



Psicologia: Reflexão e Crítica

ISSN: 0102-7972

prcrev@ufrgs.br

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Brasil

Alves de Moraes, Antonio Bento; Sanchez Singh, Kira Anayansi; Possobon, Rosana de Fátima; Júnior Costa, Áderson Luiz

Psicologia e Odontopediatria: A Contribuição da Análise Funcional do Comportamento

Psicologia: Reflexão e Crítica, vol. 17, núm. 1, 2004, pp. 75-82

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18817110>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Psicologia e Odontopediatria: A Contribuição da Análise Funcional do Comportamento

Antonio Bento Alves de Moraes¹

Universidade de Campinas

Kira Anayansi Singh Sanchez²

Universidade Estadual Paulista

Rosana de Fátima Possobon³

Universidade de Campinas

Áderson Luiz Costa Júnior⁴

Universidade de Brasília

Resumo

Objetivando analisar funcionalmente a atuação do odontopediatra, procedeu-se ao atendimento odontológico de três crianças, utilizando ansiolítico ou placebo. As sessões foram filmadas e registraram-se os eventos clínicos e comportamentais dos participantes, em intervalos de 15 segundos. Os resultados revelaram que a colaboração das crianças pode ser uma variável estabelecida para os comportamentos da profissional. O ansiolítico não demonstrou efeitos sobre o comportamento “Direção”, categoria comportamental predominantemente utilizada pela dentista, revelou-se eficaz na colaboração para 2 pacientes. Os dados expressam a contribuição da análise funcional do comportamento profissional-paciente em odontopediatria.

Palavras-chave: Relações dentista-paciente; psicologia aplicada à odontologia; repertório comportamental; análise funcional.

Psychology and Pediatric Dentistry: The Contribution of Behaviour Functional Analysis

Abstract

The aim of this study was to carry out a functional description of the pediatric dentists' behavior concerning three uncooperative dental patients. Subjects were 3 uncooperative dental patients who were treated using placebo or diazepam. Dental sessions were recorded and behaviors were recorded in 15-second intervals. Results revealed that children's level of cooperative behavior can be a variable that affect professional behaviors. Diazepam was not effective. "Guidance" was predominantly evoked cooperative behavior with two patients. The results express the contribution of behaviour functional patterns of interaction between the dental practitioner and child patient.

Keywords: Dentist-patient relationship; psychology applied to dentistry; dentist's behavior; functional analysis.

Alguns estudos sugerem que o repertório de comportamentos da criança, exposta à situação de atendimento odontológico, resulta do manejo inadequado do cirurgião-dentista (Prins, Weerkamp, Horst, Jong & Tan, 1987; Weinstein, Getz, Ratener & Domoto, 1982). Entretanto, poucos autores analisam, especificamente, o comportamento do profissional e como este é afetado funcionalmente pelo comportamento do paciente. A habilidade para interagir e se comunicar com o paciente é essencial para criar uma boa

baseadas em princípios psicológicos operantes (Allen, Stanley & McFarland, 1991). O autor que mais se aproxima descreve Costa Jr. (2001), poucos estudos que têm estudado sistematicamente as relações psicosociais sobre o comportamento do profissional em consultas e tratamentos de saudade, as contingências envolvem procedimentos odontológicos invasivos.

Trabalhos recentes, descritos por

comportamentais que ampliem a visibilidade dos aspectos psicológicos presentes na interação dentista-criança, considerando-se as características potencialmente aversivas da situação de tratamento odontológico e as típicas manifestações comportamentais do dentista e da criança. Neste contexto, a análise funcional do comportamento revela-se como uma abordagem adequada ao estudo do comportamento presente nesta situação.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar o comportamento do odontopediatra, bem como as variáveis clínicas e comportamentais que o afetam, utilizando as contribuições da análise funcional do comportamento.

Método

O projeto do presente trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas. Todos os participantes estavam devidamente informados sobre a natureza da pesquisa e o seu nível de envolvimento.

Participantes

Participaram do estudo uma observadora treinada, uma dentista com 10 anos de experiência em atendimento de crianças e 3 crianças do sexo masculino (P1, P2 e P3), com idade entre 4 e 5 anos e história anterior de não-colaboração, manifestada com outros profissionais de Odontologia. Para P1 e P2 foram realizadas cinco sessões e para P3, nove sessões de atendimento odontológico. As sessões foram realizadas com um intervalo de 7 dias.

Procedimentos

A dentista seguiu a mesma seqüência de procedimentos clínicos para todos os pacientes. Na primeira sessão, designada de “linha de base”, a criança foi instruída sobre os procedimentos que seriam realizados e como ela deveria se comportar. Em seguida, a dentista mostrou alguns brinquedos que seriam usados ao final da sessão, caso a criança colaborasse, e logo depois realizou treino de

Em Odontologia, as drogas ansiolíticas como pré-medicação em pacientes temerosos (Fuchs & Wannamacher, 1992). Corretamente sedado consciente, o benzodiazepínico bem estar do paciente durante o tratamento, com isso, melhorar sua qualidade (Mindur, 1992), por si só não reduz a não – colaboração, mas a ansiedade e, como decorrência, atuar como auxiliar da interação profissional – paciente (Possobon, 1992).

O delineamento utilizado foi do tipo pré-teste-post-teste, com a dentista, o paciente e sua mãe não sabendo se a observadora assistiu a droga ou o placebo.

A dentista foi orientada a realizar o tratamento de acordo com a seguinte regra: “não utilizar restrição física ou verbal com a criança nas primeiras cinco sessões de atendimento. Recreativas, tais como contar histórias e brincadeiras, denominadas de atividade lúdica, foram realizadas em todas as sessões em que a criança colaborava”.

Todas as sessões foram gravadas em fitas VHS, com sons de “bip” a cada 15 segundos. A observadora assistiu as fitas, registrando os comportamentos ocorridos em cada 15 segundos. Baseando-se nos registros observados, foram identificadas categorias de comportamento da criança. Na análise dos dados procurou-se estabelecer relações entre as ações da dentista e variáveis da situação odontológica. Para isto, foram registradas as respostas do paciente, a atuação da dentista, a resposta e a consequência desta atuação em diferentes momentos do tratamento.

Além disso, os procedimentos clínicos foram considerados como variáveis que podiam influenciar os comportamentos do paciente ou da observadora. A Tabela 2 apresenta as categorias de comportamento da criança e suas respectivas definições.

Resultados

A Tabela 2 apresenta a duração média do atendimento e as rotinas odontológicas.

Tabela 1

Categorias de Comportamento da Dentista e dos Pacientes e suas Respectivas Definições

Categorias da dentista	Definição
Realiza atividade	Atividades técnicas que envolvem a execução dos procedimentos
Direção	Ordens, instruções, orientações, estabelecimento de regras, explicar e o comportamento desejado.
Tranquilização	Perguntas sobre sentimentos e sensações; agrado físico.
Distração	Eventos como “contar estórias”, “cantar” ou colocar fitas com desviar a atenção do paciente e competir com outros estímulos odontológicas.
Relaxamento	Ensinar a criança, por meio de instrução verbal ou modelos, a realizar massagens faciais ou nos braços do paciente; solicitação de relaxamento.
Persuasão	Verbalizações para convencer a criança a colaborar oferecendo (brinde, brincar após a sessão) ou usar frases do tipo: “me ajude” ou “estou triste”.
Punição verbal	Repreensão verbal, ameaças de não brincar se não colaborar.
Restrição física	Contenção dos movimentos da criança pela mãe, auxiliar ou dentista e impedir ferimentos, principalmente durante a rotina de anestesia.
Categorias dos pacientes	Definição
Colaboração	Permite a realização do tratamento, segue instruções e ordens.
Não-colaboração	Qualquer comportamento da criança que interrompe a atuação do dentista odontológico.
Colaboração sob restrição	Criança permite a realização do tratamento odontológico, sob condições de restrição física.

à execução das rotinas odontológicas, conforme a Tabela 1); b) estratégias positivas (que incluem as intervenções de manejo comportamental do paciente, tais como direção, tranquilização, relaxamento e persuasão); e c) estratégias negativas (usualmente consideradas desagradáveis ou aversivas e que envolvem restrição física e punição verbal).

As categorias de comportamento dos pacientes foram classificadas funcionalmente em dois grupos: a) comportamentos concorrentes que se referem às respostas da criança que impedem a atuação do dentista (movimentos da cabeça e/ou do corpo e choro), isto é, respostas de não-colaboração; e b) comportamentos não concorrentes, os quais incluem respostas da criança que não dificultam e/ou tendem a facilitar a atuação do dentista.

Para obtenção dos percentuais de ocorrência de cada categoria de comportamento, considerou-se a duração total

ocorreram em 92,7% do tratamento “concorrentes” e em 7,3% do tratamento “não concorrentes”

Para P2 ($N=504$), a categoria “realiza atividade” ocorreu em 85,9% do tempo de tratamento, “colaboração” ocorreram em 87,2% do tempo, “restrição física” (punição verbal) em apenas 0,7%, “não concorrentes” ocorreram em 1,1% e “comportamentos concorrentes” em 9,3%.

Durante as primeiras 5 sessões de tratamento, quando não houve restrição física, a duração total foi 404. A categoria “realiza atividade” ocorreu em 8,1% do tempo de tratamento, “colaboração” ocorreram em 78,5% e as “estratégias positivas” (punição verbal) em 9,0% do tempo. O percentual de “comportamentos concorrentes” da P3, ocorreu em 2,4%

Tabela 2

Pacientes, Número de Sessões, Etapa do Trabalho e Procedimento Realizados

Sessões do Paciente 1				
Etapa Rotinas	1 (26 min.) LB	2 (24min.) Placebo	3 (31 min.) Placebo	4 (14 min.) Diazepam
	Entrada	Entrada	Entrada	Entrada
	TE	Anestesia	Anestesia	Anestesia
	Profilaxia	Dentística	Dentística	Exodontia
	ATF	AL (6 min.)	AL (5min.)	AL (6min.)
	AL (4 min.)			
Sessões do Paciente 2				
Etapa Rotinas	1 (26 min.) LB	2 (25min.) Placebo	3 (20 min.) Placebo	4 (27 min.) Diazepam
	Entrada	Entrada	Entrada	Entrada
	TE	Anestesia	Anestesia	Anestesia
	Profilaxia	Dentística	Dentística	Exodontia
	ATF	AL (7 min.)	AL (4 min.)	AL (6 min.)
	AL (4 min.)			
Sessões do Paciente 3 (sem restrição física)				
Etapa Rotinas	1 (21 min.) Entrada	2 (20min.) Diazepam	3 (26min.) Diazepam	4 (16min.) Placebo
	TE	Entrada	Entrada	Entrada
	Profilaxia	Insucesso	Insucesso	Insucesso
	ATF			
Sessões do Paciente 3 (com restrição física)				
Etapa Rotinas	6 (22 min.) Diazepam	7 (25min.) Diazepam	8 (27 min.) Placebo	9 (34 min.) Placebo
	Entrada	Entrada	Entrada	Entrada
	TE	Anestesia	Anestesia	Anestesia
	Profilaxia	Dentística	Dentística	Dentística
	ATF	AL (10 min.)	AL (10 min.)	AL (8 min.)
	AL (5 min.)			

Nota. LB: Linha de Base; TE: Treino de Escovação; ATF: Aplicação Tópica de Flúor; AL: Atividade Lúdica.

A Figura 1 apresenta as freqüências acumuladas de categorias de comportamento da dentista e do paciente P3 durante as cinco primeiras sessões de atendimento. A variabilidade nos padrões de comportamento da dentista e do paciente, observada durante o atendimento de P3 (e não durante o atendimento de P1 e P2), foi o critério utilizado para a apresentação exclusiva desta análise para P3. A

Considerando-se os comportamento referente à “colaboração” teve inicialmente um aumento da freqüência acumulada a

A Figura 2 se refere às freqüências categorias de comportamento da dentista durante as quatro últimas sessões

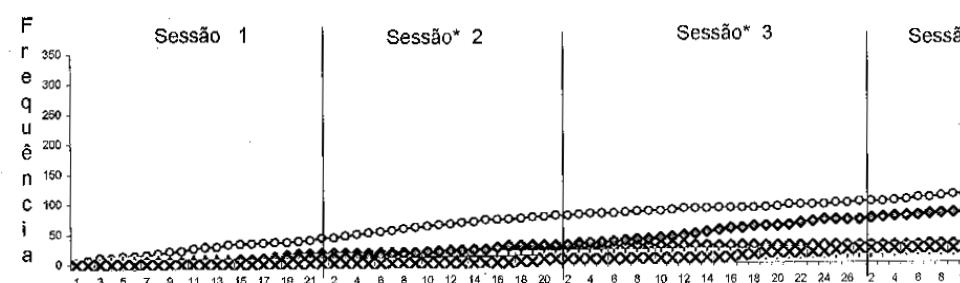
Tabela 3

Percentual de Ocorrência das Categorias de Comportamentos da Dentista e dos Pacientes (P1, P2 e P3) durante as Sessões (N= número de intervalos)

	Participantes	Categorias de comportamento	Paciente		
			P1	P2	P3
Dentista		N=456	N=504	N=504	
		Realiza atividade	67,4%	85,9%	8,1
		Estratégias positivas	66,4%	87,2%	78,9
Paciente		Estratégias negativas	0	0,79%	9,0
		Comportamentos concorrentes	7,3%	6,2%	71,1
		Comportamentos não concorrentes	92,7%	93,8%	28,9

RF: Restrição Física

Dentista



P3

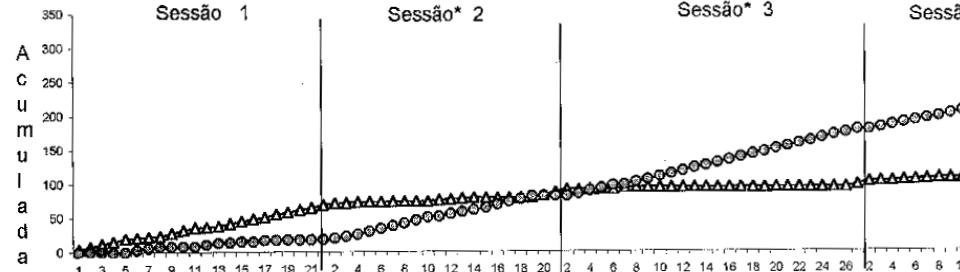


Figura 1. Freqüência das categorias de comportamento da dentista e de P3 durante as cinco primeiras sessões. As categorias do dentista foram: Realiza Atividade, Direção, Tranqüilização, Distração, Persuasão e Diazepam por Kg de peso. Nas sessões com asteriscos a criação de P3 as categorias foram: Colaboração e Não Colaboração. Nas sessões com asteriscos a criação de P3 as categorias foram: Colaboração e Não Colaboração. Nas sessões com asteriscos a criação de P3 as categorias foram: Colaboração e Não Colaboração.

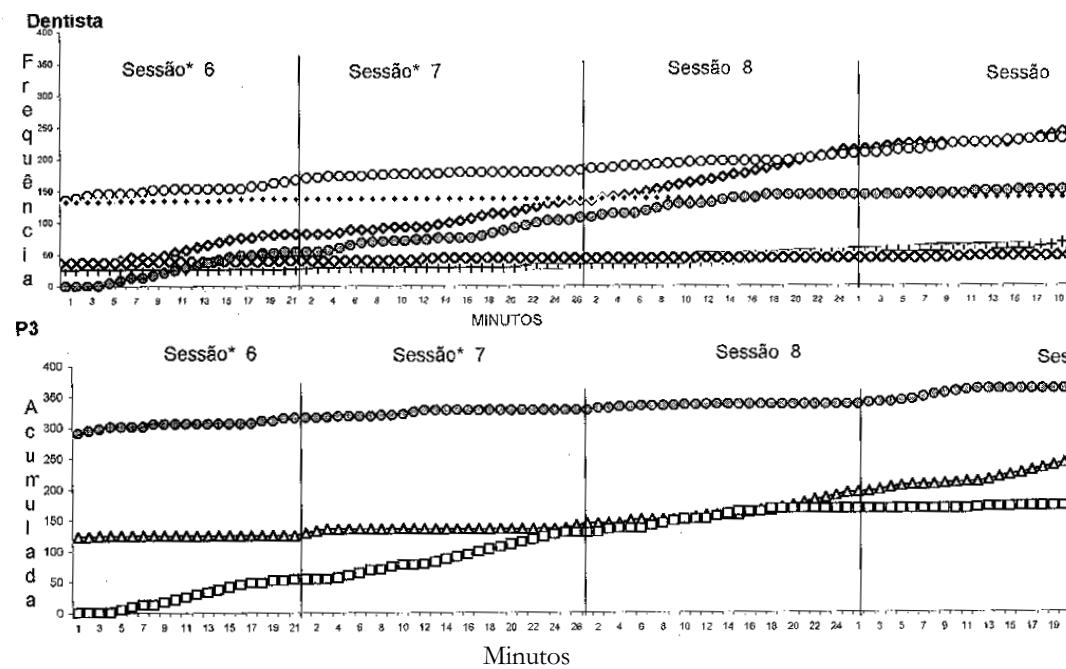


Figura 2. Frequência acumulada das categorias de comportamento da dentista e do P3 da sexta e nona sessão. As categorias do dentista foram: Realiza Atividade, Direção, Tranquilização, Distração, Persuasão, Punição Física para o tratamento odontológico. Para o P3 as categorias foram: Colaboração, Colaboração sob Restrição, Colaboração. Nas sessões com asteriscos a criança tinha recebido 0,3mg de Diazepam por Kg de peso.

Legendas da Figura 2

6* Entrada/Anestesia/Dentística
7* Entrada/Anestesia/Dentística
8* Entrada/Anestesia/Dentística
9* Entrada/Anestesia/Dentística

Dentista	
—◇—	Realiza atividade
—○—	Direção
—□—	Tranquilização
—+—	Distração
—◆—	Persuasão
—x—	Punição verbal
—●—	Restrição Física

P3	
—△—	Colaboração
—●—	Não-Colaboração
—□—	Colaboração/RF

relatado de Wurster, Weinstein e Cohen (1979), que revelaram uma maior probabilidade da categoria de comportamento “orientação/direção” ser seguida por colaboração. Weinstein e colaboradores (1982) observaram que, em geral, os comportamentos indicadores de medo (movimentar, chorar, gritar, protestar e lamuriar) são menos freqüentes quando o dentista dirige e reforça positivamente o comportamento da criança.

Já durante o atendimento de P3, o repertório de comportamentos da dentista nas cinco primeiras sessões, foi predominantemente de estratégias positivas, que se revelaram ineficazes para a obtenção de respostas de colaboração por parte do paciente. É importante destacar que, embora estivesse impedida de utilizar restrição física, a dentista apresentou punição verbal em 9% do tempo das sessões. A utilização desta modalidade de estratégia aversiva, no entanto, não reverteu a tendência comportamental da criança em não colaborar com a execução das atividades clínicas previstas para o tratamento. A criança apresentou comportamentos concorrentes em 71,7% do tempo.

Curiosamente, P3 mantinha ampla interação verbal com a dentista, sugerindo que a criança obtinha sucesso em atrasar a execução das intervenções clínicas. A partir da sexta sessão, a adoção de restrição física criou condições que inibiram as respostas de fuga e esquiva da criança e induziram a evocação de respostas de colaboração. Considerando que a restrição física foi utilizada na sexta, sétima e início da oitava sessão, sugere-se que o aumento da freqüência de comportamento colaborativo, a partir da oitava sessão, está associado à percepção da criança de que não mantinha controle sobre a rotina odontológica, a qual seria executada com ou sem restrição física.

Por outro lado, é possível observar que durante a sexta e a sétima sessão, P3 apresentou poucos comportamentos colaborativos, que foram seguidos por estratégias positivas da dentista, fazendo com que a criança percebesse que dispunha de repertório para enfrentar a situação de tratamento odontológico, aumentando a probabilidade de colaborar sem o uso de restrição física. Deve-se lembrar, também, que, a partir da sexta sessão, a criança participou da atividade lúdica,

A medicação ansiolítica utilizada sobre o repertório de comportamento, comparação das sessões de linhas de base em que os pacientes receberam medicamentos permitiu qualquer diferenciação entre os resultados. Estes resultados são semelhantes ao de Possobon (2000), que utilizou diazepam (0,3 mg/kg de peso) em um estudo de manipulação comportamental de respostas de não colaboração de crianças.

Caldana e Biasoli-Alves (1998) defendem que o odontopediatra deve compreender a importância do desenvolvimento, reconhecer que a criança está mais vulnerável e que é essencial que o odontopediatra faça perguntas sobre como e quando a criança se sente confortável no consultório, de forma a adotar procedimentos que favoreçam a realização do tratamento odontológico. Eles ressaltam que, existem circunstâncias em que a criança exige atitudes invasivas e agressivas. A Sociedade Americana de Odontopediatria (1994) recomenda que, quando recomenda aos profissionais de saúde a utilização de estratégias de “controle pela voz”, “restrição física” em circunstâncias absolutamente necessária e outras que foram utilizadas, como foi o caso de P3, é preciso ressaltar que as recomendações da Sociedade Americana de Odontopediatria incluem a utilização de reforço, distração e contagem regressiva. As estratégias foram adotadas no presente estudo para promover comportamentos colaboradores.

A pesquisa comportamental tem se baseado na suposição de que o problema e seu comportamento devem ser modificados para o benefício da realização do tratamento odontológico. A pressuposição tem levado ao desenvolvimento de instrumentos destinados a verificar a eficácia das técnicas de manejo do comportamento da criança, tais como a escala de medo (Schoenfeld & Gramber, 1984), modelação social (Baker, 1984), entre outros.

sendo fundamental a identificação das variáveis comportamentais e odontológicas e sua interação ao longo de sessões sucessivas de tratamento. A aversividade de um procedimento ou de um padrão comportamental do dentista pode se alterar intra-sessão e entre sessões de atendimento. No entanto, a pesquisa na área não tem se preocupado em realizar análises de mudanças comportamentais que ocorrem ao longo do tempo e tem revelado uma ênfase tecnicista de busca de resultados o que, de certa maneira, empobrece a produção científica na área de odontologia comportamental.

Este trabalho representa uma contribuição da análise funcional do comportamento ao estudo da interação profissional - paciente em odontopediatria. Neste contexto, é importante salientar o conceito de relação comportamento - ambiente, por envolver a idéia básica de que o fundamental não é o desempenho, mas a relação estabelecida entre o desempenho comportamental e os eventos da situação investigada (Souza, 1997).

Os resultados obtidos permitem afirmar que a) é possível, por meio de uma análise funcional, identificar diferentes classes de comportamentos e variáveis controladoras dos comportamentos envolvidos na interação odontopediatria – criança; e b) as condições de saúde bucal, o plano de tratamento, o nível de medo e o grau de colaboração das crianças podem ser considerados como condições que estabelecem comportamentos profissionais padronizados.

Referências

- Academia Americana de Odontopediatria (1996). Guidelines for behavior management. *Pediatric Dentistry (Special issue)* 18, 86-88.
- Allen, K. D., Loiben, T., Allen, S. J. & Stanley, R. T. (1992). Dentist: Implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25, 629-636.
- Allen, K. D., Stanley, R. & McPherson, K. (1990). Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 12, 79-82.
- Allen, K. D., Stark, L. J., Rigney, B. A., Nash, D. A. & Stokes, T. F. (1988). Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 55, 273-277.
- 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.
- Andrade, E. D. (1999). *Terapêutica medicamentosa em odontologia*. São Paulo: Artes Médicas.
- Caldana, R. L. & Biasoli-Alves, Z. M. (1990). Psicologia do desenvolvimento:
- Christiano, B. & Russ, S. W. (1998). Matching preparatory in The effects on children's distress in the dental setting. *Journal of Dentistry*, 23, 17-27.
- Costa, Jr. A. L. (2001). *Análise de comportamentos de crianças em quimioterapia*. Tese de Doutorado não-publicada, Programa de Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Federation Dentaire Internationale / Technical Report n° 32. *Dentistry. International Dentistry Journal*, 39, 55-61.
- Fuchs, F. D. & Wannamacher, L. (1992). *Farmacologia clínica: racional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ingersoll, B. D., Nash, D. A. & Gramber, C. (1984). The use of reinforcement material with pediatric dental patients. *Journal American Dental Association*, 109, 717-720.
- Kazdin, A. E. (1993). Evaluation in clinical practice: Clinical methods of treatment delivery. *Behavior Therapy*, 24, 1-12.
- Melamed, B. G., Hawes, R. R., Heiby, E. & Glick, J. (1975). Use of reinforcement to reduce uncooperative behavior of children during dental procedures. *Dentistry Research*, 54, 797-801.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. Em: *Comportamento e cognição* (pp. 31-36). São Paulo: ARBY.
- Mindus, P. (1987). Anxiety, pain and sedation: Some observations. *Anaesthesia and Scandinavian Supplement*, 88, 7-12.
- Moraes, A. B. A. (1999). Comportamento e saúde bucal: Considerações. In: M. R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: Explorando fronteiras*. Santo André, SP: Arbytes.
- Moraes, A. B. A. & Gil, I. (1991). *Odontopediatria clínica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Possobon, R. F. (2000). *Uso combinado de estratégias comportamentais para manejo da criança não-colaboradora durante o atendimento odontológico*. Mestrado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade de Campinas. Piracicaba, São Paulo.
- Prins, P., Veerkamp, J., Horst, G., Jong, A. & Tan, L. (1987). Reducing uncooperative behavior of children during dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 15, 257.
- Souza, D. G. (1997). A evolução do conceito contingência: Sobre comportamento e cognição (pp. 82-87). Santo André, SP: Arbytes.
- Stark, L. J., Allen, K. D., Hurst, M., Nash, D. A., Rigney, B. A. & Stokes, T. F. (1988). Distraction: Its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22, 297-307.
- Stokes, T. F. & Kennedy, S. H. (1980). Reducing child uncooperative behavior through modeling and reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 41-49.
- Ten Berge, M., Veerkamp, J. & Hoogstraten, J. (1999). Dentist-induced child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 66, 3-10.
- Trapp, L. D. (1991). Pharmacological management of pain. In: Neidle & J. A. Yagiela (Orgs.), *Farmacologia e terapêutica no pediatra* (3^ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P. & Domoto, P. (1982). Effects of reinforcement on fear-related behaviors in children. *Journal of Pediatric Psychology*, 10, 32-38.
- Wurster, C., Weinstein, P. & Cohen, A. (1979). Communication skills in the treatment of children with perceptual and motor skills. *Journal of Speech and Hearing Research*, 22, 150-166.