

ATENÇÃO PSICOLÓGICA EM PROCEDIMENTOS NA ÁREA DE ODONTOGERIATRIA¹

João Carlos Muniz Martinelli

Docente do Curso de Psicologia/UNIVALE

Suely Maria Rodrigues

Docente do Curso de Odontologia/UNIVALE

Geórgia Menezes Leite

Martha Duarte Ferraz

Karla Vello Meyrelles

Mirely Souza Pereira

Joana Pettersen Ferreira

Rodrigo A. Guilherme Silva

Graduandos em Psicologia/UNIVALE

Introdução

Diante da oportunidade em compor a equipe de saúde em atividades de extensão comunitária no ano de 2000, em convênio com a ARDOCE (Associação dos Municípios do Médio Rio Doce) em um projeto de mutirão denominado “Mãos à Obra”, em diversas localidades próximas à cidade de Governador Valadares-MG, procurou-se delinear uma intervenção psicológica junto aos profissionais e estudantes de odontologia que vinham realizando um trabalho na área de odontogeriatria.

Psicologia e ensino: a formação do aluno

A oportunidade em atuar junto ao projeto de odontogeriatria abriu espaço para buscar novas formas de atuação em uma equipe multiprofissional. A idéia de um projeto de extensão, com atenção breve à população que acessa esse tipo de serviço e o interesse no preparo de alunos para atenção em saúde comunitária, conduziu o trabalho que consistiu no preparo destes alunos, de psicologia e odontologia, com uma visão diferente sobre o trabalho do psicólogo (uma visão não clínica), averiguando os benefícios que tal tipo de intervenção poderia gerar. O objetivo foi prover os alunos de um método de análise que é a análise funcional, aumentando a discriminação de variáveis no ambiente e seus efeitos sobre o atendimento, garantindo a aquisição de um repertório mais próximo às necessidades da clientela.

¹ Texto originalmente publicado na “Revista Científica FACS”, ano X, volume 01, Universidade Vale do Rio Doce. Texto revisado: o texto apresentado aqui possui correções e pequenos acréscimos que não foram incluídos quando da publicação original.

Para a intervenção, utilizou-se como referência a relação entre educação e autonomia, de um ponto de vista skinneriano. Moroz (1993), analisando esta relação aponta que uma das principais funções das agências educativas está em “formar o aluno para o autogoverno intelectual” (p.31). A autora refere-se para isso, a três aspectos que caracterizam essa abordagem: que “... a idéia de educar envolve a atuação de alguém em relação a outrem...”, que o “...comportamento a ser estabelecido deve ser vantajoso não apenas para o alvo da ação educativa, mas também, nas palavras de Skinner, para outros indivíduos...” e, por fim, que “...educar implica atuação temporal dos agentes educativos ocorrendo no presente para o estabelecimento de comportamento que ultrapasse este limite temporal, já que deve ser vantajoso em um tempo futuro”(p.31).

A atividade de extensão comunitária, dentro desta perspectiva, tem sido um dos meios encontrados para garantir ao aluno a aquisição de um repertório variado para o manejo de contingências em prol da solução de problemas sociais e de saúde pública. Para isto, depende daqueles conhecimentos sobre modos de agir que estão disponíveis e se mostram funcionais para a melhoria das condições de vida da população, que é o objetivo da intervenção. Neste ambiente, espera-se que aqueles conhecimentos adquiridos em sala de aula na forma de regras para a ação possam ser expostos às contingências no ambiente pelo efeito selecionador das conseqüências (modelagem pelas conseqüências da ação).

Este trabalho descreve a aplicação da análise do comportamento em situação de intervenção social, com ênfase inicial na aquisição, pelos extensionistas envolvidos, de um repertório voltado para a análise das interações estabelecidas com a comunidade, introduzindo uma nova maneira de atuar não apenas respaldada na regra de que ‘temos algo a ensinar e esse é o nosso método’. Espera-se, portanto, com tal trabalho, que os conhecimentos disponíveis possam ser socializados ou transmitidos levando em consideração também a aquisição de um repertório por parte de quem atua, discriminando os efeitos de seu comportamento no ambiente, possibilitando a construção de um fazer voltado para as especificidades do serviço a ser prestado e da clientela envolvida, onde quem produz a ação e quem é beneficiado pela intervenção possam produzir relações de aprendizagem mútua.

A proposta de intervenção respaldou-se, assim, na regra de que ao criar condições para a discriminação de contingências, aumenta-se o nível de observação do próprio comportamento, ou seja, “a partir do momento (em) que adquire esta habilidade, o indivíduo estará mais apto a modificar seu comportamento e/ou ampliar seu repertório (Delitti, 1993)”.

Objetivos

Geral

Fornecer condições para que o aluno tenha contato com contingências que modelem comportamentos no próprio ambiente social, tendo como referência o manejo de contingências em serviços prestados diretamente na comunidade.

Específicos

- Identificar a emissão de comportamentos dos extensionistas nas interações com a clientela, que leve a uma participação mais efetiva desta durante as sessões de palestras;
- Fornecer S^D's (estímulos discriminativos) para que o aluno tenha contato com contingências que modelem comportamentos no próprio ambiente social;
- Possibilitar à equipe uma avaliação de seu trabalho;
- Criar alternativas de atuação, visando a discussão e modificação daqueles comportamentos que interferem no resultado da intervenção;
- Fornecer aos extensionistas uma visão diferenciada do trabalho em psicologia a outros modelos de intervenção que não o modelo clínico.

Metodologia

Sujeitos: foram participantes da intervenção graduandos em psicologia e equipe de extensionistas na área de odontogeriatría, formada por uma coordenadora e graduandos do terceiro e quarto ano de odontologia.

Clientela: moradores da cidade de Tumiritinga, MG, com idade entre 50 anos ou mais, participantes do projeto “Mãos à Obra” – UNIVALE/ARDOCE.

Projeto “Mãos à Obra”: este projeto vem sendo realizado em média uma vez ao mês, em localidades próximas à cidade de Governador Valadares. Consiste em uma parceria entre a Universidade Vale do Rio Doce e a Associação dos Municípios do Médio Rio Doce (ARDOCE), para a produção de ações na área de saúde dentro de uma perspectiva de atenção comunitária em ações de avaliação da saúde da população, promoção de ações pró-saúde preventivas.

Material: foi elaborado um questionário com o objetivo de levantar dados psicossociais (idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão e ocupação profissional), e de cuidados com a saúde bucal (frequência de visita ao dentista; utilização de aparelhos protéticos; tipo de aparelho e tempo de uso; frequência de escovação; tabagismo; formas de proceder diante de problemas de saúde), com ênfase em aspectos específicos aos indivíduos de terceira idade. Utilizou-se caneta e papel para registro cursivo (em um primeiro momento) das interações observadas entre palestrantes e usuários e posteriormente o registro de comportamentos considerados os alvos da intervenção.

Procedimento: a atenção do profissional de psicologia consistiu em acompanhar o paciente em todo o processo realizado, através de entrevista pré e pós-intervenção odontogeriatrica, e observação da atuação dos extensionistas quanto à linguagem utilizada – se adequada ou não às características da clientela, conteúdo apresentado, forma de apresentação e comportamentos emitidos nesta ocasião. O processo de atenção aos extensionistas e à coordenadora do projeto de odontogeriatrica, seguiu as seguintes etapas:

- a) Entrevista com a clientela após a realização de exame para detecção de lesão bucal;
- b) Fornecimento de relatórios sobre as características do grupo que participaria das palestras, obtidos através da entrevista;
- c) Repasse das informações acima para a coordenação da área de odontogeriatrica;
- d) Observação do comportamento dos extensionistas e coordenadora ao apresentar informações durante palestra dirigida à clientela;
- e) Registro das interações entre a equipe e os clientes quanto as respostas dadas às perguntas, conteúdo das palestras, linguagem utilizada, uso de exemplos, etc;

f) Avaliação do trabalho com o grupo de clientes: levantamento do nível de compreensão do conteúdo apresentado na palestra, dúvidas oriundas da mesma, sugestões sobre outros trabalhos que gostariam que fossem realizados em outra visita ao município ou distrito;

g) Feedback à coordenadora do projeto de odontogeriatria, que repassava as informações ao grupo de extensionistas.

Resultados – alguns dados

Dados da Clientela

Para a presente análise os dados da clientela serão apresentados de acordo com o sexo, verificando possíveis peculiaridades. Quando apresentados aos extensionistas, os dados são expostos em conjunto.

Entre o grupo de mulheres a idade variou de 50 à acima de 70 anos, com maior concentração (82%), entre os 50 e 65 anos. Das entrevistadas, 53% eram casadas e 35% eram viúvas. A maioria não teve instrução formal (62%), sendo que 35% tiveram o ensino fundamental incompleto; apenas uma das entrevistadas possuía o ensino fundamental completo. A ocupação atual como "do lar" é exercida por 65% das clientes, sendo acompanhada por "aposentada", com 16%; as demais mulheres atuam como cozinheira, costureira, comerciante, lavradora e gari.

Os dados sobre “saúde bucal” apontaram que 88% das mulheres não visitam o dentista regularmente, três informaram que vão quando necessitam (quando há presença de dor, p.e.), e apenas uma informou que frequenta o dentista três vezes ao ano. O uso de próteses é encontrado em 88% das mulheres, sendo que o tipo mais utilizado é a dentadura. O tempo de uso de próteses (dentadura e *roach*) variou de 1 ano e meio a 36 anos, com 50% fazendo uso a mais de 20 anos e 32% a mais de 10 anos. A frequência de escovação foi de 56% para aquelas que escovam 3 vezes ou mais ao dia, 26% para duas escovações. Quando passam por problemas de saúde, cerca da metade das mulheres relataram que procuram resolver primeiro o problema em casa (automedicação ou uso de soluções oriunda de práticas ocorridas na própria comunidade), e as demais procuram um médico ou vão ao posto de saúde. A higiene bucal é feita com o emprego de bochechos com água, água com sal ou bicarbonato, 'ANAPION®', creme dental; outras referem esfregar o dedo com pasta sobre a gengiva. Quanto

à incidência de tabagismo, 21% relatam ser fumantes; algumas clientes afirmam ter fumado durante a maior parte da vida, ainda que naquele período já houvessem parado.

Os homens também variaram na idade (de 50 a 70 anos ou mais). O grupo mais numeroso esteve entre 55 e 70 anos (73%). O número de clientes sem instrução foi de 51% e ensino fundamental incompleto 40%. No grupo masculino, 61% eram casados e 21% viúvos. A ocupação atual variou de "aposentado" (42%), lavrador(33%); alguns indicaram continuar trabalhando após a aposentadoria. Quanto à "saúde bucal", 85% informaram não ir ao dentista, 6% vão quando é necessário e 6% vão pelo menos uma vez ao ano. O uso de próteses foi descrito em 48% dos casos, sendo a dentadura de uso mais comum (69%), seguido de *roach* (31%); o tempo de uso variou de 6 meses a 30 anos, com 31% fazendo uso a mais de 20 anos e 37% a mais de 10 anos. A escovação em 33% do grupo é feita 3 vezes ou mais ao dia, 27% relatam escovar 2 vezes ao dia e 18% uma vez; 4 clientes relataram não escovar nenhuma vez. Diante da ocorrência de problemas com a saúde, cerca da metade dos homens referem procurar o médico ou o posto de saúde e os demais procuram solução primeiro em casa. Para a higiene bucal alguns referem o emprego de água ou água morna, escovação com creme dental e não realização da higienização. A frequência de tabagismo é de 24%, por período que variou "desde muito pequeno" a 60 anos de uso; alguns referiram o uso de tabaco durante grande parte da vida.

Tanto homens quanto mulheres relataram não ir ao dentista a "muito tempo". Entre os homens este período variou de 10 a 40 anos e, entre as mulheres, duas informaram não ir a mais de 20 anos.

Para a participação nas atividades de extensão, o grupo descreve diversas fontes de informação como anúncios feitos na igreja e nas ruas, contatos com amigos/vizinhos e parentes, rádio etc. A maior referência à participação foi para a realização de exames. Apenas duas pessoas referiram-se ao caráter preventivo.

Quando indagados sobre o que estavam achando das atividades, todos informaram estar gostando. Alguns entrevistados relataram a importância deste tipo de evento, acrescentando a carência de serviços e do tipo de atendimento prestado: "Bom! Na roça não tem acesso, né"; "Ótimo! Foi a melhor coisa que já teve aqui" ; " Ótimo! Se depender daqui, morre!" ; "Muito bom! Ajuda bastante, deveria ter outras vezes" ; "Estou gostando, porque preciso" ; " No posto de saúde somos mal-tratadas".

Os resultados obtidos antes da atividade prevista na área de odontogeriatria foram passados para a coordenação da área que transmitiu aos extensionistas.

Dados sobre os extensionistas

Para observação da atuação dos extensionistas definiu-se como parâmetro: a) utilização de linguagem adequada ao perfil da clientela; b) a interação entre as partes durante as palestras; c) perguntas e respostas fornecidas e, c) a forma como o conteúdo era apresentado.

Os dados de observação permitiram caracterizar as ações dos extensionistas durante a exposição do conteúdo, possibilitando condições para fornecimento de feedback e aumento da discriminação sobre os comportamentos emitidos na ocasião.

O comportamento mais freqüente foi a utilização de termos técnicos durante a palestra e na hora de descrever procedimentos para autocuidado. Observou-se o emprego de diminutivos no momento de transmitir as informações, um baixo número de perguntas e de interações com os palestrantes, e um uso extensivo de linguagem técnica, específica à caracterização de objetos e cuidados do ponto de vista odontológico, portanto, sem uma “tradução” relacionada ao perfil da população ou grupo atendido.

Havia pouco estímulo à interlocução entre os presentes, com poucas perguntas sendo feitas ou mesmo não produção de condições para tal. A forma como o conteúdo era descrito não levava a uma interação, mas principalmente ao silêncio. Possivelmente, tal ocorrência estava se dando em função da linguagem técnica e método utilizado na apresentação, o que não necessariamente era percebido (discriminado) pelos extensionistas, e daí não fazer uso desta informação na programação das atividades.

Ao final das atividades, os pacientes foram convidados a avaliar a compreensão do conteúdo informado e a importância do serviço; neste momento dúvidas foram esclarecidas e sugestões levantadas. Este procedimento final foi acompanhado de um feedback aos extensionistas possibilitando à equipe uma avaliação do seu trabalho e levantamento de alternativas de atuação, visando a modificação daqueles aspectos identificados pelos clientes e pelos dados de observação que interferiam na eficácia do trabalho. É importante lembrar que mesmo descrevendo baixa compreensão dos conteúdos a que estavam tendo acesso naquele ambiente, os participantes da comunidade expressavam satisfação, possivelmente

devido a outras variáveis que não necessariamente aquelas relacionadas aos efeitos daquilo que ouvia sobre suas vidas ou como correspondência a ações que seriam empreendidas para minimizar ou alterar comportamentos previsivelmente relacionados ao seu bem-estar bucal e pessoal.

Discussão

A caracterização da população quanto aos aspectos psicossociais foi obtida a partir de um questionário aplicado momentos antes da palestra (período de espera), que serviu de orientação à coordenação do programa e a preparação para intervenções posteriores. Ainda que este meio possa ser expandido ao contato direto com todos os extensionistas envolvidos na análise dos dados obtidos, a transmissão de informações para a coordenadora a respeito da necessidade da utilização de uma linguagem mais acessível não foi suficiente para que houvesse modificação dos comportamentos observados, que foram mantidos ainda durante o período do trabalho. As orientações feitas até o momento tinham como objetivo aumentar o nível de discriminação dos comportamentos emitidos considerados inadequados, como a grande utilização de termos técnicos, a pouca interação com o público, a falta de preparo por parte dos extensionistas em dar palestras considerando estas variáveis. Entretanto, o aprendizado de habilidades no manejo das condições presentes necessitavam de outras orientações ou aprendizados que não foi possível produzir no tempo em que estava ocorrendo o trabalho conjunto, ainda que algumas mudanças pudessem ser observadas como a mudança da linguagem técnica para uma linguagem mais coloquial, mais próxima ao universo do grupo que participava das intervenções.

Moraes (1997) vem referindo aos comportamentos descritos acima como objeto de análise, uma vez que interferem na compreensão e interesse do cliente pelo tratamento ou informações dadas. O problema de comunicação dentista-paciente é descrito como produtor de dificuldades para a adesão ao tratamento, e recusa em continuar a ser atendido por determinado profissional. Tais considerações poderiam, então, ser estendidas além do espaço do consultório, objeto de descrição apresentada por Moraes (1997), para ações comunitárias e preventivas.

A realização de observação da atuação dos extensionistas possibilitou levantar possíveis estratégias na forma de lidar com informações oriundas da entrevista inicial, além de verificar a maneira como estavam interagindo ao passar as seguintes informações:

linguagem utilizada; feedback por parte dos membros do grupo; número de perguntas e respostas dadas entre outras.

Foi observado, entretanto, que a incompreensão do conteúdo exposto ou parte dele, não levou a comentários negativos pela clientela, ao contrário, o nível de satisfação foi elevado e respaldou-se na chance de participar do mutirão e ter acesso a serviços não encontrados na localidade, como, por exemplo, a realização de exames. Tal proceder aponta a necessidade de garantir que os conteúdos apresentados tenham maior efeito sobre o comportamento das pessoas, uma vez que nessa ocasião são passadas regras que deveriam influir no autocontrole ou controle de emissão de comportamentos de risco relacionados à problemas bucais, ou seja, espera-se que com tal procedimento haja emissão de comportamentos de autocuidado previstos como adequados e preventivos.

O baixo nível de instrução da maioria dos participantes aliado a pouco contato com informações médico-odontológicas no cotidiano pareceu influenciar naquilo que é importante quando resolvem participar de tal evento, como por exemplo, estar em contato com profissionais e estudantes universitários, profissionais considerados importantes por levarem à cidade um tipo especializado de atendimento que não tem chance de encontrar onde reside: "Bom! Na roça não tem acesso"; "Ótimo! Foi a melhor coisa que já teve aqui" ; " Ótimo! Se depender daqui, morre" ; "Muito bom! Ajuda bastante, deveria ter outras vezes" ; "Estou gostando, porque preciso" ; " No posto de saúde somos mal-tratadas". É necessário neste caso voltar a atenção também para a análise das condições ideológicas que permeiam a emissão de comportamentos passivos por parte do grupo, que parece entender a atenção dos profissionais como "um favor", quando na verdade a saúde e, conseqüentemente, a prevenção são tipos de ações previstas como direitos garantidos na constituição.

Por fim, a intervenção odontológica ainda é percebida como um procedimento de alto custo, sendo o acesso ao tratamento geral e ao especializado ainda restrito a uma parcela da população brasileira. Moraes (1997:57), por exemplo, descreve que "os problemas de saúde bucal afetam grande parcela da população brasileira, especialmente os indivíduos de baixa renda e são responsáveis por sofrimentos e desconfortos...". Além disso, os muitos mitos sobre "brocas e agulhas" e, por vezes constatações feitas pelas situações aversivas vividas nos consultórios odontológicos, dificultam o interesse pelo tratamento, que costuma ser adiado, impossibilitando uma ação preventiva. Estas são questões que devem ser levadas em consideração quando a população com a qual se lida incorpora a estes aspectos a falta de

contato com profissionais que poderiam modificar essas crenças. O que se pode constatar é que a questão não passa somente pela qualidade do serviço prestado, mas o que solicitar e como fazê-lo para garantir uma atenção na área de saúde adequada. O que o estudo demonstrou é que a população “se sente” carente de serviços, de serem cuidadas de forma diferenciada, e isto nem sempre ocorre mesmo quando há serviços disponíveis na localidade em que residem.

Conclusão

Ainda que a proposta de intervenção para a equipe seja considerada de fato interessante para a obtenção de melhores resultados, era necessário garantir que não apenas fossem dadas instruções/orientações ao coordenador, mas que a forma de oferecer discriminações sobre mudanças a serem seguidas partisse dos próprios alunos que realizam as palestras, principalmente com foco no aprendizado de habilidades sociais e pedagógicas específicas. Neste contexto, espera-se que as práticas de realização de exames e fornecimento de informações através de palestras sejam propícios para a aquisição de um repertório auto-discriminativo e auto-descritivo, além de possibilitar uma adequação da ação às contingências ocorridas nas interações com a clientela, no próprio momento em que ocorre, e não apenas como uma regra a ser seguida, mas sem efeito direto no cotidiano. Saber o que fazer não implica necessariamente em fazer o que se sabe. Tanto no grupo de extensionistas quanto nas pessoas que participavam das atividades parece que o cuidado com este foco seria uma das medidas para o sucesso: como fazer com o que o que eu “sei” se torne ações, comportamentos cotidianos voltados para a eficiência e eficácia da intervenção e promoção de comportamentos saudáveis e preventivos.

Assim, atuação do analista de comportamento consiste na avaliação (*assessment*) dos efeitos de sua prática ao criar condições para o manejo das contingências de acordo com as especificidades do ambiente. A crença de que produzir regras para ação, ainda que parta de informações colhidas no próprio “setting” da intervenção, não tem sido o bastante para levar o estagiário ou cliente a uma mudança de conduta odontológica.

Este trabalho tem evidenciado que a formação do aluno deveria incluir além das atividades de ensino previstas, outras relacionadas à compreensão dos processos comportamentais e sociais com os quais lida a partir do conhecimento dos métodos e dos princípios que dão origem aos conteúdos utilizados nas análises realizadas, em acordo com

uma visão de homem e de mundo que dão sentido a proposta da análise do comportamento e dos resultados obtidos com sua utilização na investigação e intervenção de problemas odontogeriátricos e, por que não, sociais. Esse tipo de atenção teria então a finalidade de garantir uma extensão dos ganhos com o trabalho na medida em que são construídos repertórios não apenas para lidar com uma interação imediata, mas que sirvam para a discriminação e mudança de comportamento em condições futuras. Espera-se que este conhecimento seja transferido e utilizado como uma prática comum em outras intervenções que venham a ser feitas. Discutir sobre comportamento e cultura (regras) pode ser um caminho para elevar o nível de compreensão de outros fatores que controlam o comportamento além da experiência imediata.

Pretende-se que perguntas do tipo: **“Como tornar o ambiente comunitário um local propício ao aprendizado e como fazê-lo nesse trabalho?”** tem, assim, levado ao empreendimento de novos caminhos para a formação do analista de comportamento, refinando os métodos de ensino com o objetivo de garantir maior autonomia, como já tem se observado em outros momentos com a utilização de método semelhante junto a psicólogos em formação na área comportamental (Martinelli, Leite & Duarte, 1999). Acredita-se que esta autonomia possa ser de alguma forma obtida quando aos alunos são oferecidos meios para análise de seu próprio comportamento e a construção de regras partindo da identificação das variáveis que atuam como estímulo(s) antecedente(s) e conseqüente(s), e suas implicações no próprio contexto. Evidencia-se aqui também a importância da análise de respostas encobertas: sentimentos, pensamentos, fantasias, “expectativas”, etc e seu papel no controle do comportamento e das interações sociais.

Ao propor um modelo de intervenção aos extensionistas, surgem novas questões: “Como preparar um aluno a lidar com a diversidade de variáveis existentes em ambientes comunitários?”; “No que difere as práticas de ensino nos dois contextos: clínico e comunitário?”; “Se as variáveis sociais afetam a emissão de comportamentos preventivos ou de risco, de que forma podem ser manejadas no “setting” clínico e ter a função de auxiliar na construção de práticas sociais para a melhoria da qualidade de vida da comunidade ou da população?”; “Que benefícios profissionais trazem práticas comunitárias para o exercício futuro de sua profissão?” e, por fim, “O quanto o corpo docente estaria preparado para a discriminação das variáveis e processos que participam na produção do fenômenos de interesse em sua área de conhecimento, inclusive de seu próprio comportamento profissional?”

Referências bibliográficas

- DELLITI, M. (1993) – O Uso de encobertos na terapia comportamental. **Temas em Psicologia**, 2.
- MARTINELLI, J.C.M.; LEITE, G.M. & FERRAZ, M.D. (1999) - **Estudo de seguimento profissional de graduados em psicologia com formação em análise do comportamento**. Pesquisa não publicada.
- MORAES, A.B.A. (1997) - Saúde bucal e comportamento. In: D.R.Zamignani, **Sobre comportamento e cognição**. SP, Arbytes, vol.3, cap9, 57-66.
- MORAES, A.B.A. & PESSOTTI, I. (1985) - **Psicologia aplicada à odontologia**. SP, Sarvier.
- MOROZ, M (1993) - Educação e autonomia: relação presente na visão de B.F.Skinner. **Temas em Psicologia**, 2.