007. 100f. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

RESUMO

A literatura tem indicado que o tratamento odontopediátrico é influenciado pelo padrão comportamental dos profissionais e das crianças. Todavia, há ainda necessidade de mais estudos destinados a investigar algumas variáveis presentes nesse contexto. A presente pesquisa visou caracterizar o padrão de interação entre os odontopediatras e as crianças, no decorrer de atendimentos odontológicos profiláticos ou de emergência. Participaram do estudo dois graduados em odontologia, que cursavam especialização em odontopediatria. Também participaram vinte crianças consideradas não clínicas para problemas de comportamento, de acordo com os resultados obtidos no inventário *Walker Problem Behavior Identification Checklist*, respondido pela mãe. Os dados foram coletados em uma clínica-escola de atendimento odontológico através de gravação em vídeo dos atendimentos. Cada profissional atendeu dez crianças, sendo cinco em atendimentos de profilaxia e cinco em emergência. As respostas observadas foram categorizadas e analisadas através da adaptação de um sistema de categorização utilizado em um estudo anterior. As categorias para os comportamentos das crianças foram: cooperativos ou opositores; para os comportamentos dos profissionais foram: adequados (estratégias de manejo positivas) ou inadequados (estratégias de manejo punitivas ou restritivas). Os resultados obtidos indicaram que, das 20 crianças atendidas, 19 apresentaram alta frequência de respostas cooperativas e oito apresentaram alta frequência de respostas opositoras, ou seja, a frequência de não-colaboração foi alta em 40% do total de atendimentos. As crianças atendidas na emergência apresentaram 50% menos respostas colaborativas e duas vezes mais respostas opositoras do que as crianças atendidas na profilaxia. Quanto aos odontopediatras, observou-se maior frequência de respostas adequadas por minuto do que inadequadas em todas as dez consultas de profilaxia, mas em somente quatro das dez consultas de emergência. Houve elevada frequência de comportamentos inadequados emitidos pelos profissionais tanto com crianças com frequência alta como baixa de respostas opositoras. Os dados sugerem que: a) as crianças são menos colaboradoras e mais opositoras nos atendimentos de emergência do que nos de profilaxia; b) a ocorrência de respostas de oposição pelas crianças parece não exercer grande influência sobre a ocorrência ou não, de respostas inadequadas dos profissionais, e c) a variável tipo de atendimento exerce influência sobre a ocorrência de comportamentos adequados e inadequados dos profissionais, com mais dificuldades de manejo da criança nos atendimentos de emergência. Essas conclusões são evidências da necessidade de melhorar as habilidades do odontopediatras exigidas nos atendimentos de emergência, visando a redução do uso de estratégias inadequadas de manejo nestes atendimentos. Sugere-se, então, que medidas sejam tomadas nos cursos de formação em Odontologia e Odontopediatria, para incremento no treino tanto de habilidades técnicas da profissão como de habilidades positivas de manejo do comportamento infantil.

Palavras-chave: Odontopediatria. Psicologia da Saúde. Análise do Comportamento.

FIORAVANTE, Daniele Pedrosa. **Analysis of the interaction among the pediatric dentist and the children during the situation of dentistry attendance.** 2007. 100f. Dissertation (Master's degree in Analyzes of the Behavior) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2007.

ABSTRACT

The literature has been demonstrating that the pediatric dentistry treatment is influenced by the children's and professional's pattern of behavior. However, it is necessary to carry through more studies to investigate some variables of this context. This research intended to characterize the pattern of interaction among pediatric dentistry and the children, during prophylaxis or emergencies attendances. Two pediatric dentists were requested to take part on the research. Twenty children, which were considered non clinical for behavior problems according to the results of the *Walker Problem Behavior Identification Checklist* filled by their mothers, also participated. The data were collected in a clinic-school of pediatric dentistry, through the writing in video of the attendances. Each professional attended ten children, five of them during prophylaxis and five during emergency. The observed responses were categorized and analyzed through an adaptation of a categorization system which was used in a previous study. The categories established for the children's behavior were: cooperative and opponent; for the pediatric dentist's behavior they were: adequate (positive handling strategies) and inadequate (punitive or restrictive handling strategies). The obtained results indicated that 19, from the 20 children which were attended, showed high frequency of cooperative responses, and that eight showed high frequency of opponent responses, which means that the non-collaboration frequency was high in 40% of the total of attendances. The children attended during emergency showed 50% less cooperative responses and two times more opponent responses, comparing with the children attended in prophylaxis. Concerning the pediatric dentists, it was observed a high frequency of adequate responses, by minute, than of inadequate responses, in all of the ten prophylaxis attendances, but only in four of the ten emergency attendances. There was an elevated frequency of the professional's inadequate behaviors in relation to children which showed high or low frequency of opponent responses. The data suggest that: a) children were less cooperative and more opponent during the emergency attendances than during prophylaxis attendances; b) the occurrence of children's opponents responses seems not to exert great influence on the occurrence or not, of the professionals inadequate responses; and c) the variable type of attendance exert influence on the occurrence of professionals adequate and inadequate behaviors, with more difficulties on the handling of the children during emergency attendances. These conclusions are evidences of the necessity of implementing the abilities of the pediatric dentists which are demanded on the emergency attendances. It has to be done aiming a decreasing on the usage of inadequate handling strategies during this type of attendance. So, it is suggested the measures should be taken on the courses of graduation and post-graduation in Dentistry and Pediatric Dentistry, to implementing the training on the technical abilities of the professional, and on the positive abilities of children's behavior handling.

Keywords: Pediatric Dentistry. Health Psychology. Behavior Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Biomédico.....	16
Figura 2 – Modelo Biopsicossocial	17
Figura 3 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP1 e C4 durante Profilaxia	62
Figura 4 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP1 e C8 durante Emergência	63
Figura 5 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP2 e C13 durante Profilaxia	65
Figura 6 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP2 e C17 durante Emergência.....	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Especificação das díades odontopediatras-crianças participantes da pesquisa ..	50
Tabela 2 – Categorização dos Comportamentos dos Odontopediatras e das Crianças (adaptado de Fioravante et al., no prelo)	54
Tabela 3 – Frequência das Respostas dos Odontopediatras e das Crianças durante os Atendimentos de Profilaxia e Emergência	57

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE E DA ODONTOPEDIATRIA COMPORTAMENTAL.....	15
2 COMPORTAMENTOS OPOSITORES INFANTIS NO CONTEXTO ODONTOLÓGICO	21
2.1 ANÁLISE COMPORTAMENTAL DOS COMPORTAMENTOS OPOSITORES DAS CRIANÇAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO.....	25
3 PESQUISAS EM ODONTOLOGIA COMPORTAMENTAL	30
4 MÉTODO	50
4.1 PARTICIPANTES	50
4.2 LOCAL	51
4.3 RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS	52
4.4 RECURSOS HUMANOS	53
4.5 PROCEDIMENTO	54
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	56
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
REFERÊNCIAS	79

APÊNDICES	86
APÊNDICE A – Descrição dos Procedimentos de Emergência Efetuados durante a Pesquisa e dos Sujeitos a eles Submetidos	87
APÊNDICE B – Fotos Bebê –Clínica da Universidade Estadual de Londrina.....	89
APÊNDICE C – Walker Problem Behavior Identification Checklist - WPBIC (Walker, 1976).....	92
APÊNDICE D – Categorias de Comportamentos dos Odontopediatras e das Crianças (adaptado de Fioravante et al., no prelo.....	95
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99

APRESENTAÇÃO

A falta de cuidados buco-dentários, principalmente infantis, pode contribuir para a instauração de algumas patologias graves, tais como a cárie dentária, a doença periodontal, ou as ulcerações orais recorrentes (Azul & Trancoso, 2006). Essa falta de cuidados pode contribuir para que o tratamento destes problemas se torne muito mais aversivo para os pacientes, além de onerar bastante os custos dos órgãos públicos com as ações de promoção da saúde bucal da população. Reconhecendo tais prejuízos, as políticas públicas de saúde têm disponibilizado à população o acesso a atendimentos odontológicos gratuitos. Tal acesso é viabilizado, sobretudo, no que se refere à prevenção do aparecimento de problemas bucais. Este tipo de atendimento preventivo é denominado na presente pesquisa de profilaxia. Em oposição, os procedimentos odontológicos curativos são designados emergenciais.

Apesar dessa democratização do acesso aos consultórios odontológicos, muitas pessoas ainda evitam se submeter a esses tratamentos. Segundo Thom, Sartory e Jhren (2000), cerca de 20 % da população mundial se esquiva das consultas odontológicas periódicas. No que se refere à população infantil, praticamente não se verifica estas faltas, visto que elas são levadas às clínicas por seus responsáveis. Assim, as respostas infantis de fuga e esquiva abrangem outros comportamentos diferentes de não ir à consulta, tais como chorar, gritar ou movimentar o corpo e/ou a cabeça durante os atendimentos. Esses comportamentos recebem na literatura a denominação de opositores, constituindo uma das maiores dificuldades do odontopediatra no manejo do comportamento das crianças em situação de atendimento odontológico.

Allen, Stanley e Mc Pherson (1990) apontam que cerca de 25% das crianças apresentam respostas de oposição, o que constitui frequência relativamente alta, quando se considera os problemas decorrentes da emissão deste padrão de comportamento no contexto odontológico. Em relação às crianças, algumas conseqüências importantes do comportamento opositor são o aumento no número e na duração das consultas odontológicas, bem como a não execução do tratamento dentário de maneira adequada, o que pode contribuir para piorar a condição bucal (Allen, et al., 1990). Para os odontopediatras, o manejo de crianças opositoras pode ser mais difícil e demandar mais tempo.

Percebendo tais demandas, cursos de graduação e especialização em odontopediatria têm incluído dentre as habilidades técnicas a serem desenvolvidas, o treino em algumas estratégias adequadas de manejo do comportamento infantil. Entretanto, apesar

dessa preocupação com o ensino, observa-se que quando esses profissionais se deparam com situações nas quais as alternativas positivas de que dispõem não surtem efeito, acabam por empregar estratégias invasivas de controle, tais como a restrição física.

Essa foi também a realidade encontrada em uma clínica-escola de odontopediatria da cidade de Londrina. Durante uma coleta de dados efetuada nessa clínica como requisito de uma disciplina do Programa de Mestrado em Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina, a pesquisadora percebeu algumas das dificuldades dos odontopediatras no manejo do comportamento opositor infantil, sobretudo durante os atendimentos de emergência. Assim, decidiu realizar uma análise do contexto odontológico pautada nos pressupostos do Behaviorismo Radical.

Nesse sentido, o presente estudo representa uma tentativa de identificar padrões de comportamentos interativos dos profissionais com diferentes crianças em atendimento, assim como identificar variáveis causais relacionadas. Isto poderá contribuir para indicar possíveis áreas cujo treinamento profissional esteja deficitário, criando ocasião para o uso de restrição física como forma de manejo do comportamento infantil. No que se refere às crianças, acredita-se que profissionais mais bem treinados em estratégias de manejo positivo variadas estarão em melhores condições de estarem sensíveis às contingências de cada interação.

1 ASPECTOS HISTÓRICOS DA PSICOLOGIA DA SAÚDE E DA ODONTOLOGIA COMPORTAMENTAL

A Odontologia Comportamental e a Odontopediatria Comportamental fazem parte de um campo de conhecimento mais amplo, denominado nos meios científicos como Psicologia da Saúde. Este novo campo de conhecimento emergiu há cerca de 25 anos, devido, em parte, ao modelo biopsicossocial que surge, na medicina, em oposição à visão biomédica de saúde-doença (Kerbaux, 2002).

No modelo biomédico, as queixas fisiológicas de uma pessoa são relacionadas às disfunções biológicas e a intervenção orienta-se por um raciocínio guiado por princípios do funcionamento biológico. Operacionalmente, estabelece-se uma relação entre a existência de uma perturbação biológica mensurável e o diagnóstico de uma doença. Assim, o ataque de um vírus, por exemplo, poderia levar a alguma patologia (Starling, 2001).

Mesmo neste modelo restrito, há o reconhecimento por parte da área médica, em geral, de que variáveis consideradas não biológicas, como, por exemplo, as condições de vida e de trabalho de uma pessoa participam do binômio saúde/doença. No entanto, existem restrições quanto à aceitação e ao processamento dessas variáveis como fenômenos significativos para os profissionais da saúde (Starling, 2001). Esta concepção encontra sua racional na hipótese do dualismo cartesiano, que considera mente e corpo como entidades independentes, ainda que funcionando de forma relacionada, conforme a Figura 1, abaixo.

De acordo com a Figura 1, observa-se que no modelo biomédico os determinantes são independentes e manifestam-se em dimensões também independentes. Em consequência dessa dicotomia as queixas e as disfunções provenientes de condições ditas “mentais” ou “psicossociais” geralmente se associam a resultados insatisfatórios, apesar de constituírem grande parte da demanda da medicina (Starling, 2001).

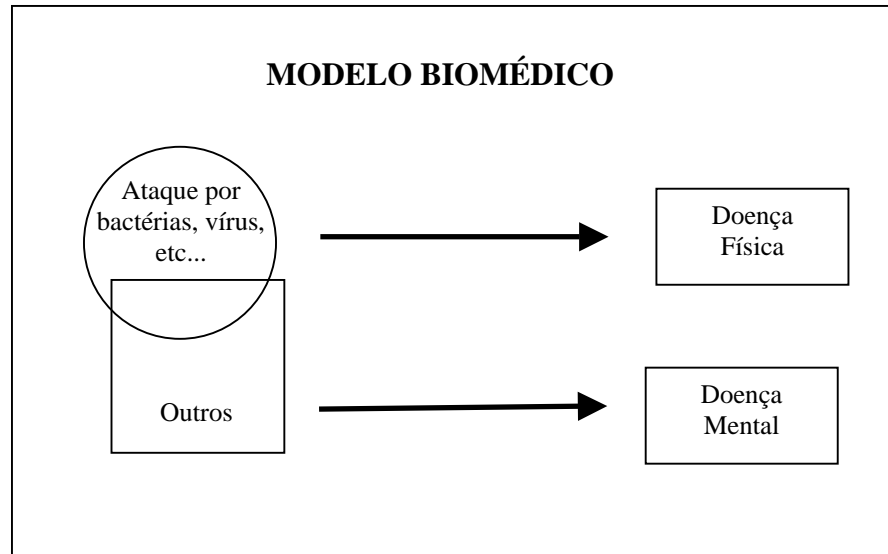


Figura 1 – Modelo Biomédico

O modelo biopsicossocial surge em 1977 com Engel, representando uma alternativa ao modelo biomédico restrito. Este novo modelo foi também derivado da biologia e parte da racional de que, assim como os seres vivos obedecem a uma hierarquia, que abrange desde o mais simples até o mais complexo, também os pacientes médicos estão sujeitos a um sistema de organização, que parte das suas células e dos seus tecidos e atinge seus familiares e a comunidade em que estão inseridos (Engel, 1980; Starling, 2001).

O autor (Starling, 2001) comenta, ainda, que o modelo biopsicossocial representa uma mudança de paradigma nas áreas médicas. Propõe estudar o binômio saúde/doença como objeto de três domínios disciplinares: o biológico, o psicológico e o social, conforme ilustrado na Figura 2. O modelo concebe o ser humano como um conjunto de dimensões fragmentadas que se inter-relacionam. Contudo, o modelo não define a natureza da interação entre as variáveis desses diferentes domínios, não promovendo uma grande mudança nas práticas curativas ocidentais.

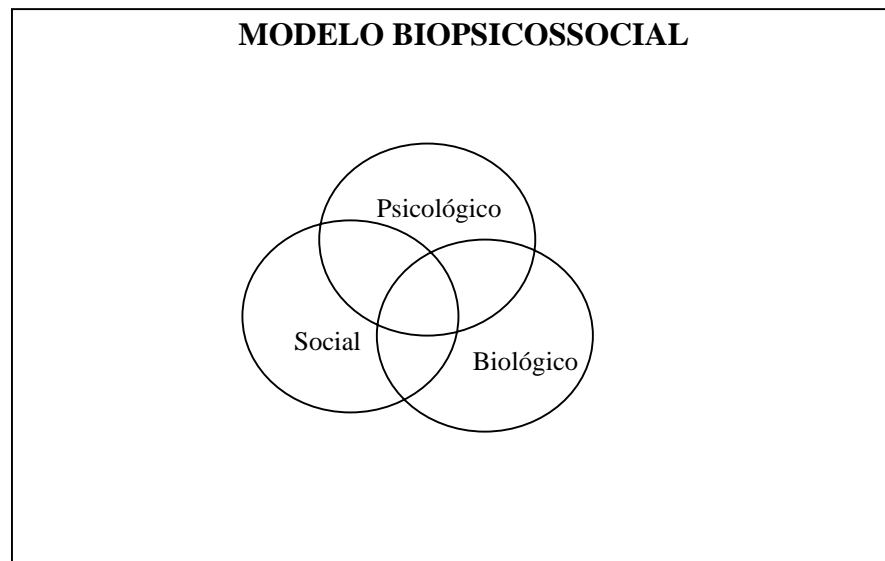


Figura 2 – Modelo Biopsicossocial

Os analistas do comportamento não adotam essa forma de compreender o fenômeno da saúde ou da doença. A Análise do Comportamento se apóia em uma filosofia monista de ciência, o Behaviorismo Radical, e deste modo recusa tanto a dicotomia cartesiana corpo/mente quanto qualquer outra divisão do organismo em “partes”. O objeto de estudo da Análise do Comportamento é o comportamento do organismo “como um todo”, em suas relações com o ambiente. Segundo Starling (2001), a Análise do Comportamento, perspectiva que pauta este trabalho, não propõe “(...) diferentes dimensões ou realidades, nem mesmo diferentes níveis de realidade. O que se propõe são declarações verbais diferentes sobre o mesmo fenômeno, que não se complementam nem se suplementam e que são igualmente válidas, desde que se refiram às relações funcionais verificadas para cada um dos domínios disciplinares considerados: o biológico e o psicológico” (Starling, 2001, p.270).

Apesar da análise fragmentada do modelo biopsicossocial, seu surgimento possibilitou que o homem fosse entendido no contexto das especialidades médicas como um ser, no qual os processos biológicos, psicológicos e sociais interagem entre si, de modo a promover a saúde ou a doença (Suls & Rothman, 2004). Tal modelo culminou em uma nova concepção de saúde¹, que passou a ser entendida, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um estado completo de bem estar físico, social e mental, e não, meramente, a ausência de doença (OMS, 1960).

Essa mudança de paradigma na área médica teve e continua tendo reflexos na psicologia. Ao admitir a existência de relação entre comportamento e saúde, oportunizou o aparecimento de uma nova demanda profissional para o psicólogo: auxiliar na análise dos comportamentos implicados na promoção da saúde/doença, compreendendo, por exemplo, como a interação entre os profissionais da saúde e os seus pacientes pode ser uma variável importante para a melhora destes últimos (Amaral, 1999; Moraes, 1999; Taylor, 2003).

Os pesquisadores e os profissionais da Psicologia vêm realizando investigações para produzir e aplicar conhecimentos científicos da área, para contribuir com a promoção e a manutenção da saúde e com a prevenção e o tratamento das doenças. Esses trabalhos de pesquisa e de intervenção se inserem nos três níveis de prevenção, participando de ações para o aperfeiçoamento do sistema de políticas de saúde e de prestação de serviços, sobretudo, quando estes envolvem procedimentos médicos/odontológicos invasivos (Santos, 2003).

A inserção da psicologia nos trabalhos de Prevenção Primária² vem se constituindo uma das prioridades das políticas públicas na área da saúde, o que pode ser observado pelo desenvolvimento crescente de uma série de programas educacionais, por exemplo, os destinados a promover hábitos alimentares saudáveis e a incentivar a prática de exercícios físicos (Brown et al., 2002)

O segundo nível de prevenção³ trabalha com indivíduos com risco de apresentar problemas de saúde, devido a suas condições biológicas, étnicas, culturais, sociais ou ambientais. Um exemplo de intervenção secundária seria o trabalho com executivos de meia-idade, cujo estilo de vida poderia se correlacionar a doenças coronarianas (Brown et al., 2002). Por fim, há inúmeros trabalhos da psicologia na Prevenção Terciária⁴, uma vez que sua prática tradicional se restringia a este âmbito, ouvindo e auxiliando os pacientes a lidarem com sua dor ou seu sofrimento. No entanto, a significativa redução nos custos a longo prazo para os sistemas de saúde, tem ocasionado a mudança deste paradigma de tratamento para o de promoção da saúde e de prevenção de doenças (Brown et al., 2002).

¹ Do ponto de vista da Análise do Comportamento, pode-se compreender a saúde como o conjunto de condições biológicas e comportamentais que permitem ao indivíduo se sentir bem, livre de desconforto ou dor, ou ainda, sentir-se um corpo positivamente reforçado (Moraes, 1999; Skinner, 1953/1998).

² Prevenção Primária se refere aos esforços destinados a reduzir a prevalência de uma doença. Assim, enfoca os possíveis riscos e fatores de proteção, que podem influenciar o início de um quadro clínico na população.

³ A Prevenção Secundária se destina a reduzir a prevalência ou a severidade de uma desordem através de sua identificação e tratamento precoces.

⁴ A Prevenção Terciária visa minimizar as seqüelas de desordens ou de doenças já estabelecidas através de reabilitação.

Embora no Brasil, a atuação da psicologia nesses três níveis venha apresentando desenvolvimento crescente, não se observa investimento de carga horária compatível nos cursos de graduação em psicologia, para a formação de profissionais para atendimento dessa demanda. Segundo Miyazaki, Domingos, Valério, Santos e Rosa (2002), a maioria dos cursos de graduação em Psicologia ainda não desenvolve, em seus alunos, um repertório comportamental que lhes permita: atender às necessidades dos usuários do sistema de saúde, oferecer serviços efetivos de extensão à comunidade e realizar pesquisas que possibilitem o desenvolvimento da área. Segundo os autores (Miyazaki et al., 2002), a maioria dos trabalhos na área corresponde aos esforços de profissionais, que aprimoraram seus conhecimentos em cursos de mestrado ou doutorado.

Apesar das dificuldades na formação do profissional para atuar na área da saúde, pesquisadores da Psicologia vêm realizando cada vez mais estudos em um rol de especialidades médicas. Uma dessas áreas de investigação e de intervenção é a Odontopediatria. A Odontopediatria é a especialidade da Odontologia que se preocupa com os cuidados buco-dentários infantis, dedicando-se não só às práticas curativas, mas principalmente à prevenção. Esta especialidade surgiu em 1923, quando um grupo de dentistas americanos se propôs a estudar a odontologia infantil, mas oficializou-se apenas no ano de 1949 (Ring, 1998).

Nas décadas de trinta e quarenta, alguns ensinamentos, sobre o controle do comportamento infantil, foram introduzidos nas faculdades de Odontologia (Moraes, 1999). Todavia, naquele momento histórico, a maior preocupação não remetia ao bem-estar da criança e sim à viabilidade de realização dos procedimentos odontológicos, mediante o controle dos comportamentos opostos do paciente (Moraes, 1999).

Os profissionais da Odontologia, interessados no manejo⁵ do comportamento infantil, têm buscado subsídios junto à Psicologia, no intuito de definir um conjunto de estratégias para lidar com pacientes que apresentam dificuldades ao enfrentar um tratamento odontológico (Allen, Stanley & McPherson, 1990). Alguns autores (Pinkham, 1979; Tambellini, 2005) defendem que observar e analisar o comportamento da criança são atividades importantes para o odontopediatra. Consideram que uma interpretação acurada, do comportamento observado da criança, assegurará o sucesso da técnica de manejo utilizada.

⁵ *Manejo* pode ser definido como a interação contínua do odontopediatra com a criança no sentido de diminuir seu medo ou ansiedade e demonstrar-lhe tanto a importância de uma boa saúde bucal quanto o processo pelo qual ela é conseguida (Possobon, Moraes, Costa Júnior e Ambrosano, 2003).

A área da Psicologia que realiza estudos para a solução de problemas enfrentados na Odontologia, em especial na Odontopediatria, é denominada Odontologia Comportamental. Constitui um campo interdisciplinar que se interessa pelo desenvolvimento e pela integração de conhecimentos e de técnicas científicas relevantes à saúde bucal e a sua aplicação para a prevenção, para o tratamento e para a reabilitação de pacientes (Moraes, Possobon & Ortiz, 2000). Do ponto de vista analítico comportamental, pode-se considerar a Odontologia Comportamental como um corpo de conhecimentos útil à avaliação e à manipulação do repertório de comportamentos de pacientes, em especial de crianças, expostos a tratamentos odontológicos. O objetivo de suas pesquisas e de suas intervenções é contribuir para a promoção e a manutenção do estado geral de saúde do paciente odontológico e facilitar que este enfrente de forma eficiente as situações de tratamento dos transtornos bucais (Moraes & Pessoti, 1985).

Uma das principais dificuldades enfrentadas por odontopediatras, na qual a Odontologia Comportamental é chamada a intervir, diz respeito a crianças que não permitem a realização do procedimento odontológico. Estas crianças são denominadas na literatura sob o rótulo “não colaboradoras” ou “opositoras”, por apresentarem comportamentos, como, por exemplo: recusar-se a abrir a boca, levantar-se da cadeira odontológica, chorar, gritar, executar movimentos com o corpo ou com a cabeça e, ainda, chutar ou morder o odontopediatra. Tais comportamentos demandam a utilização de algumas estratégias específicas por parte do odontopediatra, as quais serão discutidas na próxima seção.

2 COMPORTAMENTOS OPOSITORES INFANTIS NO CONTEXTO ODONTOLÓGICO

As crianças opositoras correspondem a cerca de 25% da população infantil, que frequenta os consultórios odontológicos (Allen et al., 1990). Algumas conseqüências importantes do comportamento opositor da criança são o aumento na duração do tratamento (consultas mais longas ou mais idas ao consultório) e, muitas vezes, a não execução do procedimento odontológico da forma mais adequada, o que pode piorar sua condição bucal (Allen et al.). Para o profissional, o manejo de crianças opositoras pode demandar mais tempo para a conclusão do tratamento, o que onera os custos dos atendimentos, sobretudo quando se trata de órgãos públicos. Todos estes fatores justificam a necessidade de intervenção da Odontologia Comportamental nesta área.

Os principais achados das últimas décadas de pesquisas, nestas áreas, serão discutidos mais adiante. No momento, é importante destacar que, visando controlar a emissão de comportamentos opositores das crianças, durante a consulta odontológica, alguns profissionais adotam estratégias positivas para o manejo dos comportamentos infantis, como por exemplo: a) a modelação com uso de filme, que consiste na exposição da criança a um filme, no qual o paciente odontológico apresenta os comportamentos, que se espera, que a criança adquira por imitação (Melamed, Hawes, Heiby & Glick, 1975); b) o reforçamento de comportamentos adequados, no qual as respostas compatíveis com a execução do procedimento odontológico recebem elogios ou reforços arbitrários por parte do profissional, enquanto as queixas verbais, o choro ou a resistência física, por exemplo, são postos em extinção (Allen, Stark, Rigney, Nash & Stokes, 1988); c) a distração, caracterizada pela apresentação de estímulos incompatíveis com a situação odontológica, de modo que estes adquiram controle sobre o comportamento da criança, diminuindo a freqüência de comportamentos não-colaborativos (Stark et al., 1989); e d) a fuga contingente, que consiste em interromper o tratamento odontológico por alguns segundos, para que a criança descanse, após manifestações de colaboração (Allen, Loiben, Allen & Stanley, 1992).

Weinstein, Getz, Ratener e Domoto, (1982) e Weinstein (1986) também observaram que o fornecimento prévio de informação, o direcionamento da conduta e a compreensão das reações emocionais das crianças facilitam a aquisição e a manutenção de comportamentos cooperativos em relação ao tratamento, ao passo que diminuem as reações indicativas de medo, como chorar, gritar ou protestar.

Por outro lado, há odontopediatras que defendem o uso de estratégias aversivas como forma rápida e eficaz de se garantir a disciplina. Esta postura reflete uma preocupação centrada nos dentes do paciente, em conjunto com a crença de que uma outra abordagem poderia desviá-los de sua tarefa principal (Allen, et al., 1990; Moraes, 1999). Levy e Domoto (1979) ressaltam que tais técnicas contribuem para uma mudança de comportamento mais imediata, apesar de não facilitarem a aquisição de padrões cooperativos, por parte das crianças. Ademais, as estratégias aversivas, a longo prazo, acabam por prejudicar a relação profissional-paciente.

Possivelmente, tais considerações, juntamente com uma maior discussão na sociedade acerca dos aspectos éticos e legais, implicados na utilização de algumas estratégias aversivas, estejam contribuindo para a diminuição no seu emprego por parte dos odontopediatras. Na década de oitenta, a Academia Americana de Odontopediatria (1996) constatou, por meio de questionários, que 90 % dos odontopediatras utilizavam algum tipo de estratégia aversiva de controle do comportamento infantil. Nos anos noventa, uma pesquisa similar, realizada por Allen et al. (1990), verificou que esta porcentagem decresceu para 80%, e, ainda, que 70% desses profissionais estavam cientes dos aspectos éticos, legais e dos riscos para a saúde, associados a estas práticas. Apesar desta diminuição, as estratégias aversivas continuam a ser largamente empregadas. No entanto, não foram encontradas pesquisas destinadas a avaliar seus efeitos sobre o comportamento do odontopediatra e da criança, de modo que na seção seguinte, que relata as pesquisas em Odontologia Comportamental, não há apresentação de estudos com esses objetivos.

Moraes e Gil (1991) discutem a existência de situações nas quais a rebeldia da criança exige atitudes mais rígidas e até invasivas por parte do dentista, as quais abrangem, segundo a Academia Americana de Odontopediatria (1996), desde estratégias de persuasão até o uso de restrições físicas. Dentre as estratégias aversivas, empregadas pelos dentistas na tentativa de modificar o comportamento das crianças, estariam, por exemplo, o controle pela voz (Tambellini, 2005), a restrição física (Guedes-Pinto, Corrêa & Giglio, 1991), e a estratégia de mão sobre a boca (HOM- *hand over mounth*) (Kemp, 2005; Moraes, 1999).

Segundo Tambellini (2005), o controle pela voz caracteriza-se pela utilização de um estímulo aversivo, ou seja, de um tom de voz mais alto, quando o comportamento da criança começa a perturbar a condução do procedimento odontológico. A finalidade da estratégia é cessar tais comportamentos, antes que se tornem incontroláveis. O controle pela voz constitui a estratégia aversiva mais aceita pelos pais e profissionais de odontopediatria para o manejo do comportamento infantil (Pinkham & Paterson, 1985). Ainda

assim, é necessário explicar aos pais ou responsáveis que os objetivos, da técnica, são evitar a ocorrência dos comportamentos opostos da criança e obter seu consentimento (Kendrick, 1999).

Uma estratégia mais controversa de manejo do comportamento infantil é a restrição física. Esta técnica tem o objetivo de proteger e dar segurança para a criança, pois o dentista utiliza materiais cortantes, podendo causar dano físico no paciente em caso de movimentos rápidos e inesperados. Esta contenção dos movimentos infantis pode variar desde a colocação de abridor de boca, para impedir o fechamento da boca, até a imobilização realizada por pessoas, com auxílio ou não, de outros materiais como lençóis que mantenham a criança numa espécie de “pacote”⁶ (Josgrilberg & Cordeiro, 2005). Christiano e Russ (1998) alertam para o fato de este último procedimento expor a criança por muito mais tempo à estimulação aversiva, sem promover comportamentos de cooperação por parte da mesma.

Rolim, Moraes, César e Costa Júnior, (2004) e Guedes-Pinto et al. (1991) também afirmam que a adoção repetitiva da restrição física, além de não ser eficiente em obter uma gradativa cooperação da criança, exposta a tratamentos de saúde, submete-a por muito mais tempo à estimulação aversiva, proporcionando um aumento potencial da frequência de comportamentos opostos. Assim, recomenda-se que, mesmo quando seja necessário imobilizar a criança, dever-se-ia evitar a técnica do “pacote”, pedindo-se à mãe que segure as mãos da criança. Além disso, seria importante observar primeiro as reações da criança, para depois decidir a estratégia a ser adotada, evitando-se, assim, usar a força física no início do atendimento (Guedes-Pinto et al.).

No que se refere aos aspectos éticos e legais, atualmente a restrição física não pode ser utilizada sem o fornecimento prévio de informações sobre os riscos do manejo e sem a obtenção do consentimento por parte dos pais ou responsáveis pela criança. Além disso, as diretrizes da Academia Americana de Odontopediatria (1996) estabelecem que: a) a restrição física só pode ser utilizada quando for extremamente necessária; b) mesmo quando necessária, deve-se optar sempre pela alternativa menos restritiva possível; c) a restrição física não deve ser empregada como punição para o comportamento oposto da criança; d) não deve ser utilizada simplesmente para a conveniência dos odontopediatras; e e) os profissionais devem monitorá-la constantemente.

Finalmente, na estratégia de mão sobre a boca (HOM- *hand over mounth*), o odontopediatra coloca firmemente a mão sobre a boca da criança para diminuir seus gritos e

⁶ A técnica do “pacote” consiste na imobilização da criança da cabeça aos pés, enrolando-a com um lençol e fita crepe, de modo a permitir a execução do procedimento clínico.

choros, quando suas manifestações de birra e de rebeldia não permitem a realização do tratamento. Uma variação da técnica é a mão sobre a boca com restrição de ar (*HOMAR-hand over mounth with air restriction*) na qual, além de pôr uma das mãos sobre a boca da criança, o odontopediatra tampa o seu nariz por um período máximo de 15 segundos (Braham, Tsuchiya, Kurosu & Fukuta, 1994; Kemp, 2005; Moraes, 1999). Ao tampar a boca e o nariz da criança, espera-se que ela cesse suas manifestações comportamentais para poder respirar adequadamente (Kemp, 2005; Moraes, 1999). Deste modo, é possível que o odontopediatra fale com ela, indicando que retirará suas mãos assim que se calar. Quando isto ocorre, o profissional continua com o procedimento, como se nada tivesse acontecido (Braham, et al., 1994).

A técnica de mão sobre a boca é a mais debatida dentre as estratégias aversivas utilizadas em odontopediatria, tanto pela sociedade em geral quanto pelos próprios odontopediatras que argumentam que: “Tal técnica não pode ser popular para nenhum dentista que se importe com as crianças, e cujo objetivo seja influenciar atitudes positivas, e não apenas conduzir o tratamento” (Braham, et al., 1994 p. 39-40). Josgrilberg e Cordeiro (2005) também alertam que a técnica deve ser utilizada somente em última instância e sempre com o consentimento dos pais ou responsáveis.

Além das estratégias aversivas mencionadas acima, a utilização de coerção e a não consideração dos sentimentos da criança também poderiam potencializar a esquiva da mesma, no que se refere ao tratamento odontológico (Prins, Weerkamp, Horst, Jong & Tan, 1987; Weinstein et al., 1982). É preciso ainda considerar que nem sempre estas estratégias comportamentais - independentemente do fato de serem percebidas como aversivas ou não – mostram-se efetivas com todas as crianças, talvez por suas histórias anteriores de tratamentos odontológicos (Costa Júnior, 2001).

Além dessas estratégias comportamentais positivas e aversivas de manejo das crianças, em consultório odontológico, há ainda algumas técnicas alternativas, tais como a hipnose ou a utilização de substâncias farmacológicas, através das quais se busca reduzir a frequência dos comportamentos opostos das crianças no contexto odontológico ou, ainda, aumentar a frequência de seus comportamentos cooperativos. A hipnose consiste num estado de transe caracterizado por postura relaxada e por disposição em seguir as orientações recebidas que, segundo Lu (1994), em muito pode contribuir para o manejo da criança no consultório odontológico. Há uma variedade de pesquisas nesta área, contudo, elas não serão discutidas no presente trabalho, já que seus resultados carecem de comprovação científica. A

utilização de substâncias farmacológicas constitui um importante campo de pesquisa da Odontologia Comportamental, cujas contribuições serão discutidas na próxima seção.

Frente a essa diversidade de estratégias positivas, aversivas e alternativas de manejo do comportamento infantil, coexistem tanto os odontopediatras, que procuram expandir seus conhecimentos, como aqueles reticentes em aceitar procedimentos, que requerem investimento de tempo para aprender e implementar. Para produzir conhecimentos relevantes nesta área de manejo do comportamento infantil, durante a consulta odontológica, o analista do comportamento necessita identificar as variáveis contextuais presentes na aquisição e na manutenção dos comportamentos dos profissionais e das crianças, frente à situação odontológica (Meyer, 1997). É importante especificar quais estímulos, presentes no consultório odontológico, podem adquirir propriedades aversivas para algumas crianças e identificar formas eficazes e aceitáveis de manejo do comportamento infantil. Não se pode utilizar a denominação “aversivo” *a priori*, uma vez que “(...) diz-se que um estímulo é aversivo apenas quando sua remoção for reforçadora” (Skinner, 1953/1998 p.170).

Contudo, a frequência de comportamentos como recusar-se a abrir a boca, levantar-se da cadeira odontológica, chorar, gritar, executar movimentos com o corpo ou com a cabeça e, ainda, chutar ou morder o odontopediatra, justificam uma análise comportamental neste âmbito.

2.1 ANÁLISE COMPORTAMENTAL DOS COMPORTAMENTOS OPOSITORES DAS CRIANÇAS NO CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

A maior parte da literatura pesquisada no campo da odontopediatria e das áreas afins apresenta uma forte tradição dualista e mecanicista. Um exemplo desta tendência é considerar que os comportamentos problemáticos, apresentados por crianças durante a consulta ao dentista (os chamados comportamentos opositores, que inviabilizam ou dificultam a execução dos procedimentos odontológicos), sejam causados por estados internos, comumente descritos como “dor”, “ansiedade” ou “medo”.

Para Skinner (1953/1998), estas emoções constituem excelentes exemplos de causas fictícias do comportamento, que não fornecem nenhum auxílio de um ponto de vista prático. Assim, não basta dizer que o contexto odontológico se relaciona a respostas de “dor”,

“ansiedade” ou “medo”; é preciso descobrir como estas respostas foram induzidas e como podem ser alteradas.

O autor argumenta, ainda, que a menção a este segundo elo (os estados internos) não acarreta nenhuma contribuição, pois “um homem não negligencia seus negócios por causa da ansiedade ou da tristeza. Tal afirmação é, na melhor das hipóteses, meramente um modo de classificar um tipo particular de negligência. A única causa válida é a condição externa, da qual se demonstra que o comportamento de negligenciar, como parte de um padrão emocional conhecido como ansiedade ou tristeza, é uma função” (Skinner, 1953/1998 p.184-185).

Então, para o analista do comportamento as causas do comportamento não estão “dentro da pessoa” e sim na relação funcional de seu comportamento com o ambiente. As explicações causais são buscadas nas variáveis ambientais antecedentes e conseqüentes às respostas analisadas, de modo que “uma formulação adequada da interação entre o organismo e seu ambiente deve sempre especificar três coisas: (1) a ocasião em que a resposta ocorre, (2) a própria resposta, e (3) as conseqüências reforçadoras” (Skinner, 1950/1968 p.182).

A ocasião em que a resposta ocorre é denominada antecedente. A classe mais importante de antecedentes, do ponto de vista skinneriano, são os estímulos discriminativos. Um estímulo discriminativo corresponde àquele cuja presença aumenta a probabilidade de emissão de uma resposta ao sinalizar que, se essa resposta ocorrer, possivelmente será reforçada (Skinner, 1953/1998). No contexto odontológico, por exemplo, o fato do dentista posicionar a cadeira ou acender a luz aumenta a probabilidade de a criança abrir a boca, se esta for uma resposta elogiada pelo profissional.

Um outro tipo de variável ambiental são os conseqüentes que, ao ocorrerem após uma determinada resposta, também alteram sua probabilidade de emissão em situações semelhantes no futuro. Os conseqüentes que aumentam a probabilidade de ocorrência de uma resposta são denominados reforçadores. Reforçadores positivos são aqueles que, ao serem apresentados após a emissão de um comportamento, tornam a ocorrência, deste, mais provável (Skinner, 1953/1998). Assim, o fato do dentista elogiar ou premiar o comportamento cooperativo da criança, em relação ao procedimento odontológico, pode contribuir para que ela passe a emitir tais respostas em suas próximas consultas.

Os reforçadores negativos correspondem aos conseqüentes que, eliminados após a ocorrência de um dado comportamento, também aumentam a probabilidade de emissão de padrões semelhantes, em situações análogas futuras (Skinner, 1953/1998). Dessa forma, se as respostas de chorar ou gritar da criança são efetivas em cessar a realização do

procedimento odontológico, elas podem ser mantidas em seu repertório, de acordo com suas conseqüências. Quando esses comportamentos passam a não mais produzir tais conseqüências, tem-se a extinção, que consiste na diminuição da freqüência de uma resposta, anteriormente reforçada.

Há ainda um outro tipo de conseqüente denominado punitivo, cuja apresentação, após uma determinada resposta, diminui a probabilidade de ocorrência da mesma. Os estímulos punitivos também podem ser classificados em positivos e negativos. A punição positiva corresponde a um decréscimo na probabilidade de ocorrência de um comportamento, mediante a apresentação de um estímulo aversivo (Skinner, 1953/1998). Então, se as respostas opositoras das crianças, no contexto odontológico, são seguidas por restrição física ou críticas do dentista, provavelmente diminuirão de freqüência. No caso da punição negativa, esta redução na probabilidade de responder se deve à remoção de um estímulo apetitivo. Assim, outra forma de controlar a emissão de padrões opositores infantis seria através da retirada de um brinquedo, por exemplo.

Apesar de ser a técnica mais comum de controle do comportamento, é importante ressaltar que a punição, geralmente, acarreta apenas a supressão imediata do comportamento e evoca reflexos característicos de medo, de ansiedade e de outras emoções. Segundo Skinner (1953/1998 p.208), “(...) o efeito imediato do procedimento é suficientemente reforçador para explicar sua ocorrência. Todavia, a longo prazo a punição realmente não elimina o comportamento de um repertório e seus efeitos temporários são conseguidos com tremendo custo na redução da eficiência e felicidade geral de um grupo”.

Assim, as conseqüências da punição de suprimir as respostas opositoras das crianças, no contexto odontológico, aumentam a probabilidade de o dentista vir a utilizá-la em momentos posteriores. Para a criança, porém, a punição apenas reduz temporariamente e na presença do agente punidor, a probabilidade de ocorrência dessas respostas opositoras. Além disso, a punição acarreta importantes subprodutos emocionais.

Quando se fala em reforço ou punição deve-se lembrar que a identificação dos efeitos de um estímulo sobre o comportamento é realizada através da observação deste comportamento no futuro. Assim, só é possível dizer que um determinado estímulo funcionou como reforçador positivo, reforçador negativo, punidor positivo ou punidor negativo após se verificar seus efeitos, no que se refere ao aumento ou à redução da freqüência de emissão desses comportamentos (Sturmev, 1996).

Os conceitos acima justificam porque no presente trabalho não se considera que “medo”, “dor” ou “ansiedade” sejam causas dos comportamentos de oposição das

crianças. A análise é feita a partir da observação da interação da criança com os estímulos físicos ou sociais presentes na situação de tratamento. Assim, respostas como chorar, gritar, morder, chutar o odontopediatra, levantar da cadeira odontológica, movimentar o corpo e/ou a cabeça, ou fechar a boca podem ser respostas de fuga ou de esquiva dos estímulos aversivos presentes no contexto odontológico. Quando estes padrões de oposição se mostram efetivos, em cessar a estimulação aversiva presente, são mantidos por suas conseqüências, o que pode aumentar sua probabilidade de ocorrência em situações semelhantes no futuro (Cardoso & Loureiro, 2005; Costa Júnior, 2002).

Algumas vezes esses estímulos aversivos (que podem variar para cada criança⁷) são precedidos por outros estímulos e/ou situações no contexto odontológico. Assim, estes estímulos e/ou situações se tornam condicionados aos estímulos aversivos, de modo que sua presença evoca respostas eficazes em prevenir ou reduzir a magnitude do segundo estímulo (Skinner, 1953/1998). Por exemplo, uma criança que foi exposta a alguns procedimentos aversivos de manejo, pelo dentista, pode apresentar sudorese e tensionamento muscular ao entrar no consultório ou ainda, ao se preparar para ir ao mesmo. É possível que nestas situações a criança emita comportamentos que tenham como conseqüência evitar o contato com a estimulação aversiva, como, por exemplo, fazer birras, chorar ou recusar-se a abrir a boca.

Assim, verifica-se a necessidade de mais pesquisas, na área da Odontologia Comportamental, que visem o treinamento dos odontopediatras para lidar com essas diferentes respostas das crianças (Guimarães, 1999), ou nas palavras de Possobon, Moraes, Costa Júnior, e Ambrosano (2003 p. 60): é “(...) clara a necessidade de investigar as relações de contingência, explícitas ou não, da situação de atendimento odontológico e, como decorrência, propor estratégias para diminuir a ansiedade e promover a manutenção dos comportamentos colaboradores até o término do tratamento”.

Uma das contingências presentes no contexto odontológico e que afeta o comportamento das crianças são as estratégias utilizadas pelo odontopediatra. Assim, é importante também que se realizem pesquisas no intuito de compreender alguns dos motivos implicados na adoção de estratégias adequadas ou inadequadas de manejo do comportamento infantil.

⁷ Os eventos ambientais, considerados aversivos, dependem da relação entre o comportamento da criança e o contexto. Assim, há pacientes para os quais a escovação pode ser extremamente aversiva e outros que se submetem a procedimentos de emergência sem protestar.

Este não será um tema abordado diretamente por esta pesquisa. No entanto, ressalta-se que algumas das variáveis, que afetam o comportamento do dentista são: a relação com a equipe de trabalho, as pressões econômicas e financeiras, a questão do tempo, as próprias demandas do trabalho, o manejo de pacientes ansiosos e pouco cooperativos, uma possível culpa por infringir dor, a limitação visual do campo operatório, os barulhos do equipamento, a exposição à radiação e a doenças, os efeitos do trabalho prolongado em determinada posição física, a repetição do trabalho e a competição profissional, aliados ao fato de se passar o dia todo confinado no consultório (Seger, 2001). Além disso, muitos odontopediatras atualmente são mulheres - talvez até pela concepção popular de que o manejo de crianças demanda empatia, cuidado e carinho, qualidades supostamente mais presentes em mulheres do que em homens (Peretz, Glaicher & Ram, 2003) - as quais acabam desempenhando além do papel profissional, também o de mãe e de esposa, criando uma série de conflitos e expectativas (Seger, 2001).

O trato com pacientes infantis requer ainda: o conhecimento das características de cada criança; uma dose maior de paciência; muita atenção para avaliar o repertório comportamental infantil; a realização de um trabalho também com os pais ou responsáveis; e por fim, uma adequação da linguagem, tornando-a acessível ao nível de compreensão das crianças (Moraes, Sanchez, Possobon, & Costa Júnior, 2004a; Seger, 2001). Assim, a necessidade de se desenvolver tais habilidades nos odontopediatras é um dos motivos que norteia a realização de pesquisas em Odontologia Comportamental.

3 PESQUISAS EM ODONTOLOGIA COMPORTAMENTAL

Pode-se distinguir as pesquisas em Odontologia Comportamental de acordo com cinco linhas que, de maneira geral, objetivam garantir aos odontopediatras uma maior compreensão acerca do comportamento infantil, durante a consulta odontológica, bem como, desenvolver habilidades para que estes profissionais possam lidar com o mesmo. A primeira destas linhas de pesquisa busca identificar variáveis relacionadas às reações emocionais, apresentadas pelas crianças no contexto odontológico. Estas pesquisas têm em comum a utilização de escalas e de questionários. A segunda linha caracteriza-se por estudos que visam controlar os comportamentos opostos infantis, mediante a utilização de medicação sedativa. A terceira linha de pesquisa, em Odontologia Comportamental, objetiva testar o efeito de algumas estratégias comportamentais, combinadas ou não à administração de substâncias farmacológicas, na redução da frequência das respostas opositoras das crianças e no aumento da frequência das respostas cooperativas, durante a realização do tratamento odontológico. Na quarta linha de pesquisa, têm sido desenvolvidos estudos dedicados a analisar funcionalmente a interação do odontopediatra com as crianças. Por fim, a quinta linha de pesquisa avalia os efeitos da participação dos pais da criança, durante o atendimento odontológico ou no desenvolvimento de medidas preventivas em casa, sobre o comportamento infantil. A seguir serão relatados os estudos e os resultados de algumas das principais pesquisas, conduzidas em cada uma destas linhas.

A partir da década de trinta, iniciaram-se estudos destinados a avaliar as reações emocionais das crianças à prática odontológica. Trabalhos com esses objetivos ainda são realizados atualmente e partem da racional de que o medo, a dor ou a ansiedade das crianças são as causas de seus comportamentos opostos. Neste sentido, as escalas investigariam aspectos relacionados aos comportamentos problemáticos infantis, no contexto odontológico, correlacionando-os a diferentes faixas etárias, gênero, etnia e grupos sociais (Tambellini, 2005).

Um importante exemplo de pesquisa com esse objetivo é o realizado por Milgrom, Mancl, King e Weinstein (1995) que buscaram investigar a prevalência e as origens (exposição direta à situação, modelação ou informações ameaçadoras) do medo de dentista em uma amostra de 895 crianças norte-americanas, na faixa etária de cinco a 11 anos. Os autores avaliaram o medo de dentista mediante a *Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule* (Cuthbert & Melamed, 1982). Esta escala consiste de 15 itens que abrangem

diferentes aspectos da situação odontológica, como, por exemplo: “injeção” ou “ter de abrir a boca”. Para cada item há cinco possíveis alternativas de resposta a serem escolhidas pelas crianças e que variam desde “nenhum medo” (um ponto) até “muito medo” (cinco pontos). Quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de ansiedade, no que se refere ao ambiente odontológico.

Os aspectos referentes às origens do medo infantil, de dentista, foram mensurados nesta pesquisa (Milgrom et al., 1995), da seguinte forma: a) exposição direta à situação: avaliou-se a condição bucal de cada criança, considerando-se que, quanto maior o número de cáries, maior seria, provavelmente, a experiência infantil com tratamentos dentários emergenciais. Além disso, as mães das crianças foram questionadas sobre a saúde bucal de seus filhos, sobre a quantidade de visitas ao odontopediatra no último ano e sobre a data da última visita; b) modelação: o medo materno de dentista foi mensurado pela *Dental Fear Survey* (uma versão adulta da *Dental Subscale of Children’s Fear Survey Schedule*). Avaliou-se ainda a condição bucal das mães, mediante uma escala que variava de excelente (um ponto) até pobre (cinco pontos), também considerando que quanto pior esta condição bucal, maior a probabilidade de experiências traumáticas com dentistas; e c) informações ameaçadoras: como a pesquisa se realizou com crianças de uma mesma comunidade, considerou-se que o acesso às informações veiculadas pelos meios de comunicação sobre o ambiente odontológico fossem semelhantes. Deste modo, a variável foi considerada constante no grupo e por isso não acessada diretamente.

Como resultado, a correlação estatística entre todos os questionários e as escalas utilizados demonstrou que os maiores medos das crianças norte-americanas em situação odontológica eram: “ter um estranho lhe tocando”, “injeção” ou “não conseguir respirar”. Além disso, a variável mais fortemente relacionada a estes medos foi a exposição direta à situação odontológica. Também foi constatado que crianças, cujas mães apresentavam medo de dentista, mostraram-se duas vezes mais temerosas e que meninas demonstravam mais medo que meninos, segundo os autores (Milgrom et al., 1995), por características, possivelmente, da educação que recebem.

Este estudo realizado por Milgrom et al. (1995) demonstrou preocupação com a validade das escalas utilizadas e com o tamanho da amostra investigada. Além disso, obteve seus dados através de mais de um informante (mãe e criança), o que se considera bastante adequado no sentido de não enviesar os resultados, principalmente quando a pesquisa é realizada com crianças pequenas.

Por outro lado, como qualquer estudo correlacional, não elimina a influência de terceiras variáveis. Os pesquisadores apenas supõem que, por se tratarem de crianças de uma mesma comunidade, todas elas tenham acesso a informações semelhantes sobre o contexto odontológico. No entanto, ao não mensurarem diretamente estes aspectos, podem estar negligenciando alguns fatores importantes, relacionados aos resultados de seu trabalho. Além disso, não é possível determinar na pesquisa a direção da causa e do efeito. Assim, os autores devem tomar cuidado ao afirmar que uma condição bucal precária leve a pessoa a uma maior quantidade de experiências traumáticas no consultório odontológico e conseqüentemente, ao medo de dentista, pois o estudo é correlacional e não possibilita dizer se há relação causal entre as variáveis.

Apesar destas limitações metodológicas, o trabalho realizado por Milgrom et al. (1995) traz uma importante contribuição para a odontopediatria ao relacionar os comportamentos infantis a algumas variáveis presentes em seu contexto, tais como a exposição direta à situação, o modelo fornecido pelos pais ou as informações veiculadas pelos meios de comunicação. E esse olhar dirigido para as contingências ambientais abre a possibilidade de uma intervenção nas mesmas, representando uma alternativa às visões tradicionais de que o medo ou a ansiedade estejam na criança.

Outro trabalho com o objetivo de avaliar reações emocionais das crianças à prática odontológica, utilizando escalas, foi realizado por Townend, Dimigen e Fung (2000) com 60 crianças na Inglaterra. Estas crianças foram divididas em dois grupos (sete a dez anos e 11 a 14 anos). Cada grupo foi subdividido em dois subgrupos, um de crianças ansiosas e outro de crianças não ansiosas. A distribuição das crianças entre os subgrupos ansiosas e não ansiosas, diferentemente do estudo anterior, baseou-se na observação do comportamento destas crianças em sua primeira consulta. O objetivo dos autores foi realizar um estudo no qual diversos fatores etiológicos do comportamento ansioso (exposição direta à situação; modelação ou informações ameaçadoras) fossem analisados em conjunto e não de modo fragmentado como eram considerados até então. Além disso, Townend et al. (2000) inovaram ao estabelecer que o nível de ansiedade da criança fosse determinado pelo próprio dentista que a atendia.

Os dados dessa pesquisa (Townend et al., 2000) foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com os pais e com as crianças e por observações diretas do comportamento materno durante as consultas. Antes dos atendimentos, os pesquisadores avaliaram: a) a ansiedade das mães em relação ao tratamento dentário através da *Dental Anxiety Scale* (Corah, 1969); b) a ansiedade das crianças, mediante uma versão pictográfica

da *Dental Anxiety Scale*⁸ (Corah, 1969); c) a impressão da criança sobre o dentista: elas deveriam escolher, em uma escala likert de cinco pontos, entre as alternativas de resposta que variavam desde “muito insensível às necessidades da criança” (cinco pontos) até “muito sensível às necessidades da criança” (um ponto); d) o conhecimento da criança no que se referia a informações ameaçadoras, sobre o contexto odontológico, acessado através de perguntas sobre a discussão desses assuntos na escola ou a convivência com pessoas, que tenham medo de dentista, por exemplo; e e) a estimativa da criança sobre o medo de dentista de seus pais, mensurada através de uma escala pictográfica visual de dez pontos, na qual um extremo correspondia a “muito preocupado” e o outro a “nenhum pouco preocupado”.

Outros dados foram coletados durante os atendimentos. Observou-se e categorizou-se o comportamento da mãe em relação à criança de acordo com sete dimensões: movimentar; ignorar; comentar empaticamente; ter atitude empática; mostrar bom-humor; informar a criança; e informar o dentista. Após as consultas, os pais respondiam um questionário sobre as experiências anteriores de seus filhos com o tratamento odontológico. Neste momento, ainda, o dentista registrava informações sobre o nível de ansiedade das crianças durante o atendimento e sobre sua condição dentária (Townend et al., 2000).

A correlação estatística, entre as diversas variáveis acessadas, demonstrou que o processo mais fortemente associado ao medo de dentista foi a exposição direta ao contexto odontológico, seguido da modelação. As informações recebidas pelos meios de comunicação desempenharam um papel minoritário (Townend et al., 2000). Também se verificou que as crianças com pior condição dentária correspondiam àquelas com maior número de experiências traumáticas no contexto odontológico e às mais ansiosas em relação a este ambiente. Ainda sobre o grupo de crianças ansiosas, contatou-se que tendiam a considerar seu dentista como “menos sensível” as suas necessidades e que suas mães também se mostraram mais agitadas durante a consulta dos filhos (Townend et al., 2000).

Uma análise da pesquisa indica que Townend et al. (2000) preocuparam-se em adaptar as escalas ao nível de compreensão infantil. Além disso, utilizaram diferentes informantes e também observaram o comportamento das crianças e das suas mães durante o atendimento odontológico. Mas, ainda assim, a pesquisa apresenta os mesmos problemas apontados acima para os estudos correlacionais e que remetem à interferência de terceiras variáveis e à direção da causa e efeito. Sobre este último aspecto, no entanto, os autores fazem

⁸ Esta escala é composta por quatro questões simples, como, por exemplo: “Como você se sentiria se tivesse que ir ao dentista amanhã?”, para as quais são oferecidas cinco alternativas cujos significados correspondem à “nenhuma ansiedade” (um ponto) até “ansiedade extrema” (cinco pontos). Quanto maior a pontuação obtida, maior a ansiedade em relação ao contexto odontológico.

uma ressalva importante, alertando que talvez a condição bucal precária seja mais um índice referente à esquivia do tratamento, do que de experiência na situação odontológica.

Ao se referir às contribuições dessas pesquisas para a prática clínica em odontopediatria, verifica-se que os achados de Townend et al. (2000) corroboram os resultados de Milgrom et al. (1995) de que o medo infantil de dentista seja aprendido por meio da modelagem e da modelação. Outra constatação importante do estudo (Townend et al.) é a de que as crianças consideradas mais medrosas também avaliam seu dentista como menos sensível. Os autores não discutem detalhadamente tal resultado, no entanto, na perspectiva da análise do comportamento este fato poderia ser explicado ao se considerar que provavelmente a pessoa do dentista foi emparelhada aos procedimentos odontológicos aversivos, aos quais as crianças foram submetidas. Desse modo, ao se tornar um estímulo aversivo condicionado, o odontopediatra passaria a evocar na criança as mesmas tentativas de fuga e de esquivia.

No Brasil, também, se verifica o desenvolvimento de pesquisas que visam avaliar as reações emocionais infantis, ao contexto odontológico, através da utilização de escalas e de questionários. Tais instrumentos são empregados na tentativa de correlacionar estas reações emocionais tanto com aspectos mais subjetivos, como o controle percebido estudado na pesquisa de Singh, Moraes e Ambrosano (2000), quanto com as variáveis contextuais relacionadas ao medo de dentista, conforme se observa no trabalho de Moraes Ambrosano, Possobon e Costa Júnior (2004b) relatado a seguir.

Singh et al. (2000) realizaram, por meio de três questionários, um estudo com 364 crianças brasileiras na faixa etária entre sete e 13 anos, cujo objetivo foi avaliar medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. O primeiro instrumento, adaptado da *Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule*, destinava-se a avaliar o medo infantil do contexto odontológico e de outras situações da vida cotidiana. O segundo instrumento utilizado foi traduzido e adaptado do *State Trait Anxiety Inventory for Children* (Spielberger, 1973). Continha 20 itens relacionados às situações potencialmente aversivas para as crianças, como, por exemplo: “eu me preocupo com meus pais” ou “eu me preocupo com as coisas que podem acontecer”. Para cada item havia três alternativas de resposta: “quase nunca” (um ponto), “às vezes” (dois pontos) e “freqüentemente” (três pontos). Quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de ansiedade da criança. Por fim, o terceiro instrumento utilizado foi o *Child Dental Control Assessment* (Weinstein, 1996). O instrumento é composto de 40 afirmações, sendo 20 delas relativas ao controle percebido pela criança durante sua última sessão de tratamento odontológico, como, por exemplo: “na última

sessão o dentista me disse que tudo daria certo”. As outras 20 afirmações do instrumento abrangem aquilo que a criança deseja que aconteça em sua próxima consulta, ou seja, o controle desejado: “na próxima sessão eu quero que o dentista responda a todas as minhas perguntas”. Os autores (Singh et al.) não mencionaram como este último instrumento foi pontuado de modo a se obter os resultados da pesquisa.

No que se refere aos resultados obtidos, Singh et al. (2000) verificaram que as meninas obtiveram maior escore de medo e de ansiedade em relação ao contexto odontológico do que os meninos. Além disso, independentemente do gênero, as crianças mais velhas (11 a 13 anos) mostraram-se mais temerosas do que as mais novas (sete a nove anos). Com relação à variável controle, constatou-se ainda que as crianças mais novas demonstraram maior controle percebido e maior controle desejado do que as crianças mais velhas. Por estes motivos, Singh et al. acreditam que a falta de controle sobre a situação odontológica seja um fator intimamente relacionado ao medo e à ansiedade no tratamento odontológico, explicando, em parte, o porquê de as crianças mais velhas serem mais temerosas.

Esse trabalho (Singh et al., 2000) trouxe contribuições no que se refere à compreensão do medo e da ansiedade relacionados ao contexto odontológico, ao evidenciar que a falta de controle da situação pode ser uma importante variável a ser considerada. Uma de suas fraquezas, no entanto, é basear-se exclusivamente em escalas e em questionários respondidos pelas próprias crianças. Além disso, de acordo com as próprias características metodológicas da pesquisa, os autores deveriam ter mais cautela ao afirmar que a falta de controle é um fator predisponente do medo, uma vez que o estudo é correlacional e não permite estabelecer a direção da causa e do efeito.

Outro aspecto que merece consideração é o fato dos autores (Singh et al., 2000) tratarem a falta de controle como uma variável mediacional, resultando em uma cadeia em que a falta de controle na situação odontológica causa o medo da criança e em que o medo causa os comportamentos opostos infantis. Mas, ainda assim, a pesquisa permite lidar com estas variáveis, pois os próprios instrumentos utilizados evidenciam que as origens da falta de controle estão, em grande parte, no ambiente odontológico, ou seja, na forma como o dentista trata a criança.

Um segundo exemplo de pesquisa brasileira, destinada a avaliar as reações emocionais infantis ao contexto odontológico, através de escalas, foi aquela realizada por Moraes et al. (2004b). Este estudo investigou as principais fontes ambientais de medo, inclusive do medo de dentista, em 549 crianças de seis a dez anos, utilizando uma versão adaptada da *Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule*. Essa adaptação

correspondeu à seleção, por um psicólogo e por um dentista, dos 50 itens que pareciam mais apropriados às crianças brasileiras. Para cada item, a criança deveria escolher uma entre as possíveis alternativas de resposta, que variavam de “nenhum medo” (um ponto) até “muito medo” (cinco pontos). Para facilitar o preenchimento da escala, pelas crianças, cada alternativa de resposta foi representada por um desenho do rosto humano com diferentes expressões faciais. As crianças foram divididas em três grupos: G1 - crianças de escola particular; G2 - crianças de escola pública; e G3 - crianças de escola pública, que foram avaliadas durante tratamento odontológico.

De maneira oposta a Singh et al. (2000), os autores (Moraes et al., 2004b) não constataram nenhuma correlação entre a intensidade do medo, mensurada pelo instrumento, e a idade das crianças ou a data de sua última visita ao dentista. Verificou-se que alguns dos elementos associados ao contexto odontológico, tais como “injeção”, “ter um estranho me tocando”, “visão de sangue” ou “não conseguir respirar” estariam entre os dez medos mais frequentes destas crianças. Não foram verificadas diferenças significativas entre os resultados apresentados pelas crianças do grupo G1 e G2. As crianças do grupo G3 demonstraram um índice mais elevado de medo, quando comparadas àquelas que não foram avaliadas durante o tratamento odontológico.

Um aspecto importante do trabalho realizado por Moraes et al. (2004b) foi a análise das respostas infantis no interior ou não, do contexto odontológico. Geralmente, estes tipos de estudos aplicam as escalas durante as consultas infantis, de modo que a proximidade com este contexto pode contribuir para aumentar a aversividade do mesmo, conforme se observou nesta pesquisa. Outros pontos positivos foram o tamanho da amostra utilizada e a adaptação das escalas aos aspectos sócio-culturais e ao nível de compreensão das crianças brasileiras.

Entretanto, talvez, os próprios objetivos da pesquisa possam ter enviesado essa adaptação e favorecido a seleção de itens relacionados ao contexto odontológico. Assim, é possível que as situações, sobre as quais as crianças foram questionadas, contenham muito mais elementos associados ao medo de dentista do que a quaisquer outros medos. Merece destaque, ainda, a fragilidade dos resultados obtidos mediante uma única escala aplicada a um informante.

Muitos outros pesquisadores (Bernstein, Kleinknecht & Alexander, 1979; Gonçalves, Sagretti & Borges, 1993; Klingberg, Berggren, Carlsson & Noren, 1995; entre outros) dedicaram-se à análise de questões relativas ao medo infantil. O método utilizado e os resultados obtidos são semelhantes aos das pesquisas descritas acima. Esses estudos, com

base em escalas, sugerem que o contexto odontológico se relacione às reações de medo das crianças e que este parece ser em grande parte aprendido, principalmente, pela exposição direta à situação e pela modelação. Contudo, a forma como os dados foram coletados pode afetar as conclusões obtidas. Essas escalas não estabelecem uma faixa etária específica de aplicação, de modo que não é possível saber se as crianças compreendem adequadamente o conteúdo das perguntas a que estão respondendo. E ainda que compreendam, não se pode negligenciar uma outra dificuldade destas crianças, que consiste em identificar o próprio comportamento e quantificá-lo de modo a responder adequadamente a essas escalas e questionários.

Além disso, pode haver alguma outra variável não acessada, que tenha influência tanto sobre o comportamento materno quanto infantil, em vez de o comportamento da mãe ter função causal sobre o da criança. Por fim, essas escalas e questionários ainda não permitem vislumbrar outros aspectos presentes no contexto odontológico, como, por exemplo, a própria postura do odontopediatra.

Contudo, tão importante quanto compreender os aspectos relacionados ao medo infantil de dentista, é também intervir na tentativa de controlar os comportamentos infantis, de modo a viabilizar a condução do tratamento odontológico. Assim, uma outra linha de pesquisa avalia os efeitos de diferentes medicações sedativas, na redução da frequência dos comportamentos opostos da criança, durante suas visitas ao dentista. A concepção que perpassa estas pesquisas farmacológicas é a de que o comportamento da criança é que constitui o problema no consultório odontológico, de modo que é preciso intervir apenas nos mesmos.

Um exemplo de estudo utilizando medicação sedativa foi realizado por Nazif (1971) que testou o efeito de dois tipos de medicações pré-anestésicas (Thioridazine e Secobarbital Sódico), comparando-os com a administração de placebo. Para isto, 24 crianças, na faixa etária de três a seis anos, foram aleatoriamente distribuídas em três grupos, sendo que em cada um deles as substâncias foram aplicadas em primeiro, segundo ou terceiro lugares. O comportamento de cada criança foi avaliado três vezes, durante 15 minutos, em cada situação: anestesia, preparo cavitário e escultura. Para a avaliação do comportamento infantil, foi utilizada uma escala de quatro pontos, na qual se classificava o grau de cooperação como excelente, bom, médio ou pobre. Os resultados obtidos não demonstraram diferenças significativas na comparação dos efeitos das duas drogas, mas evidenciaram que estas foram mais efetivas do que o placebo, no controle do comportamento das crianças. No entanto, estas

drogas apresentam maiores riscos de morte e de complicações cardiorespiratórias do que algumas outras utilizadas em odontopediatria.

Uma crítica a esse estudo é que uma avaliação global do comportamento da criança, como excelente, bom, médio ou pobre, não descreve as respostas infantis que são de interesse para o odontopediatra, como, por exemplo, o choro, os gritos ou as tentativas de fuga e de esquivar. Esta limitação procurou ser superada por um estudo farmacológico mais recente (Raadal et al., 1999) que empregou uma categorização detalhada do comportamento do odontopediatra e da criança, objetivando comparar os efeitos do Triazolam e do placebo na redução dos comportamentos opostos infantis. Cinquenta e quatro crianças entre três e cinco anos (independente de histórico de não-cooperação) foram divididas, aleatoriamente, em dois grupos, sendo que um deles recebia 0,03mg/kg de Triazolam e o outro a mesma dose de placebo, 30 minutos antes do tratamento odontológico. Todos os participantes (crianças, pais e odontopediatras) eram cegos em relação ao grupo que havia ingerido droga ou placebo. As sessões de ambos os grupos foram gravadas em vídeo e os comportamentos dos odontopediatras e das crianças foram categorizados por um observador neutro. As categorias infantis utilizadas foram: 1) movimento: movimentos que interferissem no tratamento ou quando a criança lutava contra a restrição física; 2) aflição verbal: chorar, lamentar-se, gritar ou protestar; e 3) aflição não-verbal: expressões faciais aflitivas ou manifestações corporais de aflição (posição fetal). As categorias utilizadas para o comportamento do odontopediatra foram: 1) utilização de técnicas de manejo do comportamento infantil; 2) emprego da restrição física; ou 3) nenhuma das anteriores. As alternativas de resposta para cada categoria do odontopediatra e da criança eram: presente, ausente ou não observável. O tempo total de cada um destes comportamentos do odontopediatra e das crianças e sua porcentagem com relação à duração do procedimento também foram registrados.

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no tempo total ou na porcentagem de tempo em que os sujeitos dos dois grupos emitiram comportamentos opostos (movimentos, aflição verbal ou aflição não-verbal). Isto demonstra que o Triazolam não foi mais efetivo que o placebo no controle do comportamento das crianças. A única diferença encontrada foi referente à utilização de técnicas de manejo do comportamento infantil pelo odontopediatra. A porcentagem de tempo destinada ao manejo do comportamento infantil foi menor para o grupo que recebeu a droga. Conseqüentemente, os atendimentos deste grupo foram mais rápidos, já que o odontopediatra gastou menos tempo em tentativas de convencer as crianças a cooperarem (Raadal et al., 1999).

Lima, Costa e Costa (2003) também realizaram um ensaio clínico controlado, cruzado e duplo-cego, cujo objetivo foi comparar o efeito sedativo da administração oral de uma outra droga, o Midazolam associado ou não, à Hidroxizina. Para isto, realizaram 37 sessões com 11 crianças menores de cinco anos e com histórico de não-cooperação com relação ao procedimento odontológico. A primeira sessão com cada criança consistiu de um exame clínico, durante o qual não era administrado nenhum tipo de medicamento, servindo desta forma como linha de base. Posteriormente, as crianças foram divididas randomicamente em três grupos: P (Placebo), M (Midazolam 1,0 mg/kg) ou MH (Midazolam 0,75 mg/kg e Hidroxizina 2,0 mg/kg). O número de sessões subseqüentes com cada criança dependeu do procedimento odontológico realizado. Trinta minutos antes de cada atendimento a droga ou o placebo eram administrados oralmente. A cada 15 minutos de atendimento os sinais vitais das crianças (pressão arterial, frequência respiratória, pulso e saturação de oxigênio) e seus parâmetros comportamentais, tais como: consciência (acordado, sonolento, adormecido), choro (histérico, contínuo, intermitente, sem choro), movimento (violento, contínuo, controlável) e comportamento global eram registrados por um observador neutro.

Verificou-se que os três grupos não diferiram quanto aos sinais vitais, que se mantiveram dentro de valores aceitáveis. O grupo M apresentou uma frequência menor de choro e de movimentos motores apenas nos 15 minutos iniciais do tratamento. O grupo MH apresentou maior sonolência apenas no início das sessões. Assim, constata-se que a utilização de drogas foi eficaz em controlar os comportamentos das crianças somente durante a primeira parte dos atendimentos, na qual são realizadas intervenções odontológicas como a escovação ou aplicação de flúor.

Os resultados destas pesquisas farmacológicas evidenciam, em geral, um aumento do estado de sonolência da criança, facilitando seu manejo pelo odontopediatra, e conseqüentemente, diminuindo o tempo de duração dos atendimentos. Apesar de a medicação ser útil em diminuir a intensidade das respostas opositoras das crianças, não acarretou diferença significativa na frequência desses comportamentos problemáticos infantis. A utilização de fármacos também não possibilitou a aquisição de padrões cooperativos por parte das crianças.

De acordo com esses resultados limitados, verifica-se que ainda não foi possível encontrar nenhum fármaco, quer de modo isolado ou combinado, que produza os efeitos ideais e garanta a segurança necessária para o atendimento odontopediátrico. A droga que apresenta as melhores vantagens atualmente é o Midazolam, dada a sua relativa

efetividade, seu curto tempo de ação, permitindo que a criança se restabeleça logo após terminar o procedimento odontológico, e sua segurança, já que não foram ainda relatados casos de morte em odontopediatria após o uso deste medicamento. No entanto, este agente sedativo é bastante caro, quando comparado com outras drogas.

Apesar do custo, este deve ser um dos fármacos de escolha, para o manejo da criança no consultório odontológico, quando se leva em conta os riscos que o uso de medicação oferece à sua saúde. Nos Estados Unidos registrou-se, até o ano de 2001, a morte de pelo menos 12 crianças relacionadas à sedação em odontologia, outros 15 casos sofreram sérias complicações de anestesia, resultando em convulsões e paradas cardíacas (Regatieri, 2005). Assim, verifica-se a necessidade de estratégias que permitam lidar com o comportamento infantil, no consultório odontológico, de uma maneira mais eficiente e segura.

A terceira linha de pesquisa em Odontologia Comportamental objetiva testar o efeito de algumas estratégias comportamentais, combinadas ou não, à administração de substâncias farmacológicas, na redução da frequência das respostas opositoras das crianças e no aumento da frequência das respostas cooperativas, durante a realização do tratamento odontológico.

Uma das primeiras pesquisas, empregando procedimentos de mudança comportamental em situação odontológica, foi a realizada por Melamed et al. (1975). Seu objetivo foi reduzir a frequência de comportamentos opositores das crianças durante o atendimento odontológico. Dezesseis crianças, na faixa etária entre cinco e 11 anos de idade, foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos (modelação com uso de filme ou controle) de oito participantes com características sócio-econômicas semelhantes. Durante uma primeira visita ao odontopediatra, a frequência dos comportamentos opositores, de ambos os grupos, foi registrada em termos de categorias de respostas, tais como: chorar, recusar-se a abrir a boca, chutar, queixar-se verbalmente ou demonstrar uma postura rígida.

Na segunda sessão, antes da realização do procedimento odontológico, as crianças assistiram a um vídeo de 13 minutos, cujo conteúdo, para o grupo experimental, remetia às experiências de uma criança negra de quatro anos, inicialmente tensa, frente ao tratamento dentário oferecido por um dentista sensível e amigável. No decorrer do filme, esta criança tinha suas respostas de colaboração verbalmente reforçadas, demonstrava-se progressivamente mais relaxada e, ainda, recebia um brinquedo ao final de todo o procedimento (Melamed et al., 1975).

O grupo controle também assistiu a um vídeo de 13 minutos, no qual a mesma criança se engajava em atividades não relacionadas ao contexto odontológico. Após

estes filmes, ambos os grupos foram submetidos ao tratamento dentário e tiveram seus comportamentos novamente registrados, mediante a mesma categorização. Assim, observou-se que as crianças que assistiram ao modelo, cooperando com a realização do procedimento, também demonstraram maior frequência de respostas de colaboração, bem como, menor frequência de comportamentos opostos durante esta segunda sessão (Melamed et al., 1975).

Além de fornecer modelos para aumentar a probabilidade de emissão dos comportamentos adequados das crianças no contexto odontológico, seria também importante reforçar a sua ocorrência. Baseando-se nesta perspectiva, Allen et al. (1988) utilizaram o reforçamento dos comportamentos adequados da criança, como estratégia para ensinar comportamentos cooperativos a dois meninos, com cerca de três anos de idade com histórico de não-colaboração.

O procedimento utilizado foi o de linha de base múltipla entre sujeitos. Durante a linha de base as crianças receberam brinquedos e balões após suas consultas odontológicas, independentemente de seu comportamento. Iniciando-se a intervenção, os meninos foram convidados a tornarem-se “grandes ajudantes” de seus dentistas, através da emissão de comportamentos como se posicionarem adequadamente na cadeira odontológica e permanecerem quietos. Ao emitirem estes comportamentos, as crianças recebiam elogios e adesivos, que eram colados em um cartão preso à luz da cadeira odontológica. Quando o cartão estava completo, ele era dado à criança e um outro era colocado em seu lugar. Após a consulta odontológica, permitia-se que a criança escolhesse um brinquedo, caso a frequência de seus comportamentos cooperativos fosse 15% maior em relação à sessão de linha de base. Se a criança não atingisse este critério, até mesmo seu cartão com adesivos era retido, com a informação de que poderia retirá-lo na semana seguinte, quando teria uma nova chance de se tornar um “grande ajudante” (Allen et al., 1988).

Como resultado, observou-se que os comportamentos opostos dessas crianças, tais como movimentos de cabeça e/ou de corpo, chorar ou reclamar diminuíram de uma porcentagem de 95% do tempo de execução do procedimento odontológico, para cerca de 70% deste mesmo período. Concomitantemente, observou-se aumento na porcentagem de tempo em que as crianças exibiram comportamentos cooperativos.

Importante ressaltar que o que os autores (Allen et al., 1988) denominam cooperação, neste estudo, corresponde na verdade à submissão aos procedimentos odontológicos e não a uma postura ativa, em que a criança realmente participe de seu tratamento. Assim, apesar de muito importante no momento histórico em que foi realizada e de utilizar um dos delineamentos mais confiáveis, sugere-se alguns ajustes ao se replicar esse

estudo, já que: “uma abordagem que enfatize a cooperação e a responsabilidade, não só a conformidade pode trazer muito mais benefícios ao indivíduo e à sociedade” (Roberts, 1995 p. 40).

Ainda assim, uma grande contribuição da pesquisa de Allen et al. (1988) foi a tentativa de utilizar alguns reforçadores para o comportamento infantil, tais como elogios, adesivos ou brinquedos. Tais estímulos, além de poderem aumentar a probabilidade de ocorrência de alguns comportamentos infantis, durante o atendimento odontológico, também podem contribuir para melhorar a relação da criança com este contexto.

Stark et al. (1989) também realizaram uma pesquisa na tentativa de tornar o contexto odontológico menos aversivo para a criança, ao emparelhá-lo a atividades prazerosas para ela. Para isto, utilizaram a distração no atendimento odontológico de quatro crianças com histórico de não-colaboração. O delineamento foi o de linha de base múltipla entre sujeitos. Na linha de base, o dentista fornecia à criança explicações sobre o procedimento odontológico que estava realizando e elogiava sua colaboração. Quando ocorriam comportamentos opostos, as opções do dentista eram: interromper o procedimento temporariamente ou utilizar a restrição física. Ao final de cada sessão da linha de base, as crianças recebiam balões e brinquedos, independentemente, de seu comportamento durante o tratamento. Durante as sessões de distração e a cada consulta de restauração dentária, era contada uma história ilustrada para as crianças. Posteriormente, eram feitas perguntas a estas crianças sobre a história contada. Caso elas acertassem pelo menos 75% das questões, ganhavam um brinquedo e um tempo para jogar vídeo-game.

Observou-se redução inicial dos movimentos de cabeça e/ou de corpo, das reclamações e dos choros das crianças. Entretanto, estes resultados não se mantiveram nas sessões seguintes, provavelmente porque o uso da distração, seguida de recompensas, não foi eficaz para o manejo de comportamentos não-colaborativos. Parece que as crianças aprenderam que, mesmo não colaborando e interrompendo o procedimento, ainda conseguiam responder um número suficiente de questões sobre a história que lhes foi contada e, desta forma, ganhar prêmios (Stark et al., 1989). Assim, talvez o ficar sobre controle de estímulos da situação odontológica não seja uma variável determinante para a ocorrência ou não, de comportamentos opostos. Pois, se a história não alterou a probabilidade de ocorrência dos comportamentos opostos, provavelmente não haja uma relação funcional entre esta variável ambiental e as respostas das crianças. Desta forma, considera-se mais apropriado oferecer recompensas que sejam contingentes aos comportamentos cooperativos dessas crianças e não à sua distração.

Pautando-se nesta premissa, Allen et al. (1992) utilizaram como recompensa, para o comportamento cooperativo de quatro crianças de três a sete anos, a possibilidade de interromper o tratamento odontológico. A literatura denomina este procedimento: fuga contingente⁹. O delineamento utilizado foi o de linha de base múltipla entre sujeitos. Durante a linha de base, o dentista explicava para as crianças os procedimentos odontológicos que estavam sendo realizados e utilizava estratégias aversivas, para controlar o comportamento opositor, sempre que julgasse necessário. Ao final das consultas, elogiava e premiava as crianças independentemente de seu comportamento. Nas sessões de treino o dentista deixava a criança descansar sempre que ela demonstrasse comportamentos cooperativos, sinalizando que este era o motivo da pausa. De início requereu-se cerca de um a três segundos de comportamentos cooperativos, contudo, ao final do treino este tempo deveria estar entre dez e 20 segundos. Os comportamentos opostos das crianças eram ignorados e nestes momentos o dentista apenas as lembrava das contingências em vigor. Por fim, na intervenção, as crianças eram advertidas a cooperarem de modo a obterem uma pausa para respirar. Não lhes era dito quanto tempo deveriam cooperar, a fim de obter tal pausa. Durante todos os momentos da pesquisa, as sessões foram filmadas, para se registrar, a cada intervalo de 15 segundos, a ocorrência de algumas categorias de comportamentos opostos infantis, como, por exemplo: movimentos de cabeça ou do corpo, choros ou reclamações.

Em comparação com a linha de base, a intervenção demonstrou uma redução de cerca de 80% no tempo em que as crianças permaneciam desempenhando comportamentos opostos. Todavia, os próprios autores (Allen et al., 1992) alertam que a técnica deve ser empregada com cuidado, uma vez que a não realização dos procedimentos odontológicos, devido à colaboração da criança, pode levá-la a adquirir tal padrão, meramente, como uma forma de se esquivar destes.

Nos estudos descritos acima, os pesquisadores avaliaram os efeitos das estratégias comportamentais de manejo da criança, no consultório odontológico de forma isolada. Possobon, Moraes, Costa Júnior e Ambrosano (2003) realizaram no Brasil um trabalho, no qual várias destas estratégias foram adotadas conjuntamente. Para isto, dividiram aleatoriamente, em dois grupos, seis crianças brasileiras com idades entre quatro e cinco anos. Todas as crianças receberam tratamento odontológico durante nove sessões consecutivas, sendo atendidas pelo mesmo dentista. Os dentistas eram instruídos a utilizar em todas as

⁹ Brandenburg (2006) faz uma análise do termo fuga contingente, alertando para o fato de que ele não seja o mais adequado para esta estratégia. Primeiro porque fuga corresponde ao comportamento, que elimina a estimulação aversiva. E em segundo lugar, porque os comportamentos de não-colaboração da criança podem ser tanto de fuga quanto de esquivar.

sessões as seguintes estratégias comportamentais: reforço positivo dos comportamentos colaborativos das crianças, explicação e distração. Na tentativa de potencializar o efeito das estratégias, foram também utilizados fármacos. A partir da segunda sessão, cada participante recebeu, de maneira duplo-cego, o Diazepam ou o placebo. A dose do Diazepam foi de 0,3 mg/kg de peso, administrada por via oral à criança uma hora antes do início da sessão. O placebo foi administrado em igual volume e via do Diazepam, também uma hora antes do início da sessão. Todas as sessões foram gravadas em vídeo, com sons de "bip" a cada 15 segundos, sendo estes os momentos nos quais os observadores deveriam registrar os comportamentos das crianças.

Como resultado, a análise das gravações em vídeo não demonstrou diferenças significativas na frequência de: a) choros ou reclamações; b) movimentos de corpo ou cabeça que atrapalhavam a atuação do dentista sem interrompê-lo; c) comportamentos de fuga, que interrompiam a realização de um procedimento; ou d) comportamentos de esquiva, que impediam o início do procedimento, em função da administração de Diazepam ou placebo (Possobon et al., 2003). Verificou-se ainda que, com exceção de uma acentuada sonolência em um dos participantes, o Diazepam foi eficaz apenas em provocar pequenos episódios de relaxamento muscular (Possobon et al.), conforme foi constatado nas pesquisas anteriores, utilizando fármacos. Também não se constatou diferença significativa no emprego das estratégias comportamentais pelo dentista entre as sessões, nas quais as crianças receberam o placebo ou o Diazepam.

As estratégias de distração ou de explicação, apesar de bastante empregadas, não se mostraram muito efetivas por dois motivos. Primeiro porque não podiam ser realizadas ao mesmo tempo, sendo que a oposição das crianças levava a uma maior utilização da explicação como forma de convencê-las a colaborar. E segundo, porque explicar para as crianças que o tratamento não seria realizado caso não colaborassem apenas reforçava seus comportamentos de esquiva (Possobon et al., 2003). Observou-se, ainda, que o reforço positivo dos comportamentos colaborativos das crianças se constitui um fator favorável à interação odontopediatra-criança. Mesmo sob a execução de rotinas mais complexas e demoradas, como a anestesia injetável, um elogio do cirurgião-dentista era seguido por um movimento de olhar da criança, concomitantemente a uma rápida pausa na emissão de seus comportamentos opostos (Possobon et al.). Portanto, neste estudo, o emprego de estratégias foi mais eficaz do que a medicação em controlar os comportamentos opostos infantis, no consultório odontológico.

De uma maneira geral, todas as estratégias comportamentais mencionadas proporcionaram redução na frequência das respostas de oposição das crianças e/ou aumento na frequência das respostas colaborativas. Além disso, considera-se metodologicamente adequado o fato destes estudos avaliarem o comportamento infantil antes (linha de base) e depois da intervenção e de controlarem algumas variáveis intervenientes, como a idade ou o nível socioeconômico das crianças. Por outro lado, a maioria desses estudos tem como sujeitos crianças que já apresentam histórico de não-colaboração, o que pode comprometer os resultados obtidos, inclusive diminuindo sua eficácia. Além disso, empregam algumas estratégias de maneira semelhante para todos os participantes, sem avaliar se seriam as mais adequadas a cada caso ou ainda, se os comportamentos opostos infantis se devem à aversividade do procedimento ou a algum outro elemento presente no contexto odontológico.

Outra linha de pesquisa em Odontologia Comportamental analisa funcionalmente a interação do odontopediatra com a criança. Assim, considera que as respostas de colaboração ou não-colaboração em relação ao tratamento odontológico sejam função, não somente da aversividade destes procedimentos, mas também da maneira com a qual o odontopediatra os conduz. A interdependência entre os padrões do odontopediatra e da criança, que está sendo atendida, foi encontrada em apenas três estudos brasileiros publicados (Fioravante, Soares, Silveira & Zakir, no prelo; Moraes et al., 2004a; Rolim et al., 2004).

Moraes et al. (2004a) analisaram funcionalmente as respostas de um odontopediatra com dez anos de experiência, frente a três crianças com idades entre quatro e cinco anos com histórico de não-colaboração. Na primeira sessão, as crianças eram instruídas sobre os procedimentos que seriam realizados e sobre a forma como deveriam se comportar. Posteriormente foram executados o treino em escovação, a profilaxia e a aplicação de flúor. As consultas subsequentes incluíam duas sessões com uso de um ansiolítico (Diazepam) na dosagem de 0,3 mg/kg, 60 minutos antes do início do atendimento, alternadas a duas sessões com placebo administrado da mesma forma. Todos os participantes da pesquisa (dentistas, mãe e crianças) eram cegos à administração de droga ou placebo. Durante os atendimentos, a dentista foi orientada a não utilizar restrição física. Atividades lúdicas foram realizadas ao final de todas as consultas em que a criança colaborou.

Todas as sessões foram gravadas em videoteipe com sons de “bip” a cada 15 segundos. Após as filmagens, uma observadora neutra registrou os eventos odontológicos e comportamentais, a cada intervalo de 15 segundos, com base nos quais foram identificadas algumas categorias de comportamentos para a dentista, tais como: Realização da Atividade, Direção, Tranqüilização, Distração, Relaxamento, Persuasão, Punição Verbal e Restrição

Física. Também foram estabelecidas algumas categorias para as crianças: Colaboração, Colaboração sob Restrição e Não-colaboração.

Observou-se que a medicação ansiolítica não demonstrou efeitos sobre o repertório de comportamentos dos pacientes e que a utilização de estratégias positivas de manejo, pela dentista, favoreceram a colaboração de duas das crianças. Para a terceira criança foi necessário o emprego de punição verbal e de outras estratégias aversivas de controle do comportamento (Moraes et al., 2004a).

No entanto, além de se identificar as categorias de resposta emitidas pelos odontopediatras e pelas crianças, seria importante entender como elas podem contribuir para melhorar a interação entre eles e, deste modo, viabilizar a condução do tratamento odontológico. O estudo realizado por Rolim et al. (2004) teve como objetivo analisar funcionalmente como as unidades comportamentais do paciente, combinadas com outros elementos do contexto odontológico (como o tipo de atendimento), relacionavam-se aos comportamentos do dentista e de que modo esta interação contribuía ou não, para a condução do tratamento odontológico. Para isto, foram registradas em vídeo as sessões de atendimento de uma criança de quatro anos, com histórico de não-colaboração, realizadas por um cirurgião-dentista. As fitas receberam marcas sonoras a cada intervalo de 15 segundos, durante os quais dois observadores independentes registraram os comportamentos verbais e motores emitidos pelo cirurgião-dentista e pela paciente. Estes comportamentos foram classificados em categorias funcionais, que para o cirurgião-dentista incluíam: a) interativas; b) diretivas; c) distrativas; e d) punitivas. As categorias funcionais para os comportamentos das crianças foram apenas duas: a) comportamentos colaborativos; e b) comportamentos não-colaborativos. A concordância média dos observadores para todas as categorias foi de 99,06%. A frequência de comportamentos do cirurgião-dentista, nos quatro grupos funcionais, variou entre 81 ocorrências (13 interativas, 37 diretivas, 31 distrativas e nenhuma punitiva) até 91 ocorrências (18 interativas, 47 diretivas, 5 distrativas e nenhuma punitiva), enquanto a frequência relativa de comportamentos colaborativos da criança foi menor que a de comportamentos não-colaborativos, durante todas as sessões (Rolim et al., 2004).

Após a descrição quantitativa dos comportamentos da criança e do dentista, os pesquisadores efetuaram a análise funcional de seqüências de interação dentista-criança em diferentes rotinas clínicas: exame clínico, anestesia tópica, restauração e preparo cavitário. Durante o exame clínico e a anestesia, observou-se que os comportamentos de instrução do cirurgião dentista se relacionavam a comportamentos não-colaborativos das crianças, sendo que estes últimos aumentavam a probabilidade de emissão de respostas diretivas e punitivas

pelo dentista. Talvez pelo fato de a criança estar sob restrição física, durante a restauração e o preparo cavitário, suas respostas não-colaborativas não permitiram a esquivar da situação aversiva, diminuindo de frequência. Conseqüentemente, os comportamentos de instrução do profissional passaram a se relacionar a respostas colaborativas por parte da criança durante estes últimos tipos de atendimento (Rolim et al., 2004).

Por fim, uma pesquisa realizada por Fioravante et al. (no prelo) também analisou funcionalmente a interação profissional-paciente em odontopediatria. Participaram do estudo dois odontopediatras e quatro crianças, duas delas consideradas cooperativas pelos profissionais e duas consideradas opositoras em relação ao tratamento odontológico. Cada um dos odontopediatras atendeu a uma criança opositora e a uma criança cooperativa. As quatro interações odontopediatra-criança foram filmadas e os dados foram analisados, medindo-se: a) a frequência das respostas infantis de cooperação - “falar, responder verbalmente, solicitar informação, buscar suporte emocional, olhar para a execução do procedimento e auxiliar na execução do procedimento” (Fioravante et al.) - e não-cooperação “chorar/choramingar, comportar-se de modo nervoso, agredir fisicamente, gritar, fugir ou movimentar-se até a imobilização e protestar” (Fioravante et al.) -; e b) a frequência das condutas profissionais positivas - “descrição do procedimento e do funcionamento do equipamento, fazer perguntas, fantasiar, oferecer conforto emocional ou contato físico, elogiar, distrair a criança com outro assunto ou estímulo” (Fioravante et al.) - e negativas - “crítica/ restrição verbal, restrição/imobilização física, ordens/direcionamentos, deixar a criança sozinha, falar com outras pessoas sobre a criança como se ela não estivesse presente” (Fioravante et al.). Observou-se que os comportamentos cooperativos das crianças se relacionaram com as condutas positivas dos profissionais, enquanto os comportamentos opositores estiveram fortemente associados às condutas negativas dos odontopediatras.

Esses estudos envolvendo análise funcional permitem ampliar a visão dos odontopediatras sobre outros elementos do contexto odontológico, associados aos comportamentos opositores infantis, além da aversividade dos procedimentos. Mais ainda, possibilita que reflitam sobre seus próprios comportamentos em relação à criança e fornecem subsídios para que se possa promover uma mudança nos mesmos.

Ao realizar estes estudos sobre análise funcional, os pesquisadores passaram também a olhar para outros aspectos da vida da criança, tal como a relação com seus pais. Neste sentido, começaram a considerar os pais não apenas como modelos de alguns comportamentos no contexto odontológico, mas como colaboradores na promoção da saúde bucal de seus filhos. Dalquist e Gil (1986) realizaram um estudo, no qual os pais de quatro

crianças entre sete e 11 anos foram chamados a participar, no intuito de manter as melhoras obtidas no comportamento de seus filhos utilizando o fio dental. Todas as etapas da pesquisa foram realizadas na casa dos participantes. O delineamento foi o de linha de base múltipla entre sujeitos. Na linha de base os níveis de placa de cada criança foram avaliados, sem que as crianças ou seus pais obtivessem nenhuma informação sobre estes escores. Posteriormente, iniciou-se o treino no uso do fio dental: o higienista demonstrava à criança como utilizá-lo, observando e instruindo enquanto ela o fazia. Durante estas sessões, os níveis de placa da criança também foram avaliados pelo higienista, sendo que, se estivessem cerca de 9% menor do que na visita anterior, davam à criança o direito de ganhar um brinquedo. A etapa seguinte foi treino parental, em que os pais foram orientados em como realizar um procedimento simplificado de avaliação dos níveis de placa da criança. Eles também foram ensinados a fornecer um *feedback* adequado acerca do comportamento de seus filhos de usar o fio dental e a continuar utilizando os brinquedos como prêmios ao comportamento adequado da criança. Como resultado, verificou-se que os níveis médios de placa decresceram cerca de 22% a 33% durante as intervenções realizadas pelo higienista com as crianças. Estes ganhos se mantiveram numa média entre 20% e 40% com a colaboração dos pais em monitorar o uso do fio dental por seus filhos.

Portanto, a pesquisa de Dalquist e Gil (1986) demonstrou, a partir de um estudo controlado, que os pais podem ser importantes agentes de manutenção da saúde bucal de seus filhos. Deste modo, talvez, este estudo possa contribuir para uma nova modalidade de atendimento que, incluindo os pais, diminua o contato direto da criança com os profissionais de saúde, barateando o custo destes tratamentos. Um viés do trabalho, no entanto, foi o fato de ser realizado entre os conhecidos dos estudantes universitários de odontologia, de modo que talvez estes pais representem uma amostra mais preocupada com a saúde bucal de seus filhos do que a população em geral.

Um estudo com menor rigor metodológico e tendo como alvo a população carente foi realizado no Brasil por alguns pesquisadores de duas faculdades privadas de odontologia do Rio de Janeiro. Alves, Volschan e Haas (2004) realizaram um programa, cujo objetivo foi sensibilizar os pais acerca da importância da saúde bucal de seus filhos. Durante o período de espera das consultas das crianças, os responsáveis eram convidados a participar de atividades de educação em saúde. Estas atividades foram realizadas através de reuniões semanais com duas horas de duração. Havia em média 15 a 20 responsáveis em cada reunião e estas foram conduzidas por uma dupla de alunos do sétimo período de graduação em Odontologia, supervisionados por um docente do curso. Todas as atividades foram

desenvolvidas de modo a estimular a participação da população alvo. Para esta finalidade, os pais foram incentivados a falar livremente sobre o que pensavam ser “saúde bucal”, e sobre o que se poderia fazer para obtê-la e mantê-la. A linguagem utilizada foi bastante clara e adequada ao nível sócio-cultural dos pais. A avaliação das atividades foi feita pelos próprios dirigentes do grupo, que verificaram que os pais participaram de forma extremamente atuante, mostrando-se interessados em melhorar as condições de saúde bucal de seus filhos, através do monitoramento da higiene bucal e do controle da dieta.

Há ainda em Odontologia Comportamental uma infinidade de pesquisas semelhantes às relatadas. No entanto, acredita-se que os relatos fornecidos até o momento permitem apresentar um panorama geral dos estudos realizados neste ramo de conhecimento e, principalmente, das preocupações e pressupostos teóricos que refletem. Dentro desta variedade de temas e de metodologias de pesquisa, o presente trabalho se insere no âmbito de investigação da interação odontopediatra-criança, por considerar que ainda há muito a discutir e a descobrir a este respeito. Investigar as variáveis presentes neste contexto possibilita que programas de intervenção possam ser aplicados com eficácia e considerando as demandas específicas de cada situação.

Assim, tendo em vista os comportamentos problemáticos da criança no contexto odontológico, bem como as estratégias utilizadas pelos dentistas para manejá-los, pretendeu-se analisá-los a partir dos pressupostos do Behaviorismo Radical. Neste sentido, a presente pesquisa objetivou caracterizar a interação de odontopediatras e crianças em situação de atendimento profilático e de emergência em uma clínica escola da cidade de Londrina. Espera-se apresentar contribuições para a sistematização de um corpo de conhecimentos, que forneça subsídios tanto à assistência ao paciente, como também à formação de profissionais de saúde especializados, contribuindo, deste modo, para o ensino, a pesquisa e a prática da intervenção psicológica comportamental, no contexto odontológico.

4 MÉTODO

4.1 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa dois profissionais graduados em Odontologia (OP1 e OP2) que cursavam Especialização em Odontopediatria da Universidade Estadual de Londrina e que formavam uma dupla durante o estágio na Bebê Clínica. OP1 e OP2 efetuavam atendimentos semelhantes a cada semana e um auxiliava ao outro, sempre que preciso. OP1 é do sexo masculino e tem 25 anos de idade. OP2 é do sexo feminino e tem 26 anos de idade. Ambos estavam graduados há um ano no início da pesquisa.

Houve, ainda, a participação de 20 crianças (C1 a C20) pacientes da Bebê Clínica de ambos os sexos, com idades entre um ano e seis meses a seis anos. As crianças participantes foram consideradas “não clínicas”, de acordo com os resultados obtidos no inventário para avaliação do comportamento infantil *Walker Problem Behavior Identification Checklist*, preenchido pela mãe.

As crianças foram atendidas pelos odontopediatras conforme a Tabela 1:

Tabela 1 – Especificação das díades odontopediatras-crianças participantes da pesquisa

Profissional que conduziu o atendimento	Crianças Participantes	Tipo de Atendimento Odontológico
OP1	C1, C2, C3, C4 e C5	Profilaxia
	C6, C7, C8, C9 e C10	Emergência
OP2	C11, C12, C13, C14 e C15	Profilaxia
	C16, C17, C18, C19 e C20	Emergência

Os cuidados profiláticos englobavam procedimentos como a escovação¹⁰, o uso do fio dental, a aplicação de flúor e a observação da condição dentária geral. Os procedimentos de emergência são variados e incluem extração dentária, tratamentos de canal em dente de leite, aplicação de selante ou confecção de massa para aparelho, por exemplo. A descrição detalhada dos procedimentos de emergência e dos participantes a eles submetidos encontra-se no Apêndice A.

4.2 LOCAL

As etapas da presente pesquisa realizaram-se na clínica odontológica para atendimento à população infantil da Universidade Estadual de Londrina – “Bebê Clínica”. Fundada em 1983, a Bebê Clínica é o primeiro centro brasileiro de Odontologia para Bebês. Na época em que foi efetuada a pesquisa, a clínica atendia, de segundas a sextas-feiras, crianças de zero a seis anos de idade, servindo de campo de estágio acadêmico de graduação e pós-graduação, além de prestador de serviços à comunidade de Londrina e da Região.

Logo na entrada da clínica há uma sala de espera, na qual estão dispostos alguns cartazes e folhetos explicativos sobre a higiene bucal. Há ainda uma mesa infantil com quatro cadeiras, ao redor da qual estão espalhados alguns brinquedos. Antes de entrar na sala de atendimento há um pequeno *hall* com quatro mesas infantis e uma pia. Neste local, os odontopediatras realizam a anamnese com a mãe da criança e o treino de escovação, quando necessário.

Na sala de atendimento, há um círculo central de cerca de um metro de altura, construído com azulejos, dentro do qual se guarda todos os equipamentos odontológicos utilizados. Ao redor deste círculo estão dispostas as quatro cadeiras odontológicas, destinadas ao atendimento infantil. As cadeiras estão separadas apenas por biombos. Encostadas na parede, à direita do círculo há quatro *macris* (maca-criança), também separadas por biombos, nas quais são efetuados os atendimentos dos bebês. Neste local, não

¹⁰ Os procedimentos odontológicos de emergência são, geralmente, mais dolorosos, pois implicam: a) penetração no tecido corporal; b) introdução em um orifício do corpo; ou c) restrição dos movimentos corporais normais. (Rape & Bush, 1994). Já procedimentos caracterizados por uma baixa estimulação aversiva englobariam os cuidados profiláticos. Como exemplo de cuidados profiláticos, poder-se-ia citar a escovação, o uso do fio dental, a aplicação de flúor ou a observação da condição dentária geral. Todavia, as respostas frente à dor não dependem unicamente da natureza dos procedimentos clínicos.

há nenhum objeto lúdico ou de decoração, destinados à distração das crianças. Algumas das fotos do local se encontram no Apêndice B.

4.3 RECURSOS MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS

Materiais de consumo. Fitas de vídeo, lápis e papel.

Walker Problem Behavior Identification Checklist - WPBIC (Walker, 1976) (Apêndice C). O instrumento é utilizado para avaliação do comportamento infantil pelos pais ou responsáveis. É composto por 50 afirmações que devem ser circuladas pelos pais, caso as considerem verdadeiras para suas crianças nos dois últimos meses. Uma pontuação, ponderada de 60 ou mais, indica a existência de um problema clínico em uma ou mais das áreas mensuradas pelo instrumento: impulsividade, isolamento, atenção instável, relações perturbadas com os pares e imaturidade. O instrumento foi traduzido da versão original em inglês para o português pela Doutora Edwiges Silves (s/d). O *Walker Problem Behavior Identification Checklist* foi utilizado com o objetivo de incluir, como participantes da pesquisa, as crianças avaliadas por seus pais como “não clínicas”.

Equipamentos. Filmadora marca JVC, vídeo-cassete quatro cabeças Philco e tripé destinados à gravação e posterior categorização das sessões de observação.

Instruções para a categorização dos comportamentos dos odontopediatras e das crianças. Foram utilizadas duas versões de tabelas de categorias. A primeira, utilizada para a categorização dos dados, foi a proposta por Fioravante et al. (no prelo) (Apêndice D). O material organizado consta de: a) orientações aos avaliadores sobre como proceder para categorizar os comportamentos dos odontopediatras e das crianças; b) a descrição das categorias de comportamento dos odontopediatras: *positivas*: “descrição do procedimento e do funcionamento do equipamento, fazer perguntas, fantasiar, oferecer conforto emocional ou contato físico, elogiar, distrair a criança com outro assunto ou estímulo” (Fioravante et al., no prelo); e *negativas*: “crítica/ restrição verbal, restrição/imobilização física, ordens/direcionamentos, deixar a criança sozinha e falar com outras pessoas sobre a criança como se ela não estivesse presente” (Fioravante et al.) e das crianças: *cooperativas*: “falar, responder verbalmente, solicitar informação, buscar suporte emocional, olhar para a execução do procedimento e auxiliar na execução do procedimento” (Fioravante et al.); e *opositoras*: “chorar/choramingar, comportar-se de modo nervoso, agredir fisicamente, gritar, fugir ou

movimentar-se até a imobilização e protestar” (Fioravante et al.); e c) a folha de registro desses comportamentos.

Uma segunda tabela de categorias foi elaborada após a categorização dos dados. Considerou-se mais pertinente o agrupamento de todas as subcategorias positivas e negativas, tanto dos odontopediatras como das crianças, denominando-as: comportamentos adequados e comportamentos inadequados dos odontopediatras e comportamentos cooperativos e comportamentos opositores das crianças. A Tabela 2 apresenta esta versão final de organização dos dados observados nas gravações.

4.4 RECURSOS HUMANOS

A pesquisadora conduziu o estudo com auxílio de quatro colaboradoras, alunas do curso de Psicologia, e sob a orientação de uma docente, pertencente ao programa de Mestrado em Análise do Comportamento, da Universidade Estadual de Londrina.

Tabela 2 – Categorização dos Comportamentos dos Odontopediatras e das Crianças (adaptado de Fioravante et al., no prelo):

CATEGORIAS COMPORTAMENTAIS DOS ODONTOPEDIATRAS		
CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
ADEQUADOS	Aqueles que podem tornar o contexto odontológico, em geral, mais reforçador para a criança, tais como: elogiar, fantasiar, descrever o funcionamento do equipamento, oferecer conforto ou contato, distrair ou direcionar.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aperta o nariz para a cadeira mágica subir.</i> - <i>Agora eu vou pegar o Bob Esponja!</i> - <i>Eu sei que você deve estar com medo, mas não vai doer nada, tá?</i> - <i>Que bom que você ficou quietinha!</i>
INADEQUADOS	Aqueles que podem tornar o contexto odontológico, em geral, mais aversivo para a criança, tais como: criticar, imobilizar ou restringir fisicamente, restringir verbalmente, deixar a criança sozinha ou falar com outras pessoas como se ela não estivesse presente ou fazer comentários não condizentes com a situação.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tá doido!</i> - <i>Que coisa feia, chorando deste tamanho!</i> - <i>Não morde o dedo da tia.</i> - <i>Olha, você ta vendo este dente aqui?</i> (dirigido para a mãe). - <i>Que lindo!</i> (quando a criança está imobilizada e chorando muito).
CATEGORIAS COMPORTAMENTAIS DAS CRIANÇAS		
CATEGORIAS DE COMPORTAMENTO	DESCRIÇÃO	EXEMPLOS
COOPERATIVOS	Aqueles que podem tornar o contexto odontológico, em geral, mais reforçador para o odontopediatra, tais como: solicitar informação, responder, olhar, buscar suporte emocional ou auxiliar.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Também tem uma escova lá na minha casa!</i> - <i>Para quê serve isso?</i> - <i>Deixa que eu seguro a girafa!</i> - <i>Você vai lembrar a tia de te dar um desenho? (profissional)</i> - <i>Sim ! (criança)</i>
OPOSITORES	Aqueles que podem tornar o contexto odontológico em geral mais aversivo para o odontopediatra, tais como chorar, gritar, agredir, fugir, movimentar-se, protestar ou comportar-se de modo nervoso.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Anh, anh, anh!</i> - <i>Pára!</i> - <i>Tá doendo!</i>

Nota: Quando a categoria em questão se referia a comportamentos verbais, a frequência dos mesmos foi registrada a cada pausa de, aproximadamente, dois segundos entre eles. Quando se tratava de comportamento motor, cada nova movimentação era contada como a emissão de um novo padrão. Já o imobilizar ou restringir fisicamente e os choros foram cronometrados durante todo o intervalo de tempo do procedimento. Cada intervalo de cinco segundos de choro/choramingo ou de restrição/ imobilização física era considerado como a emissão de uma resposta destas categorias.

4.5 PROCEDIMENTO

Seleção e treino das observadoras. A primeira etapa do trabalho consistiu na divulgação da pesquisa junto a alunos do curso de Psicologia, da Universidade Estadual de

Londrina, para recrutar estagiários. Assim, foram feitas algumas entrevistas individuais, após as quais se selecionou quatro alunas do quarto ano de Psicologia da Universidade Estadual de Londrina. Posteriormente, estas estudantes receberam instruções sobre como proceder a filmagem e categorizar os dados obtidos. Este treinamento se deu mediante a demonstração do funcionamento e da disposição da filmadora, bem como através da análise de interações de díades não participantes da pesquisa.

Contato com a instituição. Efetuou-se o contato com a “Bebê Clínica” da Universidade Estadual de Londrina para explicar os objetivos da pesquisa, bem como solicitar a autorização para sua realização.

Seleção dos participantes. O trabalho iniciou-se mediante a explicitação de seus objetivos para os membros da clínica, esclarecendo a necessidade de participação de dois voluntários, que preferencialmente pertencessem à mesma dupla de atendimentos. Assim, para aqueles que aceitaram participar da pesquisa, foi requisitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹¹.

A seleção das crianças, participantes da pesquisa, foi feita ao longo das semanas em que se realizou a coleta de dados. Quando a mãe chegava à Bebê Clínica com a criança para atendimento odontológico, o odontopediatra inicialmente realizava uma anamnese com a mãe, como parte da rotina da clínica. Neste momento, a pesquisadora era apresentada à mãe, explicava os objetivos do trabalho e solicitava autorização para filmar o atendimento. No caso de concordância, a mãe assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido¹¹ e a filmagem do atendimento era iniciada. Durante o atendimento odontológico da criança, a mãe era solicitada a responder o *Walker Checklist*. As crianças que, após a correção do *checklist* foram consideradas “clínicas”, não foram incluídas como participantes da pesquisa. Estas crianças foram encaminhadas para atendimento psicoterápico do Núcleo de Psicologia Clínica da Universidade Estadual de Londrina, após devolução destas informações à mãe.

A filmagem do atendimento odontológico era realizada sempre por duas das quatro observadoras. A câmara era posicionada sobre um tripé, focalizando a cadeira odontológica, de modo a permitir a visualização da parte superior do tronco da criança e do odontopediatra. A filmagem só era interrompida durante a troca de pacientes.

¹¹ O *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (Apêndice E) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina e assinado pelos profissionais em questão e pelas mães das crianças, visando fornecer informações sobre os vários aspectos da pesquisa, bem como solicitar a divulgação dos resultados da mesma.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Como a duração de cada uma das consultas odontológicas não era fixa, podendo variar de três ou quatro minutos até cerca de 40 minutos, restringiu-se as categorizações a um período máximo de 30 minutos. Realizou-se o registro da frequência por minuto de cada uma das categorias de resposta dos odontopediatras e das crianças.

Após a realização da gravação de cada um dos atendimentos odontológicos, as duas observadoras, que não participaram da filmagem, efetuaram a categorização das interações, estabelecendo a frequência por minuto das respostas apresentadas pelos odontopediatras e pelas crianças, durante a realização do atendimento odontológico. O dado numérico utilizado foi a média da frequência por minuto registrada pelas duas observadoras, para cada categoria de comportamento.

Após a categorização de todos os comportamentos profissionais e infantis, calculou-se o Índice de Concordância (IC) para se determinar a concordância entre as observações. Para tal fim, tomou-se o registro total de ambas as observadoras para cada uma das categorias especificadas, dividindo-se o valor de menor frequência pelo de maior frequência e multiplicando-se o resultado por 100. Nos casos em que o IC foi inferior a 85%, efetuou-se nova categorização.

Para a análise dos dados obtidos através dessas categorizações, considerou-se que: a) uma frequência de até uma resposta por minuto seria baixa; e b) uma frequência igual ou maior que uma resposta por minuto seria alta.

Na tentativa de exemplificar formas de interação entre os profissionais e as crianças, foram escolhidas duas interações de cada profissional, uma em cada um dos dois tipos de atendimento, perfazendo o total de quatro interações. Optou-se pela análise da interação com as crianças com maior frequência de respostas opositoras por minuto, sendo: OP1xC4 e OP2xC13 durante a profilaxia; OP1xC8 e OP2xC17 na emergência.

Para a escolha do trecho que seria analisado, foi sorteado o minuto inicial do registro. O critério para a definição sobre a duração do intervalo a ser analisado foi: para atendimentos com duração total de até dez minutos, transcreveu-se para análise um intervalo de 60 segundos; para atendimentos com duração mais longa do que dez minutos, transcreveu-se para análise um intervalo com duração de 10% do tempo total do atendimento. Os comportamentos dos odontopediatras e das crianças observados, durante esses trechos, foram registrados de forma cursiva e posteriormente analisados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A frequência de respostas adequadas e inadequadas, por minuto, emitidas por OP1 e OP2, cada um durante o atendimento de dez crianças, é apresentada na Tabela 3 abaixo. Observa-se, ainda, a frequência por minuto de emissão dos comportamentos cooperativos ou opositores das crianças atendidas:

Tabela 3 – Frequência das Respostas dos Odontopediatras e das Crianças durante os atendimentos de Profilaxia e Emergência:

OBSERVAÇÕES DOS ATENDIMENTOS CONDUZIDOS PELO ODONTOPEDIATRA OP1									
Profilaxia	Frequência das Respostas/ minuto				Emergência	Frequência das Respostas/ minuto			
	Odontopediatra		Criança			Odontopediatra		Criança	
Díades	Adeq	Inad	Coop	Opos	Díades	Adeq	Inad	Coop	Opos
OP1xC1	1,75	0,1	3,85	0,75	OP1xC6	1	1	1,5	0
OP1xC2	3,5	0,3	2,85	0,95	OP1xC7	1,32	1,7	1,11	0,4
OP1xC3	2,4	0,6	3,3	0,2	OP1xC8	2,17	4,88	3,02	9,42
OP1xC4	5,54	0,88	2,15	5,91	OP1xC9	4,33	0	3,49	0
OP1xC5	4,4	0,2	3,4	0	OP1xC10	0,44	0,7	1,42	0,37
Total	17,5	2,08	15,5	7,81	Total	9,26	8,28	10,5	10,2
Média	3,25	0,42	3,11	1,56	Média	1,85	1,66	2,11	2,04

OBSERVAÇÕES DOS ATENDIMENTOS CONDUZIDOS PELA ODONTOPEDIATRA OP2									
Profilaxia	Frequência das Respostas/ minuto				Emergência	Frequência das Respostas/ minuto			
	Odontopediatra		Criança			Odontopediatra		Criança	
Díades	Adeq	Inad	Coop	Opos	Díades	Adeq	Inad	Coop	Opos
OP2xC11	4,35	0,6	1,4	0	OP2xC16	1	1	2	0
OP2xC12	2,43	0,94	4,2	0,6	OP2xC17	1,73	5,06	0,49	21,7
OP2xC13	8,08	0,22	3,92	3,65	OP2xC18	2,76	2,5	2,13	2,69
OP2xC14	6,13	0,14	2,7	0,14	OP2xC19	4,71	0,24	0,54	3,57
OP2xC15	8,21	0,11	4,09	2,6	OP2xC20	2,68	0,89	1,3	4,83
Total	29,2	2,01	16,3	6,99	Total	12,9	9,69	6,46	32,8
Média	5,84	0,40	3,26	1,40	Média	2,58	1,94	1,29	6,55

Média geral profilaxia	4,54	0,41	3,18	1,48	Média geral emergência	2,21	1,80	1,70	4,29
-------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Legenda: OP: Odontopediatra/ C: Criança/ Adeq: Adequadas/ Inad: Inadequadas/ Coop: Cooperativas/ Opos: Opositoras

Ao se observar os dados apresentados na Tabela 3 acima, foi possível constatar que os odontopediatras emitiram maior frequência de respostas adequadas por minuto do que de respostas inadequadas por minuto, em 14 dos 20 atendimentos analisados. Além disso, as respostas adequadas dos profissionais ocorreram em alta¹² frequência em 19 atendimentos. No atendimento das 18 crianças que apresentaram alta frequência de respostas cooperativas, os profissionais também apresentaram alta frequência de respostas adequadas. Essa alta frequência de respostas adequadas por minuto ocorreu inclusive no atendimento de seis das oito crianças com alta frequência de respostas opositoras, o que sugere que as respostas opositoras das crianças não afetaram a probabilidade de emissão de respostas positivas de manejo pelos profissionais.

Em relação ao tipo de atendimento, observou-se que a frequência média de respostas adequadas por minuto emitidas pelos profissionais foi reduzida aproximadamente à metade nos atendimentos de emergência, quando comparada à observada nos atendimentos de profilaxia. As respostas adequadas foram mais frequentes do que as inadequadas em todas as dez consultas de profilaxia, mas em somente quatro das dez consultas de emergência. Esses dados sugeriram que, diferentemente do observado em relação ao padrão de respostas das crianças, o tipo de atendimento pareceu ter exercido influência sobre a emissão de respostas adequadas pelos profissionais, aumentando sua probabilidade na profilaxia.

Apesar destas semelhanças observadas no padrão de atendimento de OP1 e OP2, os dados apresentados na Tabela 3 também apontaram diferenças em sua forma de atuar junto às crianças. A frequência total de respostas adequadas por minuto de OP2 foi maior do que a de OP1, em ambos os tipos de atendimento. Além disso, a frequência de respostas adequadas por minuto de OP2 continuou a ser maior do que a frequência de respostas inadequadas por minuto, mesmo durante a emergência. Para OP1, esses valores se tornaram equivalentes na emergência. Essas diferenças tornaram-se ainda mais relevantes quando se observou que das oito crianças com alta frequência de respostas de oposição, OP2 atendeu seis e OP1 apenas duas crianças. Ou seja, OP2 conseguiu ser mais adequada que OP1, mesmo tendo de lidar com maior porcentagem de crianças opositoras.

Assim, verificou-se, através desses dados, que as interações dos odontopediatras com as crianças foram caracterizadas, principalmente, pela emissão de respostas adequadas por parte dos profissionais. E isto pareceu ser verdadeiro, ainda que a frequência total de respostas adequadas por minuto tenha sofrido alguma influência do tipo de

¹² Conforme especificado no método, considerou-se alta a frequência de resposta por minuto igual ou maior do que um e considerou-se baixa a frequência de resposta por minuto menor do que um.

atendimento, sendo maior, para ambos os profissionais, durante os procedimentos de profilaxia, e ainda que houvesse alguma diferença entre os padrões de resposta de OP1 e OP2.

Por outro lado, em relação às respostas inadequadas apresentadas pelos profissionais, observou-se que a frequência média também variou, de maneira inversa, em função do tipo de atendimento. Todas as interações em que as respostas inadequadas dos profissionais foram mais frequentes do que as adequadas (em seis, dos 20 atendimentos) ocorreram nos atendimentos de emergência. Em todos os atendimentos da profilaxia os profissionais apresentaram baixa frequência de respostas inadequadas e em seis dos dez atendimentos de emergência eles apresentaram alta frequência de respostas inadequadas. Observou-se, ainda, que a frequência média das respostas inadequadas dos profissionais por minuto foi muito maior na emergência do que na profilaxia: o aumento foi de 298% para OP1 e de 382% para OP2. Ambos os profissionais pareceram não apresentar diferenças relevantes entre si quanto à frequência de emissão de respostas inadequadas. Esses dados apontaram para uma provável influência do tipo de atendimento sobre a frequência de emissão de respostas inadequadas pelos profissionais, sendo estas mais frequentes nos atendimentos de emergência. Dessa forma, tanto as respostas adequadas como as inadequadas parecem ter sido afetadas pela variável tipo de atendimento realizado, para ambos os profissionais.

Ainda no que se referiu às respostas inadequadas dos odontopediatras, os dados apresentados na Tabela 3 permitiram observar que, apesar de variarem em função do procedimento odontológico, a frequência das respostas inadequadas dos profissionais, da mesma forma que das respostas adequadas, também pareceram não variar em função do comportamento infantil. Dos seis atendimentos em que os odontopediatras apresentaram alta frequência de respostas inadequadas, em metade deles as crianças apresentaram frequência alta de respostas opositoras e na outra metade as crianças apresentaram baixa frequência dessas respostas. Desse modo, observou-se que os profissionais apresentaram frequências equivalentes de respostas inadequadas, tanto com crianças que cooperaram com a realização do procedimento odontológico quanto com as que se opuseram ao mesmo.

Com relação às respostas das crianças atendidas, observou-se, na Tabela 3, que a frequência média de respostas cooperativas das crianças decresceu quase à metade nos atendimentos de emergência, em relação ao observado nos atendimentos de profilaxia. Além disso, houve aumento de quase 200% na frequência média de respostas opositoras nos atendimentos de emergência, quando comparada à frequência média observada nos atendimentos na profilaxia. Ao se analisar os atendimentos, caso a caso, constata-se que houve mais crianças com respostas opositoras nos atendimentos de emergência do que na

profilaxia: três crianças, atendidas durante a profilaxia e cinco das submetidas à emergência, apresentaram alta frequência de respostas opositoras. Assim, as crianças apresentaram, nos atendimentos de emergência, em média, menor frequência de respostas cooperativas e maior frequência de respostas opositoras. Isso sugere que pode ter sido mais difícil manejar as respostas das crianças durante as emergências do que nos atendimentos regulares da profilaxia. Ou seja, o tipo de atendimento realizado pode ter tido alguma influência no aumento na frequência de respostas de oposição das crianças. É importante lembrar que as crianças participantes na pesquisa foram avaliadas pelas mães como não clínicas para problemas de comportamento (em situações fora do ambiente odontológico).

Além das respostas dos profissionais e das crianças atendidas, os dados da Tabela 3 permitiram observar algumas das características das interações estabelecidas por estas díades. Durante a profilaxia, OP1 emitiu maior frequência de respostas adequadas por minuto do que respostas inadequadas, como comentado acima. Isto ocorreu até mesmo na interação com C4, que foi a única criança que apresentou maior frequência por minuto de respostas opositoras do que de respostas cooperativas, durante este tipo de atendimento. Assim, parece que OP1 conseguiu manejar as respostas das crianças atendidas na profilaxia, ainda que estas se mostrassem opositoras, através do emprego de algumas estratégias adequadas.

Nos atendimentos de emergência, o padrão de respostas de OP1 oscilou bastante, visto que ele apresentou: a) maior frequência de respostas adequadas por minuto do que de respostas inadequadas com C9, que evidenciou maior frequência de respostas cooperativas por minuto do que de respostas opositoras; b) taxas equivalentes de respostas adequadas e inadequadas por minuto em relação a três crianças (C6, C7 e C10), que se mostraram mais cooperativas do que opositoras; e c) maior frequência de respostas inadequadas por minuto do que de respostas adequadas em relação à criança C8, que emitiu maior frequência de respostas opositoras por minuto do que de respostas cooperativas. Na emergência, OP1 provavelmente encontrou mais dificuldades em manejar as respostas das crianças ou na realização do procedimento odontológico, de modo que muitas vezes empregou estratégias inadequadas, mesmo com aquelas que estavam cooperando com a realização do procedimento odontológico.

OP2, por sua vez, também evidenciou maior frequência de respostas adequadas por minuto do que de respostas inadequadas por minuto com todas as crianças da profilaxia, mesmo com aquelas que emitiram taxas equivalentes de respostas cooperativas e

opositoras, como foi o caso de C13. Da mesma forma, como ocorreu com OP1, OP2 pareceu lidar com as crianças da profilaxia mediante o emprego de estratégias adequadas de manejo.

De maneira similar a OP1, o padrão de respostas de OP2 também oscilou bastante durante os atendimentos de emergência: a) emitiu maior frequência de respostas adequadas por minuto do que respostas inadequadas com duas crianças (C19 e C20), que emitiram mais respostas opositoras por minuto do que respostas cooperativas por minuto; b) evidenciou frequências equivalentes de respostas adequadas e inadequadas por minuto em relação a uma criança (C16), cuja frequência de respostas cooperativas por minuto foi maior do que a frequência de respostas opositoras por minuto, e com C18, que apresentou frequência de respostas cooperativas e opositoras por minuto equivalentes; e c) apresentou frequência de respostas inadequadas por minuto maior do que a frequência de respostas adequadas por minuto em relação a uma criança (C17), cujo padrão foi caracterizado por respostas opositoras. Assim, verificou-se que OP2 também pareceu ter algumas dificuldades em utilizar estratégias adequadas para manejar as respostas das crianças durante a emergência. Isto pôde ser exemplificado pelo fato de emitir frequências equivalentes de respostas adequadas e inadequadas por minuto com C16, cujo padrão foi caracterizado por respostas cooperativas. No entanto, as frequências de respostas por minuto apresentadas por OP2 parecem sugerir que ela evidenciou mais tentativas de lidar com as crianças, mediante o emprego de estratégias adequadas, do que OP1. OP2 emitiu maior frequência de respostas inadequadas por minuto apenas com C17, que se mostrou uma criança extremamente opositora.

Os dados apresentados até o momento permitiram observar, de modo geral, que os odontopediatras emitiram maior frequência de respostas adequadas por minuto, com as crianças cooperativas, principalmente na profilaxia. A emissão de respostas inadequadas, no entanto, pareceu depender mais do tipo de procedimento odontológico, em execução, do que do próprio comportamento das crianças. OP1 chegou a apresentar mais respostas inadequadas do que adequadas na interação com uma criança cooperativa, na emergência. Para OP2, a frequência de respostas inadequadas por minuto foi, no máximo, equivalente à de respostas adequadas por minuto na interação com as crianças cooperativas, durante a emergência.

Desse modo, e considerando que as crianças cooperativas não apresentaram muitas dificuldades, em seu manejo, pelo dentista, tornou-se importante entender quais as variáveis que contribuíram para que os dentistas conseguissem lidar com as crianças opositoras na profilaxia, mediante o emprego praticamente exclusivo de estratégias adequadas, o que não ocorreu durante a emergência. Uma análise qualitativa de trechos de

interações estabelecidas entre OP1 e OP2 e as crianças mais opositoras (C4; C8; C13 e C17), em relação a cada um dos procedimentos, poderia fornecer informações a este respeito. Assim, as Figuras 3, 4, 5 e 6 apresentam as respostas observadas nestas interações. As setas descendentes assinalam o início e o término de eventos concomitantes:

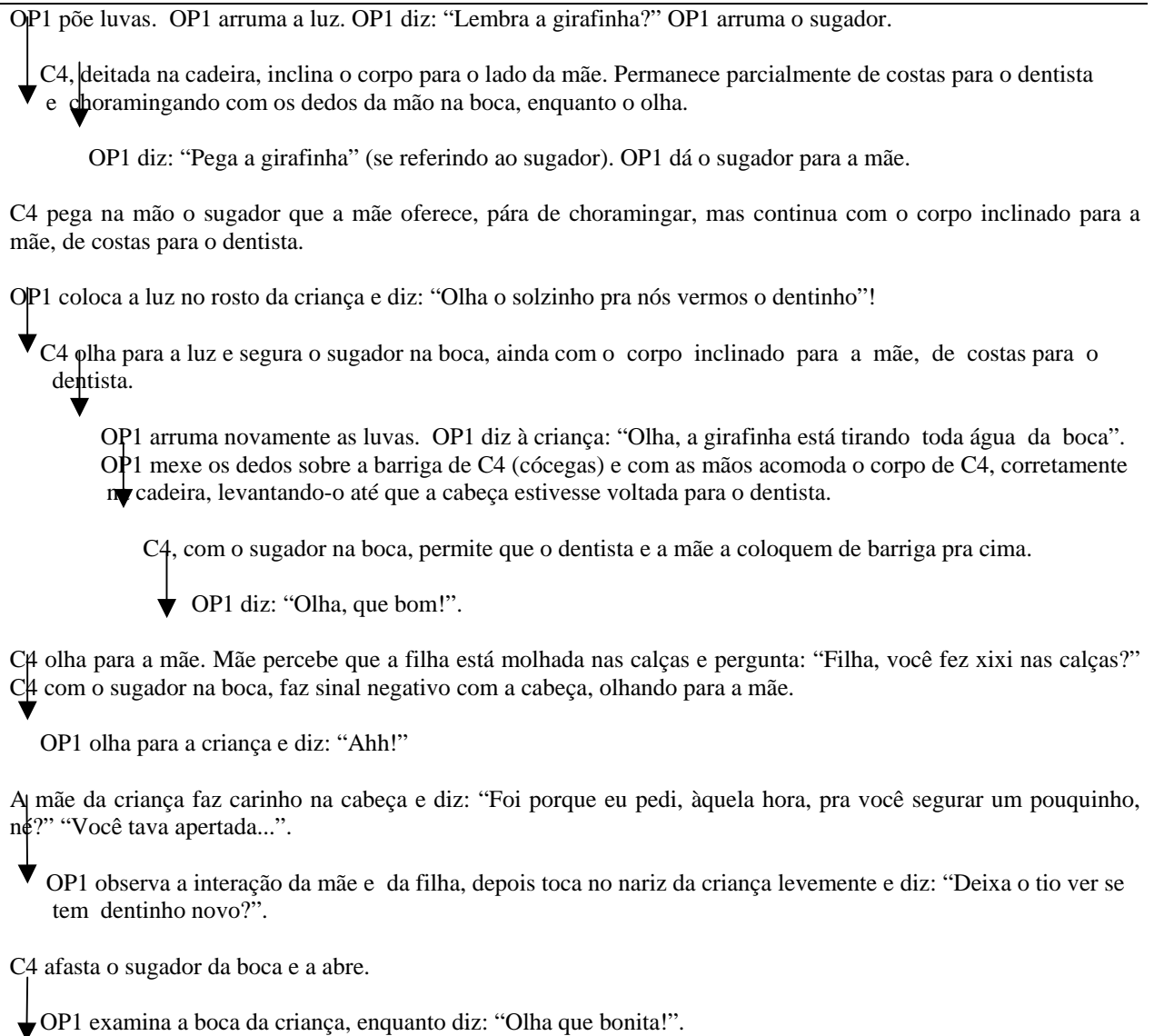
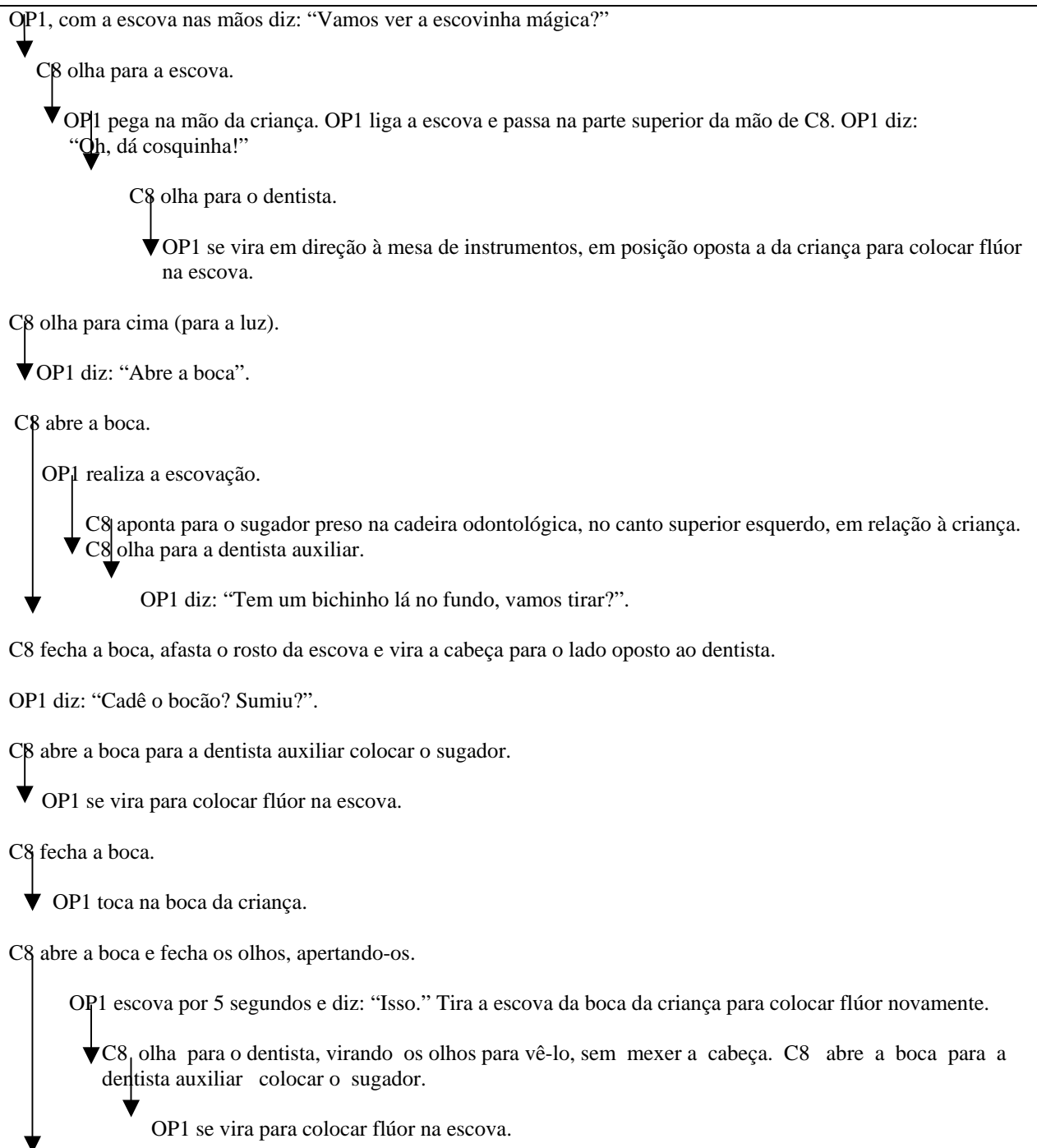


Figura 3 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP1 e C4 durante Profilaxia

Com base nos dados da Figura 3, é possível observar que, inicialmente, C4 se mostrava opositora em relação ao procedimento odontológico. A criança demonstrou várias tentativas de fuga e de esquiva, exemplificadas pelos choramingos, mão na boca e principalmente por sentar-se de costas para OP1. Verificou-se, porém, que no decorrer da interação o odontopediatra utilizou estratégias adequadas de manejo da criança, tais como a

fantasia, o contato físico, os elogios, ou a descrição de suas ações, de modo a garantir uma gradativa cooperação. Além disso, OP1 também foi bastante apropriado ao utilizar a mãe da criança como colaboradora na saúde bucal de seu filho, conforme tendência recente nas pesquisas em Odontopediatria (Alves et al., 2004; Dalquist & Gil, 1986). OP1 não puniu, em nenhum momento, a criança ou suas respostas, nem mesmo quando a mãe o praticou, em decorrência de C4 ter feito xixi nas calças.



C8 fecha a boca.

OP1 toca na boca da criança.

C8 abre a boca e fecha os olhos, apertando-os.

▼ OP1 escova o dente da criança por 8 segundos e diz: “Isso!”. OP1 tira a escova da boca da criança para colocar flúor.

▼ C8 olha para o dentista, virando os olhos para vê-lo, sem mexer a cabeça, enquanto abre a boca para a dentista auxiliar colocar o sugador.

▼ OP1 coloca uma mão na boca da criança e com a outra abraça a cabeça da criança, de maneira a imobilizá-la.

C8 vira o rosto, levanta uma perna e fecha os olhos.

OP1 diz: “Não... Sem fazer assim, C8”, imobilizando a cabeça da criança com uma das mãos e colocando a escova em sua boca entreaberta.

▼ C8 permite a escovação, enquanto olha para a dentista auxiliar.

OP1 diz: “Olha o bicho pulando, ó!”

C8 vira rapidamente a cabeça para o lado esquerdo, na tentativa de escapar da imobilização, ao mesmo tempo que fecha os olhos.

OP1 volta a cabeça de C8 para a posição correta na cadeira, imobilizando a cabeça da criança, prendendo o queixo desta, e mantendo sua boca aberta.

▼ C8 permite o procedimento.

▼ OP1 diz: “Olha os bichinhos pulando aí, ó!”

C8 balança rapidamente a cabeça e pega o sugador oferecido pela dentista auxiliar, levando-o a boca. C8 permanece com o rosto virado, olhos baixos e boca fechada.

▼ OP1 olha para a dentista auxiliar e aponta com o rosto para o lençol, que está embaixo da criança e que serve para imobilizar as crianças nos atendimentos de emergência. A dentista auxiliar faz sinal negativo com a cabeça. OP1 diz: “Vamos jogar uma aguinha pra lavar o dentinho!”.

C8 abre a boca, mas em seguida vira a cabeça para um lado e para o outro com os olhos fechados.

OP1 guarda o material.

▼ C8 acompanha a movimentação de OP1 e da dentista auxiliar, alternando os olhares repetidas vezes.

OP1 arruma os instrumentos por 12 segundos restantes.

▼ C8 presta atenção nas orientações da dentista auxiliar: “temos que cuidar dos dentinhos, senão faz mais dodói, abre a boca grande quando o tio pedir, meu amor”

Figura 4 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP1 e C8 durante Emergência

Conforme se observa na Figura 4, C8 se mostrou cooperativo em relação ao procedimento odontológico, enquanto o odontopediatra fantasiava, oferecia conforto

emocional ou contato físico, descrevia o procedimento e o funcionamento do equipamento ou elogiava a criança. Essa cooperação cessou no momento em que OP1 tentou introduzir a escova na boca de C8, afirmando que havia um bicho dentro dela, o que pôde ter contribuído para assustar a criança. A partir deste momento, o padrão de C8 oscilou entre a emissão de respostas cooperativas, abrindo a boca, quando solicitado, e de respostas opositoras, fechando a boca, mexendo a cabeça e as pernas, virando o rosto e cerrando os olhos. Para manejar estas respostas opositoras infantis, OP1 adotou algumas estratégias inadequadas, exemplificadas pela insistência em dizer que havia um bicho na boca da criança, pelas inúmeras tentativas de imobilizá-la e pelas freqüentes críticas e restrições verbais. Não obtendo sucesso, tentou ainda empregar a técnica do “pacote”. Sendo impedido por sua auxiliar de executá-la, OP1 desistiu de realizar o procedimento odontológico e guardou seu material.

C13 está com o sugador na boca.

↓
OP2, com gaze na mão, diz: “Agora creme para fazer a barba como o papai!”.

C13 retira o sugador da boca.

OP2 diz: “Olha o creme para fazer a barba!” (passando o creme na boca da criança).

↓
C13 permite, porém começa a chorar.

↓
OP2 ri e comenta: “Chorando como um bebezinho! Nossa!”.

C13 aumenta a intensidade do choro.

↓
OP2 volta-se para a mesa e diz: “Vamos tirar a barba, então!”.

↓
C13 olha para OP2.

↓
OP2 diz: “Vamos tirar a barba! Tirar a barba!” Enquanto pega outra gaze e enrola no dedo.

C13 cessa o choro e observa.

↓
OP2 diz: “Primeiro a vitamina de limão!”, Põe a gaze na tesoura e se dirige até a boca da criança dizendo: “Vitamina de limão!” OP2 coloca a tesoura na boca da criança.

↓
C13 começa a chorar.

↓
OP2 continua o procedimento, diz: “Pronto! Agora vitamina de limão!”

C13 dá um grito curto.

OP2 diz: “Isso!! Vitamina de limão!”

C13 grita novamente.

OP2 diz: “Abre para a tia!! Abre para a tia!!” (passando os dedos com gaze nos dentes da criança).

↓
C13 volta a chorar.

↓

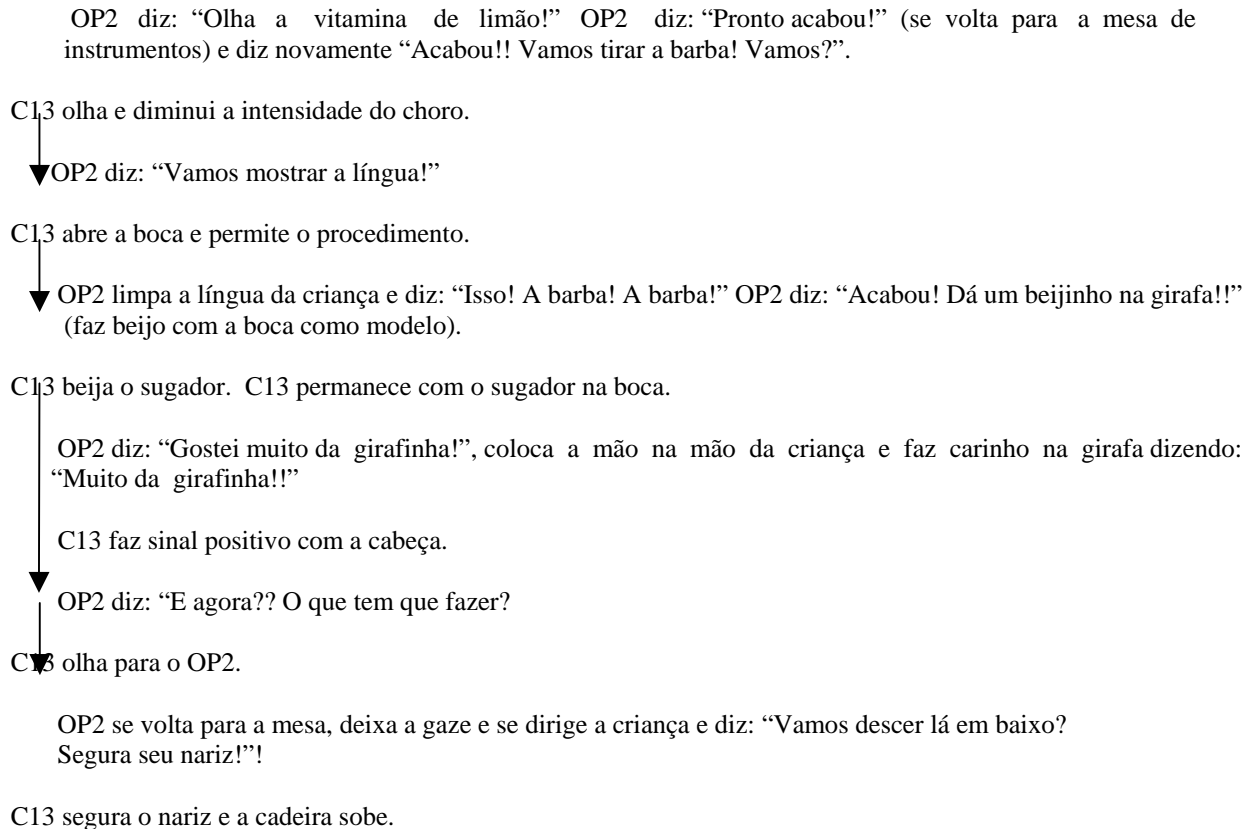


Figura 5 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP2 e C13 durante Profilaxia

A Figura 5 permite observar que, no início, C13 se mostrou cooperativo em relação às ordens e direcionamentos dados por OP2 apenas quando o procedimento clínico, propriamente dito, não estava sendo executado. Nos momentos em que OP2 aplicou o flúor (vitamina de limão) ou tentou passar a gaze nos dentes da criança, ela chorou, cessando a execução do procedimento e, possivelmente, fugindo da estimulação aversiva. A primeira reação de OP2, frente ao choro de C13, foi puni-la ao rir e afirmar para a criança que parecia um “bebezinho” (sic), contudo, isto só fez aumentar a intensidade do choro. Assim, OP2 pareceu sensível a estas respostas da criança e começou a adotar estratégias como a fantasia, o conforto emocional ou contato físico, os elogios, a descrição do procedimento ou o fazer perguntas. Tais estratégias se mostraram eficazes em alguns momentos, nos quais C13 parou de chorar para olhar o que OP2 estava fazendo. Além disso, a criança se tornou mais cooperativa ao longo do procedimento odontológico, provavelmente, devido ao emprego de tais estratégias por parte de OP2.

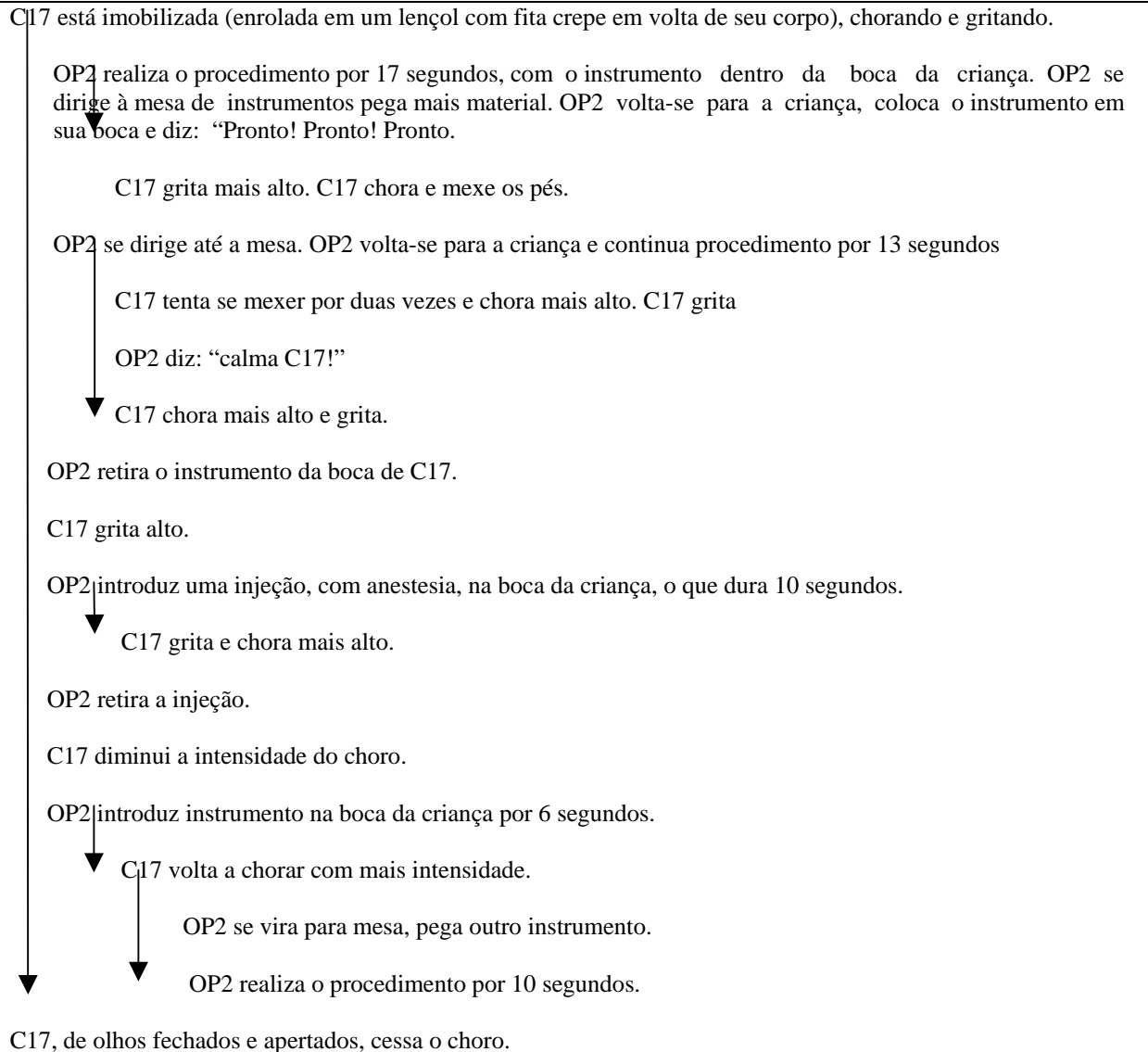


Figura 6 – Fragmento de Interação Estabelecida entre OP2 e C17 durante Emergência

Conforme a Figura 6, verifica-se que talvez o fato de C17 estar imobilizado possa ter contribuído para diminuir a frequência de utilização de estratégias adequadas de manejo, por parte de OP2, visto que as respostas de oposição da criança estavam controladas. Assim, OP2 pediu para a criança acalmar-se apenas uma vez, e no restante do tempo permaneceu executando o procedimento odontológico. C17, por sua vez, chorou e gritou o tempo todo, principalmente nos momentos em que OP2 colocava os instrumentos dentro de sua boca. Não se pôde descartar, neste caso, a própria dificuldade inerente ao procedimento clínico. No entanto, ainda assim, considerou-se possível que OP2 conversasse com a criança nos momentos em que pegava ou preparava os materiais.

Uma análise quantitativa e qualitativa da utilização de estratégias adequadas e inadequadas de manejo das respostas infantis, por parte de OP1 e OP2, necessita lembrar que a Odontopediatria como especialidade, destinada aos cuidados buco-dentários infantis, oficializou-se apenas em 1949 (Ring, 1998). Assim, não parece existir, ainda, um corpo de conhecimentos sistematizado que indique aos profissionais, como lidar com cada criança, de modo que coexistem tanto odontopediatras que se dedicam à busca por estratégias adequadas de manejo quanto os que utilizam estratégias coercitivas como forma de garantir a cooperação (Allen et al., 1990; Moraes, 1999).

Além disso, deve-se lembrar que os odontopediatras, participantes da pesquisa, ainda cursavam a Especialização em Odontopediatria, durante as filmagens realizadas pela equipe de pesquisa. Deste modo, as dificuldades inerentes ao procedimento clínico, acrescidas à falta de uma prática mais extensiva, no manejo das respostas opositoras das crianças (Tambellini, 2005), podem ter contribuído para a diminuição na frequência de respostas adequadas ou para o aumento na frequência de respostas inadequadas, em comparação com outros profissionais atuantes há mais tempo na área.

O número reduzido da amostra também deve ser considerado. O fato de a pesquisa ter sido realizada apenas junto a 20 crianças pode ter contribuído para a seleção de algumas características em uma concentração diferente da que se verifica na população em geral. Um dos dados mais discrepantes observados foi a constatação de que 40% das crianças participantes da pesquisa apresentaram alta taxa de respostas opositoras, enquanto a literatura (Allen et al., 1990) aponta que as crianças opositoras correspondem a 25% da população infantil que frequenta os consultórios odontológicos. Contudo, tais resultados poderiam se dever ainda a outras variáveis, como por exemplo, a maneira como a presente pesquisa determinou o que seria uma alta taxa de respostas opositoras, ou as particularidades do contexto em que os dados foram coletados.

Também, as diferenças entre os dois tipos de atendimentos odontológicos devem ser levadas em conta. A profilaxia se situou no nível de Prevenção Primária, remetendo às tentativas de redução na prevalência de algumas patologias dentárias, como a cárie, por exemplo. A emergência se destinou à identificação e ao tratamento precoce destas patologias ou à minimização de suas seqüelas, correspondendo aos níveis secundários e terciários de prevenção (Brown, et al., 2002). Conseqüentemente, a emergência acabou por englobar procedimentos, geralmente, mais dolorosos e que implicaram: a) penetração no tecido corporal; b) introdução em um orifício do corpo; e c) restrição dos movimentos corporais normais (Rape & Bush, 1994).

Assim, os atendimentos de profilaxia foram caracterizados por respostas adequadas dos profissionais. Em todos os atendimentos de profilaxia, os odontopediatras emitiram frequência por minuto, de respostas adequadas, maior do que a frequência por minuto, de respostas inadequadas. Com relação às crianças atendidas durante a profilaxia, também se verificou altas taxas de respostas cooperativas. Desse modo foi possível hipotetizar que, por situar-se no primeiro nível de prevenção, os atendimentos de profilaxia englobaram procedimentos considerados mais simples, principalmente por profissionais inexperientes. Parece que OP1 e OP2 conseguiram manejar as respostas opositoras das crianças atendidas na profilaxia mediante o emprego de estratégias adequadas. E, ao não priorizarem uma intervenção apenas sobre a boca (Moraes, 1999; Starling, 2001), essas respostas dos profissionais, provavelmente, contribuíram para o estabelecimento de um ambiente agradável para as crianças, do qual não foi preciso esquivar-se com choros, gritos ou outros comportamentos opositores. De maneira oposta, ao compreenderem, confortarem ou elogiarem as crianças, por exemplo, o comportamento dos odontopediatras pode ter contribuído para aumentar a probabilidade de respostas cooperativas com o procedimento odontológico (Fioravante et al., no prelo).

Isso pôde ser observado, a partir dos fragmentos de interações estabelecidas entre OP1 e C4 e entre OP2 e C13. Durante o atendimento de C4 e C13, OP1 e OP2 empregaram uma série de estratégias adequadas de manejo das respostas infantis, tais como a fantasia, o contato físico ou o conforto emocional, os elogios ou a descrição de suas ações de modo a contribuírem para evocar respostas cooperativas por parte das crianças, como, por exemplo, abrir a boca ou auxiliar na condução do procedimento odontológico.

Além disso, é provável que, a emissão de um maior número de respostas adequadas dos profissionais durante a profilaxia possa ter contribuído para aumentar a probabilidade de respostas cooperativas das crianças, ao distraí-las em relação ao procedimento odontológico. A distração consiste, segundo Stark et al. (1989), na apresentação de estímulos incompatíveis com a situação odontológica, de modo que estes adquiram controle sobre o comportamento da criança, diminuindo a frequência de comportamentos opositores. Tal fato foi observado durante o atendimento profilático de C13 por OP2, visto que, em muitos momentos, a criança parou de chorar e olhou para o que a odontopediatra estava falando ou fazendo.

Então, pareceu que, ao emitirem uma maior frequência de respostas adequadas em relação às crianças na profilaxia, os odontopediatras facilitaram a aquisição e a manutenção dos padrões cooperativos infantis (Prins et al., 1987; Weinstein 1986; Weinstein

et al., 1982). Isto, pois, sendo elogiada ou acariciada, a criança teve suas respostas cooperativas reforçadas positivamente, tendendo a executá-las de modo semelhante em situações análogas futuras. E quando a criança cooperou com o procedimento odontológico, seu padrão pareceu contribuir para reforçar positivamente as respostas adequadas dos profissionais, aumentando sua probabilidade de emissão durante este tipo de procedimento odontológico. Por outro lado, as respostas opositoras das crianças podem ter sofrido extinção durante a profilaxia, por não conseguirem fazer cessar a execução do procedimento, o que diminuiu sua probabilidade de ocorrência futura (Fioravante et al., no prelo; Skinner, 1953/1998).

Além dessas conseqüências, foi possível também identificar alguns dos antecedentes que poderiam estar associados à emissão das respostas opositoras das crianças na profilaxia. Conforme demonstrado acima, tais respostas opositoras não pareceram se relacionar às respostas inadequadas dos profissionais, já que OP1 e OP2, praticamente, não as apresentaram durante este tipo de atendimento. Deste modo, foi importante levantar hipóteses sobre a existência de outras variáveis que poderiam estar contribuindo para a emissão destas respostas, de modo a viabilizar uma intervenção junto às mesmas.

Assim, possivelmente, esse procedimento possa ter sido aversivo para uma parte das crianças, dependendo de sua história anterior de aprendizagem no contexto odontológico. E isto, pois, ao preceder os estímulos aversivos da situação odontológica, alguns estímulos neutros, tais como a própria escova, por exemplo, podem se tornar condicionados a estes estímulos aversivos, e podem passar a evocar respostas eficazes em preveni-los ou reduzi-los (Skinner, 1953/1998). Desse modo, só o fato de estar sentado na cadeira odontológica, por exemplo, poderia contribuir para evocar respostas opositoras, como, por exemplo: choros, gritos ou recusas em cooperar.

Importante ressaltar, quando se fala em respostas opositoras, que o presente trabalho se afastou das posturas tradicionais e cognitivistas que atribuem ao “medo”, à “dor” ou à “ansiedade” das crianças as causas de suas respostas opositoras no contexto odontológico. Considerou-se que tanto estes sentimentos, quanto as respostas que os acompanham, são produtos de contingências ambientais. Neste sentido, o trabalho do analista do comportamento seria descobrir como estas respostas foram produzidas e como podem ser alteradas (Meyer, 1997; Skinner, 1953/1998).

Outra variável que poderia se relacionar às respostas opositoras das crianças pareceu ser a natureza do procedimento odontológico. Verificou-se que houve um número maior de crianças que emitiram respostas opositoras, durante a emergência, do que na

profilaxia. Três das crianças atendidas durante a profilaxia e cinco das submetidas à emergência apresentaram uma frequência de respostas opositoras por minuto igual ou maior que um. Algumas hipóteses não excludentes foram formuladas para explicar tais resultados.

Uma delas é a de que, provavelmente, mais crianças apresentaram altas taxas de respostas opositoras durante a emergência, pela própria aversividade inerente a este tipo de procedimento odontológico. Sabe-se que só é possível dizer que um estímulo é aversivo, quando sua remoção for reforçadora e que os eventos considerados aversivos diferem para cada criança, em função de sua história de aprendizagem (Skinner, 1953/1998). No entanto, observou-se que, durante a emergência, quando comparada à profilaxia, houve maior frequência de respostas como: chorar, gritar, morder, levantar da cadeira odontológica ou movimentar o corpo, por exemplo, que geralmente representam tentativas de se esquivar ou fugir de estímulos aversivos (Cardoso & Loureiro, 2005; Costa Júnior, 2002). Mesmo quando as crianças estavam submetidas à restrição física, foi possível observar a alta frequência de choros e de gritos, que são praticamente as únicas respostas de fuga e de esquiva possíveis nesta condição.

Ainda sobre a restrição física, verifica-se que foi bastante empregada durante os atendimentos de emergência. Ela foi aplicada com C17, e só não foi utilizada durante o atendimento de C8, devido a uma negativa da dentista auxiliar. Conforme pesquisa realizada por Allen et al. (1990) na década de noventa, 80% dos odontopediatras utilizavam este tipo de estratégia aversiva, e ainda hoje se acredita que ela seja bastante empregada.

Tal emprego poderia estar relacionado ao fato da Academia Americana de Odontopediatria (1996) reconhecer a existência de situações, nas quais a rebeldia da criança exige atitudes mais rígidas e até invasivas por parte do dentista. Levy e Domoto (1979) e Christiano e Russ (1998), porém, lembram que estas técnicas não facilitam a aquisição de respostas cooperativas por parte das crianças, mas ao contrário, expõem-na por muito mais tempo à estimulação aversiva, como ocorreu com C17. Além disso, proporcionam um aumento potencial na frequência de respostas opositoras (Guedes-Pinto et al., 1991; Rolim et al., 2004), conforme ocorreu nos dois fragmentos de interações analisados.

Ademais, as estratégias aversivas, a longo prazo, acabam por prejudicar a relação odontopediatra-criança (Levy & Domoto, 1979). E isto poderia ocorrer, de acordo com uma visão comportamental, pelo fato de todos os elementos do contexto odontológico, inclusive o profissional, tornarem-se condicionados a estes estímulos aversivos, de modo a também poderem evocar respostas de fuga e de esquiva.

Um último aspecto que cabe destacar, remeteu ao fato de que geralmente as crianças submetidas à emergência não são pacientes regulares da Bebê Clínica, freqüentando-a em função de alguma queda ou outro fator, que tenha afetado a sua condição dentária. Assim, toda a situação seria nova para a criança, e o próprio dentista seria um estranho para ela, o que pode contribuir para aumentar a probabilidade de respostas como: o chorar, o gritar ou o protestar. Isto pode ser fundamentado através dos resultados das escalas utilizadas nas pesquisas de Moraes et al. (2004b) e Milgrom et al. (1995) que apontaram que um dos estímulos mais fortemente relacionados às respostas de fuga e de esquivas das crianças é ter um estranho lhe tocando. Uma alternativa, segundo Weinstein et al. (1982) e Weinstein (1986), seria o fornecimento de informação a estas crianças, como forma de facilitar a aquisição e a manutenção das respostas cooperativas.

Além de todos estes antecedentes (história anterior de aprendizagem, tipo de procedimento odontológico e novidade da situação) acredita-se ainda que essas respostas opositoras infantis pudessem estar ocorrendo devido a suas conseqüências de fazer cessar a estimulação aversiva presente (Skinner, 1953/1998). Assim, estes padrões de oposição poderiam estar sendo mantidos por reforço negativo, o que aumentaria sua probabilidade de ocorrência, em situações semelhantes no futuro (Cardoso & Loureiro, 2005; Costa Júnior, 2002). Isto pôde ser observado durante o atendimento de C8, no qual as respostas da criança de virar o rosto, fechar a boca ou mexer as pernas, por exemplo, acabaram contribuindo para que OP1 desistisse da realização do procedimento odontológico após inúmeras tentativas.

Essas respostas opositoras infantis dificultaram o manejo da criança por parte de OP1 e OP2, podendo contribuir para um aumento na freqüência de respostas inadequadas por parte destes. No entanto, os dados desta pesquisa diferiram dos encontrados por Rolim et al. (2004) e Fioravante et al. (no prelo) e sugeriram que as respostas dos profissionais em situação de emergência foram mais influenciadas pelo tipo de procedimento odontológico do que pelas respostas das próprias crianças atendidas. Esses dados indicaram que os odontopediatras chegaram a emitir, durante a emergência, altas taxas de respostas inadequadas, por minuto, com crianças que emitiram altas de respostas cooperativas por minuto. Tais dados poderiam ser explicados, em parte, ao se lembrar que OP1 e OP2 são profissionais recém-formados. Talvez por sua falta de prática, tenha sido muito mais difícil para eles realizar procedimentos odontológicos complexos, ao mesmo tempo em que conversavam, elogiavam ou distraíam as crianças, por exemplo.

Há, ainda, a probabilidade de que as respostas inadequadas, dos odontopediatras, tenham aumentado de freqüência durante a emergência pelo seu efeito, mais

imediate, em cessar a estimulação aversiva presente, que, no caso, seriam as respostas de oposição das crianças. Assim, a punição positiva dessas respostas infantis diminuiria sua probabilidade momentânea de ocorrência por parte das crianças, ao mesmo tempo em que reforçaria negativamente as respostas dos odontopediatras, tornando a ocorrência futura dessas respostas do profissional mais provável (Skinner, 1953/1998). Ao criticarem C8 ou utilizarem a imobilização/restrição física com C8 e C17, tais respostas dos dentistas conseguiram cessar, momentaneamente, respostas de oposição das crianças. Desse modo, é possível que estas conseqüências tenham contribuído para que os profissionais venham a emitir padrões de respostas semelhantes, em atendimentos de emergência futuros. E isto, sem se atentar para o fato de que a punição, geralmente, acarreta apenas a supressão imediata do comportamento e evoca reflexos característicos de medo, de ansiedade e de outras emoções (Skinner, 1953/1998).

Além disso, pode ser possível também que, quer pela complexidade do procedimento odontológico, quer pelas particularidades das crianças atendidas, as tentativas dos odontopediatras de manejaras respostas opositoras infantis, através de estratégias adequadas, não tenham sido efetivas na emergência. Assim, as respostas adequadas dos odontopediatras podem ter sido extintas durante os atendimentos de emergência (Skinner, 1953/1998). Um exemplo que ilustra essa situação foi o fato de OP1 não obter nenhuma cooperação por parte de C8 ao tentar utilizar a fantasia, dizendo-lhe que havia “bichinhos” (sic) em sua boca e que era preciso retirá-los.

Apesar dessa redução na freqüência total de respostas adequadas por minuto de OP1 e OP2, quando se compara os atendimentos de profilaxia e de emergência, os valores desta categoria ainda foram maiores do que os de respostas inadequadas por minuto, para ambos os procedimentos. Assim, o que se observou foi possivelmente uma tentativa de lidar com as crianças através de estratégias adequadas de controle, como: a distração (Stark et al., 1989), a modelação (Melamed et al., 1975), ou o reforço diferencial (Allen et al., 1988). Todavia, não é possível afirmar se OP1 e OP2 emitiram tais respostas por pautarem-se nos pressupostos do modelo biopsicossocial (Engel, 1980), visando prioritariamente a melhoria do atendimento oferecido às crianças, ou se o fizeram apenas para garantir o controle das respostas infantis (postura adotada no início do trabalho em odontopediatria) (Moraes, 1999).

Embora ambos os odontopediatras estivessem graduados há um ano pela mesma universidade, cursassem a mesma especialização no início da pesquisa e efetuassem atendimentos semelhantes a cada semana, eles apresentaram algumas diferenças na utilização de estratégias adequadas de manejo das crianças. Uma hipótese, acerca dos resultados obtidos,

remeteu ao fato de OP2 ser do sexo feminino. Segundo Peretz et al. (2003) características como empatia, cuidado e carinho estão supostamente mais presentes em mulheres do que em homens e, deste modo, acredita-se que tais qualidades possam ter se relacionado à emissão de uma maior frequência de respostas adequadas, durante o manejo do comportamento infantil. De qualquer forma, essa hipótese não exclui a possibilidade de influência de outras variáveis estranhas não controladas nos resultados obtidos.

Pode ser possível, ainda, que o padrão de respostas de OP1 fosse caracterizado pela tentativa de lidar com as respostas opositoras, mediante algumas estratégias que, apesar de inadequadas, teriam efeito imediato sobre estas respostas. De acordo com o padrão de respostas de OP2, por sua vez, verificou-se o emprego de estratégias adequadas de manejo das respostas opositoras infantis, com a utilização das estratégias inadequadas, apenas em último caso.

Foi possível inferir que o padrão de respostas de cada um dos odontopediatras houvesse sido reforçado por estímulos diferentes do ambiente. Para o padrão de OP1 um importante reforçador pareceu ser a realização do procedimento odontológico, de modo que ele lançou mão de quaisquer estratégias que pudessem viabilizá-lo. Já para o padrão de OP2, talvez uma consequência relevante fosse a promoção do bem-estar da criança, contribuindo para uma maior utilização de estratégias adequadas de manejo, mesmo na interação com crianças opositoras. Assim, estas diferentes consequências poderiam ter selecionado repertórios de comportamentos distintos nos dois profissionais, diante de situações semelhantes.

Finalmente, é importante destacar que o treino dos odontopediatras, na utilização de estratégias adequadas, de manejo do comportamento infantil, pareceu estar sendo realizado de forma instrucional. Este controle instrucional das respostas dos profissionais fez com que lançassem mão, sempre, das mesmas estratégias frente às respostas opositoras das crianças. E quando estas estratégias não se mostraram eficazes, não restaram opções aos odontopediatras senão empregar métodos inadequados para lidar com as respostas infantis. Pois, o controle instrucional não favorece a variabilidade comportamental dos odontopediatras, e não lhes permite criar uma série de alternativas para lidar com situações imprevisíveis.

Nesse sentido, uma importante contribuição, da Análise do Comportamento para a formação dos odontopediatras, seria o fornecimento de algumas informações sobre os princípios que regem o comportamento humano. Assim, identificar as possíveis variáveis antecedentes e conseqüentes que controlam as respostas das crianças durante o atendimento

odontológico, tornaria possível aos profissionais intervirem nas mesmas. Consequentemente, esta análise funcional da situação viabilizaria a utilização de um rol maior de alternativas, bem como possibilitaria a criação de novas formas adequadas de manejo do comportamento infantil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia vem se preocupando cada vez mais com o atendimento infantil, na tentativa de instituir medidas educativas e preventivas. Esta é uma tendência que tem se fortalecido a partir das inúmeras pesquisas, na área, que mostram que algumas patologias dentárias, como a cárie, por exemplo, tendem a se iniciar muito cedo (Schalka & Rodrigues, 1996). Além disso, observa-se que, quando não prevenidas precocemente, a prevalência e a gravidade desses problemas bucais tende a aumentar com a idade, necessitando de intervenções curativas e emergenciais.

Desse modo, verifica-se em Odontopediatria, a existência de, pelo menos, dois tipos diferentes de atendimentos. O primeiro deles, designado pela presente pesquisa com o nome de profilaxia, se situa no nível de prevenção primária. Assim, a profilaxia intervém nos possíveis riscos e fatores de proteção, que podem influenciar o início de um quadro clínico na população. Já os cuidados curativos, denominados emergenciais, englobam os níveis secundários e terciários de prevenção, destinando-se a reduzir a prevalência ou severidade de uma desordem, ou a minimizar suas seqüelas (Brown et al., 2002). As pesquisas em Odontopediatria consideram as diferenças inerentes a estes dois tipos de procedimentos odontológicos. No entanto, não apresentam seus dados com base nessa distinção. Deste modo, não foi possível encontrar literatura que subsidiasse a discussão dos resultados acerca da modificação do comportamento do odontopediatra e da criança, em função do tipo de atendimento.

Com relação aos resultados obtidos no presente estudo, uma das constatações mais importantes se referiu ao aumento na frequência, por minuto, de respostas opostas das crianças durante a emergência, se comparada à profilaxia. Dentre as possíveis hipóteses para explicar esses resultados estão: própria aversividade do atendimento emergencial, a novidade da situação ou a história de condicionamento destas crianças ao contexto odontológico. Além disso, considerou-se que tais padrões de oposição também pudessem estar sendo mantidos por suas conseqüências de interromper o atendimento, e assim, fazer cessar a estimulação aversiva.

Outra constatação relevante se refere ao comportamento dos odontopediatras. Observou-se que durante a emergência, quando comparado à profilaxia, houve: a) menor frequência de respostas adequadas por minuto e b) maior frequência média, por minuto, de respostas inadequadas (como por exemplo, a restrição física) na interação com

as crianças opositoras ou não. Hipotetiza-se que isto pode ter ocorrido em função de algumas variáveis antecedentes, tais como: a falta de experiência dos profissionais, a maior complexidade dos atendimentos de emergência, o treino prioritariamente instrucional em habilidades de manejo do comportamento infantil que, em geral, os profissionais recebem em sua formação e a permissão da Academia Americana de Odontopediatria no que concerne ao uso de estratégias restritivas de manejo do comportamento infantil.

Uma importante variável conseqüente, que também pode ter função sobre a emissão dos padrões inadequados pelos profissionais, é o efeito imediato de estratégias como a restrição física: possibilitam que o profissional realize o procedimento odontológico proposto sem a necessidade de atuar para diminuir a oposição infantil e sem tomar mais tempo do que o previsto para a consulta. Os comportamentos opositores apresentados pela criança, em geral, não diminuem com a restrição física desta, mas isso não inviabiliza a continuidade do atendimento pelo odontopediatra.

A identificação dessas variáveis antecedentes e conseqüentes, que parecem participar do controle do comportamento do odontopediatra e da criança, na situação de atendimento odontológico, pode contribuir para a sistematização de um corpo de conhecimentos a este respeito. Embora os dados tenham sido analisados apenas em relação a dois profissionais, há evidências da necessidade de melhorar as habilidades do odontopediatras exigidas nos atendimentos de emergência. Isso pode reduzir o uso de estratégias inadequadas de manejo nestes atendimentos. Sugere-se, então, que medidas sejam tomadas nos cursos de formação em Odontologia e Odontopediatria, para incremento no treino tanto de habilidades técnicas da profissão como de habilidades positivas de manejo do comportamento infantil. Isso pode possibilitar tratamentos de maior qualidade às crianças e a suas famílias.

Apesar dos resultados do presente estudo lançarem luz à compreensão da interação entre odontopediatras e crianças durante os atendimentos, é importante ressaltar que ele apresenta limitações metodológicas importantes no que se refere ao controle de algumas variáveis intervenientes. Pela rotatividade e variedade dos atendimentos efetuados na Bebê Clínica, as crianças participantes da pesquisa são de sexos e idades diferentes, e pertencentes a condições sócio-econômicas também diversas. Além disso, foram filmados inúmeros procedimentos odontológicos, cuja duração também variou de cerca de dez minutos até, aproximadamente, 40 minutos. Outro dado relevante que não se controlou foi a história de cada criança em relação com o contexto odontológico. Assim, sugere-se que pesquisas posteriores controlem essas variáveis.

Seria interessante, ainda, a condução de pesquisas que analisem funcionalmente interações ocorridas nos atendimentos, de forma a identificar as funções dos comportamentos do odontopediatra sobre o comportamento infantil e vice-versa. Dessa forma, considera-se possível efetuar uma análise funcional dos comportamentos observados durante o atendimento odontológico infantil.

REFERÊNCIAS

- ACADEMIA Americana de Odontopediatria (1996). Guidelines for behavior management. *Pediatric Dentistry (Special issue)* 18, 86-88.
- ALLEN, K. D., LOIBEN, T., ALLEN S. J. & STANLEY, R. T. (1992). Dentist: implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 629-636.
- ALLEN, K. D., STANLEY, R. & MCPHERSON, K. (1990). Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 12, 79-82.
- ALLEN, K. D., STARK, L. J, RIGNEY, B. A., NASH, D. A. & STOKES, T. F. (1988). Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 55, 273-277.
- ALVES, M. U., VOLSCHAN, B. C. G. & HAAS, N. A. T. (2004). Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada*, 4 (01), 47-51.
- AMARAL, V.L.A.R. (1999). Novos desafios na formação do psicólogo na área da saúde. Em: R. R. Kerbauy (Ed.), *Comportamento e Saúde: explorando alternativas* (pp.3-9) Santo André, SP: Arbytes.
- AZUL, A. M. & TRANCOSO, P. F. (2006). Patologia mais freqüente da mucosa oral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2, 369-377.
- BERNSTEIN, D., KLEINKNECHT, R. A. & ALEXANDER, L. D. (1979). Antecedents of dental fear. *Journal of Public Health Dentistry*, 34, 113.
- BRAHAM, R. L, TSUCHIYA, T., KUROSU, K, & FUKUTA (1994). Physical restraint, child abuse, informed consent: sociolegal concerns for the nineties. *Journal of Dentistry for Children*, 61 (03), 169-174.
- BRANDENBURG, O. J. (2006). *Efeitos da liberação não-contingente de pausas no procedimento odontológico sobre comportamentos de um dentista e de pacientes infantis*. Projeto de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina: Londrina, PR.

BROWN, R. T., FREEMAN, W. S., BROWN, R. A., BELAR, C., HERSCH, L., HORNYAK, L. M., RICKEL, A., ROZENSKY, R., SHERIDAN, E. & REED, G. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology, Research and Practice*, 33, 536-545.

CARDOSO, C. L. & LOUREIRO, S. R. (2005). Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22 (1), 5-12.

CHRISTIANO, B. & RUSS, S. W. (1998). Matching preparatory intervention to coping style: the effects on children's distress in the dental setting. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 17-27.

CORAH, N. L. (1969) Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48 (04), 596.

COSTA, A. L., Jr. (2002) Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estudos de Psicologia*. Universidade Federal do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2 (2), 3-12.

COSTA, A. L., Jr. (2001). *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. Tese de Doutorado não-publicada. Universidade de Brasília: Brasília, DF.

CUTHBERT, M. I. & MELAMED, B. G. (1982) A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *Journal of Dentistry for Children*, 49,432-434.

DALQUIST, L.M., GIL, K.M. (1986). Using parents to maintain improved dental flossing skills in children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 255-260.

ENGEL, G. L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

FIORAVANTE, D. P., SOARES, M. R. Z., SILVEIRA, J. M., ZAKIR, N. S. (no prelo). Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Revista Estudos de Psicologia*.

GONÇALVES, S. E. M., SAGRETTI, O. M. A. & BORGES, A. M. C. (1993). Medo em odontopediatria por que e do que as crianças têm medo do tratamento odontológico: técnicas de condicionamento através do toque sutil. *Revista Paulista de Odontologia*, 6, 35-40.

GUEDES-PINTO, A. C.; CORRÊA, M. S. N. P. & GIGLIO, E. M. (1991) *Conduta clínica e psicologia em odontologia pediátrica*. (3ªed.) São Paulo: Santos.

GUIMARÃES, S. S. (1999) A dor na infância. Em: M. M. M. J. Carvalho (Ed.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 248-264). São Paulo: Summus Editorial.

_____ (2000) Instituto de Previdência e Assistência Odontológica. [Na Internet]. Disponível em: <http://www.inpao.com.br/website/>

JOSGRILBERG, E. B; CORDEIRO, R. C. L. (2005) Aspectos psicológicos do paciente infantil no atendimento de urgência. *Odontologia Clínica Científica. Recife*, 4 (1), 13-18.

KEMP, F. (2005) Alternatives: a review of non-pharmacological approaches to increasing the cooperation of patients with special needs to inherently unpleasant dental procedures. *The Behavior Analyst Today*, 6 (02), 88-108.

KENDRICK, F. (1999) Practical tips managing children's behavior. *Journal of Dentistry for Children*, 66 (04), 258-365.

KERBAUY, R. R. (2002). Behavior and health: disease and challenges. *Instituto de Psicologia - USP*, 13 (1), 11-28.

KLINGBERG G., BERGGREN U., CARLSSON, S. G. & NOREN, J.G. (1995). Child dental fear: cause related factors and clinical effects. *European Journal of Oral Science*, 103, 405-412.

LEVY, M. S. W. & DOMOTO, P. K. (1979) Current techniques for behavior management: a survey. *Pediatric Dentistry*, 1 (3), 61-74.

LIMA, A. R. A., COSTA, L. R. R. S. & COSTA, P. S. S. (2003). A randomized, controlled, crossover trial of oral midazolam and hydroxyzine for pediatric dental sedation. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 17 (3), 206-11.

LU, D. P. (1994). The use of hypnosis for smooth sedation induction and reduction of postoperative violent emergencies from anesthesia in pediatric dental patients. *Journal of Dentistry for Children*, 61(03), 182-185.

MELAMED, B. G., HAWES, R. R., HEIBY, E. & GLICK, J. (1975). Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. *Journal of Dentistry Research*, 54, 797-801.

MEYER, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. Em M.. Delitti (Ed.), *Sobre Comportamento e Cognição* (pp.31-36) São Paulo: Arbytes.

MILGROM, P., MANCL, L., KING, B. & WEINSTEIN, P. (1995) Origins of childhood of dental fear. *Behavioral Research and Therapy*, 33 (03) 313-319.

MIYAZAKI, M. C. O. S., DOMINGOS, N. A. M., VALÉRIO, N. I., SANTOS, A. R. R., & ROSA, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13, 29-53.

MORAES, A. B. A. (1999). Comportamento e saúde bucal: circunscrevendo o campo. Em: R. R. Kerbauy (Ed.), *Comportamento e Saúde: explorando alternativas* (pp. 61-83) Santo André, SP: Arbytes.

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

MORAES, A. B. A. & GIL, I. A. (1991). A criança e o medo do tratamento odontológico. Em: A. C. Usberti (Ed.), *Odontopediatria Clínica*. (pp.113-119). São Paulo: Editora Santos.

MORAES, A. B. A. & PESSOTI, L. (1985). *Psicologia Aplicada à Odontologia*. São Paulo: Sarvier.

MORAES, A. B. A, POSSOBON, R. F. & ORTIZ, C. E. (2000). Motivação e comportamento preventivo de saúde bucal em programas de assistência odontopediátrica na primeira Infância. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 14 (3), 287-293.

MORAES, A. B. A., SANCHEZ, K. A. S., POSSOBON, R. F. & COSTA A., L., Jr. (2004a) Psicologia e Odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17 (1), 75-82.

NAZIF, M. (1971) Therioridazine and secobarbital as premedicating agents. *Journal of Dentistry for Children*, 38 (03), 206-210.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (1960) *Documentos Básicos*. (10ªed.). Genebra.

PERETZ, B., GLAICHER, H. & RAM, D. (2003) Child-management techniques: are there differences in the way female and male pediatric dentists in Israel practice? *Brazilian. Dental Journal*, 14 (02), 82-86.

PINKHAM, J. R. (1979). Observation and interpretation of the child dental patient's behavior. *Pediatric Dentistry*, 1(1), 21-26.

PINKHAM, J. R., PATERSON, J. R. (1985). Voice control: an old technique reexamined. *Journal of Dentistry for Children*, 52(3):199-202.

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

PRINS, P., VEERKAMP, J., HORST, G., JONG, A. & TAN, L. (1987). Behavior of dentists and child patients during treatment. *Community Dentistry of Oral Epidemiology*, 15, 253-257.

RAADAL, M., COLDWELL, S. E., KAAKKO, T., MILGROM, P., WEINSTEIN, P., PERKIS, V. & KARL, H. W. (1999). A randomized clinical trial of triazolam in 3- to 5-year-olds. *Journal of Dental Research*, 78, 1197-1203.

RAPE, R. N., & BUSH, J. P. (1994) Psychological preparation for pediatric oncology patients undergoing painful procedures: a methodological critique of the research. *Children's Health Care*, 23 (01), 51-57.

REGATIERI, F. L. F. (2005). Sedação em consultórios odontológicos nos Eua.. *Anestesiologia: a sua fonte de consulta na rede* [Na Internet]. Disponível em: <http://www.anestesiologia.com.br/anestesinfo.php?itm=130>

RING, M. E. (1998). *História ilustrada da odontologia*. São Paulo: Manolo.

ROBERTS, J. F. (1995). How important are techniques? The empathic approach to working with children. *Journal of Dentistry for Children*, 62 (01), 38-43.

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

SANTOS, G. T. (2003) A Psicologia comportamental na formação dos profissionais de saúde. Em: M. Z. S Brandão & F.C.S. Conte (Eds.), *Sobre Comportamento e Cognição: clínica pesquisa e aplicação* (pp.307-311). Santo André: ESETec Editores Associados.

SCHALKA, M. M. S. & RODRIGUES, C. R. M. D. (1996) The importance of the pediatrician in oral health care promotion. *Revista de Saúde Pública*, 30 (02), 179-186.

SEGER, L. (2001) O estresse e seus efeitos no profissional, na equipe e no paciente odontológico. Em: M. L. Marinho & V. E. Caballo (Eds.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp. 213-224). Granada: Apicsa.

SINGH, K. A., MORAES, A. B. A. & AMBROSANO, G. M. B. (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 14, 131-136.

SKINNER, B. F. (1998). *Ciência e Comportamento Humano*. (J.C.Todorov & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953).

SKINNER, B.F. (1968) *Are Theories of Learning Necessary? Em: A. C. Catania. (Ed.), Contemporary Research in Operant Behavior* (pp.69-78). *New York: Scott, Foresman and Company.* (Trabalho original publicado em 1950).

SPIELBERGER, C. D. (1973). *STAIC-Preliminary Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

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

STARLING, R.R. (2001). Análise funcional da enfermidade: um quadro referencial analítico comportamental para orientar a intervenção psicológica em contextos médicos. Em: H. J. Guilhardi, M. B. B. P Madi, P. P. Queiroz, & M. C. Scoz (Eds.), *Sobre o Comportamento e Cognição* (pp.263-296). Santo André: ESETec Editores Associados.

STURMEY, P. (1996). *Functional analysis in clinical psychology*. Chichester, England: John Wiley and Sons.

SULS, J. & ROTHMAN, A. (2004) Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. *Health Psychology*, 23 (2), 119-125.

TAMBELLINI, M. M. (2005) *Elaboração e padronização de escala avaliativa do comportamento de crianças em sua primeira consulta odontológica*. Dissertação de Mestrado. USP: Ribeirão Preto.

TAYLOR, S.E. (2003) What is health psychology? Em: Taylor, S.E. (Ed.), *Health Psychology* (pp.2-26) .Boston: MacGraw Hill.

THOM, A., SARTORY, G. & JOHREN, P. (2000). Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 378-387.

TOWNEND, E., DIMIGEN, G. & FUNG, D. (2000) A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38 31-46.

WALKER, H. M. (1976) *Walker Problem Behavior Identification Checklist Manual (WPBIC)*. Los Angeles: Western Psychological Service.

WEINSTEIN, P. (1996) Situation-specific child control: a visit to the dentist. *Behavior Research Therapy*, 34 (01), 11-21.

WEINSTEIN, P. (1986). Integrating behavioral methodologies into dental pharmacological research. *Anesthesia Progress*, 33, 55-59.

WEINSTEIN, P., GETZ, T., RATENER, P. & DOMOTO, P. (1982). The effect of dentist's behaviors on fear-related behaviors in children. *Journal of American Dentistry Association*, 104, 32-38.

WRIGHT, G. STARKEY, P. E. & GARDNER, D. E. (Eds.). (1987). *Child management in dentistry*. Bristol: IOP Publising Limited.

APENDICES

APÊNDICE A

Descrição dos Procedimentos de Emergência Efetuados durante a Pesquisa e dos Sujeitos a eles Submetidos

APÊNDICE A – Descrição dos Procedimentos de Emergência Efetuados durante a Pesquisa e dos Sujeitos a eles Submetidos

Tabela A1 – Descrição dos Procedimentos de Emergência Efetuados durante a Pesquisa e dos Sujeitos a eles Submetidos

Procedimento	Descrição	Sujeitos submetidos
Aplicação de selantes	Selamento dos sulcos e estruturas que possam reter restos alimentares na superfície do dente.	S07
Aplicação de carióstico	Medicamento que visa estacionar o processo de cárie.	S19
Extração dentária	Remoção cirúrgica de um dente.	S08 S19
Endodontia de dentes decíduos	Tratamento de canal em dentes de leite.	S17
Pedoforme	Colocação de coroa dentária de metal ou acrílico em dentes parcialmente ou totalmente destruídos por cáries.	S06 S20
Colocação de ionômero de vidro	Procedimento para restauração estética de dentes com defeito de estrutura.	S10
Choque	Aplicação de flúor (safluoraide) em todos os dentes	S18
Adequação	Consiste em limpar o dente cariado, colocando um curativo para aguardar o tratamento.	S18 S19
Massa para aparelho	Procedimento no qual se retira o molde do dente para a posterior confecção de aparelho ortodôntico.	S16
Colocação de borracha para esfoliação dental	Procedimento que ajuda na expulsão do dente, amolecendo-o.	S09

APÊNDICE B

Fotos Bebê –Clínica da Universidade Estadual de Londrina

APÊNDICE B – Fotos Bebê–Clínica da Universidade Estadual de Londrina



Entrada da Clínica



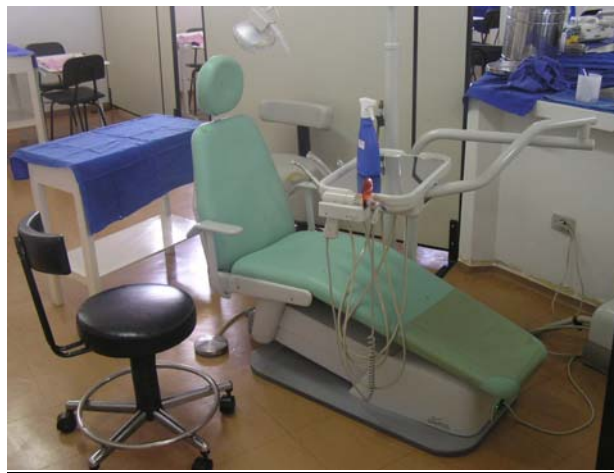
Sala de Recepção



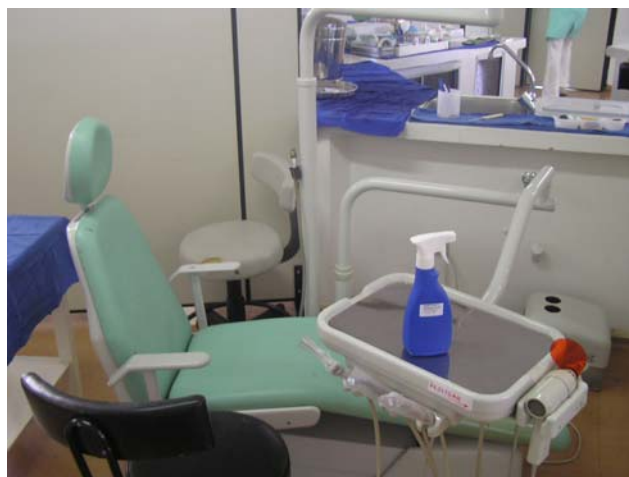
Local para Anamnese com pais



Sala de Atendimento



Cadeira de Atendimento



Cadeira de Atendimento

APÊNDICE C

**Walker Problem Behavior Identification Checklist - WPBIC (Walker,
1976)**

APÊNDICE C – Walker Problem Behavior Identification Checklist - WPBIC (Walker, 1976)

WALKER CHECK LIST

Identificação de Comportamento-Problema
(WPBIC - Walker Problem Behavior Inventory Checklist)

W. P. S. - Western Psychological Services
Revisto (1976) por Walker, H. M.
(Traduzido por Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras)

NOME:.....

ENDEREÇO:.....

ESCOLA:.....

IDADE:..... SEXO:..... DATA:...../...../..... SALA:.....

CLASSIFICAÇÃO POR.....

POSIÇÃO DO CLASSIFICADOR:.....

INSTRUÇÕES: Por favor, leia cuidadosamente cada elocução abaixo e responda, fazendo um círculo no número a direita da elocução, caso você tenha observado este item comportamental, no padrão de respostas da criança, durante os dois últimos meses. Se você não tem observado o comportamento descrito na elocução durante este período, não faça círculo algum, em outras palavras, não coloque nenhuma marca se a elocução descreve um comportamento que não foi observado, ou seja, está ausente.

EXEMPLOS :

ESCALAS					
	1	2	3	4	5
1. Faz Birras	②				
2. Não tem amigos		4			
3. Refere-se a si próprio como bobo, estúpido ou incapaz			3		
4. Precisa de aprovação por tarefas iniciadas ou finalizadas		①			

As elocuições 1 e 4 foram consideradas presentes, enquanto as elocuições 2 e 3 foram consideradas ausentes. Assim, somente os números à direita dos itens 1 e 4 foram circutados e os números à direita de 2 e 3 não foram circutados.

ESCALAS

	1	2	3	4	5
01. Reclama acerca da injustiça dos outros e/ou discriminação dele	3				
02. Está sempre desanimado e cansado					2
03. Não obedece limites próprios sem controle			1		
04. Fica histérico, transtornado e irritado quando as coisas não saem à sua maneira	3				
05. Comenta que ninguém o compreende				1	
06. Perfeccionista: é meticoloso querendo ter tudo perfeitamente certo			2		
07. Destroí ou rasga alguma coisa que fez ao invés de mostrá-la ou pedir para expô-la				3	
08. Outras crianças agem com se ele fosse tabu ou contaminado					
09. Tem dificuldade para se concentrar por qualquer período de tempo			1		
10. É hiperativo, sem parada e/ou continuamente muda de posição			2		
11. Pede desculpas repetidamente por ele e/ou seu comportamento.					
12. Distorce a verdade, fazendo afirmações contrárias aos fatos	1				
13. Baixa realização: age abaixo de seu demonstrado nível de habilidade			1		
14. Perturba outras crianças: amolando, provocando brigas, interrompendo outras			2		
15. Tenta evitar chamar atenção sobre si próprio		1			
16. Faz comentários inverossímeis ou suspeitos acerca das ações dos outros sobre ele	2				
17. Reage a situação de "stress" ou mudanças na rotina com náuseas, dores no corpo, cabeça ou estômago					3
18. Discute e tem que ter a última palavra em argumentações verbais	1				
19. Aborda novas tarefas e situações com respostas do tipo "Eu não consigo"			1		
20. Tem tique nervoso: franze músculos, pisca olhos, roe unhas, torce ou aperta as mãos					
21. Rejeita habitualmente, a experiência escolar através de atos ou comentários	1				
22. Tem enurese (molha a cama)					1
23. Fala sílabas sem sentido e/ou balbúcia para si próprio				4	
24. Busca atenção contínua			1		
25. Comenta que ninguém gosta dele				2	
26. Reparte uma idéia, pensamento ou atividade seguidamente				4	
27. Faz birras	2				
28. Refere-se a si próprio como bobo, estúpido ou incapaz				3	
29. Não participa de atividades grupais		2			
30. Quando amolado ou irritado por outras crianças, extravasa sua(s) frustração(ões) sobre pessoa ou coisa inapropriada	2				
31. Tem mudanças de humor: deprimido em um momento e excitado no outro	4				
32. Não obedece a não ser sob ameaça de punição	1				
33. Reclama de pesadelos ou sonhos ruins					
34. Expressa preocupação por estar solitário, infeliz				3	
35. Reage abertamente com comportamento agressivo à amolação de outras crianças	3				
36. Demonstra preocupar-se com algo terrível ou horrível que possa acontecer a ele					
37. Não tem amigos		4			
38. Precisa de aprovação para tarefas iniciadas ou finalizadas	1				
39. Agride fisicamente objetos ou pessoas	1				
40. É supercrítico acerca dele mesmo					1
41. Não completa tarefa iniciadas			1		
42. Não protesta quando machucado, amolado ou criticado		3			
43. Evita ou fica embaraçado com atividades heterossexuais				3	
44. Tira (rouba) coisas de outras crianças					
45. Não inicia contatos com outras crianças		4			
46. Reage com oposição à instruções ou ordens	1				
47. Choraminga ou chora sem provocação					
48. Gaqueja, tartamudeia ou tem paradas ao falar.					1
49. É facilmente distraído da tarefa que faz por estímulos comuns da classe, isto é, movimentos pequenos de outros, barulhos, etc			1		
50. Frequentemente olha fixamente no espaço e fica desligado do que acontece no ambiente			1		
TOTAL					

APÊNDICE D

**Categorias de Comportamentos dos Odontopediatras e das Crianças
(adaptado de Fioravante et al, no prelo)**

**APÊNDICE D – Categorias de Comportamentos dos Odontopediatras e das Crianças
(adaptado de Fioravante et al, no prelo)**

Vocês estão recebendo as tabelas para categorização dos comportamentos do odontopediatra e da criança juntamente com a folha na qual devem registrá-los. Primeiramente leiam as descrições e os exemplos abaixo e certifiquem-se de compreender cada uma das categorias em questão. Em seguida, preencham na folha em anexo seus dados pessoais e os da interação que pretendem categorizar. A categorização será efetuada da seguinte forma: ao assistir a fita de vídeo de cada uma das interações vocês irão observar, de início, o comportamento do odontopediatra, registrando a frequência de suas categorias de resposta a cada intervalo de 2 minutos. É possível rebobinar a fita e rever o trecho sempre que considerarem necessário. Posteriormente, deverão proceder da mesma forma para categorizar os comportamentos infantis. Qualquer dúvida, entrem em contato com a pesquisadora:

CATEGORIAS PROFISSIONAIS		
	Condutas Positivas	Exemplos
Descrição do Procedimento e do Funcionamento do Equipamento	Verbalizações que descrevem o que ele ou a criança está fazendo, o que está acontecendo no momento, ou os comportamentos encobertos envolvidos na situação.	<i>Agora eu vou pegar a escovinha! Acho que você está com medo!</i>
Fazer Perguntas	Comentários descritivos ou reflexivos expressos em forma de pergunta e que não direcionam ou criticam o comportamento da criança.	<i>Acho que você vai gostar do morango, né?!</i>
Fantasiar	Utilizar objetos mágicos ou de personagens do cotidiano da criança no intuito de atribuir um caráter lúdico ao procedimento.	<i>Aperta o nariz para a cadeira mágica subir. Agora eu vou pegar o Bob Esponja!</i>
Oferecer Conforto Emocional ou Contato físico	Comportamentos verbais, ou não, nos quais se demonstra que compreende os sentimentos da criança, e se utiliza de afetividade para com a mesma, tais como beijos, abraços e carinhos (não incluindo contato físico no intuito de imobilização)	
Elogiar	Verbalizações dirigidas a criança que expressam apreciação ou aprovação por seu comportamento ou característica física.	<i>Que dente mais lindo!</i>
Distrair a Criança com outro Assunto/ Estímulo	Fazer comentários não relativos os procedimentos clínicos ou chamar atenção de criança para objetos/ situações/ pessoas não envolvidas no mesmo	<i>Vamos ficar bem bonito que aquela tia vai filmar! Olha só meu nariz de palhaço!</i>
	Condutas Negativas	Exemplos
Crítica / Restrição Verbal	Verbalização que salienta um aspecto negativo da criança ou limita de alguma forma seu comportamento, apontando algo que não deve ser feito.	<i>Tá doído! Não morde o dedo da tia!</i>
Restrição/ Imobilização Física	Segurar alguma parte do corpo da criança durante a execução do procedimento utilizando, ou não, de materiais e equipamentos apropriados para isto.	
Ordens/ Direcionamentos	Ordem, pedido ou sugestão, que indica qual comportamento é esperado da criança direta ou indiretamente.	<i>Segura a girafa pra tia. Deixa o bocado bem aberto, tá?</i>
Deixar a Criança	Solicitar que a criança permaneça sozinha na cadeira, e deixar	<i>Fica quietinho que a tia já volta, tá?</i>

Sozinha	o lugar para buscar equipamentos ou conversar com outras pessoas.	
Falar com Outras Pessoas sobre a Criança como se ela não Estivesse Presente	Conversar com a mãe da criança ou com outros profissionais durante a execução do procedimento clínico, sem explicar a esta o conteúdo do diálogo.	<i>Olha, você tá vendo este dente aqui?</i> (dirigido para a mãe).

CATEGORIAS INFANTIS

Comportamentos Cooperativos		Exemplos
Falar	Emissão de comportamento verbal espontâneo durante a execução do procedimento (não incluindo temática de protestos).	<i>Também tem uma escova lá na minha casa!</i>
Responder Verbalmente	Emissão de comportamento verbal em resposta a estímulo verbal emitido pelo profissional.	<i>Você vai lembrar a tia de te dar um desenho?</i> (profissional) <i>Sim!</i> (criança)
Solicitar Informação	Questão verbal em que a criança pede informações acerca do procedimento.	<i>Para quê serve isso?</i>
Buscar Suporte Emocional	Solicitação verbal ou não de abraço, beijo, colo ou outro tipo de consolo do próprio profissional ou de outra pessoa.	<i>Eu vou lá com a minha mãe!</i>
Olhar para a Execução do Procedimento	Olhar dirigido para a execução do procedimento ou para os equipamentos utilizados.	
Auxiliar na Execução do Procedimento	Comportamento verbal, ou não, da criança que indique sua participação ativa na realização do procedimento.	<i>Deixa que eu seguro a girafa!</i>
Comportamentos Opositores		Exemplos
Chorar/ Choramingar	Evocação de lágrimas e sons típicos não verbais.	<i>Anh, anh, anh!</i>
Comportar-se de Modo Nervoso	Manifestações físicas ou faciais de apreensão no que concerne à realização do procedimento clínico.	
Agredir Fisicamente	Ações que incluem emissão de comportamentos físicos contra outras pessoas ou objetos, como morder, chutar, beliscar ou dar tapas.	
Gritar	Expressão vocal aguda de alta intensidade, sem emissão de palavras.	
Fugir ou Movimentar-se até a Imobilização	Deixar a cadeira ou movimentar-se sobremaneira antes do término do procedimento clínico.	
Protestar	Não seguimento das atividades propostas pelo profissional, ou emissão de comportamento verbal em recusa ao mesmo.	<i>Pára!</i> <i>Tá doendo!</i>

Nota: Quando a categoria em questão se referir a comportamentos verbais, a frequência dos mesmos deve ser registrada a cada pausa de, aproximadamente, dois segundos entre eles. Quando se tratar de comportamento motor, cada nova movimentação deve ser contada como a emissão de um novo padrão. Já o imobilizar ou restringir fisicamente e os choros serão cronometrados durante todo o intervalo de tempo do procedimento. Cada intervalo de cinco segundos de choro/choramingo ou de restrição/ imobilização física será considerado como a emissão de uma resposta destas categorias.

APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa da qual você estará participando faz parte das atividades de um estudo que investiga a interação profissional/paciente em odontopediatria. Esclarecemos que, por se tratar de um trabalho de pesquisa da Universidade, é importante que os participantes estejam cientes e concordem com os termos abaixo:

1. O objetivo da pesquisa é auxiliar os odontopediatras em seu relacionamento com os pacientes infantis, através do conhecimento de alguns de seus comportamentos com relação a estes, bem como destes em relação a si próprio;
2. Serão gravadas em vídeo algumas de suas interações (ou de seu filho) durante a realização do procedimento odontológico para posterior análise e possível discussão com os profissionais em questão;
3. Terão acesso ao conteúdo do vídeo, além dos profissionais, apenas quatro alunas envolvidas em sua análise, a pesquisadora e sua orientadora;
4. A coleta destes dados será realizada durante os dez minutos iniciais de um único procedimento clínico. Todavia, se eventualmente houver problemas com a gravação, talvez seja necessária uma segunda filmagem;
5. Em qualquer momento durante a pesquisa, você (ou seu filho) poderá desistir de sua participação, sem que isso traga nenhum prejuízo para você, ou para o tratamento odontológico que seu filho esteja realizando.
6. Os participantes terão sua identidade preservada e garantia de sigilo das informações pessoais em caso de divulgação dos resultados em publicações ou eventos científicos.
7. Os participantes terão acesso irrestrito aos resultados desta análise, e, caso se interessem, poderão solicitar acesso aos resultados finais da pesquisa, após a conclusão da mesma.

No mais, a equipe de pesquisa estará à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários em quaisquer momentos da condução deste trabalho e mesmo após sua finalização. Contatos podem ser feitos pelos telefones abaixo.

Londrina, ___/___, 2005.

Daniele Pedrosa Fioravante
Pesquisadora (3356-5387)

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

Assinatura da Mãe

(no caso de participação das crianças)

Assinatura do Profissional

(no caso da participação deste)