

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

TESE DE DOUTORADO

**VENDO E DISCUTINDO A PRÓPRIA ATUAÇÃO: um estudo sobre
a interação profissional-paciente visando a formação do
cirurgião-dentista.**

Autor: Maria Elisabeth Salvador Caetano.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Maria Torezan.

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida por Maria Elisabeth Salvador Caetano e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 21 / 02 / 2002.

Assinatura: _____

COMISSÃO JULGADORA:

Campinas – SP

2001

Ficha Catalográfica

C116v Caetano, Maria Elisabeth Salvador.
Vendo e discutindo a própria atuação: um estudo sobre a interação profissional-paciente visando a formação do cirurgião-dentista. / Maria Elisabeth Salvador Caetano. – Campinas, SP : [s.n.], 2002. xix, 236p. : il.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Maria Torezan.
Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Formação profissional. 2. Autoconhecimento. 3. Autodomínio. 4. Recursos audio-visuais. I. Torezan, Ana Maria. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB/8-6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

AGRADECIMENTOS

Mesmo parecendo um trabalho dual (orientador – orientando) um estudo dessa natureza não poderia ser realizado se não contasse com a colaboração, a compreensão e o apoio de várias pessoas, que conosco compartilharam ao longo de seu desenvolvimento e às quais expresso meus sinceros agradecimentos:

Aos pacientes e seus acompanhantes, às cirurgiãs-dentistas e auxiliares do Cepae que tornaram possível a realização desse trabalho.

À equipe do Cepae- FOP/ UNICAMP – Kira, Cátia, Patty, Ro e outros - pela amizade e apoio.

Ao Prof. Antonio Bento Alves de Moraes, coordenador do Cepae, que sempre me acolheu, me incentivou e se empenhou para que esse trabalho se realizasse e, também, pela minha permanência na Universidade ao longo desses anos.

À Fabíola Trivelatto e Paulo R. Rizzo, que além da amizade, contribuíram efetivamente para a produção desse trabalho.

À Ivani Aparecida Lombardo, grande amiga, que me auxiliou com suas sucessivas leituras, críticas, oportunas sugestões e incondicional apoio.

Aos Profs. Anita Liberalesso Néri, Antonio Sergio Leite e Nivaldo Nale pelas oportunas discussões e sugestões para que esse trabalho se efetivasse e se tornasse um instrumento de aprendizagem na formação profissional.

À Profa. Ana Maria Torezan pela orientação sistemática e segura, pela disponibilidade em me atender, pela afeição e carinho com que me recebeu em sua casa.

Aos meus pais – Eduardo e Oliva -, meus irmãos – Wilson, César e Íria e toda família – que, mesmo sem o saber, tantas vezes me confortaram com carinho e amor.

Ao amigos, principalmente à Leila, que durante as nossas caminhadas suportou minhas angústias, meus desabaços e minhas recusas em participar de atividades sociais.

Ao meu marido – Japa Caetano - e aos meus filhos - Marcelo e Lílian – pela carinhosa e fiel convivência em todos os momentos de minha vida, mas principalmente pela solidariedade e compreensão dos muitos “hoje não dá”, durante a realização desse trabalho.

Agradeço ainda à FOP/ UNICAMP pela concessão do espaço físico e infraestrutura necessárias à consecução desse trabalho; e,

À FAPESP pelo auxílio financeiro, tão fundamental nas fases iniciais desse estudo.

DEDICATÓRIA

Japa Caetano, meu marido.

Marcelo e Lílian, meus filhos.

pela alegria e o prazer de viver.

RESUMO

O presente trabalho procurou estudar as nuances do processo interativo entre um profissional de saúde - especificamente uma cirurgiã-dentista - e o paciente, e como o fato de assistir a própria atuação clínica e discuti-la com outro profissional (uma psicóloga) poderiam contribuir para repensar o processo de formação do dentista, entendendo que tal formação deveria contemplar não só os aspectos técnicos, mas também os aspectos sociais e psicológicos envolvidos na atuação profissional.

Decidiu-se que o estudo se faria através de sessões semanais de atendimento odontológico de uma paciente infantil, com duração de sessenta minutos cada. Tais sessões foram filmadas e as práticas clínicas e comportamentais, assistidas no videoteipe, foram discutidas pela dentista e pela pesquisadora, num encontro denominado de sessão de supervisão. As sessões de supervisão ocorreram entre o atendimento odontológico realizado e o subsequente, e as discussões ocorridas durante tais sessões foram gravadas em fitas cassete.

Tanto as fitas do videoteipe (referentes às sessões de atendimento) quanto as fitas cassetes (referentes às sessões de supervisão) foram transcritas e os dados organizados em categorias de análise. Na análise das sessões do atendimento odontológico procurou-se verificar quais influências (e suas respectivas conseqüências) o comportamento da dentista exercia sobre a paciente e a acompanhante, e vice-versa. Na análise das sessões de supervisão procurou-se verificar qual era a influência que o assistir ao videoteipe e discuti-lo com a pesquisadora exercia sobre a dentista e sobre a sua atuação profissional.

O resultado desse estudo demonstrou que dar oportunidade para a dentista ver-se, observar a sua atuação e discutir sobre isso, bem como identificar seus sentimentos em relação à situação, possibilitou-lhe maior conhecimento sobre si própria, sobre o paciente, sobre o acompanhante e sobre o atendimento odontológico. Esse maior conhecimento levou a dentista a um maior governo das ações, o que contribuiu positivamente para a qualidade da interação profissional-paciente, favorecendo a realização das práticas clínicas.

Frente às conclusões do estudo, de que o videoteipe e sua discussão constituíram-se em uma condição bastante favorável para a obtenção do autoconhecimento, considerou-se que a utilização de tal instrumento poderia configurar-se em uma estratégia de ensino eficaz. Em razão disso, foram produzidos dois videoteipes com imagens reais do atendimento odontológico, na perspectiva de que, ao assisti-los, os dentistas em formação pudessem identificar-se com o profissional (modelo) e se reconhecessem na situação odontológica. Espera-se também, que a partir dessa identificação e reconhecimento os dentistas em formação discutam sua atuação, vivenciada no atendimento odontológico realizado na clínica da Faculdade, com o professor e colegas de sala e, dessa forma, possam adquirir maior grau de autoconhecimento tanto do ponto de vista pessoal como profissional, bem como maior governo na interação profissional-paciente e na realização do atendimento odontológico.

ABSTRACT

The present work aimed to study the interactive process that involves a Health professional - a dentist and the patient; and the situation of watching one's own professional performance and discussing it with another professional could contribute to rethink the dentist's general teaching - considering that general teaching should contemplate not just technical, but also social and psychological aspects.

It has decided that the research would occur during the dental treatment of a childlike patient. Dental sessions would take sixty minutes each one, once a week. These sessions were filmed and clinical and behavioral procedures were watched in videotape (Vt) and discussed by the dentist and the researcher in a meeting named supervision session. These sessions occurred between the dental session and the next. The discussions of these sessions were tape-recorded.

Dental and supervision sessions' tape-records (supervision sessions) were transcribed and the data were organized in analysis categories. Dental sessions analysis aimed to examine the influences (and its effects) the dentist behavior exerted over the patient and her companion behaviors, and vice-versa. The supervision sessions analysis aimed to verify what was the influence that the "watching and discussing the Vt with the researcher" exerted on the dentist and her professional performance.

The result showed that giving the opportunity to the dentist to verify herself, and talk about it, as well as identifying her feelings about the situation, made possible high self-knowledge, about the patient, about her companion and about the dental treatment. This knowledge provided dentist's greater

self-control and positively contributed to the improvement of professional-patient interaction and clinical procedures activities.

According to the conclusions of the study that the Vt and its discussion represented a positive condition to "self-knowledge" acquisition, its use may represent an efficient teaching strategy. Therefore, two Vts were produced using real dental treatment images, with the purpose of teaching college students to analyze themselves in the situation by watching the Vts and identifying themselves to the professional (model). Hope also, to start from this identification, the students may discuss their own performance with the teacher and the classmates and, thus, can get a higher personal and professional self-knowledge, as well as a greater self-control in the professional-patient interaction.

SUMÁRIO

Apresentação

INTRODUÇÃO	05
1. A atividade “trabalho” e a formação profissional	05
2. Breve retrospectiva sobre a formação profissional do cirurgião- dentista	09
3. Considerações sobre a formação profissional do cirurgião-dentista no momento atual	14
4. Interação profissional-paciente	27
5. Conhecimento e autoconhecimento	38
METODOLOGIA	47
1 - Participantes do estudo	49
2 - Local onde a pesquisa foi realizada	52
3 – Coleta de dados	53
4 – Procedimento para a análise dos dados	58
ANÁLISE DOS DADOS	95
Conclusão da análise dos dados	128
VIDEOTEIPES COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CD	135
1 - Procedimento para a realização dos Vts	136
2 - Roteiro dos Vts	140
3 - Orientações para a utilização dos Vts	157
CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	171
GLOSSÁRIO – na contra-capa	
ANEXOS	179
Anexo 1: Diagrama do Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA).	180
Anexo 2: Apresentação das categorias relativas ao atendimento odontológico.	182
Anexo- 3: Apresentação das categorias relativas às sessões de supervisão.	223

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Categorias e subcategorias referentes ao atendimento odontológico.	90
QUADRO 2 – Categorias referentes às sessões de supervisão.	94
QUADRO 3 – Sessões nas quais ocorreram as categorias do atendimento odontológico, por rotina.	96
QUADRO 4 – Número de ocorrências de cada categoria e subcategoria referente ao atendimento odontológico, registrado por rotina.	98
QUADRO 5 - Sessões de supervisão em que as categorias ocorreram.	101

APRESENTAÇÃO

No ano de 1995, defendi minha dissertação de mestrado cujo título foi “Implantação e desenvolvimento de um Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais¹ - Cepae”, na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP). Como este Centro tinha, e ainda tem, uma atuação que integra serviço e pesquisa, algumas necessidades surgiram decorrentes do seu funcionamento. Essas necessidades começaram a ser identificadas pelos membros da equipe e diversas questões de estudo que emergiram começaram a ser transformadas em projetos de pesquisa. Desde então, as atividades de pesquisa subsidiam e são subsidiadas pelo serviço e as respostas às questões de estudo, contribuem para a produção de conhecimentos que possibilitam um crescimento com qualidade das atividades desenvolvidas.

¹ Paciente especial em Odontologia, segundo Moraes (1985) refere-se àquele que "não pode receber tratamento odontológico usual em função de alguma deficiência física, mental, sensorial, emocional ou combinação de algumas destas. Dessa forma, têm sido considerados pacientes especiais indivíduos portadores de doenças sistêmicas (diabetes, cardiopatias, doenças reumáticas, discrasias sanguíneas, etc.); indivíduos que apresentam deficiências sensoriais (surdos, mudos, cegos); portadores de deficiências físicas e/ ou mentais (paralisia cerebral, síndrome de Down etc.); as crianças de até três anos de idade; os indivíduos idosos; indivíduos fóbicos em relação ao tratamento odontológico; os pacientes neuróticos e psicóticos".

Concluído o mestrado, continuei atuando neste serviço desenvolvendo atividades como organização dos serviços, orientação aos estagiários e desenvolvimento de pesquisas. Uma destas pesquisas refere-se a este estudo e procura responder a uma das questões suscitadas pelo serviço, conforme mencionado no parágrafo anterior. Assim, em 1997, uma das questões que se colocava referia-se à formação do profissional cirurgião-dentista (CD) que trabalhava com o paciente especial. Sabia-se, na época, que na graduação a formação profissional procurava ensinar as teorias odontológicas e desenvolver habilidades no aluno, para que este pudesse realizar práticas clínicas em pacientes infantis.

O que se constatava, porém, era que, ao chegar para o estágio no Cepae, tais alunos – e outros, de outras faculdades – apresentavam dificuldades tanto para manejar os pacientes de pouca idade e não-colaboradores, como em obter a adesão da mãe (ou de outro acompanhante) para a realização das práticas de manutenção da saúde bucal, necessárias à promoção da saúde de seus filhos. Tais dificuldades centravam em não saber como lidar com o paciente na perspectiva de obter a sua colaboração para, então, poder realizar o atendimento odontológico (AO), assim como lidar com a mãe (acompanhante) deste para torná-la aliada do CD nos cuidados relativos à saúde bucal do paciente.

Nessas ocasiões alguns CDs solicitavam o acompanhamento psicológico durante a realização do atendimento desses pacientes não-colaboradores. A psicóloga, então, acompanhava o AO, na sala de observação, anotava os comportamentos da dentista, da paciente e os procedimentos odontológicos, procurando identificar possíveis relações entre eles. Tal registro era feito em forma de relato cursivo e não havia um instrumental específico para as anotações.

Após a saída do paciente do consultório, a psicóloga e a CD discutiam a sessão de AO realizada, com base nas anotações feitas pela psicóloga, e procuravam

alternativas para o desenvolvimento da sessão subsequente. Na ocasião verificou-se que esse procedimento de observar e discutir a sessão de AO, mesmo que realizado de forma não sistemática e pautado em recordações do mesmo, auxiliava na atuação do CD, quer quanto ao manejo do comportamento do paciente e do acompanhante, quer quanto ao domínio da situação odontológica como um todo; ou seja, no enfrentamento da não-colaboração do paciente e na realização das práticas clínicas.

Ao realizar uma reflexão sobre o que era discutido nesses encontros, que favorecia a atuação do CD e a colaboração do paciente, verificou-se que o cerne da discussão era a interação profissional-paciente, e ao discutir o processo interativo parecia que, por meio do *feedback*, o CD conseguia se ver na situação e identificar como era a sua atuação. Parecia, também, que ele reconhecia que seu comportamento influenciava o comportamento do paciente e o AO e, desse modo, passava a ter maior controle sobre si e sobre os demais participantes presentes na situação.

Frente à constatação de que a discussão do CD favorecia a sua atuação durante o AO, e frente à necessidade de formar profissionais que fossem não só capacitados tecnicamente, mas cuja formação contemplasse, também, a aquisição de habilidades sociais a serem utilizadas na interação profissional-paciente, este trabalho de pesquisa foi desenvolvido na perspectiva de pensar a formação do CD a partir da análise da interação profissional-paciente.

Sabe-se que a interação profissional-paciente tem sido objeto de grande interesse clínico e de pesquisa porque a postura do profissional interfere no comportamento do paciente, na qualidade do trabalho clínico e no tempo de duração da intervenção. Da mesma forma, os padrões comportamentais do paciente exercem influência no comportamento do dentista, no seu desempenho clínico e no tempo de duração da intervenção. Por outro lado, o profissional e o paciente são influenciados

por fatores típicos do tratamento odontológico e, também por variáveis outras, não imediatamente presentes, que fazem parte de sua história anterior.

Assim, fazia-se necessário olhar para esses três elementos – CD, paciente e atendimento odontológico ao longo das sessões de AO e não apenas em situações isoladas durante o mesmo. Fazia-se também necessário encontrar uma metodologia que permitisse ao CD ver a sua atuação nesse processo interativo e poder examiná-la.

Frente a isso, optou-se por um procedimento que envolvia a filmagem das sessões de atendimento odontológico e a gravação em fita cassete das discussões ocorridas, entre o dentista e a pesquisadora, sobre o AO realizado.

Dessa forma, esse estudo procurou, a partir das discussões do videoteipe (Vt) das sessões de AO de uma paciente, compreender como o fato do CD ver-se no Vt e discutir a sua atuação possibilitava-lhe maior autoconhecimento e maior autogoverno tanto em relação às suas ações quanto sobre o atendimento odontológico.

INTRODUÇÃO

1 - A atividade “trabalho” e a formação profissional

Falar de formação profissional² significa falar de vários elementos que a compõe, dentre os quais estão: o próprio trabalho, para o qual o indivíduo será habilitado a desempenhar; o processo acadêmico, que o capacitará a desempenhar sua profissão; e, o processo educacional que fará do indivíduo não somente um profissional, mas também um cidadão, quando da realização do seu trabalho associado ao compromisso social e político junto à comunidade a qual pertence.

O trabalho, em si, é o cerne de toda formação profissional porque qualquer que seja sua especificidade, seus objetivos e os métodos utilizados para a consecução destes, todo processo de formação profissional visa, em última instância, a capacitação do homem para o desenvolvimento de um determinado trabalho. E não deveria ser

² Formação profissional do cirurgião-dentista ou qualquer outro profissional.

diferente uma vez que o trabalho, hoje, determina a vida de uma pessoa mais que em outras eras (CODO, 1998).

O que diferencia um profissional do outro, não é mais a escola que o formou ou o local onde realiza (ou realizará) o seu trabalho. O que faz a diferença é a qualidade com que o realiza; e, a qualidade está diretamente relacionada ao saber fazer, ao prazer com que se faz e às conseqüências de sua realização (satisfação das necessidades básicas, realização pessoal, *status*, reconhecimento da comunidade e dos pares, etc.).

Dada a importância da atividade trabalho, em torno da qual giram a academia e a sociedade em geral, faz-se necessário compreendê-la para poder dela se ocupar.

Não se tem uma definição precisa e única do que seja a atividade *trabalho*, mas os autores TAMAYO, BORGES-ANDRADE e CODO (1998) concordam com o que ela não é: não é mercadoria - às vezes, o resultado do trabalho o é, mas não ele em si; não é emprego - até mesmo porque hoje se diz que o emprego está em extinção enquanto o trabalho aumenta; e, não é uma ação do indivíduo descontextualizada da relação ação-remuneração-significado (ex. a mãe que olha seu filho não é considerada uma trabalhadora enquanto que uma babá o é). Na tentativa de encontrar uma definição os autores têm contemplado uma relação tripla entre o homem (que executa a atividade intencionalmente), o meio ambiente (que reconhece a atividade como laborial e o remunera por isso), e o significado (que esta ação tem para o homem).

Para ZANELLI (1996) “o trabalho ocupa um inegável espaço na existência humana. Coloca-se entre as atividades mais importantes e, de qualquer maneira, constitui-se na principal fonte de significados na constituição da vida de todos. As pessoas articulam-se em redor das atividades laborativas”. Assim, é em torno da atividade “trabalho” que as pessoas organizam suas vidas quanto aos horários,

relacionamento pessoal, lazer, realização pessoal, sobrevivência, dentre outros. Assim, as diferentes esferas da vida de uma pessoa são determinadas, na maioria das vezes, por suas atividades laborais (ZANELLI & SILVA, 1996; CODO, 1988 e 1998; RODRIGUES, 1999).

A importância dada ao trabalho na contemporaneidade assume um destaque tal que as pessoas passam a ser conhecidas não mais por “quem são” e sim “o que são” (ARENDDT, 1981 apud TAMAYO, BORGES-ANDRADE & CODO, 1998). Esse fato reserva um lugar de destaque ao papel da profissão no cotidiano de uma pessoa, pois a profissão passa ser parte da identidade de um indivíduo na medida em que o torna igual aos seus pares e o diferencia dos demais, servindo de referencial para outras esferas de sua vida, atuando como determinante de seu ambiente profissional, social, educacional e pessoal, influenciando sua vida afetiva, suas relações de amizade, sua saúde, etc. (CODO, 1988; ZANELLI & SILVA, 1996).

Em razão do espaço ocupado pelo trabalho no dia-a-dia e na vida de uma pessoa, hoje há interesse em estudá-lo para oferecer aos indivíduos uma melhor qualidade de vida. Tais estudos (KILIMNIK, 1998; BÁRBARA, 1999) demonstram que as condições de trabalho (ambiente físico, clima organizacional, relação com o outro ou a relação interpessoal no ambiente de trabalho, etc.) contribuem para a promoção da saúde ou de doenças psicológicas e físicas do profissional. Por isso, faz-se necessário preparar as pessoas para lidar com as suas atividades laborais de forma a tornar tais atividades fontes de prazer e recompensas, e não de sofrimento.

Outro aspecto que tem despertado o interesse dos pesquisadores é que, atualmente, mesmo com a maioria das pessoas trabalhando em empresas, já se procura compreender quais são as conseqüências da saída do trabalhador destas para desempenhar as mesmas funções em casa – escritórios, consultórios, pequenas clínicas,

etc. - (SHAMIR & SALOMON, 1985 apud RODRIGUES, 1999). Tais estudos destacam pontos positivos como “experiência mais despojada de *stress*”, “maior controle sobre o tempo para atividades pessoais”; e, negativos como “distância de seus pares”, “ausência de contato de supervisão e de *feedback*”, dentre outras. No Brasil, esses estudos só agora começaram a fazer parte da vida acadêmica porque esta realidade, *homework* ou *home office*, embora não seja tão recente para o trabalhador, o é em termos de pesquisa na área. Assim sendo, parece necessário investir nesses estudos para preparar o profissional, principalmente aqueles que têm grandes possibilidades de desempenhar suas atividades em consultórios isolados ou pequenas clínicas, para estarem aptos a organizarem seu ambiente de trabalho e realizar tais atividades de forma prazerosa e saudável.

Assim, faz-se necessário que os futuros profissionais, e neste caso os da saúde, aprendam a executar correta e eficazmente suas atividades, mas também, que aprendam a trabalhar sozinhos, a relacionar-se com seus pares e seus pacientes³, a lidar com o ócio de sua profissão e buscar a aut capacitação, dentre outros requisitos.

Preparar uma pessoa para o exercício de sua profissão ou para o desempenho de suas atividades profissionais significa capacitá-la técnica e psicologicamente para tal; e esse preparo técnico-psicológico deveria ocorrer principalmente durante o processo de formação profissional, uma vez que tem sido do interesse da academia e da sociedade a uma formação mais completa do profissional. No atual contexto sócio, econômico, político e cultural tal formação, cada vez mais, está sendo enfatizada e requisitada por todas as áreas do saber.

³ Neste trabalho utilizar-se-á o termo paciente – em vez de cliente - por ser mais conhecido e utilizado pelos prestadores e usuários dos serviços de saúde, mesmo sabendo-se das críticas relativas a ele, como, por exemplo, ser sinônimo de passivo e “pa-ci-en-te” .

Hoje, sabe-se que o mercado preconiza que o bom profissional não pode ser mais aquele voltado apenas para o produto (formação tecnicista), mas aquele voltado também para o cliente (formação humanista). Para tanto, vale dizer que um profissional que apresente excelentes habilidades técnicas não representa mais um “profissional completo”; faz-se necessário que esse profissional possua, também, habilidades para “lidar” com as relações interpessoais, ou seja, a relação profissional/ paciente, a relação profissional/ profissional, a relação superior/ subordinado, enfim toda rede de interações envolvida no seu contexto profissional e que constituem o seu ambiente de trabalho.

Frente a essa realidade pergunta-se: Está o profissional de saúde preparado para agir da forma como o mercado preconiza? A academia tem cuidado do processo de formação profissional de forma tal a capacitá-lo técnica e psicologicamente para o exercício de sua profissão? É possível capacitá-lo técnica e psicologicamente? E no caso específico de um cirurgião-dentista, como tem sido a sua formação?

2 - Breve retrospectiva sobre a formação profissional do cirurgião-dentista.

Em uma visão geral sobre a história da Odontologia, CUNHA (1952) demonstra que a arte dentária nasceu na pré-história, com as primeiras dores de dente, sendo, como na medicina, prática essencialmente instintiva. As doenças do aparelho buco-

dentário eram praticamente inexistentes entre os homens primitivos (isto se deduz, segundo tal autor, da observação dos mais remotos achados da arqueologia).

O aumento da doença do aparelho buco-dentário ocorreu com a descoberta do fogo, quando o homem passou a cozinhar seus alimentos e a sua dentadura começou a pagar tributos a essa mudança de regime alimentar.

No Brasil, a formação profissional dos sangradores - profissionais destinados a trabalhar com as inconveniências dentárias, mais especificamente, com as dores na boca em decorrência de problemas dentários, no século XVII, era legitimada por meio do ofício de um Cirurgião-mór. Tal ofício elaborado e assinado por Pedro Sanches Farinha, em 12 de dezembro de 1631, dizia: “É o dito meu Cirurgião-mór com dois Barbeiros, que escolherá, examinará os Sangradores, depois de serem ensinados por seus Mestres, e provarem, que depois disso sangraram, e fizeram os mais officios de Barbeiro diante de seus Mestres, ou em algum lugar, ou Hospital, por tempo de dous annos...” (CUNHA, 1952, pg.48).

Conclui-se dessa leitura que, em 1631 era o Cirurgião-mór do reino de Portugal, que por ocasião das visitas às várias regiões do reino, examinava e aprovava, em companhia de dois barbeiros, os candidatos ao ofício de dentista, ou seja, as pessoas que tiravam dentes, uma vez que os mesmos contassem com mais de dois anos de exercício na função. Assim, sangradores e tiradores de dentes, ofícios acumulados pelos barbeiros, eram coisas que se confundiam, pois nos exames o candidato precisava apenas provar que durante dois anos sangrava e realizava as demais atividades relativas ao ofício de Barbeiro, como “tirar dentes” e “fazer sangrias” para estar habilitado a executá-las.

No dicionário de Bluteau, na edição de 1799, não há registro do vocábulo **dentista**, mostrando que nos quarenta anos de catalogação das palavras portuguesas, essa ainda não existia. Já o Novo Dicionário da Língua Portuguesa, quarta edição, 1859, Rio de Janeiro, definia: “Barbeiro - s.m. o que fazia barba: - (antigo) sangrador, cirurgião pouco instruído que sangrava, deitava ventosas, sarjas, punha cáusticos e fazia operações cirúrgicas pouco importantes”. Padre Antonio Vieira, falecido em 1697, relatou: “Quem dóe o dente vae á casa do barbeiro” (CUNHA, 1952, pg.51). As extrações de dentes encontravam-se dentre as operações cirúrgicas pouco importantes⁴.

No século XVIII, Tiradentes (Joaquim José da Silva Xavier) foi licenciado pelo regimento de 09 de maio de 1743, autorizado por Sua Majestade, rei de Portugal a exercer a função de “tira dentes”. Segundo CUNHA (1952), a existência em todo o Brasil colonial de profissionais incultos e mal educados, justificou a posição em que Tiradentes foi colocado, pois era considerado como alguém que “tirava dentes com subtil ligeireza e colocava outros artificiais, por ele mesmo feitos, que pareciam naturais”.

Nesta época, para exercer a profissão, em primeiro lugar era preciso “que o dentista fôsse jóvem de espírito, e cheio de coragem, e como disse um sábio francês, tivesse o coração piedoso e a mão cruel” - Tratado sopra i denti - Antonio Campani de 1786 apud CUNHA (1952, pag. 61). No Brasil, a profissão nesta época ainda era exercida pelos barbeiros, escravos ou pretos fôrros que se limitavam às extrações dentárias. O fato de Tiradentes tirá-los e recolocá-los dava-lhe uma posição de destaque dentre os demais.

⁴ No Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa (1986, 2ª edição), dentista = profissional que trata das moléstias dentárias (sin.: odontologista, odontólogo e saca-molas).

Em 1820 ocorreu uma das primeiras tentativas de regularizar a profissão. Um ofício dizia: “Procurando libertar a cidade dessa vergonheira, adotou a Intendência Geral da Polícia, a cargo do desembargador Paulo Fernandes Vianna, enérgicas medidas contra os negros escravos ou fôrros” (CUNHA, 1952). No entanto, tais medidas não foram acatadas mesmo após o decreto de 30 de agosto de 1828, quando D. Pedro I instituiu que tais atividades só poderiam ser desempenhadas pelo Físico e pelo Cirurgião-mór. Mesmo com multas altas, os sangradores e barbeiros continuavam acumulando a arte de tirar dentes, entre os seus afazeres, e, segundo CUNHA (1952), o faziam de forma a rebaixar a profissão: “andavam descalços, com uma indumentária escassa, escandalizando os castos olhos das damas da época”.

A portaria de 1832, do Dr. Luiz Vicente De Simone, secretário da Academia Imperial de Medicina, ordenou que se prendessem e processassem os barbeiros e sangradores, que exercessem a arte dentária. Essa foi outra tentativa frustrada de coibir o exercício irregular da função.

O primeiro profissional a fazer o registro de sua Carta de dentista foi Luiz Antonio Carvalho, em 1836; e em 1848, o Dr. Van Tuyl publicou o primeiro livro – “Guia dos dentes sãos”. Porém, somente a partir de 1851 a profissão passou a ter sua aprovação na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O pré-requisito necessário para obtenção do título era ter a prática; saber ler ou escrever não era considerado importante.

SANTOS (1995) relata que o ensino da Odontologia só começou a ser formalizado em 1884 quando foi instituído oficialmente o curso de Odontologia na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e na Bahia com seus respectivos Laboratórios de Cirurgia e Prótese Dentárias. O curso era composto de 3 (três) séries: 1- patologia dentária e higiene da boca; 2- terapêutica dentária; e, 3- cirurgia e prótese. Nesta

ocasião, quando o aluno concluía o curso, recebia o título de dentista, sem colar grau ou outras formalidades. Até então, o ensino estava subordinado à Faculdade de Medicina e uma banca, com três médicos, aprovava o candidato.

Em 1889 foi fundado o Instituto de Cirurgiões Dentistas, no Rio de Janeiro, que passou a ter vida científica e visava combater o charlatanismo e tornar a profissão mais respeitável. Os professores Aristides Benício de Sá, em 1901, e Pereira da Silva, em 1908, descreveram as provas a que os candidatos eram submetidos, na época, para possuírem seus títulos na profissão. Relatam que a prova oral consistia na descrição anatômica dos maxilares, descrição dos procedimentos para se obturar um dente e para a confecção de uma dentadura; e, a prova prática consistia na extração de um dente de um cadáver realizado da seguinte maneira: segurava-se o dente e movimentava-se (batia-se) a cabeça deste para que o dente se soltasse. Essa prova era considerada muito difícil, pois os dentes quebravam e o aluno a repetia diversas vezes (CUNHA, 1952). Somente a partir de 1911, no Rio de Janeiro, um curso pioneiro de Odontologia passou a ter melhores instalações.

Um Decreto, promulgado em 1919, determinava que o curso oferecido pela Faculdade de Medicina fosse transformado em Faculdade de Odontologia, com 04 anos de duração. Esse Decreto não foi obedecido e somente em 1925 o Curso se transformou na Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro, passando a ter 04 anos de duração a partir de 1947, com a sua primeira turma formada em 1951.

Gradativamente, a partir dessa data, as escolas de Odontologia foram sendo abertas em outras cidades e estados. Inicialmente sob controle do Estado e, mais tarde, com maior intensidade sob o controle da iniciativa privada. Os autores OLIVEIRA, 1981 e SCHWARTZMAN, 1979 (apud SANTOS, 1995) criticaram o aumento das

escolas referindo-se à decadência do ensino, dizendo que as escolas tradicionais perderam seus alunos pelas facilidades oferecidas por um ensino de baixo padrão.

Na década de 1960/ 1970, algumas Faculdades de Odontologia do Estado de São Paulo, criadas com base na iniciativa privada, passaram a ser públicas: Piracicaba-UNICAMP (1967); Ribeirão Preto - USP (1974); Araçatuba, Araraquara e São José dos Campos – UNESP (1976). Por outro lado, expandiram-se os cursos de Odontologia privados em todo o interior e em todo País.

3 - Considerações sobre a formação profissional do cirurgião-dentista no momento atual.

Até aqui, a história nos leva a considerar a profissão “*dentista*” como sendo bastante jovem, com a primeira turma completando meio século de existência. Nos leva a perceber, também, que o seu desenvolvimento se deu a partir da própria prática e por meio de pessoas simples e incultas, sendo que o cerne de seu interesse era os aspectos curativos – resolver problemas relativos a doenças dentárias. Assim, parece curiosa a crítica de OLIVEIRA (1981) e SCHWARTZMAN (1979) acima citada, na qual estes autores se ressentem com o advento das escolas particulares por considerarem que as mesmas depunham contra as já existentes e tradicionais, ou seja, consideraram tradicional uma escola de Odontologia criada há 34 anos e com a primeira turma

formada há apenas 30 anos⁵. Essa crítica torna-se mais interessante ao se considerar que, nesta época, o currículo era restrito a conteúdos que se limitavam, na sua maioria, a conhecimentos oriundos de uma prática calcada no senso comum e no bom senso, visto que a construção de conhecimentos científicos na área se inicia a partir de 1889.

Não se observa na literatura da área, relativa ao período até aqui citado, referências quanto aos cuidados com dente em si (questões de saúde), ou quanto ao cuidado com o indivíduo (paciente), ou seja, parece que a preocupação maior, até então, era com o profissional – oferecer-lhe certa respeitabilidade social – e para isso fazia-se necessário legalizar, legitimar e tornar científica sua profissão, bem como excluir aqueles cuja aparência pessoal não era condizente com os padrões aceitos pela classe dominante da época.

Verifica-se, assim, que a importância social dada à profissão e, conseqüentemente ao profissional, parece ter sido uma preocupação do homem há muitos séculos, como nos mostra a história, e como observamos em nossa era por meio do relato de ARENDT (1981), já citada em páginas anteriores, “... as pessoas passam a ser conhecidas **não mais por quem são**, e sim, **pelo que são**”.

Outro fato a ser observado é que não se encontrou registro, na literatura citada, quanto à relação interpessoal profissional-paciente, durante o exercício dessa profissão. Observa-se sim, o interesse dos diversos autores quanto à descrição da realização de práticas clínicas, mas nenhuma referência quanto ao preparo deste profissional no que diz respeito à aquisição de habilidades pertinentes para lidar com os pacientes, uma vez que os serviços (práticas clínicas) eram realizados nestes.

⁵ - O curso passou a funcionar em 1947 e a primeira turma se formou em 1951. Os autores escreveram a crítica em 1981 e 1979. Para o cálculo (do início do curso e formatura da primeira turma) foi considerado a data referente a literatura mais recente, ou seja 1981.

Este contexto começou a mudar apenas recentemente e PINTO (1978 apud CARVALHO, 1995) relata que “o ensino odontológico no Brasil e na América Latina em geral pode ser caracterizado por três fases: a artesanal, a acadêmica e a humanística. A fase artesanal, desenvolvida de forma empírica nos primeiros centros formadores, preocupava-se com a estética. A fase acadêmica foi assinalada pela implantação formal das primeiras faculdades de Odontologia, quando se iniciou o reconhecimento da necessidade do embasamento das ciências biológicas. Mais recentemente, surgem as preocupações relativas à introdução das matérias da área de humanidades no currículo odontológico” (pág.11).

A Resolução nº.4, de 3 de setembro de 1982 delineia como conteúdo mínimo nos cursos de Odontologia, visando a formação de um profissional mais completo, a introdução das áreas de Psicologia, Antropologia, Sociologia e Metodologia Científica. No entanto, a introdução destas matérias gerou questionamentos, sendo muitas vezes consideradas supérfluas ante as necessidades da formação técnica do profissional. Para MORAES & PESSOTTI (1985), a incorporação de ciências comportamentais e sociais no currículo, considerada por eles um processo evolutivo na educação odontológica, parece não ser amplamente aceita.

Verifica-se, assim, que até 1985, os esforços dirigidos para promover uma mudança de concepção sobre o profissional da saúde, na perspectiva de transformar uma visão voltada apenas para o desempenho clínico em uma visão mais ampla, incluindo a formação humanista, fez parte apenas das intenções de alguns profissionais, mas não foi viabilizada para ser incorporada no curso de formação em Odontologia, em geral.

Observa-se que apesar da resistência dos membros das Faculdades a tais mudanças e embora sendo um Curso bastante novo (primeira turma formada em

1951), reformulações na grade curricular dos cursos de Odontologia têm sido regularmente propostas, através de estudos decorrentes dos programas de pós-graduação. Porém, embora estando na fase considerada “Humanista” e em busca de uma formação geral, as mudanças que se observam (ver CARVALHO, 1995, pg. 17, 18, 19 e 20 - Inovações curriculares) são sempre relacionadas à área técnica, tanto em termos do conteúdo didático como no que se refere à parte prática clínica.

A preocupação com a formação, atualmente, parece que continua sendo a de um profissional essencialmente técnico. A formação humana continua não tendo espaço, como se a profissão pudesse ser desempenhada exclusivamente através da técnica e não através da interação com o outro e no organismo do outro. A ênfase recai sobre a tecnologia de ponta, com instrumentos e equipamentos sofisticados, técnicas restauradoras e próteses também sofisticadas, porque isso parece ser considerado socialmente importante para a estética dos sorrisos e visual das pessoas, na contemporaneidade. E, embora o discurso recaia sobre a necessidade de um profissional com uma formação mais geral, o aspecto humanista da formação é tratado com pouca ênfase durante a graduação. Isto pode ser observado nos anais de congressos científicos odontológicos ou médicos, onde se verifica o número escasso de trabalhos dedicados às ciências comportamentais e sociais. Talvez isso ocorra porque, como demonstra a história da profissão, o importante era o profissional ser um bom curador; hoje, um bom clínico - “técnico”.

Contudo, parece que começa haver uma preocupação da sociedade que reivindica mudanças nesse contexto, e em alguns profissionais que preconizam que ter uma interação de qualidade com o paciente é tão essencial quanto o bom desempenho técnico. Neste sentido, para atender a um perfil que contemple a formação geral do profissional de saúde, faz-se necessário que a academia procure oferecer uma formação que efetivamente possibilite o desenvolvimento de competências e habilidades nas

relações interpessoais de forma ampla, mas principalmente na interação profissional-paciente, pois os pacientes começam a levar isso em consideração quando da escolha do profissional que cuidará da sua saúde.

No caso da formação profissional em Odontologia, vários profissionais têm discutido a relação profissional-paciente, com vistas à formação geral do CD, como CAETANO & MORAES (2000); POSSOBON, CAETANO & MORAES (1998); MORAES e CAETANO (1996).

Outros autores, também preocupados com a formação do CD, têm desenvolvido estudos relativos à estrutura curricular do curso de Odontologia, na perspectiva de compreender a grade curricular vigente como forma de contribuir para uma formação geral. LOMBARDO (1988), realizou um estudo avaliativo sobre o processo de reestruturação curricular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – FOP/ UNICAMP. Em seu trabalho, relata a situação existente na década de 1970, quando havia uma insatisfação geral do corpo docente com o processo de ensino na graduação desta Faculdade. Relata, também, que ocorreram diversas tentativas infrutíferas de se fazer reformas curriculares baseadas em leis. Segundo a autora, no final de 1974, a FOP/ UNICAMP constituiu um grupo de trabalho composto por doze professores para estudar o problema do ensino odontológico. A filosofia adotada para a reestruturação curricular visava dois pontos principais: o Homem como um todo bio-psico-social e o processo educacional centrado no aluno. A preocupação maior estava em formar profissionais que tivessem uma visão do paciente enquanto um ser humano integral, não apenas centrado na saúde bucal. As discussões, ocorridas na época, levaram ao seguinte objetivo geral do curso de graduação, definido no 1º Seminário Interno da FOP-UNICAMP:

“Através do seu curso de graduação, a Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da UNICAMP, formará um cirurgião-dentista capaz de aplicar princípios biológicos, técnicos e éticos para solucionar os problemas de saúde bucal mais prevalentes na população. O cirurgião-dentista assim formado, no exercício de suas atividades profissionais - como autônomo ou assalariado, isolado ou em equipe - demonstrará um comportamento baseado essencialmente nos seguintes padrões:

a) Diagnosticar os problemas bucais existentes, estabelecendo e executando plano de tratamento compatível com as condições sócio-econômicas e com o estado de saúde geral do paciente, encaminhando-o quando necessário, à consulta ou tratamento especializado.

b) Utilizar sistemas para racionalização do trabalho, que possibilitem alta produtividade sem prejuízo de qualidade, tendo a prevenção como filosofia de conduta.

c) Educar o paciente e a comunidade sobre os principais problemas bucais, visando a melhoria e a manutenção da saúde bucal, realçando a importância da adoção de medidas preventivas adequadas” - Boletim do 1º Seminário sobre o Ensino da Odontologia (1975, p.12) apud LOMBARDO (1988).

Embora o item “c” contemple a educação do paciente para a prevenção, observa-se que os aspectos clínicos e biológicos constituem a essência dos objetivos relativos à formação profissional do CD, não diferindo da ênfase dada desde os primórdios desse campo de atuação, ou seja, uma atuação clínica e curativa. Esta foi a base para proceder a análise das funções e tarefas clínicas que o aluno deveria realizar.

Resgatando o processo de como a grade curricular foi construída na época, LOMBARDO (1988) relata que foi realizada a identificação das necessidades de saúde oral prevalentes na região; estas foram traduzidas em tarefas a serem aprendidas pelo

futuro CD, e transformadas em objetivos comportamentais obtendo-se, dessa forma, uma nova estrutura curricular considerada pelos professores mais racional que a antiga.

A partir da implantação efetiva da nova estrutura curricular, esta autora volta-se para a seguinte questão de estudo: *O tipo de profissional formado está de acordo com as expectativas do corpo docente, dos alunos e da própria comunidade?* A autora verificou que os professores e os alunos não estavam satisfeitos com os resultados da reestruturação e, a partir desta constatação, propôs-se a verificar onde estavam ocorrendo as falhas e por que. Perguntava: *“estará a FOP cumprindo os objetivos propostos para a formação do CD”?*

Como na reestruturação curricular os objetivos haviam sido definidos e enunciados de maneira explícita, em termos de comportamentos observáveis e mensuráveis do aluno, o estudo de Lombardo consistiu em verificar se os mesmos estavam sendo alcançados, e em que grau, através do processo ensino/ aprendizagem. Para tal verificação realizou várias etapas de investigação que envolveu: a - definição de tarefas a serem realizadas pelo CD, b - a comparação entre tarefas propostas e tarefas efetivamente realizadas pelos alunos e c - a coleta de dados entre alunos e professores a respeito das diferentes disciplinas ministradas no curso.

Com respeito à disciplina de Psicologia foi aplicado um questionário onde se buscou avaliar, por meio dos alunos, uma série de tarefas; dentre elas, sete tarefas comportamentais⁶, a saber: 1- recepção do paciente; 2- obtenção dos dados pessoais e familiares do paciente para estabelecer sua qualificação sócio-econômica e cultural; 3-

⁶ No presente trabalho a pesquisadora optou por definir como tarefas clínicas aquelas que se referem a uma prática especificamente clínica e tarefas comportamentais aquelas que se referem ao manejo do comportamento do paciente para a execução das práticas clínicas, embora sabendo que todas as tarefas definidas são comportamentais.

coleta e avaliação de dados comunitários para estabelecer a qualificação sócio-econômica e cultural do paciente; 4- programação do ambiente para a avaliação psicológica do paciente; 5- estabelecimento da relação profissional-paciente; 6- observação do paciente com o objetivo de sua avaliação psicológica; e, 7- estabelecimento de estratégias psicológicas que facilitem a relação profissional-paciente. Observa-se que as sete tarefas citadas são importantes para o estabelecimento de uma relação entre o profissional e o paciente mais adequada e que devem fazer parte de todas as sessões de atendimento odontológico, independentemente do procedimento clínico a ser realizado.

Como resultado da avaliação feita pelos alunos, quanto a essas sete tarefas constantes da listagem, verifica-se que, numa escala de 0 (não conheço esta tarefa) a 5 (sou plenamente capaz de executá-la), **em média 75% dos alunos responderam com o indicador 3, 4 e 5, ou seja, que eram capazes de executá-las bem e com facilidade.**

Com relação especificamente à disciplina de Psicologia, **os alunos consideraram que as técnicas de ensino e os recursos instrucionais deveriam ser revistos.** Consideraram também, que “ficou um tanto vago o curso, por não ter ocorrido nenhuma situação onde se pudesse testar a teoria exposta” (LOMBARDO, 1988, pg.140, vol.2).

Nota-se uma certa incoerência entre a avaliação feita pelos alunos, quanto às tarefas comportamentais e a avaliação da disciplina de Psicologia, visto que seis das sete tarefas só são possíveis de serem realizadas na relação direta profissional-paciente (ou seja, na situação prática) e este é um conteúdo ministrado especificamente na disciplina de Psicologia e, logicamente, pautado em uma teoria psicológica. Ora, a maioria dos alunos, respondeu que realizava tais tarefas com facilidade, ao mesmo tempo em que avaliou a teoria exposta como não sendo possível sua aplicação na

prática. Desse modo é possível indagar: Como as realizavam sem o suporte teórico? Ou, não reconheceram o suporte teórico na sua aplicação junto aos pacientes?

Entende-se que a interação entre pessoas pode ser, e frequentemente o é, baseada no bom senso, especialmente quando a mesma não tem um cunho profissional. Entretanto, quando ela faz parte do contexto profissional, deve ser entendida e usada pelo profissional de forma refletida e sistemática como qualquer outro procedimento, na perspectiva de procurar compreender o próprio comportamento, comportamento do outro e a influência que um exerce sobre o outro. A interação adequada entre CD e paciente é determinante para um desempenho profissional eficaz, pois é parte do processo clínico como um todo e é através dela que o CD cumprirá seu plano de tratamento. Portanto, a interação deve ser trabalhada pelo CD como uma prática profissional equivalente a uma prática clínica, de forma criteriosa e não baseada apenas no bom senso. Entretanto, parece que os alunos que participaram do estudo acima citado, não perceberam a importância das aulas de Psicologia para a compreensão e aprendizado referente à interação interpessoal, e por isso julgavam possível executar tais tarefas pautando-se apenas no bom senso.

A discussão acima apresentada, talvez justifique porque os resultados encontrados no estudo de Lombardo, demonstrando que os alunos consideraram altamente satisfatório o seu desempenho profissional quanto aos aspectos comportamentais, parecem incoerentes com o que se pode observar durante a atuação dos mesmos em suas experiências clínicas no decorrer do curso de Graduação na FOP-UNICAMP quanto à interação profissional-paciente.

Para exemplificar essa incoerência, será relatada, a seguir, uma das muitas situações observadas na Clínica Infantil da FOP/ UNICAMP, por esta pesquisadora.

Nesta clínica, alunos do 4º ano, do curso acima mencionado, atendem aos pacientes e pode-se observar como as relações interpessoais acontecem.

Em março de 1998 foi observado, pela pesquisadora, o atendimento odontológico do paciente G, com 06 (seis) anos de idade na época. O paciente havia realizado um tratamento no ano anterior, nesta mesma clínica e com o mesmo graduando. Estava iniciando um novo tratamento naquele dia. Observou-se que G chorava, sem que qualquer procedimento clínico estivesse sendo realizado. Dizia que queria um carrinho que estava com a avó (na sala de espera da clínica) e segurava uma fralda na mão, com a qual limpava as lágrimas e escondia o rosto.

Nesta oportunidade, a psicóloga, que fazia a supervisão de uma determinada área, ouviu choro de uma criança e dirigiu-se ao *box* onde tal criança (paciente G) estava chorando. Havia um CD conversando com G e ao ser questionado, pela psicóloga, do porque G chorava “sentido”, respondeu que o mesmo queria o carrinho que estava com a avó. Perguntado se era o CD de G, disse que não, que atendia no *box* ao lado e que o seu próprio paciente já estava na sentada cadeira, esperando. Relatou, ainda, que estava aí porque G estava chorando e o CD deste não se encontrava presente. A psicóloga informou-o que poderia atender o seu paciente, pois ela ficaria com G.

A psicóloga conversava com G quando o CD (que será chamado de CD1) deste chegou e informou que o paciente era seu, que ele era sempre assim “chorão” e que só era possível atendê-lo sob contenção física. Relatou que no ano anterior havia feito uma cirurgia em G e agora teria que fazer outra. Não procurou, em nenhum momento, conversar com G ou mostrar que estava vendo-o na cadeira.

G chorava e pedia o carrinho continuamente quando o CD1 disse: “Olha quem está aqui! - para um CD que acabara de chegar (será chamado de CD2). Este por sua vez respondeu: “Ah! Chorando de novo? Você se lembra da última vez que estive aqui e não ajudou, o que aconteceu? Então, essa vez vai ser igual se você não colaborar. Pare de chorar, vamos conversar. Você não está parando... “(isso foi dito em tom de censura, de ameaça e não como uma tentativa de aproximação)”.

Nesse momento chegou uma CD (CD3) e disse: “Você aqui outra vez e chorando...? Não tem jeito. Desse tamanho e com fralda?”

Observando a cena, a psicóloga perguntou ao CD1: “Quantos anos ele tem?” Este não respondeu, porém a CD3, que havia chegado por último, disse: “acho que 8”. O CD2 disse: “é uns oito”. O paciente: “não”. O CD2, em seguida, disse: “sete?” Paciente: “não”. CD2: “seis?”. Paciente: “é”.

A psicóloga perguntou ao CD1, que só observava os outros dois CDs, o que ele iria fazer nessa sessão. Respondeu que provavelmente uma extração, mas que iria procurar a supervisora de área. A psicóloga se ofereceu para procurá-la, mas a sugestão não foi aceita e o CD1 se retirou.

Enquanto o CD1 foi procurar a supervisora de área, o CD2 começou a conversar com G. Dizia: “pare de chorar! Se você parar eu vou buscar o carrinho. Agora vamos inverter o jogo, só vou buscar se você parar...” (como se até então, estivesse fazendo tudo o que G queria porque este estava chorando. Sua fala soava sempre como alguém que não sabe muito bem como lidar com a situação).

O CD1 voltou e disse não ter encontrado a supervisora de área. Todos pareciam não saber exatamente o que fazer. O CD2 propõe dar uma volta com G.

Nesse momento, G parou de chorar e a psicóloga falou: “-G parou de chorar. Você, disse dirigindo-se ao CD2, prometeu buscar o carrinho se isso acontecesse”, e se retirou do ambiente.

O objetivo da psicóloga neste caso não era intervir, apenas observar como o atendimento estava sendo realizado pelos alunos da graduação da FOP, na ausência do supervisor de área. Pode-se constatar alguns fatos como: o jeito irônico da CD3; a ação dos CDs pautada no senso comum; a confusão do CD2 nas tomadas de decisões quando diz: “pare de chorar que eu vou buscar o carrinho; agora vamos inverter o jogo, se você parar eu vou buscar o carrinho”; a falta de habilidade social dos CDs; o desconhecimento de informações básicas como a idade do seu paciente; o CD ignorar a presença do paciente na cadeira; e, a insegurança de como agir com um paciente não colaborador.

Este breve episódio parece demonstrar que estabelecer uma interação profissional-paciente de qualidade não é tarefa desempenhada com tranquilidade e facilidade. O que se observa com frequência nos atendimentos é um aluno concentrado, procurando executar os procedimentos clínicos cuidadosamente quando o paciente se mantém deitado, quieto e de boca aberta; e, um aluno desnorteado, inseguro e, às vezes, “agressivo” quando o paciente se mostra não colaborador. Tais dados indicam que uma postura pautada apenas no senso comum é totalmente inadequada quando se almeja uma atuação profissional de qualidade.

Frente a um paciente que apresente comportamentos de não-colaboração na situação odontológica, um excelente dentista, do ponto de vista técnico, muitas vezes torna-se impotente ou incapaz de realizar as práticas mais elementares, como por exemplo, um exame clínico para a proposição de um plano de tratamento.

Outro fato que se observa no dia-a-dia de um dentista é a falta de habilidade para discutir com as mães (acompanhantes), ou com os próprios pacientes, sobre o como estes poderiam contribuir para a realização do tratamento ou para a manutenção da saúde bucal. Assim, é razoável supor que a falta de adesão da família às recomendações do CD, tão esperada por parte desses profissionais, pode ser uma conseqüência da comunicação inadequada presente na interação entre profissional-mãe ou profissional-paciente (TAYLOR, 1986). Os autores TURNBULL & TURNBULL (1990), também, atribuem ao processo de comunicação, a eficácia ou não na obtenção da adesão ao tratamento. Discutem que se há uma comunicação pautada no respeito, na confiança e estabelecida de forma aberta e sincera entre a família e o profissional, é possível a formação de uma parceria.

Segundo MORAES & BIJELLA (1982), a dificuldade em trabalhar com a questão da relação profissional-paciente é atribuída ao fato dos profissionais da saúde receberem informações e treinamento em ciências médicas e biológicas, enquanto que o processo educativo (também o interativo) tem por base as ciências sociais. O estudo de LOMBARDO (1988) confirma a argumentação desses autores ao mostrar que, na FOP, a grade curricular e os conteúdos desenvolvidos eram essencialmente clínicos naquele ano e, pode-se dizer que ainda o são, visto não ter ocorrido nenhuma outra alteração até o presente momento. Mesmo com o avanço da discussão sobre questões éticas e a exigência, pelo mercado, da qualidade na relação profissional-paciente aliadas às práticas clínicas, não se observa uma conscientização dos alunos e dos organizadores dos Cursos para incorporá-las, assim como não se observa a percepção e o reconhecimento da importância do conhecimento psicológico para o desempenho profissional nessa perspectiva.

A questão que se coloca frente a esse contexto, é: Como desenvolver habilidades no dentista que o capacitem a trabalhar adequadamente – com práticas clínicas e

comportamentais - no atendimento odontológico do paciente? Como a formação profissional pode contribuir para que o CD obtenha a colaboração do paciente para a realização do tratamento? Como por meio do processo ensino-aprendizagem é possível ensinar os CDs a conseguirem que seus pacientes adquiram e pratiquem comportamentos de saúde bucal e geral?

Frente a essas colocações, parece que se faz necessário um trabalho junto aos profissionais visando desenvolver “habilidades quanto ao traquejo social”, isto é, há necessidade de capacitar o profissional para lidar com o paciente (e a mãe, no caso de um paciente infantil), de tal forma que o dentista cuide não apenas clinicamente, mas que saiba trabalhar com os fatores sociais e psicológicos da profissão, que fazem parte de uma desejável formação mais completa (técnica e humanista).

Uma das formas de contribuir para essa formação é através do estudo da interação profissional – paciente, indispensável para a realização das práticas clínicas. Assim, voltando às formulações iniciais sobre a formação do profissional, verifica-se que se faz necessário oferecer oportunidades de ensino que favoreçam a aprendizagem para lidar com os aspectos sociais e psicológicos da profissão, dentre eles aqueles relacionados à interação profissional - paciente.

4 - Interação profissional – paciente.

Quando se fala da interação entre o profissional de saúde e o paciente são diversos os fatores que contribuem para a qualidade da mesma. Um desses fatores

refere-se ao fato de que se tem de um lado um especialista e de outro um leigo. De forma geral, os leigos são juizes precários da qualidade técnica do cuidado, por isso freqüentemente julgam a qualidade técnica com base na maneira como o cuidado foi dispensado (TAYLOR, 1986). Assim, um profissional interessado e atencioso é comumente julgado pelo paciente como competente, enquanto que um profissional desatento e descuidado na sua interação com o outro, poderá ser julgado como incompetente tecnicamente.

Num ambiente de consultório, o profissional é uma pessoa que vasculha a vida do paciente, faz perguntas que ele nem sempre gosta de responder, examina o seu corpo, ou parte dele, e prescreve mudanças comportamentais que alteram sua rotina. Isto pode ocorrer numa situação onde a dor ou o desconforto do paciente, a ansiedade do acompanhante e o cansaço do profissional podem contribuir negativamente para a interação. Além disso, há que se lembrar que o profissional encontra-se nesta situação por opção, enquanto que o paciente, na maioria das vezes, não.

O grau de respeito com relação à individualidade e à singularidade do outro também é um dos fatores responsáveis pela qualidade da interação pessoal; o outro, é a comunicação. A comunicação, cerne da interação, é o processo pelo qual se faz a troca de informações, ou seja, é a forma pela qual uma pessoa envia e recebe informações. Freqüentemente, essa troca, na área da saúde, é culturalmente percebida como inadequada tanto pelo profissional quanto pela família e se constitui em uma fonte de estresse para ambas as partes (TURNBULL & TURNBULL, 1990). Para evitar barreiras no processo interativo, TAYLOR (1986) sugere que, em sua comunicação com o paciente ou a família, o profissional de saúde não utilize jargão técnico, não fale de maneira infantilizada com o paciente, não subestime sua compreensão e não o despersonalize na cadeira (realizar o serviço como se o paciente estivesse ausente). Ao comunicar-se com o paciente, o profissional deve levar em consideração seu nível de

instrução, sua condição socioeconômica e a sua experiência prévia com esse tipo de situação.

Para TURNBULL & TURNBULL (1990) os requisitos que contribuem positivamente para uma adequada comunicação são dois: que os profissionais **conheçam a si mesmos** (aprender a conhecer e a trabalhar consigo mesmo) e que **conheça o paciente e a família**. Conhecer-se a si mesmo implica que o profissional compreenda as suas percepções – significa reconhecer que a sua percepção pode não ser igual a dos outros e que, em algumas ocasiões, as interpretações que faz das observações do paciente e da sua família podem ser inadequadas ou incompletas -; compreenda as suas atitudes - percepção de suas atitudes sobre o outro -; e, compreenda seus valores - os padrões pelos quais as suas ações são dirigidas, a partir das definições, interpretações e julgamento que faz dos fenômenos sociais. Conhecer a família é compreendê-la como um sistema, ou seja, compreender as suas características como um todo, reconhecendo a participação de cada membro neste todo. Significa, também, identificar os padrões de interação entre os membros da família, as diferenças culturais, sociais e econômicas entre o profissional e o paciente, e compreender os contratempos logísticos que ocorrem e que impedem a interação (doença do paciente, falta de dinheiro para a passagem de ônibus, etc).

Nessa mesma linha de compreensão dos fenômenos relativos à comunicação e à interação interpessoal, SACKMAN (1993) defende que quanto mais um profissional conhece a si mesmo e o modo como interage com o meio, tanto maior será a sua facilidade e disposição tanto para se colocar no lugar do paciente (empatia) e intuir o que se passa com ele, quanto para participar de alguma maneira de sua ansiedade e angústia e, assim, poder melhor adequar sua atuação profissional a cada paciente. Por outro lado, esse mesmo autor entende que quando o profissional se coloca no alto de seu saber científico e se agarra a ele para maior segurança, para resguardar seu

narcisismo e onipotência, tal profissional não promoverá um encontro interpessoal acolhedor, mas provocará o afastamento do paciente, que se frustrará em sua necessidade de uma resposta pessoal, compreensiva de sua problemática.

Porém, mesmo sabendo dos requisitos necessários ao processo de comunicação, como conhecer a si mesmo e ao paciente – dentre outros - e mesmo o profissional se esforçando para adquirir e colocar em prática tais requisitos, parece difícil saber quando uma interação foi estabelecida de modo satisfatório, porque as pessoas reagem de diferentes maneiras frente a situações semelhantes, ou agem de maneira semelhante frente aos diferentes eventos. Assim, enquanto alguns pacientes apresentam comportamentos de não-colaboração em decorrência dos sintomas presentes, outros os apresentam por não se sentirem seguros ou confiantes com o profissional (HINDLE, 1981).

A dificuldade em detectar se a interação foi satisfatória está, muitas vezes, no comportamento do próprio paciente que não comunica a sua insatisfação ao profissional. Há pacientes que quando insatisfeitos com o atendimento abandonam o serviço sem fornecer *feedback* ao profissional. Estudos mostram que os pacientes têm mais tendência a voltar aos serviços que satisfazem suas necessidades emocionais, ao invés das necessidades médicas (BEN-SIRA, 1976 apud TAYLOR, 1986). Por outro lado, pode-se observar a inabilidade do profissional em perceber quando uma interação de qualidade não foi estabelecida, quer por despreparo profissional, quer por não considerar tal processo importante na sua prática clínica, quer por não conhecer a si mesmo e ao paciente, como proposto por TURNBULL & TURNBULL (1990).

No caso do dentista, um outro fator que pode ser apontado como influenciando a qualidade da interação é a proximidade física entre o profissional e o paciente durante a intervenção. O tórax e o rosto de ambos ficam muito próximos e, às vezes,

por um longo período de tempo, dependendo do tipo de intervenção a ser realizada, ao mesmo tempo em que as mãos do CD tocam, com frequência, a região oral do paciente. Nesse contexto, enquanto o dentista está ativo, concentrado na realização dos procedimentos necessários, o paciente está passivo, concentrado em seus próprios pensamentos e emoções. Esta situação que ocorre durante a realização do procedimento poderá contribuir positiva ou negativamente para a interação entre o profissional e o paciente e, muitas vezes, é determinada por fatores alheios ao conhecimento do CD, ou seja, os eventos que compõem aquela determinada situação, poderão estar sob controle do comportamento verbal encoberto do paciente (seu pensamento), que é um estado subjetivo, não observável diretamente.

Outros fatores que influenciam a qualidade da interação profissional-paciente são: temores transmitidos pelos pais, experiência anterior e mau preparo do ambiente odontológico ou da conduta do profissional para receber o paciente. Em *Guidelines for behavior management in Pediatric Dentistry* (1990) são apresentados, como ferramentas para um processo interativo de qualidade, fatores bastantes semelhantes aos já trabalhados pelos autores Taylor, Sackman e Turnbull acima citados, ou seja, a utilização adequada da comunicação, o conhecimento sobre o processo de desenvolvimento humano e a capacidade de compreender o paciente.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à influência dos estudos sobre interação profissional-paciente realizado na área médica. Para GÓMEZ GARCIA & ROCÍO (1993) o fato dos dentistas analisarem as questões relacionadas à interação profissional-paciente pautados nos estudos relativos à relação médico-paciente é um fator negativo para a construção de uma interação de qualidade, porque há diferenças fundamentais quanto ao contexto e quanto ao comportamento do paciente, num caso e no outro.

Esses autores acreditam que os dentistas são influenciados pelas análises encontradas na literatura referente à interação profissional-paciente na área médica, porque é a que se tem disponível. Dizem que tais textos são geralmente escritos por médicos e psiquiatras porque os CDs não têm demonstrado interesse neste tipo de investigação, e que o fato de se construir a interação CD-paciente balizada pela interação médico-paciente nem sempre é adequada, em decorrência de diversas diferenças entre elas.

Algumas das diferenças indicadas por tais autores encontradas entre um contexto e outro são: a) no caso da medicina, o paciente tem maior conhecimento sobre a sua patologia e maior controle sobre ela, o que o leva a automedicar-se, enquanto que em relação à patologia bucal há um desconhecimento e, portanto, uma maior desconfiança quanto ao diagnóstico e a eficácia do tratamento; b) o médico se propõe a tratar a doença por meio de uma receita que o paciente poderá ou não seguir, enquanto que o dentista é quem tratará pessoalmente a doença do paciente; e, c) o custo do tratamento - o médico entrega a receita para que o paciente possa aviar o medicamento (ele tem autonomia de optar pelo local de compra e, algumas vezes, pelo medicamento similar ou genérico), enquanto que o dentista é responsável por incorporar todos os custos relativos ao tratamento (utilização de equipamentos e de medicamentos) e reputá-los ao paciente.

Os autores relatam que essas diferenças influenciam o grau de confiança que o paciente atribui ao médico e o grau de desconfiança e angústia atribuídas ao dentista. Por estas razões, acreditam que a relação dentista-paciente não deveria ser analisada e compreendida pautada nos estudos sobre a relação médico-paciente, e enfatizam ser muito importante estudar as especificidades da interação dentista-paciente para que os profissionais da área da Odontologia possam ter um discurso próprio e uma prática adequada às necessidades do seu contexto e comportamento.

Pelo que tem sido discutido, verifica-se que estudar interações interpessoais é fundamental para o desenvolvimento adequado de uma prática profissional, porém sabe-se que essa não é uma tarefa fácil e que são vários os fatores que colaboram para a complexidade do estudo. Um desses fatores, como pode ser observado, é que tanto o profissional quanto o paciente fazem parte do mesmo processo interativo, atuando por determiná-lo ao mesmo tempo em que dele é consequência (GIL, 1991).

Embora várias disciplinas como a Psicologia, a Antropologia e a Sociologia tenham interesse e façam da interação interpessoal parte do seu objeto de estudo, na verdade o tema ainda é muito complexo e não há muitos estudos integrados sobre o mesmo. O que se tem são as diversas disciplinas estudando esse fenômeno segundo seu foco de interesse e sua abordagem teórica (HINDLE, 1981). A Psicologia estuda os aspectos psicológicos e individuais; a Antropologia, os aspectos culturais; e, a Sociologia, os sociais relativos às ocorrências interativas dos participantes de um determinado episódio (DURAN, 1993).

Para HINDLE (1981), em qualquer abordagem teórica a interação interpessoal deveria ser estudada considerando os aspectos comportamentais e afetivos/ cognitivos envolvidos como fundamentais. Assim, é importante identificar o que dois indivíduos estão fazendo juntos (ex. estão trocando palavras), a qualidade (ex. conversando, brigando) e a frequência com que fazem. Aponta ainda que é necessário contextualizar a interação no tempo e no sistema sócio-cultural (ex. a relação desses dois indivíduos vem de uma história de convivência mútua ou estão encontrando-se pela primeira vez; quais são as normas e padrões sociais vigentes que estão influenciando tal interação; e assim por diante). Ou seja, como dito anteriormente, este autor considera que as três disciplinas, Psicologia, Antropologia e Sociologia, deveriam estudar o fenômeno interação de forma conjunta e integrada, contemplando os três aspectos: individual, cultural e social.

Ao discutir sobre esse tema, DURAN (1993) corrobora os dizeres de Hindle ao sugerir que a interação deveria ser vista como o intercâmbio de influências comportamentais, ou seja, numa situação onde dois ou mais elementos encontram-se juntos, um exerce influência sobre o outro e ambos saem modificados dessa relação. Segundo o autor, “a interação pode ser vista como, num dado momento do percurso da vida de dois sujeitos, a influência de um sobre o outro que, de alguma forma elaborada por esse outro, a partir de estruturas previamente elaboradas, se constitui em momento de transformação/ desenvolvimento dessas estruturas. Trata-se de um encontro do qual cada um dos membros pode sair diferente de quando entrou, em algum aspecto e/ ou em algum grau” (DURAN, 1993, pág. 4). Assim, a interação parece ser um processo que viabiliza a construção e transformação de um indivíduo, a partir de suas interações sociais e de sua cultura. Construção essa que vai sendo modificada por meio das influências decorrentes do processo interativo que o indivíduo sofre e exerce ao mesmo tempo no seu cotidiano e ao longo de sua vida.

Os autores MIRANDA & MIRANDA (1991) citam alguns aspectos relativos à relação interpessoal que explicitam e complementam o conceito construído por Duran, como: a pessoa é, em parte, o resultado das relações interpessoais que estabeleceu ao longo de sua vida; ninguém sai ileso de um encontro com outra pessoa; os efeitos da influência mútua podem ser construtivos ou destrutivos, para um ou para ambos os participantes; dentre outros aspectos.

Para SKINNER (1967), o comportamento social surge porque um organismo é importante para o outro como parte do seu ambiente, e pode ser definido como “o comportamento de duas ou mais pessoas em relação a uma outra ou em conjunto em relação ao ambiente comum” (pág.171). Assim, Skinner, numa abordagem comportamental, contextualiza o processo interativo como sendo o comportamento social, observando que o olhar deve ser dirigido aos participantes envolvidos e para o

ambiente no qual estão inseridos. Para a compreensão desse processo interativo, propõe procedimentos que possibilitam a identificação e o estudo dos seus determinantes. Ele diz que o passo inicial é uma análise de todas as variáveis que compõem o ambiente social e o episódio social.

Outro autor que estudou as questões relativas às interações sociais, porém numa abordagem cognitivista, foi Bandura. Para este autor, “em trocas sociais, o comportamento de uma pessoa exerce um certo grau de controle sobre as ações do outro” e “o ato estimulador imediatamente precedente por parte de uma pessoa é o principal determinante da resposta da outra pessoa” (BANDURA, 1969, pg.25). Assim, para Bandura, além do controle que um participante exerce sobre o outro, no processo interativo, o emissor da comunicação (o estimulador) é o principal determinante da resposta do ouvinte (o outro).

Esse é um aspecto importante a ser observado na interação profissional-paciente, pois o profissional, ciente dessa determinação e capacitado para lidar com ela, poderá contribuir positiva ou negativamente para uma interação de qualidade durante o tratamento ou na obtenção de comportamentos do paciente para a realização do atendimento. Ou seja, o profissional poderia criar condições no processo interativo, na perspectiva de aumentar a probabilidade do paciente responder positivamente às suas proposições quer quando da recepção do paciente, quer quando da orientação para a realização de um procedimento clínico, quer quando da solicitação da colaboração do paciente, etc.

Um aspecto comum entre os autores estudados, mesmo que de diferentes abordagens, é que a interação é um produto social e dinâmico; e, que ela se constitui a partir do contato com o outro e por meio desse contato modifica as pessoas envolvidas e o meio físico ao qual pertencem.

A forma de interagir com o outro, como todo produto social humano, é aprendida e segue as normas sócio-culturais vigentes. Neste sentido, a maneira de interagir com o outro, e no caso específico com o paciente, do mesmo modo que a aplicação de técnicas clínicas, é uma habilidade a ser aprendida, mesmo sendo ela complexa em função da multiplicidade de seus determinantes, ou seja, dos fatores sociais, culturais, ambientais e pessoais que a influenciam.

A aprendizagem do comportamento social, como de qualquer outro, pode ocorrer por meio de experiências diretas (contingências) ou por meio da observação do comportamento de outras pessoas e de suas conseqüências para elas (aprender observando o modelo). A capacidade de aprender pela observação capacita as pessoas a adquirirem regras para gerar e regular modelos comportamentais sem ter que formá-los gradualmente através de tentativa e erro (BANDURA, 1986).

Para BANDURA (1969) uma pessoa pode aprender qualquer padrão de respostas (do mais simples ao mais complexo) através da observação do comportamento de outras pessoas e de suas conseqüências. Assim, uma pessoa pode aprender respostas apropriadas observando o desempenho de modelos ou extinguir respostas observando modelos.

Quanto à aprendizagem, uma característica exclusivamente humana é que o homem não se limita a reproduzir o comportamento aprendido automaticamente, como os outros animais, porque ele é possuidor da capacidade de auto-reflexão (BANDURA, 1986). Essa capacidade possibilita-lhe analisar suas experiências aprendidas e a refletir sobre os seus próprios pensamentos e ações. Essa capacidade instrumentaliza o homem para planejar e avaliar eventos futuros.

Em outras palavras, a partir de experiências passadas (vivenciadas ou aprendidas através do modelo), o indivíduo seleciona os estímulos aos quais irá responder. Esses estímulos são codificados e armazenados para representação na memória (experiência vivenciada). O indivíduo, baseado em suas experiências, formula hipóteses que poderão promover reforço. Essas hipóteses são confirmadas por meio de ações bem sucedidas. A partir dessa confirmação, as regras ou princípios de mediação, que nortearam a construção e execução das hipóteses, passam a direcionar ou orientar o desempenho futuro (BANDURA, 1969).

Este é um ponto importante quando pensamos na aprendizagem de comportamentos que favoreçam o processo interativo. Ou seja, seria interessante organizar o ambiente de forma a apresentar modelos que contribuíssem para a aprendizagem de comportamentos cujas conseqüências fossem reforçadoras para a promoção de comportamentos, tanto do paciente quanto do CD, que levassem ao desenvolvimento de uma interação profissional-paciente de qualidade.

Neste contexto, faz-se necessário partir do pressuposto que o profissional é o agente estimulador desse processo, e como tal ele deveria aprender e emitir comportamentos que lhe possibilitassem aumentar o controle sobre o comportamento do paciente, assim como sobre os eventos ambientais envolvidos na sua atuação profissional. Então, para que o profissional possa aprender tais comportamentos seria necessário, entre outras coisas, observar modelos e a partir das observações, refletir sobre quais seriam adequados para ações bem sucedidas. O passo seguinte seria o exercício da aprendizagem (colocar os comportamentos aprendidos em prática) e verificar as suas conseqüências. Caso tenha ocorrido uma conseqüência positiva (reforçadora), as regras norteadoras de tal comportamento seriam incorporadas e utilizadas para a manutenção do mesmo. HARZEM, LOWE & BAGSHAW (1978 apud TOURINHO, 1995, pg. 60), em seus experimentos, constataram que quando um

indivíduo formula uma regra, tende a comportar-se de acordo com ela, mesmo que as contingências sejam alteradas.

Para que o profissional perceba quais comportamentos deverá selecionar e utilizar, faz-se necessário discriminá-los no ambiente (identificá-los) e discriminar a ação do mesmo em sua conduta, ou seja, é necessário reconhecer o evento externo e ter um conhecimento sobre o próprio comportamento (autoconhecimento) e as conseqüências desse evento para o comportamento.

5 - Conhecimento e Autoconhecimento.

Conhecer tanto é “comportar-se diferencialmente e efetivamente em determinadas situações, como o dizer como nos comportamos ou deveremos nos comportar” (SÉRIO, 1997, pág. 211 e 212). Assim, no primeiro caso, dizemos que conhecemos quando nos comportamos de uma maneira prevista e esperada na presença da contingência ou quando ela é lembrada (por já ter ocorrido anteriormente). No segundo, conhecer significa descrever o comportamento e as contingências das quais esse comportamento é função. Assim, a autora diz que há duas formas de obter conhecimento: a) por contato ou familiaridade, ou seja, pela própria contingência; e, b) pela descrição da contingência. Quer no contato direto ou na descrição da contingência, o conhecimento parece ser possível por meio da participação de uma pessoa em uma contingência de reforçamento que modela o comportamento específico. Isto significa

que se há tal participação é porque a pessoa é ativa, participante, interage com o meio e, como em todo processo interativo, a ação do indivíduo determina e é determinada pelo ambiente físico e social. Portanto, a construção do conhecimento só é possível por meio da ação que a pessoa exerce sobre o meio e vice-versa.

O autoconhecimento refere-se ao conhecimento do próprio comportamento e às contingências de reforçamento que o mantém. A obtenção do autoconhecimento, também, origina-se na relação com outro. “Todas as espécies, exceto o homem, comportam-se sem saber que o fazem e, presumivelmente, isto também era verdadeiro no caso do homem até surgir uma comunidade verbal que fizesse perguntas acerca do comportamento, gerando assim o comportamento autodescritivo. O conhecimento de si próprio tem origem social e é inicialmente útil para a comunidade que propõe perguntas. Mais tarde, torna-se importante para a própria pessoa – por exemplo, para haver-se consigo mesma ou para controlar-se. Diferentes comunidades geram diferentes tipos e quantidades diferentes de autoconhecimento e diferentes maneiras de uma pessoa explicar-se a si mesma e aos outros” (SKINNER, 1982, pág. 146).

Segundo TOURINHO (1995), numa abordagem comportamental, “Conhecer-se é ser capaz de descrever seus próprios eventos internos. Nesta perspectiva, o autoconhecimento é um tipo de autodiscriminação que implica a capacidade de autodescrição” (pág. 52), ou seja, um indivíduo identifica quando e o que conhece sobre si, quando é capaz de relatar seus eventos internos para a comunidade e ser compreendido por esta. Esse autor, em sua obra, escreve que para Skinner, estar consciente é (saber ou ser capaz de) descrever o próprio comportamento, ou seja, conhecer o seu repertório comportamental frente a determinado evento ou situação a ponto de descrevê-lo de forma que, se necessário, o outro (a comunidade verbal) possa identificá-lo a partir da descrição. Como a descrição só se torna possível a partir de

contingências promovidas pela comunidade verbal, desta proposição resulta uma concepção de consciência como produto social (TOURINHO, 1995).

Assim como para Skinner, para este autor “o autoconhecimento está diretamente relacionado à comunidade verbal e a interação social a qual o indivíduo pertence” (TOURINHO, 1995, pág. 53). Ou seja, é a comunidade verbal e a interação social que promoverão contingências para que o indivíduo possa se conhecer e, portanto, o autoconhecimento é um produto social.

Da mesma forma que Skinner e Tourinho, os autores GONZALEZ & TOURÓN (1992) consideram que “somente se chega a ser consciente de si mesmo através da interação social”.

Para SÉRIO (1997) descrever o próprio comportamento significa falar daquilo que está fazendo e por que está fazendo; significa descrever o cenário em que o comportamento ocorre e suas conseqüências. A autora diz também, que quando se faz a descrição do próprio comportamento, dois comportamentos distintos ocorrem: o comportamento descrito e o comportamento de descrever que, provavelmente, estão sob controle de variáveis diferentes, ou seja, um não implica necessariamente no outro (pág.213). Esta distinção revela que uma pessoa pode efetivamente dizer/ saber se o seu comportamento e a descrição que ela faz dele são semelhantes ou equivalentes por meio do *feedback*. Assim, para essa autora, o autoconhecimento também é um produto social.

Dessa forma, se o autoconhecimento é um produto social, então, ele pode ser aprendido. Como descrito no parágrafo anterior, uma pessoa aprende a se conhecer por meio de *feedback*, ou seja, quando o outro – a comunidade verbal - o informa sobre o seu comportamento. “Poucas pessoas, além de nós mesmos, saberão dizer o que fizemos ontem e o que provavelmente faremos amanhã; ninguém mais, além de nós

mesmos, tem contato direto com nossos sonhos, projetos, sentimentos, desejos, ... enfim, com o mundo sob nossa pele, com nosso mundo privado. Entretanto, apesar disto, só conhecemos este mundo íntimo se outros nos possibilitarem isto; ou melhor, o grau de intimidade que temos com este mundo depende da comunidade verbal à qual pertencemos” (SÉRIO, 1997, pág. 213).

Quando uma pessoa conhece a si mesma, esse conhecimento possibilita-lhe exercer o autogoverno ou o autocontrole⁷ (SKINNER, 1972; TORUINHO, 1995; SÉRIO, 1997). “Autogoverno intelectual é a possibilidade de um indivíduo gerar estímulos discriminativos⁸ para o seu comportamento subsequente e, também, gerar reforço” (SKINNER, 1972, pag. 122). Compreender este fenômeno parece ser fundamental no processo de ensino, ou seja, a partir do momento em que se torna possível oferecer ao aluno condições para que este conheça a si mesmo e possa controlar seus comportamentos subsequentes visando a promoção de estímulos reforçadores, parece ser possível ensinar um aluno, futuro profissional, a conhecer o seu comportamento e aprender, por exemplo, como se comportar na frente de um paciente não-colaborador ou temeroso, de forma a gerar comportamentos de tranquilidade no mesmo e com isso possibilitar a obtenção da colaboração deste durante a execução de um determinado procedimento.

Para que tanto o profissional quanto o paciente possam apropriar-se e utilizar os benefícios advindos de um processo interativo que favoreça o atendimento clínico, faz-se necessário que ambos, mas principalmente o profissional, reconheçam a importância

⁷ - O autores consultados consideram autogoverno e autocontrole como sendo sinônimos; neste trabalho tais vocábulos serão, também, utilizados como sinônimos.

⁸ - Estímulos discriminativos (SDs) na linguagem da Análise Experimental do Comportamento significa um evento presente ou que antecede a ocorrência de uma determinada consequência controladora - ex. o olhar do pai anuncia que a bronca está próxima; o cheiro da comida informa que o almoço está pronto – (SIMONASSI, 1997).

do mesmo e aprendam a lidar com ele. Para que o profissional possa lidar com seu comportamento, é necessário que tenha conhecimento de como se comporta em relação a uma determinada situação e em relação aos participantes nela envolvidos, ou seja, é preciso ter autoconhecimento para poder adotar uma atitude frente à situação ou aos participantes (atitude essa que poderá ser de mudança ou manutenção do seu comportamento).

Tal qual o autoconhecimento, já descrito acima, as técnicas de autocontrole também exigem “uma discriminação, por parte do indivíduo, de seus próprios comportamentos e das variáveis das quais são funções, isto é, não se pode referir ao controle do (próprio) comportamento se não se é capaz de descrever este comportamento e as variáveis das quais é função. Então, autocontrole implica em autoconhecimento – o inverso nem sempre ocorre” (TOURINHO, 1995, pg.56).

Assim, dito de outra forma, autocontrole significa manipulação do próprio comportamento a partir da identificação das contingências (condições) externas das quais o comportamento é função. Essa manipulação é possível a partir do momento em que a pessoa é capaz de descrever a relação funcional entre comportamento e contingências, descrever as contingências que a levam a formular regras para manipular e modificar o comportamento, bem como identificar as contingências que modificam o mundo a sua volta (SKINNER, 1982).

Para TOURINHO (1995) o indivíduo exerce o autocontrole da mesma forma que controla o comportamento de outras pessoas, manipulando as variáveis das quais o comportamento é função (pág.55). Ora se o indivíduo controla a si mesmo, manipulando variáveis e promovendo contingências de reforçamento, então isto significa que quanto maior o grau de autoconhecimento, maior a probabilidade de

exercer controle sobre suas ações e, portanto, maior o grau de autonomia do próprio indivíduo.

A autora ZANOTTO (2000), que estuda as questões relativas à formação de professores, entende que o autogoverno tem um papel fundamental no processo de aprendizagem e que os alunos deveriam ser ensinados a adquiri-lo e desenvolvê-lo. Pois “... é no ensino do autogoverno, em suas diversas modalidades, ... , que se centra a defesa de Skinner da possibilidade de formação de indivíduos autônomos, capazes de responder de forma nova e original às situações com as quais se defrontarão quando deixarem o espaço escolar” (pág. 114). Ou seja, o autogoverno possibilita que o aluno (no caso em questão, o futuro profissional) torne-se independente dos outros na medida em que aumentar o seu repertório comportamental. Essa ampliação do repertório é possível em decorrência de interações cujas conseqüências sejam fruto de seu próprio comportamento.

Embora, numa outra perspectiva teórica, SCHÖN (1992) também fala da importância do autoconhecimento para a obtenção do autocontrole para a formação do professor. Esse autor entende que quando um indivíduo consegue pensar ou falar (analisar com palavras) sobre um evento ocorrido (reflexão-na-ação) significa que tal evento tornou-se consciente para ele, e a aquisição dessa consciência permite-lhe o autocontrole ou o controle sobre o evento. Para esse autor, o autoconhecimento e o autocontrole também são produtos sociais.

Do exposto conclui-se que, para diferentes autores, o processo interativo é constituído por comportamentos sociais que são aprendidos no contato com o outro. Tal contato possibilita ao indivíduo o autoconhecimento e este favorece o autocontrole durante e no processo interativo.

Tais considerações são importantes tendo em vista a relevância da interação interpessoal, como o fenômeno que influencia (e determina) o autoconhecimento e autocontrole e é influenciado por eles, no desempenho profissional do cirurgião-dentista, ou outro profissional da saúde, uma vez que esse profissional só consegue atuar clinicamente no contato pessoal direto com o seu paciente. Ou seja, por meio da interação o profissional poderia (e deveria) obter elementos para aumentar o grau do autoconhecimento e autocontrole, na perspectiva de melhor compreender e desenvolver suas práticas profissionais.

Tais colocações remetem, novamente, à formação acadêmica do cirurgião-dentista, uma vez que se constata, através dos serviços atuais e da história de sua profissão, que há maior investimento e ênfase no desenvolvimento de habilidades para execução de práticas clínicas e pouca preocupação quanto à aquisição de habilidades necessárias ao estabelecimento de uma interação adequada e eficaz com o paciente e a família.

Por outro lado, como também já apontado, uma formação profissional que não contemple uma atuação mais ampla, que não capacite o profissional, técnica e psicologicamente, não mais o prepara para o mercado de trabalho contemporâneo. Como resultado de uma formação incompleta, tem-se um profissional insatisfeito com seu ambiente de trabalho e com a sua profissão (quer pela ausência de pacientes, quer pela inabilidade no manejo do comportamento destes, que poderá levar à realização de práticas clínicas de má qualidade ou afugentar o paciente de seu consultório, dentre outras conseqüências). Finalmente, a insatisfação profissional contribui para a promoção de sérias conseqüências na qualidade de vida pessoal de um profissional (saúde, relações familiares, realizações pessoais e profissionais, etc).

Diante de tais preocupações, desenvolvemos o presente trabalho que tem como propósito estudar o processo interativo entre o cirurgião-dentista CD e o paciente, de modo a levantar subsídios que possam contribuir para o planejamento de uma formação profissional mais abrangente e humanista deste profissional. Um profissional que possa conceber a sua relação interpessoal com o paciente como algo inerente e constituinte de sua atuação enquanto profissional, e não como algo que ocorre independente de seu controle ativo e consciente. Desse modo a questão é como aprofundar, do ponto de vista teórico, questões que permeiam o atendimento odontológico (AO), como, por exemplo, a influência que o comportamento do CD exerce sobre o comportamento do paciente e vice-versa, a influência da interação profissional-paciente sobre o AO ou sobre o acompanhante e como o conhecimento sobre a própria ação influencia a interação profissional-paciente.

Uma forma encontrada, para responder a estas questões, foi olhar para o processo interativo em dois momentos distintos: a) a situação do atendimento odontológico, onde estiveram presentes e atuantes: a dentista, a paciente e a acompanhante; e, b) a situação de supervisão que ocorreu entre um AO e outro, quando a CD assistiu as práticas realizadas na sessão de AO, por meio do videoteipe (Vt) e discutiu-as com a pesquisadora.

A suposição que orientou esse trabalho foi que a observação e discussão do AO por meio do Vt poderiam possibilitar o autoconhecimento, e assim contribuir para uma interação profissional-paciente mais adequada durante o tratamento, bem como para a atuação clínica da CD. Assim, de modo mais específico, este trabalho estudou como a dinâmica da relação entre a profissional e a pesquisadora (discussão sobre o atendimento odontológico, por meio do Vt) poderia contribuir para que a dentista aprendesse a olhar para o comportamento da paciente e, a partir dele, adequasse seu desempenho profissional; ou aprendesse a olhar para o seu próprio comportamento e,

a partir dele, conseguisse identificar quais influências exerciam sobre o comportamento da paciente.

Pretendeu-se com tal análise, obter elementos relativos ao processo interativo que pudessem contribuir para elaboração de estratégias de ensino a serem utilizadas na formação profissional de CDs e que funcionassem como modelo para aprendizagem de comportamentos, na perspectiva de favorecer a interação entre o profissional e o paciente.

METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizado, inicialmente, um estudo preliminar com o propósito de se obter uma definição mais precisa do procedimento metodológico a ser utilizado. Deste estudo preliminar participaram dois pacientes infantis com, aproximadamente, 06 (seis) anos de idade e ambos do sexo feminino. Essas pacientes foram submetidas a sessões de atendimento odontológico (AO) semanais, com uma duração média de 60 minutos cada, acompanhadas por seus pais. Ambas as pacientes foram atendidas pela mesma cirurgiã-dentista e a segunda paciente só foi chamada após a conclusão do tratamento da primeira.

Entre um atendimento odontológico e outro, a dentista (CD) e a pesquisadora (Pq) reuniram-se, discutiram as práticas clínicas e comportamentais ocorridas na sessão anterior, com base nos registros efetuados, e planejaram a sessão subsequente. Estes encontros foram chamados de **sessões de supervisão**.

O atendimento clínico e a supervisão foram realizados no Laboratório de Psicologia (LPA), que era uma unidade do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae, da Faculdade de Odontologia de

Piracicaba (FOP-UNICAMP)⁹. Os participantes – pais, CD e auxiliar da dentista - assinaram um “Termo de Consentimento” autorizando a realização e divulgação do estudo.

Os instrumentos de coleta de dados das sessões de AO foram: registros manuais realizados pela pesquisadora através de observação direta de todas as sessões e filmagem das mesmas (com exceção de uma delas). Para a sessão de supervisão foi utilizado o gravador para registrar as falas da pesquisadora e da dentista.

Especificamente, o procedimento de coleta de dados envolveu:

Filmagem e registro manual das sessões de atendimento odontológico: a filmadora foi ligada no momento da entrada da paciente no consultório e desligada quando da sua saída, sendo que o foco da filmagem foi direcionado para a paciente e a dentista. Os registros manuais, realizados pela pesquisadora, através de observação direta, envolveram a anotação de quais comportamentos eram emitidos pela paciente frente aos procedimentos clínicos e sua influência no desempenho da CD.

Gravações em áudio das sessões de supervisão: a dentista e a pesquisadora assistiram juntas ao Vt do AO realizado e, com o gravador ligado, concomitantemente ao Vt, discutiram as práticas realizadas e planejaram a sessão seguinte.

A análise dos dados desse estudo preliminar permitiu verificar que:

O registro manual não fornecia toda riqueza de detalhes que ocorria no processo interativo e que seriam importantes para a consecução desse estudo. O Vt preservava tais detalhes e as nuances do processo interativo.

⁹ - Uma descrição completa sobre o Cepae está apresentada na dissertação de mestrado, Caetano (1995).

Nas sessões de supervisão, o Vt do AO foi assistido ao mesmo tempo em que o gravador estava ligado para registrar as discussões entre a pesquisadora e a CD. Tal procedimento mostrou-se inviável quando das transcrições das fitas cassete, pois as vozes gravadas no Vt e as gravadas na fita cassete, referentes às discussões, misturavam-se, prejudicando muito a qualidade técnica da transcrição.

A partir das constatações do estudo preliminar decidiu-se, para o presente trabalho, realizar sessões semanais de AO com uma paciente infantil e com sessões de supervisão entre elas. As sessões de AO seriam filmadas. Posteriormente, essas sessões seriam assistidas e discutidas nas sessões de supervisão. As discussões ocorridas durante as sessões de supervisão seriam registradas por meio de um gravador. Tanto a discussão quanto o registro da mesma seriam feitos com o Vt das filmagens do AO desligado, ou seja, primeiramente o AO seria assistido e depois discutido. A seguir está descrito o procedimento metodológico de forma detalhada.

1- Participantes

1.1 – Participantes das sessões de supervisão

Participaram das sessões de supervisão a CD e a pesquisadora (Pq). A CD atuava no Cepae como estagiária e foi escolhida por ter sido a auxiliar da CD no atendimento de um dos pacientes do estudo preliminar. Possuía, na época, 32 (trinta e dois) anos de idade, formada em 1987 pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP) e cursou a especialização em Odontopediatria na FOP-UNICAMP,

no ano de 1991. No consultório particular, na ocasião em que este estudo foi realizado, dedicava-se ao AO de crianças, exclusivamente.

A Pq atuava no Cepae há seis anos, onde desenvolveu sua dissertação de mestrado. Possuía, na época, 44 anos de idade, formada em Psicologia pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), em 1977, e mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (PPG-EES/ UFSCar), em 1995. A Pq esteve presente, na sala de observação, durante todo o AO da paciente.

1.2 – Participantes das sessões do atendimento odontológico

Além da Pq e da CD, existiram outras pessoas envolvidas e consideradas componentes fundamentais da situação do atendimento odontológico. Essas pessoas eram a auxiliar da CD, a paciente e a acompanhante, que assinou um termo de compromisso concordando com a realização do trabalho e com a divulgação do mesmo.

Características gerais desses participantes:

A auxiliar da cirurgiã-dentista - tinha aproximadamente 25 anos de idade, cirurgiã-dentista formada pela FOP-UNICAMP, em 1996.

A paciente - foi denominada de paciente *J* Essa paciente foi recrutada na Clínica Infantil da FOP-UNICAMP e o critério de seleção foi a idade, a condição bucal e a não-colaboração.

A acompanhante da paciente - A paciente *J* foi acompanhada exclusivamente pela mãe, que possuía 40 anos de idade.

Descrição da paciente

Paciente J: idade: 6 anos e 2 meses.

História de vida: *J* nasceu de 08 (oito) meses, com 3,750 Kg e 48 cm. A mãe apresentou diabetes durante a gestação e tomou insulina. O desmame ocorreu com 01 mês de idade em decorrência da diabetes da mãe. As doenças contraídas até essa idade foram: desidratação, pneumonia com febre de 40 graus e 13 dias de internação. Quanto à saúde bucal, apresentava bruxismo à noite e fístula na região de diversos dentes. O exame clínico inicial revelou a necessidade de restaurações em 7 dentes que apresentavam comprometimento funcional e estético com sintomatologia dolorosa, exodontia de 05 (cinco) dentes que estavam com comprometimento pulpar severo, com avançado processo de alveólise e tratamento preventivo.

Embora a paciente tivesse comparecido em outros consultórios dentários, por necessidades odontológicas, esse era o primeiro tratamento efetivamente realizado por um dentista.

Família: O pai tinha 45 anos de idade, era pedreiro e cursou o primeiro grau. A mãe tinha 40 anos de idade, cuidava da casa e cursou o primeiro grau. *J* possuía 03

irmãos, do sexo masculino, com 19, 17 e 14 anos de idade. Quanto à saúde bucal familiar, todos tiveram cárie e só procuraram pelos serviços odontológicos quando precisaram (sentiram dor).

Encaminhamento: A família procurou o Serviço Odontológico Municipal (SOM) de Piracicaba porque a filha queixava-se de dor. O dentista que a atendeu encaminhou-a à Clínica da Faculdade de Odontologia de Piracicaba porque a paciente não permitiu o exame clínico (chorou, movimentou cabeça, corpo e mordeu o dedo do dentista). Na Clínica, da FOP/ UNICAMP, apresentou os mesmos comportamentos e foi encaminhada para o Cepae, como uma paciente especial por ser temerosa e não-colaboradora.

2 - Local onde a pesquisa foi realizada

O estudo foi realizado no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA) do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP-UNICAMP). Este local era composto por uma sala dividida em dois ambientes. O primeiro foi denominado de “canto lúdico” e era composto de uma mesa, quatro cadeiras e uma estante contendo brinquedos. Esses móveis eram de tamanho adequado para o uso infantil. O segundo ambiente, denominado de “local de atendimento”, compunha-se de um lavatório, uma cadeira odontológica, um equipo, dois mochos e um armário para armazenar os materiais odontológicos. Esta sala era separada de uma outra por um espelho unidirecional. A sala, do outro lado do espelho, era chamada de “sala de observação” e possuía uma mesa grande do tipo “bancada”, sobre a qual encontravam-se uma filmadora, um aparelho de som com gravador, uma televisão e um videocassete (Vt).

Possuía ainda duas cadeiras e um local onde a pesquisadora assistiu às sessões de AO. Uma representação gráfica desse espaço encontra-se no Anexo 1 - Diagrama do LPA.

O AO foi realizado na sala que contém o consultório e o “canto lúdico” e a sessão de supervisão, na sala de observação.

3 – Coleta de dados

3.1 - Procedimentos utilizados para a coleta dos dados:

- Filmagem da sessão de atendimento odontológico em fitas de VHS.
- Gravação em áudio das interações verbais entre a pesquisadora e a cirurgiã-dentista, durante as sessões de supervisão.

3.2 – Fontes de coleta de dados:

3.2.1 – O atendimento odontológico (AO)

As sessões de AO foram realizadas em intervalos semanais, com duração média de 60 minutos cada. Durante todas as sessões estiveram presentes a acompanhante, a cirurgiã-dentista (CD), a auxiliar e a pesquisadora (Pq).

A CD e a auxiliar foram orientadas para utilizar estratégias não-aversivas de manejo do comportamento, em substituição às estratégias aversivas, comumente

utilizadas, como contenção física e controle de voz, sempre que não houvesse colaboração do paciente. As estratégias não-aversivas utilizadas foram conversação, canto, elogio, explicação do procedimento, tranquilização através de massagens no rosto, braços, pernas e barriga do paciente e atividade lúdica.

A Atividade Lúdica, também denominada de terapia do brinquedo, foi utilizada como uma contingência de reforço no final de cada sessão de AO - se a paciente colaborasse durante a sessão, então brincaria no final. Como um prêmio pela presença no atendimento, foi dada uma bexiga ao paciente, no final de cada sessão.

Todas as sessões foram filmadas da seguinte maneira: quando a paciente entrava no consultório a filmadora era ligada e desligada quando a mesma saía. Para a filmagem foi utilizada uma câmera VHS, marca Panasonic, modelo PV-610 que ficava fixa em um tripé, na sala de observação.

O AO foi realizado segundo as normas e procedimentos da Odontopediatria.

3.2.2 – A Sessão de Supervisão

Conforme já mencionado, denominou-se sessão de supervisão o encontro entre a pesquisadora (Pq) e a cirurgiã-dentista (CD), entre uma sessão de AO e outra, na sala de observação do LPA, onde ambas assistiram juntas ao Vt, referente à sessão do (AO) realizada. Nestes momentos eram discutidos os procedimentos clínicos e comportamentais ocorridos e os resultados norteavam as indicações de quais procedimentos seriam adotados na sessão de AO subsequente. Entendeu-se que

supervisionar era proporcionar apoio pessoal e assistência técnica (no caso psicológica) à CD no seu ambiente de trabalho (NEUBERT & BRATTON, 1987 In GARCIA, 1997).

Ao iniciar a sessão de supervisão a Pq tinha em mãos o Vt (fitas VHS) da sessão de AO realizada. Foi decidido que a sessão de AO seria assistida e discutida conforme os procedimentos clínicos eram realizados e esses procedimentos foram denominados de rotinas. GIL (1991) define rotina “*como as atividades que ocorrem com regularidade na sua ordenação e na sua periodicidade, bem como na sua constituição por elementos componentes*” (pág.25). Para que fossem considerados os mesmos momentos como compondo uma determinada rotina em todas as sessões de atendimento odontológico, foi necessário especificar o início e o término de cada uma e os procedimentos que as compunham, conforme descrito a seguir:

Rotina: Entrada - esta rotina referiu-se ao momento em que a CD ia ao encontro da díade (mãe-paciente) na sala de espera e convidava-a a entrar no consultório odontológico. Também fazia parte dessa rotina, a forma como a CD recebia a paciente e a mãe na sala de atendimento, como a díade reagia à recepção e a maneira como a CD introduzia a paciente na primeira atividade clínica.

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana - este procedimento referiu-se ao momento em que a CD usou uma substância de nome Fucsina, que deixava corada (rosa) a placa acumulada nos dentes, formada em decorrência de uma escovação inadequada.

Rotina: Escovação - a escovação ocorria, normalmente, no início da sessão de AO. Este era o momento que a CD avaliava se a habilidade de escovação, da paciente e da mãe, estava adequada ou não. Frente aos resultados dessa avaliação, a CD orientava a ambas. Para o desenvolvimento dessa rotina, primeiramente a CD solicitava que a

paciente escovasse seus dentes e, posteriormente, pedia à mãe que o fizesse. Durante a execução da escovação, a CD orientava e treinava ambas até obter o resultado desejado. Sempre que necessário, quer inicialmente, durante ou ao final dessa atividade, a CD realizava, ela própria, a escovação para servir de modelo ou para a obtenção do resultado desejado.

Rotina: Baixa Rotação (BR) - este procedimento referiu-se ao uso de um equipamento motorizado para retirar as placas bacterianas acumuladas na superfície dental. Normalmente, não é um procedimento considerado agradável pelo paciente porque o BR, quando em contato com a superfície dental, provoca tremores na boca.

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF) - este procedimento consistia em passar flúor nos dentes do paciente após ter realizado a limpeza com o uso do Baixa Rotação (BR) para proteger os dentes contra a cárie ou para evitar que uma lesão cariosa evolua.

Rotina: Anestesia Tópica - este procedimento ocorreu toda vez que a anestesia injetável foi utilizada. A CD aplicava, com um cotonete, uma pomada anestésica na região bucal para amenizar a percepção da penetração da agulha. Como a aplicação do anestésico tópico invariavelmente precedia a anestesia injetável, ele poderia funcionar como um estímulo discriminativo de um evento aversivo para a paciente.

Rotina: Anestesia Injetável - este procedimento consistiu na aplicação de uma substância anestésica na região oral da paciente. A aplicação foi realizada através da penetração da agulha na região bucal do paciente, imediatamente após a aplicação do anestésico local.

Rotina: Isolamento Absoluto (IA) - referiu-se ao procedimento de isolar, com um lençol de borracha, o dente a ser tratado dos demais dentes da boca.

Rotina: Alta Rotação - referiu-se ao uso do equipamento alta rotação (AR), também conhecido com “motorzinho”, para extrair da cavidade dental todo tecido carioso.

Rotina: Obturação - referiu-se ao procedimento de restaurar o dente com porcelana, amálgama ou resina.

Rotina: Exodontia - este procedimento era conhecido pela comunidade em geral com o nome de extração e referia-se à retirada de dentes da boca de uma pessoa, com o auxílio de um instrumental denominado boticão.

Rotina: Sutura - este procedimento referiu-se ao processo de fechar, com pontos, a cavidade promovida pela exodontia. Quando a exodontia referia-se a um dente pequeno, como por exemplo, um incisivo central ou lateral, a sutura não era realizada.

Rotina: Atividade Lúdica - referiu-se ao momento em que a CD, a paciente e a mãe puderam descontraí-las numa mesa com brinquedos. Esta foi uma oportunidade para melhorar o padrão de interação entre elas e auxiliar no estabelecimento do vínculo de confiança entre a profissional, a paciente e a mãe. Este momento ocorreu sempre ao final de cada sessão e a paciente ganhava uma bexiga como recompensa por ter comparecido à sessão.

Observação: foi considerado como início da rotina, toda vez que a CD iniciava o procedimento que dava nome à rotina e como término, quando iniciava o

procedimento seguinte. Assim, se entre um procedimento e outro, por exemplo, entre a escovação e o anestésico tópico a paciente ficava andando pela sala, descia ou subia a cadeira, etc., tais episódios foram considerados ocorrências da rotina Escovação.

O critério de rotina foi adotado porque o Estudo Preliminar demonstrou a inviabilidade da realização da transcrição da fita cassete, ao discutir-se, na sessão de supervisão, a sessão de AO com o Vt e o gravador ligados simultaneamente. Dessa forma, ao final de cada rotina acima citada, o Vt era paralisado e o gravador ligado, a CD fazia os comentários que considerava pertinentes, a Pq comentava, complementava, discutia e sintetizava essas verbalizações antes de passar para a próxima rotina.

No final da sessão de supervisão, a Pq fazia um breve resumo do que havia sido discutido e dos procedimentos que seriam adotados na próxima sessão de AO e que tinham sido acordados com a CD durante as discussões.

Todas as sessões de supervisão foram gravadas em fitas cassete e, posteriormente, transcritas. Para a gravação foi utilizado um gravador marca Panasonic “Microcassette recorder”, modelo N°. RN-302.

4 – Procedimento para a análise dos dados

O procedimento para a análise dos dados envolveu algumas etapas conforme descrito a seguir:

4.1 – Transcrição das fitas de VHS referente às sessões de AO:

As sessões de AO, gravadas em Vt, foram assistidas pela Pq, a qual registrava os comportamentos emitidos pela CD, pela paciente, e pela mãe, em cada sessão, por rotina e em ordem seqüencial. Para que isso fosse possível, o Vt foi assistido diversas vezes até que fosse possível anotar os comportamentos da CD em relação à paciente, as respostas da paciente e vice-versa, em cada rotina e para cada participante (CD - paciente; paciente-CD; mãe-paciente; paciente-mãe; mãe - CD e CD - mãe). As falas não foram transcritas porque a qualidade técnica do som não permitiu seu registro.

Com o intuito de possibilitar a compreensão sobre esse registro, está apresentado a seguir um exemplo sobre o modo como foi organizado.

Comportamentos da CD	Comportamentos da paciente	Comportamentos da mãe
Sentada no mocho, na pia da escovação, levantou, sentou e conversou com J.	Olhou para os lados (parecia assustada), limpou a boca na toalha, olhando para a CD e para os lados	Em pé, atrás de J.
Pediu para a auxiliar que pegasse uma cadeira para a mãe.	Olhou e conversou com a CD.	Disse que não queria, mas sentou-se quando a cadeira chegou.
Convidou J para sentar-se na cadeira odontológica e ergueu o braço da cadeira.	Sentou, deitou e sentou-se.	Deitou J, segurando-a pelo ombro. Com o seu rosto acariciou o rosto de J.

4.2 – Transcrição das fitas cassetes referentes às sessões de supervisão

Todas as fitas foram transcritas “*ipsis litteris*” por um estagiário do Cepae, treinado pela Pq. A seguir, outra estagiária do Cepae ouviu novamente as fitas e comparou-as com o relato transcrito fazendo as correções necessárias. Finalmente, a Pq repetiu esse procedimento.

4.3 – Categorização dos dados

Com base nas transcrições das gravações em Vt das sessões de AO e após vários exercícios, na busca de uma forma adequada para organizar os dados, optou-se por classificá-los e agrupá-los em categorias de análise, procurando relacionar o comportamento da dentista com o comportamento da paciente e da mãe. Para identificação e definição das categorias, verificou-se que efeitos o comportamento da CD produziam na paciente e vice-versa e, também, que efeitos o comportamento da mãe produziam na paciente e assim por diante, durante todas as sessões de AO.

Procurou-se agrupar as ações que apresentavam características comuns em categorias amplas com o propósito de obter-se uma visão compreensiva da dinâmica do processo interativo profissional-paciente-mãe. Acreditava-se que, com isso, seria possível verificar como as ações dos participantes influenciavam-se mutuamente. Acreditava-se, também, que tal análise possibilitaria a identificação de aspectos importantes da relação profissional-paciente, os quais poderiam orientar a elaboração de estratégias de ensino visando a formação profissional do CD. Para isso, adotou-se

como elementos norteadores as seguintes perguntas: O que a CD fazia e que reações provocava na paciente? Que efeitos os comportamentos da paciente produziam na CD? Como a paciente reagia ante as ações da mãe? Como a reação da paciente influenciava a mãe?

Com relação às sessões de supervisões, estas não foram categorizadas por rotinas (como o foram as sessões de AO) porque quando se discutia as ocorrências comportamentais de uma determinada rotina, na maioria das vezes, ocorrências de outras rotinas apareciam na discussão. Por exemplo, quando se falava de um determinado comportamento da CD, da paciente ou da mãe em uma determinada rotina, lembrava-se que aquele mesmo comportamento havia ocorrido também em outras, e interromper a verbalização porque se falava de outra rotina desfavorecia a qualidade da discussão durante a sessão de supervisão.

Dessa forma, nas sessões de supervisão foram considerados como conteúdo para análise as verbalizações da CD e da Pq procurando identificar, nas verbalizações da CD, as percepções que emergiram ao assistir o Vt da sessão de AO realizada e as interpretações que a CD fazia sobre os sentimentos da paciente, da mãe e sobre os próprios comportamentos, frente aos procedimentos clínicos e comportamentais realizados durante o AO. Para tanto, tentava-se responder algumas perguntas tais como: Sobre o que a CD está falando? Está informando que forneceu *feedback* à paciente e à mãe ou a uma delas? Está falando sobre a sua percepção do comportamento da mãe e/ ou da paciente? Está revelando um sentimento seu frente ao AO ou ao processo interativo? Qual é a relação entre o conteúdo dessa fala e a sua interação com a paciente e/ ou a mãe? Como a CD reagia às sugestões e considerações da Pq?

Com relação à Pq, foram considerados como conteúdo para análise os episódios verbais referentes às orientações que eram transmitidas à CD e às falas que promoviam

reflexões sobre o AO e sobre as percepções da CD. Para tanto, tentava-se responder questões como: O que foi apontado no Vt e considerado pela Pq como importante para o processo interativo, e o que foi ou não foi significativo para a CD? Quais foram as intervenções da Pq quando a CD expressou suas percepções? Como a Pq se posicionava frente aos comportamentos da CD que eram adequados ou inadequados ao processo interativo?

4.4 – Categorias identificadas

4.4.1 - Categorias relativas ao atendimento odontológico, apresentadas por rotinas

A seguir, estão apresentadas as categorias referentes ao AO. Tal qual a transcrição dos Vts, das sessões de AO, as respectivas categorias também estão apresentadas por rotinas e da seguinte forma: primeiramente está apresentada a categoria indicada pelos números 1, 2, 3, etc.; a seguir, a subcategoria indicada pelos números 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, etc.; posteriormente, o nome da rotina na qual a categoria ocorreu e, por último, um exemplo de um episódio que a caracteriza. No final de cada episódio, entre parênteses encontra-se o número que identifica a sessão onde o episódio ocorreu (1ª sessão, 2ª sessão e assim por diante).

Para tornar a apresentação mais concisa está descrito, a seguir, apenas um episódio que exemplifica cada categoria ou subcategoria. Uma apresentação contendo um maior número de exemplos pode ser encontrada no Anexo 02.

1 - A CD desenvolve uma atividade sem dar atenção à paciente

1.1 – e esta se mostra desorientada.

Rotina: Entrada

- Sentada no mocho, próximo a pia da escovação, conversa muito pouco com J, levanta-se e pega as luvas, sem olhar ou conversar com J; J entra, olha o consultório (parece explorar apreensiva), vai até a porta, lava as mãos, pega a toalha, seca as mãos e limpa a boca, olha para consultório explorando o ambiente (1ª sessão).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Explica a escovação para a mãe sem dar atenção à J; J olha-se no espelho, fala algo para a CD, olha-se no espelho e aguarda (1ª).

Rotina: Escovação

- A CD conversa com a mãe enquanto J escova os dentes; J lava a boca sozinha olhando para ambas (2ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Levanta-se ao final do AO, vai até a pia lavar a escova de J, não conversa e não orienta a mãe ou J; J sai da cadeira, olha-se no espelho, olha para a CD, caminha até a bancada, fica andando pela sala sem direção definida (1ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Fica arrumando o *Kart*; J anda, pega e solta brinquedos – a atividade está sem controle (1ª).

1.2 – e recebe atenção desta e/ou esta colabora

Rotina: Entrada

- Sentada no mocho, de frente para J, observa esta e sua mãe; J conversa com a CD (sem obter respostas) (1ª).

Rotina: Escovação

- Entrega a escova para J e sai do alcance da câmara; J pega a escova, olha para a mesma e começa a escovar os dentes (2ª).

Rotina: Obturação

- Lava o dente com seringa, sem conversar e sem dar atenção à J; J sem choro e com a boca aberta (4ª).

2 – A CD usa contenção física

2.1 – e obtém a colaboração da paciente.

Rotina: Entrada

- Carrega J, coloca-a sentada na cadeira odontológica e com suas mãos, sobre o peito de J, deita-a; J senta-se e deita-se (1ª).

Rotina: Escovação

- Conduz J à cadeira odontológica levando-a pelos ombros; J se deixa conduzir (2ª).

Rotina: Baixa Rotação

- Mantém J deitada segurando-lhe a cabeça (a auxiliar segura as mãos); J permanece quieta na maior parte do procedimento (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Contém a cabeça de J quando esta tenta sentar-se; J permanece deitada (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Segura a cabeça de J com o braço e não conversa; J movimenta lentamente as pernas, mas permite o procedimento (5ª).

Rotina: Exodontia

- Segura a cabeça de J com o braço (a auxiliar segura as mãos); J fala bastante, mas mantém-se sem movimento (3ª).

Rotina: Sutura

- Segura a cabeça de J com o braço (mãe segura as mãos); J permanece sem choro e sem movimento (2ª).

2.2 – e não obtém a colaboração da paciente.

Rotina: Entrada

- Segura-lhe a testa procurando deitá-la; Jresiste a pressão e mantém-se sentada (1ª).

Rotina: Escovação

- Conduz J pelos ombros até a cadeira odontológica (logo após a escovação); J fica parada na pia da escovação (1ª).

Rotina: Baixa Rotação

- Segura cabeça de J(mãe segura os ombros); Jvira a cabeça e movimenta o corpo (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Com suas mãos segura as mãos de J; Jvira o rosto, chora e tenta levantar a cabeça (3ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Procura manter Jdeitada, segurando-a pela testa; Jtenta sentar e chora (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Contém a cabeça de J com o braço (auxiliar segura as mãos); J chora forte e tenta arrancar o lençol de borracha (4ª).

Rotina: Obturação

- Mantém Jdeitada segurando seu corpo; Jtenta virar o corpo (4ª).

Rotina: Exodontia

- Segura a cabeça de Jcom o braço e extrai o dente; Jchora e movimenta o corpo (2ª).

Rotina: Sutura

- Segura a cabeça de Jenquanto sutura; Jchora e movimenta-se (2ª)

2.3 – e impede comportamentos de fuga ou de esquiva da paciente.

Rotina: Entrada

- Conduz Jaté a cadeira segurando seus ombros; Jtenta dar meia volta dizendo não (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Segura J; Jinterrompe o procedimento e tenta sentar-se e afastar-se da CD (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Contém J quando esta tenta sentar-se; Jinterrompe o procedimento e senta (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Segura o corpo e a cabeça de J; J“levanta” o corpo da cadeira, apoiada nos pés e nas costas (4ª).

Rotina: Exodontia

- Segura J; Jmovimenta-se muito na cadeira quando o dente é girado (2ª).

Rotina: Sutura

- Segura J; Jgira o corpo e deita de braços (2ª).

3 – A CD usa estratégias de distração (canta, conversa, faz massagem ou realiza a sessão com música no gravador)

3.1 – e a paciente acalma e/ou colabora.

Rotina: Entrada

- Sentada no mocho, aproxima J de si, conversa com ela dando-lhe atenção; J conversa com a CD, olha-se no espelho com uma postura calma e atenta à CD (1ª s).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Oferece um espelho de mão à J, passa a fucsina, conversa e mostra-lhe como os dentes ficaram corados; J, de boca aberta, permite a evidenciação e observa-se no espelho (1ª).

Rotina: Escovação

- Sobe a cadeira e conversa com J, passa a mão sobre o abdômen de J e acomoda-a na cadeira; J conversa, passa a mão nas mãos da CD, pede-lhe as luvas (a CD diz que as dará no final do AO) (2ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Conversa e canta enquanto usa o BR; J permanece de boca aberta e pernas relaxadas (1ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Conversa com J enquanto aplica flúor; J permanece quieta e de boca aberta (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Canta e bate sua mão no abdômen de J; J deita-se e fica quieta (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Deita J, passa sua mão no rosto de J; J para de movimentar-se e permite que sua boca seja lavada (2ª).

Rotina: Alta Rotação

- Conversa com J; J para de chorar e presta atenção ao que a CD diz (4ª).

Rotina: Obturação

- Massageia o rosto de J e conversa com esta; J sem choro e sem movimento (4ª).

Rotina: Exodontia

- Conversa com J enquanto permanece com a gaze na boca de J – para estancar o sangue; J diminui o choro, para e quando termina espera a CD descer a cadeira para sair (6ª).

Rotina: Sutura

- Sutura e conversa com J; J coopera (2ª).

3.2 - para iniciar ou executar um procedimento e não obtém a colaboração da paciente.

Rotina: Entrada

- Sentada no mocho abraça e conversa com J; J diz que não quer e dirige-se até a porta (4ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Conversa com J e informa-lhe que ganhará uma bexiga; J tira a mão da CD de sua boca, vira a cabeça e interrompe o procedimento (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Conversa com Je aproxima-se com o anestésico tópico na mão (cotonete); Jtira a mão da CD de sua boca, passa a mão sobre a mão da CD e chora fraco (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Interrompe o procedimento e conversa com J, Jgira o corpo (3ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Conversa com Japós colocar o lençol de borracha; Jchora e diz que quer ir embora (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Conversa com Jdurante o procedimento; Jchora e berra (4ª).

Rotina: Obturação

- Conversa com Jenquanto lava os dentes desta; Jchora e diz que quer ir embora (4ª).

Rotina: Exodontia

- Conversa enquanto cureta; Jchora e fala (2ª)

3.3 – na ausência de procedimento e obtém a colaboração da paciente.

Rotina: Evidenciação

- Oferece um espelho de mão para J, J para de chorar, aceita o espelho e observa o dente colorido (1ª).

Rotina: Escovação

- Ao terminar o procedimento mostra os dentes à Je elogia a higiene; J olha-se no espelho e diz “tá lindo” (2ª).

Rotina: Baixa Rotação

- Interrompe o procedimento e entrega um espelho de mão para J, pedindo para que observe seus dentes; Jpega o espelho e fica observando-se (1ª)..

Rotina: Anestesia Tópica

- Canta enquanto a auxiliar prepara o anestésico; J permanece quieta enquanto a CD canta (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Conversa com J; J responde-lhe enquanto o procedimento não é reiniciado (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Conversa com J; J para de chorar e responde para a CD (4ª).

Rotina: Obturação

- Conversa, canta e massageia a face de J próximo a boca; J para de chorar (4ª).

Rotina: Sutura

- Conversa com J quando interrompe o procedimento ...; J para de chorar e presta atenção (2ª)

3.4 – ao mesmo tempo em que usa contenção física e obtém a colaboração da paciente.

Rotina: Anestesia Tópica

- Bate sua mão sobre a barriga de J e canta, enquanto a mãe segura os ombros desta; J permanece quieta (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Mãos sobre os olhos de J, canta enquanto aplica anestésico; J balança as pernas, mas não chora (2ª).

Rotina: Alta Rotação

- Acaricia a barriga de J enquanto a mãe segura suas mãos; J permanece quieta na cadeira (5ª).

Rotina: Exodontia

- Cureta o dente e conversa com J enquanto a auxiliar segura as mãos; J presta atenção ao que a CD fala (2ª).

Rotina: Sutura

- Conversa com Je auxiliar segura as mãos desta; Jpermanece deitada e calma (2ª).

4 – A CD informa, explica ou orienta um procedimento para a paciente

4.1 – e obtém a colaboração desta.

Rotina: Entrada

- Orienta J a sentar-se na cadeira odontológica (“pode vir J”); J aproxima-se da cadeira e parece confiante (1ª).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Informa que lavará os dentes de J e lava-os; J colabora mantendo a boca aberta e sem movimento de cabeça ou de corpo (1ª).

Rotina: Escovação

- Explica que quer ver como Jescova seus dentes; Jpega a escova e escova os dentes (1ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Explica que lavará os dentes de Je obtém sua colaboração (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Explica como será a anestesia e pede a colaboração de J; J abre a boca e não chora (2ª).

Rotina: Exodontia

- Informa que se não parar de chorar e movimentar-se, vai demorar mais; J para de chorar (3ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Informa onde Jdeverá sentar-se; Jsenta-se (2ª).

4.2 – e não obtém a colaboração desta.

Rotina: Entrada

- A CD aproxima o seu rosto para que J passe a mão sobre a máscara; J coloca as mãos sobre a boca (como que se protegendo) (1ª).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Explica que vai “pintar” os dentes de J; J faz não com a cabeça e tenta sentar-se (1ª).

Rotina: Escovação

- Explica que o dente está sujo, que precisa limpar e que passará uma pomada; J conversa, senta-se, movimenta-se e vira a cabeça (2ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Explica o procedimento de anestesia injetável: J diz: “tá bom espirrar água”, chora enquanto a anestesia é preparada e olha para mãe dizendo “não quero”, chorando (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Explica que o dente dormirá e os cuidados que J deverá tomar ao morder; J movimenta o corpo, chora e tenta sentar-se (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Mostra o lençol de borracha, coloca-o em sua própria boca e aproxima-o de J; J berra, tenta afastá-lo e fala chorando e brava (4ª).

Rotina: Exodontia

- Informa que enxugará o dente; J chora e diz que não quer, olhando para a mãe (2ª).

4.3 - obtém a colaboração da mãe e da paciente.

Rotina: Escovação

- Orienta a escovação da mãe; a mãe escova corretamente e J permite a escovação (2ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Indica onde elas deverão sentar-se e elas seguem as recomendações (2ª)

5 – A CD apenas observa os comportamentos da paciente e da mãe e estas conduzem a situação.

Rotina: Entrada

- Observa J afastar-se da cadeira e a tentativa da mãe em detê-la; J senta-se em função da atuação da mãe (1ª).

Rotina: Escovação

- Vai até a cadeira e abaixa o encosto e espera; J caminha em direção a cadeira, recua e a mãe a direciona (3ª).

Rotina: Exodontia

- Informa que o procedimento terminou e aguarda; J sai da cadeira, vai até a pia e lava a boca com o auxílio da mãe (3ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Observa calada J pegar e soltar os brinquedos; J retira os brinquedos da prateleira com a ajuda da mãe, entrega-os para a CD, pega outro ... (1ª).

6 – A CD conversa com a mãe com o objetivo de distrair a paciente, e obtém comportamentos de colaboração desta .

Rotina: Anestesia Tópica

- Dá *feedback* à mãe sobre a escovação e sobre a condição gengival de J, enquanto passa o anestésico tópico; J fica quieta prestando atenção na conversa (4ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Conversa com a mãe e esta responde e ri; J para de chorar e presta atenção (4ª).

Rotina: Obturação

- Explica para a mãe como o dente ficará; J permanece sem choro e prestando atenção ao que a CD fala (4ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Conversa e orienta a mãe sobre como cuidar da região bucal onde foi realizada a extração; J para de brincar e presta atenção na conversa (3ª).

7 – A CD e a paciente realizam atividades paralelas durante a Atividade Lúdica e ambas parecem não saber o que fazer.

Rotina: Atividade Lúdica

- Afasta-se do canto lúdico, anda pelo consultório, arruma o carter ...; Jolha, pega um brinquedo, solta-o ...(1ª).

8 – A paciente demonstra medo e/ou oferece resistência

8.1 - quando a CD convida-a a executar uma atividade ou enquanto a CD executa uma atividade.

Rotina: Entrada

- Expressão de choro, quando convidada pela CD a sentar-se na cadeira odontológica (1ª).

Rotina: Escovação

- A CD convida J para sentar-se na cadeira odontológica, carrega-a e senta-a: Jolha, fala com a mãe e sua fisionomia é séria, de apreensão (1ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- A CD coloca o algodão na boca de J e segura-o; J retira o algodão, chora e pergunta se depois ele sairá (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Expressão de choro e medo quando a CD aplica o anestésico (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Senta-se, olha no espelho com fisionomia de medo, cospe e chora enquanto a CD lava a sua boca concentrada no procedimento (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Chora muito e se movimenta enquanto a CD coloca o IA sem conversar e atenta ao procedimento (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Com semblante tenso, berra e para de chorar alternadamente enquanto a CD usa o AR sem conversar com ela (4ª).

Rotina: Obturação

- Diz “quero ir embora” e fala como querendo sair da situação quando a CD lava seus dentes, seca-os e coloca resina (4ª).

Rotina: Exodontia

- Sua expressão é de medo ao sentar-se enquanto a CD se prepara para o próximo procedimento (2ª).

Rotina: Sutura

- Chora forte (como que assustada) enquanto a CD conclui o procedimento (2ª).

8.2 - ao final do procedimento ou quando este é interrompido.

Rotina: Entrada

- Bate as mãos sobre o peito, olhar de choro; CD aguarda J passar a mão sobre sua máscara e luva (1ª).

Rotina: Escovação

- Fisionomia de medo enquanto aguarda na cadeira; CD se prepara para a anestesia (3ª).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Quando a CD termina de lavar a boca, após a evidenciação, J senta-se e sua expressão é de choro (1ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Levanta a cabeça, olha-se no espelho, fala chorando, passa as mãos sobre a cabeça e os olhos e diz “quero ir embora”; quando o procedimento é interrompido (1ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor

- Retira o algodão da boca e chora enquanto a CD aguarda o flúor secar.

Rotina: Anestesia Tópica

- J senta-se com a boca bem aberta e olha ao redor com expressão de choro; a CD conduz J a deitar-se, e reinicia a aplicação (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Senta-se com expressão de choro – parece assustada – quando a CD interrompe o procedimento (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Chora forte, diz várias vezes “para” e conversa muito (protestando) quando a CD termina de acertar o lençol (5ª).

Rotina: Alta Rotação

- Chora mais forte na ausência do procedimento (4ª).

Rotina: Obturação

- Chora na ausência de procedimentos (4ª)

Rotina: Exodontia

- Chora, movimentava o corpo e a cabeça enquanto a CD prepara o boticão fora do alcance visual de J(2ª).

Rotina: Sutura

- Chora, fala, tenta sentar e movimentava-se quando a CD interrompe a sutura; a CD mantém J deitada segurando sua cabeça (2ª).

8.3- quando um comentário é emitido pela CD/ mãe ou frente a um procedimento ou material.

Rotina: Anestesia Tópica

- Fica inquieta e chora quando a CD pede para que abra bem a boca (3ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Chora quando a CD pede para fechar o olho e abrir bem a boca (4ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Chora e diz “ai, ai” quando ouve a CD dizer que vai retirar o IA (4ª).

Rotina: Obturação

- Berra e movimentação o corpo quando ouve a CD pedir algo à auxiliar (4ª).

Rotina: Exodontia

- Chora muito forte quando a CD lhe diz algo e executa o procedimento (2ª)

Rotina: Sutura

- Chora alto, gira o corpo, deita-se de costas e fala com a mãe como se estivesse impondo algo, ao ouvir a mãe dizer “a tia vai amarrar o dente” (2ª).

9 - A paciente tenta impor a sua vontade ou faz uma solicitação

9.1 - é atendida e isso favorece a interlocução entre ela e a CD.

Rotina: Escovação

- Pede a luva para a CD; CD diz que dará a luva e J sorri (2ª).

Rotina: Baixa Rotação

- Interrompe o procedimento para olhar-se no espelho de mão; a CD permite que J se olhe no espelho e esta deita sozinha e sem resistência (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Pede água à CD; a CD responde que dará água depois e J se acalma (3ª).

Rotina: Obturação

- Fala como se estivesse impondo algo; a CD interrompe o procedimento, ouve o que J está falando e esta colabora (4ª).

Rotina: Exodontia

- Fala: “acabou”; a CD interrompe o procedimento e desce a cadeira; J para de chorar e conversa (6ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Pede que a CD encha a bexiga que ela pegou; a CD enche e J conversa com ela (1ª).

9.2 - não obtém apoio e submete-se a situação de AO.

Rotina: Entrada

- Pegou a caixa de bexiga para pegar uma; a CD disse que somente no final da sessão e J deixa-a sobre a mesa (2ª).

Rotina: Escovação

- Procura tirar a escova das mãos da mãe; a mãe não permite e J consente que esta escove seus dentes (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Pede para escovar os dentes durante o procedimento; a CD diz que não é hora e J fica quieta (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Chora, protesta e diz que só quer a colherzinha na boca, mas coopera quando a CD realiza o procedimento (3ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Protesta e grita, mas se acalma e permite a colocação do lençol de borracha (5ª).

Rotina: Alta Rotação

- Diz que não quer, a CD inicia o procedimento e Jpermite (5ª).

Rotina: Obturação

- Fala alto que quer ir embora, mas permite que a CD abra sua boca e inicie o procedimento (4ª).

Rotina: Exodontia

- Diz que não e chora forte, mas permite que a CD retire os pontos da sessão anterior (3ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Pega outra bexiga, mas deixa-a na caixa quando a CD informa que é só uma (2ª).

9.3 – e a mãe concorda, submetendo-se à vontade da paciente.

Rotina: Escovação

- Quando a mãe vai pegar a escova das mãos de J, esta não entrega e continua escovando seus dentes; a mãe afasta-se e cruza os braços (2ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Jchora e pede uma revista; a mãe diz que a CD dará duas (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Chora e diz que deixará colocar a “saia” só hoje; a mãe concorda e reforça que só será colocada hoje (5ª).

Rotina: Obturação

- Chora e diz que quer escovar os dentes; a mãe retira a escova de Jda bolsa e lhe entrega (4ª).

9.4 – não é atendida e apresenta comportamentos de não - colaboração

Rotina: Anestesia Tópica

- Pede para tomar água, a CD lhe diz que depois dará; Jchora (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Senta-se, coloca sua mão no ombro da CD e procura conversar com esta; a CD tenta deitá-la novamente para reiniciar o procedimento; Jchora (3ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Fala alto e gritando que não quer continuar o procedimento, a CD aproxima-se com o grampo e Jchora e movimenta-se (3ª).

Rotina: Obturação

- Diz que acabou e chora muito quando a CD diz que vai demorar só mais um pouco (4ª).

Rotina: Exodontia

- Olha para a mãe e diz que não quer mais; chora e movimenta-se ao ver que a CD pegou o instrumento (2ª).

Rotina: Sutura

- Fala alto, como se estivesse impondo algo; a CD se aproxima e Jvira de braços (2ª).

10 – A paciente apresenta tranquilidade ao ouvir da CD que a sessão terminou.

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- A CD informa que acabou; Jsenta-se, olha no espelho e sua expressão é suave (1ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Sua expressão é tranquila ao sentar-se, após ouvir da CD que o procedimento acabou (4ª).

Rotina: Obturação

- Senta-se, não tem pressa e sua expressão é suave quando ouve a CD anunciar que a sessão terminou (5ª).

Rotina: Exodontia

- Senta-se, desce a cadeira e vai até o espelho quando o procedimento termina – sua fisionomia é tranquila (3ª).

Rotina: Sutura

- Interrompe o choro e senta-se ao ouvir que terminou - sua fisionomia muda (2ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- J sai com expressão leve, despedindo-se da CD (1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª).

11 – A mãe usa contenção física para atender a uma recomendação e/ou para colaborar com a CD.

Rotina: Entrada

- Puxa os ombros de J para traz e segura-os (quando a CD retira a mão do peito de J e esta se senta) (1ª).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Mantém J deitada segurando-a pelos ombros enquanto a CD explica sobre a evidenciação (1ª).

Rotina: Escovação

- Segurando a cabeça com os braços e o queixo com a mão, escova os dentes de J seguindo as orientações da CD (1ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Ajuda a manter J deitada segurando-a pelos ombros (1ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Mantém J deitada, segurando-a pelos ombros enquanto a CD faz a troca de algodão na boca de J (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Coloca suas mãos sobre os braços de J para auxiliar na contenção (3ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Ajuda a CD a deitar J na cadeira, puxando-a pelos ombros (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Segura os ombros de Je solicita que fique quieta, durante a colocação do IA (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Segura as mãos de Jenquanto a CD realiza o procedimento (5ª).

Rotina: Obturação

- Segura suas mãos para impedir que Jleve-a até a boca (4ª).

Rotina: Exodontia

- Segura as mãos e ombros de J, mantendo-a deitada, enquanto a CD se prepara para iniciar o procedimento (2ª).

Rotina: Sutura

- Segura as mãos de Jenquanto a CD realiza a sutura (2ª).

12 – A mãe demonstra apreensão e/ou medo frente à situação odontológica ou às reações da paciente.

Rotina: Entrada

- Entra no consultório, observa o ambiente de braços cruzados e sem sorrir enquanto a CD coloca suas luvas e Jfica andando na sala (1ª).

Rotina: Evidenciação

- Observa, atenta, o dente sendo corado enquanto Jchora (2ª).

Rotina: Escovação

- Coloca a mão na boca e sua expressão é de apreensão quando Jcospe sangue após a escovação (1ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Tensa, sentada, raramente conversa com Jenquanto o BR é utilizado (1ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor

- Observa atenta e preocupada a interação entre a CD e J(1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Passa a mão nos próprios cabelos, olha tudo o que a auxiliar faz enquanto prepara a anestesia - parece tensa (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Fala muito com Je parece apreensiva quando a CD reinicia a aplicação (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Observa atenta e apreensiva, segura as mãos de J enquanto a CD tenta colocar o grampo no dente desta (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Fala com Je olha preocupada para o “motorzinho” (4ª).

Rotina: Obturação

- Olha atenta e séria para a CD que lava o dente de J com uma seringa (4ª)

Rotina: Exodontia

- Olha apreensiva para a bandeja de materiais e para aqueles que são escolhidos (2ª).

Rotina: Sutura

- Fala com J, pede que abra a boca e parece não saber o que fazer ou falar, enquanto a CD sutura; Jemite comportamentos de não colaboração (2ª).

13 – A mãe demonstra tranquilidade frente à situação odontológica ou ao comportamento da CD ou da paciente.

Rotina: Evidenciação

- Observa J com tranquilidade quando esta confere seus dentes, coloridos, no espelho (1ª).

Rotina: Escovação

- Conversa com J, procurando orienta-la, enquanto esta escova seus dentes (2ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Passa as mãos nos cabelos de J, sorrindo, e pede para que abra a boca quando esta não colabora (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Observa a aplicação da anestesia e sorri para J que está colaborando (3ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Dança e conversa com J o tempo todo em que o IA é realizado (5ª).

Rotina: Obturação

- Observa J, passa a mão em seus cabelos e conversa com esta tentando acalmá-la – sua fisionomia é tranqüila (4ª).

Rotina: Exodontia

- Conversa ternamente com J informando que o procedimento logo acabará (2ª).

Rotina: Atividade Lúdica

- Sorri ao ver J e a CD conversando enquanto enchem bexiga (4ª).

14 – A mãe procura conduzir verbalmente o comportamento da paciente durante a realização de uma atividade

14.1 - e obtém a sua colaboração

Rotina: Entrada

- A mãe aproxima-se e pede que J sente na cadeira; J aproxima-se da cadeira e da CD (quando a CD convida J a sentar-se na cadeira, esta resiste) (1ª).

Rotina: Evidenciação de Placa Bacteriana

- Conversa com J e pede que esta abra a boca para a CD passar a fucsina; J obedece (1ª).

Rotina: Escovação

- Enquanto escova diz: “feche os dentes, abra a boca”; Jobedece (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Pedes que abra bem a boca; Jabre (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Entrega-lhe a fralda e pede que fique quieta; Jobedece (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Solicita que pare de chorar; Jobedece (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Fala para parar de chorar; para (4ª).

Rotina: Obturação

- Pedes que abra bem a boca e mostra como; Jimita (4ª).

14.2 – e não obtém a sua colaboração.

Rotina: Anestesia Tópica

- Pedes que abra a boca; não abre e movimenta a cabeça (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Pedes que pare de chorar; continua chorando (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Pedes para ficar quieta; jarranca o lençol de borracha da boca e berra (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Pedes que fique quieta e berra mais (4ª).

Rotina: Obturação

- Passa as mãos nos cabelos de Je pede que fique quieta; J não obedece (4ª).

Rotina: Exodontia

- Pede que abra a boca e fique quieta; J movimenta-se e chora (2ª).

Rotina: Sutura

- Diz: “agora pare, acabou”; J continua chorando e movimentando-se (2ª)

15 – A mãe procura distrair e/ou acalmar a paciente

15.1 - ao mesmo tempo em que a CD conversa com esta.

Rotina: Entrada

- Conversa muito com J na cadeira enquanto a CD fala com J (1ª).

Rotina: Evidenciação

- Conversa com J enquanto a CD explica o procedimento (1ª).

Rotina: Escovação

- Conversa com J ao mesmo tempo em que a CD orienta a escovação (2ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Sentada, conversa com J enquanto a CD explica que é possível retirar o algodão de sua boca (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Conversa com J ao mesmo tempo em que a CD fala com ela ou canta (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Fala com Je beija seus cabelos ao mesmo tempo em que a CD massageia o rosto de J (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Conversa com J enquanto a CD tenta acalmá-la (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Conversa com Jao mesmo tempo em que a CD está falando (4ª).

Rotina: Obturação

- Conversa com Je com a CD ao mesmo tempo; a CD também fala (6ª).

Rotina: Exodontia

- Fala muito com J; a CD conversa também (2ª).

15.2 - durante o AO e obtém comportamentos de colaboração.

Rotina: Entrada

- Conversa com Jenquanto a CD eleva a cadeira e J(embora parecendo tensa) permanece sentada e sem choro (1ª).

Rotina: Baixa Rotação (BR)

- Sentada, fala com J e explica-lhe que é só água (quando J contrai-se com o contato desta): J permanece colaboradora (1ª).

Rotina: Aplicação Tópica de Flúor

- Conversa com J e acaricia suas mãos; J se acalma (1ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Promete que “a tia” (CD) dará revistas para Jlevar para casa; Jpermite o procedimento (2ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Conversa com a CD, com Je com a auxiliar; Jpresta atenção ao que a mãe diz (4ª).

Rotina: Isolamento Absoluto

- Dança e conversa com J; Jcolabora (5ª).

Rotina: Alta Rotação

- Segura as mãos de Jmassageando-as e conversa com ela; Jpresta atenção ao que a mãe fala (5ª).

Rotina: Obturação

- Fala com J, faz carinhos em seus cabelos; Jcoopera (4ª).

15.3 - na ausência de um procedimento clínico e a paciente mantém-se quieta.

Rotina: Entrada

- Faz carinhos no rosto de J com o seu próprio rosto; J aceita a carícia e mantém-se deitada na cadeira, enquanto a CD coloca a máscara (1ª).

Rotina: Evidenciação

- Conversa com tom suave com J; Jse acama (1ª).

Rotina: Escovação

- Sentada atrás da cadeira, conversa com Jenquanto a CD arruma a luz; J presta atenção ao que a mãe fala e mantém-se quieta (1ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Conversa e coloca as mãos sobre os braços de J, enquanto a CD prepara o anestésico; Jouve o que a mãe diz (2ª).

Rotina: Obturação

- Faz carinho em seus cabelos e conversa com Jquando o procedimento é interrompido; Jacalma-se (4ª).

Rotina: Exodontia

- Conversa procurando acalmar Je massageia suas mãos; Jpara de chorar (2ª).

15.4 - pede sua colaboração e não a obtém.

Rotina: Entrada

- Pega um brinquedo e tenta distrair J; Jchora e tenta sair da sala (4ª).

Rotina: Anestesia Tópica

- Passa a mão sobre os cabelos de Je pede que fique “quietinha”, Jchora e fala muito (3ª).

Rotina: Anestesia Injetável

- Conversa, coloca suas mãos sobre os braços de J, canta e fala com esta; J chora e balança as pernas (2ª).

Rotina: Isolamento Absoluto (IA)

- Segura as mãos de J, massageando-as, conversa com esta; J diz “não,... não gosto daqui, vou contar para o meu pai”, chora, berra e vira o corpo durante o IA (4ª).

Rotina: Alta Rotação

- Procura distrair J conversando com esta; J chora e se movimenta (5ª).

Rotina: Obturação

- Conta algo para J, J lhe responde alto e brava (4ª).

Rotina: Exodontia

- Conversa, diz que está acabando (durante a exodontia); J chora e movimenta-se (2ª).

Rotina: Sutura

- Beija as mãos de J e conversa com esta; J vira o corpo (2ª).

16 – A mãe não participa da atividade lúdica com a paciente para colaborar com a CD; J fica sozinha.

Rotina: Atividade Lúdica

- Não interage com J, apenas responde a anamnese; J pega e solta diversos brinquedos, parece não estar interessada em nenhum (1ª).

17- A mãe procura participar da atividade lúdica

17.1 - e não consegue estabelecer uma interação adequada com a paciente

Rotina: Atividade Lúdica

- Pega a boneca, conversa; J pega e solta os brinquedos sem brincar (2ª).

17.2 – e a paciente participa da atividade

Rotina: Atividade Lúdica

- Procura fazer com que J participe do dominó apontando-lhe as peças; J fica mais atenta e motivada (4ª).

Para melhor visualização de todas as categorias e subcategorias, a seguir está apresentado o **Quadro 1 – Categorias e subcategorias referentes ao atendimento odontológico.**

1 – A CD desenvolve atividade sem dar atenção à paciente	1.1– e esta se mostra desorientada 1.2 – e recebe atenção desta e/ ou esta colabora 2.1– e obtém a colaboração da paciente
2 – A CD usa contenção física	2.2– e não obtém a colaboração da paciente. 2.3– impede comportamentos de fuga ou de esquiva da paciente.
3 – A CD usa estratégias de distração (canta, conversa, faz massagem ou realiza a sessão com música no gravador)	3.1 – e a paciente acalma e/ ou colabora. 3.2 – para iniciar/ executar procedimento e não obtém a colaboração. 3.3 – na ausência de procedimento e obtém a colaboração. 3.4 – enquanto usa contenção física e não obtém a colaboração.
4 – A CD informa, explica ou orienta sobre um procedimento para a paciente	4.1 – e obtém a colaboração desta. 4.2 – e não obtém a colaboração desta. 4.3 – obtém a colaboração da mãe e da paciente.
5 – A CD observa os comportamentos da paciente e da mãe e estas conduzem a situação.	
6 – A CD conversa com a mãe para distrair a paciente, e obtém a colaboração desta .	
7 – A CD e a paciente realizam atividades paralelas e ambas parecem não saber o que fazer.	
8 – A paciente demonstra medo e/ou oferece resistência	8.1 - quando a CD convida-a e/ ou executa uma atividade 8.2 - ao final do procedimento ou quando este é interrompido. 8.3 - quando a CD ou mãe comenta algo ou frente a procedimento / material
9 – A paciente tenta impor a sua vontade ou faz uma solitação	9.1 - é atendida e isso favorece a comunicação. 9.2 - não obtém apoio e submete-se a situação de AO. 9.3 – e a mãe concorda, submetendo-se à vontade da paciente. 9.4 – não é atendida e não – colabora.
10 – A paciente apresenta tranquilidade ao ouvir da CD que a sessão terminou	
11 – A mãe usa contenção física para atender uma recomendação e/ou colaborar com a CD.	
12 – A mãe demonstra apreensão e/ou medo frente ao AO ou às reações da paciente.	
13 – A mãe demonstra tranquilidade frente ao AO ou ao comportamento da CD ou da paciente.	
14 – A mãe procura conduzir J durante a realização de uma atividade	14.1 - e obtém a sua colaboração 14.2 – e não obtém a sua colaboração
15 – A mãe procura distrair e/ou acalmar a paciente	15.1 - ao mesmo tempo em que a CD conversa com esta. 15.2 - durante o AO e obtém comportamentos de colaboração. 15.3 – sem procedimento clínico e J mantém-se quieta. 15.4 - pede sua colaboração e não a obtém.
16 – A mãe não participa da atividade lúdica com J para colaborar com a CD; J fica só.	
17 – A mãe procura participar da atividade lúdica.	17.1 - e não estabelece uma interação adequada com a paciente 17.2 – e a paciente participa da atividade

Quadro 1 – Categorias e subcategorias referentes ao atendimento odontológico.

4.4.2 - Categorias relativas às sessões de supervisão

As categorias de análise referentes às sessões de supervisão dizem respeito às verbalizações da CD e da Pq ao assistirem e discutirem os Vts do atendimento odontológico. As categorias estão apresentadas, a seguir, da seguinte forma: primeiramente, a categoria em negrito com a letra que a representa; a seguir, um exemplo do episódio que a caracteriza; e, finalmente e entre parênteses, em qual sessão tal exemplo ocorreu. Os exemplos das categorias estão descritos de forma mais completa no Anexo 03.

A - A CD relata como compreende o comportamento da paciente e da mãe a partir da discussão do Vt com a Pq.

- ... é ... eu percebi que ela fica olhando tudo o que a gente faz; tudo o que a gente pega, ela observa (sobre Jser curiosa e observadora) (1ª).

B - A CD fala sobre um sentimento ou dificuldade quanto à execução de um procedimento, durante a discussão com a Pq.

- Até eu, na hora de fazer a profilaxia tinha medo que doesse, porque tudo está frágil, ai (1ª).

C - A CD fala sobre contenção física como uma prática não coercitiva e necessária ao discutir com a Pq.

- Na extração, ela virou várias vezes, eu ... eu tinha que voltar a cabeça no lugar (3ª).

D - A CD aceita e/ou concorda com as argumentações da Pq.

- ... acho que nessa sessão, a escovação tem que ser mais trabalhada, né ... (1ª).

E - A CD tenta avaliar o comportamento da paciente e da mãe baseada numa suposição sua.

- ... é, parece que tem habilidade, só que as duas (mãe e filha) têm medo de escovar, medo de doer (o dente, pela condição bucal precária) (1ª).

F - A CD reconhece que um comportamento seu promove mudanças no comportamento da paciente.

- Eu acho que também ... um momento que eu achei legal foi a hora que eu comecei a explicar para ela, há ... sobre o porque ela deve tratar os dentes, porque ela vai poder dormir bem, porque eu acho que ela prestou atenção. A hora que eu falei isso, ela ficou quietinha, olhou bem para mim ... entendeu logo. Depois ela começou a chorar, mas naquele momento eu acho que tive uma relação ... (3ª).

G - A CD identifica mudanças no comportamento da paciente ou da mãe em relação às sessões anteriores ou de uma rotina para outra.

- Achei (Jmais calma). Na outra (sessão), ela tremia e respirava ofegante. Desta vez, não (2ª).

H - A CD relata que forneceu *feedback* à paciente e à mãe durante o AO.

- ... eu falei no final que ela (a mãe) é uma presença importante. Que ela deve falar, mas só que quando eu tiver que falar com a menina eu prefiro que ela espere eu falar Acho que ela me entendeu numa boa, não ficou chateada, nada (2ª).

I - A CD demonstra insegurança ou dúvidas sobre como se comportar frente a determinados procedimentos odontológicos.

- A anestesia é ... eu devo explicar o que é? Ou mostrar? Não mostrar (1ª).

J- A CD relata que a mãe identifica mudanças no comportamento da paciente e verbaliza para a CD.

- É a mãe mesmo comentou isso ... que antes ela tinha dor para escovar, que ela não ... não gostava de escovar porque doía. Agora ela já está percebendo ... a mãe percebeu que quando ela escova, a menina não reclama mais (4^a).

K - A Pq indica como a CD deverá se comportar a partir do relato desta e/ou das imagens do VT

- Então, quando você perceber, em algum procedimento, ... que ela pode começar chorar ... você deve conversar com ela, com frases do tipo: “olha J, hã... como você consegue ficar legal ... com a boca bem aberta ... (1^a).

L - A Pq faz uma pergunta ou colocação para fazer com que a CD discuta ou opine sobre um evento ocorrido na sessão de AO.

- ... mas veja ... em nenhum momento você precisou interromper a sessão por conta do comportamento dela (choro visto como não colaboração) (1^a)

M - A Pq analisa o comportamento da paciente a partir da fala da CD e das observações no VT.

- isso também pode fazer parte do medo dela, né. Porque cada vez que você interrompe o procedimento, vai ... pegar um instrumental novo ... ela levanta o corpo para ver o que você vai pegar (1^a).

N - A Pq fornece feedback à CD sobre a realização de um procedimento ou sobre uma atitude desta.

- ... isso “S”! Sempre é muito importante você ter o controle da situação, né (1^a).

Para melhor visualização de todas as categorias e subcategorias, a seguir está apresentado o **Quadro 2 - Categorias referentes às sessões de supervisão.**

A	A CD relata como percebe (e compreende) o comportamento da paciente ou da mãe a partir da discussão do Vt com a Pq.
B	A CD fala sobre um sentimento ou dificuldade quanto à execução de um procedimento, durante a discussão com a Pq.
C	A CD fala sobre contenção física como uma prática não coercitiva e necessária ao discutir com a Pq.
D	A CD aceita e/ ou concorda com as argumentações da Pq.
E	A CD tenta avaliar o comportamento da paciente e da mãe baseada numa suposição sua.
F	A CD reconhece que um comportamento seu promove mudanças no comportamento da paciente.
G	A CD identifica mudanças no comportamento da paciente ou da mãe em relação às sessões anteriores ou de uma rotina para outra.
H	A CD relata que forneceu feedback à paciente e à mãe durante o AO.
I	A CD demonstra insegurança ou dúvidas sobre como se comportar frente a determinados procedimentos odontológicos.
J	A CD relata que a mãe identifica mudanças no comportamento da paciente e verbaliza para a CD.
K	A Pq indica como a CD deverá se comportar a partir do relato desta e/ ou das imagens do Vt.
L	A Pq faz uma pergunta ou colocação para fazer com que a CD discuta ou opine sobre um evento ocorrido na sessão de AO
M	A Pq analisa o comportamento da paciente a partir da fala da CD e das observações no VT
N	A Pq fornece feedback à CD sobre a realização de um procedimento ou sobre uma atitude desta.

Quadro 2 – Categorias referentes às sessões de supervisão.

ANÁLISE DOS DADOS

Após a organização dos dados relativos às sessões de atendimento odontológico (AO) em categorias de análise, foram elaborados três quadros com a finalidade de verificar as sessões em que as categorias ocorreram, e com que frequência as mesmas ocorreram em cada rotina. Inicialmente, procurou-se verificar quais categorias ocorreram em cada rotina e em cada uma das seis sessões do AO.

Primeiramente foi elaborado o Quadro 3 – *Sessões nas quais ocorreram as categorias do AO, por rotina*. Neste quadro, apresentado a seguir, foram registradas as rotinas, nas colunas; o número referente às categorias sobre o AO, nas linhas; e, no ponto de intersecção entre as colunas e as linhas, as sessões do atendimento odontológico em que as categorias ocorreram.

Rotinas/ Categorias	Entrada	Evidenciação	Escovação	BR	ATF	Anestésico Tópico	Anestésico Injetável	Isolamento Absoluto	A. R.	Obturação	Éxodontia	Sutura	Atividade Lúdica
1- 1.1	1 3 4 5 6	1	2 3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1 2 3 4 5 6
1.2	1 6	-	2	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
2- 2.1	1	-	2 3	1	-	2	-	5	-	-	3	2	-
2.2	1 4 5	-	1 3 6	1	-	3	2 3 4 6	4 5	-	4 5	2	2	-
2.3	1 4	-	-	-	-	2 5	2 3	4	4	-	2 3 6	2	-
3- 3.1	1 2 4	1 2	2 3 6	1	1	2 3 4 5 6	2 3 4 5 6	-	4 5	4 5	2 3 6	2	-
3.2	4	-	-	1	-	2 3	3 4 6	4 5	4 5	4 5	2 3	-	-
3.3	-	1	2	1	-	2 5 6	4 5	-	4	4	-	2	-
3.4	-	-	-	-	-	2 3	2 4	-	5	-	2 3	2	-
4- 4.1	1 2 3	1 2	1 2 3 6	1	-	2	-	-	-	-	3	-	2 3 4 5 6
4.2	1 2 4	1	2 3	-	-	2 3	2 3 4 5	4	-	-	2	-	-
4.3	-	-	2 3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
5.0	1 5	-	3 6	-	-	-	-	-	-	-	3	-	1 2
6.0	-	-	-	-	-	4 5 6	4 5	-	-	4 5	-	-	3
7.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 2 3 4 5 6
8- 8.1	1 2 4 5	-	1 3 6	-	1	2 6	2 3 4	4	4	4	2 6	2	-
8.2	1	1	3 6	1	1	2 3 5	2 3 4 5	5	4 5	4	2	2	-
8.3	-	-	-	-	-	3	4 5 6	4	-	4	2 3 6	2	-
9- 9.1	-	-	2 4	1	-	3 5	-	-	-	4	6	-	1 2 4 5 6
9.2	2 4 5	-	1 2 6	-	-	2 3 4 5	3 4 5 6	5	5	4 5	3 6	-	2 4 5 6
9.3	-	-	2 6	-	-	2	-	5	-	4	-	-	-
9.4	-	-	-	-	2	-	3 5	4 5	-	4 5	2 3	2	-
10	-	-	-	-	1	-	4	-	-	5	3 6	2	1 2 3 4 5 6
11	1 3 4 5	1	1 2 3 6	1	1	3 4 5 6	2 3 5 6	4	5	4,5	2 3 6	2	-
12	1 4 5	1	1 3 6	1	1	2 3 5 6	2 3 4 5 6	4	4 5	4 5	2 3 6	2	-
13	-	1 2	2 3 6	-	-	2 4 5 6	3 4 5	5	-	4 5	2 6	-	4
14- 14.1	1	1	1 2 3	-	-	2	2 5	4 5	4 5	4 5	-	-	-
14.2	-	-	-	-	-	2	2	4 5	4 5	4 5	2 3	2	-
15 15.1	1 4 5	1	2	-	1	2 4 6	2 3 4	4	4	4	2 3 6	-	-
15.2	1	-	-	1	1	2 3 5 6	4 5	5	4 5	4 5	-	-	-
15.3	1	1 2	1 2 3 6	-	-	-	2 3 4 6	-	-	4	2 3	-	-
15.4	4 5	-	-	-	-	3 4	2	4	5	4 5	2 3 6	2	-
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 3 4 6
17- 17.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2 3 4 5 6
17.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 5

Quadro 3 – Sessões nas quais ocorreram as categorias do atendimento odontológico, por rotina.

O passo seguinte, após verificar as categorias que aconteceram em quais sessões do atendimento odontológico e em cada rotina, foi computar a frequência de ocorrência de cada categoria de acordo com as rotinas em que as mesmas ocorreram.

Estes dados, referentes ao registro da frequência das categorias, compõem o Quadro 4 – *Número de ocorrências de cada categoria e subcategoria referente ao atendimento odontológico, registrado por rotina*. Neste quadro, apresentado a seguir, nas linhas estão registrados os números referentes às categorias sobre o AO e os seus enunciados; nas colunas, as rotinas; e, no ponto de intersecção entre as linhas e as colunas, o número de ocorrências das categorias em cada rotina.

Categorias	Ocorrências das categorias nas rotinas, durante as seis sessões de AO												
	Ent.	Evid	Esc.	BR	ATF	A.T.	A.I.	I.A.	A.R.	Obt.	Exo	Sut.	A. L.
1 - A CD desenvolve atividade sem dar atenção à J													
1.1 - e esta se mostra desorientada	11	01	02	-	01	-	-	-	-	-	-	-	10
1.2 – e recebe atenção desta e/ou esta colabora	02	-	01	-	-	-	-	-	-	01	-	-	-
2 – A CD usa contenção física													
2.1 – e obtém a colaboração da paciente	01	-	02	02	-	01	-	01	-	-	03	01	-
2.2 – e não obtém a colaboração da paciente.	04	-	04	02	-	01	07	02	-	02	02	02	-
2.3 – e impede comportamentos de fuga ou de esquiva	03	-	03	-	-	02	09	04	-	-	09	02	-
3 – A CD usa estratégias de distração													
3.1 – e a paciente acalma e/ou colabora	04	03	04	03	02	12	18	-	07	20	05	01	-
3.2 - para iniciar ou executar procedimento e não obtém a colaboração	01	-	-	01	-	07	03	02	04	05	02	-	-
3.3 – na ausência de procedimento e obtém a colaboração	-	01	02	01	-	03	02	-	01	01	-	01	-
3.4 – ao mesmo tempo em que usa CF e não obtém a colaboração	-	-	-	-	-	02	04	-	01	-	03	02	-
4 – A CD informa, explica ou orienta um procedimento à J													
4.1 – e obtém a colaboração desta	10	03	16	02	-	02	-	-	-	-	01	-	10
4.2 – e não obtém a colaboração desta.	04	01	02	-	-	03	05	04	-	-	02	-	-
4.3 - obtém a colaboração da mãe e da paciente	-	-	03	-	-	-	-	-	-	-	-	-	01
5 – A CD observa J e a mãe; estas conduzem a situação.	02	-	02	-	-	-	-	-	-	-	01	-	03
6 – A CD conversa com a mãe para distrair J e obtém comport/os de colab/	-	-	-	-	-	04	03	-	-	03	-	-	01
7 – A CD e J realizam atividades paralelas durante a AL e parecem perdidas.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13

Quadro 4 - Número de ocorrências de cada categoria e subcategoria referente ao AO, registrado por rotina (continua).

(continuação)

8 – A paciente demonstra medo e/ou oferece resistência													
8.1 - quando a CD convida J para uma atividade ou enquanto a executa	10	-	05	-	02	02	05	01	01	01	03	01	-
8.2 - ao final do procedimento ou quando este é interrompido	01	01	02	02	02	05	06	01	02	01	02	01	-
8.3- frente ao comentário da CD/mãe ou aos materiais/equipa/os	-	-	-	-	-	01	03	01	-	02	03	02	-
9 - A paciente tenta impor a sua vontade ou faz uma solicitação													
9.1 - é atendida e isso favorece a interlocução entre ambas	-	-	02	01	-	02	-	-	-	01	01	-	06
9.2 - não obtém apoio e submete-se a situação de AO	03	-	05	-	-	05	07	02	06	09	03	-	06
9.3 – e a mãe concorda, submetendo-se à vontade da paciente.	-	-	03	-	-	01	-	01	-	01	-	-	-
9.4 – não é atendida e apresenta comportamentos de não – colaboração	-	-	-	-	-	02	02	07	-	05	04	02	-
10 – A paciente apresenta tranquilidade ao ouvir que terminou	-	-	-	-	01	-	02	-	-	01	02	01	06
11 – A mãe usa CF p/ atender a recomendação/ou colaboração com a CD.	07	02	05	02	01	05	05	03	02	03	05	03	-
12 – A mãe mostra apreensão/medo frente ao AO ou ao comportamento de J.	04	01	03	02	01	05	08	01	04	02	04	03	-
13 – A mãe mostra tranquilidade frente AO / ao comportamento da CD ou de J.	-	02	03	-	-	04	04	01	-	07	03	-	01
14 – A mãe conduz verbal/e o comportamento de J durante uma atividade													
14.1 - e obtém a sua colaboração	02	02	06	-	-	02	02	02	03	04	-	-	-
14.2 – e não obtém a sua colaboração	-	-	-	-	-	02	01	07	04	02	03	03	-
15 – A mãe procura distrair e/ou acalmar a paciente													
15.1 - ao mesmo tempo em que a CD conversa com esta.	03	01	02	-	02	07	09	01	01	02	03	-	-
15.2 – durante o AO e obtém comportamentos de colaboração	01	-	-	01	01	09	04	01	04	09	-	-	-
15.3 – na ausência de um procedimento; J mantém-se quieta.	01	02	05	-	-	-	04	-	-	02	02	-	-
15.4 – pede sua colaboração e não a obtém.	02	-	-	-	-	03	01	05	04	02	06	02	-
16 – A mãe não participa da A.L. para colab. c/ CD; J fica só.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	08
17– A mãe procura participar da atividade lúdica													
17.1 - e não consegue uma interação adequada com a J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	06
17.2 – e a paciente participa da atividade	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	04

Quadro 4 - Número de ocorrências de cada categoria e subcategoria referente ao AO, registrado por rotina.

Após o registro das sessões do atendimento odontológico nas quais ocorreram as categorias e que foram apresentadas por rotina (Quadro 3) e após o registro da frequência com que tais categorias aconteceram, também apresentadas por rotina (Quadro 4), o procedimento seguinte foi verificar as categorias de análise referentes às sessões de supervisão. Assim, foi elaborado o Quadro 5 - *Sessões de supervisão em que as categorias aconteceram*.

No Quadro 5 estão registradas na primeira coluna as letras correspondentes às categorias; na coluna do meio, o enunciado da categoria; e, na última coluna as sessões em que as mesmas ocorreram.

No de ordem	Categorias	Sessões de supervisão
A	A CD relata como percebe (e compreende) o comportamento da paciente e da mãe a partir da discussão do Vt com a Pq.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a
B	A CD fala sobre um sentimento ou dificuldade quanto à execução de um procedimento, durante a discussão com a Pq.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a
C	A CD fala sobre contenção física como uma prática não coercitiva e necessária ao discutir com a Pq	2 ^a 3 ^a
D	A CD aceita e/ou concorda com as argumentações da Pq.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a
E	A CD tenta avaliar o comportamento da paciente e da mãe baseada numa suposição sua.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a
F	A CD reconhece que um comportamento seu promove mudanças no comportamento da paciente.	3 ^a 4 ^a 5 ^a
G	A CD identifica mudanças no comportamento de J/ mãe em relação às sessões anteriores ou de uma rotina para outra.	2 ^a 4 ^a 5 ^a
H	A CD relata que forneceu feedback à paciente e à mãe durante o AO.	2 ^a 3 ^a 5 ^a
I	A CD demonstra insegurança ou dúvidas sobre como se comportar frente a determinados procedimentos odontológicos.	1 ^a 3 ^a 5 ^a
J	A CD relata que mãe identifica mudanças no comportamento da paciente e verbaliza para a CD.	4 ^a
K	A Pq indica como a CD deverá se comportar a partir do relato desta e/ou das imagens do VT	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a
L	A Pq faz uma pergunta ou colocação para que a CD discuta ou opine sobre um evento ocorrido na sessão de AO.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a
M	A Pq analisa o comportamento da paciente a partir da fala da CD e das observações no Vt.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a
N	A Pq fornece <i>feedback</i> à CD sobre a realização de um procedimento ou sobre uma atitude desta.	1 ^a 2 ^a 3 ^a 4 ^a 5 ^a

Quadro 5 – Sessões de supervisão em que as categorias ocorreram.

Tendo em mãos os Quadros 3, 4 e 5 verificou-se que a análise da interação profissional-paciente não poderia ser realizada, considerando-se primeiramente o atendimento odontológico e a seguir a sessão de supervisão, porque durante o processo de coleta de dados o atendimento odontológico (AO) subsidiava e influenciava a sessão de supervisão e vice-versa. Uma vez que os dois conjuntos de dados (os referentes ao AO e os referentes às sessões de supervisão) estavam inter-relacionados, em função do modo como o estudo foi realizado, separá-los no processo de análise comprometeria o entendimento do processo interativo profissional-paciente.

Dessa forma, as análises das sessões de AO e das sessões de supervisão foram feitas conjuntamente, ou seja, ao mesmo tempo em que se olhava para os dados contidos nos Quadros 3 e 4 (referentes ao AO), verificava-se se havia relação, ou não, entre eles e o Quadro 5 (referente à sessão de supervisão) e qual era essa relação. Por esta razão, mesmo que a apresentação, a seguir, dos resultados e a discussão dos mesmos se refiram num primeiro momento aos Quadros 3 e 4, o Quadro 5 já foi apresentado porque seus dados serão utilizados a seguir.

O critério que norteou o início da análise dos dados foi o de olhar para as categorias de análise das sessões de AO que estiveram presentes na maioria das rotinas e observou-se que o medo era uma delas. A partir desse critério, o passo seguinte foi observar como as demais categorias se relacionavam com esta. Sucessivamente, o mesmo procedimento foi adotado com as demais categorias. Num segundo momento, a ênfase recaiu sobre as rotinas propriamente ditas, ou seja, buscou-se verificar quais categorias estiveram presentes nas diferentes rotinas e o que isso representava para o processo interativo e para o atendimento odontológico.

Assim, analisando inicialmente os Quadros 3 e 4 pode-se constatar que a categoria 8 e suas subcategorias, as quais se referem ao medo da paciente, ocorreram

com muita frequência (69 vezes, somando-se todas as ocorrências de todas as subcategorias referentes à categoria 8) ao longo das seis sessões de AO, e em 12 das 13 rotinas trabalhadas. Verifica-se, dessa forma que, mesmo mais intensamente em algumas rotinas que em outras, a paciente demonstrou medo e/ ou ofereceu resistência durante a realização ou na ausência dos procedimentos que compõem as rotinas do AO, exceto na Atividade Lúdica. Isto sugere que se tratava de uma paciente bastante temerosa em relação ao tratamento e que, provavelmente, esta situação lhe era assustadora e desconfortável, principalmente nas rotinas Anestésico Tópico (na qual verifica-se a presença dessa categoria na segunda, terceira, quinta e sexta sessões) e na rotina Anestésico Injetável (em que se observa a categoria em todas as sessões, exceto na primeira).

Ainda com relação ao medo da paciente, pode-se observar através do Quadro 4 que este ocorria mais frequentemente quando a CD a convidava para um determinado procedimento (subcategoria 8.1) ou quando este era interrompido, (subcategoria 8.2). Porém, é interessante observar que a paciente não parecia guardar lembranças desses momentos, ou seja, parecia que o medo era expresso somente relacionado aos procedimentos odontológicos e que o mesmo era desconsiderado assim que o atendimento terminava. Esses momentos podem ser observados no Quadro 5, quando a CD identifica mudanças na paciente, especificamente em sua fisionomia, no final dos procedimentos clínicos, e relata que a paciente troca uma expressão facial de tensão/ medo por uma de alívio (categoria G – exemplo¹⁰: “*é, o semblante dela tinha uma coisa impressionante, a hora que acaba*” ou “*sai um peso dela*”). Podem ser observados também através da categoria 10, no Quadro 3, (exemplo: “*senta-se, não tem pressa e sua*

¹⁰ - Durante a discussão dos dados, estão apresentados exemplos das ocorrências que compõem as categorias e subcategorias. Esses exemplos estão apresentados entre parênteses e em itálico, com o objetivo de tornar mais explícito o raciocínio da pesquisadora, bem como para melhor situar o leitor.

expressão é suave quando ouve a CD anunciar que a sessão terminou”.

Uma das razões para que a categoria referente ao medo da paciente tenha aparecido mais intensamente nas rotinas Anestésico Tópico e Anestésico Injetável do que em outras, pode ser porque tais rotinas ocorreram em quase todas as sessões do AO. Tais rotinas ocorreram em quase todas as sessões porque independentemente do procedimento clínico realizado – obturação ou exodontia – a anestesia era sempre ministrada. Cabe observar também, que na rotina Aplicação Tópica de Flúor a categoria referente ao medo da paciente foi registrada somente na primeira sessão de AO, porque esse procedimento foi realizado apenas nesta sessão. Assim, embora mais intensamente em algumas rotinas que em outras, pode-se dizer que o medo da paciente esteve presente em todas as rotinas (aversivas ou não) – e, praticamente, em todos os momentos do AO – e, pode-se dizer também, que a paciente já entrava no consultório odontológico demonstrando estar com medo, conforme registro dessa categoria, no Quadro 3, na rotina Entrada (1^a, 2^a, 4^a e 5^a sessões), ou seja, parece que já vinha com medo de casa.

Como mencionado na história de vida dessa paciente, esse foi o seu primeiro tratamento odontológico e sua condição bucal estava muito comprometida, com dentes destruídos, sugerindo que deveria ter sofrido fortes dores na região bucal. Dessa forma, um dos motivos para ser temerosa poderia ser atribuído à experiência da dor vivenciada e ao fato da CD trabalhar na região responsável por tal sofrimento. Outro motivo, que poderia ser discutido, refere-se ao comportamento de medo ou apreensão da mãe (categoria 12) que aparece em 12 das 13 rotinas trabalhadas e em todas as sessões do AO, como indicam os Quadros 3 e 4. Este fato sugere que também para a mãe o contexto do atendimento não era uma situação confortável, desde o momento em que entrava no consultório odontológico até a conclusão do último procedimento clínico, e que o seu medo poderia ter contribuído para o medo da paciente. Os dados

da literatura (MURIS, P. et all, 1996) mostram que uma mãe temerosa contribui para instalar comportamentos de medo nos filhos em relação ao tratamento odontológico.

Considerando-se o medo da paciente e da mãe, os dados da literatura referentes ao medo e a situação odontológica como sendo aversiva, pode-se supor que quando a CD usava estratégias de distração - categoria 3 - e a paciente, apesar do seu medo, colaborava com esta durante o AO (subcategoria 3.1) era porque, nestes momentos, a CD conseguia estabelecer uma relação de confiança com Jou com a mãe. Exceto durante a realização do Isolamento Absoluto, o uso de técnicas de distração acalmou a paciente em todas as sessões e em todas as rotinas, o que nos remete à questão do investimento do profissional na qualidade da relação profissional – paciente e da importância desta para o AO, uma vez que é no decorrer do processo interativo que um indivíduo vai exercendo influência sobre o outro e ambos saem do encontro modificados (DURAN, 1993; SKINNER, 1967). Ou seja, dependendo de como se lida com o paciente, mesmo durante o AO de uma paciente e uma acompanhante temerosas, é possível estabelecer uma interação profissional-paciente que promova a ocorrência de comportamentos de colaboração em substituição aos de não-colaboração como choro, movimento de corpo e outros. Tal interação é possível mesmo que a colaboração se alterne com a não-colaboração, e mesmo nos procedimentos aversivos e invasivos como Anestesia Injetável, Alta Rotação, Obturação, Exodontia e Sutura.

Segundo TAYLOR (1986) é com base no processo interativo que um leigo (o paciente) avalia as qualidades técnicas do profissional e a partir dessa avaliação passa a confiar ou não neste. Conseqüentemente, no caso de um paciente infantil e temeroso, a interação entre ele e o profissional, visando o estabelecimento de uma relação de confiança, poderá ser determinante para a colaboração do paciente durante o tratamento, o que favorecerá o desempenho técnico do profissional.

A maneira de interagir com o paciente, do mesmo modo que a aplicação das técnicas utilizadas em clínica, é uma habilidade a ser aprendida, mesmo sendo ela complexa em função da multiplicidade dos fatores envolvidos, tais como: o ambiente, as pessoas em questão, suas histórias de vida, a história de sua profissão, motivo do encontro... e tantos outros (HINDLE, 1981; *Guidelines for behavior management*, 1990). Por esta razão, nas sessões de supervisão procurou-se discutir possíveis estratégias de enfrentamento para o medo da paciente e da mãe frente ao AO (ver categoria K do Quadro 5) na perspectiva de oferecer um repertório comportamental à CD, para que esta pudesse incorporá-lo e trabalhar com o medo de ambas, durante a realização dos procedimentos clínicos, ou na ausência destes.

Além disso, ao se olhar para a categoria B, do Quadro 5, verifica-se que também se procurou trabalhar o medo que a própria CD apresentava frente a determinados procedimentos (exemplo: *“até eu, na hora de fazer a profilaxia tinha medo que doesse, porque tudo está frágil aí”*). Para que se pudesse construir tal repertório comportamental de enfrentamento do medo junto à CD, fazia-se necessário a identificação do mesmo, ou seja, de como ele era expresso pela paciente e/ ou pela mãe e/ ou pela CD, e em quais procedimentos ocorria.

Esse trabalho de percepção e avaliação pela CD, do comportamento da paciente e da mãe (categoria A), foi possível ser realizado a partir das observações do Vt e das discussões entre a CD e a pesquisadora (Pq), durante as sessões de supervisão (exemplos: *“é ... eu acho que foi, mas na hora eu não percebi”*; *“... eu percebi, nesta fase da profilaxia, que a ansiedade da mãe aumentou muito*). Ou seja, somente quando a CD pode rever o contexto do AO, por meio do Vt, observar como a paciente e a mãe se comportaram durante o tratamento, rever a sua própria atuação e discuti-la é que pode identificar e avaliar seu próprio comportamento, o da paciente e o da mãe. Esse procedimento parece ter possibilitado a compreensão, pela CD, do comportamento da

paciente e/ ou da mãe, como pode ser observado pela a categoria A (exemplo: “... eu acho que ela ainda tem um pouco de medo. Tem medo. Não é nem um pouco é bastante medo” ou “eu sinto que ela confia mais em mim, ela conta comigo, então eu acho ... por isso que ela me ouve quando eu falo”). Tal percepção e compreensão, verificada em todas as sessões de supervisão (categoria A, Quadro 5), pode ter sido possibilitada a partir das observações que a Pq fazia, Categoria L (exemplo: “... mas veja ... em nenhum momento você precisou interromper a sessão por conta do comportamento dela” ou “nessa sessão ela parou para prestar um pouco mais de atenção ao que você falava. Lembra que na sessão passada você começava a falar com ela, ela já desviava?”).

Parece que a compreensão do comportamento da paciente e da mãe decorreu do fato da CD verificar, nas sessões de supervisão, que a mãe desde a primeira sessão procurou contribuir para o AO, como pode ser observado através da categoria 15 (Quadro 3), acalmando e distraindo a paciente que buscava nela o apoio para o enfrentamento da situação odontológica (exemplo: “conversa com Je faz carinho em seus cabelos”), e pelo fato da Pq ter sugerido que a CD procurasse se aproximar mais da mãe, como demonstra a categoria M, Quadro 5, (exemplo: “então, talvez seja interessante na próxima sessão, envolver um pouco mais a mãe”). Tais fatos indicam que a percepção e a compreensão do comportamento do outro, tão necessárias e fundamentais durante um atendimento clínico, têm maior possibilidade de acontecer se o CD tiver oportunidade de olhar tal atendimento e discuti-lo.

A tentativa de compreender o comportamento da paciente e da mãe, por parte da CD, parece decorrer, também, do fato da Pq, apoiada nas imagens do Vt, mostrar e discutir os episódios comportamentais que possibilitavam tal compreensão (categoria M, Quadro 5 – exemplo: “exatamente. Ela não faz aquilo que um paciente que não quer a situação faria ... morder, chutar... Ela, não. Ela reclama de tudo. É como se estivesse protestando”). Mostrar episódios dessa natureza à CD e permitir que ela tenha

condições de comparar sua percepção anterior com o que está observando no momento, possibilita-lhe rever sua opinião em relação aos participantes do AO, bem como melhorar a interação profissional-paciente. Isto pode ser constatado através da categoria J (Quadro 5) quando CD relata que a mãe identifica mudanças no comportamento da paciente (em casa, mas como consequência do AO) e verbaliza-as para a CD. Assim, parece que esse episódio, que ocorreu somente na quarta sessão de AO, representa uma diferença na interação da mãe com a CD.

Um outro indicador de que a CD começou a identificar e compreender os comportamentos da paciente pode ser observado através da categoria D (Quadro 5), quando ela concordava com as sugestões discutidas pela Pq (exemplo: “ *Chora mais, mas mexe menos o corpo*”, ao discutir que a paciente estava mais colaboradora, ou “ *eu acho que ela tem que saber que vai tirar*”, frente a uma decisão a ser tomada quanto a contar para a paciente sobre a extração que seria realizada, e que a CD resistia).

Identificar e compreender o comportamento do outro pode contribuir para promover mudanças na percepção da CD e isto ocorreu em relação à avaliação que esta fazia do comportamento da mãe. Nas primeiras sessões, a CD avaliava o comportamento da mãe como que impeditivo do estabelecimento de uma boa interação entre ela e a paciente – categoria A (exemplo: “ *no geral ela atrapalhou mais do que ajudou, porque quando eu queria me comunicar com a menina, perguntar certas coisas... eu não conseguia porque ela (a mãe) falava junto e a menina não conseguia me ouvir*), mas a medida que foi observando o quanto a mãe auxiliava durante o AO e aprendendo a manejar o comportamento desta, a CD começou a modificar a sua percepção em relação à mãe e procurar a ajuda desta para promover a colaboração na paciente. Isto pode ser observado quando a CD passou a trabalhar a sua interação com a díade, durante o atendimento, de forma diferenciada e intencional, procurando acalmar a paciente através da mãe, durante as rotinas Anestésico Tópico, Anestésico Injetável e

Obturação, as quais promoviam comportamentos de não colaboração em J (Categoria 6 – Quadros 3 e 4).

Parece que uma consequência da mudança da forma como a CD passou a lidar com a mãe, tornando-a sua aliada na obtenção da colaboração da paciente durante os procedimentos, pode ser observada na mudança do comportamento da mãe, quando esta passou a demonstrar tranquilidade (Categoria 13 – exemplo: *acaricia os cabelos de J conversa com a auxiliar e sorri enquanto o procedimento – Anestesia Injetável – está sendo executado*), mesmo em rotinas invasivas como a Anestesia Injetável e Exodontia. Observa-se também, em diversas ocasiões, que ao mesmo tempo em que a mãe demonstrava tranquilidade, contribuía para a promoção de comportamentos de colaboração da paciente conduzindo-a verbalmente (subcategoria 14.1 – exemplo: *enquanto escova os dentes diz: "feche os dentes, abra a boca"; J obedece*); ou procurando distrair e/ ou acalmá-la (categoria 15 – exemplo: *conversa com Je acaricia suas mãos; J se acalma*).

As colocações acima além de demonstrarem a dinâmica das influências do processo interativo profissional-paciente e suas consequências, reforçam a importância da CD trabalhar com a mãe durante a realização do AO, ao longo de todas as sessões, tornando-a sua aliada e sua principal auxiliar na obtenção de comportamentos de colaboração da paciente. Pode-se constatar o papel ativo da mãe em diversas ocasiões, como demonstram os dados do Quadros 3 e 4. Por exemplo, quando a CD conversava com esta como estratégia para distrair a paciente e obter comportamentos de colaboração (categoria 6), quando a mãe cede, ou não, às exigências da paciente (categoria 9), quando usou contenção física para atender a uma recomendação e/ ou para colaborar com a CD (categoria 11), quando procurou conduzir verbalmente a paciente durante a realização de uma atividade (categoria 14), quando procurava distrair ou acalmar a paciente (categoria 15), quando não participava da Atividade

Lúdica para colaborar com a CD (categoria 16) e quando procurava participar de uma atividade (categoria 17). Essa participação constante e importante da mãe no processo interativo na situação de AO, parece confirmar que um dos aspectos da relação profissional-paciente que deve ser trabalhado com ênfase, durante o AO (e na formação profissional do CD), é a relação CD – mãe. Isto é, parece que estabelecer uma parceria harmoniosa e de cumplicidade com a mãe durante a realização do AO, pode fazer com que esta desempenhe um papel fundamental na obtenção da colaboração e/ ou no controle do comportamento da paciente, favorecendo dessa forma a realização das práticas clínicas pela CD, bem como a realização das práticas de manutenção da saúde bucal em casa.

Para que essa participação da mãe ocorra de forma adequada e auxilie efetivamente a CD, faz-se necessário que ela seja orientada e conscientizada, pela CD, sobre a importância da sua atuação, bem como seja informada sobre o que se espera dela - quer durante o AO, quer quanto à realização das práticas de manutenção da saúde bucal em casa. A análise das sessões de supervisão demonstrou que assistir o Vt do AO e discuti-lo com a Pq, possibilitou à CD encontrar formas de ensinar a mãe como se comportar adequadamente durante a realização do AO e indicar como ela deveria comportar-se em casa, como mostra a categoria H, Quadro 5. Assim, uma das possibilidades de sinalizar para o outro o que fazer ou como alguém está realizando algo, é por meio do *feedback*.

Podemos observar também que o *feedback* dado pela Pq possibilitou à CD tomar consciência de seu próprio comportamento e refletir sobre ele para modificá-lo (ou não), como mostra a categoria N (exemplo: *achei legal a forma como você fez a supervisão (da escovação). Não ficou interrompendo, mas esteve sempre atenta: “olha um pouco mais em cima... agora embaixo”*. Ficou muito boa essa parte). O *feedback* possibilitou também que a CD fizesse com que a mãe compreendesse o seu próprio comportamento, como

demonstra a categoria H (exemplo: a CD diz: “*eu falei no final que ela (a mãe) é uma presença importante. Que ela deve falar, mas só que, quando eu tiver que falar com a menina, eu prefiro que ela espere eu falar. Acho que ela me entendeu numa boa*”).

Quando a CD pôde observar sua própria atuação e a atuação da mãe durante o AO, por meio do Vt, e discutir com a Pq sobre outras possibilidades de se comportar na situação, na perspectiva de aumentar a participação da mãe durante a sessão (ver categoria K - exemplo: “*então, reforça o comportamento da mãe, diz que ela ajudou bastante na sessão ... que hoje faremos uma sessão com música e que ela pode cantar...*”), este fato contribuiu para a percepção de que a mãe não era uma pessoa que só atrapalhava, como inicialmente avaliava (categoria A – exemplo: “*depois que terminou a sessão eu conversei com a mãe porque durante essa sessão, acho que ela (a mãe) me atrapalhou bastante (a mãe conversou muito com a filha)*”). Parece que CD começou a perceber que se orientasse adequadamente a mãe (categoria 6, Quadro 3), esta poderia ser sua aliada; e, ao testar essa possibilidade (ou hipótese) os resultados observados revelaram que de fato tinha uma auxiliar na promoção da colaboração da paciente. A partir desta constatação, gradualmente modificaram-se as formas da CD compreender e relacionar-se com ela (categoria A).

Outro aspecto que pode ser observado, por meio do Quadro 3, é que a CD usou estratégia de distração e a paciente acalmou-se e/ ou colaborou (subcategoria 3.1) em 11 das 13 rotinas trabalhadas (não ocorreu somente na rotina Isolamento Absoluto e Atividade Lúdica). Através do Quadro 4 pode-se verificar que em alguns procedimentos como Evidenciação, Baixa Rotação, Aplicação Tópica de Flúor e Sutura foram registradas poucas ocorrências dessa categoria, enquanto que em outros, como Anestesia Tópica, Anestesia Injetável e Obturação, o número de ocorrência foi relativamente alto demonstrando que é perfeitamente possível o uso de estratégias de distração mesmo em procedimentos considerados invasivos, ou seja, que os

procedimentos clínicos podem ser realizados, utilizando-se concomitantemente um procedimento comportamental.

Verifica-se, ainda no Quadro 4, que a ocorrência de comportamentos de colaboração (subcategorias 3.1 e 3.3) foi bem maior em relação as ocorrências dos comportamentos de não-colaboração (subcategorias 3.2 e 3.4). Isto parece demonstrar que a utilização de tais estratégias auxiliou na promoção da colaboração da paciente na maioria das vezes, o que favorece o processo interativo profissional-paciente.

Desse modo, pode-se dizer que o uso de estratégias de distração sejam elas um canto, uma conversa ou uma música tocada no gravador, auxiliou no AO desta paciente, no sentido de acalmá-la ou promover a sua colaboração, tanto nas rotinas consideradas não invasivas quanto naquelas muito invasivas, como pode ser observado no Quadro 4. Este dado corrobora outras observações de atendimentos realizados no Cepae, onde se verifica, no dia-a-dia, que o uso de estratégias de distração contribui positivamente para a promoção de comportamentos de colaboração do paciente e para um atendimento menos estressante para todos os envolvidos (CD, auxiliar, paciente e acompanhante). É fato que a colaboração do paciente favorece a realização das práticas clínicas, tanto no sentido de facilitar sua execução pelo CD quanto na redução do tempo utilizado para a sua realização, e esses fatores (facilidade e tempo) favorecem a qualidade técnica do procedimento clínico. Desse modo, é possível afirmar que esse tipo de estratégia comportamental configura um instrumento importante no manejo do comportamento do paciente para promoção de comportamentos de colaboração.

A proposta de utilizar estratégia de distração, como forma de controle para obtenção do comportamento desejado, tem apoio na literatura. SIDMAN (1995) preconiza formas alternativas de controle (reforçamento positivo e distração dentre

outras) como sendo muito mais eficazes que as formas coercitivas (punição, contenção, etc.) na obtenção do comportamento desejado.

Embora os CDs, de forma geral, não tenham o hábito, e muitas vezes a habilidade, de realizar estratégias comportamentais durante a execução de procedimentos clínicos, por considerarem-na “perfumaria” (GIL, 1988) ou por considerarem-nas não condizentes com as suas funções clínicas, estas deveriam ser ensinadas e seu uso incentivado. Neste sentido, as sessões de supervisão desempenharam um papel importante junto à CD, na perspectiva de ensinar e incentivar o uso de estratégias de distração, na medida em que a Pq discutia com a CD e sugeria formas se relacionar com a paciente, como mostra a categoria K (exemplo: “... *tem que ter mesmo essa coisa de ir conversando, mesmo que demore um pouco mais a sessão...*”). Isto pode ser observado no Vt referente às sessões de AO, quando na primeira sessão de AO, a CD as utilizou de forma não sistemática e, na medida em que discutia a sua utilização nas sessões de supervisão e observava seus resultados por meio do Vt, passou a aumentar a frequência do seu uso e a utilizá-la, inclusive concomitante aos procedimentos clínicos nos quais sua concentração era exigida quase que integralmente nas diferentes rotinas, como a Anestesia Injetável, Alta Rotação, Obturação, Exodontia e Sutura, como mostram os Quadros 3 e 4, categoria 3.

Importante salientar que não era uma tarefa fácil para a CD utilizar estratégias de distração durante a realização de um procedimento clínico porque a atenção dispensada a tais estratégias (escolha da música, lembrar a letra, o tom, etc...) competia com a atenção dedicada à execução do tratamento. Por isso, uma vez reconhecido o valor da mesma pela CD, nas sessões de supervisão, ao observar que, na maioria das vezes, enquanto cantava, a paciente interrompia o choro, mantinha-se de boca aberta e não se movimentava na cadeira odontológica, a CD aceitou a sugestão da Pq (categoria D – exemplo: “*eu acho bom porque, às vezes, a gente está tão preocupada com o que fazer que aí*”).

não vem a música na cabeça”) e resolveu a partir da 5ª sessão de AO, adotar o uso de um gravador. O gravador permaneceu ligado ao longo de toda a 5ª e 6ª sessões e, em diversas ocasiões, a estratégia de distração foi complementada pela atuação da CD que conversava com a paciente ao iniciar um procedimento clínico ou durante a sua realização.

A dificuldade quanto à utilização de uma estratégia desta natureza é que, para utilizá-la paralelamente a um procedimento clínico, faz-se necessário o conhecimento e o domínio da estratégia comportamental e do procedimento clínico. Além disso, é preciso, também, compreender o contexto do AO e conhecer o paciente, para escolher a estratégia e adequar a sua aplicação. A frequência com que tal estratégia será utilizada pelo profissional, juntamente com o procedimento clínico, dependerá dos resultados obtidos com as primeiras tentativas de realização da mesma, ou seja, dependerá do resultado positivo ou negativo de sua aplicação nas primeiras vezes em que o profissional a utilizar. Esses resultados poderão influenciar a frequência com que o profissional adotará a estratégia, na medida em que esta for efetivamente percebida como parte do resultado positivo do sucesso do procedimento clínico e, na medida em que a CD perceber-se como responsável pelo sucesso ou fracasso na aplicação desta. Esses dados corroboram o da literatura, apresentados por BANDURA (1969) e SKINNER (1967).

Nesse sentido, outro ponto importante a destacar é que a CD começou a reconhecer, a partir das reflexões ocorridas nas sessões de supervisão, que seu comportamento promovia mudanças no comportamento da paciente (categoria F). Esta ocorrência pode ser observada, no Quadro 5, a partir da terceira sessão de supervisão e isso sugere que a dentista começou a ter consciência do seu próprio comportamento e das influências que ele exercia no comportamento da paciente. TOURINHO (1995, pág 51) diz que para ter-se controle sobre o próprio

comportamento é preciso autoconhecer-se, ou seja, o “autocontrole exige uma discriminação por parte do indivíduo de seus próprios comportamentos e das variáveis das quais esse comportamento é função”. Assim, ao identificar o seu comportamento como determinante do comportamento da paciente, a dentista pode exercer um maior controle sobre o seu próprio comportamento, sobre o comportamento da paciente e sobre a situação de AO. A frequência com que a dentista vai exercer esse controle dependerá das contingências de reforço que forem promovidas pelas respostas da paciente (SKINNER, 1972, BANDURA, 1969).

Por outro lado, observa-se também no Quadro 3, que não foram todas vezes que a CD utilizou estratégia de distração que obteve comportamentos de colaboração; às vezes, não obtinha a colaboração da paciente ao iniciar ou executar um procedimento (subcategorias 3.2) e, em outras, ao usar tal estratégia juntamente com a contenção física (subcategoria 3.4). Verifica-se, porém, que a não-colaboração ocorreu em um número menor de rotinas (9 de 13), e além disso, que em cinco dessas rotinas o uso da distração foi associado à contenção física (subcategoria 3.4), isto é, foi utilizada concomitantemente a uma técnica coercitiva.

Com relação ao fato da mãe usar contenção física para atender a uma recomendação e/ ou para colaborar com a CD, como pode ser observado através do Quadro 3 - categoria 11, verifica-se que este tipo de ação ocorreu em 12 de 13 rotinas do AO. A única rotina onde esta categoria não ocorreu foi na Atividade Lúdica. Observa-se, também, pelo Quadro 4, a ocorrência da contenção física tanto em rotinas consideradas não invasivas - Entrada e a Escovação - quanto naquelas consideradas invasivas - Anestesia Injetável e Exodontia. Importante relatar que a mãe sentava-se atrás da cadeira odontológica, ou seja, atrás da cabeça e do corpo de Je foi considerada como contenção física todas as vezes que ela segurava os ombros, os braços ou a cabeça da paciente, para que esta se mantivesse deitada. Assim, nos procedimentos clínicos

realizados na cadeira odontológica a mãe permaneceu o tempo todo segurando os ombros ou a cabeça de J, porém, foram registrados como contenção física somente os momentos em que J tentava levantar-se e a mãe a impedia.

Procurar atender a uma recomendação da CD pode significar que houve uma preocupação, ou interesse, da mãe em colaborar com a CD e com o próprio atendimento. Parece que uma das formas encontradas pela mãe para colaborar com a CD foi por meio da contenção física, ou seja, segurando a cabeça, os ombros e as mãos, buscando imobilizar a paciente e, assim, possibilitar que a CD realizasse os procedimentos. Porém, a maneira como exercia a contenção física na filha não era invasiva ou agressiva; segurava-lhe a cabeça, os ombros, os braços ou as mãos, mas sempre conversando com J e acariciando-a, ao mesmo tempo em que a continha. Além disso, ao observar que a mãe procurava distrair e/ ou acalmar a filha (categoria 15) durante as sessões de AO (Quadro 3), em 11 das 13 rotinas (Quadro 4), pode significar que esta procurava parear uma estratégia não coercitiva com a contenção física, na busca de comportamentos de colaboração da paciente. Com esse procedimento, às vezes, a mãe obtinha a colaboração de J (subcategorias 15.2 e 15.3); outras, não (subcategoria 15.4); e, às vezes, utilizava a distração de forma inadequada (subcategoria 15.1), isto é, parecia não perceber que ao falar com a filha, ao mesmo tempo em que a CD o fazia, poderia atrapalhar em vez que colaborar.

O tratamento odontológico desta paciente poderia ser mais um caso típico de um AO de um paciente temeroso, no qual a realização das práticas clínicas só seria possível com a contenção física. Porém, com respeito ao uso de contenção física pela CD (categoria 2), observa-se através dos Quadros 3 e 4 que a mesma foi utilizada em 10 rotinas, sendo algumas consideradas invasivas, como Anestésico Injetável, Isolamento Absoluto, Alta Rotação, Obturação, Exodontia e Sutura, e em outras não invasivas, como Entrada, Escovação e Anestésico Tópico. Talvez a necessidade da utilização da

contenção física nas rotinas consideradas não aversivas tenha ocorrido porque as mesmas representavam para a paciente a possibilidade da ocorrência de um evento aversivo. A Entrada, porque é o primeiro passo para a realização do AO, a Escovação porque após a sua realização na pia, a paciente era convidada a sentar-se na cadeira odontológica e o Anestésico Tópico porque antecedia a Anestesia Injetável.

Pode ser observado ainda, pelos Quadros 3 e 4, que o uso da contenção física pela CD resultava, na maioria das vezes, em não-colaboração por parte da paciente, como mostra a subcategoria 2.2, e que a sua ocorrência foi bem maior (25 ocorrências) que as registradas quando a colaboração foi obtida (11 vezes), como pode ser visto na subcategoria 2.1. Além disso, o Quadro 3 mostra, também, que a subcategoria 2.2 apareceu em todas as sessões do AO, parecendo demonstrar que ela não foi eficaz com essa paciente, ou seja, quando uma estratégia coercitiva era utilizada ela promovia comportamentos de não-colaboração na maioria das vezes. Tais dados confirmam os da literatura que indicam que as formas coercitivas de controle de comportamento não são eficazes para obtenção do comportamento desejado (SIDMAN, 1995). Neste estudo, observou-se que as práticas coercitivas não foram eficazes para a promoção da colaboração, mas que as estratégias de distração foram importantes para a obtenção de resultados bastante satisfatórios no controle do comportamento dessa paciente.

No caso específico deste AO, quando o uso da contenção física foi discutido nas sessões de supervisão, observa-se que a dentista o considerou como um procedimento não coercitivo, como mostra a categoria C do Quadro 5, e necessário em algumas ocasiões. Usar, ou não, contenção física durante o AO é uma decisão que a CD toma levando em consideração o procedimento, a colaboração da paciente e sua experiência anterior com essa técnica. Em algumas ocasiões, a contenção física pode ser usada para impedir a fuga da paciente (subcategoria 2.3) ou para protegê-la de eventuais acidentes (movimentar a cabeça durante o uso do equipamento de Alta Rotação ou durante a

aplicação da Anestesia Injetável). Porém, em outras ocasiões observa-se que o resultado da contenção (paciente imóvel) reforça o seu uso, mesmo nos momentos do AO nos quais seu uso seria desnecessário, ou seja, parece que se torna mais fácil conter o paciente que tentar tranquilizá-lo. Utilizar práticas pouco amistosas como pequenos castigos, ameaças, cobranças, imposição de voz ou força física, dentre outras, “se instalam e se mantêm na medida em que são reforçadas por seu efeito imediato nítido: a redução na frequência do comportamento indesejado do aluno” - no caso, do paciente - (ZANOTTO, 2000).

Observa-se, ainda, os resultados obtidos pela CD quando procurava informar sobre o uso de um procedimento ou explicá-lo para a paciente (categoria 4, Quadro 3). O que se constata mais comumente em um AO é a obtenção da colaboração do paciente quando se explica ou se informa sobre a realização de um procedimento. Com essa paciente também se obteve a colaboração, como pode ser observado pelo Quadro 4, subcategoria 4.1 e 4.3, mas, por outro lado, observa-se também a não-colaboração frente a esse procedimento, como mostra a subcategoria 4.2, com uma ocorrência relativamente alta (21 vezes).

Tal constatação foi discutida durante as sessões de supervisão e identificada pela CD como indica a categoria F (exemplo: “... *a única coisa assim que chama a atenção, é que toda vez que explico alguma coisa ou mostro, ela muda completamente, fica pior*”) e uma vez constatado que tal fato não resultava em ações que promoviam a colaboração da paciente, explicar e informar foram sendo cada vez menos usados pela CD. Este acontecimento nos remete a questão de que olhar para o comportamento da paciente e ficar sob controle deste é tão importante quanto ter domínio sobre o próprio comportamento para melhor atender as necessidades dos participantes do AO. Neste estudo, através das sessões de supervisão, a CD pode observar e discutir como os comportamentos da paciente eram influenciados pelas suas ações e verbalizações,

durante a realização do AO e vice-versa, e a partir disso planejar suas ações para o AO seguinte. Ou seja, esse fato possibilitou à CD perceber que ter consciência e planejar suas ações para exercer controle sobre o comportamento da paciente era importante, mas não suficiente; fazia-se necessário também, ficar sob controle do comportamento do outro. Tal constatação possibilitou a compreensão da multiderminação das variáveis que controlam o comportamento (SKINNER, 1967; BANDURA, 1986), e que é preciso ficar atenta, em cada AO, ao comportamento da paciente e procurar agir na situação conforme as respostas desta frente a cada procedimento.

É interessante destacar também, que, quando a CD informava ou explicava um procedimento para a paciente e não obtinha sua colaboração, esta parecia associar as tentativas de esclarecimentos com o sofrimento subsequente, o que parecia contribuir para instalar e/ ou manter o seu medo e promover a não-colaboração. Esse fato foi identificado na sessão de supervisão, durante as discussões, quando a CD verificou que tentar familiarizar a paciente com os procedimentos ou com o ambiente odontológico promovia comportamentos de não-colaboração (categoria F – exemplo: “... Então, ela começou a chorar só de olhar, só quando eu mostrei o lençol, falei que era um guarda-chuvinha, achando que isso pudesse facilitar, ela chorou mais forte”). A partir dessa constatação, decidiu-se não fornecer muitos detalhes do procedimento a ser realizado. Como mencionado anteriormente, esta foi uma das razões pelas quais as ocorrências da categoria 4 (Quadro 3 e 4) foram pouco observadas em rotinas como Sutura, Alta Rotação, Isolamento Absoluto, entre outras, nas quais a colaboração da paciente era fundamental e procurar consegui-la por meio da explicação ou informação seria o esperado.

Continuando a análise dos Quadros 3 e 4, mas tomando-se agora como referência as rotinas que compuseram o AO e as categorias nelas presentes, pode-se verificar que no momento da **Entrada** ocorreram onze das dezessete categorias. O fato

de aparecer tantas categorias nesta rotina sugere que a CD deveria dar atenção especial a ela, pois o modo como a mesma é conduzida poderá ter uma influência decisiva ao longo da sessão, uma vez que a mesma inicia o processo interativo e o AO propriamente dito. É nesse momento que a CD recebe a paciente e pode trabalhar com esta no sentido de tranquilizá-la e de fornecer-lhe segurança para enfrentar a situação de AO que se seguirá. No entanto, através do Quadro 3, verifica-se que a paciente foi recebida quase em todas as sessões de AO de forma inadequada pela dentista (categoria 1), ou seja, quando a paciente entrou no consultório, ou após a sua entrada, a CD encontrava-se concentrada em outra atividade, em vez de recebê-la com atenção.

Pode-se observar que, mesmo discutindo, na primeira sessão de supervisão, como deveria ser o comportamento da CD durante a recepção (categoria K—exemplo: *“você pode recebê-la mais calorosamente, sabe? Oi J, como é que é, está tudo bem?”*), esta não alterou sua forma de recepcionar a paciente ao longo das demais sessões, como pode ser observado que ao receber a paciente sem lhe dar atenção a mesma ficava desorientada (subcategoria 1.1 do Quadro 3). Constata-se também que mesmo recebendo-a de forma inadequada, em quatro das sessões de AO, a CD obteve a atenção da paciente (subcategoria 1.2), ou seja, a paciente procurava pela atenção da CD.

Outra rotina na qual pode ser observada a ocorrência de uma variedade grande de categorias é na rotina **Anestésico Tópico**. Essa rotina é considerada importante porque é a partir dela que os procedimentos odontológicos invasivos efetivamente ocorrem. Assim, quando o procedimento é realizado pela segunda vez, ele pode funcionar como um aviso da aproximação dos demais procedimentos e isso poderá desencadear comportamentos de não colaboração, medo e apreensão na paciente e na mãe. Ao discutir com a CD, na sessão de supervisão sobre o significado deste procedimento para a paciente (categoria M—exemplo: *“o anestésico tópico é indolor, mas*

ele tem gosto né. E pela pomada, pode ser que isso tenha funcionado como um alerta para ela, que em seguida viria a anestesia injetável”), procurou-se encontrar alternativas para amenizar os efeitos do mesmo, como mudar o sabor da pomada anestésica, distrair Jenquanto o anestésico era aplicado, etc. O fato de diversas categorias aparecerem em uma rotina, significa que esta deve constituir um momento muito significativo para a qualidade da interação profissional paciente, quer refira-se a situações não invasivas, quer refira-se a situações invasivas. Assim, tais rotinas devem ser planejadas de forma tal que a sua realização possibilite contribuições positivas para processo interativo profissional-paciente.

Na rotina **Anestesia Injetável** pode ser observado a ocorrência de doze categorias, dentre elas a que se refere ao medo da paciente (categoria 8) e da mãe (categoria 12). É também um momento onde a CD usa de diversas estratégias para realizar o procedimento, como contenção física (categoria 2), distração (categoria 3), informa à paciente sobre o procedimento (categoria 4), procura a ajuda da mãe para realizar o procedimento (categoria 6) e outras. Mas, é principalmente um momento de apreensão para a CD, como pode ser constatado na primeira sessão de supervisão, quando mesmo ainda não tendo ocorrido este procedimento, ele foi questionado pela CD enquanto se discutia outra rotina. Esta apreensão pode ser verificada na fala da CD, como mostra a categoria I (exemplo: “*a anestesia é ... eu devo explicar o que é? Ou mostrar? Não mostrar?*”), ou na categoria B (exemplo: “*eu estava preocupada com a hora da anestesia. Mas deu para fazer. Não entortou a agulha, não foi uma coisa muito difícil*). Assim, durante a discussão desse procedimento, nas sessões de supervisão, a CD teve a oportunidade de falar sobre seus sentimentos, seus medos e suas ansiedades para a Pq (categoria B). A fala da CD indicou que a Anestesia Injetável é um procedimento para o qual o dentista precisa ter um preparo que vá além da aprendizagem técnica. Ele precisa preparar-se psicologicamente, tendo em vista que este momento parece ser estressante e promotor de inseguranças e incertezas mesmo para uma CD experiente.

Trata-se de um momento de tensão e de ansiedade porque a paciente parece não ter noção exata do que ocorrerá, mas a CD tem clareza das conseqüências de uma anestesia mal aplicada e da sua responsabilidade neste processo.

Outras rotinas como **Alta Rotação**, **Exodontia** e **Sutura** também são invasivas e suas conseqüências para o paciente poderiam ser tão danosas quanto a Anestesia Injetável. Porém, embora a CD tenha discutido sua preocupação com relação a elas, parece que as mesmas não tinham o mesmo peso, o mesmo grau de dificuldade para a sua realização, que a Anestesia Injetável. Discutir sobre uma determinada rotina, e sobre seus sentimentos em relação a ela, com a pesquisadora quando esta fazia uma colocação com a finalidade de refletir sobre o evento ocorrido (categoria L – exemplo: “... *perto do que você esperava que a anestesia fosse, bem ... com o comportamento temeroso de J aquela ansiedade ... como você acha que foi?*”), ou sobre as dificuldades encontradas para a realização do procedimento, parece ter contribuído para encontrar formas de enfrentar esse momento. Quando a Pq indicava alternativas que poderiam contribuir para aumentar o repertório comportamental da CD com vistas ao enfrentamento de tais situações, como mostra a categoria K (exemplo: *‘você mostra a seringa para ela sem a agulha. Deixe que ela pegue a seringa na mão ... coloque na boca dela, sem a agulha...’*), parecia contribuir para que a CD tivesse uma atuação mais segura quando da realização do procedimento, nas sessões subseqüentes. Do mesmo modo, fornecer *feedback* à CD (categoria N – exemplo: (durante a anestesia) “*você viu que funcionou? Ela fechou o olho direitinho. Foi legal você ter espirrado água na mão dela...*”), também parecia auxiliá-la a realizar o procedimento com mais confiança. Ao assistir ao Vt, perceber e avaliar o momento da anestesia como sendo mais tranqüilo para a paciente (categoria A – exemplo “*acho que foi tranqüilo. Ela chorou no começo, né. Deu uma berradinha no começo, mas depois eu achei que foi tranqüilo*”) parece também ter auxiliado na compreensão dos seus sentimentos e do comportamento da paciente.

Durante a **Escovação**, observa-se a presença de doze categorias. Talvez, a diversidade e o número de ocorrências dessas categorias nessa rotina, deva-se ao fato de que, ao mesmo tempo em que a Escovação parecia ser um momento prazeroso para a paciente, ele indicava que após a sua realização era chegada a hora de sentar-se na cadeira odontológica e iniciar os procedimentos clínicos. Esse é, também, um momento do AO que deveria ser aproveitado pela dentista na perspectiva de fazer deste uma situação lúdica. No entanto, em muitos momentos deste atendimento, como pode ser observado através das categorias do Quadro 3, ele foi realizado apenas como mais uma etapa do AO, na qual a CD entregava a escova à paciente e à mãe e as orientava quanto ao desenvolvimento correto da técnica. É importante salientar que a Escovação é uma oportunidade que deveria ser usada para favorecer o estabelecimento de uma interação de qualidade para o tratamento odontológico e possibilitar a instalação de comportamentos de saúde, fundamentais para a prevenção de doenças bucais.

Dada a importância da rotina Escovação para a prevenção e manutenção da saúde bucal, também nas sessões de supervisão procurou-se discuti-la para que a CD pudesse efetivamente avaliar a habilidade de escovar da mãe e da paciente (categoria E – exemplo: “*é, parece que tem habilidade, só que as duas têm medo de escovar, medo de doer*”), e refletir sobre a avaliação realizada, identificando os motivos que levaram J a ter as precárias condições de saúde bucal (categoria A – exemplo: “*eu perguntei para ela se ela sabia o que era placa; se alguém falou para ela o que era placa ... ela não sabia nada sobre isso. Está faltando isso para ela...*”). Quando a CD identificou a inabilidade da mãe e da paciente para escovar os dentes, ela começou a orientar a Escovação e recebeu o *feedback* da Pq (categoria N). Na 3ª sessão de supervisão, a CD relatou que forneceu *feedback* à mãe (categoria H) e informou que se surpreendeu, na 4ª sessão de AO, quando a paciente, ao final do AO, pediu para escovar os dentes (categoria B – exemplo: “*eu fiquei surpresa, porque ela estava o tempo todo falando que não queria mais nada ... e aí pediu para escovar o dente e ainda escolheu o sabor da pasta*”). Este fato parece

demonstrar que após assistir ao Vt e discutir sobre suas ações (categoria D – exemplo: “... *acho que nessa sessão, a escovação tem que ser mais trabalhada, né..*), a CD modificou a sua maneira de conduzir a Escovação e conseguiu fazer com que este momento, que inicialmente era um momento de tensão e ansiedade para a paciente, fosse transformado em um momento agradável, prazeroso e desejável.

Na **Atividade Lúdica** observa-se que as categorias que aparecem são as relativas a distração com a obtenção de comportamentos de colaboração da paciente (subcategoria 4.1) em todas as sessões do AO. Tal colaboração era esperada uma vez que a rotina em si constitui-se de estratégias de distração. Porém, na perspectiva da distração, observa-se que foi um momento pouco explorado pela CD como mostra a categoria 7, do Quadro 3, na qual tanto a CD quanto a paciente realizavam atividades paralelamente e não conjuntamente. Este deveria ser, naturalmente, um momento facilitador da interação profissional–paciente em decorrência da possibilidade de uma maior comunicação entre os participantes (no AO fica difícil a comunicação verbal por parte do paciente). Diferente de outros procedimentos, neste a CD poderia atender às solicitações da paciente (subcategoria 9.1), como por exemplo, a escolha do brinquedo ou a forma de brincar. Porém, isso não ocorreu com a intensidade que se esperava porque parecia que a dentista não se sentia à vontade para participar dessa rotina. Este fato pode ser observado quando a CD desenvolvia a atividade sem dar atenção à paciente e esta se mostrava desorientada (subcategoria 1.1), ou apenas observava os comportamentos da paciente e da mãe (categoria 5), ou realizava atividades paralelas e ambas pareciam não saber o que fazer (categoria 7), ou não atendia a solicitação da paciente (categoria 9.2 e 9.4), ou quando conversava com a mãe e deixava a paciente só (categoria 16). Ou seja, a CD não conduzia a Atividade Lúdica; ela parecia deixar que a mesma acontecesse e os participantes não sabiam como se comportar. J pegava diversos brinquedos, mas não brincava; a mãe ficava ora dando atenção à J (categoria

17.1) ora conversando com a CD (categoria 16); e, mesmo quando procuravam brincar não havia entrosamento.

Para a paciente, a Atividade Lúdica parecia ser um momento esperado, como mostra a categoria 10, e por isso procurava prolongá-lo, embora, às vezes, a CD o interrompesse, nem sempre de forma adequada (categoria 9.2 – exemplo:” *folheia o livro, mas não se detendo nas páginas; a CD o retira de suas mão, diz que por hoje está encerrado ... ou ... pede para brincar mais uma vez (dominó), mas deixa o jogo sobre a mesa e sai quando a CD fala que por hoje chega*”). Por outro lado, a paciente também parecia não se envolver na atividade juntamente com outro participante, mesmo que esse fosse a mãe (subcategoria 17.1-Quadros 3 e 4). Jpassou a envolver-se e a participar, juntamente com a mãe, somente na quarta e quinta sessões do AO (subcategoria 17.2), parecendo que só então começou a apreender o sentido da atividade.

Nas rotinas **Evidenciação de Placa Bacteriana, Baixa Rotação, Aplicação Tópica de Flúor, Isolamento Absoluto e Alta Rotação** observa-se também a ocorrência das seguintes categorias: a contenção física utilizada pela CD (categoria 2) e pela mãe (categoria 11), o uso de estratégia de distração (categoria 3), evidencia-se o medo da paciente (categoria 8) e da mãe (categoria 12), a paciente impondo a sua vontade (categoria 9) e a mãe procurando auxiliar quer conduzindo a paciente verbalmente (categoria 14) quer procurando distrair a paciente durante a realização dos procedimento (categoria 15). A ocorrência dessas categorias, constatadas através dos Quadros 3 e 4, demonstra que, como em outras rotinas, havia momentos nos quais se obtinha a colaboração da paciente, e em outros, não. A execução de tais rotinas parecia ser mais tranquila para a CD e para a mãe (categoria 13) e submeter-se a elas menos sofrível para a paciente, a qual apresentou menos comportamentos de não - colaboração durante as mesmas se comparadas a rotina Anestesia Injetável, como

mostra a categoria 8, Quadro 4. Talvez por esse motivo essas rotinas não foram muito discutidas na sessão de supervisão.

Direcionando o foco da análise mais especificamente para as sessões de supervisão, interessa agora verificar as influências do processo de interlocução entre a Pq e a CD. Para que as sessões de supervisão transcorressem de forma harmoniosa e resultassem em benefícios tanto para a CD quanto para o AO e seus participantes, fazia-se necessário que a CD confiasse na Pq, uma vez que estaria discutindo suas ações clínicas e seus sentimentos com relação a elas e ao AO como um todo. Neste sentido, a análise parece indicar que foi estabelecido um vínculo de confiança entre a CD e a Pq e um dos motivos que levam a esta suposição, e que contribuiu para a qualidade da discussão e seus resultados, foi o fato das discussões pautarem-se num clima de cordialidade e profissionalismo, no qual o interesse tanto da CD quanto da Pq era identificar e analisar os aspectos do AO tal qual ele se apresentava. Assim, frente às perguntas ou colocações da Pq, a CD refletia sobre um evento ocorrido no AO (categoria L), ou ambas procuravam analisar o comportamento da paciente ou levantar aspectos que propiciassem a compreensão do comportamento de J (categoria M), ou a Pq fornecia *feedback* sobre a atuação da CD (categoria N) ou sugeria formas de intervenção (categoria K). Pôde-se observar que a CD, ao discutir o Vt, usava os seus conhecimentos acadêmicos, suas experiências prévias, seus sentimentos e valores pessoais, ou seja, a sessão de supervisão criava a oportunidade de rever sua ação sob diversos e diferentes aspectos profissionais e pessoais e isso favorecia o autoconhecimento. A oportunidade de olhar para a própria atuação e refletir sobre ela não é comum acontecer no dia-a-dia de um profissional, visto que a própria dinâmica do AO não favorece. Segundo GARCIA (1992), a supervisão, dependendo da forma como é organizada, possibilita que o outro obtenha uma retroação e acompanhamento no momento de concretizar as práticas aprendidas.

Acompanhar e identificar como cada participante se comportava durante o AO permitiu verificar que mudanças ocorreram entre um procedimento e outro, ou entre uma sessão e outra (categoria G), e por que tais mudanças ocorreram (categoria F). A identificação tornou possível a compreensão do comportamento do outro, quer na presença do comportamento, mesmo que observando-o no Vt (categoria A), quer por meio de uma avaliação com bases em suposições sobre os motivos que levaram o outro a comportar-se de uma determinada maneira (categoria E).

A interação entre a CD e a Pq, nas sessões de supervisão, possibilitou à CD uma maior reflexão sobre o próprio comportamento, favorecendo o autoconhecimento, permitindo-lhe um maior controle sobre si, sobre o atendimento odontológico e sobre os participantes destes.

Assim, em síntese parece ser possível dizer que a possibilidade de discutir sobre suas práticas possibilitou que a CD repensasse a sua atuação, parecendo torná-la mais consciente sobre o seu próprio comportamento e sobre o comportamento da paciente. Este é um fator fundamental para a condução de qualquer sessão de atendimento odontológico, uma vez que somente olhando para o paciente e para si mesma é que se pode adotar uma postura adequada na condução do AO. Como relata TURNBULL & TURNBULL (1990) são dois os requisitos básicos para o estabelecimento de uma comunicação adequada, promotora de uma interação de qualidade: que os profissionais conheçam a si mesmo e que conheçam o paciente e a família. Frente a uma postura de olhar para o comportamento do paciente e/ ou da mãe, é possível dar *feedback* sobre o desempenho destes durante e ao longo das sessões de AO, e por meio do *feedback*, procurar conhecer-se e fazer com que o outro também se conheça. Por meio do *feedback* também é possível modelar o comportamento dos participantes do AO de uma forma adequada.

Conclusão da análise dos dados

Embora haja uma razoável quantidade de material sobre o ensino de Odontologia no país, poucos são os trabalhos como os de GIL (1988), MORAES e PESSOTTI (1985), POSSOBON, CAETANO & MORAES (1998), MORAES & CAETANO (1996), CAETANO e MORAES (2000), que procuram examinar a questão da formação do cirurgião-dentista relacionada aos aspectos pessoais, sociais e psicológicos do desempenho dessa profissão.

Estudos apontam para o fato de que, no processo de formação profissional do CD, tem sido dada pouca ênfase para as questões relativas ao processo interativo entre o profissional e o paciente. Tal fato pode ser constatado ao se observar a história dessa profissão e trabalhos mais recentes (LOMBARDO, 1988). Entretanto, cada vez mais é preconizado que, para um desempenho adequado na área da saúde, o profissional necessita desenvolver habilidades que promovam uma interação profissional-paciente de qualidade. Para o desenvolvimento de tais habilidades faz-se necessário conhecer e dominar os aspectos técnicos e psicológicos envolvidos no processo interativo, visto que os mesmos são fundamentais para a realização das tarefas clínicas/ comportamentais e para a imagem do profissional que as realizam (TAYLOR, 1986; TURNBULL & TURNBULL, 1990).

O conjunto de dados analisados no presente estudo indicou que o fato da CD voltar sua atenção para o processo interativo e tomar consciência de sua ação na sua relação com a paciente, contribuiu para a promoção da colaboração da paciente

durante o AO e para que a CD aprendesse a trabalhar com a não-colaboração, favorecendo a realização dos procedimentos clínicos.

O processo interativo inicia-se no primeiro contato do profissional com o paciente, ou seja, no momento da entrada do mesmo no consultório odontológico e se faz presente durante e ao longo de todas as sessões que se fizerem necessárias para a consecução plena do tratamento. Neste estudo, pode-se verificar que há vários momentos específicos durante a realização do AO que são especialmente favoráveis ao estabelecimento de uma interação de qualidade, mas que foram pouco explorados pelo profissional como, por exemplo, a recepção do paciente no consultório. Neste momento do atendimento, a forma como o paciente é recebido poderá contribuir para o estabelecimento de um clima de confiança e, dessa forma, para o desenvolvimento de uma interação adequada que beneficiará tanto o AO em questão quanto as sessões subseqüentes. A Escovação é um outro momento que além de representar uma oportunidade para instalar comportamentos de higiene promotores da saúde bucal e geral poderá, também, ser usada como uma atividade lúdica.

A análise dos dados demonstrou também, que o Anestésico Tópico, que antecede vários procedimentos invasivos, poderia ser foco da atenção do CD na perspectiva de utilizá-lo como instrumento de mediação para o estabelecimento de uma interação adequada, por não ser um procedimento invasivo.

Um outro momento, que poderia ser bastante explorado, é a Atividade Lúdica. Como o próprio nome do procedimento sugere, esta é uma oportunidade muito específica e especial para trabalhar a interação profissional-paciente, porque ela se realiza através de brinquedos e jogos. Nela a CD poderia trabalhar as emoções que emergiram no paciente durante a realização do AO, estreitar sua afetividade com a mãe e preparar psicologicamente o paciente e seu acompanhante para as próximas

sessões de AO. Porém, observou-se que isso não ocorreu e que tal atividade parecia ser considerada como uma rotina menos importante ou que a CD poderia não estar preparada para executá-la.

Em suma, a análise demonstrou que nem sempre esses momentos foram intencionalmente utilizados para o estabelecimento da interação visando uma aproximação da díade com a CD. Às vezes, a CD ficava atenta e procurava relacionar-se com o paciente; às vezes, sua atenção voltava-se exclusivamente para o procedimento clínico a ser realizado, e em outras ainda, ficava sem saber como se comportar em determinadas situações, como por exemplo, na Atividade Lúdica. Ora, como já mencionado, a interação profissional-paciente faz parte do contexto odontológico e deveria ser usada pelo CD sempre de forma refletida e sistemática como qualquer outro procedimento, ou seja, deveria ser trabalhada como uma prática profissional equivalente a uma prática clínica, de forma criteriosa e não apenas baseada no bom senso ou trabalhada apenas em alguns momentos.

A inabilidade da maioria dos dentistas em lidar com o processo interativo, também observada em outros profissionais de saúde, demonstra a necessidade de trabalhar-se formalmente com as questões relacionadas às habilidades sociais na formação acadêmica deste profissional, integrando esta área do saber (ciências biológicas) com outras disciplinas como a Psicologia, a Sociologia e a Antropologia (HINDLE, 1981; DURAN, 1993). Porém, ensinar e aprender habilidades que favoreçam a interação interpessoal não é uma tarefa fácil; estudar a interação já não o é, como mostram os estudos de HINDLE (1981) e BANDURA (1986). Mas, esse trabalho demonstrou que é possível fazer com que o profissional possa desenvolver tais habilidades, desde que sejam criadas condições para tal. Assim, faz-se necessário pensar em estratégias de ensino que favoreçam a aquisição de tais habilidades.

Neste estudo, tais condições foram criadas nas sessões de supervisão e ao procurar compreender como elas ocorreram, quais influências exerceram sobre o comportamento da CD, da paciente, da mãe e sobre o atendimento odontológico, e que conseqüências essas influências trouxeram aos participantes, foi possível observar que a interação entre a CD e a Pq, ao assistir e discutir o Vt, possibilitou à primeira maior compreensão dos eventos ocorridos no AO. Uma vez que esta compreendeu tais eventos, a compreensão possibilitou-lhe refletir sobre a própria ação (reconhecer a sua ação e a influência desta na interação profissional-paciente) e isto favoreceu um maior controle sobre seu comportamento. As sessões de supervisão propiciaram condições para que a CD falasse sobre o que estava fazendo e por que estava fazendo (SÉRIO, 1997) e falar sobre a sua ação e percepção significa ter consciência delas. Ter consciência sobre si significa poder ter controle.

Além disso, as sessões de supervisão também possibilitaram à CD observar e analisar o comportamento da paciente, reconhecer-se como responsável por modificar tal comportamento, propor mudanças e identificar que tais mudanças ocorreram. Este processo, de identificar o comportamento do outro e reconhecer a influência que o seu próprio comportamento tem sobre o comportamento do outro, parece indicar que a CD começou a ficar, também, sob controle do comportamento da paciente, isto é, começou a “olhar para a paciente” para então se comportar frente a ela. Conseguir analisar e reconhecer as influências presentes num determinado processo interativo, durante a realização de um atendimento clínico, significa conhecer o outro e reconhecer-se na situação, e este é um passo fundamental para uma interação de qualidade (TURNBULL & TURNBULL, 1990).

O fato das sessões de supervisão ter possibilitado à CD um maior grau de consciência parece, também, estar relacionado à oportunidade que esta teve de revelar sentimentos seus frente a um procedimento clínico e discuti-lo com a Pq. Ao dar

oportunidade para o profissional falar sobre seus medos e inseguranças relativos ao procedimento a ser realizado (como por exemplo, os vivenciados ao saber que realizaria a anestesia injetável em um paciente infantil) possibilitou-lhe criar hipóteses sobre como se comportar (utilização da técnica conte-mostre-faça complementadas com estratégias de distração) e quais conseqüências tais comportamentos teriam. No momento da anestesia testou tais hipóteses e, frente aos resultados obtidos (um paciente colaborador e um CD bem sucedido), passou a adotar tais procedimentos comportamentais nas sessões subseqüentes, corroborando o que tem sido proposto por BANDURA (1969). Esse fato fez com que o profissional mudasse a sua postura frente à realização deste procedimento, bem como sua avaliação, considerando menos difícil a sua realização. Assim, parece que criar possibilidades para a CD discutir sobre suas ações e sentimentos, contribui para aumentar o grau de conhecimento sobre si e sobre o outro e isso, segundo TOURINHO (1995), favorece a autocontrolabilidade ou o autogoverno das ações.

Assim, os dados deste estudo indicaram que foi possível a aprendizagem de determinadas habilidades sociais na medida em que as sessões de supervisão foram sendo realizadas, ou seja, a CD aprendeu a relacionar-se com a paciente e a mãe, de forma tal que conseguiu fazer desta última sua aliada para a promoção da colaboração da paciente. Assistir aos Vts do AO e discutir com a Pq as nuances do processo interativo, possibilitou conhecer mais sobre si mesma, sobre o paciente e o acompanhante, corroborando o que tem sido apontado pelos autores TURNBULL & TURNBULL (1990).

Quando isto aconteceu, ou seja, quando obteve maior compreensão da dinâmica do processo interativo e das influências recíprocas que os participantes exerciam uns sobre os outros e as conseqüências destas para o AO, foi possível exercer maior controle sobre suas ações e sobre o comportamento dos demais participantes,

conforme achados semelhantes descritos por TOURINHO (1995), BANDURA (1969) e SKINNER (1967).

O autoconhecimento e o reconhecimento do contexto foi possível porque o Vt permitiu a visualização da situação odontológica e de como se dava a participação de cada integrante nesta situação. Neste sentido, pode-se dizer que a utilização do Vt e a subsequente discussão sobre o seu conteúdo constituíram-se em um procedimento adequado para a identificação de alguns componentes importantes da interação profissional-paciente, contribuindo para a manutenção daqueles que foram considerados adequados e a substituição ou eliminação dos considerados inadequados.

Tais resultados demonstram que é possível trabalhar com os profissionais de saúde na perspectiva de contribuir para uma formação mais completa, capacitando-os a lidar com o processo interativo com o paciente. Para tanto, faz-se necessário pensar em estratégias de ensino que favoreçam a aquisição de tais habilidades; estratégias que possibilitem ao CD ver e discutir sobre sua própria atuação, com o objetivo de promover maior grau de consciência sobre a própria ação no processo interativo com o seu paciente.

Uma condição que possibilitaria isso seria a utilização do Vt. A videogravação permite ao videogravado “um retorno das informações sobre suas atividades, o que pode ser observado em sua própria ação, bem como na dos sujeitos com os quais está interagindo/ atuando” (LINARD, 1980 apud SADALLA, 1998, pág. 44). Segundo SADALLA (1998), “o indivíduo, ao se ver no vídeo, pode alterar, reorganizar ou reformular suas ações, atitudes e posturas, podendo compreendê-las melhor e detectar quais as causas e efeitos de seu comportamento” (pág.44/ 45). Assim sendo, o Vt, além de constituir um importante instrumento de coleta de dados, como vem sendo

utilizado, poderia constituir-se também em uma poderosa estratégia de ensino. Ao assistir o Vt de uma situação de AO, o CD pode identificar-se com o modelo visto, refletir sobre seu próprio comportamento numa situação semelhante e ao discutir sobre suas ações, tornar-se mais consciente delas e ter um maior autogoverno, tanto na interação com o paciente quanto na realização das práticas clínicas. Para Bandura (1969) uma pessoa pode aprender qualquer padrão de respostas através da observação do comportamento de outras pessoas e de suas conseqüências.

Para que tal aprendizagem ocorra, o Vt deve ser usado como uma ferramenta para levar o aluno a colocar-se no papel do vídeogravado e não apenas a assistir um Vt no qual observa um colega atuando. O Vt deve ser usado como instrumento de reflexão que possibilite ao aluno tomar a própria ação como objeto de análise (Torezan, 1990).

Dessa forma, o Vt poderia configurar-se em um recurso de ensino altamente eficaz, uma vez que permite, ao CD em formação, observar e analisar os mais diversos aspectos (muitos deles sutis) que delineiam a interação profissional-paciente. É a observação e a reflexão sobre tais aspectos que possibilitarão o desenvolvimento de um maior grau de autoconhecimento e, conseqüentemente, de autogoverno.

Portanto, ao acreditar na possibilidade do Vt como estratégia de ensino, decidimos, em continuidade a este trabalho, pela elaboração de vídeos que contemplassem alguns aspectos importantes relativos ao processo interativo CD - paciente.

Dessa forma, elaborou-se os Vts que estão apresentados a seguir.

VIDEOTEIPES COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO CD

O material descrito a seguir configura uma estratégia de ensino na perspectiva de uma formação profissional mais completa do cirurgião-dentista.

A decisão pela opção do Vt deve-se aos resultados do presente estudo que permitiram verificar que a sessão de supervisão, na qual a CD e a Pq assistiam juntas o Vt do AO e discutiam as práticas clínicas e comportamentais realizadas, sendo o foco da discussão o processo interativo profissional-paciente, possibilitou à CD ao rever a sua atuação, tomar conhecimento sobre esta e, a partir disso, ter maior governo sobre as suas ações, sobre o comportamento da paciente e sobre o AO como um todo.

Assim, pretende-se com esta estratégia de ensino dar oportunidade ao aluno de Odontologia, ou outro profissional da área da saúde, de identificar-se com o modelo apresentado no Vt, na perspectiva de que possa, a partir da identificação, refletir sobre suas próprias ações e com isso obter maior grau de autoconhecimento e autocontrole durante a sessão de atendimento.

Apresentamos, a seguir, o procedimento utilizado para a realização dos Vts, o roteiro tal qual aparecem nos Vts produzidos e a orientação para a sua utilização.

1 - Procedimento para a produção dos videoteipes (Vts)

Quando os resultados do presente estudo indicaram que uma estratégia de ensino, que possibilitaria ao CD conhecer-se e controlar seu próprio comportamento, poderia ser o Vt, o passo seguinte foi verificar quais seriam as formas mais adequadas para a sua produção. Dentre as várias possibilidades de escolha do material a ser utilizado como, por exemplo, encenar e filmar uma situação odontológica fictícia ou filmar vários atendimentos odontológicos que são realizados na Clínica de Odontopediatria, decidiu-se por usar basicamente as fitas de VHS das sessões de atendimento odontológico do próprio estudo e, na medida em que fosse necessário, utilizar-se-ia fitas de VHS de outros pacientes atendidos no Cepae. Tal escolha pautou-se nas condições que o atendimento da paciente J oferecia referentes às questões relacionadas à interação profissional-paciente.

Para que o Vt fosse produzido, fazia-se necessário um roteiro inicial que fundamentasse a escolha das imagens. Para a elaboração de tal roteiro, primeiramente pensou-se se seria adequado um Vt que contemplasse todo o AO, ou vários Vts, um para cada rotina do AO. Decidiu-se que ter um vídeo para cada rotina poderia ser mais eficaz, uma vez que cada procedimento do AO poderia ser discutido de forma

sistemática em vários aspectos e por mais tempo. Outro motivo, que direcionou tal escolha, foi o fato do docente poder escolher com qual vídeo gostaria de trabalhar em uma determinada aula, para suprir as necessidades detectadas em seus alunos. Frente à decisão de produzir os vídeos, era necessário optar por quais rotinas contemplar, uma vez que não seria possível, neste estudo, produzir um Vt para cada rotina, em função de custos e em decorrência do prazo estabelecido para a sua conclusão. Além da opção pela rotina, fazia-se necessário, também, escolher que aspectos da interação profissional-paciente seriam contemplados em cada rotina escolhida, como por exemplo: Seriam abordados os aspectos relativos à recepção do paciente? Os relativos à colaboração deste? Ao controle do comportamento? Ou outros. Esses aspectos (ou componentes psicológicos da interação) foram chamados de temas e nortearam o *script* do roteiro e a escolha das imagens.

Como já apontado, embora todas as rotinas tivessem sido consideradas importantes e mesmo sabendo da necessidade de trabalhar com as questões relacionadas ao processo interativo em todas elas, por questões funcionais optou-se por produzir dois Vts, ou seja, por contemplar apenas duas rotinas.

Na decisão de quais rotinas seriam trabalhadas, levou-se em consideração a análise dos dados que indicou ser a rotina Entrada e a rotina Anestesia Injetável, dois momentos do AO onde um maior número de categorias se apresentaram. Além disso, conforme descrito na conclusão desse trabalho, levou-se em consideração que a interação profissional-paciente na recepção do paciente (a Entrada) é determinante para a colaboração do mesmo ao longo do tratamento e que esse fato contribui, positiva ou negativamente, para a execução dos procedimentos clínicos. Quanto à rotina: Anestésico Injetável, outro motivo para a sua escolha foi o fato desse procedimento significar um momento de muita apreensão para o dentista e, portanto,

visualizar e discutir a interação profissional-paciente nesta rotina seria fundamental para a sua formação profissional.

Escolhidas as rotinas, fazia-se necessário escolher quais temas – aspectos da interação profissional-paciente - seriam trabalhados para que, a partir deles, o roteiro fosse escrito. A opção foi feita pautando-se nas categorias de análise, ou seja, considerando-se as ocorrências comportamentais que estiveram mais presentes durante a realização das rotinas, nas sessões de atendimento odontológico. Dessa forma, ficou determinado que os temas que comporiam a rotina Entrada iriam referir-se a: A Entrada, O Medo, O Controle, Olhando o Paciente e A Colaboração. Para a rotina Anestesia Injetável foram escolhidos os seguintes temas: O Significado da Anestesia, A Presença da Mãe, Reconhecendo as Reações do Paciente, Os Sentimentos do CD e O Controle.

Com as rotinas e os temas definidos, o passo seguinte foi selecionar as imagens que comporiam os Vts. Para isso, foram assistidas, além das fitas VHS do AO do presente estudo, várias outras referentes ao atendimento de diferentes pacientes atendidos no Cepae e realizados por diferentes CDs. Foram selecionados os Vts daqueles pacientes cujo AO atendiam aos critérios mencionados para a escolha dos temas e das rotinas. Essa seleção resultou na escolha dos Vts referentes ao atendimento odontológico de quatro pacientes: um referente ao sujeito da pesquisa e três de outros pacientes, A, B, e F, num total de 29 (vinte e nove) sessões. As sessões de AO foram: seis para a paciente J; sete para o paciente A, oito para a paciente B e oito para a paciente F.

A opção por utilizar situações reais de AO, na elaboração do roteiro e na produção do Vt, foi por considerar que, mesmo perdendo do ponto de vista técnico e em termos de imagem, as situações reais configuram um contexto mais confiável na

avaliação do aluno, um modelo de situação com o qual ele poderá identificar-se enquanto profissional. Ao trabalhar com questões relativas à avaliação da aprendizagem, JONASSEN (1991) relata que “o ensino deveria estar ancorado em algum contexto do mundo real” porque “se as tarefas são autênticas, então o ambiente do mundo real que está sendo modelado, recomendará as variáveis mais relevantes”. Dessa forma, decidiu-se pela utilização de uma estratégia de ensino que utilize situações do mundo real, no caso de um atendimento odontológico, com base na convicção de que será uma representação mais autêntica dos momentos vivenciados pelo aluno na clínica odontológica.

Com os Vts dos atendimentos selecionados, o passo seguinte foi separar todas as rotinas de Entrada e de Anestesia Injetável de todas as 29 sessões do AO referente aos quatro pacientes e editá-las em duas fitas distintas, uma com todas as cenas referentes à rotina de Entrada e, outra, com as referentes a Anestésico Injetável.

Cada fita editada foi assistida diversas vezes pela Pq e as imagens foram selecionadas tendo como norte os temas, a partir dos quais foi escrito o roteiro de cada rotina. Para escrever os roteiros, procurou-se utilizar o máximo possível as verbalizações da CD e da Pq que ocorreram nas sessões de supervisão. As outras falas que compuseram o roteiro foram incorporadas levando-se em consideração a aquelas que poderiam e deveriam suscitar reflexões nos graduandos (ou nos CDs) ao observarem o Vt. Não foram utilizadas as falas originais dos participantes porque o som das gravações era tecnicamente inviável. Os roteiros foram revisados por uma pedagoga, pelo coordenador do Cepae e por um técnico em Vt, além da orientadora.

Escrito os roteiros, voltou-se a assistir as fitas de Vts editadas e um novo recorte foi feito, selecionando apenas os episódios dos Vts que correspondiam ao roteiro de cada cena relativa às rotinas de Entrada e de Anestesia Injetável.

Concomitante a esse processo, de elaboração do roteiro e escolha das imagens que comporiam cada cena, procedeu-se a escolha de duas protagonistas que fariam a abertura do Vt e as falas em *off* da CD e da Pq. O critério para tal escolha foi a familiarização com o trabalho e a representação física de um modelo para os alunos da graduação. Assim, foram escolhidas: a pesquisadora porque estava envolvida e estava familiarizada com o contexto; e, uma auxiliar de pesquisa, que além de conhecer o Cepae e a pesquisa, representava, fisicamente, o modelo desejado. Escolhidas as protagonistas, as mesmas fizeram a leitura dos roteiros e treinaram suas verbalizações, individualmente e em dupla, pontuando a fala com a imagem. A fase final desse trabalho foi supervisionada por um técnico em som e imagem.

A produção final do Vt, isto é, a filmagem de cenas complementares como as imagens gerais do consultório, da técnica do conte-mostre-faça e outras; a edição (montagem das imagens na seqüência desejada); desenho (*slides* do *power point*); a animação; e, as sonorizações foram realizadas por técnicos contratados para essa finalidade, com o acompanhamento sistemático e constante da pesquisadora. Seguem-se os roteiros que foram elaborados para as rotinas: a Entrada e o Anestésico injetável.

2 - Roteiro dos Vts

Os roteiros referentes aos dois Vts estão apresentados da seguinte forma: o nome do Vt, a rotina a que se refere, introdução e objetivo do Vt, a chamada (que

representa o tema), o objetivo do conjunto de cenas e do áudio que compõem aquela chamada, uma rápida descrição da cena e o áudio completo.

Roteiro do primeiro Vt ¹¹

Nome do VT: ***“INTERAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO”***.

Rotina: ***ENTRADA DO PACIENTE***

Introdução e objetivo - (fala da pesquisadora acompanhada da imagem desta)

A questão da formação profissional é de interesse da sociedade, da academia e, principalmente, dos próprios profissionais que hoje buscam uma formação mais ampla porque sabem que há necessidade de ir além do nível técnico para a obtenção de uma visão mais ampliada da prática. Esta visão mais ampliada, na formação profissional do cirurgião-dentista, refere-se, dentre outras, às questões relativas a interação profissional-paciente. Em decorrência do avanço tecnológico, hoje, a maioria dos graduados em Odontologia parte para o mercado de trabalho com uma formação técnica relativamente homogênea e o que acaba fazendo a diferença, na conquista do sucesso profissional, é a forma como o cliente é tratado na interação com o dentista.

O objetivo deste videoteipe é discutir a interação profissional-paciente e identificar como as nuances do processo interativo poderão influenciar a relação entre ambos, no que elas poderão contribuir para o estabelecimento do vínculo de confiança entre eles e como ela poderá interferir

¹¹ - Todas as falas ou frases escritas que estão presentes no Vt estão apresentadas em itálico. As demais informações, que não aparecem no vídeo, estão apresentadas com o tipo padrão. Tal procedimento foi adotado com a finalidade de facilitar o entendimento do leitor, quando da leitura do roteiro.

no atendimento odontológico como um todo.

Cena 1

CD e Pq sentadas uma de frente para a outra, em frente de uma TV e com o controle na mão.

Audio

Oi, estamos juntas para assistirmos e discutirmos algumas sessões de atendimento odontológico realizadas por diferentes dentistas. Nossa discussão centrar-se-á na questão da interação profissional – paciente e sua relação com a realização do tratamento (a Pq fala e a CD concorda com um aceno de cabeça ou alguma expressão verbal).

Chamada: **“A ENTRADA”**

cenar: 02 até 05

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é apresentar situações onde o paciente é recebido pelo CD com atenção em algumas situações de atendimento odontológico, e, em outras ocasiões, não. A partir dessas situações diferentes, o objetivo consiste em discutir com os alunos como tem sido a construção da interação entre eles e seus pacientes, ou seja, como eles têm recebido seus pacientes e quais as possíveis conseqüências dessa forma de recepção para o atendimento odontológico como um todo.

Cena 2

Entrada da paciente no consultório – sem receber atenção da CD.

Audio

música de fundo

Cena 3

Pacientes entrando no consultório sem receber atenção da CD.

Audio

(em off) – Pq: *Sempre uma dentista recebe um paciente assim?.*
CD: *Algumas vezes sim... outras não. Parece que a dentista está olhando para ver se está tudo em ordem com o consultório, para observar e conhecer melhor o paciente... como ele veio para a sessão neste dia ... como a mãe ou o pai estão. Realmente isso é muito importante.*

Cena 4

CD e Pq discutindo frente ao Vt.

Audio

Pq: *O que você acha desse episódio?*

CD: *Acho que é assim mesmo, a gente tem que conhecer o paciente com quem vamos lidar. Temos que observar o acompanhante porque ele poderá nos ajudar ou nos atrapalhar durante um atendimento. Por isso logo na entrada temos que fazer isso mesmo, observar.*

Pq: *Neste episódio, você acha que foi possível observar o paciente e o acompanhante?*

Cd: *É às vezes foi, outras não.*

Cena 5

Entrada da paciente no consultório – recebendo atenção da CD (a recepção de mais de um paciente).

Audio

(em off) CD: *Bem... parece que quando se recebe o paciente de forma mais calorosa, dando mais atenção a ele, dá a impressão que ele nos vê de outra forma. Até sinto que a sessão vai rolar mais leve, que será mais produtiva...*

(em off) Pq – *E no que você acha que isso contribui para as atividades clínicas?*

(em off) CD: *Parece que fica mais fácil de realizar. Porque o tempo que a gente perde com a paciente, na verdade não é bem um tempo perdido, não é.*

(em off) Pq: *E que tempo é esse então?*

(em off) CD: *É um tempo que na verdade você ganha, porque o paciente fica mais colaborador e aí você ganha tempo no desenvolvimento das práticas clínicas.*

(em off) Pq: *Isso acontece sempre e com todos os pacientes? Ou seja, sempre que recebemos um paciente de forma mais receptiva, mais calorosa... isso facilita a realização das práticas clínicas?*

Cena 6

Chamada para discussão, com figura do *power point*: “O que vocês acham disso?”

Audio

Discussão com a classe.

Chamada: “**O MEDO**”

cenar: 07 e 08

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é discutir o medo do paciente frente à situação odontológica e levar o aluno a identificar as diferentes formas utilizadas, pelo paciente, para manifestar o seu medo. É possível, também, discutir com os alunos o medo do dentista vivenciado durante uma sessão de atendimento odontológico. A partir desse contexto, pode-se discutir as atitudes que podem ser tomadas e que favorecem a interação profissional-paciente e podem auxiliar o paciente e o CD no enfrentamento desse medo durante o atendimento odontológico.

Cena 7

Audio

A paciente dirigindo-se para a cadeira ou sentada nesta, olhando para a CD e para o ambiente, antes de iniciar um procedimento clínico (cenas de vários pacientes).

(texto em off) - CD: *Quando nos distanciamos da situação de atendimento, vemos o contexto de forma diferenciada. Por exemplo, agora vendo o VT noto que esta paciente parece estar com medo, mas não é sempre que percebemos isso durante a sessão. Mas muitas vezes percebemos.....*
(texto em off) Pq: *É... parece que esta também está com medo.*
(texto em off) CD: *Pois é, observe o choro, o olhar dela, a respiração ofegante. Mesmo que no filme não se perceba claramente, na situação, a gente percebe isso e pensa: “ela tem um medo muito grande”.*

Cena 8

Audio

Imagens da CD conversando com a paciente tentando acalmá-la.

(texto em off) Pq: *Legal você perceber isso porque demonstra que você é atenta ao seu paciente. Mas e daí, você percebe que ela está com medo e faz o que?*
(texto em off) CD: *Ah... procuro fazer o que esta dentista está fazendo, conversar com ela, explicar que não precisa ter medo enfim, coisas assim ...para acalmar para ajudar, não é.*
(texto em off) Pq: *Sei... e se isso não funcionar, o que pode ser feito então?*

Cena 9

Audio

Chamada para discussão, com figura do *power point*: “E agora, o que vocês acham?”

Discussão com a classe.

Chamada: “**O CONTROLE**”

cenar: 10 e 11

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenar é discutir as formas de coerção que o dentista pode utilizar durante um atendimento odontológico e suas conseqüências no processo interativo de todos os participantes envolvidos, bem como quais poderão ser as conseqüências para o próprio atendimento. Esse momento deverá, também, levar os alunos a refletirem sobre outras formas de controle e suas conseqüências no processo interativo.

Cena 10

Audio

Imagens com a paciente querendo sair da cadeira ou sair da sala e a CD tentando impedir.

(texto em off) CD: *Bom... quando eu tento acalmar um paciente e não consigo, eu penso que eu tenho que fazer qualquer coisa para realizar o procedimento....*

(texto em off) Pq: *Porque você acha isso... que tem realizar o procedimento de qualquer maneira.*

(texto em off) CD: *Por que? Porque a mãe veio até aqui e espera que a gente faça alguma coisa. O paciente também... se eu não fizer nada, da próxima vez ele também não vai deixar eu chegar perto dele. Ele vai fazer de tudo para impedir a realização da sessão.*

Cena 11

Audio

CD e Pq conversando em frente do VT.

Pq: *como é que você se sente quando tem que agir assim?*

CD: *Não é legal. Principalmente nas primeiras vezes que a gente tem que agir dessa forma ... segurar um paciente... é como se a mãe ou a paciente dissessem ..."puxa, olha como ela é..." , não sei bem... a gente sente uma coisa estranha.*

Pq: *Depois fica melhor...*

CD: *Não que fique melhor, mas a gente vai ... se adaptando.*

Cena 12

Audio

Chamada para discussão, com figura do *power point*: “Vamos discutir?”

Discussão com a classe.

Chamada: “**OLHANDO O PACIENTE**”

cenas: 13 à 15

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é levar o aluno a observar as diferentes maneiras que o paciente utiliza para demonstrar os seus sentimentos, como o dentista os interpreta e que sensações provocam no CD. A partir desse contexto, interessa discutir com os alunos o que significa estar sob controle do comportamento do paciente e da situação odontológica de uma forma consciente e que, esta consciência, poderá levar o CD a adotar determinadas atitudes que favoreçam um maior controle do seu comportamento e da situação odontológica. A partir da observação do comportamento do paciente e de seu próprio comportamento, o dentista poderá, por exemplo, usar uma técnica de relaxamento ou de distração para obtenção da colaboração em determinados momentos do AO.

Cena 13

Audio

A paciente olhando ao redor, procurando identificar o que está acontecendo e olhando para a CD.

(texto em off) – CD: *Quando acontece um momento como este aí, eu fico pensando... eu acho que ela bem parece desconfiada... que ela está pensando que algo vai-lhe acontecer.*

(texto em off) Pq.: *Como se ela estivesse pressentindo que vai enfrentar um momento difícil que ela não sabe bem o que é?*

(texto em off) CD.: *É isso mesmo, como quem pensa “o que será que vai acontecer comigo?”*

Cena 14

A paciente olhando ao redor, olhando na bandeja, olhando pelo espelho o que acontece ao seu redor, olhando e falando com a CD.

Audio

(texto em off) – Pq: *Por que você fica com essa impressão?*
(texto em off) - CD: *a forma como ela olha.... ela fica deitando e sentando... coisas que ela pergunta a posição do corpo dela.... essas coisas, ficam dando pistas pra gente que ela não está confiando, que ela está com medo.*

Cena 15

A paciente descontraída, conversando e sorrindo para a CD e a auxiliar.

Audio

Música

(em off) – Pq: *E observando essas outras situações...*

Música

Cena 16

Chamada para discussão, com figura do *power poin*: “*Discussão*”

Audio

Discussão com a classe

Chamada: “**A COLABORAÇÃO**”

cenar: 17 à 19

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é levar o aluno a perceber a importância da organização do consultório, quando da recepção do paciente, e como isso poderá influenciar na interação profissional-paciente e, conseqüentemente, na promoção da colaboração do paciente durante o atendimento odontológico. Discutir com o aluno que a colaboração do paciente não depende somente do paciente, mas sim

de um conjunto de fatores como os acima mencionados (a recepção, o tratamento dado ao medo, ao tipo de controle que se exerce sobre ele e a atenção às suas manifestações comportamentais) e também aqueles referentes ao ambiente no qual os participantes estão inseridos (a organização, a limpeza, os instrumentais que estão a mostra, a decoração, etc.). Portanto, a construção da colaboração do paciente é um processo que deverá iniciar-se antes da chegada do paciente ao consultório e continuar em todos os momentos do atendimento odontológico.

Cena 17

Imagens da CD arrumando o consultório .

Audio

(texto em off) Pq: *no que você acha que a aparência do consultório contribui para a sessão?*
(texto em off) - CD: *Ah... é muito mais fácil quando está arrumado, mas nem sempre a gente tem tempo de arrumar. Às vezes, é muito corrido entre um paciente e outro, não dá tempo de arrumar, por mais que a gente se esforce.*
(texto em off) - Pq: *E quando isso acontece?*
(texto em off) - CD: *Ah! Quando isso acontece.... o paciente tem que ficar esperando a gente arrumar, porque não tem outro jeito.*

Cena 18

Imagens da sala, da bancada, do canto lúdico arrumados.

Audio

(em off) Pq: *E quando está em ordem?*
(texto em off) - CD: *quando a sala está em ordem é muito mais fácil o atendimento, dá pra gente receber melhor o paciente, dar atenção, conversar um pouco com a mãe... parece que a gente já começa o atendimento com outra disposição e o paciente parece que corresponde a isso....*

Cena 19

Imagens da paciente conversando e sorrindo para a CD; às vezes com uma postura rígida (vários pacientes).

Audio

(em off) Pq.: *um consultório arrumado e uma CD receptiva na entrada parecem contribuir para a colaboração da paciente durante o atendimento.*
(texto em off) - CD: *Quando recebemos e tratamos o paciente com carinho e atenção, o atendimento fica mais leve, tranquilo, agradável*

Fim do Vt

Discutir com os alunos

Roteiro do segundo Vt

Nome do VT: **“INTERAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO”**.

Rotina: **A ANESTESIA**

Introdução e objetivo - (fala da pesquisadora acompanhada da imagem desta)

A questão da formação profissional tem sido de interesse da sociedade, da academia e, principalmente, dos próprios profissionais que hoje buscam por uma formação mais ampla porque sabem que há necessidade de ir além do nível técnico e buscar uma visão mais ampliada da prática. Esta visão mais ampliada, na formação profissional do cirurgião-dentista, refere-se, dentre outras, às questões relativas a interação profissional-paciente. Em decorrência do avanço tecnológico, hoje, a maioria dos graduados em Odontologia parte para o mercado de trabalho com uma formação técnica relativamente homogênea e o que acaba fazendo a diferença, na conquista do sucesso profissional, é a forma como o cliente é tratado na interação com o dentista.

O objetivo deste videoteipe é discutir a interação profissional-paciente e identificar como as nuances do processo interativo poderão influenciar a relação entre ambos, no que elas poderão contribuir para o estabelecimento do vínculo de confiança entre eles e como poderá interferir no atendimento odontológico como um todo.

Cena 1

Audio

CD e Pq sentadas uma de frente para a outra, em frente de uma TV e com o controle na mão.

Oi, estamos juntas para assistirmos e discutirmos algumas sessões de atendimento odontológico realizadas por diferentes dentistas. Nossa discussão centrar-se-á na questão da interação profissional – paciente e sua influência para a realização do tratamento (a Pq fala e a CD concorda com um aceno de cabeça ou alguma expressão verbal).

Chamada: “O SIGNIFICADO DA ANESTESIA”

Cenas: 02 a 06

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é, inicialmente, discutir como a anestesia é compreendida pelo CD enquanto um procedimento clínico a ser realizado num paciente infantil. Num segundo momento, o interesse está voltado para analisar a viabilidade e as conseqüências da utilização de uma “técnica comportamental” na realização desse procedimento.

Cena 2

Audio

Imagens da anestesia sendo preparada.

(texto em off) CD: *Quando falamos de anestesia, esta parece ser uma tarefa comum ... como outra qualquer. Mas quando a gente sabe que vai fazer uma e ... em uma criança ...*

(texto em off) - Pq: *Preocupa?*

(texto em off) - CD: *É ... preocupa e a gente fica pensando... como introduzir a paciente neste processo de anestesia?*

Cena 3

Audio

Imagem da anestesia sendo preparada.

(texto em off) CD: *Ah! Tem essa coisa de injeção, não é. Aí... já vem a lembrança de outras situações onde a injeção está presente... A farmácia e as vacinas... tem criança que não entende... chora...*

Cena 4

Imagem da anestesia sendo apresentada para a paciente

Audio

(em off) Pq: *Por que não fazer desse procedimento, um procedimento como qualquer outro e utilizar uma técnica comportamental como esta que está sendo utilizada por esta dentista?*

Cena 5

Imagens da técnica do conte-mostre-faça

Audio

(em off) Pq: *Olhe esta dentista. Observe como ela apresenta a anestesia para a sua paciente.*

(texto em off) - CD: *É... às vezes, isso dá certo e, às vezes não dá...*

Cena 6

Imagens de pacientes sendo submetidos a aplicação da anestesia injetável.

Audio

Música

Cena 7

Chamada para discussão, com figura do *power point*: *“O que vocês pensam sobre isso?”*

Audio

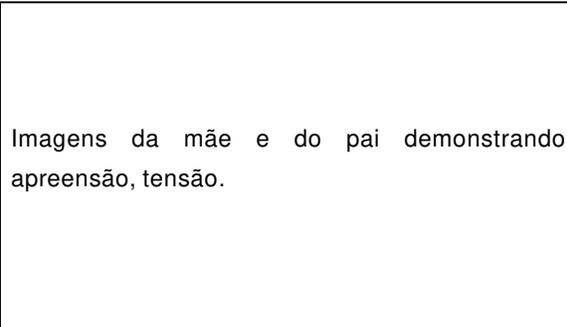
Discussão em sala

Chamada: **“A PRESENÇA DA MÃE”**

Cenas 08 e 09

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é fazer com que o aluno identifique como a presença da mãe, durante a realização da anestesia, pode significar um elemento importante para a obtenção da colaboração do paciente.

Cena 8

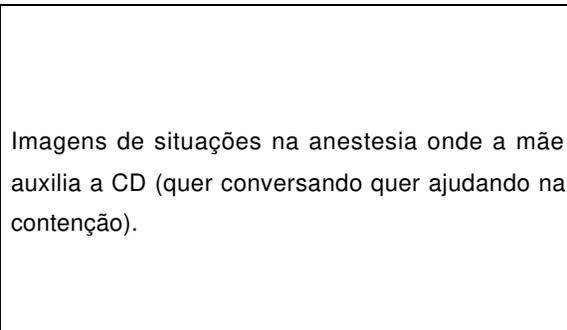


Audio

(Em off) Pq: *E a mãe... o pai, enfim o acompanhante. Como é te-los no consultório, nesta hora...*

(texto em off) - CD: *Ah! Tem alguns que ajudam... mas a maioria não. Eles podem ficar tensos e, muitas vezes, a criança fica muito pior quando a mãe ou o pai está junto, mas outras não.*

Cena 09

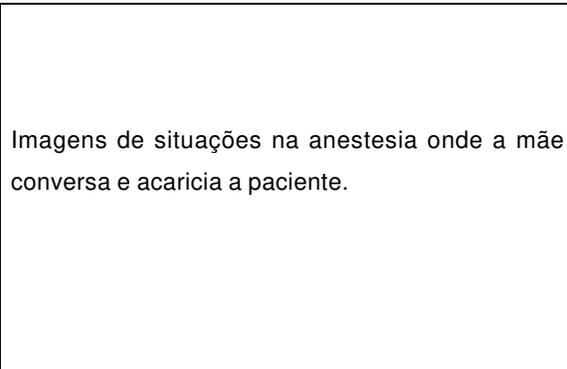


Audio

(em off) Pq: *Conseguir a ajuda da mãe facilita?*

(texto em off) - CD: *Muito ... porque se a mãe ajuda, a gente fica mais livre para realizar o procedimento.*

Cena 10



Audio

(em off) Pq: *É uma mãe calma, que acaricia, que conversa... tranqüiliza o paciente e isso parece que ajuda e deixa o paciente mais à vontade.*

(em off) CD: *É permite-nos concentrar no procedimento, quase que exclusivamente, e isso faz com que ele seja mais rápido e de melhor qualidade. Você pinça no lugar certo e introduz a quantidade certa de anestésico.*

Cena 11

Audio

Chamada para discussão, com figura do *power point*: “Quando a mãe pode ajudar?”

Discussão em sala.

Chamada: “**RECONHECENDO AS REAÇÕES DO PACIENTE**”

Cenas 12 a 14

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é discutir como o CD avalia as reações comportamentais do paciente durante a realização da anestesia e como ele se comporta frente a elas, ou seja, o que ele faz para tornar o momento da anestesia menos tenso para o paciente e para si mesmo.

Cena 12

Audio

Imagens de aplicação do AI sem o uso de contenção física.

Música

(em off) Pq: *É possível realizar a anestesia em pacientes de pouca idade sem o uso de contenção física?*

Cena 13

Audio

Imagens de paciente que colaboram durante a aplicação do anestésico.

(em off) Pq: *Será que esse procedimento é sempre desagradável?*

Cena 14

Audio

Imagens de pacientes colaborando mas choramingando ou reclamando.

(em off) Pq: *Mesmo que o paciente colabore durante esse procedimento, o que você acha que ele sente neste momento? Por que será que ele se movimenta? O que você acha disso?*

Cena 15

Audio

Chamada para discussão, com figura do *power point*. "Vamos discutir?"

Discussão com a classe

Chamada: "OS SENTIMENTOS DO CD"

Cenas 16 a 22

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é levar os alunos a identificarem seus sentimentos durante a realização da anestesia e discuti-los na perspectiva de analisar seus receios, suas crenças e suas inseguranças.

Cena 16

Audio

Imagens de choro e comportamentos de não colaboração e tentativas de fuga.

(em off) CD: *Neste momento, eu penso que ele sente muito medo, né.*
(texto em off) - Pq: *Por que você acha isso?*
(texto em off) - CD: *Ah! Pelo jeito dele, como ele se comporta, às vezes fica rígido... outras com a respiração ofegante... ou se movimenta... parecendo querer sair da situação. Tem paciente que chora... grita ou procura apoio na mãe... Resiste para deitar-se novamente... Por mais que a gente tente falar com ele, se bem que é difícil falar nessa hora, mesmo assim, às vezes, a gente tenta falar.*

Cena 17

Imagens de pacientes não colaboradores.

Audio

(em off) Pq: *E os sentimentos da dentista. Como você se sente quando vai realizar uma anestesia ou quando você começa e o paciente não colabora ou chora?*

Cena 18

Imagens do paciente não colaborando.

Audio

(em off) CD – *às vezes eu sinto raiva porque quero fazer, preciso fazer e fazer bem feito e o paciente não deixa.*

Cena 19

Imagens do paciente colaborando durante a aplicação da anestesia.

Audio

(em off) CD: *Às vezes, mesmo correndo tudo bem, eu sinto medo porque eu penso... e se eu errar?*

Cena 20

Imagens de não colaboração do paciente durante a aplicação da anestesia.

Audio

(em off) CD: *Às vezes, eu me sinto insegura porque eu penso ... será que eu é que não estou sabendo lidar com a situação de uma forma adequada?*

Cena 21

Imagens de um paciente agarrando a mãe.

Audio

(em off) CD: *Às vezes, eu me sinto impotente porque eu quero fazer, já tentei de tudo, a mãe está aí, do lado, parece que esperando que eu dê conta e a criança*

Cena 22

Audio

Chamada para discussão, com figura do *power point*: “O que um dentista sente neste momento?”

Discussão em sala

Chamada: “**O CONTROLE**”

Cenas: 23 a 26

Objetivo: O propósito desse conjunto de cenas é discutir a contenção física, sua necessidade para a execução do procedimento, suas conseqüências para o processo interativo e a viabilidade de utilização de outras formas de controle comportamental.

Cena 23

Audio

Imagens do procedimento sendo realizado sem contenção física.

(em off) Pq: *Há alternativas para a contenção física, durante a anestesia?*

Cena 24

Audio

Imagens do CD e da auxiliar cantando para a paciente enquanto realiza a anestesia.

(em off) Pq: *O canto pode ser uma alternativa?*

Cena 25

Audio

Imagens da CD conversando com a paciente e a auxiliar acariciando seu braço.

(em off) Pq: *uma conversa... um carinho... podem ser alternativas?*

Cena 26

Audio

Chamada para discussão, com figura do *power point*: “Existem alternativas?”

Discussão em sala

3 - Orientação para a utilização dos vídeos: interação profissional-paciente e o atendimento odontológico

Com o propósito de proporcionar aos usuários dos Vts uma visão geral dos conteúdos abordados e orientá-los quanto ao seu uso, foram elaboradas algumas sugestões. Tais sugestões compõem o guia: “Algumas orientações e sugestões para utilização dos Vts” e está apresentado a seguir. Este guia acompanha a fita de vídeo e contém a apresentação do vídeo referente “A Entrada” e o referente a “Anestesia Injetável”.

Guia: “Algumas orientações e sugestões para utilização dos Vts”¹²

Ambos os Vts – o referente à rotina A Entrada e o referente à rotina Anestesia Injetável – compõem, em conjunto, o Vt denominado “Interação profissional-paciente e o atendimento odontológico” e representa uma estratégia de ensino a ser utilizada na formação profissional do cirurgião-dentista.

O Vt referente à rotina A Entrada apresenta, por meio de imagens e diálogos, aspectos importantes sobre o processo interativo entre o profissional e o paciente quanto à recepção deste último. O objetivo deste Vt é discutir a influência do momento da recepção sobre o comportamento do paciente, do acompanhante e da CD ao longo da sessão de AO, bem como identificar como tal recepção poderá contribuir para facilitar, ou dificultar, a realização das práticas clínicas subsequentes.

O Vt referente à Anestesia Injetável apresenta, por meio de imagens e diálogos, aspectos do processo interativo entre o profissional e o paciente, na perspectiva de compreender o que esse procedimento representa para o CD e para o paciente, e quais são as alternativas de manejo do comportamento do paciente, além da contenção física.

Para orientar você, professor e usuário desses vídeos, sobre o conteúdo dos mesmos, está apresentado a seguir, um breve relato sobre o objetivo das cenas e dos áudios apresentados no Vt, bem como quais discussões poderão ser suscitadas ao assistir tais Vts.

¹² - O texto presente no Guia está apresentado com letras do tipo monotype corsiva.

1º VÍDEO: Interação Profissional-paciente durante o Atendimento Odontológico – rotina: A Entrada.

Este vídeo aborda os seguintes temas com seus respectivos objetivos:

1. “A Entrada”: esse tema tem como objetivo apresentar situações onde o paciente é recebido pelo CD com atenção em algumas situações de atendimento odontológico, e, em outras ocasiões, não. A partir dessas situações diferentes, o professor deverá discutir com os alunos como tem sido a construção da interação entre eles e seus pacientes, ou seja, como eles têm recebido seus pacientes e quais as possíveis consequências dessa forma de recepção para o atendimento odontológico como um todo.

2. “O Medo”: no conjunto de cenas que compõem esse vídeo, o objetivo é discutir o medo do paciente frente à situação odontológica e levar o aluno a identificar as diferentes formas utilizadas, pelo paciente, para manifestar o seu medo. É possível, também, discutir com os alunos o medo do CD vivenciado durante uma sessão de atendimento odontológico. A partir desse contexto, o professor poderá discutir com os alunos as atitudes que podem ser tomadas e que favorecem a interação profissional-paciente e podem auxiliar o paciente e o CD no enfrentamento desse medo durante o atendimento odontológico.

3. “O Controle”: o objetivo aqui é discutir as formas de coerção que o dentista pode utilizar durante um atendimento odontológico e suas consequências no processo interativo de todos os participantes envolvidos, bem como quais poderão ser as consequências para o próprio atendimento. Nesse momento o professor deverá, também, levar os alunos a refletirem sobre outras formas de controle e suas consequências no processo interativo.

4. “Olhando o paciente”: o objetivo é levar o aluno a observar as diferentes maneiras que o paciente utiliza para demonstrar os seus sentimentos, como o dentista os interpreta e que sensações provocam no CD. A partir desse contexto, o professor poderá discutir com os alunos o que significa estar sob controle do comportamento do paciente e da situação odontológica de uma forma consciente e que, esta consciência, poderá levar o CD a adotar determinadas atitudes que favoreçam um maior controle do seu comportamento e da situação odontológica. A partir da observação do comportamento do paciente e de seu próprio comportamento, o dentista poderá, por exemplo, usar uma técnica de relaxamento ou de distração para obtenção da colaboração em determinados momentos do A.O.

5. “A Colaboração”: o objetivo é levar o aluno a perceber a importância da organização do consultório, quando da recepção do paciente, como isso poderá influenciar na interação profissional-paciente e, conseqüentemente, na promoção da colaboração do paciente durante o atendimento odontológico. O professor poderá discutir com os alunos sobre o fato da colaboração do paciente depender de outros fatores, além do próprio paciente, como os mencionados no vídeo (a recepção do paciente, o tratamento dado pelo CD ao medo, ao tipo de controle que se exerce sobre o paciente e a atenção às manifestações comportamentais deste) e aqueles referentes ao ambiente no qual os participantes estão inseridos (a organização, a limpeza, os instrumentais que estão a mostra, a decoração, etc.). Portanto, a construção da colaboração do paciente é um processo que deverá iniciar-se antes da chegada do paciente no consultório, e continuar em todos os momentos do atendimento odontológico.

2º VÍDEO: Interação Profissional-paciente durante o Atendimento Odontológico – rotina: Anestesia Injetável.

Este vídeo aborda os seguintes temas com seus respectivos objetivos:

1. “O Significado da anestesia”: esse tema tem como objetivo discutir como a anestesia é compreendida pelo CD enquanto um procedimento clínico a ser realizado num paciente infantil. Num segundo momento, o objetivo está direcionado para analisar a viabilidade e as conseqüências da utilização de uma técnica comportamental na realização desse procedimento.

2. “A Presença da mãe”: o objetivo deste tema é fazer com que o aluno identifique como a presença da mãe, durante a realização da anestesia, pode significar um elemento importante para a obtenção da colaboração do paciente.

3. “Reconhecendo as reações do paciente”: o objetivo aqui é discutir como o CD avalia as reações comportamentais do paciente durante a realização da anestesia e como ele se comporta frente a elas, ou seja, o que ele faz para que o momento da anestesia seja menos tenso para o paciente e para si mesmo.

4. “Os Sentimentos do CD”: o objetivo é levar os alunos a identificarem seus sentimentos durante a realização da anestesia e discutir-los na perspectiva de analisar seus receios, suas crenças e suas inseguranças.

5. “O Controle”: o objetivo é discutir a contenção física, sua necessidade para a execução do procedimento, suas conseqüências para o processo interativo e a viabilidade de utilização de outras formas de controle comportamental.

Algumas alternativas para a realização das discussões, a partir dos vídeos, em sala de aula:

O professor poderá:

- 1. ter um roteiro previamente elaborado com o objetivo de dirigir a audiência para os aspectos específicos da dinâmica do processo interativo.*
- 2. trabalhar com as questões que emergirem do próprio grupo.*
- 3. coordenar uma discussão semidirigida, ou seja, elaborar algumas questões amplas de acordo com as necessidades e interesses do apresentador e da audiência.*

Como mencionado anteriormente, compõe cada um desses temas um conjunto de imagens e áudio, e ao final destas, há um espaço reservado para a discussão (cujas chamadas, no Vt, têm sugestões do tipo: “vamos discutir?” “O que você acha disso?” “O que você faria?”, dentre outras).

Como sugerido no “Guia do Vt”, no momento da discussão, o professor poderá ter um roteiro elaborado com antecedência se sua intenção for dirigir a audiência para aspectos específicos da dinâmica do processo interativo. Outra forma de conduzir a discussão seria, ao final de cada tema, trabalhar com as questões que emergirem do próprio grupo. Outra forma, ainda, poderia ser uma discussão semidirigida, ou seja, ter algumas questões amplas de acordo com as necessidades e interesses do apresentador e da audiência. Assim, existem diversas e diferentes possibilidades de utilização dessa estratégia de ensino. Estes vídeos poderão também ter outra utilidade, além da sua utilização como estratégia de ensino em sala de aula, como, por exemplo,

poderiam ser utilizados como instrumento de coleta de dados em pesquisas sobre o processo de ensino-aprendizagem ou mesmo sobre momentos específicos do atendimento odontológico.

Após a apresentação e discussão dos Vts com os alunos, o professor poderia encerrar a aula da seguinte maneira:

“Como observamos por meio do Vt e discutimos em sala, o estabelecimento de um padrão interativo de qualidade contribui significativamente para a realização de um procedimento odontológico com a colaboração do paciente. O Vt demonstrou, também, que a qualidade da interação tem influência significativa no estabelecimento de relações de amizade, de confiança e de respeitabilidade entre o profissional e o paciente, mesmo que, às vezes, o paciente não colabore durante a realização de um procedimento ou de uma sessão. Mostrou ainda que a qualidade da interação contribui para a realização das práticas clínicas durante o atendimento odontológico. Assim, pode-se afirmar que a forma como o CD interage com o paciente e seu acompanhante, influencia o comportamento deste paciente na próxima sessão, o comportamento do próprio dentista e o desenvolvimento dos atendimentos odontológicos subsequentes”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar de formação profissional com vistas ao mercado de trabalho, nos dias de hoje é falar de “um novo tipo de profissional, com capacidade de tirar partido das mudanças em curso, convertendo-as em fator de diferenciação, de apuro da qualidade e da competitividade pessoal e do produto do seu trabalho” (CARVALHAL e FERREIRA, 2000). Esta maneira de conceber o profissional refere-se também ao profissional de saúde e, portanto, ao cirurgião-dentista. Pode-se observar uma dessas mudanças na forma como o paciente é concebido hoje, ou seja, ele é considerado, por muitos, não mais como um “paciente” que atribui ao profissional toda a responsabilidade na condução do tratamento, mas como um “cliente” que questiona e exige seus direitos.

Para conseguir contemplar tal formação, colocada no parágrafo anterior, faz-se necessário que o profissional conheça tecnicamente seu trabalho, mas, certamente o fator de diferenciação refere-se ao desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais com as quais o CD realizará o seu trabalho. Assim, é importante que aprenda a oferecer, ao cliente (paciente), satisfação no atendimento e a qualidade requerida no tratamento. Paralelamente a isso, o trabalho do CD deve propiciar-lhe, também, a

realização pessoal e profissional, contribuindo, dessa forma, para uma vida saudável e feliz, pois segundo diferentes autores, é a profissão que contribui para a construção da identidade social de uma pessoa e é determinante no seu dia-a-dia (ZANELLI, 1996, CODO, 1998).

Pensar em um processo de formação, que contribua para a qualidade de vida do futuro profissional (realização pessoal e profissional) e qualidade no atendimento ao paciente (cliente), demanda uma revisão de conceitos ainda correntes do processo de ensino-aprendizagem. Tal processo não pode mais ser pautado nas práticas tradicionais de ensino, isto é, na relação vertical em sala de aula, na qual o professor ensina (papel ativo) e o aluno aprende (papel passivo). Há que se pensar em relações horizontais de ensino-aprendizagem nas quais professor e aluno desempenhem papéis distintos, mas mais ativos.

Ao professor cabe a responsabilidade pelo “ensino dos conhecimentos produzidos pela humanidade a respeito da realidade, bem como dos conhecimentos já produzidos em relação ao próprio homem” (ZANOTTO, 2000, pg.94). Essa transmissão do conhecimento implica em ensinar ao aluno, futuro profissional, aquilo que os outros já sabem, para que ele não tenha que descobrir por si só, uma vez que demandaria muito tempo e poderia ser infrutífero.

Para a autora ZANOTTO (2000), o aluno deve deixar de ser somente um depositário de informações transmitidas por outros e passar a ser uma pessoa que administra o seu conhecimento, uma vez que lhe cabe a possibilidade de promover as contingências de reforço, ou as conseqüências de seus comportamentos, no processo educacional, como em qualquer outro processo (Skinner, 1967).

Dessa forma, compete às esferas educativas oferecer condições de ensino que forneçam os conhecimentos já adquiridos, desenvolver no aluno a capacidade de gerenciar sua aprendizagem e oferecer de um repertório comportamental que lhe permita sobreviver fora dos espaços acadêmicos. “... Skinner analisa o comportamento da escola em geral, e do professor em particular, naquilo que ambos têm de responsabilidade maior: responder efetivamente pela transformação do aluno em direção a um indivíduo competente e autônomo, pronto para responder às transformações que virá a enfrentar (o que ele chama de educar para o futuro)” (LUNA apud ZANOTTO, pg. 9). Neste sentido, faz-se necessário encontrar maneiras adequadas de fazer com que o aluno se aproprie das informações transmitidas pelos diferentes contextos com os quais interage, na busca da construção de conhecimentos, e possa tornar-se autônomo e competente frente à sociedade na qual está inserido e será atuante.

Este estudo demonstrou que uma maneira de apropriar-se de um conhecimento específico – a interação profissional-paciente (tão essencial à formação e ao desenvolvimento profissional) – pode ser por meio da visualização do próprio processo interativo durante o atendimento odontológico, através de Vts. Constatou-se que, a medida que o profissional podia observar e discutir sua própria ação, também obtinha maior grau de autoconhecimento, o que lhe possibilitava maior controle sobre suas ações, tornando-o mais seguro tanto em relação as suas práticas clínicas quanto em relação ao manejo do comportamento do paciente e da mãe. Como nos aponta a literatura, quando uma pessoa conhece a si mesma, esse conhecimento possibilita-lhe o autocontrole (SKINNER, 1972; TOURINHO, 1995; SÉRIO, 1997). Então, pode-se dizer que o “conhecer-se” promove maior segurança na atuação profissional e pode-se supor que esta segurança seja transferida para qualquer ambiente onde o profissional atuará, contribuindo para a sua autonomia profissional.

A aquisição do autoconhecimento por uma pessoa, tão fundamental para a formação e o desenvolvimento profissional, é adquirida no contato com o outro, por meio do *feedback* (BANDURA, 1969; SKINNER, 1972; TOURINHO, 1995; SÉRIO, 1997). Uma das diversas formas de obter-se *feedback* do próprio comportamento consiste em observar o outro e colocar-se no lugar deste.

Assim, no processo de formação profissional faz-se necessário pensar em estratégias que possibilitem ao aluno observar-se ou observar o outro, colocando-se no seu lugar de modo a caminhar em direção ao autoconhecimento. Para SKINNER (1987) “a auto-observação ou consciência emerge quando uma pessoa pergunta, a uma outra, questões tais como: “O que você vai fazer?” ou “Por que você fez aquilo?” (pg. 54). Uma estratégia que permite a observação de si e/ ou do outro é o Vt. Este favorece também, o confronto com as questões citadas, na medida em que o aluno, ao colocar-se no lugar do outro (modelo apresentado no Vt), poderia responder sobre o que faria ou porque faria determinadas coisas, em determinadas situações.

Este estudo demonstrou que o Vt pode configurar-se em um poderoso instrumento de ensino, capaz de criar condições favoráveis para o aluno colocar-se no lugar do outro (o modelo do Vt) e, nesse processo, refletir sobre as ações desse outro e, em consequência, sobre as próprias, aumentando o conhecimento sobre si e sobre o contexto odontológico. O conhecimento sobre a sua ação possibilitará maior controle no seu cotidiano profissional. Dito de outra forma, o Vt possibilitará ao aluno construir um repertório comportamental necessário ao seu desenvolvimento profissional, de forma a incluir a variedade de comportamentos necessários para produzir efeitos reforçadores sobre o seu ambiente e sobre si.

O Vt possibilitará ainda que o aluno, ao tomar conhecimento da própria ação, através das situações reais do AO, possa ter maior controle sobre a sua interação com o

paciente. Ou seja, o autoconhecimento e o autocontrole lhe permitirão lidar com a interação de modo intencional, planejando as contingências de reforçamento para o seu comportamento, o que poderá favorecer sua atuação clínica e oferecer ao paciente um atendimento odontológico menos estressante e mais tranquilo.

Segundo SADALLA (1998) “A pessoa pode contemplar-se no vídeo, a partir de infinitos pontos de vista, tomando consciência de si mesma, de sua imagem, do som de sua voz, de sua postura, de seus gestos e de suas atitudes, enfim, pode, inclusive, perceber como as outras pessoas a vêem” (pág.15). No caso desses Vts, o aluno não verá a si mesmo no monitor, mas sim seus pares atuando e, neste contexto, poderá identificar-se enquanto um profissional pertencente à categoria CD. Dessa forma, poderá contemplar uma imagem semelhante à sua e reconhecer-se no tom de voz, nas palavras ditas, na postura, gestos e atitudes, enfim tomar consciência de sua ação por meio do outro e, a partir desse reconhecimento, modificar intencionalmente o comportamento que avaliar como inadequado.

Outra vantagem do vídeo, é poder ser revisto muitas vezes e com isso, o aluno poderá identificar e discutir os produtos da influência do seu comportamento sobre o paciente e sobre os procedimentos odontológicos e vice-versa, podendo hipotetizar como poderia fazer diferente e quais resultados obteria. Ver e rever possibilita a aprendizagem de respostas (das mais simples às mais complexas) através da observação do comportamento de outras pessoas e de suas conseqüências. Assim, poderá aprender respostas apropriadas observando o desempenho de modelos ou extinguir respostas observando modelos (BANDURA, 1969). Entendendo aqui o comportamento de ver e repetir não como algo mecânico, mas sim como olhar para a ação posta, entender o que há nela para poder apreendê-la, construir em si tal ação e, posteriormente testá-la para verificar as suas conseqüências.

Para que o Vt possa ser utilizado como um instrumento que possibilite ao CD em formação reconhecer-se no outro, o mesmo deve ser usado de forma intencional pelo professor. Este deve criar condições para que o aluno desempenhe um papel ativo na discussão do conteúdo do Vt. Dito de outra forma, não deve permitir que o mesmo seja apenas um expectador, que meramente assiste um colega atuando.

O uso do Vt neste trabalho assemelha-se ao estudo de SCHIMIDT (1999), no qual a autora o propõe, como estratégia no ensino de comportamentos relativos a auto-cuidados em pessoas com problemas mentais. Tal como o estudo de Schimidt, este também possui algumas limitações, como: aborda apenas alguns conteúdos básicos relacionados ao AO (foram trabalhados no Vt alguns aspectos do processo interativo dentro das rotinas: Entrada e Anestesia Injetável) e é uma experiência limitada, pois seu aprimoramento depende de ações como: a análise de como inseri-lo em um programa mais amplo de formação profissional do CD, a análise de quais atividades seriam ideais para complementar este material e de como utilizar este material para obter melhores resultados (o graduando assistindo junto com os professores e esclarecendo as dúvidas durante a apresentação, ou os alunos assistindo os Vts e discutindo com colegas e professor em sala de aula, dentre outras). Tais aspectos, no entanto só poderão ser superados pela utilização e avaliação do Vt, com posteriores reformulações, se necessário.

Outro fato que não se pode perder de vista é que, qualquer que seja o procedimento utilizado para o uso dos Vts, é importante ressaltar que os mesmos constituem uma estratégia de ensino que tem como objetivo servir de apoio ao educador no processo de formação profissional. Ou seja, esses Vts são mais uma ferramenta para ser utilizada em sala de aula e possibilitam ao professor um desenvolvimento mais completo do seu plano de ensino, na perspectiva da consecução

dos seus objetivos. Assim, os mesmos devem ser utilizados como uma ferramenta educacional e não em substituição ao professor ou ao conteúdo por ele ministrado.

Assim, pode-se dizer que “os vídeos instrucionais são elementos que podem ser incluídos em um rico universo de condições para a formação de profissionais” (SCHIMIDT, 1999, p.117). Dessa forma, estes vídeos poderão ser úteis na formação profissional do cirurgião-dentista, ou de outro profissional da saúde, auxiliando na mudança das atuais concepções do processo de ensino-aprendizagem visando a promoção de profissionais mais reflexivos e conscientes. O Vt pode, assim, contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades sociais nas relações interpessoais de forma ampla, mas principalmente na interação profissional-paciente, favorecendo a formação geral do profissional da área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARENDDT, H. A condição humana (1981) apud TAMAYO, A.; BORGES ANDRADE, J.E. & CODO, W. (Org.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1998.

BEM-SIRA, Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: an additional dimension of interaction theory (1980) apud TAYLOR, S.E., *Health Psychology*. New York: Random House, 1986.

BAGGIO, M. A. A interação médico-paciente. *Revista Médica de Minas Gerais*. M.G. jul/ set. 1991. N. 1. V.1, p. 22- 25.

BANDURA, A. *Modificação do comportamento*. Trad. Eva Nick. RJ: Editora Interamericana Ltda, 1969.

BANDURA, A. *Social Foundations of thought and action: a social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc. – Englewood Cliffs, 1986.

BÁRBARA, M.M. Reestruturação produtiva, qualificação, requalificação e desemprego: percepção e sofrimento do trabalhador. *Psicologia Ciência e Profissão*. São Paulo, 1999. N. 1, ano 19, pág.30-49.

CAETANO, M.E.S. *Implantação e desenvolvimento de um centro de pesquisa e atendimento odontológico para pacientes especiais - Cepae*. 1995. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

CAETANO, M.E.S. & MORAES, A.B.A. Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae: contribuição da Psicologia para um trabalho de prevenção e formação profissional. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro, 2000. V.57, p. 39-42.

CARVALHAL, E. & FERREIRA, G. *Ciclo de vida das organizações*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

CARVALHO, A.C.P. *Educação & Saúde em Odontologia - ensino da prática e prática do ensino*. São Paulo: Livraria Santos Editora Ltda, 1995.

CODO, W. Relações de trabalho e transformações sociais In: LANE,S.T.M. & CODO,W. (Org). *Psicologia Social- o homem em movimento*. 6ª.ed. São Paulo: Editora Brasiliense Lane, 1988.

CODO, W. Um diagnóstico do trabalho: em busca do prazer In: TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, JE. & CODO, W. (Org.). *Trabalho, organizações e cultura*. S.P.: Cooperativa de Autores Associados, 1998.

CUNHA, F.S. *História da Odontologia no Brasil (1500-1900)*, 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Científica, 1952.

DURAN, A. P. Interação social: o social, o cultural e o psicológico. *Temas em Psicologia – criança: questões psico-sociais*. Sociedade Brasileira de Psicologia. Ribeirão Preto, 1993. N. 3, pg.1-8.

GARCIA, C.M. A formação de professores: novas perspectivas baseadas na investigação sobre o pensamento do professor In: NÓVOA, A. (Coord). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992.

GIL, I. A. *Proposição de reformulações no ensino de Psicologia aplicada à Odontologia a partir da análise de relatos verbais de alunos de Odontologia*, 1988. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

GIL, M. S. C. A. *Análise funcional da interação professor-aluno: um exercício de identificação de controles recíprocos*, 1991. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo, São Paulo.

GÓMEZ GARCIA, R. Y Col: Relación odontólogo-paciente. *Práctica Odontológica*, México, 1993. N.14, V.5, p. 21-24.

GONZALEZ, M. C. & TOURÓN, J. Autoconcepto y rendimiento escolar: sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación el aprendizaje apud JORGE, L. *Escola e família: um estudo da percepção de mães sobre seus filhos em início de escolarização*. 1996. Tese (Doutorado em Psicologia Educacional) - Faculdade da Educação - Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Guidelines for behavior Management. *Pediatric Dentistry* – revised November, 1990.

HARZEM, P.; LOWE, C.S & BAGSHAW, M – Verbal control In: human operant behavior. *The Psychological Record*, 1978. V. 28, p. 405 – 423.

HINDLE, R. A. *Personal relationships.1: studying personal relationships*. New York: Academic Press Inc., Editors: Stroc Duck and Robin Gilmour, 1981.

JONASSEN, D. H. Avaliação de aprendizagem construtivista In: SOUSA, E.C.B. (org). Técnicas e instrumentos de avaliação: leituras complementares. *Curso de Especialização em Avaliação à Distância*. Universidade de Brasília; Cátedra Unesco de Educação à Distância, 1997, pág. 12 e 13.

KILIMNIK, Z.M. Trabalhar em tempos de fim dos empregos: mudanças na trajetória de carreira de profissionais de recursos humanos. *Psicologia, Ciência e Profissão*. São Paulo, 1998. N.18, V.2, p. 34-45.

LANE, S.T.M. & CODO, W. (Org). *Psicologia Social - o homem em movimento*. 6ª.ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1988.

LOMBARDO, I.A. *O processo de reestruturação curricular da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP: um estudo avaliativo*. 1988. Tese (Doutorado em Metodologia do Ensino) - Faculdade de Educação – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MIRANDA, C.F. & MIRANDA, M.L. *Construindo a relação de ajuda*. 7ª ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 1991.

MORAES, A.B.A. & CAETANO, M.E.S. Pesquisa e serviço em Odontologia para pacientes especiais. *Temas em Educação Especial*. São Carlos, 1996. N. 3, p. 529-535.

MORAES, A.B.A. & PESSOTTI, I. *Psicologia aplicada à Odontologia*. Campinas: SARVIER - Editora da UNICAMP, 1985.

MORAES, N. & BIJELLA, V.T. Educação odontológica do paciente. *Revista Associação Paulista dos Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, maio/ jun, 1982. V. 36, N. 3.

MURIS, P.; STEERNEMAN, P.; MERCKELBACH, H. & MEEESTERS, C. O papel de pais medrosos e modelação de medo em crianças. *Behaviour Reserch and Therapy*. Canadá: Associate Editor S. Taylor. March, 1996. V.34, N.3, p. 265-268.

NÓVOA, A. Formação de professores e profissão docente. In NÓVOA, A. (Coord). *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997.

PEÑARANDA, H. Y PLABO, M. Notas sobre la psicologia odontologica o la interdisciplinaridad entre la Psicologia e la Odontologia. *Acta Odontológica Venezolana* – Año XXV, nº 2, mayo-ago/ 1987.

POSSOBON, R.F.; CAETANO, M.E.S. & MORAES, A.B.A. Odontologia para crianças não colaboradoras: relato de caso. *Revista Brasileira de Odontologia*. Rio de Janeiro, 1998. V. 55, p. 80-83.

RODRIGUES, M.V.C. *Qualidade de vida no trabalho*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

SACKMAN, H.P. La empatía en la relación médico-paciente. *Revista de la Asociación Médica Argentina*. Argentina, 1994. V. 107, N. 4, p. 21-22.

SADALLA, A.M.F. *Com a palavra, a professora: suas crenças, suas ações*. Campinas: Editora Alínea, 1998.

SANTOS, G.C., PASSOS, R.C. (colaboradora). *Manual de organização de referências e citações bibliográficas para documentos impressos e eletrônicos*. Campinas: Autores Associados; Editora da Unicamp. 2000.

SCHMIDT, A. *O ensino de alunos em escola especial: analisando como o professor ensina e propondo material para capacitação*. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

SCHÖN, A. Formar professores como profissionais reflexivos. In NÓVOA, A. (Coord) *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1997.

SÉRIO, T.M.A. A concepção de homem e a busca de autoconhecimento: onde está o problema? In: BANACO, R. A. (org), *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*. Santo André: ARBytes Editora, 1997. Pág.209-216.

SHAMIR, B. & SALOMON, I. Work-at-home and the quality of working life apud RODRIGUES, M.V.C. *Qualidade de vida no trabalho*. 6ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

SIDMAN, M. *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Editora Psy II, 1995.

SIMONASSI, L.E. Aquisição de consciência como condição para a melhora do desempenho? In: BANACO, R. A. (org), *Sobre Comportamento e Cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitiva*. Santo André: ARBytes Editora, 1997. p.209-216.

SKINNER, B.F. *Ciência e comportamento humano*. Trad. João Cláudio Todorov. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1967.

SKINNER, B.F. *Tecnologia do ensino*, Tradução de R.A.Azzi. São Paulo: EPU, 1972.

SKINNER, B.F. *Sobre o behaviorismo*. Trad. Maria da Penha Villalobos. São Paulo: Editora Cultrix/ EDUSP, 1982.

SKINNER, B.F. Upon further reflections. In ZANOTTO, M.L.B. (2000). *Formação de professores: a contribuição da análise do comportamento*. São Paulo: EDUC – Editora da PUC-SP, 1987.

TAMAYO, A.; BORGES-ANDRADE, J.E. & CODO, W. (Org.). *Trabalho, organizações e cultura*. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1998.

TAYLOR, S.E. *Health Psychology*. New York: Random House, 1986.

TOREZAN, A. M. *Problemas de ensino e papéis do professor: uma análise das falas de professores em reuniões de discussão*. 1990. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo.

TOURINHO, E.Z. *O autoconhecimento na Psicologia comportamental de B.F.Skinner*. Belém (PA): Editora Universitária UFPA, 1995.

TURNBULL, A. P. & TURNBULL, H. R. Families, professionals, and exceptionality: a special partnership. 2a. ed. Columbus: Merrill Publishing Company, 1990. (trad. Cap. Habilidades de Comunicação – Ana Lúcia Rossito Aiello – Universidade Federal de São Carlos).

ZANELLI, JC. & SILVA, N. *Programa de preparação para a aposentadoria*. Florianópolis: Editora Insular Ltda, 1996.

ZANOTTO, M.L.B. *Formação de professores: a contribuição da análise do comportamento*. São Paulo: EDUC – Editora da PUC-SP, 2000.

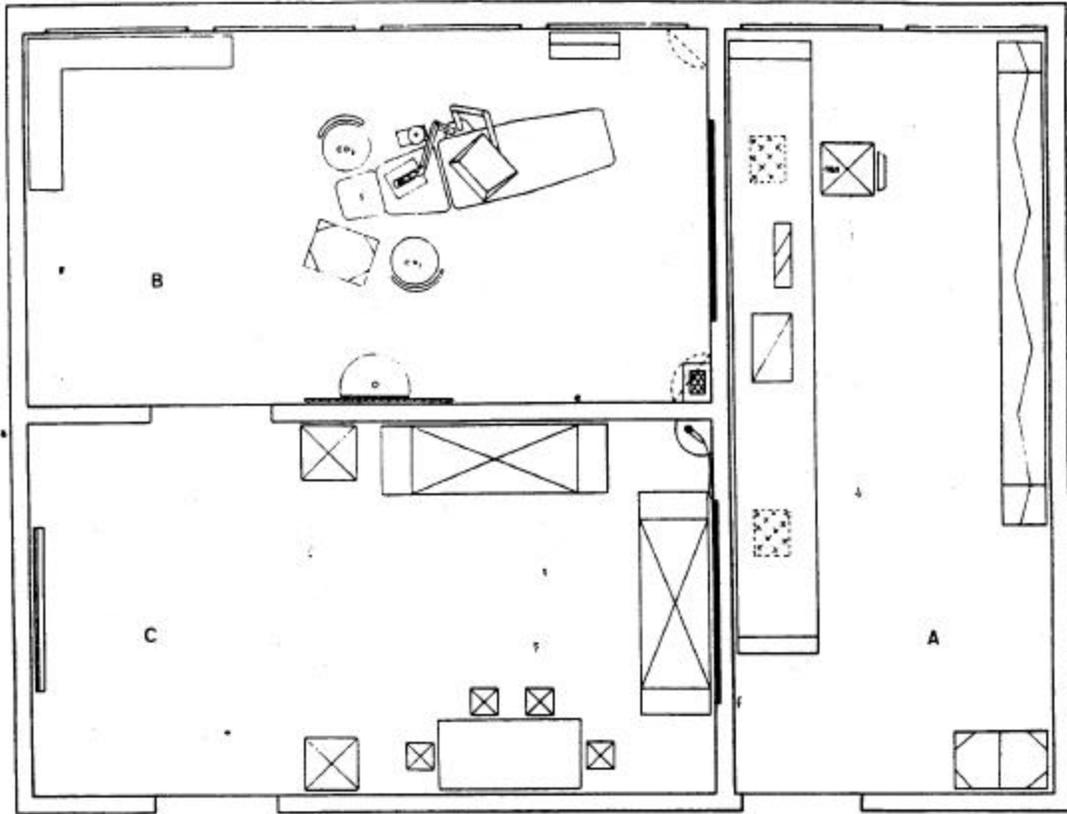
ANEXOS

ANEXO 1 – Diagrama do Laboratório de Psicologia Aplicada

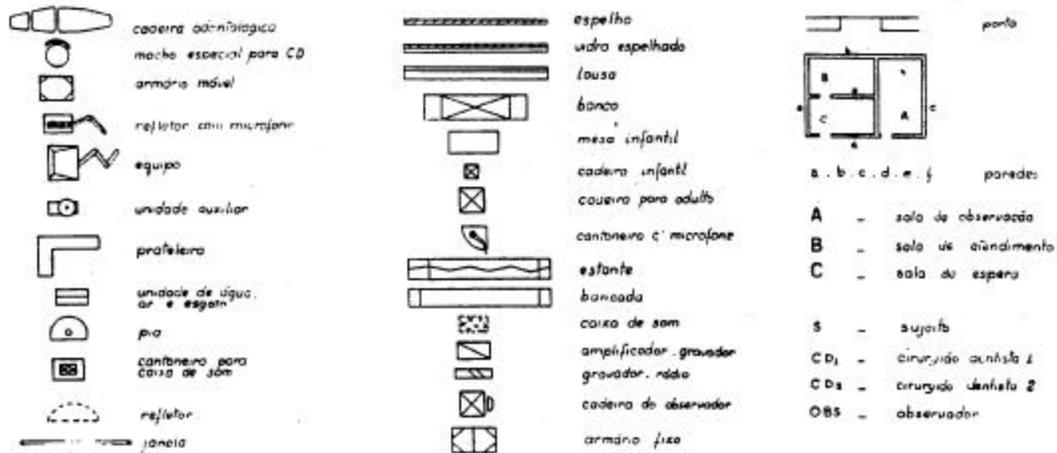
(referente à época em que o estudo foi realizado).

DIAGRAMA DO LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA APLICADA.

escala 1:20



Legenda



**ANEXO 2 – Categorias relativas às sessões de atendimento
odontológico da paciente J.**

CATEGORIAS RELATIVAS ÀS SESSÕES DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA PACIENTE J.

1 - A CD desenvolve uma atividade sem dar atenção à paciente

1.2 – e esta se mostra desorientada.

Entrada

- Sentada no mocho, próximo a pia da escovação, conversa muito pouco com J, levanta-se e pega as luvas, sem olhar ou conversar com J; J entra, olha o consultório (parece explorar apreensiva), vai até a porta, lava as mãos, pega a toalha, seca as mãos e limpa a boca, olha para consultório explorando o ambiente (1ª sessão).
- Observa a mãe e J, solicita a auxiliar que providencie uma cadeira para a mãe, dirige-se ao *kart* e à cadeira odontológica, desce o braço desta; J conversa com a CD e esta não lhe responde (a mãe responde), anda entre o *kart* e a pia, olha para o espelho – parece sem saber onde ficar (1ª sessão).
- Entra depois de J no consultório e caminha até a mesa lúdica onde J se encontra, não conversa e vem em direção a pia; J entra, dirige-se à mesa de brinquedos e fica parada olhando o consultório (parece esperar por uma orientação) (3ª).
- Sentada no mocho olha J caminhar até o espelho; J vai até o espelho, olha-se, vai até a porta ... (4ª).
- Entra depois de J e da mãe, liga o gravador; J está chorando próxima à mãe (5ª).
- Espera a CD olhar para ela e mostra-lhe o presente que ela ganhou da mãe; a CD diz “ah você também ganhou” – sem entusiasmo – e convida J para a escovação; J entrega o presente para a mãe guardar (6ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Explica a escovação para a mãe sem dar atenção à J; J olha-se no espelho, fala algo para a CD, olha-se no espelho e aguarda (1ª).

Escovação

- A CD conversa com a mãe enquanto J escova os dentes; J lava a boca sozinha olhando para ambas (2ª).

- Coloca J na cadeira odontológica, anda pela sala, vai até os brinquedos ...; J acompanha a CD com os olhos, olha os instrumentos à sua frente ... (3ª).

Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Levanta-se ao final do AO, vai até a pia lavar a escova de J, não conversa e não orienta a mãe ou J, J sai da cadeira, olha-se no espelho, olha para a CD, caminha até a bancada, fica andando pela sala sem direção definida (1ª).

Atividade Lúdica

- Fica arrumando o *Kart*; J anda, pega e solta brinquedos – a atividade está sem controle (1ª).
- Vai até a mesa, senta-se e olha para J (fica parada, apenas observando); J vai até a mesa, pega brinquedos, pega bexiga e aproxima-se da CD, senta-se (como se não soubesse o que fazer) (1ª).
- Explica sobre os cuidados que a mãe deverá tomar com relação à boca dormente; J brinca sozinha, anda pela sala, pega e solta brinquedos (2ª).
- Deixa J com a mãe, vai até a pia, dirige-se ao armário, pega brinquedos ... J vai até a mesa, olha o que a CD faz, dirige-se até a cadeira odontológica, parece não saber o que fazer (3ª).
- Conversa com a mãe e J fica brincando sozinha (3ª).
- Conversa com a mãe e J fica andando pela sala ou brincando sozinha (4ª).
- Sentada na mesa de brinquedos, escolhe o jogo do dia (dominó); J pega uma bexiga e vai até o kart para enche-la, volta com a bexiga vazia e observa a CD (5ª).
- Orienta a mãe sobre a escovação e o encaminhamento da paciente sem integrar a orientação ao lúdico; J observa e vai até o espelho, caminha pelo consultório (6ª).

1.2 – e recebe atenção desta e/ou esta colabora

Entrada

- Sentada no mocho, de frente para J, observa esta e sua mãe; J conversa com a CD (sem obter respostas) (1ª).
- Entra, no consultório, depois de J e de sua mãe, não conversa com elas e realiza atividades relativas a preparar o ambiente para o início da sessão, de costas para J, J presenteia a CD quando esta se volta para ela (6ª).

Escovação

- Entrega a escova para J e sai do alcance da câmara; J pega a escova, olha para a mesma e começa a escovar os dentes (2ª).

Obturação

- Lava o dente com seringa, sem conversar e sem dar atenção à J; J sem choro e com a boca aberta (4ª).

2 – A CD usa contenção física

2.1 – e obtém a colaboração da paciente.

Entrada

- Carrega J, coloca-a sentada na cadeira odontológica e com suas mãos, sobre o peito de J, deita-a; J senta-se e deita-se (1ª).

Escovação

- Conduz J à cadeira odontológica levando-a pelos ombros; J se deixa conduzir (2ª).
- Acomoda J deitada na cadeira mantendo a sua mão sobre o peito desta; J permanece deitada sem choro (3ª).

Baixa Rotação

- Mantém J deitada segurando-lhe a cabeça (a auxiliar segura as mãos); J permanece quieta na maior parte do procedimento (1ª).

Anestesia Tópica

- Contém a cabeça de J quando esta tenta sentar-se; J permanece deitada (2ª).

Isolamento Absoluto

- Segura a cabeça de J com o braço e não conversa; J movimenta lentamente as pernas, mas permite o procedimento (5ª).

Exodontia

- Segura a cabeça de J com o braço (a auxiliar segura as mãos); J fala bastante, mas mantém-se sem movimento (3ª).

Sutura

- Segura a cabeça de J com o braço (mãe segura as mãos); J permanece sem choro e sem movimento (2ª).

2.2 – e não obtém a colaboração da paciente.

Entrada

- Segura-lhe a testa procurando deitá-la; J resiste a pressão e mantém-se sentada (1ª).
- Coloca sua mão no peito de J para deitá-la; J vira o corpo ficando de bruços (4ª).
- Vira o corpo de J para a posição de costas; J chora e chama pelo pai (4ª).
- Deita J na cadeira conduzindo-a pelo braço, segura-lhe a testa contra a cadeira enquanto examina sua boca; J chora, deita, vira o corpo e tenta sentar (5ª).

Escovação

- Conduz J pelos ombros até a cadeira odontológica (logo após a escovação); J fica parada na pia da escovação (1ª).
- Pega J no colo e senta-a na cadeira; J gira o corpo (3ª).
- Acomoda J na cadeira, deita-a colocando a mão contra o peito de J e empurra-a para trás; J com expressão de choro, procura virar o corpo (3ª).
- Coloca J na cadeira e com a mão em seu peito procura deitá-la; J chora, diz que não quer e vira de bruços (6ª).

Baixa Rotação

- Segura cabeça de J (mãe segura os ombros); J vira a cabeça e movimentava o corpo (1ª).

Anestesia Tópica

- Com suas mãos segura as mãos de J; J vira o rosto, chora e tenta levantar a cabeça (3ª).

Anestesia Injetável

- Procura manter J deitada, segurando-a pela testa; J tenta sentar e chora (2ª).

- Segura a cabeça de J, não conversa enquanto aplica o anestésico; J tenta tirar suas mãos das da auxiliar, fala, chora forte e movimentada a perna (3ª).
- Direciona o deitar de J com suas mãos nos ombros e estômago desta, passa seu braço esquerdo por trás da cabeça e segura-a; J resiste para deitar, chora e berra quando o procedimento é reiniciado (3ª).
- Segura a cabeça de J, J retira a mão da CD de sua boca e chora (4ª).
- Segura a cabeça de J enquanto usa a gaze para limpar sua boca; J chora e diz: “não quero” (6ª).

Isolamento Absoluto

- Contém a cabeça de J com o braço (auxiliar segura as mãos); J chora forte e tenta arrancar o lençol de borracha (4ª).
- Segura a cabeça de J enquanto aperta o lençol de borracha; J chora forte e diz; “para”, várias vezes (5ª).

Obturação

- Mantém J deitada segurando seu corpo; J tenta virar o corpo (4ª).
- Segura a cabeça de J (mãe segura as mãos e o ombro); J chora e movimentada o corpo (5ª).

Exodontia

- Segura a cabeça de J com o braço e extrai o dente; J chora e movimentada o corpo (2ª).
- Segura a cabeça de J enquanto cureta; J chora forte e gira o corpo (2ª).

Sutura

- Segura a cabeça de J enquanto sutura; J chora e movimentada-se (2ª)

2.3 – e impede comportamentos de fuga ou de esquiva da paciente.

Entrada

- Conduz J até a cadeira segurando seus ombros; J tenta dar meia volta dizendo não (1ª).
- Segura J pelos braços e a traz junto de si quando esta se dirige para a porta (4ª).
- Conduz J pelos braços até a cadeira quando esta se dirige até a porta pela segunda vez e segura a maçaneta (4ª).

Anestesia Tópica

- Segura J, Jinterrompe o procedimento e tenta sentar-se e afastar-se da CD (2ª).
- Desvira o corpo de Je segura-a; Jfica de braços na cadeira (5ª).

Anestesia Injetável

- Contém J quando esta tenta sentar-se; Jinterrompe o procedimento e senta (2ª).
- Segura J quando esta tenta sentar-se; Jinterrompe o procedimento e movimenta muito o corpo (3ª).

Isolamento Absoluto

- Segura o corpo e a cabeça de J, J“levanta” o corpo da cadeira, apoiada nos pés e nas costas (4ª).

Exodontia

- Segura J, Jmovimenta-se muito na cadeira quando o dente é girado (2ª).
- Segura J, Jgira o corpo para sair da cadeira (3ª).
- Segura J, Jgira o corpo para sair da cadeira (6ª).

Sutura

- Segura J, Jgira o corpo e deita de braços (2ª).

3 – A CD usa estratégias de distração (canta, conversa, faz massagem ou realiza a sessão com música no gravador)

3.1 – e a paciente acalma e/ou colabora.

Entrada

- Sentada no mocho, aproxima J de si, conversa com ela dando-lhe atenção; J conversa com a CD, olha-se no espelho com uma postura calma e atenta à CD (1ª s).
- Conversa com J sobre a escovação e pergunta-lhe sobre a semana; J sentada no mocho, conversa com a CD (2ª).
- Passa sua mão sobre o rosto e peito de J, enquanto a auxiliar prepara o anestésico; J chora fraco e diz que quer ir embora, porém seu corpo e membros permanecem relaxados na cadeira (4ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Oferece um espelho de mão à J, passa a fucsina, conversa e mostra-lhe como os dentes ficaram corados; J, de boca aberta, permite a evidenciação e observa-se no espelho (1ª).
- Conversa com J, vira sua cabeça em direção ao espelho, cora seus dentes (sempre conversando); J, de boca aberta, permite o procedimento e responde à CD (2ª).
- Lava a boca de J, conversa, mostra-lhe os dentes corados e fornece-lhe feedback; J lava a boca, olha os dentes no espelho a procura do que a CD está mostrando (2ª).

Escovação

- Sobe a cadeira e conversa com J, passa a mão sobre o abdômen de J e acomoda-a na cadeira; J conversa, passa a mão nas mãos da CD, pede-lhe as luvas (a CD diz que as dará no final do AO) (2ª).
- Dirige-se à mesa de brinquedos e pergunta se J quer uma boneca; J diz qual boneca quer, pega a boneca e fica sentada quieta (3ª).
- Coloca creme dental na escova e entrega-o à J conversando com esta e segurando uma de suas mãos; J pega a mão da CD, diz que não quer escovar, mas escova os dentes (6ª).
- Massageia o abdômen de J, diz que não usará o AR (quando esta o aponta chorando) e limpa suavemente a boca de J com a gaze; J para de chorar, confirma se a CD não usará o AR e colabora enquanto a CD limpa sua boca (6ª).

Baixa Rotação (BR)

- Conversa e canta enquanto usa o BR; J permanece de boca aberta e pernas relaxadas (1ª).
- Canta e conversa enquanto lava os dentes de J; J colabora mesmo que se contraindo quando a água bate em seu dente – como se sentisse dor (1ª).

Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Conversa com J enquanto aplica flúor; J permanece quieta e de boca aberta (1ª).

Anestesia Tópica

- Canta e bate sua mão no abdômen de J, J deita-se e fica quieta (2ª).
- Conversa e canta enquanto passa o anestésico; J permanece calma e de boca aberta (3ª).
- Massageia a gengiva de J, passa mais anestésico e conversa com esta; J sem choro e com corpo relaxado (4ª).

- Passa a mão sobre o abdômen de J, seca seu dente, passa mais anestésico, limpa a boca com gaze; J permanece quieta e deitada (4ª).
- Conversa com J durante a execução do procedimento; J chora inicialmente, depois se acalma e permanece quieta e de boca aberta até o final do procedimento (5ª).
- Conversa com J; J sem choro, mostra os bichinhos estampados no avental da CD (6ª).

Anestesia Injetável

- Deita J, passa sua mão no rosto de J; J para de movimentar-se e permite que sua boca seja lavada (2ª).
- Deita J, após esta ter virado o corpo e conversa dando-lhe atenção; J acalma-se e ouve o que a CD diz (3ª).
- Após deitar J novamente na cadeira, a CD conversa com esta e pede que relaxe, passa a mão sobre a testa e o abdômen de J; J acalma-se e diz, chorando fraco, que só quer a colherzinha na boca (3ª).
- Canta e conversa com J enquanto realiza o procedimento; J só chora quando a música é interrompida (4ª).
- Executa o procedimento com um gravador tocando músicas que J gosta; J permanece quieta e de boca aberta (5ª).
- Massageia a gengiva e conversa com J, reinicia a aplicação sempre com música no gravador; J permanece quieta e de boca aberta (5ª).
- Executa o procedimento com música no gravador e, às vezes, conversa com J; J permanece quieta e de boca aberta (6ª).

Alta Rotação

- Conversa com J; J para de chorar e presta atenção ao que a CD diz (4ª).
- Acaricia a barriga de J, com o gravador ligado e tocando músicas que J gosta; J não chora e não se movimenta durante a maior parte do procedimento (5ª).

Obturação

- Massageia o rosto de J e conversa com esta; J sem choro e sem movimento (4ª).
- Massageia a barriga de J enquanto espera o dente secar; J acalma-se (4ª).

- Prepara o dente e obtura, com música no gravador; J colabora em momentos do procedimento (5ª).

Exodontia

- Conversa com J enquanto permanece com a gaze na boca de J – para estancar o sangue; J diminui o choro, para e quando termina espera a CD descer a cadeira para sair (6ª).
- Cureta o dente enquanto conversa; J para de chorar e presta atenção ao que a CD diz (2ª).
- Conversa com J enquanto extrai seu dente; J sem choro prestando atenção ao que a CD fala (3ª).

Sutura

- Sutura e conversa com J; J coopera (2ª).

3.2 - para iniciar ou executar um procedimento e não obtém a colaboração da paciente.

Entrada

- Sentada no mocho abraça e conversa com J; J diz que não quer e dirige-se até a porta (4ª).

Baixa Rotação (BR)

- Conversa com J e informa-lhe que ganhará uma bexiga; J tira a mão da CD de sua boca, vira a cabeça e interrompe o procedimento (1ª).

Anestesia Tópica

- Conversa com J e aproxima-se com o anestésico tópico na mão (cotonete); J tira a mão da CD de sua boca, passa a mão sobre a mão da CD e chora fraco (2ª).
- Canta e conversa enquanto inicia a aplicação do anestésico tópico; J vira a cabeça, diz que está doendo, tira a mão da CD de sua boca e pede água (2ª).
- Canta enquanto a auxiliar prepara o anestésico injetável; J senta-se (quando deveria permanecer deitada) (2ª).
- Canta e conversa enquanto lava a boca de J; J tenta sentar e afasta-se da CD (2ª).
- Conversa com J enquanto executa o procedimento; J diz “ai, ai, ai”, levanta a cabeça, chora e pede água (3ª).
- Conversa com J e passa a mão sobre seu abdômen; J chora e olha para a mãe (3ª).
- Conversa com J; J chora mais forte quando a CD conversa com ela (3ª).

Anestesia Injetável

- Interrompe o procedimento e conversa com J; J gira o corpo (3ª).
- Conversa com Je pede-lhe que feche os olhos; J chora forte e não fecha os olhos (4ª).
- Conversa com Jenquanto aplica o anestésico; J chora (6ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Conversa com J após colocar o lençol de borracha; J chora e diz que quer ir embora (4ª).
- Coloca o IA enquanto o gravador está ligado com música que J gosta; J chora fraco, fala muito (brava) (5ª).

Alta Rotação

- Conversa com J durante o procedimento; J chora e berra (4ª).
- Acaricia a barriga de J quando reinicia o procedimento; J retira a mão da CD de sua barriga e chora (5ª).

Obturação

- Conversa com Jenquanto lava os dentes desta; J chora e diz que quer ir embora (4ª).
- J chora, diz que quer ir embora, em alguns momentos do procedimento, mesmo com o gravador ligado (5ª).

Exodontia

- Conversa enquanto cureta; J chora e fala (2ª)
- Cureta, canta, limpa o dente e pede que J pare de chorar; J gira o corpo e fala: “não gosto daqui” chorando (3ª).

3.3 – na ausência de procedimento e obtém a colaboração da paciente.

Evidenciação

- Oferece um espelho de mão para J; J para de chorar, aceita o espelho e observa o dente colorido (1ª).

Escovação

- Ao terminar o procedimento mostra os dentes à Je elogia a higiene; J olha-se no espelho e diz “tá lindo” (2ª).

Baixa Rotação

- Interrompe o procedimento e entrega um espelho de mão para J, pedindo para que observe seus dentes; J pega o espelho e fica observando-se (1ª).

Anestesia Tópica

- Canta enquanto a auxiliar prepara o anestésico; J permanece quieta enquanto a CD canta (2ª).
- Recoloca J deitada de costas, faz carinho em seu rosto e em seu abdômen: J não apresenta resistência e permanece sem movimentos, relaxada na cadeira, não chora (5ª).
- Conversa com J sobre os bichinhos do avental; J conversa, aponta e parece tranqüila (6ª).

Anestesia Injetável

- Conversa com J; J responde-lhe enquanto o procedimento não é reiniciado (4ª).
- Acaricia o rosto de J enquanto espera o efeito da anestesia; J se deixa acariciar (5ª).

Alta Rotação

- Conversa com J; J para de chorar e responde para a CD (4ª).

Obturação

- Conversa, canta e massageia a face de J próximo a boca; J para de chorar (4ª).

Sutura

- Conversa com J quando interrompe o procedimento ...; J para de chorar e presta atenção (2ª)

3.4 – ao mesmo tempo em que usa contenção física e obtém a colaboração da paciente.

Anestesia Tópica

- Bate sua mão sobre a barriga de J e canta, enquanto a mãe segura os ombros desta; J permanece quieta (2ª).
- Massageia o tórax de J e conversa, enquanto a auxiliar segura-lhe as mãos; J permanece sem choro e sem movimento (3ª).

Anestesia Injetável

- Mãos sobre os olhos de J, canta enquanto aplica anestésico; J balança as pernas, mas não chora (2ª).

- Canta enquanto a auxiliar segura as mãos de J; J sem choro enquanto a CD canta (4ª).

Alta Rotação

- Acaricia a barriga de J enquanto a mãe segura suas mãos; J permanece quieta na cadeira (5ª).

Exodontia

- Cureta o dente e conversa com J enquanto a auxiliar segura as mãos; J presta atenção ao que a CD fala (2ª).
- Cureta o dente e canta enquanto segura a cabeça de J com o braço; J permanece de boca aberta e sem movimento (3ª).

Sutura

- Conversa com J e auxiliar segura as mãos desta; J permanece deitada e calma (2ª).

4 – A CD informa, explica ou orienta um procedimento para a paciente

4.1 – e obtém a colaboração desta.

Entrada

- Orienta J a sentar-se na cadeira odontológica (“pode vir J”); J aproxima-se da cadeira e parece confiante (1ª).
- Convida J a passar a mão sobre a máscara e luvas; J executa os movimentos solicitados (1ª).
- Ensina J a acender e apagar o refletor; J acende e apaga o refletor duas vezes e parece gostar de fazer isso (1ª).
- Informa sobre a realização da escovação e mostra onde J deverá sentar-se; J deixa o brinquedo, vem até a pia e senta-se, sorrindo (2ª).
- Explica que o dente ficará corado enquanto coloca fucsina no cotonete; J abre a boca e permite que a CD passe a fucsina (2ª).
- Pergunta à J qual creme dental prefere, coloca o creme na escova e entrega a escova à J; J escolhe o creme, observa a CD e pega a escova (3ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Informa que lavará os dentes de J e lava-os; J colabora mantendo a boca aberta e sem movimento de cabeça ou de corpo (1ª).
- Explica que os dentes ficarão corados; J olha os dentes no espelho (2ª).

Escovação

- Explica que quer ver como J escova seus dentes; J pega a escova e escova os dentes (1ª).
- Informa que a mãe escovará os dentes de Je esta permite a escovação (1ª).
- Convida Ja sentar-se na cadeira, conduzindo-a com as mãos nas costas de Je conversando com esta; Jsentada vira para olhar a mãe, olha ao redor e deita-se sozinha (2ª).
- Escova os dentes de J explicando-lhe onde escová-los; J permite a escovação e conversa (2ª)
- Entrega a escova para J e orienta a escovação; J escova os dentes, olhando-se no espelho e procurando seguir as recomendações (2ª).
- Solicita que a mãe escove os dentes e a orienta; J permite a escovação (2ª).
- Escova os dentes de J explicando-lhe onde escová-los; J permite a escovação e conversa (2ª).
- Oferece o flúor para J cheirar, explica o procedimento de BR e demonstra-o passando em seu dedo e no dedo de J; J observa, presta atenção ao que a CD fala, olha o BR e permite que o mesmo seja passado em seu dedo (2ª).
- Informa sobre como será a escovação; J colabora (3ª).
- Orienta a escovação; J obedece às instruções (6ª).

Baixa Rotação (BR)

- Explica que lavará os dentes de Je obtém sua colaboração (1ª).
- Entrega um espelho de mão à J e explica que é para acompanhar o procedimento; J aceita o espelho e observa a execução do procedimento (1ª).

Anestesia Tópica

- Explica como será a anestesia e pede a colaboração de J; J abre a boca e não chora (2ª).

Exodontia

- Informa que se não parar de chorar e movimentar-se, vai demorar mais; J para de chorar (3ª).

Atividade Lúdica

- Informa onde J deverá sentar-se; Jsenta-se (2ª).
- Diz que primeiro brincarão e depois encherão a bexiga; J devolve a bexiga na caixa (3ª).
- Ensina Ja brincar com um dos brinquedos (“com o João”); J, pela primeira vez, presta atenção e brinca com a CD (3ª).
- Ensina Ja colocar as peças de dominó uma após a outra; J brinca com a CD (4ª).

- Informa que não brincarão com o dominó porque o jogo do dia é outro; J aceita o jogo do dia (5ª).
- Informa que nesta sessão não poderá escovar os dentes (quando J pede); J aceita o “não” e volta para a mesa (5ª).
- Usando um dos brinquedos, explica como J deverá cuidar dos dentes ; J presta atenção e concorda(6ª).

4.2 – e não obtém a colaboração desta.

Entrada

- A CD aproxima o seu rosto para que J passe a mão sobre a máscara; J coloca as mãos sobre a boca (como que se protegendo) (1ª).
- Convida J a sentar-se na cadeira odontológica; J caminha até a cadeira, olha para o Kart, dá meia volta com o corpo, movimentando a cabeça negativamente e recua (2ª)
- Explica que nesta sessão não será realizada a escovação e convida J a sentar-se na cadeira odontológica; J diz que não quer e dirige-se para a porta (como se fosse sair) (4ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Explica que vai “pintar” os dentes de J; J faz não com a cabeça e tenta sentar-se (1ª).

Escovação

- Explica que o dente está sujo, que precisa limpar e que passará uma pomada; J conversa, senta-se, movimenta-se e vira a cabeça (2ª).
- Sentada no mocho, explica o procedimento que será realizado e que se ela cooperar brincarão depois; J, com expressão de choro diz: “não quero” e sua postura é de resistência (3ª).

Anestesia Tópica

- Explica o procedimento de anestesia injetável: J diz: “tá bom espirrar água”, chora enquanto a anestesia é preparada e olha para mãe dizendo “não quero”, chorando (2ª).
- Informa como J deverá se comportar para a anestesia e pede sua colaboração; J chora muito forte e não abre a boca (3ª).

Anestesia Injetável

- Explica que o dente dormirá e os cuidados que J deverá tomar ao morder; J movimenta o corpo, chora e tenta sentar-se (2ª).
- Orienta J sobre abrir a boca e fechar os olhos; J procura retirar suas mãos das mãos da auxiliar e chora (3ª).
- Informa J sobre o procedimento a ser executado; J diz “ ah, não quero, não quero”, chora e vira o corpo (4ª).
- Informa sobre o próximo procedimento enquanto espera o efeito da anestesia; J chora forte ao ver o lençol de borracha (5ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Mostra o lençol de borracha, coloca-o em sua própria boca e aproxima-o de J; J berra, tenta afastá-lo e fala chorando e brava (4ª).

Exodontia

- Informa que enxugará o dente; J chora e diz que não quer, olhando para a mãe (2ª).

4.3 - obtém a colaboração da mãe e da paciente.

Escovação

- Orienta a escovação da mãe; a mãe escova corretamente e J permite a escovação (2ª).
- Orienta a escovação enquanto a mãe escova os dentes de J; J colabora e a mãe segue as instruções da CD (3ª).

Atividade Lúdica

- Indica onde elas deverão sentar-se e elas seguem as recomendações (2ª)

5 – A CD apenas observa os comportamentos da paciente e da mãe e estas conduzem a situação.

Entrada

- Observa J afastar-se da cadeira e a tentativa da mãe em detê-la; J senta-se em função da atuação da mãe (1ª).

- Observa enquanto a mãe procura fazer J parar de chorar e leva-la para a cadeira; J vai com a mãe até a cadeira e senta-se sozinha (5ª).

Escovação

- Vai até a cadeira e abaixa o encosto e espera; J caminha em direção a cadeira, recua e a mãe a direciona (3ª).
- Observa J ir até a porta, após a escovação, e a mãe impedir que J saia da sala (6ª).

Exodontia

- Informa que o procedimento terminou e aguarda; J sai da cadeira, vai até a pia e lava a boca com o auxílio da mãe (3ª).

Atividade Lúdica

- Observa calada J pegar e soltar os brinquedos; J retira os brinquedos da prateleira com a ajuda da mãe, entrega-os para a CD, pega outro ... (1ª).
- Observa a mãe e J manusearem os brinquedos e conversarem (2ª).

6 – A CD conversa com a mãe com o objetivo de distrair a paciente, e obtém comportamentos de colaboração desta .

Anestesia Tópica

- Dá *feedback* à mãe sobre a escovação e sobre a condição gengival de J, enquanto passa o anestésico tópico; J fica quieta prestando atenção na conversa (4ª).
- Conversa com a mãe enquanto aplica o anestésico; J presta atenção na conversa (5ª).
- Conversa com a mãe durante a aplicação do anestésico; J presta atenção na conversa (6ª).

Anestesia Injetável

- Conversa com a mãe e esta responde e ri; J para de chorar e presta atenção (4ª).
- Conversa com a mãe; J fica olhando para a mãe enquanto esta responde à CD (5ª).

Obturação

- Explica para a mãe como o dente ficará; J permanece sem choro e prestando atenção ao que a CD fala (4ª).

- Conversa com a mãe; J para de chorar e presta atenção (5ª).

Atividade Lúdica

- Conversa e orienta a mãe sobre como cuidar da região bucal onde foi realizada a extração; J para de brincar e presta atenção na conversa (3ª).

7 – A CD e a paciente realizam atividades paralelas durante a Atividade Lúdica e ambas parecem não saber o que fazer.

Atividade Lúdica

- Afasta-se do canto lúdico, anda pelo consultório, arruma o carter ...; J olha, pega um brinquedo, solta-o ... (1ª).
- Senta-se ao lado de J, pega brinquedos, mas não brinca; J pega e solta diversos brinquedos, e brinca sozinha (2ª).
- Entrega a caixa de bexiga, J escolhe uma e a CD vai enche-la; J fica sentada observando, como que distante (3ª).
- Pega o livro que J entrega, começa a contar uma história e percebe que J não presta atenção (3ª).
- Monta o jogo de dominó, começa o jogo, sem entusiasmo; J pega as peças, mas também não parece motivada (4ª).
- Pega o dominó, coloca-o na mesa; J não se envolve na brincadeira (5ª).
- Pega um brinquedo e parece não saber como se comportar; J pega outro brinquedo, solta ... (6ª).

8 – A paciente demonstra medo e/ou oferece resistência

8.1 - quando a CD convida-a a executar uma atividade ou enquanto a CD executa uma atividade.

Entrada

- Expressão de choro, quando convidada pela CD a sentar-se na cadeira odontológica (1ª).
- Fisionomia de choro, quando a CD (primeiramente) e a mãe (posteriormente) a mantém deitada na cadeira odontológica (1ª).

- Levanta a cabeça, procura sentar-se, bate as mãos sobre o peito, seu olhar é de medo; enquanto a CD eleva a cadeira (1ª).
- Olha para a cadeira, fica séria, fala algo com expressão de choro enquanto a CD explica o próximo procedimento (2ª).
- (convidada a sentar-se) Aproxima-se da cadeira odontológica com expressão de medo (4ª).
- Chora, vira o corpo para a mãe, diz que não quer, volta-se para o auxiliar sempre chorando (parece amedrontada) enquanto a CD prepara o início do atendimento (4ª).
- A CD entra depois de J e de sua mãe, desenvolve atividades preparando o ambiente para o atendimento; Jolha, chora e esconde-se atrás da mãe (5ª).

Escovação

- A CD convida J para sentar-se na cadeira odontológica, carrega-a e senta-a: Jolha, fala com a mãe e sua fisionomia é séria, de apreensão (1ª).
- Sua fisionomia é de medo enquanto segura a boneca oferecida pela CD; a CD mantém J deitada, segurando-a pelo peito (3ª).
- A CD caminha até a cadeira, abaixa o encosto, solicita que J sente-se; J caminha até a cadeira, coloca uma perna, recua dizendo “não quero” e chora – sua fisionomia é de medo (3ª).
- Chora quando a escovação termina olha apreensiva para a cadeira e caminha para a porta quando a CD a convida para sentar (6ª).

Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- A CD coloca o algodão na boca de J e segura-o; J retira o algodão, chora e pergunta se depois ele sairá (1ª).
- A CD executa a troca de algodão na boca de J e esta tenta interromper o procedimento afastando a mão da CD de sua boca e chorando pergunta novamente se ele sairá (1ª).

Anestesia Tópica

- Expressão de choro e medo quando a CD aplica o anestésico (2ª).
- J séria, às vezes chora, diz “ai” e não permite que a auxiliar estenda suas pernas, que estão dobradas, enquanto a CD aplica o anestésico tópico concentrada no procedimento clínico (6ª).

Anestesia Injetável

- Senta-se, olha no espelho com fisionomia de medo, cospe e chora enquanto a CD lava a sua boca concentrada no procedimento (2ª).
- Chora forte como se estivesse assustada e devolve a boneca enquanto a CD explica o próximo procedimento (3ª).
- Fisionomia tensa quando a CD inicia a aplicação do anestésico envolvida com o procedimento (4ª).
- Com fisionomia séria, retira o sugador da boca quando a CD lava seus dentes e boca sem dar-lhe atenção (4ª).
- Expressão de choro, afasta as mãos da CD de sua boca quando esta limpa sua boca com a gaze (4ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Chora muito e se movimenta enquanto a CD coloca o IA sem conversar e atenta ao procedimento (4ª).

Alta Rotação

- Com semblante tenso, berra e para de chorar alternadamente enquanto a CD usa o AR sem conversar com ela (4ª).

Obturação

- Diz “quero ir embora” e fala como querendo sair da situação quando a CD lava seus dentes, seca-os e coloca resina (4ª).

Exodontia

- Sua expressão é de medo ao sentar-se enquanto a CD se prepara para o próximo procedimento (2ª).
- Com voz temerosa diz “não quero” enquanto a CD cureta seu dente sem conversar e usa o AR (6ª).
- Parece apreensiva, chora e diz “dói, dói” sem movimento de corpo quando a CD retira seus dentes (2) com o boticão, sem conversar (6ª).

Sutura

- Chora forte (como que assustada) enquanto a CD conclui o procedimento (2ª).

8.2 - ao final do procedimento ou quando este é interrompido.

Entrada

- Bate as mãos sobre o peito, olhar de choro; CD aguarda J passar a mão sobre sua máscara e luva (1ª).

Escovação

- Fisionomia de medo enquanto aguarda na cadeira; CD se prepara para a anestesia (3ª).
- Caminha até a porta quando termina a escovação; CD a aguarda no mocho, ao lado da cadeira (6ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Quando a CD termina de lavar a boca, após a evidenciação, J senta-se e sua expressão é de choro (1ª).

Baixa Rotação (BR)

- Levanta a cabeça, olha-se no espelho, fala chorando, passa as mãos sobre a cabeça e os olhos e diz “quero ir embora”; quando o procedimento é interrompido (1ª).
- Senta-se e diz “tá” quando o BR é interrompido; a CD procura deita-la (1ª).

Aplicação Tópica de Flúor

- Retira o algodão da boca e chora enquanto a CD aguarda o flúor secar.

Anestesia Tópica

- J senta-se com a boca bem aberta e olha ao redor com expressão de choro; a CD conduz J a deitar-se, e reinicia a aplicação (2ª).
- Parece com medo e devolve a boneca, coloca suas mãos sobre a boca quando a CD interrompe o procedimento (3ª).
- Senta-se toda vez que o procedimento é interrompido; a CD conduz J a deitar-se, empurrando-a pelos ombros (2ª).

- Tenta sentar-se quando o procedimento é interrompido; a CD não permite segurando sua testa (2ª).
- Fala, vira a cabeça, diz: “pronto”, vira-se de bruços quando o procedimento é interrompido; a CD volta J para a posição de costas (5ª).

Anestesia Injetável

- Senta-se com expressão de choro – parece assustada – quando a CD interrompe o procedimento (2ª).
- Senta-se, diz: “pronto”; a CD deita-a conduzindo pelos ombros (quando interrompe o procedimento) (2ª).
- Diz: “pronto, acabou” e gira o corpo quando o procedimento é interrompido; a CD deita-a pelos ombros (3ª).
- Chora enquanto a CD vai fechar a porta (4ª).
- Senta-se imediatamente ao final do procedimento e diz: “não gosto daqui”, chora muito e tenta levar o corpo para fora da cadeira; a CD impede que saia (5ª).
- Sua expressão é de medo quando a CD informa que o procedimento terminou (5ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Chora forte, diz várias vezes “para” e conversa muito (protestando) quando a CD termina de acertar o lençol (5ª).

Alta Rotação

- Chora mais forte na ausência do procedimento (4ª).
- Chora forte, bate as mãos sobre o peito e diz “ai, ai”, quando o procedimento é interrompido (5ª).

Obturação

- Chora na ausência de procedimentos (4ª)

Exodontia

- Chora, movimentando o corpo e a cabeça enquanto a CD prepara o boticão fora do alcance visual de J (2ª).

Sutura

- Chora, fala, tenta sentar e movimenta-se quando a CD interrompe a sutura; a CD mantém J deitada segurando sua cabeça (2ª).

8.3- quando um comentário é emitido pela CD/ mãe ou frente a um procedimento ou material.

Anestesia Tópica

- Fica inquieta e chora quando a CD pede para que abra bem a boca (3ª).

Anestesia Injetável

- Chora quando a CD pede para fechar o olho e abrir bem a boca (4ª).
- Chora forte e diz “não quero” ao ver o lençol de borracha (5ª).
- Chora e fala muito ao ouvir a CD pedir a cureta e a gaze (6ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Chora e diz “ai, ai” quando ouve a CD dizer que vai retirar o IA (4ª).

Obturação

- Berra e movimenta o corpo quando ouve a CD pedir algo à auxiliar (4ª).

Exodontia

- Chora muito forte quando a CD lhe diz algo e executa o procedimento (2ª)
- Berra e gira o corpo quando a CD informa que a sessão terminou e que só vai tirar os pontos da semana anterior (como se falasse algo assustador) (3ª).
- Chora forte e gira o corpo quando ouve a CD dizer que acabou; diz “quero ir embora”, chora forte e berra (6ª).

Sutura

- Chora alto, gira o corpo, deita-se de costas e fala com a mãe como se estivesse impondo algo, ao ouvir a mãe dizer “a tia vai amarrar o dente” (2ª).
- Vira o corpo, chora, diz “eu mato”, várias vezes, pede pelo amor de Deus, ao ouvir a CD dizer que estava fazendo croche em sua boca (2ª).

9 - A paciente tenta impor a sua vontade ou faz uma solicitação

9.1 - é atendida e isso favorece a interlocução entre ela e a CD.

Escovação

- Pede a luva para a CD; CD diz que dará a luva e Jsorri (2ª).
- Pede para escovar os dentes após os procedimentos clínicos; a CD permite e J conversa muito com a CD - como se estive contando algo de si - (4ª).

Baixa Rotação

- Interrompe o procedimento para olhar-se no espelho de mão; a CD permite que J se olhe no espelho e esta deita sozinha e sem resistência (1ª).

Anestesia Tópica

- Pede água à CD; a CD responde que dará água depois e Jse acalma (3ª).
- Pede que a CD feche a porta do consultório; a CD fecha a porta e Jse acalma (5ª).

Obturação

- Fala como se estivesse impondo algo; a CD interrompe o procedimento, ouve o que J está falando e esta colabora (4ª).

Exodontia

- Fala: “acabou”; a CD interrompe o procedimento e desce a cadeira; J para de chorar e conversa (6ª).

Atividade Lúdica

- Pede que a CD encha a bexiga que ela pegou; a CD enche e Jconversa com ela (1ª).
- Entrega um pente para que a CD penteie a boneca; a CD pega o pente, penteia a boneca e J pega outro pente e também penteia (2ª).
- Pega a bexiga e diz que vai enche-la; a CD permite o uso do AR e Jconversa com ela enquanto enche a bexiga (4ª).
- Pega a bexiga e diz que vai enche-la; a CD permite e ambas ficam conversando (5ª).
- Pede mais uma bexiga; a CD entrega-lhe duas bexigas, e Jsorri e conversa enquanto as enche (6ª).

9.2 - não obtém apoio e submete-se a situação de AO.

Entrada

- Pegou a caixa de bexiga para pegar uma; a CD disse que somente no final da sessão e J deixa-a sobre a mesa (2ª).
- Diz que quer ir embora, mas a CD a coloca na cadeira; J permanece sentada e quieta (4ª).
- Chora e diz que não quer sentar; a CD a conduz até a cadeira e J senta-se sem choro (5ª).

Escovação

- Procura tirar a escova das mãos da mãe; a mãe não permite e J consente que esta escove seus dentes (1ª).
- Com voz chorosa diz: “quero escovar um pouquinho”, a mãe não permite e continua escovando; J aceita e entrega sua mão para a CD segurar (1ª).
- Tenta retirar a escova das mãos da mãe, não consegue e permite a escovação (2ª).
- Diz chorando que não quer escovar os dentes; a CD entrega-lhe a escova e a pasta e ela escova (6ª).

Anestesia Tópica

- Pede para escovar os dentes durante o procedimento; a CD diz que não é hora e J fica quieta (2ª).
- Fala muito e olha para a mãe como que impondo algo; a CD inicia o procedimento e J colabora (3ª).
- Reclama, protesta e colabora quando a CD aplica o anestésico (4ª).
- Vira de bruços e diz que quer água; a CD a coloca deitada de costas e inicia o procedimento com a colaboração de J (5ª).

Anestesia Injetável

- Chora, protesta e diz que só quer a colherzinha na boca, mas coopera quando a CD realiza o procedimento (3ª).
- Diz: “não quero” e chama pelo pai; a CD aplica o anestésico com a colaboração de J (4ª).
- Diz que não quer, mas não chora quando a anestesia é reiniciada (5ª).
- Fala forte e de forma imperativa com a mãe, mas não tenta sair da situação quando o anestésico é aplicado (6ª).

Isolamento Absoluto

- Protesta e grita, mas se acalma e permite a colocação do lençol de borracha (5ª).

Alta Rotação

- Diz que não quer, a CD inicia o procedimento e Jpermite (5ª).

Obturação

- Fala alto que quer ir embora, mas permite que a CD abra sua boca e inicie o procedimento (4ª).
- Fala que quer ir embora, mas permanece sem movimento e sem choro na cadeira (5ª).

Exodontia

- Diz que não e chora forte, mas permite que a CD retire os pontos da sessão anterior (3ª).
- Fala imperiosamente com a mãe, mas não tenta sair da cadeira (6ª).

Atividade Lúdica

- Pega outra bexiga, mas deixa-a na caixa quando a CD informa que é só uma (2ª).
- Pede para brincar mais uma vez (dominó), mas deixa o jogo sobre a mesa e sai quando a CD fala que por hoje chega (4ª).
- Folheia o livro, mas não se detendo nas páginas; a CD o retira de suas mãos, diz que por hoje está encerrado; Jdeixa o livro sobre a mesa (5ª).
- Pergunta sobre os dentes que foram extraídos e não obtém resposta; fica sozinha olhando-se no espelho (6ª).

9.3 – e a mãe concorda, submetendo-se à vontade da paciente.

Escovação

- Quando a mãe vai pegar a escova das mãos de J, esta não entrega e continua escovando seus dentes; a mãe afasta-se e cruza os braços (2ª).
- Retira a escova da mãe e os escova sozinha, a mãe permite e observa Jescovar (6ª).

Anestesia Tópica

- Jchora e pede uma revista; a mãe diz que a CD dará duas (2ª).

Isolamento Absoluto

- Chora e diz que deixará colocar a “saia” só hoje; a mãe concorda e reforça que só será colocada hoje (5ª).

Obturação

- Chora e diz que quer escovar os dentes; a mãe retira a escova de J da bolsa e lhe entrega (4ª).

9.4 – não é atendida e apresenta comportamentos de não - colaboração

Anestesia Tópica

- Pede para tomar água, a CD lhe diz que depois dará; Jchora (2ª).
- Pede para escovar os dentes, não obtém resposta, olha para a mãe e diz “não quero” (continuar o procedimento), chorando (2ª).

Anestesia Injetável

- Senta-se, coloca sua mão no ombro da CD e procura conversar com esta; a CD tenta deitá-la novamente para reiniciar o procedimento; Jchora (3ª).
- Diz que não quer o lençol de borracha; a CD aproxima o lençol de sua boca e Jchora muito (5ª).

Isolamento Absoluto

- Fala alto e gritando que não quer continuar o procedimento, a CD aproxima-se com o grampo e Jchora e movimenta-se (3ª).
- Diz muito alto para a CD parar; CD acerta o lençol e Jchora e movimenta o corpo (5ª).

Obturação

- Diz que acabou e chora muito quando a CD diz que vai demorar só mais um pouco (4ª).
- Diz: “chega”, “acabou”; a CD continua e Jchora e movimenta-se (5ª)

Exodontia

- Olha para a mãe e diz que não quer mais; chora e movimenta-se ao ver que a CD pegou o instrumento (2ª).
- Diz que não quer mais; a CD pega a gaze e limpa a boca de J, que gira o corpo (3ª).

Sutura

- Fala alto, como se estivesse impondo algo; a CD se aproxima e Jvira de bruços (2ª).

10 – A paciente apresenta tranqüilidade ao ouvir da CD que a sessão terminou

Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- A CD informa que acabou; Jsenta-se, olha no espelho e sua expressão é suave (1ª).

Anestesia Injetável

- Sua expressão é tranqüila ao sentar-se, após ouvir da CD que o procedimento acabou (4ª).

Obturação

- Senta-se, não tem pressa e sua expressão é suave quando ouve a CD anunciar que a sessão terminou (5ª).

Exodontia

- Senta-se, desce a cadeira e vai até o espelho quando o procedimento termina – sua fisionomia é tranqüila (3ª).
- Senta-se e conversa calmamente com a CD, enquanto a cadeira desce (6ª).

Sutura

- Interrompe o choro e senta-se ao ouvir que terminou - sua fisionomia muda (2ª).

Atividade Lúdica

- Jsai com expressão leve, despedindo-se da CD (1ª ,2ª ,3ª ,4ª, 5ª, 6ª).

11 – A mãe usa contenção física para atender a uma recomendação e/ou para colaborar com a CD.

Entrada

- Puxa os ombros de J para traz e segura-os (quando a CD retira a mão do peito de Je esta se senta) (1ª).

- Procura deitar a paciente, puxando-a pelos ombros; Jdeita-se (1ª).
- Conduz J pelo braço até a pia de escovação, atendendo a uma solicitação da CD (3ª).
- Segura J pelos ombros para mantê-la deitada enquanto a CD também tenta mantê-la, segurando seu peito contra a cadeira (4ª).
- Segura as mãos de J e conversa com esta enquanto a CD massageia o rosto e o abdômen de J (4ª).
- Diz que não precisa chorar e conduz, pela mão, J até a cadeira; J senta-se (quando J esconde-se atrás dela) (5ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Mantém J deitada segurando-a pelos ombros enquanto a CD explica sobre a evidenciação (1ª).

Escovação

- Segurando a cabeça com os braços e o queixo com a mão, escova os dentes de J seguindo as orientações da CD (1ª).
- Mantém J deitada segurando-a pelos ombros; a CD posiciona a cadeira (2ª).
- Sentada atrás de J, a mantém deitada segurando-a pelos ombros – quando a CD coloca-a na cadeira (3ª).
- Sentada atrás de J, auxilia a CD a deitar J, segurando-a pelos ombros (6ª).

Baixa Rotação (BR)

- Ajuda a manter J deitada segurando-a pelos ombros (1ª).

Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Mantém J deitada, segurando-a pelos ombros enquanto a CD faz a troca de algodão na boca de J (1ª).

Anestesia Tópica

- Coloca suas mãos sobre os braços de J para auxiliar na contenção (3ª).
- Segura uma das mãos de J, preparando-se para a anestesia injetável (4ª).
- Ajuda a CD a colocar J deitada de costa, pois estava de bruços (5ª).
- Segura os ombros e as mãos de J para que a CD possa passar o anestésico (6ª).

Anestesia Injetável

- Ajuda a CD a deitar J na cadeira, puxando-a pelos ombros (2ª).
- Segura os ombros de J mantendo-a deitada enquanto a CD aplica o anestésico (3ª).
- Segura os ombros de J para mantê-la deitada durante a anestesia (5ª).
- Segura as mãos de J quando a CD inicia a aplicação do anestésico; J colabora (6ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Segura os ombros de J e solicita que fique quieta, durante a colocação do IA (4ª).

Alta Rotação

- Segura as mãos de J enquanto a CD realiza o procedimento (5ª).

Obturação

- Segura suas mãos para impedir que J leve a até a boca (4ª).
- Mãos sobre os ombros e, às vezes, segura-lhe as mãos, enquanto a CD obtura (4ª).
- Segura as mãos e os ombros de J durante o procedimento (5ª).

Exodontia

- Segura as mãos e ombros de J, mantendo-a deitada, enquanto a CD se prepara para iniciar o procedimento (2ª).
- Segura as mãos de J enquanto a CD cureta o dente (3ª).
- Segura os ombros de J enquanto a CD realiza a extração (6ª).

Sutura

- Segura as mãos de J enquanto a CD realiza a sutura (2ª).

12 – A mãe demonstra apreensão e/ou medo frente à situação odontológica ou às reações da paciente.

Entrada

- Entra no consultório, observa o ambiente de braços cruzados e sem sorrir enquanto a CD coloca suas luvas e J fica andando na sala (1ª).

- Observa, sem sorrir, mãos sobre os próprios joelhos, enquanto J chora, vira o corpo e diz que não quer (4ª).
- Observa atenta a CD tentando deitar J na cadeira para iniciar a sessão e J não querendo deitar (4ª).
- Conversa com J, segura a sua mão e observa apreensiva enquanto a CD tenta manter J deitada (5ª).

Evidenciação

- Observa atento o dente sendo corado enquanto J chora (2ª).

Escovação

- Coloca a mão na boca e sua expressão é de apreensão quando J cospe sangue após a escovação (1ª).
- Sentada atrás da cadeira odontológica, enquanto a CD coloca J sentada, com expressão séria (3ª).
- Passa a mão nos próprios cabelos, olhar apreensivo enquanto auxilia a CD a manter J deitada na cadeira (6ª).

Baixa Rotação (BR)

- Tensa, sentada, raramente conversa com J enquanto o BR é utilizado (1ª).

Aplicação Tópica de Flúor

- Observa atenta e preocupada a interação entre a CD e J (1ª).

Anestesia Tópica

- Passa a mão nos próprios cabelos, olha tudo o que a auxiliar faz enquanto prepara a anestesia - parece tensa (2ª).
- Observa e parece tensa enquanto a CD executa o procedimento (3ª).
- Observa, fica com as mãos sobre os ombros de J, não fala, olha para os lados e parece inquieta (5ª).
- Observa preocupada a preparação da anestesia injetável (6ª).

Anestesia Injetável

- Fala muito com Je parece apreensiva quando a CD reinicia a aplicação (2ª).
- Observa o procedimento com postura tensa, passa a mão pela boca e olha para o teto, para a sala... não olha para o procedimento (3ª).
- Observa e pede timidamente que J pare de chorar, fica observando sem saber o que fazer enquanto a anestesia é aplicada e Jchora e movimenta-se (3ª).
- Observa atenta a situação e não olha a aplicação da anestesia (4ª).
- Acaricia os cabelos de Je sua fisionomia é de apreensão no início do procedimento (5ª).
- Observa tensa a aplicação do anestésico e diz que está acabando; Jchora (6ª).

Isolamento Absoluto

- Observa atenta e apreensiva, segura as mãos de J enquanto a CD tenta colocar o grampo no dente desta (4ª).

Alta Rotação

- Fala com Je olha preocupada para o “motorzinho” (4ª).
- Conversa, observa, fala muito e fica apreensiva quando Jchora (5ª).

Obturação

- Olha atenta e séria para a CD que lava o dente de J com uma seringa (4ª)
- Segura as mãos de J, conversa com esta, mas sua expressão é séria enquanto a CD usa o BR para acertar a resina (5ª).

Exodontia

- Olha apreensiva para a bandeja de materiais e para aqueles que são escolhidos (2ª).
- Observa tensa a extração e a gaze com sangue (3ª).
- Observa preocupada quando a CD pega o boticão (6ª).

Sutura

- Fala com J, pede que abra a boca e parece não saber o que fazer ou falar, enquanto a CD sutura; Jemite comportamentos de não colaboração (2ª).

13 – A mãe demonstra tranquilidade frente à situação odontológica ou ao comportamento da CD ou da paciente.

Evidenciação

- Observa J com tranquilidade quando esta confere seus dentes, coloridos, no espelho (1ª).
- Observa sorrindo a CD passar fucsina nos dentes de J (2ª).

Escovação

- Conversa com J, procurando orienta-la, enquanto esta escova seus dentes (2ª).
- Sorrindo acompanha com sua boca os movimentos de boca que J faz aos escovar seus dentes (3ª).
- Conversa com Je com a CD enquanto escova os dentes de J (6ª).

Anestesia Tópica

- Passa as mãos nos cabelos de J, sorrindo, e pede para que abra a boca quando esta não colabora (2ª).
- Observa e segura as mãos de J enquanto a CD realiza o procedimento; sua fisionomia é tranqüila (4ª).
- Sorri ao observar J descontráida recebendo o carinho da CD (5ª).
- Observa com fisionomia leve, sorri, canta com a música do gravador enquanto a CD executa o procedimento (6ª).

Anestesia Injetável

- Observa a aplicação da anestesia e sorri para J que está colaborando (3ª).
- Sorri ao observar a CD cantar (então conversa com J, com a auxiliar e com a CD) e ri enquanto fala (4ª).
- Acaricia o cabelo de J e o rosto, conversa com a auxiliar e sorri enquanto o procedimento está sendo executado (5ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Dança e conversa com J o tempo todo em que o IA é realizado (5ª).

Obturação

- Observa J, passa a mão em seus cabelos e conversa com esta tentando acalmá-la – sua fisionomia é tranqüila (4ª).
- Conversa com semblante tranqüilo enquanto a CD realiza o preparo cavitário (5ª).

Exodontia

- Conversa ternamente com J informando que o procedimento logo acabará (2ª).
- Observa e dança, com os ombros, enquanto a extração é realizada (6ª).
- Acaricia o cabelo e dança enquanto a CD estanca o sangue com a gaze (6ª).

Atividade Lúdica

- Sorri ao ver Je a CD conversando enquanto enchem bexiga (4ª).

14 – A mãe procura conduzir verbalmente o comportamento da paciente durante a realização de uma atividade

14.1 - e obtém a sua colaboração

Entrada

- A mãe aproxima-se e pede que J sente na cadeira; J aproxima-se da cadeira e da CD (quando a CD convida Ja sentar-se na cadeira, esta resiste) (1ª).

Evidenciação de Placa Bacteriana

- Conversa com Je pede que esta abra a boca para a CD passar a fucsina; Jobedece (1ª).
- Conversa com J “fique quietinha, abra a boca” enquanto a CD lava a boca de J; Jobedece (1ª).

Escovação

- Enquanto escova diz: “feche os dentes, abra a boca”; Jobedece (1ª).
- Escova os dentes de J atentamente e conversa com esta “abra a boca, feche os dentes”; J permite a escovação e segue as recomendações (2ª).
- Abre a sua boca como modelo para J, diz que o dente está sujo e que a CD irá limpá-lo; Jolha no espelho e diz que tem sujeira no dente (2ª).
- Permanece sentada atrás de J, pedindo que esta deite; J permanece deitada (2ª).

- Escova os dentes de Jdizendo “abra a boca” e abrindo sua boca como modelo, levanta o queixo de Jpara visualizar melhor; Jpermite a escovação (3ª).

Anestesia Tópica

- Pedequa Jabra bem a boca; Jabre (2ª).

Anestesia Injetável

- Entrega-lhe a fralda e pede que Jfique quieta; Jobedece (2ª).
- Dança e fala para Jficar “boazinha”; Jinterrompe o choro (5ª).

Isolamento Absoluto

- Solicita que Jpare de chorar; Jobedece (4ª).
- Dança e pede que Jabra bem a boca; Jabre e fica quieta (5ª).

Alta Rotação

- Fala para Jparar de chorar; Jpara (4ª).
- Pedepara Jparar de chorar; Jcolabora (5ª).

Obturação

- Pedequa Jabra bem a boca e mostra como; Jimita (4ª).
- Pedequa Jpare de chorar; Jpara (5ª).

14.2 – e não obtém a sua colaboração.

Anestesia Tópica

- Pedequa Jabra a boca; Jnão abre e movimenta a cabeça (2ª).

Anestesia Injetável

- Pedequa Jpare de chorar; Jcontinua chorando (2ª).

Isolamento Absoluto

- Pedepara Jficar quieta; Jarranca o lençol de borracha da boca e berra (4ª).
- Pedequa Jabra a boca e fique quieta; Jmovimenta-se (5ª).

Alta Rotação

- Pede que J fique quieta e J berra mais (4ª).
- Pede que J pare de chorar e fique calma; J não obedece (5ª).

Obturação

- Passa as mãos nos cabelos de J e pede que fique quieta; J não obedece (4ª).
- Pede que pare de chorar e J chora mais forte (5ª).

Exodontia

- Pede que abra a boca e fique quieta; J movimenta-se e chora (2ª).
- Pede que J pare de chorar; J não para e gira o corpo (3ª).

Sutura

- Diz: “agora pare, acabou”; J continua chorando e movimentando-se (2ª)

15 – A mãe procura distrair e/ou acalmar a paciente

15.1 - ao mesmo tempo em que a CD conversa com esta.

Entrada

- Conversa muito com J na cadeira enquanto a CD fala com J (1ª).
- Pega um brinquedo e conversa com J enquanto a CD está explicando o procedimento do dia (4ª).
- Sentada atrás de J, conversa com esta enquanto a CD fala sobre os brinquedos (5ª).

Evidenciação

- Conversa com J enquanto a CD explica o procedimento (1ª).

Escovação

- Conversa com J ao mesmo tempo em que a CD orienta a escovação (2ª).

Aplicação Tópica de Flúor (ATF)

- Sentada, conversa com J enquanto a CD explica que é possível retirar o algodão de sua boca (1ª).

- Observa e conversa com Jenquanto a CD aplica flúor e conversa, também (1ª).

Anestesia Tópica

- Conversa com Jao mesmo tempo em que a CD fala com ela ou canta (2ª).
- Fala muito enquanto a CD conversa com Je passa o anestésico (4ª).
- Canta e conversa enquanto a CD também tenta conversar com J(6ª).

Anestesia Injetável

- Fala com Je beija seus cabelos ao mesmo tempo em que a CD massageia o rosto de J(2ª).
- Conversa com J e entrega-lhe a fralda enquanto a CD está explicando a anestesia e seus efeitos (2ª)
- Não olha para a anestesia e conversa com J; a CD também está falando (3ª).
- Segura e beija as mãos de J, conversa com esta, afaga seus cabelos e testa; enquanto a CD executa um procedimento e explica o próximo (4).

Isolamento Absoluto

- Conversa com Jenquanto a CD tenta acalma-la (4ª).

Alta Rotação

- Conversa com Jao mesmo tempo em que a CD está falando (4ª).

Obturação

- Conversa com Je com a CD ao mesmo tempo; a CD também fala (6ª).

Exodontia

- Fala muito com J; a CD conversa também (2ª).
- Canta e conversa ao mesmo tempo em que a CD está falando com J(3ª).
- Dança e fala para Jovir o que a CD está falando (6ª).

15.2 - durante o AO e obtém comportamentos de colaboração.

Entrada

- Conversa com Jenquanto a CD eleva a cadeira e J(embora parecendo tensa) permanece sentada e sem choro (1ª).

Baixa Rotação (BR)

- Sentada, fala com J e explica-lhe que é só água (quando J contrai-se com o contato desta): J permanece colaboradora (1ª).

Aplicação Tópica de Flúor

- Conversa com J e acaricia suas mãos; J se acalma (1ª).

Anestesia Tópica

- Promete que “a tia” (CD) dará revistas para J levar para casa; J permite o procedimento (2ª).
- Pergunta se doeu, passa as mãos nos cabelos de J; J para de chorar (3ª).
- Acaricia os cabelos e conversa com J; J para de chorar e ouve a mãe (5ª).
- Canta e beija as mãos de J; J fica olhando para a mãe (6ª).

Anestesia Injetável

- Conversa com a CD, com J e com a auxiliar; J presta atenção ao que a mãe diz (4ª).
- Acaricia os cabelos e a face de J; J fica quieta (5ª).

Isolamento Absoluto

- Dança e conversa com J; J colabora (5ª).

Alta Rotação

- Segura as mãos de J massageando-as e conversa com ela; J presta atenção ao que a mãe fala (5ª).
- Conversa com J e esta responde-lhe enquanto a CD executa o procedimento (4ª).

Obturação

- Fala com J, faz carinhos em seus cabelos; J coopera (4ª).
- Conversa com J e esta se acalma (5ª).

15.3 - na ausência de um procedimento clínico e a paciente mantém-se quieta.

Entrada

- Faz carinhos no rosto de J com o seu próprio rosto; J aceita a carícia e mantém-se deitada na cadeira, enquanto a CD coloca a máscara (1ª).

Evidenciação

- Conversa com tom suave com J; J se acama (1ª).
- Fala com Jenquanto aguarda a CD iniciar o procedimento; J mantém-se quieta (2ª).

Escovação

- Sentada atrás da cadeira, conversa com Jenquanto a CD arruma a luz; J presta atenção ao que a mãe fala e mantém-se quieta (1ª).
- Conversa com J procurando acalmá-la (após a CD explicar o procedimento seguinte); J para de chorar (2ª).
- Lava e seca a boca de J, após a conclusão do procedimento, enquanto conversa com esta; J colabora (3ª).
- Conversa com J, mantendo-a deitada, enquanto a CD coloca máscara e luva; J permanece calma (6ª).

Anestesia Injetável

- Conversa e coloca as mãos sobre os braços de J, enquanto a CD prepara o anestésico; J ouve o que a mãe diz (2ª).
- Conversa com J quando o procedimento é interrompido; J se acalma (3ª).
- Conversa e afaga os cabelos de J no final do procedimento; J fica quieta (4ª).
- Segura as mãos de J e conversa enquanto a CD prepara o anestésico; J mantém-se quieta (6ª).

Obturação

- Faz carinho em seus cabelos e conversa com J quando o procedimento é interrompido; J acalma-se (4ª).

Exodontia

- Conversa procurando acalmar J e massageia suas mãos; J para de chorar (2ª).
- Após o procedimento, conversa e caminha de mãos dadas com J até a mesa de brinquedos (3ª).

15.4 - pede sua colaboração e não a obtém.

Entrada

- Pega um brinquedo e tenta distrair J; J chora e tenta sair da sala (4ª).

- Fala para não chorar, procura chamar a atenção de J para o brinquedo do dia; J chora e vira o corpo na cadeira (5ª).

Anestesia Tópica

- Passa a mão sobre os cabelos de Je pede que fique “quietinha”, Jchora e fala muito (3ª).
- Conversa e canta para J; J não permite o procedimento (4ª).

Anestesia Injetável

- Conversa, coloca suas mãos sobre os braços de J, canta e fala com esta; J chora e balança as pernas (2ª).

Isolamento Absoluto (IA)

- Segura as mãos de J, massageando-as, conversa com esta; J diz “não,... não gosto daqui, vou contar para o meu pai”, chora, berra e vira o corpo durante o IA (4ª).

Alta Rotação

- Procura distrair J conversando com esta; Jchora e se movimenta (5ª).

Obturação

- Conta algo para J; J lhe responde alto e brava (4ª).
- Conversa com J; Jchora e movimenta-se (5ª).

Exodontia

- Conversa, diz que está acabando (durante a exodontia); Jchora e movimenta-se (2ª).
- Canta, observa; Jchora forte e gira o corpo (3ª).
- Observa, conversa com Je esta não coopera (6ª).

Sutura

- Beija as mãos de Je conversa com esta; Jvira o corpo (2ª).

16 – A mãe não participa da atividade lúdica com a paciente para colaborar com a CD; J fica sozinha.

Atividade Lúdica

- Não interage com J, apenas responde a anamnese; J pega e solta diversos brinquedos, parece não estar interessada em nenhum (1ª).
- Conversa com a CD enquanto esta lhe fornece orientações; J brinca sozinha (3ª).
- Conversa com a CD, na mesa de brinquedos; J pega bexiga e anda pela sala (4ª).
- Arruma as peças de dominó conversando com a CD; J olha as duas conversarem (6ª).

17- A mãe procura participar da atividade lúdica

17.1 - e não consegue estabelecer uma interação adequada com a paciente

Atividade Lúdica

- Pega a boneca, conversa; J pega e solta os brinquedos sem brincar (2ª).
- Pega os brinquedos que J lhe oferece; J se desinteressa e pega outro brinquedo (3ª).
- Procura fazer J participar do J; J olha o ambiente, olha para a CD, mas não demonstra interesse (4ª).
- Ajuda J a procurar os modelos para formar os pares; J não parece motivada (5ª).
- Procura participar da brincadeira; J não se detém nela (6ª).

17.2 – e a paciente participa da atividade

Atividade Lúdica

- Procura fazer com que J participe do dominó apontando-lhe as peças; J fica mais atenta e motivada (4ª).
- Quando sozinhas, mãe incentiva J a brincar e a relação das duas torna o brincar muito mais agradável e solto (4ª).
- Canta, dança e incentiva J a encontrar o modelo; J procura pelo modelo (5ª).

**ANEXO 3 – Categorias relativas às sessões de supervisão da
paciente J.**

CATEGORIAS RELATIVAS ÀS SESSÕES DE SUPERVISÃO DA PACIENTE J.

A - A CD relata como percebe (e compreende) o comportamento da paciente e da mãe a partir da discussão do V t com a Pq.

- ... é ... eu percebi que ela fica olhando tudo o que a gente faz; tudo o que a gente pega, ela observa (sobre Jser curiosa e observadora) (1ª).
- É, eu percebi que ela (J) tem muito medo, né. Então, no filme, mesmo não dando para perceber ... ela ficava com a respiração bem ofegante ... parece que tem um medo muito grande (1ª).
- ... a hora que ela (J) foi cuspir saiu sangue e eu percebi que a mãe ficou.. hã ... muito ansiosa com esse sangue (ao ver a mãe arregalar os olhos e colocar a mão na boca) (1ª).
- Tudo o que eu vou explicar, eu percebo que ela (J) não quer ouvir. Ela quer fugir da situação (J desvia o olhar, a cabeça ou fala outra coisa enquanto a CD explica)(1ª)
- Eu acho que ela tenta (J) enfrentar (a situação), assim mesmo. Porque ela não chora, não se desespera, eu acho que ela se controla até um certo ponto. Eu acho que ela está conseguindo se controlar (1ª).
- Parece que ela (J) está desconfiada, né (ao discutir sobre o fato da paciente olhar os movimentos da CD) (1ª).
- ...eu acho que era de medo que a menina percebesse que era sangue. Ela (a mãe) falou: “ai! Ela não pode ver sangue. Não é sangue viu filha, é tinta que a tia passou”(1ª).
- ... eu perguntei para ela (a mãe) se ela sabia o que era placa; se alguém falou para ela o que era placa ... ela não sabia nada sobre isso (placa bacteriana). Está faltando isso para ela (informações sobre cuidados bucais) (1ª).
- ... eu percebi, nesta fase da profilaxia, que a ansiedade da mãe aumentou muito. Ela falava bastante ... eu me lembro dela falando muito (1ª).
- ... no geral ela atrapalhou mais do que ajudou porque quando eu queria me comunicar com a menina, perguntar certas coisas ... eu não conseguia porque ela (a mãe) falava junto e a menina não conseguia me ouvir (2ª).
- Eu acho que ela (J) tentou fugir, que ela queria voltar na escovação, hã ... queria brincar, queria ganhar bexiga, Então, ela queria fugir (2ª).

- ... a anestesia não tira a sensação de pressão, de descolar, ... é ... não sente dor, mas sente a força que faz, ... acho que é o movimento do dente, alguma sensação desconfortável (a paciente chorou forte neste momento) (2ª).
- ... eu acho que ela (J) sentiu isso e eu achei que ela estava com medo do fórceps, pelo tamanho do fórceps que é maior do que as outras coisas que eu já usei ... eu achei que ela ficou bem assustada (porque ela chorou muito) (2ª).
- ... eu sinto que ela (J) tem ... assim ... uma imaginação negativa do que vai acontecer (porque J olha tudo com olhos bem abertos e a tudo diz: “isso não quero”) (2ª).
- ... é ... eu não tinha percebido que a E (auxiliar) falou. O que eu mais percebi foi a mãe... (ao discutir que a auxiliar falou, também) (2ª).
- ... é ... eu acho que foi, mas na hora eu não ouvi que ela pediu (J pede o espelho de mão para acompanhar a sessão, tal qual a CD havia lhe dada na sessão anterior) (2ª).
- ... era similar (a anestesia anterior) só mudou o lado. Foi por causa do comportamento (de não colaboração) que foi mais difícil (essa aplicação do anestésico) (3ª).
- Eu percebo que ela é muito impaciente. Ela quer acabar logo, quer fugir de lá, ela não gosta de ficar ali se submetendo. Às vezes, talvez não por dor, mas pela vontade de se livrar daquilo, né (ao discutir a desagradabilidade da situação) (3ª^{sessão}).
- ... eu acho que a mãe está conseguindo escovar bem em casa. Ajuda a filha a escovar. Mas eu acho que ela fez um pouquinho de birra. Assim ... comigo (porque não queria escovar quando a CD convidou) (3ª).
- Parece que ela (J) está meio brava, meio temerosa e ... na hora ela falou que não queria escovar no fundo (3ª).
- Eu achei que ela (J) entrou com medo, ... ela já não queria sentar na cadeira. Então ... ela não sabia se deitava ou se não deitava; ela já começou a falar que não queria ... (3ª).
- Aí quando eu falei: “J (auxiliar), pegue a fitinha para mim, fitinha ainda eu falei. O que é fitinha? Não quero fitinha” (a paciente disse). Ela começou a imaginar (4ª).
- Acho que foi tranqüila (a rotina). Ela chorou no começo, né. Deu uma berradinha no começo, mas depois eu achei que foi tranqüilo (a aplicação da anestesia) (4ª)
- ... como se fosse ... alguma coisa assustadora (quando a Pq comenta sobre a reação da paciente toda vez que a CD solicita um instrumento ou material à auxiliar) (4ª).
- ... foi uma coisa tranqüila (o preparo cavitário), esse resmungar dela não me atrapalhou. Ela ficou com a cabeça parada, com a boca aberta (5ª).

- Eu acho que a música ajudou. Ela gostou da música mais do que cantar música infantil para ela, que eu achava que ela não curtia muito (5^a).
- Eu acho que ainda ela (J) tem um pouco de medo. Tem medo. Não é nem um pouco, ela tem bastante medo (quando a Pq solicita que ela faça uma avaliação entre as primeiras e as últimas sessões) (5).
- Eu sinto que ela (J) confia mais em mim, ela conta comigo, então eu acho ... por isso que ela me ouviu quando eu falo. Coisa que ela não fazia antes, ela está mais acessível, acho que com o tempo ela foi enfrentando a situação e foi entendendo ... (quando a Pq observa que J presta mais atenção à fala da CD) (5^a).
- Ela (a mãe) tem aquela firmeza, mas com carinho. Isso é muito importante (quando a Pq aponta as qualidades da mãe) (5^a).

B – A CD fala sobre um sentimento ou dificuldade quanto à execução de um procedimento, durante a discussão com a Pq.

- Até eu, na hora de fazer a profilaxia tinha medo que doesse, porque tudo está frágil, ai (1^a).
- ... ele (o dente) está tão destruído que pode estar doendo, mesmo na hora de fazer a limpeza (sobre sua preocupação com esse procedimento) (1^a).
- ... eu estava preocupada com a hora da anestesia. Mas deu para fazer. Não entortou a agulha, não foi uma coisa muito difícil, não (2^a).
- Ficou uma coisa difícil de fazer (explicar a J sobre algo, porque a mãe falava ao mesmo tempo)(2^a).
- ... começou a não colaborar , pedir para ir embora, né. Falava: “quero ir embora, quero ir embora”. E, foi assim ... foi difícil a anestesia, foi mais difícil que na outra sessão (3^a).
- Ah! Eu fiquei preocupada que isso pudesse atrapalhar ... (conversar e orientar a mãe aproveitando a atividade lúdica) (3^a).
- ... eu fiquei surpresa, porque ela estava o tempo todo falando que não queria mais nada, nem bexiga, nem falar tchau ... e aí ela pediu para escovar o dente e ainda escolheu o sabor da pasta... (no final do AO) (4^a).

C – A CD fala sobre contenção física como uma prática não coercitiva e necessária ao discutir com a Pq

- Na extração, ela virou várias vezes, eu ... eu tinha que voltar a cabeça no lugar (3ª).
- Eu acho que a cabeça eu fazia um pouco de força para manter deitada porque ela queria levantar essa parte da cabeça (a testa). A E (auxiliar) teve um momento em que ela falou que precisou segurar meio forte os braços, mas eu acho que foi mais no final (2ª).

D – A CD aceita e/ou concorda com as argumentações da Pq.

- ... acho que nessa sessão, a escovação tem que ser mais trabalhada, né ... (1ª).
- ... fazer mais suave, né (sobre a mãe usar muita força na escovação) (1ª)
- ... é, é isso ... (ao discutir que a mãe fica mais impressionada que a filha) (1ª)
- ... é ... ela (J) me cortava: “tá bom, tá bom” (J dizia). Não queria nem me ouvir (ao discutir que J não prestava atenção à fala da CD) (2ª).
- ... É, tem que explicar para a mãe que a hora em que eu não estiver falando é para ela falar (3ª).
- Chora mais, mas ... mexe menos o corpo (ao discutir que choro e movimento de corpo são coisas distintas) (3ª).
- Sentir mutilada ... (motivos para deixar a extração dos incisivos centrais superiores para a última sessão) (3ª).
- Pode atrapalhar no comportamento ... (idem anterior) (3ª).
- Eu acho que ela tem que saber que vai tirar (idem anterior) (3ª).
- Ela vai ter um impacto (idem anterior) (3ª).
- Eu acho que é mais interessante já ir direto (sem brincar) para ficar aquela expectativa de brincar depois. Até pra gente ter um argumento pra falar: “vamos acabar logo para brincar” (3ª).
- Eu acho bom porque, às vezes, a gente está tão preocupada com o que fazer, que aí não vem a música na cabeça, dá branco. Você não consegue lembrar da música ... (quando sugerido o uso do gravador no AO) (4ª).
- ... ela quer levar o brinquedo embora ... que nem você falou, que ela toma conta da sessão, se deixar ela toma conta do ambiente (5ª).

E - A CD tenta avaliar o comportamento da paciente e da mãe baseada numa suposição sua.

- ... é, parece que tem habilidade, só que as duas (mãe e filha) têm medo de escovar, medo de doer (o dente, pela condição bucal precária) (1ª).
- ... é, num primeiro momento, eu até achei que ela (a mãe) não escovava em casa. Mas, depois eu pensei assim :” eu acho que ela até está tentando escovar, só que o medo do sangue e o medo que doa está impedindo de fazer uma coisa bem feita” (1ª).
- ... tem dente necrosado, que ela não está sentindo dor. Mas ... ela fica tensa. Acho que esse dente já doeu muito e ela lembra do ... do lugar (1ª).
- ... imaginava que ela (J) fosse ficar fugindo, que ela se recusasse (a aceitar a anestesia) (2ª).
- ... eu acho que esse local ... do tórax, é um local bom para acalmar a criança. Eu sempre ponho a mão, seguro... porque eu acho ... eu acho aqui ... (2ª).
- ... quando ela (J) viu que eu ia colocar o anestésico tópico, eu acho que já lembrou de tudo que ia vir depois e parece que estava com medo da anestesia (3ª).
- Mas dá a impressão que no fundo, no fundo, ela (J) quer (participar da sessão de AO (4ª).
- Você acha que o choro inicial foi porque ela (J) imaginou que ia doer, que ia machucar, alguma coisa? Quando eu estava passando o tópico (anestésico tópico) ela já imaginou que ia ter que passar pela anestesia ... e aí chorou por causa disso? (4ª).
- Talvez aquelas fantasias que ela (J) fazia da situação (fantasia negativa do AO), ela está começando a enxergar que ... que não é bem aquilo que ela imaginava (o paciente colaborou) (4ª).
- ... porque depois eu continuei com o BR e ela parou de chorar, sinal que não era dor, era sensação de uma coisa nova (tremores na boca) (5ª).
- Quando ela (J) vai escovar, quando ela vai comer, ela lembra que está sendo tratada e que aquilo (o tratamento) está fazendo bem para ela (5ª).
- Eu acho que ela vai chorar quando eu falar isso. Mas eu acho que tem que falar (sobre extrair os dois incisivos centrais superiores na próxima sessão) (5ª).
- Ela vai se sentir enganada (se não for informada sobre as extrações) (5ª).

F – A CD reconhece que um comportamento seu promove mudanças no comportamento da paciente.

- Eu acho que também ... um momento que eu achei legal foi a hora que eu comecei a explicar para ela, há ... sobre o porque ela deve tratar os dentes, porque ela vai poder dormir bem, porque eu acho que ela prestou atenção. A hora que eu falei isso, ela ficou quietinha, olhou bem para mim ... entendeu logo. Depois ela começou a chorar, mas naquele momento eu acho que tive uma relação ... (3ª).
- Ir fazendo outra coisa com ela ... (conversar enquanto executa um procedimento para obter a colaboração) (3ª).
- Ela chorou antes de colocar o dique, o grampo. Então, ela começou a chorar só de olhar, só quando eu mostrei o lençol, falei que era um guarda-chuvinha, achando que isso pudesse facilitar ... (ela chorou mais forte) (4ª).
- Talvez ela preste atenção na música e, se eu pedir um instrumental, assim ... ela não presta atenção (no que a CD pediria) (4ª).
- a única coisa assim que chama a atenção é que toda vez que explico alguma coisa ou mostro, ela muda completamente, fica pior (4ª).
- Isso. Eu falava isso: “que logo ela ia para casa, que ia ganhar bexiga”. Daí ela falava: “hoje eu quero duas”. Aí eu falava: “está bom, você vai ganhar duas, depois a gente vai brincar, logo vai acabar, nós vamos brincar com uma surpresa hoje”. Aí ela falava: “eu quero brincar de dominó”. Ela adorou o dominó. Aí eu falava: “mas tem uma coisa mais legal ainda hoje, que você nunca viu” ... ia falando isso, ela ia resmungando, mas deu para terminar bem ().
- Foi mais fácil para mim porque eu já coloquei o arco, já deixei tudo cortado, pus o arco menor, infantil. Porque aquele eu achei que ficou em cima do nariz dela e ela não conseguia respirar direito... então foi mais rápido. Quando eu expliquei para ela que era menorzinho, que era de neném ... aí ela percebeu que não estava imaginando, aí ela parou de chorar (5ª).

G – A CD identifica mudanças no comportamento da paciente ou da mãe em relação às sessões anteriores ou de uma rotina para outra.

- Achei (Jmais calma). Na outra (sessão), ela tremia e respirava ofegante. Desta vez, não (2ª).
- Ela já entrou chorando, né. Das outras vezes ela não entrava chorando, né (4ª).

- Mas depois ... eu acho que a mãe ajudou bastante, foi um detalhe dessa sessão, eu acho que a mãe ajudou muito. Quando eu precisava falar, ela ficava quieta, mas quando ... ela via que tinha necessidade, ela fava e falava coisas positivas. E ... incentivando a menina. Ah! ... carinhosa, ao mesmo tempo firme. Então, eu acho que ela ajudou muito nessa sessão (4^a).
- Eu acho interessante que quando eu chamo ela (J) na sala de espera, ela vem e vem bem, ela não reclama ... só depois que ela entra no consultório é que ela começa a querer ... (4^a).
- Foi. Ela adorou o brinquedo e ficou outra, né. Perdeu todo medo. É ... na aflição que ela estava, queria ir embora ... (terminado o AO para iniciar a Atividade Lúdica) (4^a).
- ... eu acho impressionante o semblante dela quando termina (a sessão). Ela muda completamente, fica dócil, fica calma, tranqüila, há ... quieta. Brinca como criança (quando discutida a mudança do comportamento de J) (4^a).
- A partir do momento que eu comecei a passar a anestesia tópica, ela já se mostrou bem mais calma, não chorou mais. Estava tranqüila e tudo correu bem até depois da anestesia propriamente dita (atribuiu isso ao uso do gravador usado nesta sessão) (5^a).
- Das outras vezes, ela falava: “não quero nada, não quero ninguém, não quero bexiga, detesto esse lugar”. Desta vez não, ela falava: “quero brincar, quero bexiga, quero acabar (o AO) (5^a).
- É, o semblante dela tinha uma coisa impressionante, a hora que acaba ... (termina AO e inicia Atividade Lúdica) (5^a).
- ... Mas agora eu não sinto mais que ela está com o coração batendo acelerado, não sinto mais aquela respiração ofegante, eu acho que o corpo dela está mais relaxado ... (quando a Pq solicita que ela faça uma avaliação entre as primeiras e as últimas sessões) (5^a).
- Sai um peso dela ... (termina AO e inicia Atividade Lúdica) (5^a).

H – A CD relata que forneceu feedback à paciente e à mãe durante o AO.

- ... eu falei no final que ela (a mãe) é uma presença importante. Que ela deve falar, mas só que quando eu tiver que falar com a menina eu prefiro que ela espere eu falar Acho que ela me entendeu numa boa, não ficou chateada, nada (2^a).
- Depois que terminou a sessão que eu conversei com a mãe porque durante essa sessão, acho que ela (a mãe) me atrapalhou bastante (a mãe falou muito com a filha) (2^a).
- ... isso eu falei para ela (a mãe) tem hora que ela é firme com a menina e essa firmeza é benéfica ... esse controle que ela tem sobre a menina. Que isso ajuda (2^a).

- É elogiei, falei: “está certo ... um pouquinho mais pra cá, um pouquinho mais pra lá” .. (falando sobre sua apreciação da escovação da mãe) (3ª).
- Eu falei isso, né. Falei que quando nascerem os dentes novos se ela (a paciente) escovar ela não vai mais precisar voltar. Só vai ter que voltar para passar vitamina no dente, escovar. E, ela prestou bem atenção (5ª).

I – A CD demonstra insegurança ou dúvidas sobre como se comportar frente a determinados procedimentos odontológicos.

- A anestesia é ... eu devo explicar o que é? Ou mostrar? Não mostrar (1ª).
- O anestésico a gente dá na mão dela? (1ª).
- ... se for necessário fazer a contenção (física) não tem problema fazer isso? Segurar na hora de anestésiar (1ª)
- Ela ainda não foi introduzida, assim ... não foi mostrado para ela os equipamentos de alta rotação, acho que nem mostra, né? Vai direto? (3ª).
- Tem que contar, né (que será realizada a extração dos incisivos superiores) (5ª).
- Fala a palavra “ tirar”? (idem) (5ª).

J– A CD relata que a mãe identifica mudanças no comportamento da paciente e verbaliza para a CD.

- É a mãe mesmo comentou isso ... que antes ela tinha dor para escovar, que ela não ... não gostava de escovar porque doía. Agora ela já está percebendo ... a mãe percebeu que quando ela escova, a menina não reclama mais (4ª).

K – A Pq indica como a CD deverá se comportar a partir do relato desta e/ou das imagens do VT

- Então, quando você perceber, em algum procedimento, ... que ela pode começar chorar ... você deve conversar com ela, com frases do tipo: “olha J, hã... como você consegue ficar legal ... com a boca bem aberta ... (1ª).

- Então, ... seria interessante toda vez que você vai interromper o procedimento e recomeçar outro, ... explicar para ela : “olha, agora eu vou pegar o ar, eu vou secar o seu dente, ... vou jogar água na sua boca” (1ª).
- ... você mostra a seringa para ela sem a agulha. Deixa que ela pegue a seringa na mão ... coloque na boca dela, sem agulha (1ª).
- ... a hora que você for fazer a anestesia ... você diz que vai espirrar um líquido na boca dela ... que é melhor ela fechar o olho ... (1ª).
- ... para ela ver o modelo de como será a seringa na boca dela, e depois, coloca o anestésico e a agulha (1ª).
- ... você pode recebê-la um pouco mais calorosamente, sabe? “oi, J como é que é, está tudo bem? Como foi a sua semana?” (1ª).
- (na anestesia) começou vai até terminar porque se ficar parando e recomeçando, ..., quanto mais picadas der na gengiva, pior é (2ª).
- ... sabe o que pode tentar fazer ... um exercício de relaxamento (para diminuir a tensão) (2ª).
- (relaxamento) fazer a barriga crescer e fala: “vamos ver quanto você vai conseguir levantar a minha mão com a sua barriga?” (2ª).
- ... então, usa o brincar, que é uma coisa que ela gosta, como contingência final: “vamos terminar rapidinho a sessão para a gente ter mais tempo de brincar depois” (2ª).
- Então, talvez seja interessante na próxima sessão, envolver um pouco mais a mãe, ... mais perto com a fala (pedir para a mãe falar mais com a paciente) (3ª).
- É ... você pergunta alguma coisa para a mãe ... “como foi o primeiro aniversário (de J)? Você se lembra do vestido que J vestiu? ... (3ª).
- Você vai conversando com ela, você diz: “Por que você está chorando? Com o que eu estou fazendo e com você escovando em casa, seus dentes vão crescer bonitos ... Assim, ao mesmo tempo em que você conversa com ela ... você vai transmitindo (orientando) a mãe que está ao lado (3ª).
- Então, se você sentiu que ela (a mãe) foi carinhosa ... que a menina ficou mais tranqüila ... você deve contar isso para a mãe e dizer ... (4ª).
- Nesse ponto, seria muito interessante pensei em duas coisas: que se conseguisse uma sincronia tal com a auxiliar que você não precisasse pedir nada, que ela pudesse prever o que você fosse utilizar ... (4ª).
- Então, reforça o comportamento da mãe, diz que ela ajudou bastante na sessão ... que hoje faremos uma sessão com músicas, e que ela pode cantar ... (4ª).

- ... tem que ter mesmo essa coisa de ir conversando, mesmo que demore um pouco mais a sessão. Você termina uma sessão do jeito que você está terminando essa, calma (4ª).
- Então, da próxima vez que você for ... que vai ser hoje à tarde, né, há ... trabalhar na boca dela e reparar que a condição bucal está boa, diga à ela que ela está de parabéns, que ela está escovando bem os dentes ... (5ª).
- Não podemos perder a oportunidade de orientar a mãe, de estar trazendo a mãe para a situação odontológica A gente deve aproveitar e trabalhar bem com essa mãe (5ª).

L – A Pq faz uma pergunta ou colocação para fazer com que a CD discuta ou opine sobre um evento ocorrido na sessão de AO.

- ... mas veja ... em nenhum momento você precisou interromper a sessão por conta do comportamento dela (choro visto como não colaboração) (1ª)
- ... você achou que J entrou mais calma nesta sessão que na outra? (2ª).
- ... perto do que você esperava que a anestesia fosse, bem ... com o comportamento temeroso de J, aquela ansiedade como você acha que foi? (2ª).
- Eu vi ela (a mãe) participando muito da sessão, tanto conversando com J quanto cantando com vocês. Essa fala da mãe ajudou ou atrapalhou? (2ª)
- Eu tive a impressão que a E (auxiliar) também falou bastante (quando ela dizia que só a mãe falava e isso atrapalhava) (2ª)
- Me parece que ela é uma mãe muito colaboradora ... ela fala de forma suave com a criança ... a criança obedece. Você viu na hora da anestesia que J foi tirar sua mão e a mãe falou: “não pegue na mão da tia” . Ela tirou (2ª).
- ... nessa sessão ela parou para prestar um pouco mais de atenção ao que você falava. Lembra que na sessão passada você começava a falar com ela, ela já desviava? (2ª).
- ... o choro, mesmo nos momentos em que ela chora mais forte, ... dando a impressão que está sendo bastante resistente a gente vê que as pernas e as mãos dela estão paradas, não está fazendo da perna ou da mão, alavanca para fugir da situação (2ª).
- Por que você acha que ela fez isso? (recusou fazer a escovação) (3ª).
- A mãe está fazendo uma escovação legal? (3ª).
- Você acha que foi melhor ela entrar e ir direto para a escovação ou brincar antes (como na sessão anterior)? (3ª)

- (a anestesia) foi mais difícil em termos de dificuldade clínica ou foi mais difícil pelo comportamento de J(3ª).
- ... ela procurava apoio no rosto da mãe. Você reparou que ela virava o rosto para trás e ficava olhando para a mãe? (3ª).
- ... dá a impressão que ela não está colaborando com a situação. Mas, na verdade o corpo dela está quieto, as pernas dela estão quietas. Ela movimenta-se, ela vira o corpo nos momentos em que não está acontecendo uma intervenção. Você já reparou nisso? (3ª).
- ... ela ficou reclamando, resmungando ... mas em nenhum momento ela sentou. As pernas dela estavam relaxadas, as mãos também. Não precisou nem segurar a mão dela. Enfim, ela estava reclamando porque queria sair daquela situação (4ª).
- a hora que ela chegou, que ela estava chorosa, que você a levou para a cadeira, você falou: “vamos fazer o serviço que hoje tem um brinquedo diferente”. Ela já se interessou pelo brinquedo diferente, já parou de chorar, sentou na cadeira e começou a procurar o que era (5ª).
- Essa foi a primeira vez que você fez a anestesia tópica e a anestesia injetável sem nenhum choro (5ª).
- Você percebeu que agora você conversa com J e ela presta atenção no que você fala, diferente das primeiras vezes que ela não queria nem que falasse? Agora quando você começa a falar com ela, ela ouve o que você fala, ela para o movimento, ela para o resmungo e fica atenta (5ª).

M – A Pq analisa o comportamento da paciente a partir da fala da CD e das observações no VT.

- ... isso também pode fazer parte do medo dela, né. Porque cada vez que você interrompe o procedimento, vai ... pegar um instrumental novo ... ela levanta o corpo para ver o que você vai pegar (1ª).
- ... ela faz assim, põs a mão na boca, arregalou os olhos, como quem diz: “saiu sangue!” (1ª).
- Eu observei a E (auxiliar) afagando a mão dela (J). Isso tranquiliza a criança, a criança percebe que tem alguém aí (1ª)
- Quando a mãe deu o paninho (uma fralda) para ela, ela se acalmou, como se o paninho tivesse dado à ela uma certa segurança. (1ª).
- ... ela (J) foi mais confiante para o canto lúdico e quando você convidou-a para vir para a escovação, ela não apresentou nenhuma resistência (2ª).

- ... isso é importante. É sinal de que na hora em que você está falando ela (J) pode fazer de conta que não está prestando atenção, mas no fundo, está (2ª).
- eu observei que ela chorou muito na ausência do procedimento (anestesia). Isso revela tensão, ansiedade da parte dela (2ª)
- Então, esse comportamento dela de chorar, de dizer que quer ir embora, que não gosta, é só o jeito que ela está encontrando para se defender. É tudo o que ela pode fazer, é esse protesto (3ª).
- Ela chora, ela protesta ... mas a gente vê que o atendimento de hoje foi bem mais agressivo que os anteriores e bem mais longo; e, o comportamento dela foi melhor (4ª).
- o anestésico tópico é indolor, mas ele tem gosto, né. E pela pomada ... pode ser que isso tenha funcionado como um alerta para ela, que em seguida viria a anestesia (injetável) (4ª).
- Exatamente (quando a CD comenta que parece que J gosta de vir para o AO). Ela não faz aquilo que um paciente que não quer a situação faria ... aqueles que mordem, aqueles que chutam ... Ela não. Ela reclama de tudo. É como se estivesse protestando ... mas impotente frente ao que vai acontecer. Eu não sei se é uma conversa anterior da mãe ... não sei se ela percebe que depois que começou a vir (no AO), as dores diminuíram ... que ficou mais agradável escovar os dentes ... (4ª).
- ... ela sempre (protesta, chora) olhando para a mãe ... quando não tem apoio da mãe (a mãe não a retira da cadeira). Ela quase ... como que resigna-se, ela vira e fica quieta (5ª).
- ... ela procura através da mãe esquivar-se, mas se ela não tem o apoio da mãe, ela enfrenta a situação (5ª).

N – A Pq fornece feedback à CD sobre a realização de um procedimento ou sobre uma atitude desta.

- ... isso S! sempre é muito importante você ter o controle da situação, né (1ª).
- legal você deixar todo material em ordem para a escovação, ..., isso agiliza a sessão e quanto mais rápida for a sessão, menos ansiedade gera na criança e isso é muito bom (2ª).
- ... achei legal a forma com você fez a supervisão. Não ficou interrompendo, mas esteve sempre atenta: “olha um pouco mais em cima ... agora embaixo”. Ficou muito boa essa parte (2ª).
- ... achei, assim ... muito segura a sua postura para aplicar a anestesia. É assim mesmo S (2ª).
- ... Você viu que funcionou? Ela fechou o olho direitinho (durante a anestesia). Foi legal você ter espirrado água na mão dela ... (2ª).

- ... outra coisa, é gostoso ver você trabalhar. Você é rápida nos procedimentos. Você começa e conclui. Você é segura (2ª).
- Essa supervisão (da escovação) é legal porque assim você vai reforçando e direcionando o comportamento da mãe (3ª).
- Acho legal o treino de respiração que você fez com ela. Ela se acalmou. Você foi falando e ela foi se acalmando (3ª).
- ... na hora da música também. No começo dava a impressão que a música não estava funcionando. Mas, devagarinho ela foi diminuindo o choro e passou a prestar mais atenção na música de São João que vocês estavam cantando (3ª).
- Eu achei legal você ter aproveitado a atividade lúdica para conversar com a mãe (3ª).
- ... quando você também parava, conversava com ela (J), pedia para ela respirar... todas as vezes ela se acalmou e você fez, assim ... a partir do isolamento absoluto uma sessão bem tranqüila, bem tranqüila (4ª).
- Um grande mérito seu S, é trabalho rápido e firme. Sabe eu acho que isso dá a sensação de que começa e vai acabar logo (5ª).

GLOSSÁRIO¹

A.T.F.: Aplicação Tópica de Flúor.

Alta Rotação (A.R.): Equipamento utilizado para a realização do preparo cavitário (remoção da cárie), com um motor de alta rotação – conhecido como “motorzinho”.

Arco: Material que prende o lençol (ou dique) de borracha para realizar o procedimento denominado de isolamento absoluto.

Babador: Avental colocado sobre o paciente, para proteção.

Baixa Rotação (B.R.): Equipamento utilizado para a realização do preparo cavitário (remoção de cárie), com motor de baixa rotação – conhecido como “motorzinho”.

Bancada: Local onde são organizados os instrumentos e materiais que serão utilizados no atendimento odontológico.

Corar os dentes: Passar um material evidenciador (Fucsina) sobre a superfície dental para visualizar a placa bacteriana.

Dique ou Lençol de Borracha: pedaço de borracha que se coloca no arco para realizar procedimentos curativos e proteger o paciente durante o tratamento, evitando que resíduos cheguem até a garganta. É perfurado e colocado no dente para isolá-lo da saliva.

Exodontia: Extração de algum elemento dental.

Fucsina: Material utilizado na evidenciação de placa para a visualização desta.

Grampo: Material que segura o lençol de borracha no dente.

Índice de Placa Bacteriana (I.P.): Índice que permite quantificar a placa presente no dente do paciente.

Isolamento Absoluto (I.A.): Procedimento que isola o dente a ser trabalhado, permitindo acesso a esse único elemento.

Máscara: Utiliza-se para proteger o CD e o paciente (cobrir a boca do CD).

Mocho: Local onde o CD senta para a realização do atendimento odontológico.

Profilaxia: Procedimento utilizado para a limpeza dos dentes.

Refletor: Luz que aumenta a visibilidade do CD.

¹ Fonte: Professores da clínica odontológica da FOP/Unicamp e cirurgiões-dentistas do Cepae/FOP/ Unicamp.