

**UNIVERSIDADE FERDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**

Análise da interação profissional-paciente no atendimento odontopediátrico como requisito para a capacitação do dentista para o trabalho com pacientes especiais.

Gustavo Sáttolo Rolim

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial do Centro de Estudos em Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Educação Especial.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Deisy das Graças de Souza

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

São Carlos

2006

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

R748ai

Rolim, Gustavo Sáttolo.

Análise da interação profissional-paciente no atendimento odontopediátrico como requisito para a capacitação do dentista para o trabalho com pacientes especiais / Gustavo Sáttolo Rolim. -- São Carlos : UFSCar, 2006.

98 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2006.

1. Educação especial – métodos de ensino. 2. Análise comportamental aplicada. 3. Crianças deficientes - educação. 4. Controle aversivo. I. Título.

CDD: 371.9043 (20^a)

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^{fa}. Dr^a. Deisy das Graças de Souza

Universidade Federal de São Carlos

Prof^{fa}. Dr^a. Ana Lucia Rossito Aiello

Universidade Federal de São Carlos

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Universidade de Brasília

Agradecimentos

À profa. Deisy das Graças de Souza, orientadora deste trabalho, pela simpatia e paciência durante a minha formação.

Ao prof. Isaías Pessotti, pela leitura do material e pelas indicações e orientações indispensáveis desde a qualificação.

À profa. Ana Lucia Rossito Aiello, pelas sugestões realizadas no exame de qualificação e pelas indicações de revisão e leitura.

Ao prof. Áderson Luiz Costa Junior, pela amizade e orientação ao longo desses anos.

Ao prof. José César, amigo e mestre, pelo carinho e por minha formação.

À profa. Rosana de Fátima Possobon, pela sugestões de método e indicações para a condução dos atendimentos.

À Dolores pelo auxílio e pela amizade.

À Karina, Laura, Cátia, Vanessa, Seyla, Cida, Leatrice, Cristiane, Ludmila, ... , que em momentos e funções diferentes, auxiliaram essa pesquisa.

Às crianças e cuidadores que participaram dessa pesquisa.

À CAPES pela bolsa de pesquisa concedida.

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos.

Agradecimento Especial

Ao pesquisador, professor e amigo, Antonio Bento Alves de Moraes, agradecer seria pouco por todo o apoio e incentivo.

Aos meus pais,

À minhas irmãs e cunhados.

Ao(s) meu(s) sobrinho(s).

A todos que colaboraram com essa pesquisa. Meu muito obrigado.

A todas que incentivaram e me ofereceram abrigo.

Ao demiurgo e as caminhadas.

Despeço-me.

SUMÁRIO

Resumo		09
Abstract		10
Introdução		12
Estudo 1	Objetivo	25
	Método	
	Participantes	26
	Situação e Local	28
	Procedimento	28
	Procedimento de análise	29
	Resultados	34
	Comentários gerais	59
Estudo 2	Objetivo	66
	Método	66
	Participantes	67
	Procedimento	67
	Procedimento de coleta dos dados e análise	67
	Resultados	68
	Comentários gerais	78

Discussão Geral	79
Comentários Finais	84
Referências	86
Anexos	95
Anexo 1 – Certificado do comitê de ética	96
Anexo 2 – Termo de consentimento livre e esclarecido	97
Anexo 3 – Protocolo de registro	98

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 1 e do Dentista em cada sessão de atendimento.	35
Figura 2	Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 2 e do dentista em cada sessão de atendimento.	39
Figura 3	Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 3 e do dentista em cada sessão de atendimento.	43
Figura 4	Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 4 e do dentista em cada sessão de atendimento.	51
Figura 5	Frequência relativa das respostas dos participantes categorizadas (Movimento, Choro, Resistência e Contenção) em cada sessão, agrupadas em cada condição experimental.	53
Figura 6	Frequência acumulada de respostas da criança 5 e do dentista nas quatro sessões do primeiro tratamento e nas duas sessões do segundo tratamento.	70
Figura 7	Frequência acumulada de respostas da criança 6 e do dentista nas quatro sessões do primeiro tratamento e nas duas sessões do segundo tratamento.	74

RESUMO

A situação de tratamento odontológico, os comportamentos do cirurgião-dentista e o ambiente do consultório freqüentemente adquirem funções aversivas, passando a fazer parte de relações funcionais definidas como comportamentos de medo e ansiedade. O objetivo desse trabalho foi descrever as estratégias comportamentais empregadas pelo cirurgião-dentista e seus possíveis efeitos na modificação dos comportamentos de fuga ou esquiva de crianças durante o atendimento odontológico. Os participantes foram um dentista e seis crianças com história prévia de dificuldades em atendimentos. Foram realizados dois estudos. No primeiro estudo o procedimento geral consistiu em oito sessões de tratamento separadas em duas condições experimentais. Na Primeira Condição Experimental o atendimento era conduzido de acordo com procedimento padrão, exceto pela exigência explícita de não usar contenção física e ameaça contingente a comportamentos de não colaboração. Esta exigência foi suspensa para a Segunda Condição Experimental. No segundo estudo foram realizados dois momentos de atendimento sem qualquer exigência, separados por um intervalo de dois anos. Nos dois estudos, todas as sessões foram gravadas em VHS e analisadas seqüencialmente. Nas gravações foram inseridos sinais sonoros a cada 15 segundos. A cada sinal a resposta da criança e do profissional era registrada segundo categorias previamente definidas em um protocolo de registro. Os tratamentos foram analisados por sessão e por rotina odontológica realizada. Os registros foram feitos por observadores independentes e mostraram confiabilidade adequada. Os resultados mostraram que crianças com história comportamental de não colaboração, quando expostas, repetidamente, ao mesmo tipo de situação apresentam

diminuição na frequência de suas respostas não colaborativas, que podem ser interpretadas como resultantes de um processo de extinção. A extinção ocorreu para as respostas interativas do dentista no decorrer das sessões. Frente a não colaboração das crianças o dentista utiliza-se da Contenção Física para realizar o tratamento. O Participante 1 colaborou com o tratamento. No momento em que o dentista utilizou-se da Contenção Física e essa criança emitiu respostas de fuga (contracontrole). Para o Participante 2, a Contenção Física pode ser considerada como punitiva, pois suprimiu os comportamentos não cooperativos. Com relação ao atendimento do Participante 3, 4, 5 e 6 é possível inferir que o uso da restrição só pode ser considerada uma estratégia de manejo eficiente quando foi empregada contingente à resposta não cooperativa. Os resultados sugerem que o dentista e a criança aprendem a se comportar um em relação ao outro durante o tratamento odontológico, e que essa situação é importante não apenas para a saúde bucal, mas, também, para a promoção do desenvolvimento de repertórios de enfrentamento de situações que envolvam eventos aversivos.

Palavras Chave: Controle Aversivo, Psicologia Aplicada à Odontologia, Contenção Física, Fuga, Esquiva.

ABSTRACT

The dental treatment and all its components (behaviors and the clinical environment) frequently acquire aversive functions. The objective of this study was to describe strategies used by the dentist and its effects on children's escape or avoidance behaviors during the dental treatment. Participants were a dentist and six children with previous history of traumatic dental treatment. Two studies were carried out. In first study the procedure consisted of eight sessions separated by two Experimental Conditions. In the First Condition, treatment should be conducted at the first 4 sessions with an explicit requirement of not using children's Physical Restraint. This requirement was suspended for the Second Condition. In the other study, two dental treatments were carried out without any special requirement, separated by an interval of two years. For both studies, all the sessions were recorded in VHS and behavioral events sequentially analyzed. Children and professional's behaviors were recorded in a formal protocol. The treatments were analyzed session by session and in each dental routine. Records were made by independent observers. Results showed that children with a history of non-cooperative behaviors when exposed to the same type of situation presented a reduction in the frequency of non-cooperative behaviors, what can be supposed to be a result of an extinction process. Extinction also occurred concerning dentist's interactive responses. Dentist used Physical Restraint to manage dental treatment. Participant 1 showed cooperative behaviors during almost all treatment sessions. When the dentist used Physical Restraint, this child emitted escape responses. For Participant 2, Physical Restraint worked as punishment, because it

suppressed non-cooperative behaviors. Considering the treatment of Participants 3, 4, 5 and 6 data reveals the possibility of an extinction process of non-cooperative behaviors. Results suggest that the dentist and child learn with each other during dental treatment, and this situation is important not only for the dental health, but also for the promotion and development of coping repertoires with situations that involve aversive events.

Words Key: Aversive Control, Behavioral Dentistry, Psychology, Physical Restraint, Escape, Avoidance.

A psicologia aplicada à área da Saúde, em especial à odontologia, é um campo multidisciplinar que pode ser caracterizado como um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos aplicado às atividades de promoção, prevenção e avaliação de comportamentos de pessoas envolvidas em situações de cuidados de saúde ou expostas a tratamentos (Moraes & Pessotti, 1985).

A situação de tratamento odontológico, os comportamentos do cirurgião-dentista e o ambiente do consultório são freqüentemente percebidos como aversivos para a criança e quando acontece, produz um vasto repertório de comportamentos indicadores de medo e ansiedade (Moraes, Costa Junior & Rolim, 2004).

A literatura tem gerado várias explicações para a sensação de repulsa e a evocação de comportamentos não-colaborativos por crianças expostas a tratamento odontológico, incluindo, dentre outras: (a) o estabelecimento da autoridade do cirurgião-dentista e a submissão compulsória da criança a situações de restrição e impotência; (b), a exposição a procedimentos odontológicos desagradáveis; (c) o medo do desconhecido e; (d) a dificuldade de oferecer à criança explicações compatíveis ao seu nível de desenvolvimento cognitivo (Silva, Guedes-Pinto, Reginato & Chippari, 1992).

De acordo com essas interpretações, estes eventos estabelecem um conjunto de contingências que permitem vivenciar as sessões de tratamento odontológico como episódios potencialmente aversivos, o que aumenta a probabilidade da evocação de respostas emocionais e comportamentos que indicam sofrimento e protesto (Locker & Lidell, 2000; Moraes & Pessotti, 1985; Townend, Dimigen & Fung, 2000).

O paciente que apresenta um problema de saúde bucal necessita da intervenção de uma outra pessoa profissionalmente habilitada. O fato de que o paciente não pode resolver seu problema com seus próprios recursos pode gerar produz um estado emocional de impotência, criando dificuldades naturais de relacionamento com aquele(a) que se propõe a cuidar do problema, especialmente se o ato de cuidar envolver ações de manipulação bucal com instrumentos, procedimentos invasivos e períodos prolongados de tempo, nos quais o paciente permanece com a boca aberta. Para facilitar o enfrentamento destas ações é fundamental que o paciente seja valorizado e incentivado a participar efetivamente do processo de desenvolvimento do seu tratamento odontológico (Moraes & Pessotti, 1985). Segundo alguns autores, no entanto, os profissionais de odontologia ainda não conseguem fazê-lo com eficiência (Piko & Kopp, 2004; Nathan, (2001).

Considerando que medo e ansiedade estão intimamente relacionados à situação de tratamento odontológico, particularmente às contingências dispostas por rotinas odontológicas específicas (Eli, 1992; Moraes e cols, 2004), o cirurgião-dentista pode, com objetivo de proporcionar maior confiança e reduzir a probabilidade da evocação de comportamentos não-colaboradores do paciente, fazer uso de estratégias de manejo de comportamentos. Tais estratégias são caracterizadas por um conjunto de intervenções psicológicas (Explicação, Conte-Mostre-Faça, Distração, etc) que visam construir novos padrões de enfrentamento (mais eficientes) em pacientes expostos a contextos de atendimento à saúde.

A saúde bucal está relacionada à aquisição e adesão a cuidados com o bem estar físico, emocional e social. Hábitos de saúde são ensinados e devem estar relacionados não

apenas ao tratamento, mas, também, à promoção de boas condições de saúde. Quando esses comportamentos não são devidamente adquiridos, ou não são realizados regularmente, procedimentos de reabilitação oral podem ser necessários. Nesse caso, em geral, a odontologia não privilegia as práticas educacionais, mas realiza a restauração da condição de saúde oral. Nestas ocasiões, de modo geral, observa-se que as pessoas se comportam de modo a evitar o atendimento odontológico, cancelando ou adiando sessões, interrompendo ou impedindo o tratamento. Assim, a necessidade de manejo de comportamentos não-colaborativos permanece como um importante requisito para a atuação em odontologia e constitui um problema tanto para os dentistas experientes quanto para estudantes de odontologia. Trata-se efetivamente de um problema de pesquisa, relevante socialmente, e de uma necessidade clínica.

É fato que o atendimento odontológico é considerado aversivo por muitas pessoas. Mas o que seria nele aversivo? O tratamento é realizado com o uso de instrumentos pontiagudos (sondas, alicates, tesouras, seringas) e outros que emitem sons estridentes (por exemplo, o motor alta rotação). Estes equipamentos cortam, afastam, puncionam, suturam, gengivas, músculos; também vibram e extraem dentes. No entanto, é o dentista que se comporta cortando, suturando, puncionando, extraíndo. Esse profissional realiza procedimentos para reabilitação e interage com o paciente, que pode apresentar taquicardia, sudorese e mal estar generalizado frente aos instrumentos e rotinas odontológicas e reagir com reclamações ou outras formas que possam interromper a situação em curso (Locker, Shapiro & Liddell, 1999; Poulton, Thomson, Brown & Silva, 1998; Weiner & Sheehan, 1990).

Para o manejo destas “causas” e “falas” sobre “medo e ansiedade” (compreendidas aqui como comportamentos de fuga e esquiva dos pacientes), o dentista precisa estar atento não apenas aos efeitos dos procedimentos clínicos odontológicos invasivos, mas, também, aos das estratégias de manejo do comportamento. Dentre as várias estratégias de manejo destacam-se: apresentação de materiais e do ambiente odontológico, conte-mostra-faça, controle vocal, exercício da mão sobre a boca (*hand-over-mouth* - HOM), contenção física, persuasão, dessensibilização, reforçamento, distração, presença dos cuidadores, sedação e anestesia geral (American Academy of Pediatric Dentistry, 2003).

A compreensão do medo em humanos não pode deixar de considerar a complexidade das experiências a que estão expostos indivíduos e grupos humanos, especialmente as diversas situações de aprendizagem relacionadas à dor, desconforto, violência e maus-tratos, privação, percepção de incontrolabilidade e invasividade, entre outras.

As experiências, nos mais diversos contextos, devem ser observadas e analisadas a partir dos processos que mantêm, modificam ou suprimem o comportamento das pessoas. Esses processos são, amplamente, classificados como reforçamento e punição e resultam, principalmente, das conseqüências do próprio comportamento (Skinner, 1970). O reforçamento se refere ao aumento na probabilidade de uma resposta, como função de suas conseqüências, enquanto que a punição se refere à redução na probabilidade da resposta em função de suas conseqüências. Reforçamento e punição ainda podem ser classificados como positivo e negativo. O conceito positivo está relacionado à apresentação de um estímulo

no/do contexto e negativo seria a retirada de um estímulo da situação (Hunziker, 2003; Sidman, 1995; Skinner, 1970).

Dos quatro processos de controle comportamental (reforçamento positivo e negativo e punição positiva e negativa), apenas um é não coercitivo, o reforçamento positivo; os outros são considerados coerção (Sidman, 1995). Os eventos reforçadores negativos e os punitivos compartilham uma interligação. Para que o término de um evento seja reforçador negativo, primeiro o evento tem que ocorrer; por exemplo, um ruído intenso tem que acontecer antes que o organismo possa fazer algo para desligá-lo. Ou seja, o processo é iniciado com a exposição do organismo a um estímulo aversivo (Keller & Schoenfeld, 1968; Sidman, 1995; Skinner, 1970).

Os comportamentos reforçados negativamente são tradicionalmente divididos em fuga e esquiva. Respostas de fuga encerram a ocorrência de um estímulo que está presente no momento de resposta. Respostas de esquiva adiam ou cancelam um estímulo que aconteceria se o organismo falhasse em responder (Catania, 1999; Lundin, 1972; Millenson, 1967).

A punição, um procedimento padronizado de reduzir a frequência do comportamento, é a maneira mais comum pela qual os organismos controlam uns aos outros, e as pessoas ainda “guardam” boa parte dessa prática. Os governos, as pessoas, pais, amigos, usam punição para eliminar um comportamento perturbador - dos filhos, dos cidadãos e de outros governos (Skinner, 1970, 2003).

Autores como Sidman (1995) e Perone (2003) apontam que muitos tipos de eventos podem agir como punidores, mas a punição é uma função que deve ser analisada. São

considerados punitivos os eventos que suprimem o responder aos quais são contingentes. Caso esse efeito não seja observado, não se pode considerar punitivo o evento.

No que se refere aos efeitos do controle aversivo, Skinner (1970) considera que um deles está relacionado à situação imediata; um evento que provoca dor ou desconforto torna-se um estímulo discriminativo para comportamento de fuga e esquiva. A pessoa responde frente a um evento do ambiente e se este passa a controlar o comportamento devido a suas diferentes associações com diferentes probabilidades de reforçamento ou punição; o evento é chamado estímulo discriminativo (Matos, 1981). Tanto o processo de reforçamento ou de punição estão relacionados a variáveis contextuais que controlam o responder do organismo. Assim, o estímulo discriminativo é um antecedente para a resposta do organismo, sendo que essa produz alguma consequência no ambiente, que reforçará ou punirá o responder.

Assim, as respostas dos indivíduos devem ser descritas e analisadas no ambiente em que ocorrem. O responder é selecionado por consequências e está associado a condições ou variáveis antecedentes à resposta. Para analisar a função do responder deve-se considerar as condições antecedentes à resposta, a resposta em si e a consequência ambiental que esta produz, para aí sim verificar os efeitos da interação entre o ambiente e o organismo que responde.

O organismo exposto a eventos aversivos, essencialmente em uma relação de punição, aprende a discriminar eventos e variáveis e nessa situação respostas de fuga e de esquiva são selecionadas. Frente a uma a estimulação aversiva (estímulo discriminativo),

qualquer comportamento que reduza, afaste ou termine com a situação será reforçado negativamente.

Um terceiro efeito relacionado às estimulações que acompanham a resposta seguida por um estímulo aversivo, é que os eventos que são pareados com a estimulação aversiva podem tornar-se, eles mesmos, aversivos. Lugares onde é experimentada uma estimulação aversiva tornam-se aversivos. Assim, na situação odontológica, o próprio ambiente, incluindo o dentista, podem tornar-se estímulos aversivos condicionados.

Do ponto de vista ético e até em relação à sua eficácia, Skinner (1970, 2003) preconizou enfaticamente que seria preferível o controle do comportamento por meio de contingências reforçadoras. Esse autor argumenta que a punição gera subprodutos indesejáveis e, além disso, o controle pelo reforçamento é muito mais eficaz, argumento que é, também, adotado por Sidman (1995). Por isso, tanto Skinner quanto Sidman descartam completamente a punição, a menos que outras alternativas falhem completamente.

O processo de punição ocorre quando uma resposta produz conseqüências que diminuem sua probabilidade de ocorrência, porém sua efetividade tem sido alvo de muitas controvérsias. Skinner insistiu em compreender a punição como um domínio separado, argumentando que a punição somente teria efeitos indiretos sobre o comportamento. Enfatizou, também, sua ineficácia com base na recuperação da resposta quando ela é interrompida. Entretanto, Catania (1999) e Hineline (1984) argumentaram, que de acordo com este critério, o reforço positivo também deve ser considerado ineficaz, pois também apresenta efeitos temporários (Cameschi & Abreu-Rodrigues, 2005).

Além disso, mesmo situações tipicamente consideradas como de reforçamento positivo, podem envolver variáveis aversivas (Perone, 2003). O controle aversivo é inevitável porque toda contingência positiva pode ser explicada em termos negativos. Esta questão pode ser feita de várias formas. Baum (1999) notou que o reforçamento pode ser entendido como a transição de uma situação para outra. Esta transição representa uma “melhora” nas condições ambientais que facilitam o responder do indivíduo. No entanto, a produção de melhores condições também podem ser observada como fuga de condições relativamente aversivas. Deste modo, pode-se dizer que o rato pressiona a barra porque tal comportamento produz comida (reforçador positivo) ou porque foi privado da comida (reforço negativo – eliminação de uma estimulação aversiva).

O problema é que a distinção entre reforçamento positivo e negativo frequentemente não é clara, mesmo em procedimentos de laboratório. Michael (1975) sugeriu que a distinção seja abandonada. Contudo a manutenção dessa distinção permite delinear pesquisas e intervenções que visem a identificação de técnicas, consideradas, indesejáveis (Perone, 2003).

Há autores que rejeitam a idéia de que punição possa diminuir a força da resposta ou mesmo inibi-la (Dinsmoor, 1955; Rozenstraten, 1971). A hipótese de esquiva, que estaria relacionada ao processo de punição, postula que existe reforço no não responder. O reforço estaria na não punição que seguiria aquela resposta que foi punida. Ou seja, o não responder não leva à consequência punitiva. As respostas punidas diminuem porque surgem outras respostas que poderão aumentar de frequência. Essas seriam as respostas de esquiva, estas, sim, de alguma forma reforçadas.

Assim, haveria uma interdependência no processo de punição e esquiva. A única diferença é que na punição, estímulos aversivos são produzidos pela resposta, enquanto que na esquiva os estímulos aversivos presentes são pospostos pelo responder. Na esquiva o sujeito é punido por não responder e na punição é punido caso responda.

Dinsmoor (1954, 1977) defendeu a hipótese de que a esquiva estaria relacionada à emissão de comportamentos competitivos e a estímulos discriminativos. Os sujeitos emitiriam comportamentos diferentes daqueles que foram punidos. Aparentemente, essa hipótese é positiva no sentido de propor que o organismo que emite uma resposta e sofre a estimulação aversiva passa a emitir outros comportamentos que não aquele que foi punido.

É importante considerar, ainda, a função eliciadora de estímulos conseqüentes ao comportamento. A eliciação de respondentes e a emissão de comportamentos operantes devem ser considerados como dois processos que compõe o comportar-se do sujeito. Para uma análise funcional deve-se descrever as condições em que o sujeito responde e os efeitos que suas respostas produzem no ambiente.

Ainda não há consenso na literatura sobre a utilização e nem sobre os efeitos do controle aversivo em pesquisas aplicadas na área de Saúde. Pinkham (1993) defende que não é indicada a utilização de procedimentos aversivos com crianças pequenas, pacientes sedados e mentalmente incapazes de compreender as exigências que o tratamento clínico impõe. No entanto, Colares & Richman (2002) encontraram que 79% das crianças comportam-se de forma “negativa” ou “definitivamente negativa” com relação ao atendimento odontológico, impossibilitando intervenções e estratégias de manejo do comportamento. Sobre este problema, Connick, Palat & Pugliese (2000) discutem o uso da

contenção física e suas implicações éticas, legais e clínicas. Os autores discutem que o uso de técnicas aversivas é um tema que, há muito tempo, é discutido na literatura odontológica. No entanto, apenas enquanto guias, normas de utilização ou recomendações para que seja utilizada como último recurso em atendimentos a crianças com necessidades especiais ou muito pequenas. As recomendações aparentemente estão relacionadas a uma questão moral, sentimental ou “estrutural” do evento (instrumento ou técnica empregada) e não derivam de conhecimento efetivo sobre seus efeitos.

As reações dos pais, odontopediatras e psicólogos às técnicas de controle de comportamento utilizadas em odontopediatria são discrepantes dos resultados de pesquisa. Costa e colaboradores (2005) realizaram uma pesquisa em que com o uso de questionários abordaram a questão da utilização de várias técnicas de manejo do comportamento de crianças. Os participantes mostraram-se favoráveis à utilização de estratégias como contempestre-faça e reforçamento. Essas estratégias consistem na apresentação dos instrumentos e procedimentos que serão realizados durante o atendimento. A anestesia geral apresentou 80,7% de rejeição para os pais. Para os psicólogos a contenção física feita pela assistente é mais traumática do que o uso da mão-sobre-a-boca, mostrando índice de rejeição de 94,2% e 81%, respectivamente. Conclui-se que a tendência dos entrevistados foi de aceitarem as técnicas que envolvam a comunicação verbal, preferencialmente às técnicas restritivas. Pode-se observar que os entrevistados responderam de forma pouco objetiva, sem analisar quais seriam os efeitos do uso de contenção física ou qual seria o contexto em que essa técnica é empregada. Isso sugere que essa opinião é moral e/ou sentimental e não baseada em resultados de pesquisa.

O comportamento deve ser entendido enquanto função, ou seja, uma interdependência entre o organismo e o ambiente. Não deve ser entendido como uma estrutura; as variáveis não são aversivas em si mesmas, elas adquirem propriedades aversivas no contexto (Perone, 2003).

Nesse sentido, Singh, Moraes & Cesar (2002), analisando os comportamentos do dentista na relação profissional-paciente e como estes afetam os comportamentos de crianças temerosas, demonstraram nos períodos em que o dentista era impedido de utilizar a contenção física (por instrução do pesquisador), ele realizava estratégias de manejo (distracção, persuasão, instrução) ou punia verbalmente o comportamento da criança. No entanto, esses procedimentos mostraram-se ineficazes para modificação dos comportamentos não colaboradores. Apenas quando foi introduzida a utilização do procedimento de contenção física houve a realização dos atendimentos e a modificação do comportamento não colaborador.

Resultados semelhantes foram descritos também por Rolim, Moraes, César & Costa Jr. (2004). Os autores demonstram que padrões comportamentais de evitação de crianças como movimentar-se, tapar a boca, chorar e gritar apenas foram modificados com o uso de uma estratégia considerada aversiva (contenção física), realizada pela mãe e/ou pelo auxiliar odontológico. Os resultados permitiram inferir que o controle aversivo funcionou como uma operação estabelecadora para a evocação de comportamentos compatíveis com o tratamento odontológico.

A utilização de reforçamento positivo é, certamente, a estratégia mais adequada socialmente para a evocação de respostas colaboradoras, mas, utilizá-la com crianças

temerosas exigiria um tempo adicional, ou um maior número de sessões de atendimento, que o processo dinâmico da doença bucal nem sempre permite esperar. Além disso, serviços públicos de atendimento em saúde bucal não dispõem, em geral, de infra-estrutura física e de pessoal treinado para exercer a prevenção e auxiliar na reabilitação sem utilização de contenção física. Pragmaticamente, a questão é de custo-benefício e é esta a situação que se apresenta para estudar controle aversivo em um serviço de saúde. A contenção física constitui um tipo de controle aversivo quando observamos que ela enfraquece comportamentos considerados “inadequados” à situação odontológica. A técnica é recomendada como último recurso a ser utilizado para modificação comportamental, como também, é rejeitada por especialistas e cuidadores por questões morais. Essa estratégia é a utilizada e seus efeitos ainda são pouco claros na área de saúde.

Não existe, na área odontológica, qualquer discussão empírica sobre o emprego e a avaliação do uso de estratégias comportamentais, sobre o momento e a eficácia da técnica. O que se observa na clínica seria o uso de estratégias ainda voltadas para o que alguns autores classificam como estilo do profissional da saúde. Weinstein, Getz, Ratener & Domoto (1982), apontaram para essa questão. Os cirurgiões dentista não planejam a sessão odontológica, ou melhor, eles operacionalizam o tratamento clínico, mas não as estratégias comportamentais a serem empregadas durante o tratamento.

Observa-se que contribuições da psicologia têm sido úteis tanto para facilitar a ação do cirurgião-dentista no consultório, quanto para modificar crenças e hábitos de indivíduos no que se refere aos cuidados com a higiene bucal, alimentação e a saúde em geral (Costa Jr., 2002; Ingersoll, 1982). O que vale ressaltar, quando se refere à aplicação de

conhecimentos da psicologia à odontologia, é a reflexão de uma filosofia de atenção integral à saúde do indivíduo, em sua unidade biopsicossocial, considerando seu ambiente físico e seu meio sociocultural (Singh, Moraes & Ambrosano, 2000).

Nesse sentido, Costa Jr. (2002) aponta que um dos principais objetivos da psicologia aplicada à odontologia é disponibilizar estratégias para a promoção e manutenção do estado geral de saúde do indivíduo, bem como prevenir e facilitar o enfrentamento eficiente de problemas bucais.

Nessa pesquisa, procurou-se descrever o “estilo” ou padrão comportamental do cirurgião-dentista no atendimento odontopediátrico, assim como, descrever os efeitos que a estratégia de contenção física produz no responder da criança e do dentista, o que possivelmente poderá sugerir avaliações sobre o uso dessa técnica. Esta dissertação está organizada com a apresentação de dois estudos que têm como objetivo descrever e analisar o controle aversivo envolvido na utilização da estratégia contenção física sobre a interação profissional – paciente.

ESTUDO 1

Análise do controle aversivo potencialmente envolvido na utilização da estratégia contenção física sobre a interação profissional – paciente

OBJETIVO

Analisar e descrever a interação profissional – paciente do ponto de vista do controle aversivo potencialmente envolvido na estratégia de contenção física e de comportamentos emocionais, de fuga e de esquiva de pacientes odontopediátricos.

Tomando como material de análise filmes em vídeo teipe sobre sessões de atendimento odontopediátrico, o presente estudo teve como objetivo analisar relações entre os comportamentos de crianças e cirurgião-dentista, procurando identificar na situação odontológica os efeitos que as respostas do profissional produzem no comportamento da criança e identificar na situação odontológica os efeitos que as respostas da criança produzem no comportamento do profissional.

Para esta finalidade foram identificadas e categorizadas as estratégias comportamentais empregadas pelo cirurgião-dentista e as condições em que ocorriam, assim como os comportamentos do paciente odontopediátrico ao longo das sessões. A análise buscou identificar evidências de que tipos de efeitos as estratégias tinham sobre o comportamento da criança, sobretudo se evocavam, mantinham ou reduziam comportamentos colaborativos e comportamentos de fuga e de esquiva.

MÉTODO

Participantes

Os participantes foram um cirurgião-dentista, com mais de 5 anos de experiência clínica em atendimento odontopediátrico, e quatro crianças, dois meninos e duas meninas (1, 2, 3 e 4) com média de 4,5 anos de idade, que apresentavam histórias de não-colaboração em tratamentos odontológicos (TO). As crianças viviam com suas famílias e em condições sócio-econômicas baixas (renda familiar próxima de três salários mínimos) e não freqüentavam escola ou creche.

O critério para seleção dos participantes foi: faixa etária de 4 anos, condição de saúde bucal (pelo menos 4 dentes para tratamento restaurador) e história de não colaboração.

Neste estudo, história de não colaboração foi definida como comportamentos que impediram ou interromperam, em mais de uma oportunidade, tratamentos odontológicos anteriores. As histórias das experiências odontológicas foram conhecidas a partir dos relatos dos cuidadores. A seguir, estão apresentados alguns aspectos dessas histórias.

O Participante 1 passou por atendimento odontológico em três oportunidades e não permitiu a realização da rotina Exame Clínico nestas visitas, em que chorou e tapou a boca com as mãos.

A Participante 2 teve um grande número de experiências odontológicas. Segundo o relato da mãe, foram realizadas 15 sessões de atendimento sem que a criança atendesse de forma colaborativa às exigências do tratamento. Ainda assim, passou por intervenções clínicas tanto restaurativas quanto de exodontia. Em geral, chorou e impediu as ações dos dentistas. Nessas condições, o tratamento odontológico foi realizado com o uso da estratégia de contenção física.

O Participante 3 foi levado cinco vezes a um serviço público odontológico, com queixa de dor e desconforto. A criança recusava-se a sentar na cadeira odontológica, não permitia a realização dos procedimentos e foi submetida ao tratamento sob contenção física.

Em três experiências, ou visitas, ao dentista, a Participante 4 não colaborou com qualquer exame clínico e foi dispensada nestas sessões. Essa criança chorava e tapava a boca com suas mãos, mesmo com repreensões e contenção física.

Na sala de espera, o experimentador informou o cuidador sobre os objetivos da pesquisa e sobre a sala em que a criança seria atendida. A participação do mesmo na sala durante o tratamento foi permitida e incentivada. Ainda na sala de espera, solicitou-se ao cuidador a permissão para que o tratamento e as explicações sobre a pesquisa fossem filmadas. Mediante o consentimento, o cuidador, a criança e o dentista foram conduzidos à sala de atendimento e o pesquisador reafirmou os objetivos da pesquisa e entregou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Após a leitura do termo, este foi assinado pelos participantes e o tratamento e a pesquisa foram iniciados.

SITUAÇÃO E LOCAL

O estudo foi realizado no Laboratório de Pesquisa Aplicada (LPA) de um Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae da FOP/UNICAMP). O LPA é composto por uma sala com dois ambientes. No primeiro ambiente existe um espaço para recreação, com uma mesa, quatro cadeiras e uma estante com brinquedos; estes móveis são de tamanho adequado para uso de crianças.

O segundo ambiente é o local de atendimento, composto por um lavatório, uma cadeira odontológica, um equipo, dois mochos e um armário para materiais odontológicos. Nesta sala há um espelho unidirecional. Do outro lado do espelho, existe uma sala de observação que possui uma bancada sobre a qual encontra-se uma filmadora JVC, um aparelho de som com gravador Gradiente, uma televisão Sony 29 polegadas e um vídeo cassete Sony.

A sala de espera do Cepae localiza-se próxima à sala de atendimento e possui cadeiras e um quadro em que são afixados cartazes com informações sobre a rotina do Centro e sobre desenvolvimento infantil. Há, neste ambiente, um espaço com brinquedos e lousa para as crianças.

EQUIPAMENTO

Os materiais cirúrgicos, aparelhos e equipamentos odontológicos, jogos e brinquedos, filmadora, fitas, computador, televisão, vídeo e microfones estão disponíveis

no centro de pesquisa e foram utilizados com o consentimento dos coordenadores do Cepae.

PROCEDIMENTO

Foram realizadas 8 sessões de atendimento odontológico com duas condições experimentais, implementadas em sessões sucessivas de tratamento odontológico.

Na primeira condição (quatro sessões iniciais) o profissional deveria realizar o atendimento e poderia utilizar estratégias comportamentais Distrativas e Diretivas para o manejo do comportamento, mas não deveria utilizar, em qualquer circunstância, restrição física ou ameaça verbal. O profissional foi instruído pelo pesquisador e pelo coordenador do Cepae quanto a esta restrição.

Na segunda condição, implementada da 5^a. a 8^a. sessões, o atendimento odontológico deveria ser realizado, mesmo que para isso fosse necessário o emprego da estratégia comportamental de Contenção Física.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

REGISTRO DOS DADOS

As sessões de atendimento eram registradas em videoteipe, utilizando-se um equipamento de câmera de VHS instalado na sala de observação. As sessões gravadas também eram marcadas com sinais sonoros (bipe) a cada quinze segundos. As fitas das sessões de atendimento foram, posteriormente, observadas e analisadas seqüencialmente

por dois observadores independentes e treinados que registravam os eventos comportamentais, sob forma de categorias, em protocolos de registro especialmente planejadas (ver Anexo 3). Os comportamentos eram registrados a cada quinze segundo no momento da ocorrência do bipe.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

As categorias das respostas do profissional e das crianças foram selecionadas de relatos científicos (Costa, Jr, 2001; Possobon, 2003; Rolim e cols, 2004). A coleta dos dados foi realizada partir de observações das fitas por dois observadores independentes. A concordância média entre os observadores, calculada em 25% das sessões, foi de aproximadamente 90%. Cada sessão foi analisada integralmente e as respostas da criança e do cirurgião dentista foram categorizadas em cada intervalo. Identificou-se também as rotinas odontológicas realizadas ao longo de cada sessão de tratamento, o que permitiu relacionar os comportamentos da díade profissional – paciente a cada rotina.

As categorias para os procedimentos clínicos, os comportamentos das crianças e os comportamentos do dentista estão apresentados nos itens a, b e c, respectivamente, a seguir:

a) Procedimentos Clínicos Observados

As sessões de atendimento clínico foram analisadas considerando-se a seqüência de procedimentos odontológicos que foram designados como rotinas odontológicas. Estas estão descritas a seguir.

Entrada (E): Condução da criança à cadeira odontológica e a paramentação do cirurgião-dentista com gorro, óculos, máscara e luvas para o início do tratamento.

Exame Clínico (EC): Rotina odontológica destinada a identificar e registrar em ficha clínica as necessidades de tratamento odontológico do paciente.

Anestesia Tópica (AT): Rotina odontológica em que o cirurgião-dentista passa o anestésico tópico, com o uso de cotonete, na gengiva do paciente, próximo ao dente que será tratado.

Anestesia Injetável (AI): Rotina em que o cirurgião-dentista insere a seringa anestésica com agulha, injeta o líquido anestésico na cavidade bucal da criança.

Isolamento Absoluto (IA): Instalação do lençol de borracha.

Preparo Cavitário (Pc): Remoção de cárie utilizando colher de dentina, motor de alta e baixa rotação.

Restauração (R): Inserção do material restaurador (resina ou amalgama).

b) Avaliação dos Comportamentos da Criança

Foram destacadas para a análise as seguintes categorias de comportamentos não colaborativos. Essas categorias foram selecionadas com base no trabalho de Possobon (2003).

- Resistência: observou-se e registrou-se como resistência às respostas que não permitem o início do atendimento, emitindo

comportamentos como esconder o rosto com as mãos, virar-se de costas para o cirurgião-dentista, recusar-se a se deitar na cadeira odontológica, sair da cadeira, tampar a cavidade bucal, cerrar os lábios, virar o rosto. Ou, quando a criança interrompe um procedimento por meio de um movimento brusco de cabeça ou de corpo, por exemplo, afastando a mão do cirurgião-dentista.

- Movimentar-se de modo nervoso: para a identificação desta categoria considerou-se ações físicas pouco intensas e repetidas da criança (por exemplo, apertar as mãos, esfregar os pés, balançar as pernas), mesmo quando permite a realização do procedimento odontológico.
- Choro: sons mais ou menos agudos, algumas vezes acompanhados de lágrimas.

c) Avaliação dos Comportamentos do Cirurgião-Dentista

As categorias de comportamentos do cirurgião dentista selecionadas para observação e registro e posterior a análise foram basearam nos estudos de Possobon (2003) e Rolim e colaboradores (2004). Seguem abaixo:

- Diretiva: Esta estratégia visa proporcionar à criança um maior conhecimento sobre o que vai ser realizado durante o atendimento. Consiste em apresentar à criança os equipamentos e os

procedimentos a serem utilizados, demonstrando as rotinas clínicas de forma visual, tátil e auditiva, antes de realizar o tratamento.

- Distrativa: Nessa categoria incluem-se respostas como, cantar, contar história, ou tranquilizar a criança falando “está tudo bem”, “já vamos terminar”, “seus dentes estão bonitos” ou agradando fisicamente a criança.
- Contenção Física: Esta categoria envolve ações do próprio dentista, do auxiliar e/ou do acompanhante que seguram a criança de maneira a restringir seus movimentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos estão apresentados em gráficos de respostas acumuladas dos participantes e do cirurgião-dentista tal como registrados em cada rotina e sessão de tratamento odontológico (Figuras 1, 2, 3 e 4). As Figuras 1 a 4 mantêm a mesma formatação gráfica.

A Figura 1 apresenta os resultados relativos ao Participante 1. Pode-se observar curvas acumuladas de respostas na Primeira e na Segunda Condição Experimental, separadas por uma linha pontilhada vertical. Ressalta-se que na primeira condição o uso da estratégia Contenção Física era proibido (por regra), o que não ocorria na segunda condição. O painel superior apresenta as curvas de respostas do participante e o painel inferior apresenta as curvas do cirurgião dentista. No eixo x do painel inferior são identificadas cada sessão e as rotinas odontológicas realizadas (Entrada - E, Anestesia Tópica - AT, Anestesia Infiltrativa - AI, Isolamento Absoluto - IA, Preparo Cavitário - PC e Restauração - R), o número de períodos da rotina e a duração da sessão. As categorias de respostas são apresentadas em curvas individuais, identificadas pelos símbolos, conforme a legenda.

Na Primeira Condição Experimental, da 1ª. a 4ª. sessão do Participante 1, em que vigorava a regra “não utilizar a técnica de restrição física”, a criança apresentou respostas de Choro e Movimento nas rotinas Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Restauração Provisória na primeira e segunda sessões. As respostas representadas nas curvas das categorias mostram freqüências de respostas não colaborativas próximas a zero, na terceira

e quarta sessão do tratamento. As respostas acumuladas do dentista mostram aceleração positiva nas curvas Diretiva e Distrativa. Nestas quatro sessões foram realizados todos os procedimentos clínicos odontológicos.

Na Segunda Condição Experimental, da quinta a oitava sessão, a criança apresentou respostas como Movimento e Choro na rotina Preparo Cavitário nas primeiras sessões desta condição. Na quinta sessão, o dentista emitiu respostas categorizadas como Contenção Física na rotina Preparo Cavitário. Essa estratégia foi utilizada na sessão subsequente, nas duas últimas rotinas (Preparo Cavitário e Restauração). Na 6^{a.}, 7^{a.} e 8^{a.} sessões pode-se observar que as respostas do profissional apresentam valores acumulados menores quando comparados à Primeira Condição Experimental na rotina Preparo Cavitário; no entanto, nesta atividade clínica, o dentista passou a emitir em maior frequência as respostas categorizadas como Diretiva. Observa-se que no decorrer das oito sessões de atendimento o dentista diminuiu a emissão de respostas Diretivas e Distrativas no início de cada sessão, mas a emissão dessas respostas do dentista aumentou frente à não colaboração da criança na rotina Preparo Cavitário.

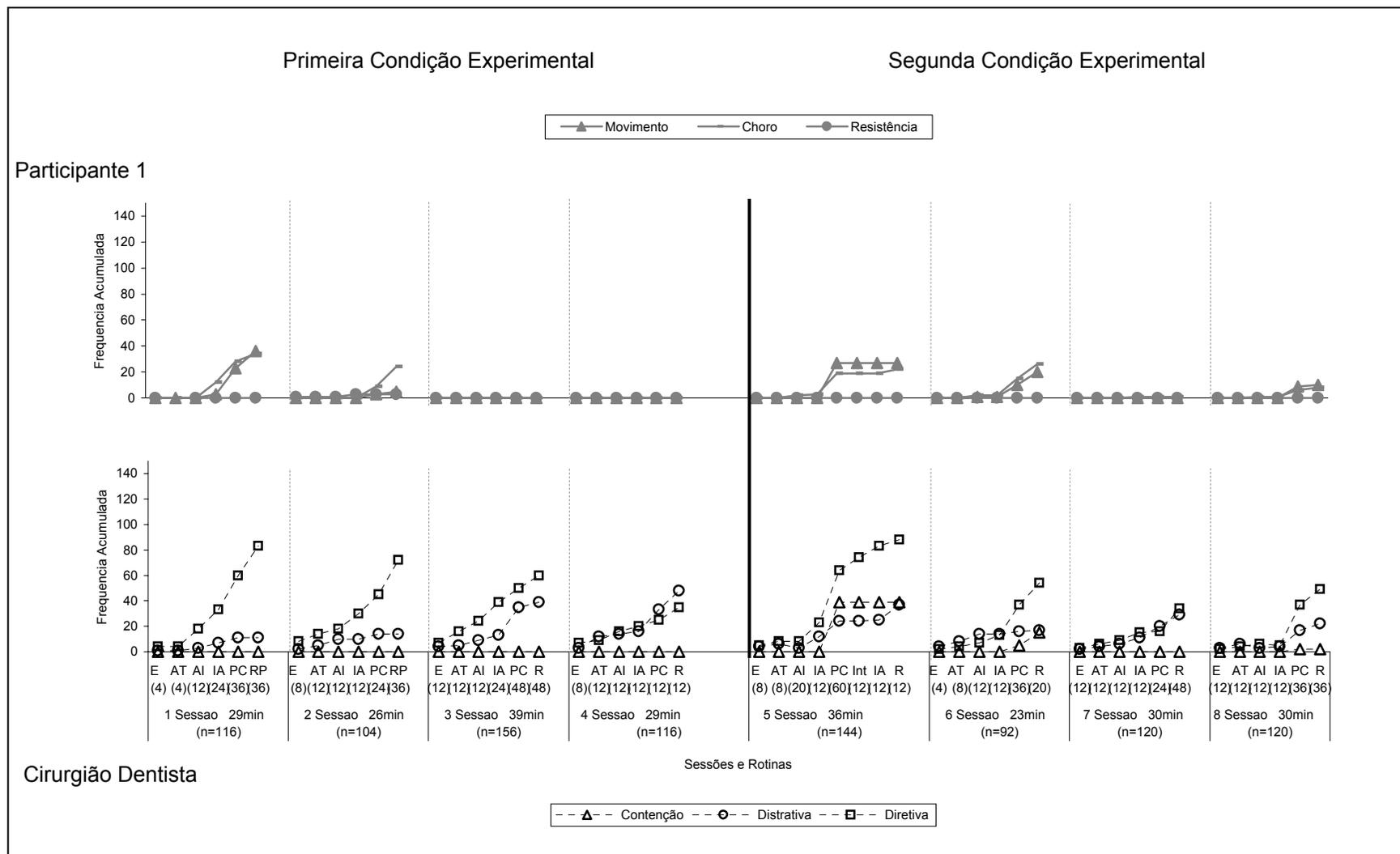


Figura 1. Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 1 e do Dentista em cada sessão de atendimento.
 Legenda: E - Entrada; AT - Anestesia Tópica; AI - Anestesia Infiltrativa; IA - Isolamento Absoluto; PC - Preparo Cavitário; Restauração

Na Primeira Condição Experimental do atendimento deste participante pode-se considerar que o dentista mostrou-se hábil no manejo da não colaboração da criança. Isto é, frente a respostas de Movimento e Choro do paciente, o profissional utilizou-se de estratégias Diretivas e Distrativas para o manejo comportamental, as quais se mostraram efetivas, visto que não ocorreram respostas de não colaboração, principalmente na terceira e quarta sessão de atendimento (Figura 1). Aparentemente, não havia qualquer sinal de respostas que impedissem ou atrapalhassem o atendimento. Pode-se dizer que a criança permitia as intervenções clínicas.

No entanto, na Segunda Condição Experimental, quando o participante apresentou respostas como Choro e Movimento na quinta, sexta e oitava sessões (Figura 1), o dentista emitiu respostas de Contenção Física. Essa estratégia foi utilizada nas duas últimas rotinas (Preparo Cavitário e Restauração - Figura 1).

Pode-se inferir que as contingências ambientais são mais fortes que a experiência passada, ou seja, no controle do comportamento do dentista, os comportamentos não colaborativos da criança (Movimento e Choro), tornaram-se condição para a ocorrência da Contenção Física. A história de sucesso no atendimento odontológico desse participante não controlou o responder do profissional. Como a resposta do dentista elimina ou interrompe o evento (criança que se movimenta), pode-se considerar que este é um estímulo aversivo presente para o profissional. O dentista responde às contingências presentes; idealmente ele deveria responder à história de tratamento.

Diante um evento aversivo (criança que apresenta respostas de não colaboração), o profissional usa Contenção Física, uma estratégia que deveria ser a última, conforme as todas as indicações clínicas e teóricas, como também, pela história presente com essa criança. Ressalta-se que o participante apresentou alta ocorrência de respostas de Movimento em sessões nas quais foi contido (Figura 1 – quinta sessão). Seria essa resposta uma forma de contracontrole, talvez uma resposta de fuga da situação que se tornou subitamente aversiva? Nesse sentido, a contenção não apenas foi usada de forma precipitada e não planejada, mas, também, produziu respostas que buscavam eliminá-la (Skinner, 1970).

De qualquer forma, esse atendimento seria ou representaria um exemplo de como o comportamento da criança pode ser aversivo para o dentista e de como o uso de estratégias está relacionado às contingências presentes na sessão. Além disso, a história anterior recente teria pouca força na determinação do comportamento do dentista neste contexto.

Na Figura 2, observa-se as curvas de registro acumulado de repostas do Participante 2 e do dentista nas oito sessões de atendimento. O paciente não permitiu a realização dos atendimentos odontológicos na Primeira Condição Experimental (4 sessões iniciais quando vigorava a regra “não é permitido utilizar contenção”). A criança emitiu respostas de Resistência e Movimento nas três sessões iniciais. Na primeira sessão, o paciente colaborou até o início da rotina Anestesia Tópica e passou a emitir respostas de Resistência. O dentista emitiu respostas Diretivas para o manejo comportamental.

Na segunda sessão, a criança permitiu a realização da rotina Anestesia Topica, no entanto interrompeu a colaboração na rotina subsequente (Anestesia Infiltrativa). Na

segunda sessão, a rotina Anestesia Tópica durou 15 minutos e a criança emitiu a resposta de Resistência em 30 intervalos de 15 segundos e a rotina Anestesia Infiltrativa durou 9 minutos e as respostas de Resistência ocorreram em 14 intervalos.

Na terceira sessão, observou-se que a criança emitiu, em baixa frequência, as respostas de Resistência na rotina Anestesia Tópica e aceleração positiva na rotina Anestesia Infiltrativa. Ressalta-se que a criança permitiu a realização da primeira rotina anestésica. A quarta sessão foi a de menor tempo e na qual houve a maior ocorrência de respostas de Resistência da criança. Nesta sessão, o paciente passou emitir comportamentos de Resistência antes do início da rotina Anestesia Tópica.

Na Segunda Condição Experimental, o paciente parou de emitir comportamentos motores que impediam e atrapalhavam a realização das rotinas odontológicas, no entanto, iniciou respostas de Choro. Na rotina Anestesia Infiltrativa da 5ª sessão a criança foi contida e esta estratégia foi utilizada no início das três sessões subsequentes. A frequência de respostas de Choro apresentou aceleração positiva até o término do tratamento odontológico. Esta criança permitiu o tratamento, porém, sob protesto verbal.

Pode-se perceber que a criança passou a apresentar Resistência com maior frequência na Primeira Condição Experimental. Em outras palavras, esta criança entra na situação odontológica, olha para o dentista, segue instruções, caminha até a cadeira odontológica, liga o refletor, observa o dentista colocar gorro e luvas, vê o cotonete anestésico e, então, emite choro e segura na haste do refletor. Esta é uma situação que pode ser compreendida como respostas de aproximação e esquiva.

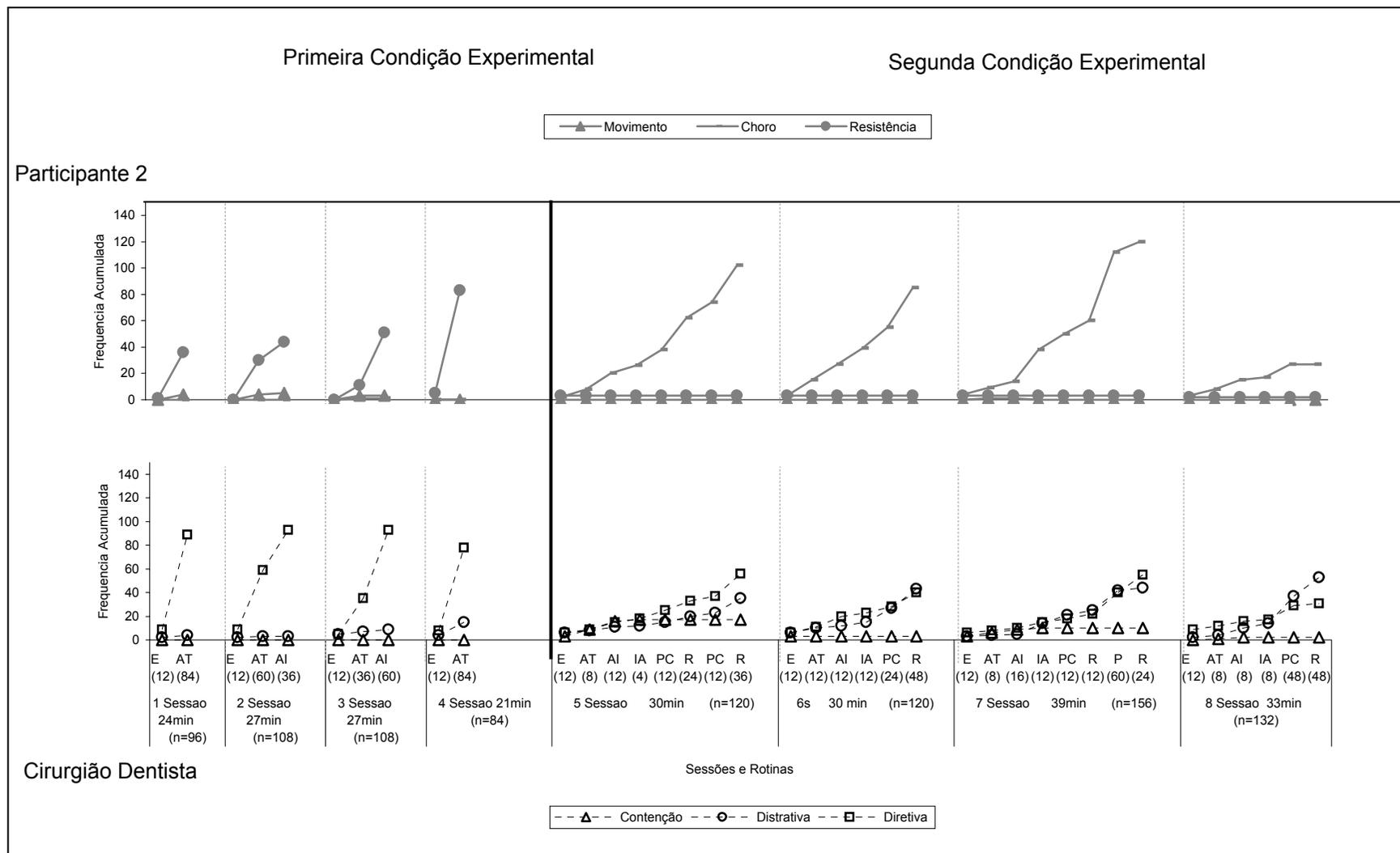


Figura 2. Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 2 e do Dentista em cada sessão de atendimento.
 Legenda: E - Entrada; AT - Anestesia Tópica; AI - Anestesia Infiltrativa; IA - Isolamento Absoluto; PC - Preparo Cavitário; Restauração

A criança com experiência odontológica discrimina rotinas e o início do tratamento. A Resistência é uma resposta frente a um sinal ou situação de ameaça, um comportamento emitido frente a um discriminativo e que tem uma conseqüência imediata - a não realização ou o adiamento das intervenções. Esses resultados foram também observados nos trabalhos de Rolim e colaboradores (2004) e Possobon (2000). Esses autores sugerem que a não realização das rotinas e a interrupção do atendimento reforça o comportamento não colaborativo das crianças.

Uma das possibilidades para a modificação comportamental é garantir que a criança entre em contato com as contingências da experiência odontológica. O evento ambiental “ver cotonete” pode ser entendido como um discriminativo para respostas de Resistência do paciente, na segunda sessão de atendimento. Assim que o dentista realiza a intervenção com o cotonete na gengiva da criança, esta permite que o paciente perceba a sensação do anestésico. Se essa experiência não provocar conseqüência aversiva ou danosa à criança, a relação entre o evento e a conseqüência poderia ser modificada. A função do estímulo será modificada. Aparentemente, a situação que estava relacionada à ameaça passou a ser relacionada à sensação do anestésico e a qualquer outro evento que esteve presente naquele contexto. É possível inferir que a exposição às conseqüências não aversivas leva à respostas de aproximação, o que não quer dizer que respostas emocionais não estejam presentes na situação, mas que, se estas estiverem ocorrendo enquanto a criança está se comportando, os operantes são capazes de se sobrepor aos respondentes.

A exposição breve a rotinas também pode estabelecer e potencializar o valor do evento reforçador ou aversivo. Observa-se que na segunda sessão, o participante foi submetido a Anestesia Tópica e Infiltrativa. Porém, a primeira rotina anestésica foi realizada com altas taxas de respostas de Resistência e a segunda rotina foi apenas iniciada. Na terceira sessão, pode-se perceber que na rotina Anestesia Tópica a ocorrência de respostas de Resistência foi menor e que a rotina Anestesia Infiltrativa foi iniciada, ou seja, houve a punção da agulha na gengiva. Os resultados de de Jong, Muris, Horst e Duyx (1995) mostram que crianças, quando expostas a sensações de dor e/ou desconforto, passam a impedir ou dificultar o atendimento e isso foi observado na sessão subsequente (quarta sessão).

O efeito de experiências breves a rotinas pode ser inferido quando se observa o ocorrido no responder da criança na quarta sessão de atendimento. Pode-se perceber que, nessa sessão, a criança não permitiu a realização das rotinas anestésicas. A criança passou a emitir repostas de Resistência em uma rotina na qual ela mesma havia apresentado antes respostas de aproximação (Anestesia Tópica). É possível supor que a dor ou o desconforto gerado pela punção da agulha anestésica possa estar relacionado aos comportamentos emitidos pela criança na quarta sessão de atendimento. Além disso, é possível inferir que nesse contexto esteja ocorrendo uma generalização de estímulos.

Alguns trabalhos sobre procedimentos clínicos sob ansiedade ou medo (Locker e Lidell, 2000; Nathan, 2001; Townend e cols, 2000) demonstram que as pessoas, em geral, apresentam medo com relação a alguns instrumentos como agulha e motor. Os resultados

do participante mostram que a criança emite comportamentos de Choro em rotinas que apresentam eventos como agulha e punção.

Ressalta-se que a criança foi submetida a um atendimento odontológico integral, ou seja, a todas as rotinas odontológicas necessárias para a reabilitação oral. A criança apresentou respostas de Resistência na Primeira e na Segunda Condição Experimental nas rotinas anestésicas. Nas demais rotinas a criança não apresentou Resistência ou Movimento. O comportamento emitido foi o Choro que ocorreu em alta frequência nas rotinas finais Preparo Cavitário e Restauração.

Na Segunda Condição Experimental, nas sessões em que a estratégia Contenção Física foi empregada em maior tempo e frequência, foram justamente as sessões em que as respostas de Choro foram emitidas com maior frequência (quinta e sétima sessão). No entanto é possível verificar, nestas sessões, que as respostas de Choro foram mais frequentes em rotinas específicas (Preparo e Restauração) e que nessas rotinas não houve a ocorrência da Contenção Física. Ou seja, a criança permitiu o término do atendimento odontológico, porém chorou durante todas as sessões e com maior frequência em rotinas específicas (Figura 2).

O que mantinha o choro, ou qual a possível relação do choro com o atendimento ainda é problema que leva a várias interpretações. Primeiro, a topografia do comportamento da criança era de uma pessoa deitada na cadeira odontológica, com a boca aberta, braços ao lado do corpo (ou em cima da barriga), pernas esticadas e imóveis; sendo submetida a intervenções com instrumentos em sua boca e chorando. As respostas permitem o atendimento e este seria o contexto em que estas respostas são emitidas. O choro é uma

resposta emocional diante de eventos aversivos, é uma resposta que não produz modificação, pelo menos externa, observada no contexto. Seria possível dizer que essa resposta pode estar relacionada a alguma modificação interna, sensação de “alívio” diante uma situação aversiva? No entanto, esse suposto alívio não responde o porque essa resposta se tornou tão freqüente.

A resposta de Choro foi mais freqüente depois que a criança foi submetida ao tratamento com Contenção Física. A criança parou de emitir respostas que interrompiam o atendimento e iniciou o choro. Como uma resposta que, aparentemente, não gera consequência no contexto pode ter sido selecionada? É possível inferir na relação que o Choro seria uma resposta supersticiosa. Ou seja, uma resposta mantida por relações acidentais. Estaria, possivelmente, relacionada a uma condição de incontrolabilidade? Esta seria uma possibilidade, se a situação for compreendida considerando um organismo que aprende a ficar pouco ativo e, por isso, menos apto a emitir a resposta de fuga pela impossibilidade de controle.

Essa análise é considerada como hipótese associativa. A incontrolabilidade não atuaria diretamente sobre o comportamento, mas estabeleceria a condição propícia para contingências acidentais (Hunziker, 2003). Ou seja, a criança estaria exposta a uma situação em que qualquer resposta seria impedida. Frente a esse contexto, as respostas de fuga ou esquiva seriam menos freqüentes. Entretanto, haveria a emissão de respostas mantidas acidentalmente, ou supersticiosas.

Uma outra inferência seria que o responder menos freqüente da criança pode ser compreendido como uma relação de conflito Esquiva-Esquiva (Lundin, 1972). Ou seja,

frente a dois estímulos aversivos apresentados simultaneamente, a fuga de um coloca a pessoa na presença do outro. Isso poderia ser entendido ao contrário: a criança passa a esquivar-se da Contenção Física permanecendo parada, mas durante as intervenções os comportamentos respondentes ainda seriam eliciados pelos eventos e, entre fugir e sofrer a Contenção, a criança fica imóvel, porém chora. O choro pode ter sido mantido, pois não houve uma quebra na relação estabelecida, estímulos do contexto e respostas de esquiiva da criança. Seria possível dizer que a criança continua a esquivar-se no contexto, e que o Choro poderia ser respondente.

Na Figura 3, observa-se as curvas de registro acumulado de respostas do Participante 3 e do cirurgião-dentista nas oito sessões de atendimento. Na Primeira Condição Experimental, o participante permitiu a realização da Anestesia Tópica na primeira sessão de atendimento. Nas três sessões subsequentes, a criança entrava na sala e recusava qualquer intervenção ou orientação do dentista, através de respostas que foram categorizadas como Resistência.

Na Segunda Condição Experimental, a criança foi impedida de emitir respostas que evitassem o tratamento, pois foi submetida ao atendimento odontológico com o uso de Contenção Física. A Contenção Física foi, praticamente, a estratégia que permitiu a realização do atendimento na quinta e sexta sessão. Da quinta a oitava sessões, a categoria Resistência, praticamente, deixou de ser emitida até o final do tratamento.

Legenda: E - Entrada, AT - Anestesia Tópica, AI - Anestesia Infiltrativa, IA - Isolamento Absoluto, PC - Preparo Cavitário, Restauraç

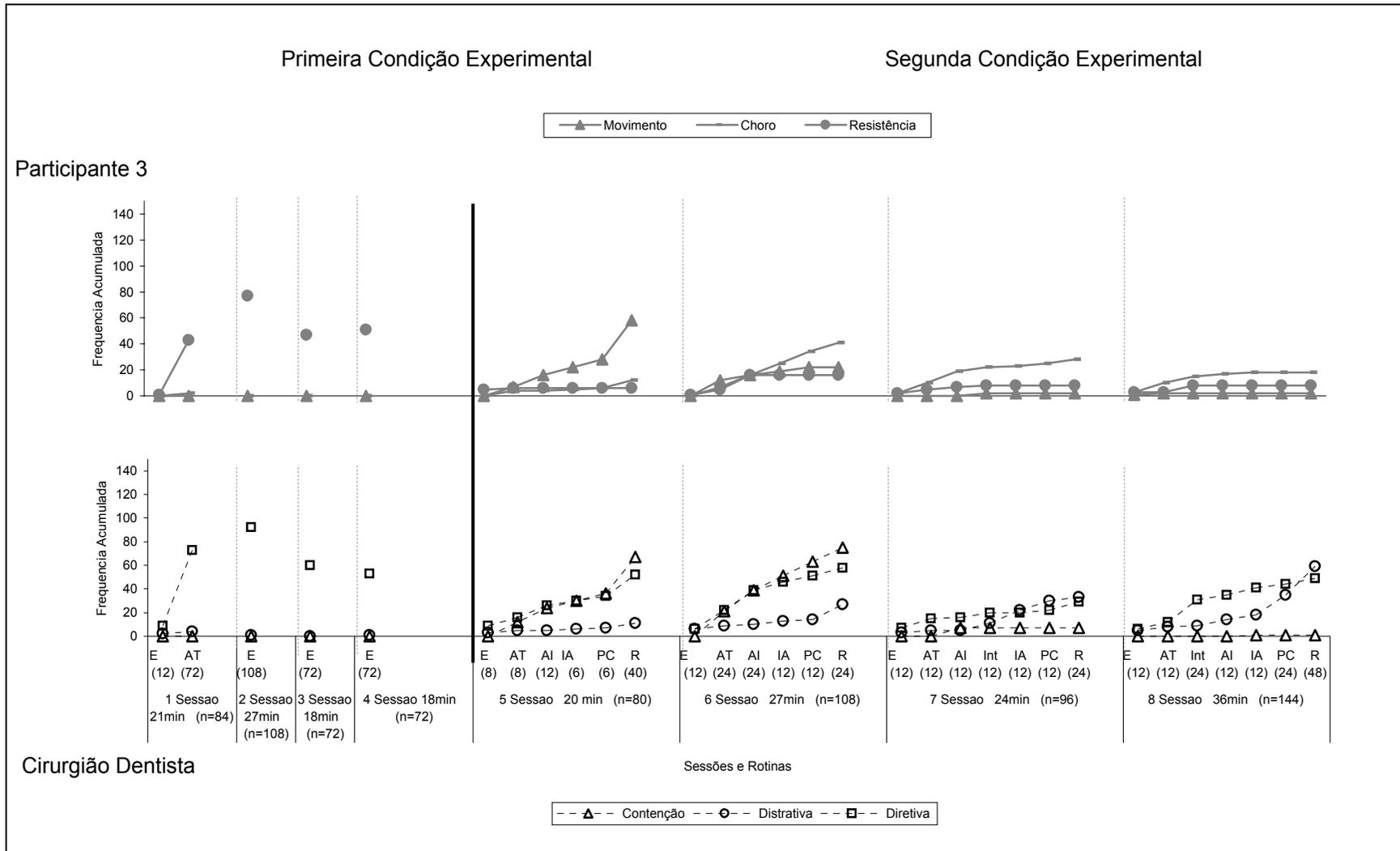


Figura 3. Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 3 e do Dentista em cada sessão de atendimento.

Legenda: E - Entrada; AT - Anestesia Tópica; AI - Anestesia Infiltrativa; IA - Isolamento Absoluto; PC - Preparo Cavitário; Restauração

É possível observar que esse paciente não permitiu a realização do atendimento odontológico nas quatro sessões iniciais. Apenas uma rotina clínica foi iniciada na primeira sessão e depois não houve mais a colaboração da criança. Pode-se notar que a emissão relativa dos comportamentos de Resistência foi a mesma na primeira e segunda rotina. Nas sessões subseqüentes, terceira e quarta sessão, as respostas de Resistência, apesar de emitidas em menor freqüência, ainda ocuparam mais de dois terços da duração da sessão.

Aparentemente, os comportamentos de Resistência tornaram-se menos freqüentes, na Primeira Condição. No entanto, estes foram eficazes para impedir a realização das rotinas odontológicas. Não houve a realização de qualquer procedimento invasivo para que comportamentos de fuga ou esquiva fossem emitidos, no entanto, o que se observa é que a criança entra no ambiente odontológico sem emitir respostas como Choro ou resposta de afastamento. Na primeira sessão, apresenta respostas Resistência frente ao atendimento odontológico como um todo, não permitindo a realização de nenhuma rotina.

Esta criança apresentava história prévia de dor e de submissão a atendimento odontológico com Contenção Física. Isso sugere que ela conhecia os procedimentos odontológicos, tinha aprendido respostas de esquiva na situação odontológica. Ressalta-se que as respostas tornaram-se eficazes para impedir e adiar as intervenções. É possível dizer que as respostas de Resistência foram reforçadas negativamente, por eliminar ou afastar eventos do contexto.

No entanto, respostas reforçadas aumentam em freqüência se mantidas as condições ambientais. Isso não foi observado, pois as freqüências relativas das respostas Resistência

foram menores de sessão para sessão. A criança emitiu menos respostas e as sessões não eram iniciadas. Ressalta-se que o responder da criança está relacionado às respostas do cirurgião dentista na Primeira Condição Experimental. As respostas do cirurgião também apresentaram diminuição na frequência, da primeira à quarta sessão. A criança responde menos por que o dentista deixa de se comportar.

Pode-se observar que no momento em que a criança foi submetida ao tratamento odontológico na quinta sessão, sob restrição física, as respostas de Movimento foram emitidas pela primeira vez e em altas taxas de respostas. Essas são respostas motoras que atrapalham ou dificultam as intervenções do cirurgião dentista, porém não impedem a intervenção, essas seriam: a aproximação da mão a boca, sem que ocorra o toque nos instrumentos odontológicos ou obstrução da boca; movimento de girar a cabeça para as laterais da cadeira; movimentos repetitivos dos pés ou das mãos (tamborilar dos dedos ou o bater das pernas na cadeira); acompanhar com a cabeça os movimentos do profissional ou do cuidador; virar o tronco para os lados.

Pode-se inferir que a criança aprendeu comportamentos de Resistência, na Primeira Condição Experimental, que terminavam com a estimulação ou com o evento. Na Segunda Condição Experimental, a criança foi submetida ao tratamento e as respostas que terminavam ou adiavam as intervenções foram impedidas de serem emitidas, pelo uso da Contenção Física. A criança passou a emitir, na quinta sessão, as repostas Movimento que não produziam consequência (modificação ambiental). É esperado que respostas que não produzem modificação ambiental sejam extintas (Catania, 1999; Milenson, 1967; Skinner,

1970), ou seja, que as repostas se tornassem menos freqüentes ao longo do tempo. Isso é observado nas curvas das repostas Movimento e Resistência (Figura 3).

No entanto, observa-se também que a curva de repostas de Choro apresentava baixa freqüência na quinta sessão e aumentou na sexta sessão de tratamento. Novamente, o Choro pode ser uma resposta emocional. Aparentemente, é o último (ou único) comportamento que a criança pode emitir. Este comportamento mostra uma diminuição no decorrer das sessões da Segunda Condição Experimental, o que, também, sugere um processo de extinção.

No tratamento do participante 3, pode-se observar uma variabilidade de comportamentos e de processos que podem ter ocorrido simultaneamente. Primeiro, uma classe de repostas da criança é reforçada (Primeira Condição - Resistência), depois esta mesma classe é “punida” ou impedida e, neste momento, observa-se a ocorrência de uma outra classe de repostas (Movimento), e num terceiro momento outra repostas tornam-se freqüente (Choro). Todavia, todas apresentam diminuição das freqüências no decorrer das sessões.

Com relação ao comportamento do cirurgião, observa-se que os eventos – comportamentos da criança – são discriminativos para o seu padrão de repostas. Pode-se perceber que a curva de repostas de Contenção Física apresenta a mesma tendência da curva de repostas Movimento do paciente na quinta sessão de tratamento.

É possível inferir que a intervenção odontológica na sexta sessão do participante só foi realizada devido à utilização da Contenção Física. Da rotina Entrada até o Isolamento Absoluto, pode-se perceber que as três curvas da criança não se diferenciam, ou seja, o

participante respondia com uma alta variabilidade comportamental e alta frequência. O participante respondia de “qualquer maneira”. Variabilidade de respostas é uma característica do processo de extinção.

No entanto, o responder da criança era ambiente para o dentista. Diante dessas respostas, o profissional emitiu respostas Diretivas e Contenção Física. Possivelmente, o que manteve o responder do dentista, na sexta sessão, foram os aversivos emitidos pela criança, isto é, os comportamentos Choro, Resistência e Movimento. O dentista é reforçado por conseguir interromper a resposta motora da criança, o que permite a realização do tratamento. O tratamento clínico foi realizado, mas as estratégias Diretivas e Distrativas não foram efetivas para essa criança.

Singh (2001) argumenta que embora a estratégia Contenção Física seja interpretada como desagradável ou negativa, parece que, a longo prazo, tem um efeito positivo na redução do medo. No entanto, não é possível estabelecer qualquer conclusão sobre o que seria este “a longo prazo” sobre o uso da Contenção Física. Efetivamente, a Contenção foi utilizada para impedir os comportamentos da criança. No entanto, essa estratégia pode estar associada à emissão de respostas emocionais pela criança (Choro). Não seriam essas respostas emocionais indícios de medo ou ansiedade? Assim, a criança que é submetida ao tratamento com restrição pode vir a permitir as intervenções clínicas, no entanto sem a redução no medo.

Na Figura 4, observa-se as frequências acumuladas das respostas do Participante 4 e do profissional nas oito sessões de atendimento. Verifica-se que na Primeira Condição Experimental (1ª. a 4ª sessões - com a vigência da regra “não utilizar contenção física”) não

houve a realização do atendimento odontológico. Nestas quatro primeiras sessões, a categoria de maior frequência acumulada da criança foi Resistência e do dentista foi Diretiva. Houve, também, em menor frequência, a ocorrência da categoria Distrativa (categoria comportamental do dentista) a partir da rotina Anestesia Tópica da segunda sessão de atendimento.

Na Segunda Condição Experimental (quinta a oitava sessão), o atendimento foi realizado independentemente dos comportamentos emitidos pela criança. Observa-se que as respostas de Resistência da criança diminuíram sua frequência até o final do tratamento. Nestas sessões, o paciente foi submetido compulsoriamente ao atendimento com a realização da Contenção Física. Pode-se observar que a criança foi restrita durante todas as rotinas odontológicas das três sessões iniciais da Segunda Condição e que essa técnica, ou quaisquer outras respostas do cirurgião não modificaram os comportamentos de não colaboração. Pode-se inferir que, os comportamentos evitativos não se mostraram sensíveis as estratégias empregadas.

Ten Berge, Veerkamp, Hoogstraten (1999) relataram que, em alguns casos, quando a criança se recusa a colaborar, é praticamente impossível tratá-la sem o uso de restrição física. Esses resultados podem caracterizar o padrão comportamental de não colaboração apresentado pela criança 4. O tratamento foi realizado pelo impedimento de respostas motoras o que possibilitou a intervenção clínica sem causar injúrias físicas à criança, porém sem a modificação comportamental esperada. Em alguns casos a restrição apenas permite que o tratamento seja realizado, o que caracterizaria um erro na escolha da estratégia.

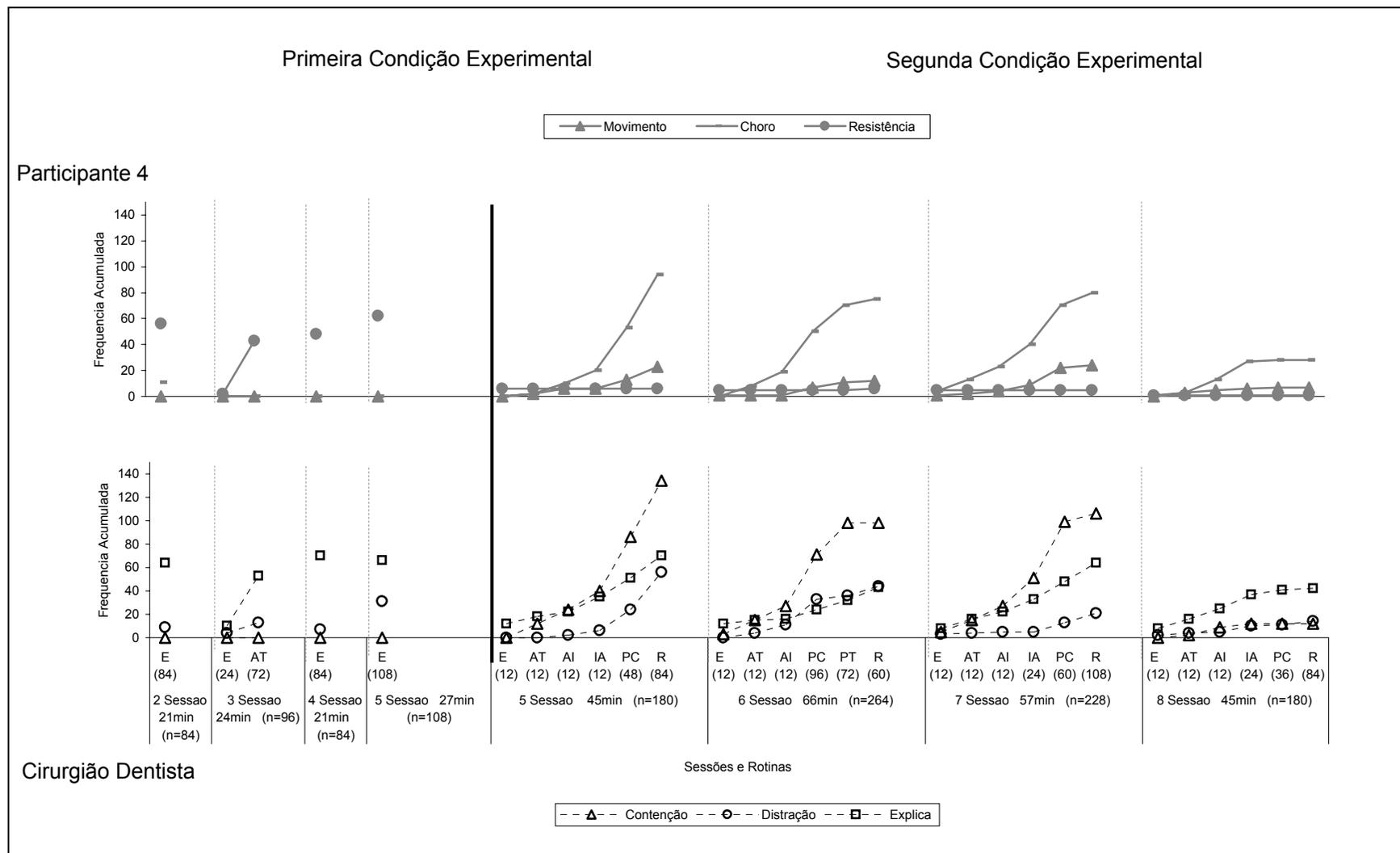


Figura 4. Curvas de registro acumulado das respostas do Participante 4 e do Dentista em cada sessão de atendimento.
 Legenda: E - Entrada; AT - Anestesia Tópica; AI - Anestesia Infiltrativa; IA - Isolamento Absoluto; PC - Preparo Cavitário; Restauração

Os resultados de Ten Berge e colaboradores (1999) sobre a impossibilidade de se tratar uma criança altamente não colaborativa sem o uso de restrição física, deveriam ser compreendidos não como uma regra sobre padrão de interação, mas deveria ser baseada em análises sobre as variáveis que estão relacionadas com o responder da criança.

O que estaria relacionado com a resistência da criança? Poderia ser medo de rotinas específicas ou mesmo do ambiente odontológico como um todo, devido a alguma experiência passada neste contexto ou também a algum evento atual que gerou dor ou desconforto. Nesse sentido, existem variáveis do contexto atual que precisam ser identificadas e o responder também pode estar relacionado à história passada de atendimento. Possivelmente, o responder da criança altamente não colaborativa relaciona-se à sua história passada e, frente aos eventos atuais do contexto, seria a experiência prévia que controlaria o responder do paciente.

Na Figura 5, observa-se seis gráficos de frequência relativa das respostas das crianças e do cirurgião nas sessões de atendimento. Os gráficos estão separados em duplas e uma linha horizontal divide cada conjunto, o qual foi denominado painel. Os dois gráficos que compõem o painel estão divididos por Condição Experimental. Assim, do lado esquerdo pode-se observar as frequências relativas de respostas das crianças na Primeira Condição Experimental e do lado direito as frequências relativas de respostas da criança e do cirurgião dentista na Segunda Condição Experimental.

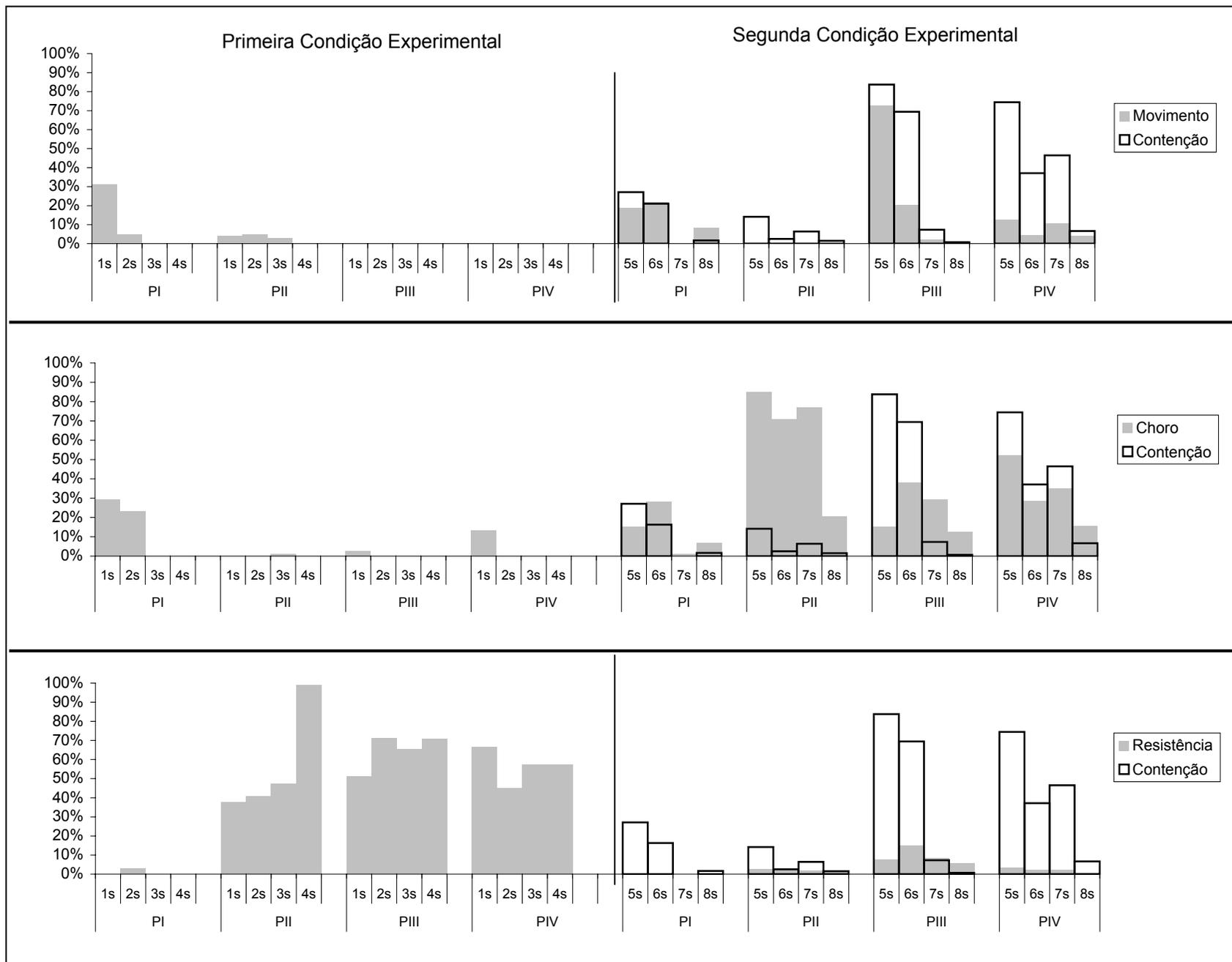


Figura 5. Frequencia relativa das respostas dos participantes categorizadas (Movimento, Choro, Resistência, e Contenção) em cada sessão, agrupadas em cada condição experimental

No painel superior, observa-se a frequência relativa da resposta de Movimento das crianças. No painel do meio, pode-se observar as frequências relativas das respostas de Choro e no painel inferior as frequências de Resistência emitidas pela criança nas oito sessões de atendimento. Ressalta-se que a resposta Contenção Física do dentista está apresentada na parte direita dos gráficos (Segunda Condição Experimental) sobreposta às respostas das crianças.

Na Figura 5 (painel superior) observa-se as frequências relativas de resposta categorizadas como Movimento em cada sessão de cada participante (1, 2, 3 e 4) nas duas condições experimentais. Pode-se observar que a frequência relativa na Primeira Condição Experimental do Participante 1 foi de 31% dos intervalos na primeira sessão e de 5% dos intervalos na segunda sessão de atendimento. Há uma queda na emissão de respostas de Movimento no decorrer do tratamento na Primeira Condição Experimental, situação em que vigorava a regra não utilizar contenção física. Nas sessões do Participante 2, observa-se que as frequências relativas de respostas de Movimento foram de 4% na primeira sessão, 5% na segunda sessão e de 3% na terceira sessão. Nota-se uma estabilidade na ocorrência de respostas nessas três sessões e a ausência dessa resposta na quarta sessão de atendimento do Participante 2. Com relação aos Participante 3 e 4, não foi observada qualquer emissão de respostas de Movimento na Primeira Condição Experimental.

Na Segunda Condição Experimental pode-se observar que as frequências relativas de respostas categorizadas como Movimento (coluna cinza sem borda) estão sobrepostas as frequências relativas de respostas de Contenção Física (coluna transparente com borda). As frequências relativas de respostas de Movimento do Participante 1 na quinta sessão foi de

18% dos intervalos, na sexta 22% e na oitava 8%. Observa-se nas sessões desse participante que as frequências relativas de respostas de Contenção Física ocorreram em 27% na quinta sessão, 21% na sexta sessão e em 1% na oitava sessão de atendimento.

No atendimento do Participante 2 observa-se que as frequências relativas de repostas de Movimento foram iguais a zero na Segunda Condição Experimental. Nesta Figura observa-se nas sessões desse participante a emissão de respostas categorizadas como Contenção Física com frequência de 14% na quinta sessão, 3% dos intervalos da sexta sessão, 6% na sétima sessão e 2% na oitava sessão de atendimento.

Observa-se ainda no atendimento do Participante 3, na Segunda Condição Experimental que as frequências de respostas de Movimento apresentam valores relativos correspondentes a 72,5% dos intervalos da quinta sessão e a frequência relativa de respostas de Contenção Física nesta mesma sessão foi de 77% do tempo da sessão. Na sexta sessão de atendimento do participante observa-se que a frequência relativa de resposta Movimento ocorreu em 20% dos intervalos e as respostas de Contenção Física em 69% dos intervalos da sexta sessão. Na sétima sessão desse paciente, pode-se observar que as frequências relativas da resposta de Movimento foram de 2% e a frequência da Contenção Física foi de 7%. Praticamente não houve ocorrência de respostas de Movimento e Contenção Física na oitava sessão de atendimento desse paciente.

No atendimento do Participante 4, observa-se que na quinta sessão as frequências relativas de respostas de Movimento foram de 12,7% e a frequência de Contenção Física foi de 73,8% dos intervalos. As frequências relativas de respostas na sexta sessão são 4% de respostas Movimento e 37% de respostas de Contenção Física. Na sétima sessão

observa-se que as frequências relativas de respostas foram de 10% para Movimento e 46% para Contenção Física. Na última sessão desse paciente, as frequências relativas foram praticamente semelhantes, ocorreram em 6% dos intervalos da sessão.

Na Figura 5, observa-se (painel do meio) as frequências relativas de respostas categorizadas como Choro para cada participante. Nas sessões da Primeira Condição Experimental do Participante 1, observa-se que as frequências relativas de respostas de Choro ocorreram na primeira sessão em 31% dos intervalos e na segunda em 23% dos intervalos. Na Segunda Condição Experimental observam-se que as respostas de Choro aumentaram da quinta para a sexta sessão e depois foram menos frequentes nas duas últimas sessões.

Observa-se nas sessões do Participante 2, que a resposta Choro, na primeira condição experimental, ocorreu apenas na terceira sessão de atendimento. Na Segunda Condição Experimental, o participante apresenta altas taxas de respostas de Choro da quinta sexta a sétima sessão de atendimento (frequências acima de 70% dos intervalos). Na última sessão a frequência foi de 20%. Destaca-se nessa segunda condição que as respostas Contenção Física foram emitidas em todas as sessões (quinta a oitava sessão), mas que no decorrer do atendimento a ocorrência foi menos frequente.

No atendimento do Participante 3, observa-se na Primeira Condição Experimental, que a resposta Choro foi emitida apenas na primeira sessão e em baixa frequência relativa. Na Segunda Condição Experimental percebe-se que a resposta Choro apresentou ocorrência nas quatro sessões, em forma de “U” invertido. Tais respostas apresentaram aumento na

freqüência relativa da quinta para a sexta sessão e nas sessões subseqüentes as freqüências diminuíram.

Na Primeira Condição Experimental, do atendimento do Participante 4, observa-se que a freqüência relativa de respostas Choro, ocorreu apenas na primeira sessão em 13%. Na Segunda Condição Experimental pode-se perceber que houve, praticamente, diminuição na emissão das respostas da quinta a oitava sessão.

Na Figura 5 (painel inferior) observa-se as freqüências relativas de respostas das crianças categorizadas como Resistência em cada sessão, agrupadas em cada condição experimental. Observa-se que na Primeira e na Segunda Condição Experimental do Participante 1, só houve emissão de respostas de Resistência (barras cinza) na segunda sessão.

No atendimento do Participante 2, pode-se observar na Primeira Condição Experimental que as freqüências relativas aumentam da primeira à quarta sessão (37,5%, 40%, 47%, 99%). Na Segunda Condição Experimental as respostas de Resistência apresentam freqüências relativas em torno de 2% dos intervalos.

A freqüência relativa de resposta de Resistência, na Primeira Condição Experimental do Participante 3, da primeira sessão à quarta sessão, aumentam de ocorrência. Na primeira sessão corresponde a 51% dos intervalos, nas sessões subseqüentes observa-se que os valores ficam acima de 65% dos intervalos. Na Segunda Condição Experimental observa-se que a freqüência relativa de respostas de Resistência foi maior na sexta sessão. Observa-se que as freqüências na quinta e na sétima sessão foram semelhantes (8%).

No atendimento do Participante 4 observa-se na Primeira Condição Experimental que a frequência relativa de resposta diminuiu da primeira a quarta sessão. Destaca-se que observou-se a menor ocorrência de respostas na segunda sessão. Na Segunda Condição Experimental observa-se que no atendimento desse participante, a frequência relativa de respostas Resistência ocorreu em aproximadamente 2% dos intervalos.

COMENTÁRIOS GERAIS

O presente estudo buscou identificar na situação odontológica os efeitos comportamentais que as respostas do profissional produzem no responder da criança e vice-versa. Para isso, foi realizada a descrição das sessenta e quatro sessões (Figuras 1, 2, 3 e 4). Nestas, foi possível perceber que o contexto de atendimento odontológico é um sistema dinâmico e complexo de interação.

Com o delineamento e o procedimento utilizado nesse estudo, foi possível observar as respostas das crianças e do dentista e sua interação ao longo das sessões. A forma de apresentação dos dados escolhida permite algumas inferências sobre o efeito do uso da Contenção Física no responder da criança. Permite, também, comentários sobre como as respostas das crianças controlam o comportamento cirurgião-dentista.

Resposta de Contenção Física

Na Segunda Condição Experimental, observa-se que apenas na quinta e sexta sessão do Participante 3 e na quinta sessão do Participante 4 as frequências relativas do emprego de Contenção Física foram maiores que 50% (Figura 5). Ou seja, nessas sessões as crianças 3 e 4 foram submetidas aos procedimentos odontológicos sob Contenção Física em mais da metade do tempo em que essas sessões foram realizadas. Isso sugere que as crianças resistiram às intervenções realizadas pelo dentista. Destaca-se ainda, nestas sessões, que na sexta sessão de atendimento do Participante 3 a diferença entre a frequência de respostas Contenção Física (75 ocorrências no total) é mais que o dobro da frequência de respostas de Movimento (22 ocorrências). Como explicar o comportamento do dentista se não foi possível observar que a criança resistia aos procedimentos?

Aparentemente, o dentista mostrou-se insensível às modificações ambientais. Pela observação dos atendimentos das quatro crianças (Figura 5), nota-se que elas passaram a emitir, ao longo do tratamento, frequências relativas de respostas menores a cada sessão (Resistência e Movimento). No entanto, o que se observa é que as respostas de Contenção Física do dentista foram emitidas em alta frequência, tão logo “autorizadas” a partir da quinta sessão. As respostas de Resistência e Movimento, na Segunda Condição Experimental das quatro crianças, tornaram-se menos frequentes; no entanto o profissional conteve as crianças em algumas sessões, mesmo sem a emissão de respostas de Movimento. Possivelmente, o profissional responde ao Choro (das crianças). A resposta de Choro não é impedida ou interrompida pelo uso da Contenção Física. Porém a resposta de

Choro pode ser compreendida como um estímulo discriminativo para o dentista emitir a resposta Contenção Física.

Weinstein e colaboradores (1982), estudaram as diferenças comportamentais entre crianças que apresentavam e crianças que não apresentavam respostas indicativas de medo do tratamento odontológico.. Os resultados mostraram que o dentista responde, mais freqüentemente, aos comportamentos de medo do paciente com ordens, punições e persuasões, ao invés de utilizar estratégias como instruções, distrações ou outras não aversivas. O profissional também emite mais respostas em atendimento a pacientes não colaborativos do que aos pacientes que permitem as intervenções clínicas. Os dados do presente estudo corroboram com os resultados de Weinstein e colaboradores (1982). Diante a uma situação aversiva (Choro) o dentista pune a criança, mesmo que essa não apresente ou apresente pouca resistência.

Aparentemente, o dentista utiliza a restrição frente a qualquer evento que sinalize a não colaboração. Por exemplo, o Participante 2 colaborou na Segunda Condição Experimental (Figura 5). No entanto, a criança foi contida nas quatro sessões, ainda que em baixa freqüência, mas não há evidência sobre respostas que tivessem atrapalhado ou impedido o atendimento; ocorreu apenas o Choro, em alta freqüência. O Choro é possivelmente um sinal, um estímulo aversivo para o dentista. Diante disso, ele emite respostas de Contenção Física que não funcionam para conter o Choro, mas que possivelmente são mantidas por uma longa história de reforço negativo intermitente em tratamentos odontológicos prévios.

Na quinta sessão do Participante 1 observa-se que a frequência relativa da resposta Contenção Física foi maior que a frequência de Movimento (Figura 5). Ressalta-se que esse paciente foi colaborador, permitiu todas as intervenções até a quarta sessão. O que levou o profissional a usar a contenção (na rotina Preparo Cavitário da Figura 1) se ele, dentista, já havia exposto a criança em pelo menos quatro vezes aos procedimentos clínicos?

Haveria aqui uma precipitação, ou melhor, o contexto (criança e outras variáveis presentes na situação) teria propriedades aversivas às quais o dentista responderia, com Contenção Física. Sem a regra, a resposta imediata do profissional é terminar com a estimulação aversiva (o que poderia ser uma estimulação aversiva para a criança). Ou seja, os dados sugerem que a situação odontológica é aversiva para o dentista e que a contenção resultaria em um reforçamento negativo para seus comportamentos.

Aparentemente, o dentista emite respostas de Contenção Física em frequência maior do que as respostas motoras da criança (Figura 5). Compreende-se que um atendimento odontológico realizado rapidamente e com precisão técnica é o ideal para profissionais da saúde. Mas talvez não seja o ideal quando o foco for à promoção da interação profissional – paciente e o treinamento de habilidades de enfrentamento de situações adversas.

Observa-se na quinta sessão do Participante 1, na quinta e na sexta sessão do Participante 3 e na quinta, sexta e sétima sessões do Participante 4, que as frequências relativas de respostas de Contenção Física foram maiores que as frequências de respostas de Choro (Figura 1, 3, 4 e 5) apresentadas pelas crianças. Seria possível sugerir que essas crianças foram contidas por muito tempo, ou ainda, que o dentista tenha respondido ao

evento de forma inadequada. O Choro não foi uma resposta que interferiu nas rotinas odontológicas, mas foi uma resposta verbal que afetou o comportamento do dentista.

Destaca-se que a contenção foi efetiva e contingente na sexta sessão do Participante 1 e na oitava sessão do Participante 4. Nestas sessões as frequências de respostas de Movimento e Contenção Física foram praticamente idênticas, assim como as rotinas em que essas respostas ocorreram (Figura 5, 1 e 4). É possível observar que a emissão dessas respostas (das crianças e do dentista) foram semelhantes. Pode-se supor que a estratégia Contenção foi utilizada imediatamente após a emissão das respostas de Movimento ou concomitantemente a essa, o que pode estar relacionado à diminuição da frequência de respostas Movimento. Neste caso, a estratégia Contenção pode ser considerada como punição.

A Contenção Física permite o atendimento odontológico, mesmo sem a colaboração da criança e isso reforça a emissão dessa resposta do dentista. Da mesma forma essa estratégia foi utilizada frente a outros comportamentos, mesmo aqueles que não impediam ou interrompiam o tratamento (Figuras 1, 2, 3 e 4). Uma criança que chora e apresenta comportamentos não colaborativos caracteriza-se como um conjunto de estímulos aversivos para o dentista que responde restringindo a criança para terminar com o evento e com o tratamento.

Com relação ao responder da criança, os dados sugerem que a contenção pode ser entendida como um processo de extinção (eliminação de conseqüências reforçadoras) ou de punição de respostas (supressão do comportamento). A restrição diminui a frequência do responder, torna-o menos freqüente. No entanto, em alguns casos o responder é punido, o

que produz contracontrole (Participante 1) ou diminuição abrupta no responder (Participante 2). Em outros casos, as respostas de Resistência diminuem de frequência de sessão para sessão, o que sugere um processo de extinção (Participantes 3 e 4).

Diante dos quatro casos descritos, pode-se observar que todas as crianças apresentavam relatos de histórias de não colaboração. No tratamento atual apenas uma criança (Participante 1) permitiu a realização do tratamento odontológico desde a Primeira Condição Experimental, na qual vigorava a regra “não utilizar contenção física” para realizar o atendimento. Todos os participantes foram tratados com o uso de Contenção Física; para alguns esse emprego foi breve (Participante 1 e 2) e para outros a frequência foi alta e exercida em todas as sessões da Segunda Condição (Participantes 3 e 4).

A análise dos dados torna possível inferir que os comportamentos emocionais, de fuga e de esquiva do profissional e dos participantes relacionam-se à história de atendimento atual. A estratégia de Contenção Física é aversiva para a criança, já que estabelece condições para o aparecimento de contracontrole (Participante 1), ou diminuição abrupta na frequência do responder (Participante 2). No entanto, deve-se considerar que a restrição impede a ocorrência de qualquer comportamento que modifique o ambiente; ela mantém a situação, o que pode reforçar o responder do dentista e extinguir as respostas da criança (Participantes 3 e 4).

Não é possível relacionar a história prévia relatada com a história atual de tratamento. Aparentemente todas as crianças apresentavam “histórias semelhantes”, ou seja, foram reforçadas negativamente por impedir tratamentos odontológicos no passado. Os resultados observados na Primeira Condição Experimental dos Participantes 3 e 4 indicam

que essas crianças apresentavam altas frequências de respostas de fuga e esquivas que impediram qualquer intervenção, o que caracterizaria “medo generalizado” da situação odontológica. As primeiras sessões dos Participantes 1 e 2 permitem inferir que estes apresentavam medo ou tentativa de fuga frente a um estímulo específico (Preparo Cavitário e Anestesia Infiltrativa). Milgrom e colaboradores (1985) apresentam quatro tipos gerais de comportamentos que caracterizariam medo e ansiedade de pacientes odontológicos, que seriam: medo de estímulos específicos, ansiedade generalizada, desconfiança e medo catastrófico. Compreende-se que essas categorias são amplas, no entanto as observações clínicas dos autores condizem com os resultados desse estudo.

Os resultados dos Participantes 1 e 2 sugerem que a descrição realizada o contexto atual de tratamento foi suficiente para uma análise do comportamento. No entanto, os dados dos Participantes 3 e 4 não permitem qualquer inferência sobre as respostas emitidas na Primeira Condição. Possivelmente, se a história de tratamento fosse acompanhada em outros momentos de atendimento poder-se-ia realizar uma melhor descrição e análise do processo interativo profissional – paciente.

Com relação a essas preocupações, entre história prévia e história atual e os efeitos do controle aversivo em cada uma dessas experiências, desenvolveu-se um outro estudo com crianças do Cepae. Seria possível verificar regularidades ou tendências em momentos diferentes de tratamento? Qual seria o comportamento de uma criança que não permite o tratamento e que é contida e passa a colaborar, quando exposta a um novo tratamento? Qual seria o efeito da história passada sobre a história atual? Com foco nessas preocupações foi desenvolvido o Estudo 2.

ESTUDO 2

Efeitos de uma história com contenção física sobre o desempenho subsequente de crianças na situação de tratamento odontológico.

Neste estudo procurou-se descrever o manejo comportamental de crianças submetidas a atendimento odontológico há dois anos atrás e identificar se a contenção física utilizada envolveu controle aversivo e seus subprodutos. Procurou-se no atendimento presente verificar os efeitos da experiência passada e as respostas dos participantes ao contexto de atendimento.

OBJETIVO

Descrever e analisar o comportamento de crianças submetidas a dois momentos de tratamento com o mesmo cirurgião-dentista, do ponto de vista do controle aversivo envolvido na situação odontológica, na qual houve o emprego da estratégia Contenção Física.

MÉTODO

O critério de seleção dos participantes na amostra era ter sido submetido a tratamento odontológico sob contenção física em um projeto de pesquisa conduzido há pelo menos dois anos, cujos registros dos dados estivessem arquivados em vídeo taípe e disponíveis no

acervo de Cepae (Possobon, 2003).

Participantes

Foram participantes desse estudo um cirurgião-dentista e duas crianças com história de não colaboração em procedimentos clínicos odontológicos dois anos antes o início da presente pesquisa.

O cirurgião-dentista era membro do Cepae e tinha tarefas de supervisão e atendimento.

Participante 5

Participante do sexo masculino, com 5 anos de idade. O Primeiro Tratamento ocorreu quando a criança tinha 3 anos e 5 meses de idade. Foi realizado tratamento odontológico com anestesia local, isolamento absoluto e uso do motor de alta-rotação. A mãe esteve presente e auxiliou na contenção física. O Segundo Tratamento aconteceu quando tinha 5 anos e foi novamente selecionada para participar do presente estudo.

Participante 6

Participante do sexo masculino, com 5 anos de idade. O Primeiro Tratamento foi realizado no Cepae quando a criança tinha 3 anos e 8 meses. O tratamento foi realizado e criança foi contida pela mãe durante as sessões. A criança tinha 5 anos de idade quando foi selecionada para participar do presente estudo (Segundo Tratamento).

O dentista, os cuidadores e as crianças foram informados sobre os procedimentos clínicos e da pesquisa. O estudo foi realizado com o consentimento de todos os participantes (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Resolução do CNS 196/1996).

PROCEDIMENTO

O Estudo 2 foi realizado em dois momentos. O segundo tratamento foi dois anos depois do primeiro¹. Não havia qualquer regra com relação ao uso de estratégias comportamentais para o cirurgião dentista.

Foram realizadas quatro sessões no Primeiro Tratamento e duas sessões no Segundo Tratamento. Os comportamentos das crianças e do dentista foram analisados por categorias. Estas categorias estão descritas na secção Método do Estudo 1 (Páginas 29 a 32).

SITUAÇÃO E LOCAL

O tratamento foi realizado no mesmo ambiente em que o Estudo 1 foi desenvolvido.

PROCEDIMENTO DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os procedimentos de coleta e análise dos dados foram os mesmos realizados no Estudo 1.

¹ Os dados do primeiro tratamento foram apresentados em Possobon (2003).

RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em curvas de frequência acumulada de respostas por sessão. Nas curvas estão também apresentadas as rotinas odontológicas, o número total de intervalos de 15 segundos e a duração de cada sessão.

Na Figura 6 observa-se os registros acumulados de respostas emitidas pelo Participante 5 e pelo dentista nas quatro sessões de atendimento do Primeiro Tratamento e nas duas sessões do Segundo Tratamento.

Na figura há uma curva teórica que corresponde ao total de períodos de 15 segundos de cada sessão. Na reta tracejada cinza vertical, pode-se observar as legendas das rotinas odontológicas com o número de intervalos de quinze segundos entre parênteses. As rotinas são: Entrada (E), Anestesia Tópica (AT), Anestesia Infiltrativa, (AI), Isolamento Absoluto (IA), Preparo Cavitário (PC) e Restauração (R).

Na Figura 6 observa-se que a curva de respostas de Choro e Resistência do Participante 5, na primeira sessão de atendimento odontológico do Primeiro Tratamento, apresentam aceleração positiva no decorrer de toda a sessão. Nessa sessão, a curva de respostas de Movimento mostra respostas apenas na primeira rotina (Entrada).

Observa-se na primeira sessão de atendimento odontológico que a curva de respostas do cirurgião dentista categorizada como Diretiva (painel inferior) apresenta aceleração positiva do início da sessão até o final da rotina Isolamento Absoluto. Nas duas rotinas subseqüentes (Preparo Cavitário e Restauração) a frequência dessa resposta diminui visivelmente.

Observa-se também na Figura 6 que as curvas de respostas Distrativas e Contenção Física apresentam sobreposição. A tendência é acelerada positiva para ambas as curvas depois da primeira rotina Entrada.

Na segunda sessão, as respostas de Choro não ocorrem no início da sessão e após a rotina Entrada mostram aceleração positiva até o final dessa sessão. As curvas de respostas de Movimento e Resistência apresentam aceleração negativa, isto é, observa-se respostas apenas no início da sessão.

As curvas de respostas Diretivas e Distrativas do dentista (Figura 6 - painel inferior) apresentam aceleração positiva durante todas as rotinas. A curva de respostas de Contenção Física apresenta tendência positivamente acelerada até o Isolamento Absoluto. Depois desta rotina a Contenção cessa.

Na Figura 6 observa-se que a curva de respostas de Choro do participante, na terceira sessão de atendimento, apresenta aceleração positiva e as curvas de respostas de Movimento e Resistência apresentam aceleração negativa. Nessa sessão, as curvas de respostas Diretivas e Distrativas do cirurgião dentista apresentam aceleração negativa e curva de Contenção Física mostra aceleração positiva até o final da sessão.

Na quarta sessão de atendimento odontológico do Primeiro Tratamento, a curva de respostas de Choro do Participante 5 (Figura 6) apresenta aceleração positiva em todas as rotinas. As curvas de respostas de Movimento e Resistência são semelhantes e apresentam aceleração negativa nessa sessão. Pode-se observar que as curvas acumuladas de respostas Diretivas e Distrativas do cirurgião-dentista apresentam aceleração negativa durante todas as rotinas odontológicas. Por outro lado, curva de respostas de Contenção Física apresenta aceleração positiva nessa sessão.

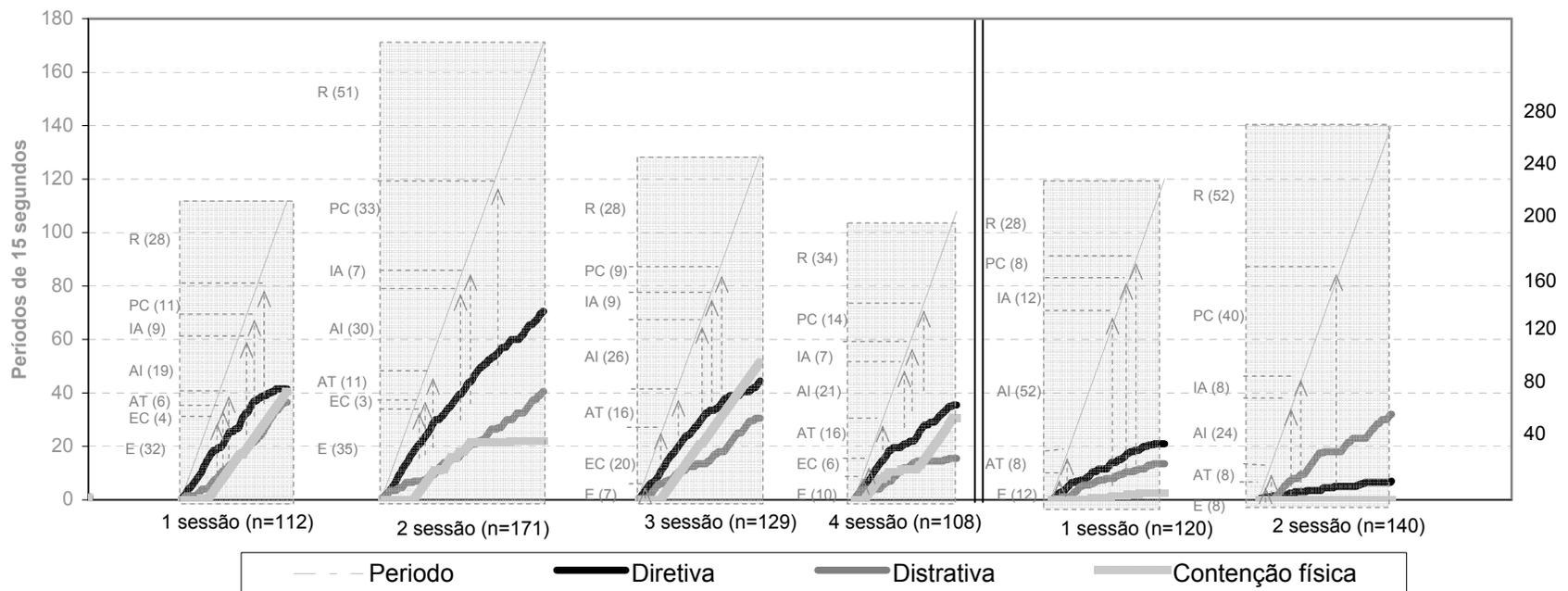
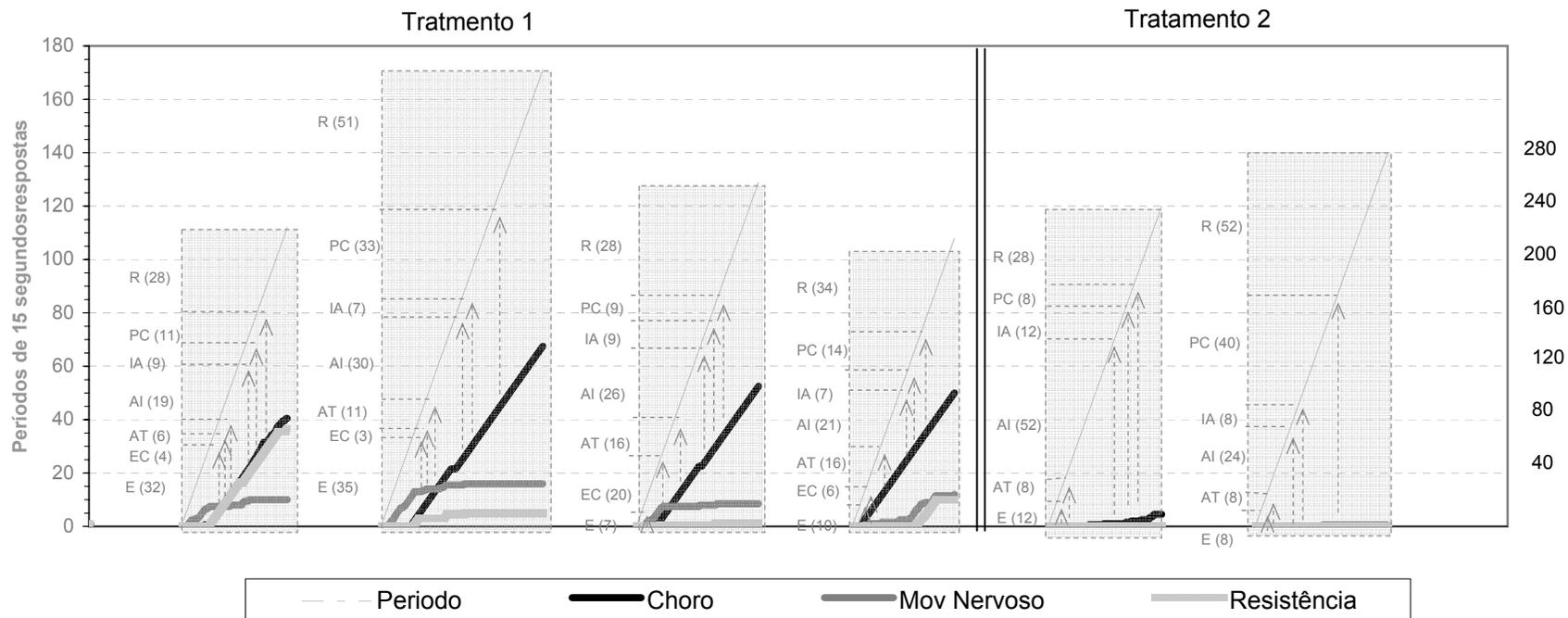


Figura 6. Frequência acumulada de respostas do participante 5 e do dentista nas quatro sessões do primeiro tratamento e nas duas sessões do segundo tratamento

Legenda: E - Entrada; AT - Anestesia Tópica; AI - Anestesia Infiltrativa; IA - Isolamento Absoluto; PC - Preparo Cavitário; Restauração

Verifica-se na primeira sessão de atendimento do Participante 5 (Segundo Tratamento), que o Choro foi a única manifestação da criança. As respostas do dentista (categorias Diretiva, Distrativa e Contenção Física) ocorreram durante toda a sessão com tendência negativamente acelerada.

Praticamente, a criança não emitiu respostas não colaborativas na segunda sessão de atendimento odontológico do Segundo Tratamento. Observa-se que a curva de respostas Distrativas do dentista apresenta aceleração positiva desde a rotina Anestesia Infiltrativa. Nessa sessão a curva de respostas Diretivas apresenta aceleração negativa.

Observa-se que as respostas de Choro do Participante 5 nas sessões do Primeiro Tratamento apresentaram aceleração positiva durante todas as quatro sessões. Pode-se observar que as respostas foram emitidas cada vez mais cedo, ou seja, a resposta de Choro passou a ser antecipada de sessão para sessão. Em contrapartida, as respostas de Movimento, gradualmente, tornaram-se menos freqüentes da primeira a quarta sessão de atendimento. A Resistência ocorreu no início da primeira sessão e em menor freqüência na segunda e terceira sessão. Na última sessão a criança emitiu respostas de Resistência e Movimento numa rotina (Restauração) na qual este padrão de resposta não havia ainda ocorrido.

De modo geral, as respostas de Choro tornaram-se mais freqüentes e as respostas de Resistência e Movimento diminuíram ao longo das sessões, mas não foram totalmente suprimidas. Não é possível dizer que houve adaptação da criança, nem qualquer modificação comportamental no Primeiro Tratamento.

Parece que o padrão de não colaboração da criança pode ser descrito como um Conflito Esquiva-Esquiva (Lundin, 1972). Na presença das variáveis aversivas do

atendimento odontológico (rotinas e instrumentos) a criança permite o tratamento odontológico e se esquivava da Contenção Física, interrompendo movimentos e chorando. Dessa maneira participante estaria se esquivando de forma supersticiosa e o Choro pode também ser eliciado pelos estímulos incondicionados da situação.

O cirurgião dentista emite pelo menos dois padrões de respostas: clínicas e de interação. Pode-se dizer que a classe de resposta - realizar o atendimento clínico – intervir clinicamente - é uma resposta eficaz, isto é, uma resposta conseqüenciada, devido o uso da Contenção Física. Dessa forma essa classe de respostas é fortalecida.

Com relação às respostas que foram chamadas de interação, ou seja, as verbalizações do dentista durante a sessão de atendimento, verifica-se que as respostas Diretivas e Distrativas tornaram-se menos freqüentes nos atendimentos do Primeiro Tratamento. As respostas verbais do dentista não produziam conseqüência. Os comportamentos da criança não foram alterados pelas ações do profissional. O evento antecedente mais freqüente foi o Choro ininterrupto desde o início da sessão. O processo de extinção seria decorrência da manutenção desses eventos ambientais. O ambiente permanece o mesmo, mas possui propriedades aversivas supostas pela presença do Choro.

Possivelmente as respostas do dentista estão relacionadas às respostas de não colaboração da criança. Essa inferência pode ser sustentada se for observado o comportamento do dentista no Primeiro e Segundo Tratamento. Pode-se observar que as respostas do dentista foram emitidas em maior freqüência no Primeiro Tratamento do que no Segundo Tratamento. Weinstein e colaboradores (1982) relataram que dentistas verbalizam mais frente à não colaboração de crianças do que frente a crianças que permitem o

atendimento. As respostas do dentista, então, estariam relacionadas a um processo de extinção e ao responder não colaborativo da criança. Frente à colaboração o dentista para de responder e intervem clinicamente.

Na Figura 7 observa-se as curvas de respostas acumuladas de respostas do Participante 6 e do cirurgião dentista nas quatro sessões de atendimento do Primeiro Tratamento e nas duas sessões do Segundo Tratamento. A Figura 7 foi construída do mesmo modo que a Figura 6.

Na primeira sessão da criança (painel superior) da Figura 7, pode-se observar que as curvas de respostas de Choro e Resistência da criança apresentam aceleração positiva e que a curva de respostas de Movimento evidencia baixa frequência durante toda a sessão. Verifica-se que a curva de respostas de Contenção Física do cirurgião dentista apresenta aceleração positiva em todas as rotinas. A curva de respostas Diretivas mostra aceleração positiva até a rotina Restauração, após essa rotina não há ocorrência dessas respostas. Nota-se também, que as respostas Distrativas apresentam aceleração negativa.

Na segunda sessão observa-se que as curvas de Choro e Resistência apresentaram aceleração positiva durante todo o atendimento do participante e que a curva de respostas de Movimento apresenta aceleração negativa. Verifica-se que as curvas de respostas Diretivas e Distrativas do cirurgião dentista aparecem sobrepostas no início da sessão e que não ocorre Contenção Física. No momento em que a curva de respostas de Contenção Física apresenta aceleração positiva, a curva de respostas Distrativa apresenta aceleração negativa. Ainda nessa sessão, verifica-se que a curva de respostas de Contenção Física apresenta valor acumulado final maior do que a curva de respostas Diretivas.

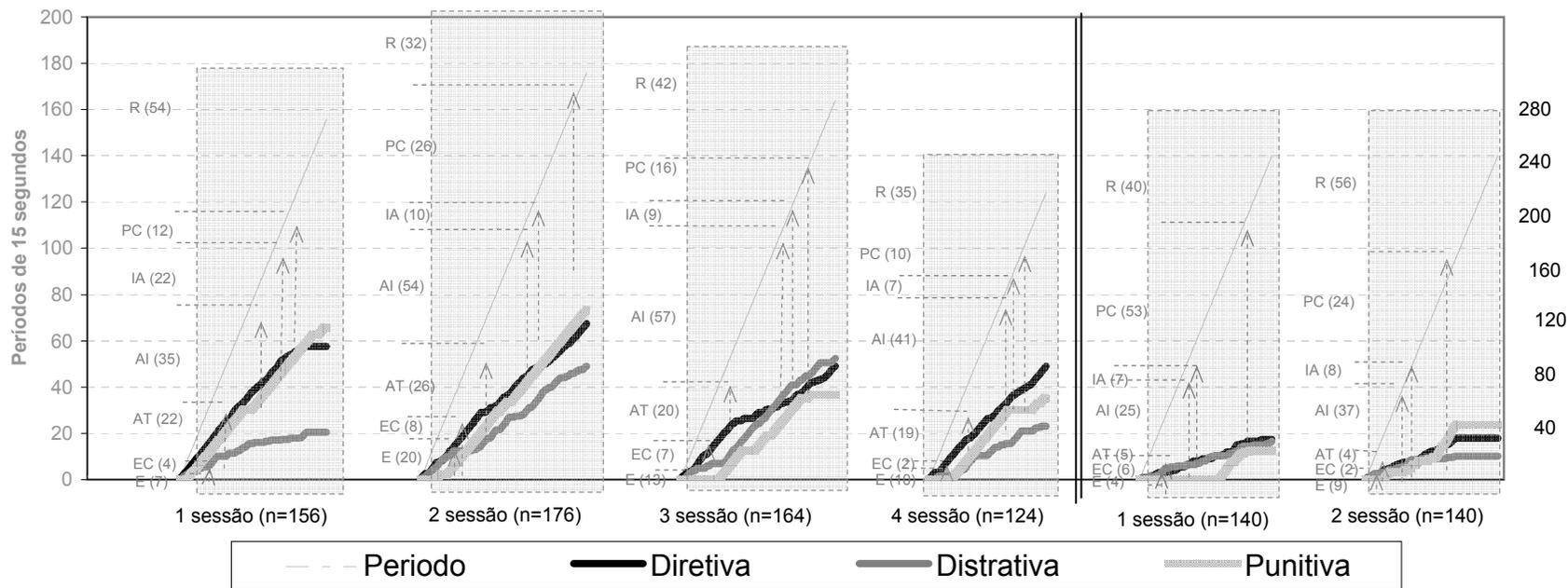
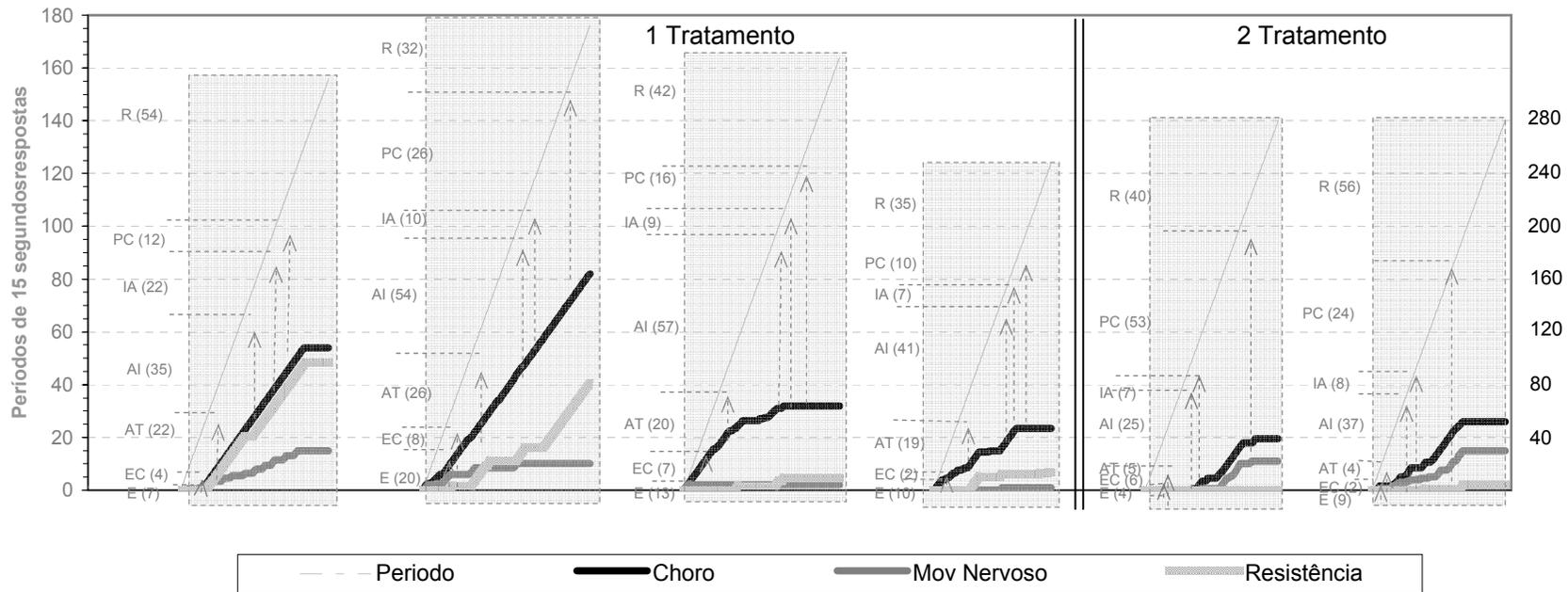


Figura 7. Frequência acumulada de respostas da criança 6 e do dentista nas quatro sessões do primeiro tratamento e nas duas sessões do segundo tratamento
 Legenda: E - Entrada; AT - Anestesia Tópica; AI - Anestesia Infiltrativa; IA - Isolamento Absoluto; PC - Preparo Cavitário; Restauração

As curvas de respostas de Resistência e Movimento da criança apresentam baixas frequências durante o terceiro atendimento e curva de respostas de Choro apresenta aceleração negativa. Observa-se ainda nessa sessão que as curvas de respostas Diretivas, Contenção Física e Distrativas do dentista apresentam aceleração positiva. Ressalta-se que as respostas de Contenção não foram emitidas na última rotina Restauração.

Na quarta sessão de atendimento desse participante, observa-se que as curvas de respostas de Choro, Resistência e Movimento da criança apresentam aceleração negativa. Por outro lado, as curvas de respostas Diretivas, Distrativas e de Contenção Física do dentista apresentam aceleração positiva até a rotina Isolamento Absoluto.

Pode-se observar que na primeira sessão de atendimento do Segundo Tratamento, as curvas de respostas de Choro e Movimento apresentam aceleração negativa. Praticamente não houve respostas de Resistência. Da mesma forma, observa-se que todas as curvas de respostas do dentista apresentam aceleração negativa.

Na segunda sessão do participante 6 do Segundo Tratamento, observa-se que as curvas de respostas de Choro e Movimento da criança apresentam aceleração negativa. Verifica-se que as curvas de respostas de Contenção Física, Diretiva e Distrativa apresentam aceleração negativa até a rotina Preparo Cavitário. Após essa rotina pode-se observar que não houve emissão dessas respostas.

Pode-se notar que as curvas de respostas de Choro, Resistência e Movimento do participante apresentam aceleração negativa no Primeiro e no Segundo Tratamento e que o comportamento do dentista mantém o mesmo padrão. Na última sessão e nas duas sessões do Segundo Tratamento pode-se observar a mesma tendência comportamental.

Com relação às respostas do profissional, observa-se que ele emite um número freqüente de respostas ao mesmo momento em que intervém clinicamente. A intervenção foi possível devido o uso da Contenção Física. Nas sessões do Primeiro Tratamento pode-se observar que as respostas Diretivas e Distrativas do dentista foram emitidas de forma simultânea, o que caracterizaria uma variabilidade no responder do profissional. Esta seria um dos efeitos do processo de extinção. É possível supor que o comportamento do dentista está controlado por contingências aversivas (os comportamentos da criança) que não são modificadas. Por isso os comportamentos do dentista, num primeiro momento, são muito freqüentes e variados e depois se tornam menos freqüentes. Essa é a tendência das respostas do cirurgião dentista na terceira e quarta sessão do Primeiro Tratamento (Skinner, 1970; Catania 1999).

De forma mais objetiva, os dois participantes (profissional e participante) apresentam padrões de resistência à extinção. Tanto para a criança como para o dentista, não é possível observar modificação efetiva dos eventos ambientais, no entanto as respostas ainda são emitidas. Essa relação é observada no decorrer das sessões dos dois Tratamentos. As variáveis do contexto podem ser entendidas como aversivas devido às respostas de fuga, que visam terminar com a estimulação, porém são ineficazes. O padrão de respostas da criança e do dentista não foram modificados, ou seja, ambos respondem da mesma maneira; porém observa-se o enfraquecimento desses comportamentos.

Nas sessões do Primeiro e do Segundo Tratamento do participante 6, pode-se observar o estabelecimento de um padrão comportamental. Este chora e apresenta respostas motoras repetitivas e de baixa magnitude motora nas rotinas iniciais e no final das sessões praticamente não emite comportamentos não colaborativos. É possível inferir que o

ambiente odontológico ainda é aversivo devido à ocorrência de respostas emocionais e de descontrole motor.

Da mesma maneira, o dentista apresenta um padrão comportamental nos dois Tratamentos. As respostas do dentista tornaram-se menos frequentes ao longo das sessões, no entanto mantém a variabilidade no responder, ou seja, o profissional emite várias classes de respostas (Diretivas e Distrativas) para o manejo comportamental. Este padrão mostrou-se ineficaz para a modificação das respostas da criança.

Possivelmente, se todas as sessões fossem realizadas seqüencialmente, poderiam ser observados os mesmos dados. Porém entre o Primeiro e o Segundo Tratamento existe um período de 24 meses e o padrão de extinção ainda é observado para os dois (criança e dentista).

COMENTÁRIOS GERAIS

A história comportamental consiste na exposição a contingências respondentes e operantes que contribuíram para a aquisição e para a manutenção da resposta atual (Wanchisen, 1990). Sidman (1960) propôs que as variáveis históricas podem ser estudadas sistematicamente se forem avaliados os efeitos dessas experiências no comportamento subsequente. Assim, os estudos sobre história seriam aqueles que descrevem e analisam a interação entre padrões comportamentais anteriores e contingências atuais do contexto.

Com relação aos atendimentos dos participantes deste Estudo, observa-se que o Participante 5 apresenta maior resistência e choro nas sessões do Primeiro Tratamento quando comparado ao Participante 6. O Participante 5 chora praticamente em 100% do

tempo das quatro sessões. Por outro lado o Participante 6 apresenta uma menor frequência de respostas de choro. No entanto, quando se observa o Segundo Tratamento pode-se inferir que a criança mais temerosa seria o Participante 6, uma vez que a outra criança praticamente colaborou no Segundo Tratamento.

No Segundo Tratamento do Participante 6, é possível observar que houve uma recuperação das respostas da criança e do dentista uma vez que replicam as tendências apresentadas no Primeiro Tratamento. Tais respostas tornaram-se menos frequentes a cada sessão. Pode-se inferir que o processo, no qual foram selecionadas as respostas das crianças, seria extinção; devido ao enfraquecimento no responder. Houve também o estabelecimento de um padrão comportamental da interação, o responder das crianças e do dentista, no Primeiro e Segundo Tratamento, poderia ser caracterizado como resistência à extinção (Skinner, 1970; Catania, 1999).

DISCUSSÃO GERAL

A partir da descrição do controle aversivo envolvido na utilização da estratégia contenção física sobre a interação profissional – paciente e da análise dos efeitos de uma história com contenção física no desempenho subsequente de crianças na situação de tratamento odontológico, pôde-se observar que a estratégia contenção física foi empregada de forma assistemática e em muitos casos de maneira excessiva.

Pode-se dizer que em atendimentos à crianças com histórias prévias de não colaboração, os comportamentos do paciente são estímulos aversivos para que o dentista

inicie a restrição física. O dentista é controlado por condições aversivas e emite respostas que impedem, terminam ou suprimem esses eventos; ao mesmo tempo em que, suas respostas são estimulações aversivas para os pacientes.

Com relação às respostas das crianças pode-se perceber que essas ou passaram por um processo de extinção ou por um processo de punição. Os dados sugerem que no atendimento dos Participantes 1 e 2 as respostas dos pacientes, que impediam ou atrapalhavam o tratamento, foram punidas e que as respostas dos Participantes 3, 4, 5 e 6 foram extintas.

No atendimento do Participante 1, há uma inadequação do uso da contenção e os efeitos deste evento no responder da criança. A estratégia restritiva possivelmente está relacionada à emissão de comportamentos não colaborativos e emocionais. Exposta a Contenção, a criança passou a emitir uma resposta de fuga (um comportamento que não apresentava anteriormente). Efetivamente, a técnica comportamental não diminuiu a frequência do responder não colaborativo, ao contrário, produziu contracontrole.

No atendimento do Participante 2, a estratégia restritiva eliminou o responder que interrompia e/ou atrapalhava o atendimento. A criança passou a emitir a resposta de ficar imóvel e chorar. Possivelmente, as respostas de Resistência e Movimento foram associadas ao uso da Contenção e a criança passou a emitir uma resposta incompatível. Pode-se inferir que o responder não colaborativo da criança cessa (punição), e que é a resposta ficar imóvel seria mantida por reforçamento negativo (esquiva da Contenção).

A estratégia Contenção foi efetiva para o enfraquecimento do responder não colaborativo dos Participantes 3 e 4. Deve-se observar que nas últimas sessões as crianças

emitem baixas taxas de respostas que interrompem ou atrapalham o atendimento. A submissão de crianças pela restrição permite o tratamento e em vários momentos, enfraquecem os comportamentos não colaborativos. No entanto, o que se observa é o estabelecimento de uma situação com muitos eventos aversivos; o que parece não ser desejável para a promoção da adaptação da criança a situações adversas como o tratamento odontológico (Moraes & Pessotti; Milgrom & cols, 1985).

Pode-se sugerir que as crianças que não permitem o início do tratamento, ou seja, a realização de rotinas não invasivas, deveriam passar por uma dessensibilização ou por um treinamento que permitisse a adaptação ao tratamento. A experiência clínica tem mostrado que a exposição gradual ao tratamento de crianças altamente temerosas fortalece respostas de esquiva e solicita a realização de inúmeras sessões de atendimento o que aumenta a aversividade da situação para a criança e para o dentista. Um profissional, diante de uma criança altamente não colaboradora, emite respostas que eliminam os eventos aversivos. Essas respostas, então seriam reforçadas negativamente e, também, o dentista seria reforçado positivamente por realizar o tratamento odontológico (Possobon, 2000, Rolim e cols 2004; Singh e cols, 2002).

No atendimento do Participante 5 seria possível dizer que o dentista verbaliza menos quando a criança colabora. Isso também foi observado par as crianças 1, 2, 4 e 6. Nas últimas sessões, os participantes colaboraram mais e o dentista verbalizou menos. Aparentemente o dentista não reforça respostas de colaboração, mas intensifica sua intervenção clínica.

No tratamento do Participante 6, pode-se observar a maior resistência devido, não apenas, ao número de respostas nas sessões, mas a variabilidade e a semelhança na tendência no responder da criança e do dentista nos dois tratamentos. Essa tendência do responder da criança e do dentista também pode ser observada para o participante 5.

Com relação aos delineamentos utilizados pode-se dizer que no primeiro estudo as duas Condições Experimentais permitiram observar o padrão de interação estabelecido entre a díade criança-profissional. Foi possível observar que em atendimentos de crianças que apresentam relatos e comportamentos não colaborativos, a Contenção Física seria a estratégia utilizada para a modificação comportamental. No entanto, essa estratégia foi utilizada de forma assistemática e em excesso. É necessário ainda ampliar a discussão sobre quando, como e para que padrões comportamentais a restrição torna-se necessária. Em serviços particulares de atenção odontológica a anestesia geral tem sido frequentemente utilizada para pacientes altamente temerosos com condições precárias de saúde bucal (Milgrom & cols, 1985; Possobon, 2000).

Com relação ao delineamento do Estudo 2 pode-se observar que o padrão comportamental dos participantes (crianças e dentista) é semelhante nos dois tratamentos; o que sugere que a experiência passada influencia no responder atual.

A restrição mostrou resultados positivos (modificou o responder das crianças) em situações em que fora empregada de forma concomitante ao comportamento não colaborativo. Ressalta-se que o uso da restrição foi aversivo para todas as crianças, no entanto cada participante respondeu de forma distinta.

COMENTÁRIOS FINAIS

Essa pesquisa representou um esforço de descrição e análise para a identificação de eventos que compõem o contexto odontológico. A identificação dos comportamentos da criança e do profissional e a análise da inter-relação mostram que o controle é bidirecional, isto é, o comportamento de um funciona como ambiente para o comportamento do outro e vice-versa, seja provendo estímulos discriminativos para a ação, seja fortalecendo conseqüências ou a oportunidade para a ocorrência de reforçamento (geralmente do tipo negativo).

A análise permite inferir que a criança é quem apresenta a menor variabilidade comportamental, mas que o seu comportamento seria a variável mais forte. Ou seja, a crença de que é o dentista que comanda ou planeja a situação é falsa. O dentista é controlado pela e na situação.

Com relação aos comportamentos de crianças com histórias comportamentais de não colaboração, os dados sugerem que as variáveis relacionadas a respostas de fuga, esquiva e emocionais, quando as crianças são expostas repetidamente às mesmas experiências, permitem a adaptação ao tratamento odontológico, ou seja, a extinção de respostas não colaborativas .

Aparentemente, o repertório comportamental do dentista é limitado diante de crianças que apresentam níveis altos de não colaboração. É possível observar que frente a comportamentos que interrompem, atrapalham ou sinalizam sofrimento, o profissional

tende a responder com o uso de contenção. Quando a restrição é não possível, como na Primeira Condição Experimental do Estudo 1, então o dentista passa a empregar outras estratégias, entre as quais as Diretivas tendem a ser empregadas com maior frequência. O dentista que não possa utilizar contenção física direciona e instrui a criança sobre os procedimentos e também persuade o paciente sobre as necessidades do tratamento. Essas verbalizações, neste estudo, mostraram-se ineficazes para a modificação comportamental.

O atendimento odontológico não é naturalmente aversivo. Os instrumentos e rotinas são discriminados pelos pacientes. Frente aos eventos aversivos, específicos ou não, as crianças podem emitir respostas de fuga, e se impedidas, passam a se esquivar e a apresentar respostas emocionais explícitas. O problema é que na situação odontológica não é possível eliminar completamente os estímulos eliciadores incondicionados: a dor e / ou o desconforto ou ainda a invasividade da intervenção. Assim, é necessário trabalhar e analisar os comportamentos que competem com as respostas de fuga e as respostas emocionais. Para isso, seria interessante pesquisar formas de atendimento mais ativas e participativas em que a criança possa decidir sobre o seu tratamento e sobre as técnicas comportamentais que serão utilizadas na sessão.

Nesse sentido, a contenção física, como qualquer outra técnica comportamental, deveria ser planejada para cada atendimento. Essa técnica não é boa ou má em si mesma, em alguns casos pode-se observar resultados comportamentais que permitem a adaptação sem a emissão de comportamentos que impeçam ou interrompam o tratamento; em outros casos é apenas uma forma de permitir que o problema bucal seja eliminado, com possíveis custos emocionais elevados, resultantes do controle aversivo.

O problema não está em construir um rol hierárquico de estratégias comportamentais, mas um procedimento em que o profissional da saúde possa realizar depois de cada sessão. Permitir que análises comportamentais sejam realizadas e implementadas na promoção, diagnóstico e re-habilitação seria uma tarefa da área de Psicologia Aplicada à Odontologia. O profissional da saúde deve ser capaz de realizar um planejamento para cada paciente. As necessidades individuais devem ser consideradas quando é iniciada uma intervenção. O planejamento deve ser clínico, mas também comportamental. Este estudo está longe de alcançar esse objetivo, porém considera-se que observar o comportamento da criança e do dentista e os efeitos dessa interação seria um passo em direção ao entendimento das necessidades de cada paciente. Possivelmente, se essas forem respeitadas isso acarretaria em melhorias com relação ao atendimento, como também em relação à promoção de saúde.

REFERÊNCIAS

- American Academy of Pediatric Dentistry (2003). Pediatric Dentistry.(Special Issue, Reference Manual), 25, 68-73.
- Baum, W. M. (1999). Compreender o Behaviorismo: ciência, comportamento e cultura. Tradução Maria Tereza Araújo Silva. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA.
- Cameschi, C. E., & Abreu-Rodrigues, J. (2005). Contingências aversivas e comportamento emocional. Em J. Abreu-Rodrigues & M. R. Ribeiro (Org) Análise do comportamento: Pesquisa, teoria e aplicação. Porto Alegre: Editora Artmed.
- Catania (1999). Aprendizagem: Comportamento, Linguagem e Cognição. (Tradução: Deisy das Graças de Souza). Porto Alegre: Artmed. 4 edição.
- Colares, V., & Richman, L. (2002). Factors associated with uncooperative behavior by Brazilian preschool children in the dental office. Journal of Dentistry for Children, 69, 87-91.

Connick, C., Palat, M., & Pugliese, S. (2000). The appropriate use of physical restraint: Considerations. Journal of Dentistry for Children, 76 (4), 256-262.

Costa Jr, A.L. (2002). Psicologia Aplicada à Odontologia: uma introdução. Estudos e Pesquisas em Psicologia, 2 (2), 67-77.

Costa Jr, A.L. (2001). Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília/DF.

Costa, M, E. P. R., Charlier, S. C., Costa, V. R., Charlier, F. C., Ferreira, F. T. S.C., & Neves, M. L. (2005). Reações dos pais, odontopediatras e psicólogos às técnicas de controle de comportamento utilizadas em odontopediatria. Trabalho apresentado no 12º Congresso nacional da ABOPREV: Tecnologia e humanização na promoção da saúde, abril, Rio de Janeiro.

de Jong, A., Muris, P., Horst, G., & Duyx, P. M. A. (1995). Acquisition and maintenance of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitive factors. Behavior Modification, 24, 57-68.

Dinsmoor, J.A. (1954). Punishment: I, The avoidance hypothesis. Psychological Review, 61, 34-46.

Dinsmoor, J.A. (1955). Punishment: II, An interpretation of empirical findings. Psychological Review, 62, 96-105.

Dinsmoor, J.A. (1977). Escape, avoidance, punishment: Where do we stand? Journal of the Experimental Analysis Behavior, 28, 83-95.

Eli, I. (1992) Oral psychophysiology: Stress, pain and behavior in dental care. Florida: CRC Press.

Hineline, P. N. (1984). Aversive control: A separate domain? Journal of Experimental Analysis of Behavior, 42, 495-509.

Hunziker, M.H.L. (2003) Desamparo aprendido. Tese de Livre Docência. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Ingersoll, B.D. (1982). Behavioral Aspects in Dentistry. New York: Appleton-Century-Crofts.

Locker, D., & Liddell, A. (2000). Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. Behavior Modification, 24, 57-68.

Locker, D., Shapiro, D., & Liddell, A. (1999). Diagnostic categories of dental anxiety: A population-based study. Behavior Research and Therapy, 37, 25-37.

Lundin, R. W. (1972). Personalidade: Uma análise do comportamento. São Paulo: Editora da USP.

Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1968). Princípios de psicologia: Um texto sistemático na ciência do comportamento. (Tradução: Carolina M. Bori e Rodolpho Azzi). São Paulo: Editora Herder.

Matos, M.A. (1981). O controle de estímulos sobre o comportamento. Psicologia, 7(2), 1-15.

Michael, J. (1975). Positive and negative reinforcement, a distinction that is no longer necessary: Or better way to talk about bad things. Em M. Perrone (2003). Negative effects of positive reinforcement. The Behavior Analyst, 26, 1-14.

Millenson, L.R. (1967). Princípios de análise do comportamento. Brasília: Editora da UnB.

Milgrom, P., Weinstein, P., Kleinknecht, R., & Getz, T. (1985). Treating fearful dental patients: As patient management handbook. Reston: Reston Publishing Company.

Moraes, A.B.A., Costa Jr, A.L., & Rolim, G.S. (2004). Medo de dentista: ainda existe? Em H. Guilhardi (Org). Comportamento e Cognição. (Pp. 171-178). Santo André: Esetec.

Moraes, A.B.A., & Pessotti, I. (1985). Psicologia aplicada à Odontologia. São Paulo: Sarvier.

Nathan, J.E. (2001). Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. Journal of Dentistry for Children, 68, 98-101.

Newton, J.T., Paptel, H., Shah, S., & Sturmey, P. (2004). Attitudes towards the use of hand over mouth (HOM) and physical restraint amongst paediatric specialist practitioners in UK. International. Journal of Paediatric Dentistry, 14,111-117.

Perrone, M (2003). Negative effects of positive reinforcement. The Behavior Analyst, 26, 1-14.

Piko, B.F., & Kopp, M.S. (2004). Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioral sciences and behavioral medicine. European Journal of Dental Education, 8 (1), 25-31.

Pinkham, J.R. (1993). The roles of requests and promises in child patient management. Journal of Dentistry for Children, 60, 169-174.

Possobon, R.F. (2003). Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não colaborativos de crianças em atendimento odontológico. Tese de doutorado. Piracicaba /SP: Universidade Estadual de Campinas

Possobon, R. F. (2000). Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não colaboradora durante o atendimento odontológico. Dissertação de mestrado. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas.

Poulton, R., Thomson, W.M., Brown, R.H., & Silva, P. (1998). Dental fear with and without blood-injection fear: Implications for dental health and clinical practice. Behavior Research and Therapy, 36, 591-597.

Rolim, G.S., Moraes, A. B. A., César, J., & Costa Jr., A. L. (2004). Análise do comportamento do odontólogo no contexto de atendimento infantil. Estudos de Psicologia, 9 (3), 533-541.

Rozentraten, R. J. A. (1971). O processo de punição: Efeitos de estímulos discriminativos sobre a resistência à extinção na aplicação do estímulo aversivo contingente à resposta em pombos. Tese de doutorado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais.

Sidman, M. (1995). Coerção e suas implicações. (Tradução: Maria A. Andery e Teraza M. Sérgio). Editorial Psy: Campinas/Sp.

Sidman, M. (1960). Tactics of scientific research. New York: Basic Books.

Silva, S.R.G., Guedes-Pinto, A.C., Reginato, S.M., & Chippari, M. (1992). Percepção da criança com relação a odontopediatria: Um acréscimo da psicologia à odontologia. Revista de Odontopediatria, 3 (1), 127-155.

Singh, K.S. (2001). Uma descrição funcional do comportamento do cirurgião dentista no contexto de sua atuação profissional. Tese de Doutorado. Araraquara: Universidade Estadual de São Paulo.

Singh, K.S., Moraes, A.B.A., & Cesar, J (2002). Análise funcional do comportamento do dentista no contexto de sua atuação profissional. Acta Comportamentalia, 10,181-198.

Singh, K.A., Moraes, A.B.A., & Ambrosano, G.M.B. (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Pesquisa Odontológica Brasileira, 14 (2), 131-136.

Skinner, B. F. (1970). Ciência e comportamento humano. (Tradução: João Cláudio Todorov e Rodolpho Azzi). Brasília: Editora da UnB.

Skinner, B. F. (2003). Questões recentes na análise do comportamento. (Tradução: Anita L. Néri). Campinas : Papyrus.

Ten Berge, M. Veerkamp, J., & Hoogstraten, J. (1999). Dentists' behavior in response to child dental fear. Journal of Dentistry Children, 66 (1), 36-44.

- Townend, E., Dimigen, G., & Fung, D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. Behaviour Research and Therapy, 38, 31-46.
- Wanchisen, B.A. (1990). Forgetting the lessons of history. The Behavior Analyst, 14, 139-144.
- Weiner, A., & Sheehan, D. (1990). Etiology of dental anxiety: Psychological trauma or CNS chemical imbalance? General Dentistry, 22, 39-43
- 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.

ANEXOS

ANEXO 1 – Certificado CEP

ANEXO 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais – Cepae
Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Universidade Estadual de Campinas
Programa de Educação Especial - Universidade Federal de São Carlos

Objetivo do trabalho: avaliação dos comportamentos de crianças com necessidades educacionais especiais, durante o tratamento odontológico.

Justificativa: estudos sobre os efeitos que os tratamentos odontológicos mostram que as experiências no consultório podem levar a criança a ter “medo do dentista”.

Procedimentos: Ficarão no consultório durante o tratamento a criança, sua mãe e dois dentistas. Na sala de observação ficará uma outra pessoa da equipe do Cepae filmando os atendimentos. As reações da criança que serão observadas pelo pesquisador, durante o tratamento, serão: busca de informações (a criança pergunta algo para o dentista), reclamações, comportamento nervoso (balanço dos pés e das mãos), choramingo, choro, grito, fuga, resistência. A avaliação das fitas de vídeo será feita pelo pesquisador.

Informações: os pais ou responsáveis pelo paciente tem a garantia de que receberão respostas a quaisquer eventuais perguntas e/ou esclarecimentos a respeito do tratamento, riscos, benefícios e outras dúvidas relacionados ao atendimento ou a pesquisa. É assegurado o sigilo do nome e dados pessoais dos pacientes e de seus cuidadores. Os resultados que serão divulgados em Reuniões Científicas ou artigos não divulgarão qualquer informação pessoal dos pacientes.

Retirada do consentimento: os pais têm a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento quanto à utilização dos materiais de pesquisa. A participação nesta pesquisa é voluntária.

Consentimento Livre Esclarecido:

Eu, _____, declaro que tendo lido o documento acima exposto e suficientemente esclarecido(a) de todos os itens pelo _____ estou plenamente de acordo com a realização da pesquisa. Concordo plenamente que todos os registros, radiografias, fotografias, modelos, filmes, constituem propriedade do Cepae, ao qual dou pleno direito de retenção, uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em jornais e revistas científicas. Assim, eu autorizo a participação de meu filho(a) no programa estando de acordo com o diagnóstico e plano de tratamento. Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente

Data ___/___/___

ANEXO 3 – Folha de Registro