

Autocuidado dentário em alunos com e sem dificuldade de aprendizagem

Dental self-care in students with and without learning disability

Andréa Carlesso **LOZER**¹
Sônia Regina Fiorim **ENUMO**²

Resumo

O objetivo desta pesquisa foi identificar e analisar possíveis relações entre dificuldade de aprendizagem e autocuidado dentário. Sessenta alunos da 3ª e 4ª séries do ensino fundamental público foram divididos em grupos - com (grupo 1) e sem dificuldade de aprendizagem (grupo 2) - de acordo com o teste de desempenho escolar. Foi realizada, individualmente, a verificação do biofilme dental, antes e após a escovação dos dentes, e uma entrevista sobre autocuidado dentário. Os dados foram submetidos a tratamento estatístico, a análise de conteúdo dos relatos verbais e análise funcional do comportamento de escovação dentária. Verificou-se diferença significativa para o tempo de escovação - menor no grupo 1, que também relatou menos auto-regras para controle da escovação, informações menos precisas sobre cárie e mais punição pelos pais frente à esquivas ou recusa da escovação. Estudos interdisciplinares em psicologia e odontologia são desejáveis para a proposição de programas de intervenção em saúde bucal mais eficazes.

Unitermos: tratamento dentário; dificuldade de aprendizagem; saúde bucal.

Abstract

The aim of this study was to identify and analyze possible relationship between learning disabilities and dental self-care. Sixty third and fourth grades students from a Public Elementary School were divided in two groups: with (group 1) and without (group 2) learning disabilities. They were individually tested, went on the verification of dental biofilm before and after tooth brushing, and interviewed about dental self-care. The data were submitted to a statistical treatment: the content analysis of the verbal report and the functional analysis of tooth brushing behavior. There were significant differences between the groups - about time for brushing the teeth, which was minor for the students of group 1. These students also have less self-rules to control tooth brushing, less precise information about cavities and also they are more punished by their parents for avoiding brushing their teeth. Interdisciplinary studies about Psychology and Dentistry are convenient for developing more efficacious programs in oral health.

Uniterms: dental treatment; learning disabilities; oral health.

O encorajamento do autocuidado por meio da educação em saúde é de crucial importância no tratamento de doenças bucais, sendo a limpeza caseira

dos dentes parte fundamental dos autocuidados necessários para a manutenção da saúde bucal. Seu objetivo é remover o biofilme dental, principal fator

▼▼▼▼▼

¹ Universidade de Buenos Aires, Faculdade de Odontologia. Buenos Aires, Argentina.

² Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento. Av. Fernando Ferrari, 514, Campus Universitário de Goiabeiras, Prédio CEMUNI VI, 29075-910, Vitória, ES, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.R.F. ENUMO. E-mail: <sonia.enumo@pesquisador.cnpq.br>.

etiológico para o desenvolvimento da cárie e doenças periodontais (Buish, Axelson & Siqueira, 2000).

Perante a estimativa de que 67% da população brasileira não têm acesso a clínicas odontológicas particulares, o autocuidado dentário se impõe como conceito e medida fundamental para a odontologia e para a saúde pública (Pinto, 1999), especialmente quando se constata que a cárie dentária é uma doença de alta prevalência na população mundial, principalmente entre as crianças, sendo considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e em várias regiões do mundo (Al-Malik & Rehbin, 2006; Gushi et al., 2005; Susin, Haas, Opermann & Albandar, 2006). Dados do último levantamento brasileiro em saúde bucal, finalizado em 2003 (Ministério da Saúde, 2004), mostram uma média de 6,06 dentes cariados em crianças de 12 anos, considerada uma média muito alta segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde.

O estado de saúde bucal da criança tem forte relação com a instalação do medo ao tratamento odontológico (Litt, Kalinowski & Shafer, 1999; Milgron, Mancl, King & Weinstein, 1995; Moraes, Possobon, Costa Júnior & Rolim, 2005). A aquisição do medo odontológico ocorre geralmente na infância e, muitas vezes, pode ser atribuído a experiências dolorosas e desagradáveis vividas pelo paciente na cadeira do dentista, especialmente quando essas experiências foram de dor, combinadas com um atendimento profissional indiferente (Berggren & Carlsson, 1984; Singh, Moraes & Bovi Ambrosano, 2000).

Além disso, o medo odontológico pode ser atribuído a vários fatores descritos na literatura (Moraes, Costa Júnior & Rolim, 2004), como, por exemplo, questões que envolvem a representação social do cirurgião-dentista (Cruz, Cota, Paixão & Pordeus, 1997), ou da aprendizagem vicariante, em que a criança, através dos ensinamentos dos pais ou por informações transmitidas pela mídia, torna-se predisposta ao medo mesmo sem nunca ter vivenciado a situação de atendimento odontológico (Moraes et al., 2006).

É importante ressaltar que, geralmente, quanto pior for a condição de saúde bucal, decorrente de um baixo nível de higiene, maior será a necessidade de um tratamento mais aversivo e maior será a probabilidade da criança desenvolver o medo odontológico. Por isso,

não há dúvida de que medidas de prevenção em odontologia também contribuem para a prevenção do medo do tratamento odontológico.

Nesse contexto, a ação mais importante a ser exercida pelo cirurgião-dentista é a de educar para a saúde. Não basta, porém, apenas fornecer informações ao paciente, sendo necessário adotar uma definição mais funcional voltada para a análise de fatores que podem promover ou dificultar a adesão a hábitos saudáveis.

A análise do comportamento procura identificar o que torna um determinado comportamento (escovar os dentes) mais ou menos freqüente. Para isso, considera que os atos das pessoas são controlados por suas conseqüências (Catania, 1999; Skinner, 1953/1978). Assim, para que o comportamento de escovar os dentes seja reforçado, um dos primeiros passos seria identificar as contingências de reforço para cada criança. No reforçamento positivo, se a ação é seguida de um evento significativo, a ação tende a se repetir no futuro. Já no reforçamento negativo, o aumento na freqüência decorre da retirada de um estímulo aversivo. Ambas as operações aumentam a probabilidade de ocorrência do comportamento. A punição, por sua vez, consiste na apresentação de uma conseqüência aversiva, diminuindo a freqüência do ato; ensina o que não se deve fazer. Por exemplo, se a mãe repreende de modo agressivo a criança porque ela foi dormir sem escovar os dentes, a criança aprende que não deve mais fazer isso, mas não aprende que deve e como deve escovar. Além disso, é mais provável que o objetivo desejado seja atingido quando se ensina o que fazer, em vez de alertar sobre o que não fazer, pois a reação à punição costuma ser a esquiva (Sidman, 1995).

A qualidade da escovação também depende da destreza manual, que está relacionada à idade da criança. Segundo Smith e Strick (2001), aos cinco anos de idade, a criança com desenvolvimento percepto-motor normal já é capaz de executar a escovação dos dentes.

Há, porém, inúmeras variáveis que podem afetar a adoção de hábitos de autocuidado, como o fato de a criança apresentar algum distúrbio de desenvolvimento, a exemplo da dificuldade de aprendizagem (DA). Segundo Rawlinson (2001), pessoas com DA são mais susceptíveis a problemas de saúde geral e bucal.

Uma concepção de dificuldade de aprendizagem consensualmente aceita foi proposta pelo *National Joint Committee on Learning Disabilities* (NJCLD) e a considera um distúrbio na aprendizagem escolar, que pode se manifestar na aquisição da leitura, escrita ou aritmética (García, 1998). Esse distúrbio decorre de transtornos neurológicos que afetam a capacidade para entender, recordar ou comunicar informações. Não pode ser caracterizada como um distúrbio único, mas "... uma ampla gama de problemas que podem afetar qualquer área do desempenho acadêmico" (Smith & Strick, 2001, p.15). É possível, assim, encontrar um aluno que seja excelente em leitura e péssimo em escrita. São as discrepâncias que marcam esse tipo de deficiência.

Muitas crianças com DA apresentam um alto nível de impaciência para realização de atividades ou hiperatividade (Marturano & Ferreira, 2004). Outras características observadas são as dificuldades para seguir instruções (García, 1998; Trapani & Gettinger, 1999) e a falta de destreza, podendo apresentar limitada coordenação motora fina (Smith & Strick, 2001). Assim, a criança pode ter um comportamento caracterizado por distrair-se facilmente e parecer "desajeitada", sem coordenação. Esses comportamentos podem ser percebidos pelos pais, na escola e até mesmo pelo cirurgião-dentista quando encontra dificuldade para ensinar a criança a escovar os dentes. Contudo, essas dificuldades da criança com DA, que podem ser associadas ao autocuidado bucal, não têm sido pesquisadas de modo sistemático na psicologia aplicada à odontologia, uma vez que as crianças com DA têm sido mais estudadas em relação à memória, pensamento, raciocínio, percepção, linguagem e comportamento, todos relacionados à escolarização, segundo McKinney (1989).

Essas crianças com DA também costumam apresentar problemas de auto-regulação e autocontrole (Marturano & Ferreira, 2004; Medeiros & Loureiro, 2004). Segundo Trapani e Gettinger (1999, p.199), "... não possuem habilidade de regular o próprio aprendizado", e apresentam falhas no controle institucional ou no comportamento governado verbalmente (ou por regras).

Tendo em vista a necessidade de estudos interdisciplinares para melhor compreender e intervir

na área de educação para a saúde bucal nessa população, esta pesquisa se propôs a estudar algumas relações entre dificuldade de aprendizagem e autocuidado dentário, pressupondo, com base na literatura da área, que alunos com DA têm mais problemas de saúde física associados a problemas bucais (Rawlinson, 2001), na coordenação motora fina (Smith & Strick, 2001), medo de dentista associado a problemas bucais (Moraes, 2002), dificuldades de auto-regulação e no seguimento de instruções (García, 1998; Marturano & Ferreira, 2004; Medeiros & Loureiro, 2004; Trapani & Gettinger, 1999).

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 60 alunos de uma escola pública localizada próxima ao centro de Vitória, ES. Para a seleção da amostra, 144 alunos dessa escola, que cursaram, em 2001, a segunda e terceira série, realizaram um teste de desempenho escolar (TDE) - (Stein, 1994) no final de 2001, como parte das atividades de um projeto integrado de pesquisa (Dias, Enumo & Azevedo Júnior, 2004; Dias, Enumo, Turini & Ferrão, 2003; Dias, Silva, Enumo & Rabbi, 2005). O TDE é um teste brasileiro composto por três subtestes: leitura, escrita e aritmética, que tem sido utilizado em pesquisas (Enumo, Ferrão & Ribeiro, 2006; Medeiros, Loureiro, Linhares & Marturano, 2000; Santa Maria & Linhares, 1999). A classificação do TDE tem três níveis: inferior, médio e superior, e é obtida por uma tabela correspondente a cada série.

Considerando o número de alunos que retornaram à escola no ano de 2002, foi possível obter uma amostra de 60 alunos, com idade entre 8 e 14 anos de idade (mediana=9 anos) que cursavam, em 2002, a terceira e quarta série do ensino fundamental. Esses alunos foram divididos em dois grupos:

1) Grupo 1 (G1), com 30 alunos que obtiveram a classificação "superior" e "médio-superior" no TDE (média=107,1 pontos; foi necessário incluir os dois níveis, pois o número de alunos classificados no nível inferior era muito maior: 73% do total de 144 alunos dessas séries), considerados sem indicação de DA. Havia mais meninas (17); a maioria cursava a 2ª série (19); a faixa

etária dos alunos variou entre 8 e 11 anos (média: 9,3; desvio-padrão: 0,53); tinham pais e mães com ensino fundamental incompleto, trabalhando em profissões não qualificadas, segundo classificação de Soares e Fernandes (1989);

2) Grupo 2 (G2), composto por 30 alunos que obtiveram desempenho “inferior” no TDE (média=75 pontos), considerados como tendo indicação de DA. A maioria (20) desses alunos do G2 tinha entre 8 e 9 anos (média: 9,86; desvio-padrão: 1,27) e cursavam a 3ª série (18) em 2002; as mães e os pais desses alunos tinham ensino fundamental incompleto e exerciam profissões não qualificadas.

Todos os responsáveis assinaram termo de compromisso para participação na pesquisa, que foi autorizada pelo Comitê de Ética do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

Procedimentos e instrumentos

A pesquisa foi realizada em três etapas, descritas a seguir:

Etapa 1 - identificação dos alunos: em 2002, foram identificados por meio de aplicação individualizada para o subteste de leitura e, por classe escolar, para os subtestes de aritmética e escrita. Esta avaliação foi feita por psicólogo, com auxílio de dois bolsistas de iniciação científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), como parte de uma pesquisa em nível de doutorado.

Etapa 2 - observação da escovação e obtenção do índice de higiene oral: sem conhecer previamente a classificação do aluno no TDE, o pesquisador o retirava da sala de aula, levando-o ao refeitório da escola, onde existia uma pia (sem espelho). Após explicar o procedimento ao aluno, o pesquisador revelava o biofilme dental, com fucsina básica, e anotava o índice de biofilme (IB) de acordo com o “Índice de Higiene Oral Simplificado (IHO-S)” (Greene & Vermillion, 1964). Esse índice IOH-S é obtido por uma fórmula baseada em escores variando entre zero (sem biofilme corado), um (biofilme corado cobrindo não mais da metade da superfície exposta do dente), dois (biofilme corado cobrindo entre metade e dois terços), e três (biofilme corado cobrindo mais de dois terços). O exame foi feito com o auxílio de um espelho bucal plano número cinco

e espátula descartável, sob iluminação natural. A seguir, o aluno recebia uma escova de dente infantil (marca comercial Oral-b) para que realizasse a escovação habitual, sem limitação de tempo. Observou-se se o aluno era capaz de executar os movimentos para escovar seus dentes e o tempo de escovação foi cronometrado, e os dados anotados pelo pesquisador. Após a escovação, os indicadores de biofilme foram novamente determinados, como descritos anteriormente, e registrados.

Etapa 3 - entrevista individual: em seguida à escovação, uma entrevista individual estruturada foi gravada (em áudio) com o aluno, com o objetivo de identificar quais eram as informações que tinha sobre o autocuidado dentário e cárie, quais eram os hábitos que ele praticava em casa e o que lhe havia sido ensinado a respeito de autocuidado em relação à saúde bucal. Procurou-se, também, identificar possíveis variáveis relacionadas à adesão ou não ao autocuidado dentário, questionando-se como o aluno cuidava dos dentes, em que condição executava esse cuidado e o que acontecia, em termos de conseqüências, quando o fazia ou deixava de fazê-lo.

Os dados obtidos por registro direto de observação do comportamento de escovar os dentes foram submetidos a tratamento estatístico (t-Student) para análise da significância das diferenças entre os grupos; os dados de entrevista foram analisados em termos quantitativos e qualitativos, e foi feita a análise funcional dos relatos verbais sobre o comportamento de escovar os dentes, incluindo respostas concorrentes à escovação e o contexto em que ocorrem (Meyer, 1997).

Resultados

Dados obtidos por registro direto do comportamento de escovação

A primeira revelação do biofilme dental mostrou que a maior parte da amostra (29 alunos; 48,3% do total) estava com índice 2 (biofilme corado cobrindo entre metade e dois terços da superfície dentária). Foram encontradas discrepâncias entre os grupos, com menores índices (0 e 1) para G2 (sem DA), porém sem significância estatística. Após a escovação dos dentes, os índices de biofilme também foram melhores no G2

(Tabela 1), também sem significância estatística. Houve diferenças significativas ($p \leq 0,01$) apenas para o tempo de escovação, que foi menor para G1 (DA).

Dados obtidos por entrevistas com os alunos

Caracterização geral do autocuidado dentário

Os dados das entrevistas (resumidos na Tabela 2) permitiram identificar que muitos alunos tinham informações sobre os dentes e seus cuidados, embora incompletas. Por exemplo, os alunos afirmaram que a cárie é causada “por um bichinho”, mas não explicaram o porquê “dele comer os dentes”; disseram, também, que uma pessoa tem cárie “porque não escova os dentes”, mas não a associaram à dieta cariogênica. De

modo geral, os alunos que apresentaram uma maior amplitude de informações em relação à cárie também tiveram um grau de higiene bucal melhor.

Os alunos do G2 relataram que quando tiveram dor de dente nada foi feito para amenizar a dor. Já no G1 (DA), a medida predominante de combate à dor foi a consulta odontológica, na qual os alunos do G2 relataram ter se sentindo bem. Os alunos do G1 (DA), no entanto, relataram ter se sentido mal no consultório odontológico (Tabela 2).

Análise funcional dos relatos verbais de alunos sobre escovar os dentes

Foi feita uma análise funcional dos relatos sobre o comportamento de escovar os dentes a fim de

Tabela 1. Análise estatística das variáveis obtidas por registro direto do comportamento de escovação dentária dos alunos com e sem dificuldade de aprendizagem.

Variável	Grupo	Média	Desvio-padrão	T	p-valor*
Índice de placa antes	1- DA	1,51	0,62	-1,39	0,170
	2- sem DA	1,28	0,66	-1,39	0,170
Índice de placa depois	1- DA	1,11	0,50	-1,47	0,148
	2- sem DA	0,91	0,59	-1,47	0,148
Tempo de escovação	1- DA	54,00	22,43	5,03	0,000**
	2- sem DA	98,40	42,86	5,03	0,000**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; Teste “t”-Student; DA: dificuldade de aprendizagem.

Tabela 2. Resumo dos dados das entrevistas sobre autocuidado dentário com alunos com e sem dificuldade de aprendizagem.

Categoria	Variável	Grupo 1 (DA)	%	Grupo 2	%
Características do autocuidado	Condições	Possui escova	90,0	Possui escova	100,0
	Quem ensinou	Mãe	70,0	Mãe	77,0
		Dentista	0	Dentista	7,0
Aprendizagem de escovar os dentes	Ensinaamentos maternos	Ordens para escovar	43,0	Ordens para escovar	40,0
		Destacam conseqüências	33,0	Destacam conseqüências	37,0
		Informações sobre dentes e cuidados	Conceito de cárie	Completo	16,7
História odontológica	Causas da cárie	Incompleto	83,3*	Incompleto	66,6*
		Falta de higiene	60,0	Falta de higiene	63,0
	Queixas de dor de dente	Sim	83,3*	Sim	66,6*
		Cuidados para a dor	Fazer nada	26,6	Fazer nada
	Avaliação da visita	Dentista	46,6	Dentista	23,3
		Remédio caseiro	16,6	Remédio caseiro	3,3
Sim		83,0	Sim	93,0	
	Ruim	52,0*	Boa	78,6*	

*sem diferenças significativas pelo teste Binomial; DA: dificuldade de aprendizagem.

investigar os eventos possivelmente relacionados ao comportamento de escovar os dentes e à sua recusa, em cada grupo de alunos - com e sem DA.

Eventos antecedentes à escovação dentária

Em relação aos antecedentes relacionados ao “contexto familiar”, observou-se que, no estabelecimento de regras de higiene bucal, os pais enfatizavam basicamente possíveis conseqüências adversas, as quais ocorreriam caso os filhos não realizassem a higiene, visando a estabelecer a regra - “é preciso escovar os dentes todos os dias”. Não se encontraram diferenças entre os grupos, pois ambos relataram receber informações relacionadas a evitar um estímulo aversivo quando os pais desejavam que escovassem os dentes, como, por exemplo: *“... quando eu vou escovar meus dentes, minha mãe e meu pai falam assim prá eu escovar direitinho, senão vai ficar tudo mole e ‘ce vai ter que arrancar tudinho”* (A60, F, 9 anos, G1).

Os antecedentes da escovação relacionados ao “contexto do aluno”, que inclui relatos sobre características pessoais ou regras que facilitam a ocorrência da escovação dentária, mostraram que a resposta de escovar foi mais associada à obrigação: porque tinham que fazê-lo. Foram poucos os alunos (10) que referiram motivos pessoais para realizar a higiene da boca. Dentre aqueles que indicaram ter regras próprias, pode-se observar uma diferença entre os grupos. Foram oito alunos do G2 que citaram razões pessoais e dois alunos do G1 (DA) que o fizeram. Essas respostas estão relacionadas ao autoconceito, ao autocontrole e ao cumprimento de regras, como ilustrado nos relatos a seguir: *“... o açúcar que faz a cárie, então a gente tem que escovar os dentes sempre que comer doce”* (A14, F, 9 anos, G2); *“Porque eu gosto, fica feio com aquele negócio preto...”* (A15, M, 9 anos, G1).

Os eventos antecedentes, que aumentariam a probabilidade de ocorrência do comportamento de escovar os dentes nos alunos, estavam mais relacionados à obrigação imposta pelos pais, que destacaram as possíveis conseqüências adversas da não-escovação dos dentes do que à existência de auto-regras nos alunos ou ao seu autocontrole.

Conseqüências da escovação dentária

A maioria dos alunos (40) disse que escovava os dentes para evitar estímulos aversivos, ou seja, para esquivar-se de conseqüências negativas provocadas pela não-escovação, como ter cárie, por exemplo. Nenhum aluno citou que o fazia para obter conseqüências positivas.

Foi perguntado o que os pais falavam, ou faziam, quando eles escovavam os dentes corretamente, e como se sentiam em relação à reação dos pais. No G2, vinte alunos verbalizaram receber estímulos positivos e afirmaram sentir-se bem e ficaram felizes com os elogios. Já no G1 (DA), a maior parte dos alunos (11) dividiu-se em respostas sobre pais que nada diziam e, por sua vez, os alunos sentiam nada também, e sobre pais que estimulavam com elogios (11 alunos). Cinco alunos contaram que os pais salientavam o que podia ocorrer caso não escovassem, como “pegar cárie”, relatando não sentir nada quando seus pais diziam isso, ou pensavam apenas que os pais estavam certos.

No G2, 19 alunos disseram sentir-se bem após escovar os dentes, enquanto dois afirmaram não gostar de escovar por “sentir preguiça”. No G1 (DA), 15 alunos disseram sentir-se bem, 12 não achavam “nada” e três deles não gostavam, como se observa nesses relatos: *“Tá exterminando aquelas coisinhas, se eu tiver cárie, eu acho que ‘tá tirando”*(A14, F, 9 anos, G2); *“A boca fica ruim, fica com o gosto ruim da pasta”*(A13, F, 9 anos, G1).

Assim, pode-se concluir que o comportamento de escovar os dentes desses alunos era basicamente uma esquivar a estímulos aversivos, sendo controlado pela ameaça do aparecimento futuro da cárie.

Análise dos relatos verbais sobre atividades concorrentes à escovação dentária

Para 27 alunos, em ambos os grupos, “brincar” foi a principal atividade concorrente à escovação dentária.

Eventos antecedentes de atividades concorrentes à escovação dos dentes

O motivo mais referido por ambos os grupos (34 alunos) para não escovar os dentes foi o

“esquecimento”, como se observa no exemplo: *“Porque tem vez que eu esqueço, né, porque eu tenho compromisso, eu tenho natação, eu tenho aula de música, aí, tem vez... tem vez que não dá, né? Porque tem que ir nadar. Aí, depois chego em casa, lanchar, porque gasta muita energia a natação, e a minha aula de música é quinta-feira, é logo depois do almoço, assim que eu saio e vou”* (A38, M, 11 anos, G1).

Pode-se concluir que o contexto para não escovar os dentes foi semelhante em ambos os grupos, sendo controlado pelo fato de os alunos “esquecerem” a tarefa, ou por terem “preguiça” de realizá-la: eles procrastinam a escovação dentária, preferindo praticar outras atividades em lugar de realizar a higiene da boca.

Conseqüências de realizar atividades concorrentes à escovação dos dentes

Perguntou-se o que acontecia quando eles não escovavam os dentes. A maioria - 53 alunos (88,3%), de ambos os grupos - citou conseqüências negativas advindas do fato de não escovar os dentes, como no exemplo: *“Fica com cárie”* (A4, F, 9 anos, G2).

Comportamentos dos pais frente à recusa ou esquiva de escovar os dentes

A maioria, 56 alunos (93,3%), avaliou o comportamento dos pais como negativo:

Ah, eles fica (sic) brigando, reclamando, aí, ele fica botando a culpa na minha mãe, depois meu pai culpa minha mãe, meu pai fica culpando, né? (A36, F, 9 anos, G1).

Minha mãe manda eu ir escová (sic) os dentes e briga comigo (A5, M, 9 anos, G2).

Conseqüências das reações dos pais à recusa ou esquiva de escovar os dentes

Foi perguntado aos alunos como se sentiam com a reação dos pais diante da recusa ou esquiva de escovar os dentes. Dezesseis alunos (oito em cada grupo) disseram concordar com os pais, ou seja, que deveriam escovar os dentes. Apenas os alunos do G2, no total de 11 (36,6%), relataram sentir tristeza e arrependimento

por terem deixado de escovar os dentes e, em função disso, serem repreendidos pelos pais. O sentimento predominante relatado no G1 (DA), para 12 alunos (40,0%), foi de raiva.

Discussão

Nesta pesquisa, buscou-se avaliar o autocuidado dentário em alunos com e sem indicação de dificuldade de aprendizagem. Nesta análise, esses alunos se diferenciaram de modo significativo quanto ao tempo de escovação, que foi menor para G1 (DA). As medidas de índices de biofilme dentário não mostraram diferenças significativas entre os grupos, apesar dos melhores índices do G2 antes e após a escovação.

Contudo uma das limitações deste estudo foi o número reduzido de indicadores biológicos de saúde bucal. Isso ocorreu em virtude do exame bucal ter sido realizado na escola, sendo, em tais circunstâncias, impossível contar com mais indicadores odontológicos do que os utilizados. Ao utilizar dados coletados na situação de atendimento odontológico, poder-se-ia contar com mais indicadores quantitativos, como o índice CPOD (número de dentes cariados, perdidos e obturados), CPOS (superfícies cariadas, perdidas e obturadas) e de inflamação gengival, por exemplo, que poderiam ter aportado novas diferenças estatísticas entre os grupos.

Porém, procurando ir além, com uma postura de não considerar apenas os dados quantitativos e sua significância estatística, como sugere Meltzoff (2001), parece cabível analisar essas diferenças em termos qualitativos. O menor tempo de escovação no G1 (DA), por exemplo, pode refletir impaciência ou impulsividade desses alunos, que demonstraram não ter como critério a eficiência da limpeza, mas apenas o cumprimento da obrigação de escovar, realizando-a no menor tempo possível. Esse dado remete a características de alunos com dificuldade de aprendizagem: hiperatividade e impulsividade (García, 1998; Smith & Strick, 2001), e ao fato de esses alunos não darem “... a si mesmos auto-instruções com a mesma frequência ou grau de precisão necessária para enfocar os parâmetros mais importantes das tarefas” (Trapani & Gettinger, 1999, p.198). Os alunos do G2, por sua vez, demonstram realizar a tarefa de forma eficaz e precisa.

Mais alunos do G2 relataram ter auto-regras para higiene bucal, relatando que não escovavam somente porque os pais mandavam, e que entendiam a relação entre a não-escovação após a alimentação e a cárie.

Os alunos do G1 (DA) também mostraram ter menos informações sobre os dentes e seus cuidados que alunos do G2. Isso pode ser um motivo para um menor nível de autocuidado nos alunos com DA.

De acordo com os relatos dos alunos, os pais enfatizam a escovação como forma de evitar o surgimento de estímulos aversivos, como a cárie, por exemplo. O que se coloca é o fato de o surgimento da cárie ser uma conseqüência que ocorre muito tempo depois da ação de não escovar os dentes, não sendo, portanto, um reforçador efetivo.

Sabendo que o reforçamento positivo tem sido indicado pela literatura como a melhor forma de estimular comportamentos desejáveis (Sidman, 1995), no G2, os alunos relataram ter sido mais elogiados pelos pais do que os alunos do G1, quando realizavam uma higiene bucal adequada. Quando os alunos não escovam seus dentes, há uma conseqüência mais imediata: a reação dos pais. E a reação esperada e realizada é a de punição. Convém lembrar, contudo, com Sidman (1995), que a esquivada costuma ser a reação mais comum à punição. É isso que costuma acontecer quando os alunos se recusam a fazer a higiene - esquivar-se e/ou reagir emocionalmente. No G1 (DA), observou-se que, predominantemente, os alunos relataram sentir raiva dos pais no contexto da escovação dentária. Para esses alunos, o fato de os pais brigarem com eles porque não escovaram seus dentes provoca uma reação negativa: de raiva e de esquivada. Já no G1, o sentimento predominante dos filhos, quando repreendidos pelos pais, foi de tristeza e arrependimento. Essa diferença entre os grupos pode refletir o quanto o ato de escovar os dentes pode ser considerado pelo G1 (DA) como um evento aversivo. Outra explicação reside no próprio padrão de comportamento dessas crianças com DA, que costumam reagir à autoridade e ao seguimento de regras. De outro lado, os alunos do G2 apresentaram relatos bem diferentes: quando não escovam os dentes, sentem-se tristes, porque percebem a importância da escovação. Parece ser importante ensinar efetivamente às crianças com DA a importância de escovar os dentes, na tentativa de que esse ato não seja tão aversivo e não provoque reações de esquivada, como as que foram verificadas nesta pesquisa.

Considerações Finais

Assim, é preciso buscar soluções mais efetivas no ensino de práticas de higiene bucal, desenvolvendo metodologia de ensino que torne mais freqüente o hábito de escovar os dentes no cotidiano das crianças, especialmente para aquelas com necessidades educacionais especiais. Novas pesquisas podem ser desenvolvidas buscando verificar: o grau de aprendizagem em relação a diferentes métodos de ensino; o grau de adesão às medidas e hábitos de higiene bucal, observando comportamento das crianças e os relatos da família; assim como pesquisas de intervenção para o desenvolvimento de programas preventivos em saúde bucal específicos para crianças com DA, ou para crianças com algum outro grau de deficiência. Novos estudos interdisciplinares devem ser desenvolvidos com o objetivo de melhorar a difusão de medidas e programas preventivos na área de saúde bucal, principalmente observando e tratando a questão da educação em saúde bucal mais como comportamento do que meramente como repasse de informações pertinentes à promoção e à prevenção da saúde bucal.

Referências

- Al-Malik, M. I., & Rehbin, Y. A. (2006). Prevalence of dental caries, severity and pattern in age 6 to 7-year-old children in a selected community in Saudi Arabia. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 7 (2), 46-54.
- Berggren, U., & Carlsson, S. G. (1984). Psychometric measures of dental fear. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 12 (5), 319-324.
- Buishi, Y. P., Axelson P., & Siqueira, T. R. F. (2000). Controle mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal. In Y. P. Buishi (Org.), *Promoção de saúde bucal na clínica odontológica* (pp.169-214). São Paulo: Artes Médicas.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Cruz, J. S., Cota, L. O. M., Paixão, H. H., & Pordeus, I. A. (1997). A Imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, 11 (4), 307-313.
- Dias, T. L., Enumo, S. R. F., Turini, F. A., & Ferrão, E. S. (2003). Dificuldades de aprendizagem no ensino fundamental: avaliação do desempenho em provas acadêmicas e cognitivas. In S. R. F. Enumo, S. S. Queiroz & A. Garcia (Orgs.), *Desenvolvimento humano e aprendizagem: algumas análises e pesquisas* (pp.59-77). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, T. L., Enumo, S. R. F., & Azevedo Jr., R. (2004). Influências de um programa de criatividade no desempenho

- cognitivo e acadêmico de alunos com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia em Estudo*, 9 (3), 429-437.
- Dias, T. L., Silva, S. R., Enumo, S. R. F., & Rabbi, J. S. (2005). Análise de erros da escrita em alunos do ensino fundamental de Vitória, ES. *Vertentes*, 25 (1), 29-41.
- Enumo, S. R. F., Ferrão, E. S., & Ribeiro, M. P. L. (2006). Crianças com dificuldades de aprendizagem: as emoções e a saúde em foco. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23 (2), 139-149.
- García, J. N. (1998). História e definições das dificuldades de aprendizagem. In J. N. García (Org.), *Manual de dificuldades de aprendizagem: linguagem, leitura, escrita e matemática*. (pp.7-38). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Greene, J. C., & Vermillion, J. R. (1964). The simplified oral hygiene index. *Journal of American Dental Association*, 68, 7-13.
- Guishi, L. L., Soares, M. C., Forni, T. I. B., Vieira, V., Wada, R. S., & Souza, M. L. R. (2005) Relationship between dental caries and socio-economic factors in adolescents. *Journal of Applied Oral Science*, 13 (3), 305-11.
- Litt, M. D., Kalinowski, L., & Shafer, D. (1999). A dental fears typology of oral surgery patients: matching patients to anxiety interventions. *Health Psychology*, 18 (6), 614-624.
- Marturano, E. M., & Ferreira, M. C. T. (2004). A criança com queixas escolares e sua família. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp.217-249). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- McKinney, J. D. (1989). Longitudinal research on the behavioral characteristics of children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 22 (3), 141-150.
- Medeiros, P. C., & Loureiro, S. R. (2004). A observação clínica do comportamento de crianças com queixa de dificuldade de aprendizagem. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro (Orgs.), *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp.107-136). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Medeiros, P. C., Loureiro, S. R., Linhares, M. B. M., & Marturano, E. M. (2000). A auto-eficácia e os aspectos comportamentais de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 13 (3), 327-336.
- Meltzoff, J. (2001). *Critical thinking about research: psychology and related fields*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição: a prática da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental* (pp.31-36). Santo André: Arbytes.
- Milgron, P., Mancl, L., King, B., & Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 3 (3), 313-319.
- Ministério da Saúde. (2004). *SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira - Resultados principais*. Acessado em julho 14, 2006, Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes.php>
- Moraes, A. B. A. (2002). Negative and positive control and dental treatment situations. *Brazilian Journal of Oral Science*, 1 (2), 95-98.
- Moraes, A. B. A., Costa Junior, A. L., & Rolim, G. S. (2004). Medo de dentista: Ainda existe? In M. Z. S. Brandão (Org.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (Vol.14, pp.171-178). Santo André, SP: Esetec.
- Moraes, A. B. A., Possobon, R. F., Costa Junior, A. L., & Rolim, G. S. (2005). Contingências aversivas em serviços de saúde. In H. J. Guilhaardi & N. C. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (Vol.15, pp.83-94). Santo André, SP: Esetec.
- Moraes, A. B. A., Possobon, R. F., Costa Junior, A. L., Fonseca, C. M. M., Silva, A. R. C., & Rolim, G. S. (2006). A psicologia pediátrica aplicada à odontologia. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp.219-257). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pinto, V. G. (1999). Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In L. Kriger (Org.), *ABOPREV: promoção de saúde bucal* (2a. ed., pp.28-41). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rawlinson, S. R. (2001). The dental and oral care needs of adults with a learning disability living in a rural community. *Journal of Learning Disabilities*, 5(2), 133-156.
- Santa Maria, M. R., & Linhares, M. B. M. (1999). Avaliação cognitiva assistida de crianças com indicações de dificuldades de aprendizagem escolar e deficiência mental leve. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 395-417.
- Sidman, M. (1995). *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Editorial Psy.
- Singh, K. A., Moraes, A. B. A., & Bovi Ambrosano, G. M. (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 14 (2), 131-136.
- Skinner, B. F. (1978). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1953).
- Smith, C., & Strick, L. (2001). *Dificuldades de aprendizagem de A a Z: um guia completo para pais e educadores*. Porto Alegre: Artmed.
- Soares, N. E., & Fernandes, L. M. (1989). A medida do nível sócio-econômico-cultural. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 2, 35-43.
- Stein, L. M. (1994). *TDE - Teste de Desempenho Escolar: manual para aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Susin, C., Haas, A. N., Opermann, R. V., & Albandar, J. M. (2006). Tooth loss in a young population from south Brazil. *Journal of Public Health*, 66 (2), 110-115.
- Trapani, C., & Gettinger, M. (1999). Tratamento de alunos com transtornos de aprendizagem: Definição de caso e planejamento do programa. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio & A. Freeman (Orgs.), *Terapia cognitiva com crianças e adolescentes* (pp.197-214). Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 3/3/2006

Versão final reapresentada em: 18/10/2006

Aprovado em: 7/11/2006

