

Análise funcional do comportamento do dentista no contexto de sua atuação profissional

(Functional analysis of dentists' professional performance)

Kira Anayansi Singh Sánchez*, Antonio Bento Alves de Moraes e Jose Cesar*****

*Universidade Estadual Paulista – UNESP, **Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e ***Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP

A odontologia comportamental é um campo interdisciplinar direcionado ao desenvolvimento e integração de técnicas e conhecimentos das ciências comportamentais e bio-odontológicas, relevantes à promoção da saúde bucal e à aplicação desse conhecimento e dessas técnicas na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Alguns temas de interesse específico desse campo envolvem o estudo da relação profissional – paciente, abrangendo questões como medo, dor, não colaboração e estresse, assim como os padrões de comportamento do dentista relevantes para o manejo dessas manifestações (Ingersoll, 1982).

Wurster, Weinstein, e Cohen (1979) estudaram padrões de interação dentista-criança em fases específicas do tratamento odontológico. Os resultados indicaram que o comportamento da criança está sistematicamente relacionado ao estilo de comunicação do dentista, havendo uma correlação positiva entre a categoria de comportamento orientação/direção e a de cooperação da criança, enquanto que os comportamentos não colaboradores foram positiva e significativamente correlacionados com comportamentos permissivos do dentista.

Uma visão geral da literatura comportamental odontológica mais recente revela que o principal interesse dos pesquisadores se concentra na identificação de estratégias para obter colaboração das crianças. Assim, as estratégias que têm sido mais comumente

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP (Departamento de Odontologia Social), Av. Limeira, nº 901 - Caixa Postal 52, Piracicaba - SP - Brasil, CEP: 13414-903

E-mail: abento@fop.unicamp.br - kira_singh@yahoo.com - joscesar@unimep.br

investigadas são a modelação, o reforçamento, a fuga contingente e a distração (Stokes e Kennedy, 1980; Allen e Stokes, 1987; Allen, Stark, Rigney, Nash e Stokes, 1988; Stark, Allen, Hurst, Nash, Rigney e Stokes, 1989).

Em geral, os resultados das pesquisas revelaram que as estratégias utilizadas foram eficazes na redução de comportamentos não colaboradores de crianças durante o atendimento odontológico, e evidenciaram também uma grande variabilidade nos padrões de comportamento das crianças entre as sessões de tratamento.

Alguns autores, no entanto, estabeleceram como foco de interesse a interação dentista-paciente e para tanto utilizaram categorias comportamentais para registrar o comportamento do dentista e da criança, baseando-se em parâmetros de frequência dos comportamentos emitidos em intervalos curtos de tratamento (Weinstein, Getz, Ratener e Domoto, 1982; Prins, Veerkamp, Horst, Jong e Tang, 1987; e Ten Berge, Veerkamp e Hoogstraten, 1999). Os resultados revelaram que os comportamentos indicadores de medo (movimentos da cabeça e do corpo, chorar, gritar, lamuriar e reclamar de dor ou desconforto) são menos frequentes quando o dentista dirige e reforça o comportamento colaborador da criança. Prins et al. (1987) explicitaram em seus resultados que os dentistas “menos experientes” são menos comunicativos que os “mais experientes” e que diante de comportamentos “altamente temerosos” todos os dentistas se comportam de forma a controlar mais restritivamente o comportamento dos pacientes.

Cesar (1988) realizou um estudo descritivo da relação aluno de Odontologia e paciente ao longo de 37 sessões de atendimento de dois pacientes (um deficiente mental e outro não colaborador). Os comportamentos dos pacientes que dificultaram ou impediram a progressão do tratamento odontológico foram agrupados sob a categoria “resistência”. Foram realizadas medidas de duração do tempo em que houve “resistência” ao tratamento por sessão. A estratégia utilizada para a adaptação da criança à situação de atendimento foi a introdução gradual do paciente ao ambiente odontológico. O dentista iniciava suas atividades pelos procedimentos potencialmente menos aversivos e gradualmente progredia até os mais complexos, tendo estes maior potencial gerador de ansiedade. Os resultados indicaram uma tendência de redução da colaboração no decorrer do tratamento odontológico.

Possobon (2000) avaliou a eficácia do emprego de um ansiolítico (diazepam) associado a estratégias de manejo de comportamento em 6 crianças não colaboradoras durante o tratamento odontológico. Foram realizadas 54 sessões de atendimento nas quais as crianças receberam diazepam ou placebo de maneira duplo cego. As sessões foram filmadas em videotape (VT) e em seguida este foi observado pela pesquisadora que registrava os comportamentos dos pacientes e da dentista, utilizando uma ficha de

observação com espaços delimitados em intervalos de 15 segundos. Os comportamentos dos pacientes (choro, movimentos da cabeça e/ou do corpo, fuga e esquiva) e as estratégias de manejo do comportamento da dentista (explicação, distração, reforçamento etc.) foram registrados. Os resultados mostraram que o medicamento na dose utilizada foi eficaz apenas para um participante, sendo que para os demais foi necessário utilizar a estratégia de restrição física para realização dos procedimentos clínicos. Esse estudo investigou a função de diversas variáveis (objetivamente definidas) sobre o comportamento da criança em sessões sucessivas de tratamento odontológico. As variáveis independentes foram o uso de droga ou placebo, o estabelecimento de regra (“se colaborar pode brincar depois do tratamento”) e os padrões de comportamento da dentista. A variável dependente foi a frequência do comportamento colaborador (ou não colaborador) da criança. As variações do comportamento da criança e do dentista que ocorriam intra e entre sessões de tratamento permitiram um exercício de análise funcional de comportamento.

Os trabalhos de Cesar (1988) e Possobon (1999) destacaram a importância de um estudo intensivo de sujeitos individuais, assim como a descrição e análise dos eventos comportamentais de tratamentos odontológicos completos, procurando identificar as relações entre o comportamento do dentista e do paciente que ocorriam ao longo de sessões de tratamento odontológico e descreviam os controles presentes na situação odontológica.

O presente trabalho apresenta uma perspectiva analítica comportamental da situação odontológica e segue o caminho anteriormente traçado por Cesar (1988) e Possobon (2000) estudando as variáveis que afetam o comportamento do dentista e influenciam sua relação com a criança. O termo “análise funcional do comportamento” designa as relações entre as respostas de um indivíduo e os estímulos ambientais objetivamente identificados (Souza, 1997). No presente estudo, o foco de interesse é o comportamento da dentista e como ele responde aos eventos ambientais presentes na situação de atendimento odontológico.

MÉTODOS

Os participantes deste estudo foram uma dentista, três crianças (P1, P2 e P3) e uma observadora. Os pacientes eram todos do sexo masculino com idade entre 4 e 5 anos. Todos tinham história anterior de não colaboração e a condição bucal incluía vários dentes cariados, com necessidade de tratamento odontológico. A observadora possui experiência em trabalhos anteriores de observação e registro de dados comportamentais.

Para os 3 pacientes realizou-se inicialmente uma sessão de atendimento odontológico designada de “linha de base” na qual não houve emprego de medicação. As sessões subsequentes de atendimento podiam ser 2 sessões nas quais a criança recebia uma droga ansiolítica (diazepam) ou 2 sessões com placebo, alternadamente até o final do tratamento. A dentista foi orientada a realizar o atendimento odontológico sem utilizar nenhum tipo de restrição física durante as primeiras cinco sessões de atendimento e a mãe esteve presente em todas as sessões. A primeira sessão foi destinada ao treino de escovação, profilaxia¹ e aplicação tópica de flúor² e nas sessões subsequentes, foram realizadas as atividades de tratamento odontológico curativo (Quadro 2). Planejou-se também que, ao final da sessão durante a qual a criança colaborasse, ocorreriam atividades recreativas denominadas de atividade lúdica. Esta atividade era realizada em uma mesa com brinquedos, onde a dentista e a criança realizavam tarefas recreativas como contar estórias, brincar com fantoche, dominó e cartões coloridos. A atividade lúdica durava em média 7 minutos. Todas as sessões foram filmadas em videotape utilizando-se para a gravação uma fita “bipada” com marcas sonoras a cada 15 segundos. Após as filmagens das 19 sessões (P1 e P2 tiveram 5 sessões de atendimento odontológico cada um e P3 teve 9 sessões) a pesquisadora realizou as tarefas observação e registro dos eventos comportamentais e clínicos. A partir dos registros observacionais foram identificadas categorias de comportamento da dentista e da criança, apresentadas no Quadro 1.

RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta o número de sessões de atendimento dos pacientes P1, P2 e P3, as rotinas do tratamento odontológico e a indicação do uso de placebo ou diazepam.

¹ Profilaxia: procedimento clínico usualmente realizado pelo profissional com motor de baixa rotação e escova de Robson para a remoção da placa bacteriana.

² Aplicação tópica de flúor: procedimento que consiste na colocação de uma substância (flúor fosfato acidulado) sobre a superfície do dente com cotonete ou algodão para interromper o processo de desmineralização.

Quadro 1	
Categorias de comportamento da dentista e dos pacientes e suas respectivas definições	
Categorias do dentista	Definição
Realiza atividade	Atividades técnicas que envolvem a realização dos procedimentos odontológicos
Direção	Ordens, instruções, orientações, estabelecimento de regras, explicações à criança sobre o procedimento a ser realizado e a conduta esperada.
Tranquilização	Perguntas sobre sentimentos, sensações de dor, agrado físico.
Distração	Eventos como “contar estórias”, “cantar” ou colocar fitas com músicas que visam desviar a atenção da criança dos estímulos aversivos, da situação odontológica.
Punição verbal	Repreensão verbal do comportamento da criança, ameaças de não poder brincar se não colaborar.
Relaxamento	Ensinar a criança através de instrução verbal ou modelos a realizar exercícios de respiração. O profissional fazia massagens faciais ou nos braços do paciente, sugerindo relaxamento.
Persuasão	Verbalizações para convencer a criança a colaborar oferecendo algum tipo de recompensa (brinde, poder brincar após a sessão) ou usar frases do tipo: “me ajude” ou “a mamãe está ficando triste”.
Restrição física	Contenção dos movimentos do corpo e/ou cabeça da criança pela mãe, auxiliar ou dentista para permitir realização do tratamento e impedir a ocorrência de ferimentos, principalmente durante a anestesia e preparo cavitário.
Categorias dos pacientes	Definição
Colaboração	Permite a realização do tratamento odontológico, segue instruções e ordens.
Não-colaboração	Qualquer comportamento da criança que interrompe a atuação do dentista para realização do tratamento odontológico
Colaboração sob restrição física	Quando a criança permite a realização do tratamento odontológico sob contenção física

Quadro 2

Pacientes, número de sessões, etapa do trabalho e rotinas odontológicas. LB = Linha de Base; TE = Treino de Escovação; ATF= Aplicação Tópica de Flúor; AL= Atividade Lúdica.

Sessões do Paciente 1					
Nº sessão	1(26 min.)	2 (24min.)	3(31 min.)	4(14 min.)	5(19 min.)
Etapa	LB	Placebo	Placebo	Diazepam	Diazepam
Rotinas	Entrada TE Profilaxia ATF AL (4min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (6 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (5min.)	Entrada Anestesia Exodontia AL (6min.)	Entrada Anestesia Exodontia AL (4min.)
Sessões do Paciente 2					
Nº sessão	1(26 min.)	2 (25min.)	3(20 min.)	4(27 min.)	5(28min.)
Etapa	LB	Placebo	Placebo	Diazepam	Diazepam
Rotinas	Entrada TE Profilaxia ATF AL(4 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (7 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (4 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (6 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL(4 min.)
Sessões do Paciente 3 (sem restrição física)					
Nº sessão	1(21 min.)	2 (20min.)	3(26min.)	4(16 min.)	5(18 min.)
Etapa	LB	Diazepam	Diazepam	Placebo	Placebo
Rotinas	Entrada TE Profilaxia ATF	Entrada Insucesso	Entrada Insucesso	Entrada Insucesso	Entrada Insucesso
Sessões do Paciente 3 (com restrição física - RF)					
Nº sessão	6(22 min.)	7 (25min.)	8(27 min.)	9(34 min.)	
Etapa	Diazepam	Diazepam	Placebo	Placebo	
Rotinas	Entrada TE Profilaxia ATF AL (5min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (10 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (10 min.)	Entrada Anestesia Dentística AL (8 min.)	

Observa-se que para todos os pacientes na 1ª sessão (linha de base) foi realizado o treino de escovação, profilaxia e aplicação tópica de flúor. Para P1 e P2, nas sessões seguintes, as tarefas clínicas foram curativas e incluíram anestesia³ (tópica e infiltrativa) e procedimentos restauradores (dentística)⁴. Para P1, além de dentística, os procedimentos curativos incluíram a extração de um dente (exodontia). Para P3, no início da 2ª, 3ª, 4ª e 5ª sessões, os procedimentos clínicos foram interrompidos pela criança que apresentava um padrão de comportamento que intercalava não-colaboração com breves períodos de colaboração. Nas 6ª, 7ª, 8ª e 9ª sessões (com restrição física), os procedimentos clínicos realizados foram anestesia (tópica e infiltrativa) e dentística. Ao final de todas as sessões nas quais a criança colaborou, a dentista desenvolveu atividades recreativas .

Tabela 1					
Frequência relativa das categorias de comportamentos da dentista e dos pacientes (P1, P2 e P3) durante o tratamento odontológico (N= número total de intervalos).					
Participantes	Categorias de Comportamento	Pacientes			
		P1 N=456	P2 N=504	P3 N=404	P3 (RF) N=432
Dentista	Realiza atividade	67,4%	85,9%	8,16%	62,0%
	Direção	48,4%	43,25%	33,1%	25,92%
	Tranquilização	8,91%	12,1%	4,9%	7,8%
	Distração	8,91%	8,92%	5,15%	0
	Relaxamento	0	1,98%	0	0
	Punição verbal	0	0,79%	9,0%	1,9%
	Persuasão	0	0	32,9%	1,38%
	Restrição física	0	0	0	35,1%
Paciente	Colaboração	92,7%	93,8%	28,3%	42,8%
	Colaboração sob restrição física	7,3%	6,2%	0	39,5%
	Não colaboração	0	0	71,7%	17,7%

RF= Restrição Física

A Tabela 1 apresenta as frequências relativas das categorias de comportamento da dentista e dos pacientes P1, P2 e P3. Para o cálculo dessas frequências, considerou-se a duração total em minutos de todas as sessões realizadas com cada paciente, sendo cada minuto dividido em 4 intervalos de 15 segundos, uma vez que este foi o período de

³ Anestesia: procedimento que diminui a sensação através do bloqueio dos nervos. Pode ser tópica (pomada anestésica) e injetável (injeção de um tubete de anestésico pela técnica infiltrativa).

⁴ Dentística: preparo cavitário para remoção do tecido cariado (com colher de dentina, baixa rotação e/ou alta rotação) e restauração do dente.

tempo definido para registro dos comportamentos. Por esta razão, o valor de N é diferente para cada paciente e refere-se ao número total de intervalos de 15 segundos das sessões de cada paciente.

Durante o atendimento odontológico dos pacientes P1 e P2 os comportamentos da dentista que apresentaram freqüências relativas mais altas foram “realiza atividade” e “direção” (Tabela 1).

Em relação a P3, nas cinco primeiras sessões (sem restrição física), as freqüências relativas das categorias de comportamento da dentista, em ordem decrescente, foram: “direção” e “persuasão”. Nas sessões subsequentes (6ª até a 9ª sessão, com restrição física) ocorreu uma mudança no padrão comportamental da dentista; a profissional “realiza atividade” e “direção”, uma vez que a partir da 6ª sessão pôde utilizar-se da “restrição física”.

A Tabela 1 apresenta também as freqüências relativas das categorias de comportamento de P1, P2 e P3 (sessões com e sem restrição física) durante todo o atendimento odontológico.

Para P1 e P2 a categoria mais freqüente foi “colaboração”. Para P3, a categoria mais freqüente nas primeiras cinco sessões, foi a “não colaboração” com uma freqüência relativa de 71,7%, seguida da categoria “colaboração” com uma freqüência relativa de 28,3%. Observou-se que a criança colabora um pouco e em seguida interrompe a atuação da dentista. Esse padrão de comportamento se repete em diversas rotinas odontológicas em diferentes sessões. A partir da 6ª até a 9ª sessão com a introdução da “restrição física”, a “colaboração” ocorre em 42,8% do tempo seguida da categoria “colaboração sob restrição física” (39,5%). A “não colaboração” reduz-se drasticamente para 17,7%.

A Figura 1 apresenta as taxas de respostas (R/min.) da cirurgiã-dentista (gráfico A) e do paciente P1 (gráfico B) nas 5 sessões de atendimento. Taxas de resposta de uma dada categoria referem-se ao número total das respostas da sessão dividido pela duração da mesma. As respostas foram registradas cada vez que ocorriam nos intervalos de 15 segundos, sendo que o início e o término de uma resposta estavam definidos pela duração do intervalo. Observando-se a curva da categoria “realiza atividade” (gráfico A) verifica-se um aumento discreto na taxa de respostas da 1ª à 3ª sessão, um decréscimo na 4ª sessão e novamente um aumento na 5ª sessão. A curva da categoria “direção” revela valores muito semelhantes nas primeiras quatro sessões de atendimento e uma diminuição na taxa de respostas na 5ª sessão.

A curva da categoria “colaboração” de P1 (gráfico B) mostra uma variação na taxa de respostas por minuto de 2,8 a 4,0. Para a categoria “não colaboração”, a curva indica valores baixos nas 5 sessões realizadas quando comparados aos valores da categoria “colaboração”.

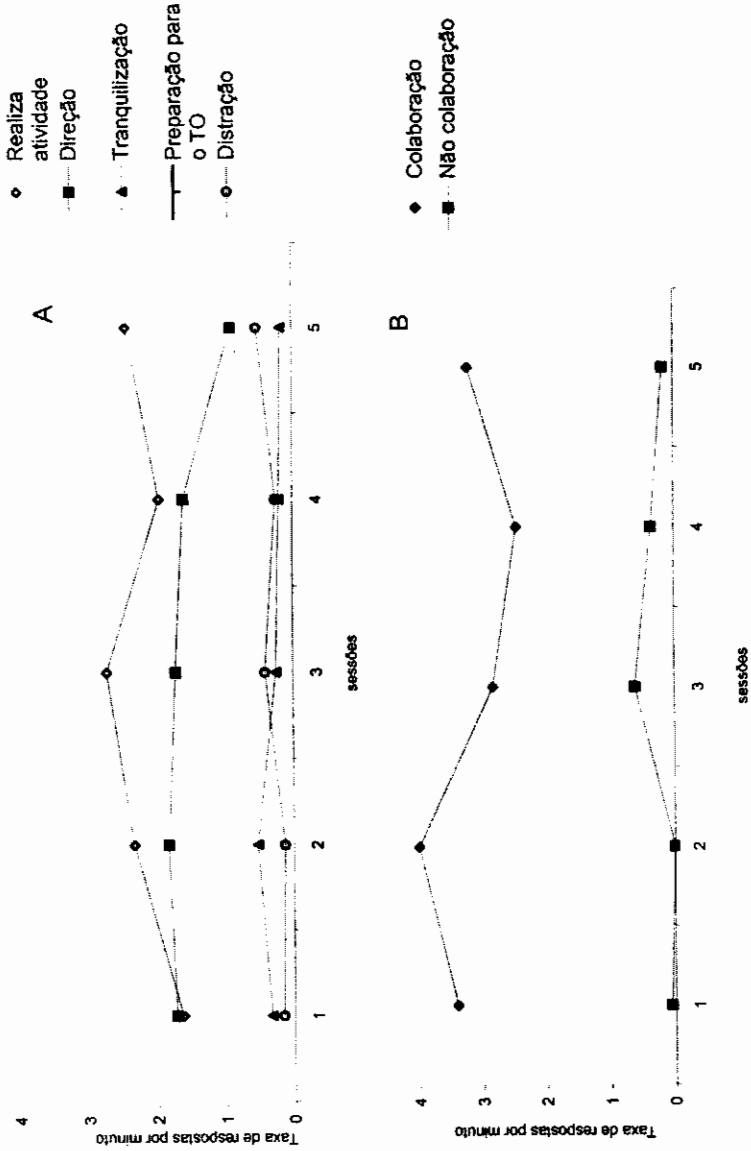


Figura 1. Taxas de respostas (por minuto) dos comportamentos da dentista e de P1 nas 5 sessões de atendimento odontológico

Na Figura 2, o gráfico A apresenta as taxas de respostas por minuto relacionadas aos comportamentos da dentista durante o atendimento do paciente P2. Para a categoria “realiza atividade” a curva mostra valores próximos a 4,0 nas 5 sessões de atendimento odontológico. A categoria “direção” apresenta valores que variaram de 1,05 a 2,26.

Ainda nesta figura, no gráfico B, estão apresentadas as taxas de respostas das categorias de comportamento de P2. Para a categoria “colaboração” a curva mostra valores próximos de 4,0 durante todo o tratamento. Para a categoria “não colaboração” os valores de taxa de respostas estão próximos a zero nas 5 sessões de atendimento.

A Figura 3 mostra as taxas de respostas relacionadas aos comportamentos da dentista nas primeiras cinco sessões de atendimento do paciente P3, sem o uso da restrição física (gráfico A). Para a categoria “realiza atividade” a curva mostra uma diminuição na taxa de respostas no decorrer do tratamento odontológico atingindo, na 5ª sessão, valor zero. A categoria “direção” revela valores próximos a 2,0 nas duas primeiras sessões, diminuindo nas sessões subsequentes. Em contrapartida, a taxa de respostas da categoria “persuasão” apresenta valores crescentes até a 5ª sessão, com exceção da 4ª.

No gráfico B estão apresentadas as taxas de respostas de P3 que se referem às 5 primeiras sessões sem restrição física. Observando-se a curva referente a “colaboração” verifica-se, de maneira geral, que esta diminui ao longo das 5 primeiras sessões de atendimento. Por outro lado, a “não colaboração” aumenta da 1ª até a 5ª sessão.

Na Figura 4, o gráfico A revela as taxas de respostas dos comportamentos da dentista nas 4 últimas sessões do paciente P3 quando foi introduzida a “restrição física”. A curva da categoria “realiza atividade” revela uma variação de 2,0 a 3,2 respostas por minuto ao longo das sessões. A categoria “restrição física” ocorre pela primeira vez na 6ª sessão. Nas sessões seguintes ocorre um decréscimo desta categoria, finalizando o tratamento com um valor em torno de 0,2 respostas por minuto. A curva da categoria “direção” apresenta valores que variaram de 0,6 a 1,5 respostas por minuto no decorrer das 4 últimas sessões.

No gráfico B estão apresentadas as taxas de respostas de P3 da 6ª a 9ª sessão (com restrição física). A curva referente a “colaboração” mostra um aumento neste padrão comportamental no decorrer destas 4 sessões do tratamento. A categoria “colaboração sob restrição física” mostra um pequeno aumento na taxa de respostas até a 7ª sessão e depois uma diminuição até o final do tratamento. Para a categoria “não colaboração”, a curva apresenta uma forma decrescente da 6ª à 9ª sessão.

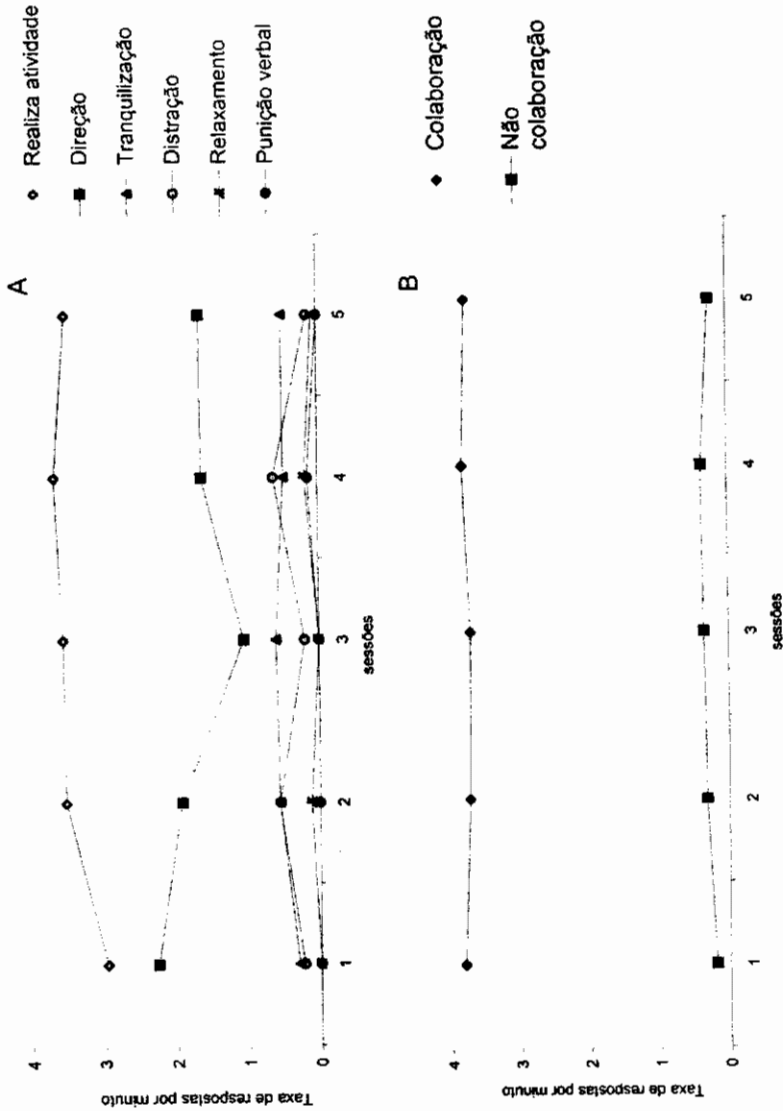


Figura 2. Taxas de respostas (por minuto) dos comportamentos da dentista e de P2 nas 5 sessões de atendimento odontológico

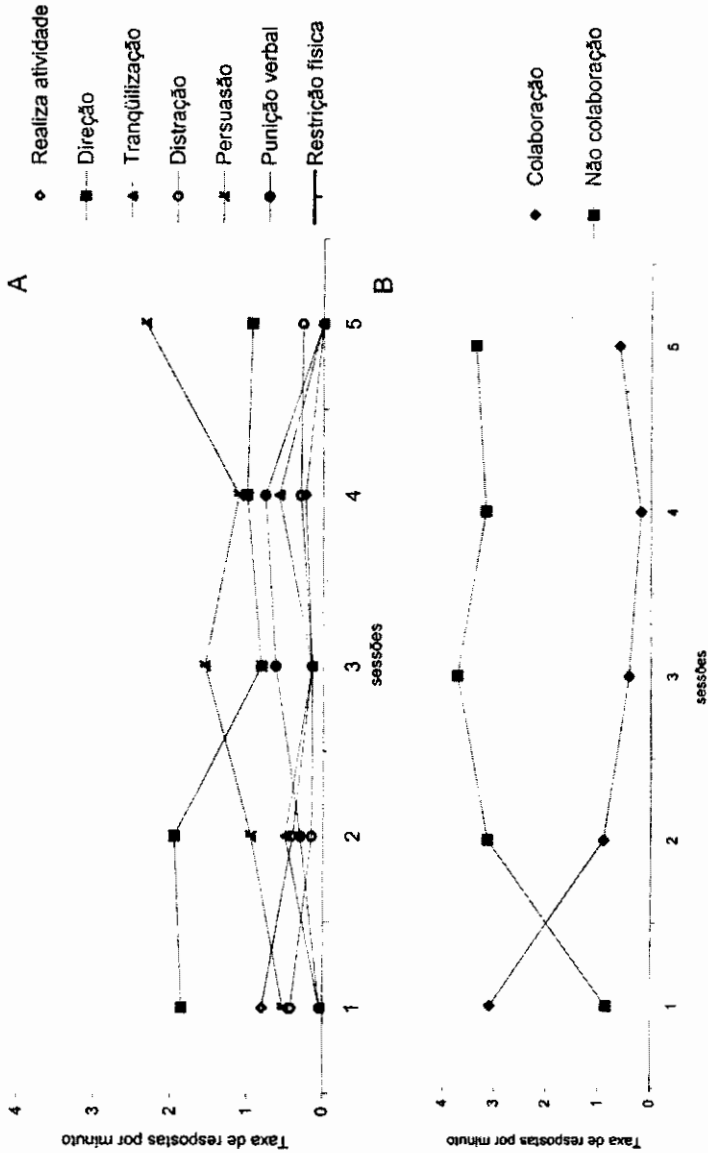


Figura 3. Taxas de respostas (por minuto) dos comportamentos da dentista e de P3 nas 5 primeiras sessões de atendimento odontológico sem restrição física

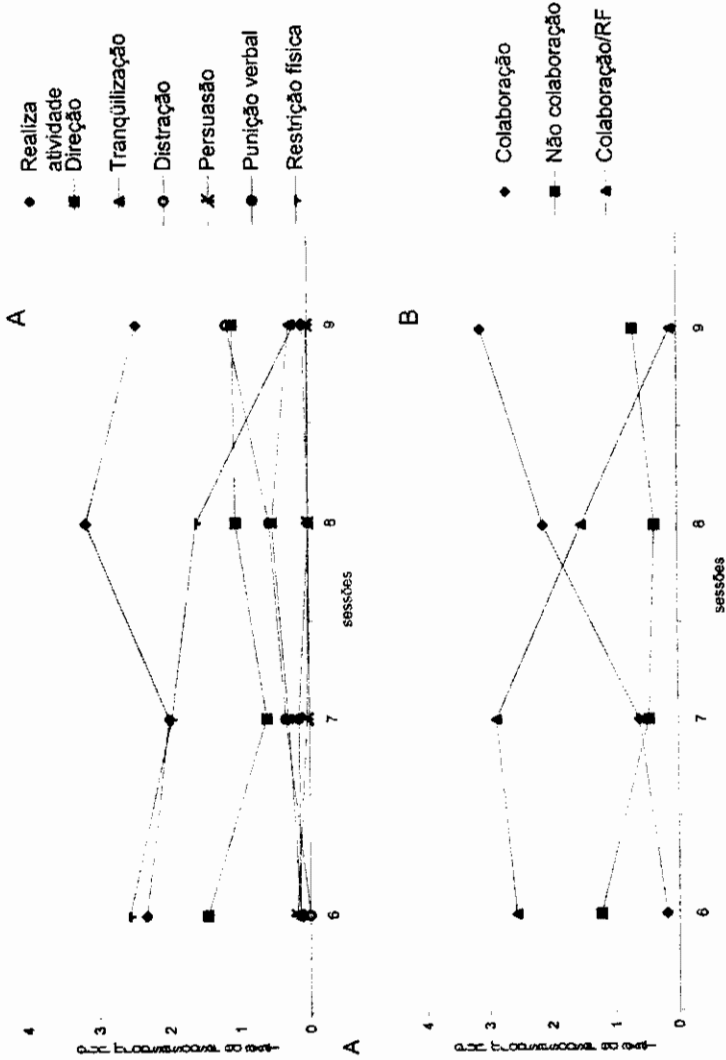


Figura 4. Taxas de respostas (por minuto) dos comportamentos da dentista e de P3 da 6a a 9a sessão de atendimento odontológico com o uso de restrição física

DISCUSSÃO

Uma análise descritiva dos resultados deste estudo revelou que para P1 e P2 as categorias de comportamento da dentista mais freqüentes foram: “direção” (que incluíam explicação, ordens, instruções, orientações, estabelecimento de regras) e “realiza atividade”. Esta dentista combinou o uso da estratégia “direção”, para o manejo do comportamento dos pacientes, com a realização das tarefas clínicas.

A “colaboração” foi o comportamento mais freqüente dos pacientes P1 e P2. A “não colaboração” ocorreu com baixa freqüência e durante momentos específicos do tratamento (anestesia e preparo cavitário). Cesar, Moraes, Milgrom e Kleinknecht (1993); Moraes, Milgrom, Mey-Tay e Costa (1994) e Vignhesa et al. (1990) relataram que os estímulos mais fortemente produtores de medo (ou não-colaboração) foram a anestesia e o motor odontológico. Isto sugere que em alguns momentos específicos a situação odontológica torna-se uma experiência estressante que mobiliza as habilidades de enfrentamento da criança. Segundo Monat e Lazarus (1985), o enfrentamento foi definido como o esforço de adaptação do indivíduo frente a situações desconhecidas de risco, ameaça ou desafio. A situação odontológica possibilita que o indivíduo desenvolva novos padrões de comportamento ou se adapte às condições adversas do contexto.

Para nenhuma das duas crianças foi necessário o uso de “restrição física” para obter colaboração, isto é, as estratégias de manejo do comportamento utilizadas foram suficientes para evocar colaboração. Os resultados obtidos com P1 e P2 são consistentes com os relatados por Wurster et al. (1979) que revelaram que a categoria “orientação/direção” foi eficaz para a obtenção de colaboração de crianças em situação odontológica. Da mesma forma, Weinstein et al. (1982) observaram que os comportamentos indicadores de medo (movimentos da cabeça e corpo, chorar, gritar, protestar, lamuriar e reclamar de dor ou desconforto) são menos freqüentes quando o dentista dirige e reforça o comportamento da criança. No caso de P1, as estratégias “direção”, “tranqüilização” e “distração” foram efetivas na obtenção de colaboração e na melhora da relação dentista-criança.

Já em relação a P2, embora tenha sido observada uma grande colaboração para a realização do tratamento, quando a dentista tentava estabelecer uma maior “aproximação” ou mesmo “distrair” a criança com músicas, estórias, esta verbalizava seu desejo pelo silêncio. Observou-se que, algumas vezes, frente a essas situações, a dentista utilizou “punição verbal” que não produziu mudanças na colaboração de P2. Weinstein et al. (1982) estudando crianças em situação odontológica observaram que a “repreensão verbal” não se revelou um procedimento eficaz de manejo.

Dirigindo o foco de atenção a P3, observou-se, durante as cinco primeiras sessões, que as categorias mais freqüentes de comportamento da dentista foram: “direção”,

“persuasão”, “punição verbal” (Tabela 1). A dentista tentou obter colaboração através de estratégias de manejo do comportamento sem o uso da restrição física, mas não conseguiu alterar o padrão de não-colaboração deste paciente.

Para este paciente a “restrição física” permitiu que a criança enfrentasse as condições do tratamento odontológico. Ten Berge et al. (1999) relataram que em alguns casos, quando a criança se recusa a colaborar é praticamente impossível tratá-la sem o uso de algum tipo de “restrição física”. Contraditoriamente, a restrição física teve um efeito positivo na obtenção da “colaboração” pois aumentou a frequência deste padrão comportamental, sem restrição física, na 8ª e na 9ª sessão. Desta forma a dentista conseguiu realizar as atividades clínicas e melhorar a condição de saúde bucal de P3. É possível inferir que para esse paciente a restrição possibilitou a ocorrência de respostas de enfrentamento ao tratamento que puderam posteriormente ocorrer sem restrição física. Isto é, a condição de estímulos inicialmente percebida como aversiva, teve suas propriedades funcionais alteradas quando o paciente foi forçosamente exposto a situação de tratamento odontológico. Por outro lado, pode-se supor também que mesmo nas sessões em que a criança colaborou (8ª e 9ª sessão), ela esteve sob controle da condição aversiva estabelecida pela “restrição física” utilizada nas sessões anteriores.

É interessante salientar que embora eficaz para obter “colaboração”, a “restrição física” levou à diminuição das outras categorias de comportamento da dentista. Isto é, nas 4 últimas sessões de atendimento de P3 a dentista não mais utiliza-se da “distração” e a “persuasão” diminui de 32,9% para 1,38%.

O comportamento de persuadir foi substituído por outros padrões de comportamento da dentista. Com o recurso da “restrição física” foi possível um envolvimento mais ativo da dentista em atividades de intervenção clínica, e desta maneira ser reforçada por ser capaz de controlar o comportamento da criança e realizar o tratamento odontológico planejado. Ten Berge et al. (1999) explicam ser difícil dirigir e controlar o comportamento de crianças não colaboradoras e ao mesmo tempo utilizar estratégias como distração e persuasão.

Os resultados do presente estudo permitem supor que o que leva a dentista a atuar de modo particular, parece estar funcionalmente relacionado ao grau de colaboração apresentado pela criança, assim como sua história de aprendizado em situações anteriores de tratamento odontológico.

Uma análise da variável medicação ou placebo, parece indicar que não houve mudanças significativas no comportamento dos pacientes durante o tratamento odontológico, correlacionadas com a administração do tranquilizante. Os pacientes P1 e P2 se mostraram colaboradores durante as cinco sessões de tratamento (sessões de linha de base, medicação e placebo). O paciente P3, durante as primeiras cinco sessões foi não-colaborador (sessões de linha de base, placebo e medicação) e da 6ª a 9ª sessão

a criança foi colaboradora com e sem restrição física, independentemente do papel da medicação.

O padrão comportamental observado na relação dentista-paciente (P1 e P2) seguiu a seguinte seqüência: a dentista controlava o comportamento da criança através de instruções, orientações e regras. A criança colaborava e a dentista realizava a atividade. Com o paciente 3 este padrão não ocorreu. Foi necessário uma mudança no comportamento da dentista que implicou no estabelecimento de condições mais rígidas de controle. Assim, a partir do enfrentamento imposto a P3, este passou a colaborar e a dentista pôde então realizar as atividades odontológicas necessárias.

Os resultados deste estudo demonstraram ser possível, através de uma análise funcional, identificar diferentes classes de comportamentos e variáveis controladoras dos comportamentos envolvidos na interação dentista-criança.

REFERÊNCIAS

- Allard, G.B. & Stokes, T.F. (1980). Continuous Observation: a detailed record of children's behavior during dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 47, 246-250
- Allen, K., Stanley, R., McPherson, K. (1990). Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 12, 2, 79-82
- Allen, K.D. & Stokes, T.F. (1987). Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20, 381-390
- César, J. (1988). *Caracterização comportamental do tratamento odontológico de pacientes especiais: estudo de dois casos*. São Carlos, Tese (Mestrado em Educação Especial) Centro de Educação e Ciências Humanas –Universidade Federal de São Carlos. 157p.
- César, J., Moraes, A.B.A., Milgrom, P., Kleinknecht, R. (1994). Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 148-150.
- Ingersoll, B.D. (1982). An Overview of Behavioral Dentistry. Em Ingersoll, B.D (org.) *Behavioral Aspects in Dentistry*. New York: Appleton, 1-11.
- Monat, A. & Lazarus, R.S. (1985). Stres and coping – na anthology. Em Costa Junior, A.L. (2000). Manejo de variáveis psicológicas no tratamento do câncer em crianças: algumas contribuições da psiconeuroimunologia. *Estudos de Psicologia*, 17, 3, 35
- Moraes, A.B.A., Moraes, Milgrom, Mey-Tay., Costa, S.M. (1994). Prevalence of dental fear in Brazilian high school students in São Paulo state. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22, 114-115
- Moraes, A.B.A., Pessotti, I. (1985). *Psicologia aplicada à Odontologia*. São Paulo: Sarvier, 106p.
- Possobon, R. (2000). *Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não-colaboradora durante o atendimento odontológico*. Dissertação (Mestrado Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica)– Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas. 339p.
- Prins, P., Veerkamp, J., Horst, G., Jong, A., Tan, L. (1987). Behavior of dentists and child patients during treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 1, 15, 253-257
- Souza, D.G. (1997). A evolução do conceito contingência? Em: Banaco, R.A. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: Arbytes Editora., Cap.10, 1, 82-87.

- Stark, L.J., Allen, K.D., Hurst, M., Nash, D.A., Rigney, B., Stokes, T.F. (1989). Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 297-307
- Tem Berge, M., Veerkamp, J., Hoogstraten, J. (1999). Dentists' behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 66, 36-40.
- Veerkamp, J., Gruythuysen, R., Amerongen, W., Hoogstraten, J., Weerhei, J.M. (1987). Dentists' rating of child dental-patients' anxiety. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23, 356-359,
- Vignhesa, H. (1990). A clinical evaluation of high and low fear children in Singapore. *Journal of Dentistry Children*, 57, 224-228.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P., Domoto, P. (1982). The effect of dentist's behaviors on fear-related behaviors in children. *Journal of American Dental Association*, 104, 1, 32-38.
- Wurster, C., Weinstein, P., Cohen, A. (1979). Communication patterns in pedodontics. *Perception Motor Skills*, 48, 159-166.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo identificar as variáveis que afetam a atuação da dentista no contexto do tratamento odontológico utilizando a análise funcional do comportamento como referencial básico. Os participantes foram uma dentista, 3 crianças não colaboradoras (P1, P2 e P3). Para os 3 pacientes realizou-se uma sessão de linha de base e as sessões subsequentes podiam ser 2 sessões nas quais a criança recebia droga (diazepam) ou 2 sessões de placebo até o final do tratamento. A dentista foi instruída a não usar "restrição física" nas primeiras 5 sessões. Ao final das sessões em que a criança colaborasse ocorreriam atividades recreativas. As 19 sessões de atendimento foram filmadas e observadas. Realizou-se um registro cursivo dos eventos clínicos e comportamentais das sessões a cada 15 segundos. Para P1 e P2 as categorias de comportamento mais frequentes foram "direção" e "realiza atividade". Os pacientes foram colaboradores na maior parte do atendimento. Para P3 nas primeiras 5 sessões o uso de "direção" e "persuasão" não foi suficiente para se obter a colaboração do paciente. A partir da 6ª sessão a introdução da "restrição física" criou as condições necessárias para a realização do tratamento odontológico e evocou respostas de colaboração. A medicação utilizada não se revelou uma variável relevante neste estudo. Os resultados do presente estudo permitem supor que o que leva a dentista a atuar de modo particular, parece ser o padrão comportamental apresentado pela criança assim como sua história de aprendizado. Verificou-se que a análise funcional é um instrumento valioso para identificar as relações entre diferentes classes de comportamentos e variáveis comportamentais, clínicas e arbitrárias da situação odontológica.

Unitermos: relação dentista-paciente, análise funcional do comportamento, manejo do comportamento do paciente, integração odontologia-psicologia, utilização de ansiolítico.

ABSTRACT

The aim of the present study was to identify variables that affect dentist's behavior in dental treatment situation. Functional analysis of behavior was used as a basis to describe patient's behavior and management procedures implemented by the dentist during dental treatment sessions. Three non-cooperative dental patients (P1, P2, P3) and a dentist participated as subjects. All the sessions (19)

were videotaped and subsequently observed. For all the children, the dentists used the same clinical sequence of procedures. Using a double blind design, the children were given, in each session, placebo or diazepam (0,3 mg/kg) after the first session considered as base line. The dentist was instructed not to use physical restraint during the first 5 treatment sessions. Children's cooperative behavior during a dental treatment session was followed by playing activities at the end of each session. In this situation dentist and child had an free interaction time. Behaviors and dental clinical procedures were recorded in 15 seconds intervals. Results indicated that "guidance" and "clinical procedures" were the more frequent behavior categories used by the dentist and evoked cooperative behavior with two patients (P1 and P2). For patient 3, during the five first sessions the use of strategies "guidance" and "persuasion" were ineffective to evoke cooperation. Beginning in the 6th dental session, the dentist established control conditions to force coping to dental treatment and cooperation. Diazepam used in this research was not effective to affect children's behavior. Results revealed that children's behavior pattern and their dental previous experiences produced a particular dentist's behavior. Functional analysis revealed a valuable instrument to identify the relations between different behaviors classes and variables present in dental situation.

Keywords: dentist-patient relationship, behavior functional analysis, dental patient behavior management, Dentistry and Psychology interaction, use of drugs