

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

MESTRADO EM PSICOLOGIA

**EDSON MOREIRA BORGES**

**GOIÂNIA –GO**

**2001**

UCG – GO

2001

EDSON MOREIRA BORGES

“APLICAÇÃO DA METODOLOGIA ETOLÓGICA NA AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA  
COMPORTAMENTAL DA CRIANÇA NA SITUAÇÃO DE ATENDIMENTO  
ODONTOLÓGICO ( S A O ).”

Dissertação apresentada como exigência para a  
obtenção parcial do título de Mestre em  
Psicologia à Comissão Examinadora da  
Universidade Católica de Goiás, sob orientação  
do Professor Francisco Dyonísio Cardoso  
Mendes.

UCG - GO

2001

A meu Mestre  
Saturnino Pesquero Ramon.  
Apoio fundamental.

## AGRADECIMENTOS

Para que esta pesquisa lograsse êxito, foi necessário o apoio de muitos colegas e amigos a quem eu agradeço muitíssimo e com quem divido o mérito deste estudo. Meu especial agradecimento a meus colegas da Central de Odontologia do Estado de Goiás. Não podendo citar a todos, quero agradecer-los em nome das colegas: Dra Marília, Dra. Marilene, Dra Silvana e Dra Suzana. Sem seu apoio decidido, muito pouco teria avançado neste trabalho.

Não poderia deixar de lembrar dos meus colegas do grupo de etologia do mestrado da UCG. As idéias de cada um possibilitou, sempre, um ganho de qualidade. Agradeço o apoio do Dr. Dwain Phillip Santee, cuja inteligência e brilhantismo tive o prazer de compartilhar durante toda esta jornada científica.

Agradeço ao Dr. Francisco Dyonísio Cardoso Mendes, meu orientador, que com seu espírito científico, suas idéias e dinamismo me instigou a redescobrir as bases epistemológicas do conhecimento científico e justificar os alicerces da metodologia etológica.

Agradeço, por fim, à minha mulher Ivana. Sua presença empenhada, do primeiro ao último dia do curso e suas ponderações oportunas estão presentes da primeira à última página deste estudo. Constituiu-se no mais valioso estímulo afetivo e intelectual desta jornada.

A tentativa de conceber o mundo como um todo por meio do pensamento, desenvolveu-se, desde o início, pela união e pelo conflito de dois impulsos humanos bem distintos: um induzindo os homens ao misticismo, outro, à ciência.

Bertrand Russel

## RESUMO:

A presente pesquisa constitui-se em um estudo naturalístico do comportamento da criança em situação de atendimento odontológico (S A O). A partir da definição de categorias comportamentais empíricas em observações prévias, registrou-se 201 crianças em situação simulada de atendimento odontológico (S A O). As categorias comportamentais registradas foram classificadas conforme o tipo (t- tranquilo; a – agressivo; g – agitado; m – retraído) e os sujeitos, conforme as categorias emitidas, em *colaborativos*, *resistentes não impeditivos* (RNI) e *resistentes impeditivos* (RI). Dados sobre a idade, o sexo, e sobre o comportamento de sucção foram também registrados para cada sujeito. A resistência comportamental em S A O se mostrou bastante elevada: noventa e sete (97) ou 48,25% dos sujeitos emitiram pelo menos uma categoria desfavorável, sendo que 66 destes foram classificados como resistentes impeditivos (obrigatoriamente apresentaram “fuga” ou “fechar a boca”). Quarenta e quatro sujeitos RI, e apenas um RNI apresentaram comportamentos desfavoráveis em todos os momentos em SÃO simulada, sendo que trinta e quatro dos RI apresentaram a mesma seqüência comportamental nos dois primeiros momentos. Apurou-se que essa seqüência é exclusiva do grupo RI. Os sujeitos RI apresentaram um maior número de categorias desfavoráveis do tipo g-agitado associado ao tipo a-agressivo, enquanto que a associação dos tipos t-tranquilo e m-retraído foram mais comuns em sujeitos RNI. As variáveis sexo e idade revelaram baixo poder explicativo dos comportamentos impeditivos. Foi encontrada, por outro lado, uma correlação significativa entre a retirada precoce do comportamento de sucção e o aumento dos comportamentos impeditivos. Os resultados obtidos sugerem ser possível prever o comportamento impeditivo a partir do início do atendimento odontológico, e demonstram que a metodologia etológica pode ser uma importante ferramenta para o estudo do comportamento da criança em SAO, um campo até aqui estudado somente através da metodologia das escalas e entrevistas, ou a partir das categorias teóricas *medo e ansiedade*.

## ABSTRACT

The present research represents a naturalistic study of the behavior of children in dental evaluation situation (DES). Behavioral categories were defined during previous observations. The behavior of 201 children were then registered in a simulated dental evaluation situation. The registered behavioral categories were classified according to general type (t – cooperative; g – agitated, a – aggressive; m – inhibited), and subjects were classified according to the emitted categories in cooperative, resistant but non-obstructive (RNO), and resistant obstructive (RO). Data on the age, sex, and about the suckling behavior were also registered for each subject. Behavioral resistance in DES was very high: 97 subjects, or 48,25% of the sample, emitted at least one uncooperative category. Sixty six of these 97 subjects were classified as resistant obstructive (emitted either “run away” or “close the mouth”). Forty four RO subjects, and only one RNO subject emitted uncooperative behavior categories in all moments of the simulated DES. Thirty four RO, and no RNO subjects, displayed the same sequence of categories during the first two moments. Subjects classified as RO displayed a larger number of uncooperative categories of type g (agitated), in association with type a (aggressive), while associations of types t (cooperative) and m (inhibited) were more common in RNO subjects. Sex and age were not good predictors of obstructive behavior. On the other hand, a significant correlation was found between early withdrawal of suckling and other types of suction and obstructive categories. These results suggest that it is possible to predict obstructive behavior at the beginning of dental evaluation, and demonstrate the usefulness of the ethological method as a tool for the study of children behavior during DES, a theme that has so far been studied solely through scales, or based on the theoretical categories of fear and anxiety.

## SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO.....	10
1.1- <i>O Problema da resistência comportamental</i> .....	10
1.2- <i>Relação entre sucção e resistência comportamental</i> .....	16
1.3- <i>Justificativa da metodologia etológica</i> .....	23
1.4- <i>Considerações teóricas quanto ao etograma</i> .....	26
1.5- <i>Considerações sobre as categorias medo e ansiedade</i> .....	28
1.6- <i>Estudos do comportamento em S A O por escalas e entrevistas</i> .....	39
1.7- <i>Objetivos</i> .....	42
II – METODOLOGIA.....	44
2.1- <i>População e amostra</i> .....	44
2.2- <i>Procedimento para a construção das categorias comportamentais</i> ....	44
2.3- <i>Procedimentos de observação e coleta</i> .....	45
2.4- <i>Definição dos tipos de categoria</i> .....	46
2.5- <i>Definição das categorias</i> .....	48
2.6- <i>Definição dos momentos</i> .....	51
III – RESULTADOS.....	52
IV – DISCUSSÃO .....	77
V – CONCLUSÃO.....	87
VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
VII – APÊNDICE.....	93

# I - INTRODUÇÃO

## 1.1 – O Problema da Resistência Comportamental

Denomina-se *Situação de Atendimento Odontológico*, para os fins deste estudo, ao conjunto de condições materiais e comportamentais havidas no período compreendido entre a entrada do paciente no consultório e sua saída, para a finalidade de atendimento odontológico.

Muitos estudos tem sido feitos a respeito do comportamento do paciente em S A O, seja por psicólogos (da personalidade, aprendizagem, desenvolvimento, social e outros), seja por odontólogos com preparação em psicologia ou mesmo por equipes multiprofissionais.

Tradicionalmente, esses estudos têm se justificado pela enorme importância que tem se dado ao manejo do comportamento do paciente em S A O. Corah e colaboradores (1985 ap Moraes, 1999) afirmam ser esta a maior preocupação (e o maior entrave) ao trabalho do odontólogo. Também Klatchoian (1992) afirma ser o manejo do comportamento da criança a chave para a odontopediatria. Moraes aponta três suposições básicas que orientam toda a pesquisa sobre o comportamento da criança em S A O:

“ 1º o tratamento odontológico é uma situação produtora de medo e ansiedade para as crianças;

2º as crianças constituem um problema de manejo para o dentista;

3º as crianças devem ser preparadas para tolerar o tratamento odontológico como um evento que ocorre repetidamente ao longo de suas vidas.” (Moraes. 1999, p.71).

Toda a dificuldade encontrada no manejo comportamental em S A O (definida aqui pela categoria ampla *resistência comportamental*) tem sido maciçamente atribuída às categorias medo e ansiedade. Corah e colaboradores (1985) relata que, em pesquisa feita com uma amostra de dentistas, 75% afirmaram ser a ansiedade do paciente a maior barreira ao atendimento odontológico.

Milgrom (1988) mostra um crescente aumento do número de cientistas que se interessam pela pesquisa do medo e da fobia relacionados ao tratamento odontológico. O mesmo autor entrevistou um grupo de 1019 sujeitos obtendo alto percentual de medo odontológico:

50% => certo medo;

29,8% => um pouco de medo;

13,1% => um medo razoável;

4,3% => muito medo; e

3,0% => um medo terrível.

Moraes (1999) afirmam que “*as pessoas não nascem com medo do dentista: a associação de medo e odontologia desenvolve-se ao longo do processo de socialização e das experiências de aprendizagem*”. Examinando a prevalência do “medo odontológico” em estudantes de 2º grau, na faixa etária de 15 a 20 anos, encontraram um considerável porcentagem de “alto medo” (1,87% dos alunos da escola militar; 7,8% dos alunos da escola particular; e 13,6% dos da escola pública).

Os procedimentos odontológicos mais temidos foram as injeções e motores. A idade em que os medos surgem foi identificada na infância e na adolescência (Moraes, 1999).

Na busca da etiologia para *medo odontológico*, Moraes (1999) encontrou “experiências negativas no consultório odontológico” em primeiro lugar. Em tais experiências, houve a ocorrência de dor intensa ou de uma situação alarmante, ou mesmo de uma relação interpessoal negativa.

O mesmo autor acrescenta a hipótese de que o medo odontológico, além da experiência direta acima exposta, pode ter sua origem em uma possível “aprendizagem vicariante” (observação de comportamentos e comunicações negativas das pessoas significativas ao paciente), ou mesmo, através de preconceitos e estórias veiculadas através da mídia. Contudo, adverte, faltam confirmações empíricas específicas de tais possibilidades etiológicas.

A par do crescente interesse pelos estudos etiológicos do medo e da ansiedade odontológicos, tem havido, também, um aumento considerável da pesquisa de técnicas de manejo.

As primeiras técnicas de manejo voltadas para a criança incluíam:

- *Contar, mostrar, fazer. Que acrescentava o reforçamento positivo daqueles comportamentos que seguiam o treino instrucional imitativo (Addelston, 1959).*
- *Condicionamento aversivo ou punição como forma de conter e disciplinar a criança.*
- *Mão-na-boca (HOME – Hand over mouth exercise), técnica de condicionamento aversivo utilizada para controlar os acessos de birra e choro.*

Modernamente, além dessas técnicas e outras, encontram-se clínicas especializadas no tratamento do medo odontológico, através de procedimentos

executados por equipes multiprofissionais compostas, sobretudo, por odontólogos e psicólogos. Klatchoian (1992) em sua tese de mestrado faz uma sucinta descrição desse modelo multiprofissional de atendimento.

Encontra-se entre os procedimentos para redução da ansiedade a adequação ambiental com o fim de estimular outros sentidos e sensações que não aqueles que ocorrem na boca; isto é, aplica-se um processo de distração: *“a visão poderá ser ocupada com uma decoração interior agradável, objetos de interesse como aquários, quadros ou móveis e a aparência agradável do seu pessoal. O sentido da audição poderá ser estimulado por música ou conversa do dentista. Não é necessário que o paciente responda a esta conversação. Embora contar histórias possa ter esta função, é mais fácil e mais interessante falar sobre o que está acontecendo. Estas técnicas não só contêm um efeito de externalização, como também servem para criar um ambiente estruturado para criança.”* (Cinotti & Grieder. 1972, p.184).

O padrão de comunicação dentista-criança foi estudado e incluído entre os fatores causadores / inibidores do medo e da ansiedade da criança no consultório do dentista. Sobre este aspecto, Weinstein e colaboradores (1982), através de pesquisa feita com pré-escolares chegaram às seguintes conclusões:

*“1º Dar orientação ou instrução específica à criança e reforço específico (isto é, para cada ato operatório dar a orientação e o elogio na hora), resultou numa redução do comportamento medroso da criança.*

*2º Afagos e atitudes carinhosas para com a criança também diminuiram o comportamento medroso.*

3º *Perguntar o que a criança está sentindo era uma técnica útil, vez que ignorar ou negar os sentimentos da criança não reduziu comportamentos medrosos.*

4º *Tranquilizar a criança com afirmações do tipo: “está tudo bem” ou “fique calma”, surpreendentemente foram ineficazes na diminuição do medo.*

5º *Tentativas de abafar a criança tendem a ser seguidas por um aumento substancial do medo.*

6º *Explicações, embora frequentemente usadas na faixa etária de três a cinco anos, parecem não reduzir o medo significativamente.*

7º *Parar o tratamento quando a criança pede, no intuito de manipulá-la, resultou em comportamentos mais medrosos.”*

Quanto aos efeitos emocionais do atendimento de pacientes ansiosos no dentista, Corah e colaboradores (1982) em pesquisas realizadas com dentistas norte-americanos, encontraram que o atendimento desses pacientes é o maior foco de estresse profissional.

Klatchoian (1992), já no campo do manejo, considera a relação dentista-criança a “base fundamental para a profilaxia do medo no tratamento odontológico”.

A preocupação com a ansiedade também está presente nas pesquisas de satisfação do paciente feitas após o tratamento, como as de Corah e colaboradores (1988) e O’Shea e colaboradores (1986).

A literatura específica, e a pesquisa atual, contudo, tem se dedicado a estudar a resistência comportamental em S A O através de escalas e entrevistas, classificando o comportamento da criança e a partir dessa

classificação tem buscado estabelecer indicações de manejo e controle. Esses estudos tradicionais, contudo, são fundamentados nas categorias teóricas do *medo e da ansiedade*, condicionando a percepção dos comportamentos resistentes como sendo expressão dessas emoções.

Não há, entretanto, nesses estudos, uma descrição objetiva dos comportamentos a que se referem as categorias *medo e ansiedade*, possibilitando, assim, que ocorram distorções importantes nos resultados encontrados. A redução dos comportamentos resistentes às emoções do *medo e da ansiedade*, não justificada empiricamente, restringe o conhecimento do fenômeno da resistência comportamental e sua utilização científica, prejudicando o controle dos comportamentos e reduzindo o valor preditivo dos achados.

Um dado importante que não apoia a redução da resistência comportamental às categorias *medo e ansiedade* é o fato dos comportamentos resistentes não darem mostras de redução ao longo dos anos, apesar dos avanços das técnicas preventivas e a ampla eliminação da dor e do desconforto nas intervenções atuais. Certamente, a permanência da resistência comportamental (até o ponto de ser considerada o principal obstáculo ao sucesso do atendimento, conforme acima explicitado) coloca em xeque a ênfase dada às categorias teóricas do *medo e da ansiedade*.

## **1.2 – Relação entre o comportamento de sucção e a resistência comportamental**

Um tema ainda muito estudado, tanto por etólogos quanto por psicólogos, é o comportamento de amamentação. Hoje, já se reconhece a importância, nunca exagerada, porém não exclusiva, da amamentação para o bom desenvolvimento físico, psíquico e adaptativo do bebê. As campanhas maciçamente veiculadas na mídia em prol do aleitamento materno são a consequência mais visível desse reconhecimento. Já se principia a saber, também, que na impossibilidade do aleitamento natural, podem ser criadas condições substitutas com um mínimo de perdas para o bebê (Spitz, 1959).

Um comportamento conexo com a amamentação, mas em mais de um sentido independente desta, é o comportamento de sucção. Provavelmente foi por causa das teorias psicanalíticas que a sucção provocou interesse (Jones, 1981).

A princípio um reflexo (Tanigute, 1998), um padrão comportamental filogeneticamente herdado, o comportamento de sucção é condição natural de sobrevivência para o recém-nascido. Na sua impossibilidade, condições artificiais de alimentação devem ser criadas a fim de que a vida seja preservada. Passado o período de atividade reflexa, o comportamento de sucção se torna um hábito que tende a se prolongar por toda a infância. Como se sabe, as crianças buscam conservar ao máximo seus hábitos de sucção, apesar de toda a reprimenda que recebem.

Sabe-se, por exemplo, da facilidade que têm as crianças para se habituarem a mamadeiras, chupetas, sucção do dedo, dos lábios e até da própria língua. Parece também estar associado à sucção o posterior hábito de

mascar compulsivo e aí a criança se apega facilmente a mascar gomas, a mascar própria roupa, outros tecidos, chegando, mesmo, à onicogafia (roer unhas).

Todos esses hábitos foram catalogados e rotulados de maus hábitos orais em razão de sua presumida ação deletéria para a saúde da criança, tanto por serem transmissores de micro-organismos patogênicos, quanto por causar um comprometimento da motricidade oral e do desenvolvimento ortodôntico.

Essa é a razão pela qual pediatras, odontólogos, fonoaudiólogos e outros profissionais da saúde se empenham na remoção de tais hábitos e na abolição radical da mamadeira como alternativa ao aleitamento natural, substituindo - a pela xícara e colher (Lang et al. 1994).

Uma situação assim configurada pressupõe que a sucção, fora do contexto da amamentação, não tem nenhuma importância para o desenvolvimento, quer físico, quer psíquico da criança, sendo, portanto, anódina sua eliminação. Talvez essa suposição tenha surgido em razão do comportamento de sucção ter sempre sido encoberto pelo comportamento de amamentação.

Não parece correta uma suposição de tal magnitude. Pais e terapeutas observadores, além dos pesquisadores do assunto (Bergamasco, 1997) sabem que a sucção acalma a criança, possibilitando que tenha um sono mais tranquilo e relaxado. Essa é, porém, tão somente uma evidência visível de uma das funções da sucção: não sabemos ainda que espécie de dano a retirada precoce da sucção pode acarretar para o ulterior desenvolvimento emocional da criança. Suspeita-se que um comportamento filogeneticamente herdado, fator crucial para a manutenção da vida em seu início, não deve ser

desprezado sem uma investigação mais profunda e conclusiva. Um primeiro indício da importância da sucção pode ser dado pela enorme dificuldade que os pais têm em impedir que a criança passe por algum tempo se alimentando através da mamadeira logo após o desmame. Encontramos em um ambiente nada favorável ao uso da mamadeira e chupetas (clínica pública de odontologia), em levantamento prévio, que 88% (703 crianças) de uma amostra aleatória de 798 crianças entre 2 e 8 anos fizeram uso ostensivo da mamadeira ou da chupeta logo após o desmame.

Sabe-se, por estudos etológicos, que o desenvolvimento se dá a partir de janelas de oportunidades que são denominadas período crítico ou sensível (Lorenz, 1955 ap Goodenough et al, 1993). O termo indica que em um determinado período do desenvolvimento ontogenético o ambiente deve comparecer com um determinado tipo de estimulação para que ocorra uma determinada aprendizagem ou aquisição. Passado esse período sem que ocorra a estimulação na quantidade adequada, a aprendizagem ou aquisição não mais ocorre ou se torna defeituosa, mesmo que o estímulo requerido seja posteriormente fornecido nas quantidades regulares.

O conceito de período sensível auxiliou no desenvolvimento de importantes programas de pesquisa sobre a estimulação precoce, tanto em animais não-humanos quanto em humanos, além de ter aumentado muito o interesse pelas aprendizagens programadas para ocorrer ao longo do desenvolvimento da criança.

As pesquisas de Harlow com macacos Rhesus sobre o apego mãe-filho (Harlow, 1958), além de reconsiderar certos mitos sobre a centralidade da amamentação/alimentação na aquisição do apego, tornou claro que a ausência

de apego a uma mãe de contato físico aconchegante ocorrido em um momento inicial do desenvolvimento (período crítico), lesa o infante para futuras situações de estresse, tornando-o intensamente mais ansioso e frágil.

No mesmo sentido, o artigo de Levine (1975) sobre estimulação precoce, logrou demonstrar que o rato não estimulado precocemente se torna mais neurótico que aquele que obteve algum tipo de estimulação, mesmo que aversiva (pequenos choques elétricos).

Spitz em sua monografia “The First Year Of Life” (1959) demonstra cabalmente, já com infantes humanos, a importância da estimulação precoce na interação mãe-criança e as dramáticas conseqüências do seu estabelecimento inadequado. Mais recentemente, já no campo da sucção, Berbaum e colaboradores (1983) utilizaram-se da estimulação da sucção não-nutritiva (SNN) em bebês prematuros durante a alimentação por gavagem, conseguindo com esse procedimento um maior ganho de peso e a redução da permanência em internação hospitalar dos bebês estimulados, comparados aos bebês não estimulados.

Semelhante procedimento foi utilizado por Berezim e colaboradores (1993) conseguindo, além dos efeitos relatados por Berbaum, a aceleração da maturação das funções gastrintestinais. O trabalho de Wolff (1968) estabeleceu com clareza a distinção na organização serial das sucções não-nutritiva (SNN) e sucção nutritiva (SN).

Bergamasco e colaboradores (1997) identificaram com clareza o efeito sedativo da sucção, que pode ser conseguido através da própria sucção nutritiva (SN), desde que haja um tempo de sucção suficiente (quantidade de

leite, tipo de bico e tamanho do furo são fatores que regulam o tempo de sucção).

Apesar dos inúmeros estudos acerca do efeito calmante da sucção, seus dados dão conta apenas das consequências imediatas que se seguem às sessões de sucção, ou à sua falta, em crianças ao longo do primeiro ano de vida. A revisão da literatura pertinente revela uma lacuna importante sobre o estabelecimento de comportamentos estáveis, ao longo da infância, no caso da retirada precoce das oportunidades de sucção.

Parece, também, claro, pelos trabalhos citados, que o comportamento de sucção deve ser estimulado na janela de tempo definida como período sensível para que exerça seus efeitos tanto para a maturação quanto para o desenvolvimento. Não se sabe, contudo, quais são as aquisições ou aprendizagens, sobretudo na dimensão psicológica, que o comportamento de sucção favorece, bem como ainda não se conhece, com precisão, em que faixa etária deve a criança exercitar a sucção para a produção de seus efeitos, ou mesmo quais são as consequências de sua falta para o desenvolvimento psicológico.

Uma interessante teoria apresentada pela etologia comparativa (Jones, 1981) descreve uma relação entre o “*corpus adiposum bucae*” (abundância de gordura presente na região orofacial do bebê) e as características peculiares do mamilo humano, de difícil pega. O *corpus adiposum bucae*, tem, segundo essa teoria, a função de aumentar a pressão da cavidade oral facilitando a pega e a sucção. Cronologicamente, o *corpus adiposum bucae* é extinto por volta do quarto ano de vida, que seria, então, a idade da cessação da sucção sistemática. (Jones, 1981).

Um outro problema quanto à função da sucção principiou ser tratado por Bergamasco e colaboradores (Bergamasco et al. 1997). Trata-se da constatação de que a sucção nutritiva (SN) pode, se adequadamente administrada, responder pelas demandas gerais de sucção, não necessitando de complementá-las com a sucção não-nutritiva (SNN). Essa posição leva a considerar ser a sucção nutritiva (SN) nos infantes que dela dispõem, seja pelo aleitamento natural, seja através da mamadeira, o instrumento eficiente para atender, além das necessidades nutricionais, as demandas de sucção, imperativas ao desenvolvimento e à maturação. Estando, pois, nesse sentido (no sentido da demanda de sucção), em igualdade de condições a sucção através do aleitamento natural e a sucção através da mamadeira, que juntas compõem a chamada sucção nutritiva (SN).

A função sedativa da sucção tem um paralelo com trabalho desenvolvido por Spitz, (1959), dentro do arcabouço teórico da psicanálise. Afirma o importante psicólogo, acompanhando a teorização psicanalítica, ser a cavidade oral a primeira e privilegiada região erógena. Isso indica que todas as tensões que acometem ao infante (por fome, frio, sede ou outras privações) são preferencialmente descarregadas por via da atividade oral, aí se incluindo comportamento de sucção como seu principal agente. Há, também, estudos de observação de crianças, que corroboram a idéia de que chupar o dedo é uma forma de reduzir a excitação em situações de ansiedade (Jones, 1981). Sendo correta tal suposição e sendo a sucção um comportamento filogeneticamente herdado, é de se esperar que sua estimulação insuficiente (quer em termos qualitativos quer em termos quantitativos) acarrete consequências deletérias em nível comportamental.

Os mesmos estudos que afirmam a importância da sucção para tranquilizar e acalmar a criança parecem sugerir que a falta ou a insuficiência desse comportamento acarreta comportamentos irritados ou agressivos. Não se sabe, contudo, se essa sub-estimulação produz um efeito permanente, fixando tais comportamentos ao longo do crescimento.

Uma situação privilegiada para a observação da ocorrência de comportamentos agressivos / irritados pela criança é a situação de atendimento odontológico (S A O). Assim. Buscou-se verificar, neste estudo, se há correlação entre a retirada precoce dos comportamentos de sucção e o aumento da resistência comportamental da criança em S A O.

### 1.3 – Justificativa da metodologia etológica

Uma das principais características da etologia, fator que a distingue das abordagens tradicionais no estudo do comportamento é sua vocação e interesse pelos comportamentos naturais de uma determinada espécie.

Essa consideração implica compreender como natural todo o comportamento que não é artificialmente produzido, isto é, trata-se de estudar comportamentos que integram o repertório da espécie. A etologia toma, como passo indispensável no estudo do comportamento, a observação detalhada dos comportamentos da espécie em seu ambiente natural.

Somente esse estudo descritivo preliminar permitirá fazer afirmações sobre o valor ou a importância de determinado comportamento para uma determinada espécie. Noutras palavras, é esse estudo que nos diz *porque* estudar determinado comportamento.

Para esse fim, o etólogo faz uso de categorias comportamentais mínimas e empiricamente construídas (Jones, 1981). Distancia-se, assim, **quanto ao locus**, das abordagens que privilegiam o estudo em laboratório de categorias não referendadas pela observação naturalística; e se distancia, **quanto à categorização**, das abordagens que constroem suas categorias intuitiva ou teoricamente, isto é, sem uma preocupação prévia em verificar a relação entre essas categorias e os comportamentos observáveis que julga representar. O primeiro desses fatores nos conduz ao conceito de validade ecológica da pesquisa. O segundo, nos leva ao problema da categorização.

### **1.3.1 - Validade Ecológica da Pesquisa**

Um estudo científico do comportamento pressupõe que seus achados sejam aplicáveis à compreensão da realidade onde o comportamento ocorre naturalmente.

O conceito de validade ecológica se refere a essa possibilidade de generalização dos resultados para o ecossistema onde o comportamento estudado é encontrado naturalmente. Muito provavelmente, todas as abordagens científicas do comportamento buscam o máximo de validade ecológica, implícita ou explicitamente. Ocorre, contudo, que nem sempre essa validade é óbvia e pacificamente admitida, gerando um grau de incerteza que persistirá até que novos estudos *ad hoc* possam reduzi-la.

A metodologia etológica busca reduzir ao mínimo essa incerteza coletando os dados no ambiente onde, naturalmente, são produzidos. Entende-se, assim, que a etologia busca a validade ecológica como *ponto-de-partida*, enquanto que as abordagens laboratoriais a buscam como *ponto-de-chegada*.

Pode-se, assim, com justa razão, propor que a metodologia etológica, por ter validade ecológica inerente, constitui um poderoso avanço em termos de objetividade e economia no estudo científico do comportamento.

### **1.3.2 - O Problema da Categorização**

Os vieses que as categorias intuitivas e teóricas (geralmente amplas) produzem, já foram exaustivamente discutidas pelos etólogos ( Jones,1981), por isso, serão apresentados aqui, sucintamente, somente os seus aspectos mais incisivos.

Quando categorizamos, tomamos decisões: decidimos o que observar, quando observar, como observar, selecionamos (Fentress,1990). Decidimos

quando um comportamento está iniciando ou está terminando. Inevitavelmente cometemos arbitrariedades. O etólogo procura se defender dos vieses criando categorias mínimas e o mais próximo dos comportamentos observados de tal forma que outro observador possa “ver” as mesmas categorias que “vemos”. Dessa forma não se elimina a subjetividade, mas reduz-se muito a possibilidade de uma distorção importante.

Quando as categorias são intuitivas e amplas, ficamos à mercê da subjetividade e os vieses se tornam imensamente mais prováveis. Afinal, há muito mais subjetividade em dizer que a criança está ansiosa do que em dizer que está chorando, suando, tremendo e agitando os braços. O viés que aí ocorre pode levar a erros, dado que uma categoria intuitiva ou teórica sustentará uma linha de pesquisa cujos resultados tenderão à coerência racional, porém, ao serem aplicados às situações empíricas e naturais que visam compreender e controlar, produzem discrepâncias e limitações na sua capacidade de fazer predições.

#### 1.4 - Considerações teóricas quanto ao etograma

A etologia presume que as várias espécies animais têm repertório comportamental próprio e por isso não se dedica, inicialmente, a buscar princípios gerais do comportamento. Assume uma diversidade inicial irreduzível. Seja, por exemplo, a variedade do canto dos pássaros: espécies muito próximas filogeneticamente, nem por isso têm a mesma aprendizagem do canto mesmo que os estímulos apresentados sejam idênticos. Daí a importância fundamental da descrição minuciosa do repertório comportamental de uma espécie. A essa descrição detalhada dá-se o nome de etograma: *“monografias acerca do comportamento de diferentes espécies animais, que no início eram basicamente descritivas, mas que cada vez mais passaram a incorporar interpretações e hipóteses”* (Jones, 1981, p.XI).

Por razões dessa ordem, para o etólogo, o etograma de uma espécie é um procedimento básico, orientador dos experimentos que virão, quer seja no campo, quer seja no laboratório: é necessário primeiramente configurar e compreender o valor e a função de determinado comportamento antes de qualquer experimentação profícua. A esse respeito afirma Jones:

*“A fase de observação de um estudo [etograma] determina que fatos da vida real devem ser explicados e, à medida que prossegue, sugere um grande número de hipóteses novas. É provável que essas hipóteses estejam mais próximas do alvo que aquelas resultantes de especulação de gabinete, de leitura de manuais ou da teoria tradicional. Uma fase de observação pode, de fato, evitar perda de tempo em testes experimentais de hipóteses pouco realistas.”* (Jones, 1981, p.11). Acrescenta-se as palavras de Sir Peter Medawar, citadas por Tinbergen: *“...o estudo de variações de comportamento*

*só é informativo quando se conhece de antemão o padrão em relação ao qual o desvio se dá” “ (Jones. 1981, p. XI).*

## 1.5 – Considerações sobre as categorias medo e ansiedade

As categorias *ansiedade e medo* são categorias realmente amplas. Definí-las é tarefa difícil que não encontra, jamais, uma solução unânime. As definições de ansiedade jamais lograram o êxito de esclarecer a que comportamentos se referem, contentando-se em descrever subjetivamente um estado emocional determinado. Quando se tentou uma definição objetiva, a ansiedade se equiparou a *estado de ativação elevada do sistema nervoso central*. Ocorre que tais estados podem ser produzidos sem que tenham previamente sido ativados por um *medo difuso* ou *medo sem objeto*, característica presente na quase totalidade das definições de ansiedade. O Dicionário de Psicologia (Doron & Parot, 1998) define a ansiedade como: “*emoção gerada pela antecipação de um perigo difuso, difícil de prever e de controlar*”.

Darwin, em 1872, (Anand & Craig, 1996) descreveu as emoções que seriam consideradas básicas para a manutenção da vida. Entre essas emoções encontrou-se a emoção do medo. Conceitualmente, o medo é a antecipação emocional de um perigo definido, enquanto que na ansiedade esse perigo é difuso e indefinido. O medo, portanto, impulsionaria ações de fuga (ou luta) imprescindíveis para a sobrevivência do indivíduo.

Sabe-se que as emoções do medo e da ansiedade existem realmente, mas como é que se sabe? A emoção do medo é aparentemente mais facilmente reconhecível, havendo, inclusive, sinais faciais indicativos desse estado emocional (Izard & Douguerth, 1982). Já a ansiedade, por definição, não dispõe dessa relativa objetividade, uma vez que é uma categoria teórica, construída a partir da presunção de um determinado estado subjetivo. Uma das

possibilidades de identificação da ansiedade é dada pelos relatos verbais: uma pessoa algum dia relatou ter experimentado um certo *medo indefinido, sem objeto claro e específico*. Tal caminho, porém, produz a dependência dos relatos verbais de ansiedade. Entretanto, tais relatos podem não corresponder à realidade, ou porque a pessoa delibera mentir ou por uma deficiência de comunicação (o significado pode não ser o mesmo para entrevistador e entrevistado). Sempre permanecerá um resto de dúvida insuperável. O critério para aproveitamento dos relatos verbais ainda não está consolidado.

Os desvios dos relatos verbais devem, provavelmente, se ampliar quando o sujeito é uma criança. Realmente, não se pode saber se a criança entende o que lhe está sendo perguntado, se se sente constrangida, ou se fornece uma resposta que a ajude a safar-se de uma situação ou de determinadas exigências imediatas.

Dessa forma, por via dos relatos verbais da criança, a percepção clara de que o fenômeno da ansiedade está ocorrendo se torna impraticável. Talvez por essa dificuldade em validar os relatos verbais é que se tem tentado descrever com objetividade os comportamentos que seriam a manifestação pública da ansiedade.

Com a finalidade de se fazer uma avaliação dessa última estratégia, apresenta-se a ampla descrição compilada por Klatchoian (1992), por ser um excelente exemplo desse seguimento teórico.

São os seguintes os sinais e comportamentos que podem ser atribuídos à ansiedade:

*“1 – Fenômenos de expressão mímica:*

*1.1 - olhos arregalados e fixos;*

*1.2 - narinas dilatadas, boca semi-aberta, testa enrugada;*

*1.3 - atitude tensa;*

*1.4 - gestos ou movimentos de defesa;*

*1.5 - movimento de fuga.*

*2 - Sintomas irritativos do sistema nervoso simpático:*

*2.1 - dilatação das pupilas;*

*2.2 - tremores finos ou de corpo inteiro;*

*2.3 - secura na boca;*

*2.4 - palidez;*

*2.5 - sudorese;*

*2.6 - taquicardia (pulsação rápida do coração);*

*2.7 - taquipnéia (respiração curta e acelerada);*

*2.8 - aumento da pressão arterial;*

*2.9 - aumento de glicemia;*

*2.10 - anorexia;*

*2.11 - espasmos intestinais e diarréia.*

*3 – Fenômenos de conversão aguda:*

*3.1 - inquietação indefinida;*

*3.2 - agressividade;*

*3.3 - retração (estupor, negação, rejeição);*

*4 – Fenômenos de conversão crônica:*

*4.1 - distúrbios de comportamento tais como desânimo, queda de rendimento, timidez, quietude, insegurança, obediência subserviente, atemorização, agressividade etc;*

4.2 - *fobias: medos constantes de um ou mais objetos, não necessariamente ligados à realidade e persistentes;*

4.3 - *sintomas orgânicos: organoneuroses e doenças psicossomáticas;*

5 – *Sinais ou sintomas mistos (podem ser encaixados em mais de uma das categorias acima);*

5.1 - *tensão e inquietação interna;*

5.2 - *polaciúria (necessidade imperiosa e freqüente de urinar );*

5.3 - *crises de hiperbulia (apetite insaciável);*

5.4 - *dificuldades de concentração e fadiga mental fácil;*

5.5 - *sensações de vertigem;*

5.6 - *sensações opressivas (semelhantes a asma, sensação de estrangulamento);*

5.7 - *gagueira e fala forçada;*

5.8 - *insônias iniciais e terminais;*

5.9 - *terror noturno;*

5.10 - *enurese;*

5.11 - *encoprese (perda involuntária de fezes por motivos não orgânicos)”*

*(Klatchoian. 1992, p.69)*

Sobre essas descrições é útil fazer-se as seguintes ponderações:

No grupo dos **fenômenos de expressão mímica**, algumas categorias não esclarecem o comportamento objetivo a que se referem (ex 1.3-*atitude tensa*; 1.4-*gestos ou movimentos de defesa*; e 1.5-*movimento de fuga*). As categorias 1.1-*olhos arregalados e fixos* e 1.2-*narinas dilatadas, boca semi-aberta, testa enrugada* não são privativas da emoção de medo ou ansiedade.

No grupo dos **sintomas nervosos** (os mais claramente definidos) não há, também, uma obrigação para com as emoções do medo e da ansiedade, podendo ser produzidos por outras emoções, como, por exemplo, o ódio ou a raiva ou por alguma condição orgânica.

Nos **fenômenos de conversão aguda**, há uma enorme imprecisão na definição dos comportamentos a que se referem. Realmente, inquietação indefinida, agressividade ou fuga, retração não dizem o que realmente está havendo em termos do comportamento do sujeito. Por outro lado, são categorias presentes também no arcabouço teórico de outras patologias e estados emocionais que não medo e ansiedade.

No grupo dos **fenômenos de conversão crônica**, a relação com os comportamentos fica ainda mais imprecisa e ampla, abrigando categorias que vão desde desânimo até a agressividade, passando pela timidez e sintomas orgânicos e doenças psicossomáticas. Não há, também, uma descrição dos comportamentos a que se referem essas categorias.

Por fim, no grupo dos **sinais e sintomas mistos**, a ansiedade se revela em uma enorme gama de comportamentos que inclui inquietação interna, apetite insaciável, terror noturno, enurese e encoprese, entre outros.

Em conclusão, tem-se um conjunto tão amplo de sinais *objetivos* do que seria a emoção da ansiedade que inviabiliza o seu reconhecimento, pois como alertou Jones (1981), “uma teoria abrangente necessariamente seria tão vaga que explicaria pouca coisa”.

Veja-se, por exemplo, a inclusão do comportamento agressivo como expressão do medo ou da ansiedade. Há, conforme acima registrado, toda uma teorização que atribui os comportamentos agressivos às emoções do medo e da

ansiedade. Isso só pode ser parcialmente correto (o que equívale a parcialmente incorreto) porque o bom senso e a crítica apontam claramente a existência de comportamentos agressivos que em nada podem ser atribuídos às emoções subjacentes do medo ou da ansiedade. Basta uma observação despreconceituosa e objetiva para perceber que há comportamentos agressivos que são tão somente a expressão do ódio ou raiva, sem nenhum componente medroso. Se todo comportamento agressivo puder ser reduzido às emoções do medo e da ansiedade, então muitos outros também poderão sê-lo, tornando as categorias medo e ansiedade amplas demais para ter viabilidade científica, pois estas categorias estariam sendo validadas *a priori*, como explicativas de vários comportamentos.

Voltando às definições subjetivas do estado emocional da ansiedade, viu-se que oferecem sérias limitações em razão da dependências em que se fica dos relatos verbais ou auto-relatos. A estratégia, conforme descrita acima, de buscar-se comportamentos observáveis como reveladores do estado emocional da ansiedade parece ter produzido certo avanço sobre as definições subjetivistas, contudo, tais comportamentos (quando logram uma descrição observável) não são indicadores só da ansiedade ou do medo, mas de muitos outros estados emocionais. Retorna-se, assim, quase à estaca zero na identificação dos comportamentos de ansiedade em S A O.

Mas por que há uma crença generalizada entre os especialistas, revelada nas pesquisas sobre o comportamento em S A O, de que a resistência da criança é devida às emoções do medo e da ansiedade?

É possível que essa crença tenha sido gerada por circunstâncias de um determinado momento histórico. Faz-se a seguir uma breve explanação dessa possibilidade.

Até há algumas poucas décadas, a saúde bucal era artigo de luxo, sendo a imensa maioria de nossa população, já na infância, composta por desdentados. Conquanto tenham superado essas condições precárias mais rapidamente que nós, em geral, os demais países do mundo ocidental passaram pelo mesmo problema. Nessa época, os tratamentos (quase não havia prevenção) implicavam em dor e sofrimento extremos em razão do precário estado de saúde bucal daquele que acorria ao dentista. Por seu turno, os recursos e métodos para redução da dor e do sofrimento durante o atendimento odontológico ainda eram muito incipientes.

Com a experiência de um passado de dor e sofrimento, as crianças dessa época – adultos hoje, inclusive os produtores de pesquisas – se tornaram muito sensíveis ao medo e à ansiedade odontológicos, sendo assim condicionada sua percepção do que ocorre, hoje, em S A O. As dificuldades comportamentais da criança em S A O foram rapidamente atribuídas às emoções do medo e da ansiedade, mesmo quando o procedimento é tão somente preventivo, sem qualquer possibilidade de ocorrência de dor.

Hoje, quando se esboça no horizonte uma geração sem cáries, a atribuição ao medo e à ansiedade da causa da resistência comportamental deve ser amplamente questionada e elucidada.

Outro fator que parece ter contribuído bastante para essa visão da primazia do medo e da ansiedade em S A O é a disseminação de uma teorização geralmente decorrente da psicanálise que atribui à região da boca

um lugar misterioso e mítico da sensibilidade máxima, capaz enfim, de produzir o estado ansioso ao menor toque. Também Piaget enfatizou a região da boca (sucção) como ponto-de-partida do desenvolvimento cognitivo.

Supõe-se que os fenômenos do medo e da ansiedade em S A O existam realmente, mas não basta supor que um fenômeno existe. É necessário saber quando está ocorrendo para que se possa obter alguma utilidade científica. Assim, continuamos com as questões abertas: *Em que momento da S A O ocorrem o comportamento do medo ou da ansiedade? Como reconhecer em um determinado comportamento as categorias medo ou ansiedade?* Como foi estabelecida anteriormente a categoria funcional da *resistência comportamental* sendo constituída pelos comportamentos da criança que dificultam ou mesmo impedem o atendimento em S A O, poderíamos supor, seguindo a literatura tradicional, que todos os comportamentos da categoria funcional *resistência comportamental* são expressões do medo ou da ansiedade. Mas tal generalização não pode ser feita com acerto (como já se discutiu acima), pois muitos são os comportamentos resistentes que não se vinculam, necessariamente, aos estados de medo ou ansiedade, como, por exemplo, os comportamentos agressivos.

A fim de ilustrar esses resultados com uma argumentação puramente lógica, dá-se o seguinte exemplo, entre muitas outras possibilidades: seja o caso de uma criança que resiste a escovar os dentes em casa, chorando e agitando os membros ou sacudindo a cabeça, e nem por isso se diz ou acredita que a criança esteja com medo ou ansiosa. Pelo contrário, diz-se, simplesmente, que a criança não quer escovar seus dentes. O mesmo pode-se afirmar quando a criança comparece ao consultório odontológico para escovação ou

procedimentos preventivos e dificulta ou até impede o atendimento (*resistência comportamental*).

Assim, a categoria funcional *resistência comportamental* por decorrência lógica, *não* pode ser reduzida à manifestação das emoções do medo e da ansiedade, embora as inclua. Tem-se, por conseguinte, em meio aos comportamentos resistentes, além dos comportamentos que podem ser indicativos do medo e da ansiedade, outros que mais facilmente podem ser associados a outros estados emocionais, como, por exemplo, raiva ou ódio, ou mesmo voluntarismo.

Se, por um lado, desenvolveu-se a possibilidade de identificação objetiva da emoção do medo através dos sinais faciais, esse progresso foi relativizado no presente estudo, uma vez que, mesmo ocorrendo o sinal facial do medo, não se pode saber, com certeza, se o estado subjetivo indicado pelo sinal facial do medo é a causa dos comportamentos que estão em curso, noutras palavras, a presença de sinais faciais de medo não garante que os comportamentos resistentes estejam sob seu controle. Em relação à emoção de ansiedade, sua utilização científica é ainda mais precária, vez que dela não se dispõe de sinais claros, exclusivos e objetivos de sua ocorrência, como se viu logo acima.

Por essa razão, optou-se, nesta pesquisa, por fazer-se um estudo naturalístico centrado nos comportamentos observados e sem referenciar aos estados subjetivos subjacentes. É possível que, em estudos futuros, as categorias ora observadas e descritas possam ser vinculadas a seu substrato emocional correspondente. A estratégia ora adotada, contudo, se limita a

descrever os comportamentos observados, invertendo a metodologia tradicional baseada nas categorias teóricas do medo e da ansiedade.

Essa consideração implica limitações à pesquisa em S A O que é feita a partir das categorias amplas *medo e ansiedade*.

Na verdade essa limitação se deve à estrutura geral que têm orientado as pesquisas do comportamento em S A O, partindo de grandes categorias teóricas (*medo e ansiedade*) para a busca dos comportamentos que as revelem. Embora esse modelo teórico-intuitivo tenha sido útil e produzido a ampliação do conhecimento do comportamento da criança em S A O, as avaliações recentes parecem indicar seu esgotamento, uma vez que a resistência comportamental não parece ter sido reduzida, nos últimos tempos, apesar do enorme progresso das técnicas e procedimentos preventivos (Klatchoian, 1992).

É necessário, por essa razão, inverter o processo no estudo do comportamento em S A O e construir categorias por via empírica, que somente em um segundo momento poderão ser vinculadas aos estados emocionais do medo e da ansiedade ou mesmo da raiva, ódio, cólera, ou outro que vier a ser identificado, caso seja isto realmente possível. O primeiro passo, contudo, é o estabelecimento do etograma da criança em S A O, que foi o que objetivou-se, parcialmente, com o presente estudo.

O caminho que ora se propõe é o de reunir todos os comportamentos que dificultam ou impedem o atendimento da criança na S A O na categoria ampla **resistência comportamental** e, a partir daí, proceder aos estudos de causalidade e correlação possíveis. Não se pode prever, em estudos futuros, como as categorias subjetivas do *medo e da ansiedade* entrarão nos estudos

empíricos. Sabe-se, contudo, que a admissão de tais categorias está condicionada à definição dos comportamentos a que se referem, tarefa que até agora tem avançado muito pouco.

Uma importante consequência da crítica que ora se faz à suposição tradicional de que o medo e a ansiedade são as principais causas da resistência comportamental está no manejo. Como se sabe, o comportamento de uma criança medrosa ou ansiosa exige um manejo diametralmente oposto àquele que seria útil a uma criança que se apresenta agressiva ou voluntariosa.

## 1.6 – Estudos do comportamento em S A O através de escalas e entrevistas

Os comportamentos impeditivos têm sido estudados tradicionalmente dentro das categorias amplas *medo e ansiedade* odontológicos. Contudo, não há estudos que quantifiquem a ocorrência da ansiedade odontológica na população brasileira, além do que, a maioria dos estudos encontrados trata o tema através de entrevistas ou mesmo de escalas, raramente se dedicando à observação do que ocorre realmente no consultório odontológico.

Na metodologia etológica, a descrição deve ter precedência sobre a teoria. As teorias devem ser construídas, ou validadas, pela observação e não herdadas de teorias clássicas especulativas, opiniões ou senso comum. É por isso que a etologia coloca como problema a entrevista sendo a fonte de informação do dado “real”. Até que ponto a pessoa diz o que sabe e até que ponto sabe o que diz?

Para a etologia o comportamento manifesto no ambiente natural não é somente uma forma de inferir motivação, mas a chave para a compreensão da causa do comportamento. É por essa razão que Jones (1981), aponta os seguintes vieses da entrevista e das escalas :

### VIESES DA ENTREVISTA:

- **Afetação** - até que ponto a pergunta pode ser interpretada como embaraçosa ou constrangedora é uma variável que foge ao controle do entrevistador.

- **Memória** – até que ponto as lembranças do entrevistado estão de acordo com os fatos ocorridos? Há lacunas de memória que são completadas pela imaginação do entrevistado?

**- Interpretação** – O significado da pergunta é o mesmo para entrevistador e entrevistado? E o significado da resposta?<sup>1</sup>

#### VIÉSES DAS ESCALAS:

As escalas partem de categorias amplas derivadas de uma teoria ou senso comum e não de dados empíricos. A dimensão da escala também não é derivada empiricamente, mas é montada arbitrária ou intuitivamente para comportar todo o universo. Em consequência, há situações em que os estudos por escalas devem ser complementados por estudos de observação naturalística para que o conhecimento seja mais amplo e tenha maior poder explicativo e de controle.

Na linha de estudos por escalas, encontra-se o estudo de Harari (1995). Este autor estudou o medo odontológico e sua relação com a cultura através das escalas CDAS (Corah Dental Anxiety Scale ) e MACL (Mood Adjective Check List ).

Costa & Moraes (1994) estudou a prevalência do medo odontológico entre estudantes secundaristas através de um instrumento denominado Dental Fear Survey.

Rosa (1997) estudou correlações entre ansiedade odontológica, escolaridade e renda mensal não encontrando correlações positivas entre ansiedade e esses aspectos. Também esse estudo foi baseado em questionário e escala (DAS).

---

<sup>1</sup>Embora a atitude preferencial do método etológico seja contrária ao uso de entrevistas, algumas situações exigem informações que são colhidas por esse meio. Informações sobre idade são comumente colhidas por meio de entrevistas e além dessas, neste estudo foram colhidas, também, informações sobre o comportamento de sucção da criança.

Rados (1987) fez um estudo clínico, mais próximo da observação naturalística, em que apurou que crianças mais novas (pré-escolares) manifestaram maior tendência a chorar como forma de se negar ao atendimento, enquanto que crianças mais velhas se utilizavam de outros comportamentos para esse mesmo fim.

Gonçalves (1993) buscou identificar o que mais provocava medo nas crianças de 3 a 13 anos no consultório odontológico. Para isso fez uso de questionário com perguntas sobre o que elas gostavam ou não no consultório odontológico e nos dentistas.

Singh e colaboradores (2000) também buscaram estudar o medo odontológico de crianças através de questionários e escalas: “Child’s Fear Survey Schedule”, “State Trait Anxiety Inventory for Children” e “Child Dental Control Assessment”.

Como se percebe, proliferam escalas de avaliação do comportamento da criança no consultório do dentista e faltam estudos de observação sobre o que naturalmente ocorre nessa situação. Este estudo visou, preencher em parte essa lacuna.

## 1.7 – Objetivos

Uma possibilidade de contornar a distorção tradicional de debitar às categorias medo e ansiedade a causa da resistência comportamental é acrescentar aos estudos, feitos a partir dessas categorias teóricas, uma nova metodologia de pesquisa a partir de categorias empíricas mínimas construídas através da observação naturalística. A presente pesquisa visa a esse fim metodológico.

Para tal, procurou-se, dentro do escopo metodológico da etologia, construir categorias a partir dos comportamentos observáveis das crianças no consultório do dentista, com um mínimo de subjetividade do observador e o máximo de valor ecológico.

A intenção foi, a partir de avaliações do etograma da criança em S A O, estabelecer as conexões e associações possíveis entre os comportamentos da criança, estabelecer questões relevantes, avaliar seu ajustamento às categorias tradicionais do *medo* e *ansiedade* e estabelecer as possibilidades de outras categorias amplas que também possam ser representativas dos comportamentos encontrados em S A O.

Espera-se com essa mudança metodológica conhecer mais sobre os comportamentos da criança em S A O, especialmente sobre os comportamentos resistentes. Pode-se considerar, ser esta, uma linha de pesquisa original em etologia.

Para esse fim, estabeleceu-se os seguintes objetivos para esta pesquisa:

- 1- Construção do etograma parcial da criança em S A O, utilizando, para esse fim, uma situação padrão que simula a verificação preventiva periódica.

- 2- Descrever quantitativamente as várias categorias encontradas, sobretudo as que dizem respeito à resistência comportamental em S A O.
- 3- Testar correlações entre o comportamento de sucção, sexo, idade e comportamentos resistentes.

## II – METODOLOGIA

### 2.1 – População e Amostra

A população da pesquisa foi constituída pelos usuários dos programas preventivos da Central de Odontologia do Estado de Goiás. São cerca de 2500 crianças de 0 a 14 anos oriundas predominantemente das classes sociais de baixo poder econômico e, minoritariamente, das classes sociais médias.

A amostra foi composta por 201 sujeitos no grupo etograma (controle) e por 36 sujeitos no grupo especial (experimental). Eram crianças de 18 a 72 meses de idade, aparentemente não portadoras de doença ou deficiência mental e em boas condições de saúde. O grupo do etograma foi constituído aleatoriamente quando do comparecimento da criança para o exame preventivo periódico na Instituição. O outro grupo, grupo especial ou grupo de retirada da sucção total até 12 meses, foi constituído por filtragem prévia através de entrevistas.

### 2.2 – Procedimentos para a construção das categorias do etograma

As categorias do etograma (conforme “Definição das Categorias no item 2.5) foram construídas a partir de observação prévia de cerca de 60 atendimentos preventivos às crianças. Primeiramente observou-se todos os eventos de forma *ad libitum* (Altmann,1974; Martin e Bateson,1986) sem nenhuma atenção especial a nenhum dos comportamentos (mas sempre orientou-se pelas diretrizes da observação etológica: comportamentos que se repetem e que geram interações). Em seguida o fluxo do atendimento foi dividido em momentos que se sucedem sequencialmente (ver definição de

momentos). Em uma terceira etapa, a observação foi inteiramente dirigida para os comportamentos que facilitavam o atendimento ou que o dificultavam. Na quarta etapa, esses comportamentos foram registrados, as categorias foram construídas e testadas, e, por fim, alteradas ou consolidadas.

### **2.3 – Procedimentos de observação e coleta de dados**

Os sujeitos foram observados, (o mesmo observador para todos os sujeitos) em S A O - simulada por observador participante. As categorias observadas foram anotadas na “PLANILHA DE OBSERVAÇÃO” (apêndice), conforme instruções nela contidas.

A S A O – simulada era baseada em um procedimento padrão utilizado pelos psicólogos da Instituição para o fim de diagnóstico e consistia em receber o sujeito, uma criança, que era encaminhada pelo dentista da prevenção, acompanhado por um adulto, para um atendimento simulado em uma sala-consultório. Ao adulto era informado de que se tratava de observar o comportamento da criança na cadeira do dentista e, caso não houvesse oposição, o procedimento seguia adiante. A criança não era informada de que se tratava de simulação. Ao ser aberta a porta do consultório, o sujeito e o acompanhante (um adulto) eram convidados a entrar e sentar-se nas cadeiras diante da escrivaninha. Nesse momento o observador (simulando o dentista) perguntava e anotava na PLANILHA os hábitos orais do sujeito, sucção, sua idade, estado de saúde e iniciais. As crianças que se apresentavam doentes não eram incluídas na pesquisa. Em seguida o observador punha-se de pé e convidava o sujeito a sentar-se na cadeira odontológica. Em seguida, era solicitado ao sujeito, já na cadeira do dentista, que abrisse a boca para

verificação mediante a expressão padronizada: “*abra a boca para o titio ver*”. A seguir, o observador, fazendo uso de um espelho de mão com cabo olhava externamente os dentes da criança por 10 segundos. O passo seguinte era liberar o sujeito da cadeira com a expressão: “*pronto, já acabou. Pode se levantar*”. Depois que o sujeito já houvesse se levantado da cadeira do dentista, o observador acenava com a mão o gesto de “positivo” e falava “muito bem”. Após a saída do sujeito a “PLANILHA DE OBSERVAÇÃO” era imediatamente preenchida, anotando-se todos os comportamentos emitidos em cada um dos 5 momentos da S A O- simulada.

#### **2.4 – Definição de tipos de categorias**

A partir dos comportamentos emitidos, pôde-se classificar as categorias em tipos:

**tipo “t” – tranquilo:** comportamento facilitador do atendimento odontológico;

**tipo “a” – agressivo:** comportamento dificultador do atendimento que envolve agressão (verbal ou física) a alguém ou a móveis e equipamentos no consultório (ação destrutiva);

**tipo “g” – agitado:** comportamento dificultador do atendimento, que envolve um aumento da tendência comportamental para responder combinado com expressões verbais ou corporais de recusa aos procedimentos;

**tipo “m”- retraído:** comportamento dificultador do atendimento que envolve a diminuição da tendência comportamental para

responder, podendo incluir expressões verbais de pedidos e súplicas combinadas com contração ou encolhimento corporal.

Os termos *agitado*, *agressivo* e *retraído* não estão sendo empregados em seu sentido teórico ou intuitivo, mas definidos operacionalmente pelas categorias empíricas que representam.

O número de categorias emitidas pelo sujeito em cada momento foi útil para a classificação em categorias simples e combinadas:

a) Categorias simples:

Referência às categorias emitidas individualmente em algum momento da observação, isto é, quando ocorre uma única categoria em algum dos momentos da observação.

b) Categorias combinadas

São categorias que ocorrem em um mesmo momento do atendimento. Não são simultâneas, mas sucessivas.

A fim de que a descrição da S A O pudesse ser útil no estudo da resistência, os tipos de categoria foram separados em comportamentos favoráveis ao atendimento (categorias tipo t-tranquilo) e comportamentos desfavoráveis ao atendimento (categorias tipo a-agressivo, g-agitado e m-retraído).

## 2.5 – Definição das categorias

### 2.4.1 – Comportamentos favoráveis ao atendimento odontológico: (tipo t- tranquilo)

CÓD : NOME DA CATEGORIA:

T-01 ENTRADA TRANQUILA

Ao ser solicitado, o sujeito entra tranqüila e espontaneamente na sala do dentista (sem ser forçado fisicamente e sem expressão de contrariedade).

T-02 CAMINHAR SOZINHO PARA A CADEIRA DO DENTISTA

Ao ser solicitado, o sujeito caminha espontaneamente para a cadeira do dentista.

T-03 CAMINHAR DIRIGIDO PARA A CADEIRA DO DENTISTA

Ao ser solicitado, o sujeito caminha para a cadeira do dentista, conduzido pela mão (mão-na-mão), destensionadamente.

T-04 SENTAR SOZINHO NA CADEIRA DO DENTISTA

Ao se aproximar, o sujeito se senta sozinho na cadeira do dentista, mediante o uso de diretivas verbais.

T-05 SENTAR DIRIGIDO NA CADEIRA DO DENTISTA

Ao se aproximar da cadeira do dentista, o sujeito se senta, conduzido pela mão do dentista (mão-na-mão), destensionadamente.

T-06 ABRIR ESPONTANEAMENTE A BOCA PARA VERIFICAÇÃO

Ao ser solicitado, o sujeito abre espontaneamente (em até 3 segundos) a boca para ser verificada pelo dentista.

T-07 RISO OU SORRISO PARA O DENTISTA

O sujeito ri ou sorri ao ser acenado, cumprimentado ou estimulado pelo dentista. (o comportamento estimulador ocorrerá no V momento).

T-08 LEVANTAR TRANQUILO DA CADEIRA DO DENTISTA

Ao ser autorizado verbalmente pelo dentista, o sujeito se levanta tranqüilamente da cadeira

## **2.4.2 – Comportamentos desfavoráveis ao atendimento odontológico, dificultadores ou impeditivos (tipos “a”, “g” e “m”):**

### **TIPO AGITADO:**

**G-01 EXPRESSÃO DE CONTRARIEDADE AO ENTRAR NA SALA** Ao abrir a porta da sala e solicitar ao sujeito que entre, este expressa verbalmente e fisicamente (ex.: pendurando no acompanhante pelo lado oposto) sua contrariedade. Podem ocorrer expressões verbais equivalentes a “não”, “não quero”, “não vou”. Apesar da contrariedade, o sujeito se submete ao controle físico do dentista ou do acompanhante e entra na sala.

**G-02 CAMINHAR FORÇADO PARA A CADEIRA DO DENTISTA**

O sujeito, ao ser conduzido pela mão (mão-na-mão) para a cadeira do dentista, faz um movimento no sentido oposto, tensionando o braço. Pode ser acompanhado por expressões equivalentes a “não”, “não vou”, “não quero”.

**G-03 EXPRESSÃO DE RECUSA A SENTAR-SE NA CADEIRA**

Ao aproximar-se da cadeira, o sujeito tenta retornar e/ou expressa verbalmente sua recusa com expressões equivalentes a “não”, “não quero”, “não vou”, mas é contido fisicamente pelo dentista e se submete ao seu controle.

**G-04 FUGA DA CADEIRA DO DENTISTA**

Depois de sentado, o sujeito se desvencilha e sai da cadeira do dentista, podendo se evadir da sala.

**G-05 COMPORTAMENTO DE CHORO IRRITADO**

O choro é acompanhado de expressões de irritação e só é desencadeado no momento da ação física continente do adulto.

**G-06 RECUSA A ABRIR A BOCA PARA VERIFICAÇÃO**

Ao ser solicitado, o sujeito se recusa a abrir a boca para verificação, cerra os dentes e lábios e/ou faz o giro evitativo com a cabeça.

**G-07 LEVANTAR IRRITADO DA CADEIRA DO DENTISTA**

Ao fim do procedimento de verificação da boca, antes mesmo de ser autorizado verbalmente, a criança levanta-se bruscamente da cadeira do dentista.

### **TIPO AGRESSIVO:**

#### **A-01 LUTA PARA NÃO ENTRAR NA SALA**

Ao ser chamado, o sujeito se recusa a entrar na sala e ao ser forçado fisicamente, o sujeito luta, xingando, dando tapas, socos, chutes ou cuspiendo no dentista, no acompanhante ou comportamentos equivalentes.

#### **A-02 AGREDIR DENTISTA**

A qualquer momento do fluxo de atendimento o sujeito dá chutes ou socos ou tapas (ou tenta) ou xinga o dentista.

#### **A-03 AGREDIR O ACOMPANHANTE**

A qualquer momento do fluxo de atendimento o sujeito dá chutes ou socos ou tapas (ou tenta) ou xinga o acompanhante

#### **A-04 BATER NO EQUIPO**

A qualquer momento do fluxo de atendimento o sujeito dá chutes ou socos ou tapas (ou tenta) no equipamento ou mobiliário.

### **TIPO RETRAÍDO:**

#### **M-01 COMPORTAMENTO TÍMIDO**

A qualquer momento, durante o fluxo de atendimento o sujeito encolhe o corpo e fica cabisbaixo e com olhar esquivo (evita olhar no olho), com ou sem um choro baixo e contido.

#### **M-02 OLHAR ASSUSTADO**

A qualquer momento, durante o fluxo de atendimento o sujeito apresenta os olhos arregalados, com ou sem expressão corporal de alerta ou prontidão ( corpo estendido, braços e pernas também estendidas), com ou sem inquirição ansiosa (perguntar excessivo sobre o que irá acontecer).

#### **M-03 COMPORTAMENTO DE CHORO MEDROSO**

O choro é acompanhado de pedidos ou súplicas ao adulto e pode ser emitido simultaneamente com M-01 ou M-02 e é desencadeado pela ordem de sentar-se na cadeira , antes de qualquer ação física por parte do dentista.

#### **\*P-01 CONGELAMENTO**

Ao longo de todo o fluxo de atendimento o sujeito não expressa recusa, não protesta nem obedece. Postura e movimentos decorrem da condução motora do outro, permanecendo na posição em que é deixado.

**\*P-02 OLHAR DISTRAÍDO**

Ao longo de todo o fluxo de atendimento o sujeito apresenta um olhar distraído que não parece focar com interesse nenhum ponto do ambiente.

**\*P-03 MUTISMO**

Ao longo de todo o fluxo do atendimento, não fala nem se expressa vocalmente.

(\*) Embora o etograma não tenha apresentado nenhuma ocorrência dessas categorias (P01- congelamento; P02- olhar distraído e P03- mutismo), elas foram encontradas durante as observações preliminares para a construção das categorias, motivo pelo qual foram mantidas na planilha descritiva de categorias.

**2.6 – Definição dos momentos da observação:**

O fluxo da observação é dividido em momentos que se sucedem:

- |                       |   |
|-----------------------|---|
| 1 - primeiro momento: | <b>entrar na sala;</b>                      |
| 2 - segundo momento:  | <b>caminhar para a cadeira do dentista;</b> |
| 3 - terceiro momento: | <b>sentar-se na cadeira do dentista;</b>    |
| 4 - quarto momento:   | <b>exame da boca;</b>                       |
| 5 - quinto momento:   | <b>levantar-se da cadeira do dentista.</b>  |

### III – RESULTADOS

#### 3.1 – Descrição geral ou etograma

O etograma foi montado a partir da observação de 201 sujeitos, crianças de 18 a 72 meses de idade, sendo 102 do sexo masculino e 99 do sexo feminino. No total, os sujeitos emitiram 1260 comportamentos, sendo 758 do tipo *tranquilo*, 54 do tipo *agressivo*, 426 do tipo *agitado* e 22 do tipo *retraído*.

A partir dos comportamentos emitidos, foi possível classificar as categorias nos tipos *tranquilo*, *agitado*, *agressivo* e *retraído* e separar os sujeitos, conforme sua adequação ao atendimento, em grupos distintos. Dessa forma, foram constituídos três grandes grupos. O primeiro deles, constituído por sujeitos cuja totalidade dos comportamentos emitidos foi favorável ao atendimento, isto é, os sujeitos desse grupo só emitiram categorias do tipo *t-tranquilo*. Esse grupo foi rotulado de *colaborativo*. O segundo grupo foi constituído pelos sujeitos que, conquanto houvessem emitido comportamentos desfavoráveis ao atendimento (ocorrência de comportamentos do tipo *g-agitado*, *a-agressivo* e *m-retraído*), *não* emitiram comportamentos que impedissem o prosseguimento do atendimento até sua conclusão. As categorias impeditivas do prosseguimento do atendimento são *fuga* e *recusa a abrir a boca para verificação*. Essa segunda categoria foi considerada impeditiva pela enorme dificuldade e risco que oferece o atendimento forçado, levando ao término antecipado do procedimento. A primeira categoria (*fuga*), foi considerada impeditiva porque a criança se evadiu do ambiente. Esse grupo foi denominado de *resistente não impeditivo* (RNI). Por fim, o terceiro grupo

foi formado por sujeitos que impediram o prosseguimento do atendimento até sua conclusão final. Esses sujeitos, além de emitir comportamentos desfavoráveis, emitiram também ou a categoria *fuga* ou a categoria *recusa a abrir a boca para verificação*. Rotulou-se esse grupo de *resistente impeditivo* (RI).

Do total de comportamentos emitidos, o grupo *resistente impeditivo* (RI) somou 465 comportamentos, tendo apresentado a maior ocorrência da categoria g06 (recusa a abrir a boca para verificação), 66 vezes; o grupo *resistente não impeditivo* (RNI) emitiu 196 comportamentos, sendo a categoria t08 (levantar tranquilo da cadeira do dentista) a categoria mais recorrente, com 23 vezes; e o grupo *colaborativo* emitiu 599 comportamentos, sendo a categoria t01(entrada tranqüila) a mais freqüente nesse grupo, com 104 ocorrências.

A resistência comportamental é um fenômeno que se apresenta com muita freqüência na criança em S A O. Cerca de 32,83% dos sujeitos (tabela I) emitiu categorias que os incluiu no grupo *resistente impeditivo*, 15,42% no grupo dos comportamentos resistentes, porém *não impeditivos*, enquanto que 51,75% não apresentou nenhum comportamento desfavorável. Esses dados apoiam as pesquisas opinativas com dentistas que apontam dificuldades comportamentais dos pacientes (geralmente atribuídas ao medo e à ansiedade) como o maior dificultador do trabalho odontológico (Corah et al. 1985 ap Moraes, 1999; Klatchoian, 1992).

**TABELA I – Distribuição dos sujeitos quanto ao grupo de inclusão**

<b>Grupo</b>	<b>FREQÜÊNCIA</b>	<b>PORCENTAGEM</b>
<b>Colaborativo</b>	104	51,75%
<b>Resistente não impeditivo</b>	31	15,42%
<b>Resistente impeditivo</b>	66	32,83%
<b>TOTAL</b>	201	100,00%

### 3.2 - Coerência do primeiro momento

Uma importante questão a respeito do comportamento da criança em S A O diz respeito à correspondência entre o comportamento emitido no primeiro momento e o comportamento da criança ao longo de todo o atendimento. Noutras palavras, até que ponto o comportamento emitido no primeiro momento é representativo do comportamento global da criança em S A O? A elucidação dessa questão pode ser útil para o estabelecimento de estratégias de manejo mais adequadas, em razão do seu valor preditivo.

Assim, buscou-se verificar se os dados permitem esclarecer a questão. Para esse fim, avaliou-se os comportamentos dos sujeitos incluídos no grupo *resistente impeditivo* - RI (66 sujeitos, 32,83% da amostra). Esses sujeitos apresentaram elevado índice de coerência entre o 1º momento (*entrar na sala*) e o resultado final, pois 78,8% dos sujeitos desse grupo apresentou já no primeiro momento uma categoria desfavorável, enquanto que somente 21,2% apresentou comportamentos favoráveis no primeiro momento (tabela II).

**TABELA II – Categoria ocorrida no 1º momento nos sujeitos dos grupos de comportamento resistente.**

---

<b>Grupo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Qtd com 1º momento desfavorável</b>
<b>Resistente não impeditivo (RI)</b>	31(100%)	9(29,0%)
<b>Resistente impeditivo (RNI)</b>	66(100%)	52(78,8%)
<b>TOTAL</b>	97(100%)	63(64,9%)

A mesma coerência não pôde ser percebida entre os sujeitos do grupo *resistente não impeditivo* (RNI). Desse grupo (de 31 sujeitos), somente 29% apresentou já no 1º momento uma categoria desfavorável, enquanto que a grande maioria dos sujeitos, 71%, emitiu um comportamento favorável no 1º momento (tabela II). Houve uma relação de dependência entre os tipos de comportamento no primeiro momento (favorável ou não) e o grupo no qual o sujeito se incluiu ( $\chi^2 = 17,37$ ,  $gl = 1$ ,  $p < 0,001$ ).

### 3.3 - Momento crítico

Na situação de atendimento odontológico simulada, os momentos (cinco momentos sucessivos) apresentam variações quanto ao número de comportamentos emitidos e quanto ao número de comportamentos favoráveis e desfavoráveis. A partir dessas diferenças entre os momentos, buscou-se verificar se há um momento que possa ser crítico para o sucesso do atendimento.

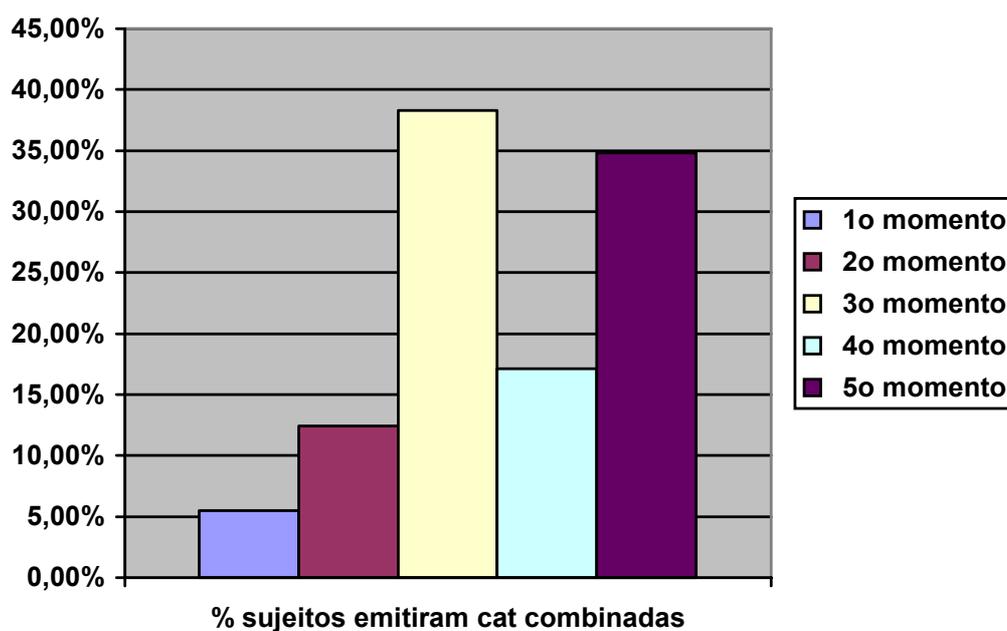
A identificação de um *momento crítico* poderia ser útil ao desenvolvimento de técnicas de manejo. Suspeita-se que tal momento deve ser o mais próximo possível das situações invasivas. Há a necessidade, contudo, de verificar se os dados apóiam essa conjectura.

Assim, encontrou-se, no etograma, que a combinação de categorias em um único momento é pequena no primeiro momento (“entrar na sala”), aumentando com o avanço do procedimento. Esse aumento da variação de categorias em um mesmo momento se interrompe bruscamente no quarto momento (“exame da boca”). Do total de sujeitos, 11 crianças (5,48%) combinou categorias no primeiro momento, passou-se a 25 crianças (12,44%) no segundo momento e a 77 crianças (38,31%) no terceiro momento, caindo para 34 crianças (16,92%) no quarto momento e retomando o aumento da oscilação no quinto momento, 70 crianças (34,83%). (cf. tabela III e figura 1).

**TABELA III – Combinação de categorias pelos sujeitos em cada momento**

Momento	Porcentagem de sujeitos com categorias simples	Porcentagem de sujeitos com categorias combinadas	Total
1º momento	(190) 94,52%	(11) 5,48%	(201) 100%
2º momento	(176) 87,56%	(25) 12,44%	(201) 100%
3º momento	(124) 61,69%	(77) 38,31%	(201) 100%
4º momento	(167) 83,08%	(34) 16,92%	(201) 100%
5º momento	(131) 65,17%	(70) 34,83%	(201) 100%

**Figura 1 – combinação de categorias pelos sujeitos em cada momento**



Os dados parecem indicar ser o quarto momento (“exame da boca”) crítico para o sucesso comportamental, pois, os sujeitos interrompem o aumento da variação das categorias e se concentram em uma única (83,08% dos sujeitos). Ocorre, nesse momento, pois, aparentemente, um aumento da rigidez comportamental. A condição de ser o momento crítico é dada pela situação da súbita redução da combinação de categorias. A redução da combinação de categorias ocorre, conforme expectativa inicial, no momento em que há uma maior aproximação física do dentista.

### 3.4 – Grupo resistente e tipo de categoria

Após a inclusão de cada um dos sujeitos em um dos grupos *colaborativo*, *resistente não impeditivo* (RNI) e *resistente impeditivo* (RI), buscou-se verificar com que tipo de categoria cada um desses grupos está mais associado. Com esse procedimento buscou-se estabelecer um perfil de como esses sujeitos se comportam em S A O que fosse útil para o desenvolvimento de estratégias de reconhecimento e manejo para cada um dos grupos.

Na análise das crianças incluídas no grupo *resistente impeditivo* (32,83% da amostra, cf tabela I), encontrou-se uma ampla associação desses sujeitos com as categorias do tipo *agitado* (categorias iniciadas por g, conforme definição de categorias), representando 79,8% do total das categorias emitidas por todos os sujeitos desse grupo. Um número menor de comportamentos do tipo agressivo foi emitido pelos sujeitos desse mesmo grupo (11,4%). Houve, também, uma pequena associação com as categorias do tipo *tranquilo* (8,4%) e baixíssima associação com as categorias do tipo *retraído*, com 0,4% (tabela IV).

**TABELA IV – Distribuição dos comportamentos emitidos conforme o tipo de categoria nos sujeitos dos grupos de comportamento resistente.**

<b>Tipo de Categoria</b>	<b>Grupo Resistente impeditivo</b>	<b>Grupo Resistente não impeditivo</b>
<b>Colaborativo “t”</b>	39 (8,4%)	120 (61,2%)
<b>Agressivo “a”</b>	53 (11,4%)	1 (0,5%)
<b>Agitado “g”</b>	371 (79,8%)	55 (28,1%)
<b>Retraído “m”</b>	2 (0,4%)	20 (10,2%)
<b>Total de categorias</b>	465 (100%)	196 (100,0%)

A mesma análise feita com o grupo dos *resistentes não impeditivos* (15,42% da amostra, cf tabela I), mostrou uma associação maior com os comportamentos tranquilos (120 comportamentos emitidos ou 61,2% do total do grupo RNI), em seguida veio a associação com os comportamentos agitados (55 comportamentos emitidos ou 28,1% do total do grupo RNI), invertendo a relação havida no grupo *resistente impeditivo*. O perfil dos *resistentes não impeditivos* tem a característica única de concentrar 91% do total comportamentos *retraídos* (20 comportamentos, 10,2% do total do grupo RNI) e ter apresentado apenas 1,8% do total de comportamentos agressivos (0,5% do total do grupo RNI). Temos, então, o grupo *resistente impeditivo* que é inexpressivo no tipo de categoria *retraído*, mas apresenta um considerável percentual de comportamentos do tipo *agressivo*. Em oposição, o grupo

*resistente não impeditivo* tem alto percentual de comportamentos tipo *retraído* e baixíssimo percentual do tipo *agressivo* (tabela IV).

### 3.5 - Categorias por sujeito

O número de comportamentos emitidos por uma criança durante o atendimento foi bastante variável. Houve crianças com baixa emissão de comportamentos (5 comportamentos) e crianças com emissão maior de comportamentos, podendo chegar a 10 comportamentos durante a S A O – simulada. É possível que haja alguma relação entre o número de comportamentos emitidos pela criança e o sentido desses comportamentos. A fim de verificar tais possibilidades, analisou-se a quantidade de comportamentos emitidos pelos três grupos: *colaborativo*, *resistente não impeditivo* (RNI) e *resistente impeditivo* (RI).

Do total de todos os comportamentos emitidos (1260), 620 foram emitidos pelas meninas, enquanto que 640 foram emitidos pelos meninos. O grupo *colaborativo* foi o que apresentou a menor proporção de comportamentos por sujeito. Os 104 sujeitos desse grupo emitiram 599 comportamentos, resultando em 5,7 comportamentos por sujeitos. O grupo *resistente não impeditivo* (RNI) vem em seguida, com 31 sujeitos para 196 comportamentos emitidos, resultando em 6,3 comportamentos por sujeitos, em média. A maior média de categorias por sujeito foi encontrada no grupo *resistente impeditivo* (RI). São 66 sujeitos que emitiram 465 comportamentos, resultando em média 7,0 comportamentos por sujeito (tabela V).

Um teste Kruskal-Wallis indicou que os três grupos (*resistente impeditivo*, *resistente não impeditivo* e *colaborativo*) são diferentes quanto ao número de comportamentos emitidos ( $\chi^2=61,67$ ;  $gl=2$ ;  $p<0,0001$ ). Todos os possíveis pares de grupos são significativamente diferentes quando testados através do teste Mann-Whitney ( $p<0,005$ ).

**TABELA V – Número de categorias emitidas por sujeito e tipo.**

<b>Número de categorias emitidas por sujeito</b>	<b>Grupo resist Imp</b>	<b>Grupo resist não Imp</b>	<b>Grupo colaborativo</b>	<b>Totais</b>
<b>5 categorias</b>	15	45	170	230
<b>6 categorias</b>	108	54	384	546
<b>7 categorias</b>	203	63	21	287
<b>8 categorias</b>	72	16	24	112
<b>9 categorias</b>	27	18	0	45
<b>10 categorias</b>	40	0	0	40
<b>Total</b>	465	196	599	1260
<b>Quantidade de sujeitos por grupo</b>	66	31	104	201
<b>Quantidade de categorias por sujeitos</b>	7,0	6,3	5,7	6,3

Esses dados sugerem uma associação entre o aumento do número de categorias emitidas com o aumento da resistência comportamental.

### 3.6 - Grau de resistência da criança

Uma importante questão da resistência comportamental é a determinação de elementos comportamentais que possam subsidiar estratégias classificadoras das crianças conforme o grau de resistência. Bem sucedida, uma estratégia dessa ordem poderá indicar o grupo central da resistência comportamental.

Uma vez que o número de comportamentos emitidos aumenta conforme aumenta a resistência (tabela V), buscou-se verificar a proporção entre o número de comportamentos desfavoráveis (tipos *g-agitado*, *a-agressivo* e *m-retraído*) emitidos e o número total de comportamentos emitidos por sujeito. Dessa forma, quanto mais próximo de 1,00 for o resultado, maior o grau da resistência da criança durante a S A O.

Separando-se os sujeitos cuja proporção é 1,00 (100% dos comportamentos emitidos são desfavoráveis) formou-se um grupo de sujeitos que se denominou *consistentemente resistentes*, isto é, são crianças nas quais todos os comportamentos emitidos foram comportamentos desfavoráveis ao atendimento. Esse grupo contou 45 sujeitos, 22,4% da amostra total (201 sujeitos). Desse grupo, apenas 1 sujeito (2,2%) não era do grupo *resistente impeditivo* (RI). A tabela VI apresenta a proporção dos sujeitos por gênero.

**TABELA VI – Proporção de comportamentos desfavoráveis de acordo com o gênero, nos grupos resistentes.**

<b>Proporção de comportamentos desfavoráveis</b>	<b>Sexo feminino</b>	<b>Sexo masculino</b>	<b>Total</b>
<b>1,00</b>	26	19	45
<b>0,91</b>	0	1	1
<b>0,83</b>	3	8	11
<b>0,71</b>	3	3	6
<b>0,66</b>	1	2	3
<b>0,62</b>	1	0	1
<b>0,55</b>	0	1	1
<b>0,50</b>	1	1	2
<b>0,43</b>	1	0	1
<b>0,40</b>	2	0	2
<b>0,37</b>	1	1	2
<b>0,33</b>	2	1	3
<b>0,29</b>	3	1	4
<b>0,20</b>	6	3	9
<b>0,17</b>	4	1	5
<b>0,14</b>	1	0	1
<b>Total</b>	54	43	97

### **3.7 – Sujeitos consistentemente resistentes gênero e idade**

A análise da relação entre os sujeitos consistentemente resistentes e sexo pode ser útil para esclarecer se a resistência comportamental consistente é afetada pelo sexo. O mesmo esclarecimento deve ser útil com relação à idade. Tem a idade relação funcional com os sujeitos consistentemente resistentes?

Os sujeitos *consistentemente resistentes* foram 26 do sexo feminino e 19 do sexo masculino, a análise estatística não apresentou diferenças significativas entre os grupos.

Contudo, a análise da idade desse grupo, não mostrou a tendência ao declínio (percebida nas análises das correlações idade/resistência feitas a seguir, item 3.9) dos comportamentos resistentes conforme avança a idade. Os sujeitos são distribuídos irregularmente entre as faixas etárias mais novas, intermediárias e mais velhas (tabela VII).

**TABELA VII – Distribuição por faixa etária das crianças consistentemente resistentes.**

---

<b>Faixa etária</b>	<b>Grupo Consistentemente resistente</b>
<b>1 – (18 a 24 meses) n=28</b>	10(22,2%)
<b>2 – (25 a 36 meses) n=46</b>	10(22,2%)
<b>3 – (37 a 48 meses) n=47</b>	7(15,6%)
<b>4 – (49 a 60 meses) n=58</b>	16(35,6)
<b>5 – (61 a 72 meses) n=22</b>	2(4,4%)
<b>TOTAL n=201</b>	<b>45 (100%)</b>

### 3.8 - Seqüência comum

Uma vez que o grupo dos *consistentemente resistentes* é o grupo central da resistência comportamental (100% dos comportamentos são desfavoráveis ao atendimento), o estabelecimento de seqüências comportamentais que identifiquem previamente o sujeito desse grupo deve ser útil ao estabelecimento de estratégias de manejo. Enfim, existe mesmo uma seqüência comportamental que possa identificar esse grupo?

O grupo dos *consistentemente resistentes* apresentou uma seqüência dominante (maior ocorrência), outras seqüências com freqüência média e ainda outras com baixa ocorrência, nos dois primeiros momentos. As seqüências mais encontradas foram, pela ordem (tabela VIII):

1º - 34 sujeitos ou 75,5% do grupo:

*(1º momento) g01 – expressão de contrariedade ao entrar na sala*

*(2º momento) g02 - caminhar forçado para a cadeira do dentista;*

=====

2º – 2 sujeitos (4,4% do grupo), as seguintes seqüências:

*(1º momento) a01-luta para não entrar na sala a02-agredir dentista*

*(2º momento) a02-agredir dentista a03-agredir acompanhante;*

=====

*(1º momento) a01-luta para não entrar na sala*

*(2º momento) g02-caminhar forçado para a cadeira do dentista a03-agredir o acompanhante;*

---

---

*(1º momento) g01-expressão de contrariedade ao entrar na sala a01-luta para não entrar na sala*

*(2º momento) g02-caminhar forçado para a cadeira do dentista a03-agredir acompanhante;*

A seqüência mais freqüente *g01-expressão de contrariedade ao entrar na sala(1º momento) / g02-caminhar forçado para a cadeira do dentista (2º momento)* é exclusiva (100% de ocorrência) do grupo dos *resistentes impeditivos (RI)*.

**TABELA VIII – Seqüência das categorias nos 1º e 2º momentos entre as crianças consistentemente resistentes.**

---

<b>Seqüência de categorias 1º momento/2º momento</b>	<b>n. de ocorrências</b>
<b>g01 / g02</b>	34 (75,5%)
<b>a01 / a03</b>	1 (2,3%)
<b>a01-a02 / a02-a03</b>	2 (4,4%)
<b>a01-a03 / g02-a03</b>	1 (2,3%)
<b>a01 / g02-a03</b>	2 (4,4%)
<b>m02 / g02-m01</b>	1 (2,3%)
<b>g01-a01 / g02-a03</b>	2 (4,4%)
<b>g01-a03 / g02-a03</b>	2 (4,4%)

---

TOTAL
-------

---

45 (100%)
-----------

---

### 3.9 - Idade e resistência

Embora a idade não seja causa de comportamento e seja mais acertado atribuir poder causal a processos de desenvolvimento ontogenético que ocorrem *ao longo da idade*, correlações entre a idade e comportamento podem ser úteis para a ulterior determinação da causa do comportamento subjacente. Nesse sentido, buscou-se avaliar como a variável idade se comporta nos três grupos: *resistente impeditivo* (RI), *resistente não impeditivo* (RNI) e *colaborativo*.

Na avaliação por faixa etária (tabela IX), a participação do grupo *resistente impeditivo* (RI) decresce da faixa 1 (18 a 24 meses) para a faixa acima até a faixa 5 (61 a 72 meses). Regularidade semelhante não é encontrada no grupo dos *resistentes não impeditivos* (RNI). Esse grupo se apresenta oscilante, pois cresce da faixa 1 para a 2, cai na faixa 3, mantém-se na faixa 4 e cai novamente na faixa 5. O grupo dos *colaborativos* perfaz um desempenho oposto ao do grupo dos *resistentes impeditivos* crescendo da primeira faixa para a última (tabela IX).

**TABELA IX – Distribuição dos sujeitos por faixa etária e grupo.**

<b>Faixa etária</b>	<b>Resistentes impeditivos</b>	<b>Resistentes não impeditivos</b>	<b>Colaborativos</b>	<b>Total</b>
<b>1 – (18 a 24 meses) n=28</b>	17 (60,7%)	5 (17,9%)	6 (21,4%)	100%
<b>2 – (25 a 36 meses) n=46</b>	19 (41,3%)	14 (30,4%)	13 (28,3%)	100%
<b>3 – (37 a 48 meses) n=47</b>	14 (29,8%)	5 (10,6%)	28 (59,6%)	100%
<b>4 – (49 a 60 meses) n=58</b>	14(24,2% )	6 (10,3%)	38 (65,5% )	100%
<b>5 – (61 a 72 meses) n=22</b>	2 (9,1%)	1 (4,5%)	19 (86,4%)	100%
<b>TOTAL n=201</b>	66 (32,83%)	31 (15,42%)	104 (51,75%)	100%

Esses dados indicam o declínio do grupo resistente impeditivo conforme avança a idade da criança. Contudo, a diminuição da resistência comportamental não pode ser atribuída exclusivamente ao avanço da idade, pois para um número considerável de crianças, o aumento da idade não se correlacionou com a redução dos comportamentos resistentes, enquanto que para outras crianças, apesar de muito novas, encontrou-se baixa correlação com os comportamentos resistentes.

### 3.10 - Sexo e resistência

O esclarecimento sobre a correlação sexo e resistência comportamental pode ser útil a estudos etiológicos e de manejo da resistência comportamental. Buscou-se, para esse fim, analisar como a variável sexo se distribui pelos três grupos: *resistente impeditivo* (RI), *resistente não impeditivo* (RNI) e *colaborativo*

A variável sexo não se mostrou significativa ( $\chi^2 = 4,51$ ;  $gl = 2$ ;  $p = 0,106$ ) na ocorrência dos comportamentos do grupo *resistente impeditivo* e *resistente não impeditivo*, embora os resultados indiquem maiores proporções em crianças do sexo feminino tanto no grupo RI quanto no grupo RNI (tabela XI).

**TABELA XI – Distribuição dos sujeitos por sexo e grupo.**

---

Sexo	Resistente impeditivo	Resistente não impeditivo	Colaborativo	Total
Masculino	32 (31,4%)	11 (10,8%)	59 (57,8%)	102 (100%)
Feminino	34 (34,3%)	20 (20,2%)	45 (45,5%)	99 (100%)
TOTAL	66 (32,83%)	31 (15,42%)	104 (51,75%)	201 (100%)

---

### **3.11 - O momento do início da resistência**

As relações entre o momento do início da resistência e o grupo em que a criança se inclui podem ser úteis na predição dos comportamentos resistentes a partir dos comportamentos iniciais, bem como, a estudos etiológicos da resistência comportamental.

Os dados apresentados na tabela XII indicam que, entre as crianças do grupo *resistente impeditivo* (total de 66 crianças), 52 (79%) emitiu já no primeiro momento um comportamento desfavorável, enquanto que apenas 14 crianças (21%), passou pelo primeiro momento sem apresentar comportamentos desfavoráveis. Estes sujeitos que começam a resistir, “pelo meio do caminho” se concentram nas faixa etária de 25 meses a 48 meses.

**TABELA XII – Início dos comportamentos desfavoráveis nos sujeitos do grupo resistente impeditivo.**

<b>Faixa etária</b>	<b>1º momento</b>	<b>2º momento</b>	<b>3º momento</b>	<b>4º momento</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18–24 meses</b>	16 (94%)	-	-	1 (6%)	17 (100%)
<b>25-36 meses</b>	12 (63%)	4 (21%)	2 (11%)	1 (5%)	19 (100%)
<b>37-48 meses</b>	9 (65 %)	2 (14%)	3 (21%)	-	14 (100%)
<b>49-60 meses</b>	13 (93%)	1	-	-	14 (100%)
<b>61-72 meses</b>	2 (100%)	-	-	-	2 (100%)
<b>TOTAL</b>	52 (79%)	7 (11%)	5 (7%)	2 (3%)	66 (100%)

Esses resultados contrastam com os dos sujeitos do grupo *não impeditivos* (tabela XIII). Esse grupo não mostra a regularidade de iniciar comportamentos desfavoráveis majoritariamente em nenhuma das faixas etárias. No total, apenas 29% desses sujeitos sinalizou um comportamento desfavorável no primeiro momento, ou seja, 71% apresentou comportamento colaborativo no primeiro momento.

**TABELA XIII – Início dos comportamentos desfavoráveis nos sujeitos do grupo resistente não impeditivo.**

<b>Faixa etária</b>	<b>1º momento</b>	<b>2º momento</b>	<b>3º momento</b>	<b>4º momento</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18–24 meses</b>	2 (40%)	1 (20%)	-	2 (40%)	5 (100%)
<b>25-36 meses</b>	5 (36%)	6 (43%)	2 (14%)	1 (7%)	14 (100%)
<b>37-48 meses</b>	-	2 (40%)	3 (60%)	-	5 (100%)
<b>49-60 meses</b>	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)	-	6 (100%)
<b>61-72 meses</b>	-	1 (100%)	-	-	1 (100%)
<b>TOTAL</b>	9 (29%)	13 (42%)	6 (20%)	3 (9%)	31 (100%)

### 3.12 - Sucção e resistência

Existe a possibilidade de que a retirada muito precoce dos comportamentos de sucção aumenta a irritação da criança de forma permanente, conforme se viu na introdução teórica. Nesse sentido, é útil verificar se essa irritação se manifesta como comportamento resistente em S A O.

Para verificar a relação entre a época da extinção dos comportamentos de sucção e inclusão no grupo *resistente impeditivo*, separou-se, a partir do etograma, todos os sujeitos que preservaram alguma forma de sucção sistemática além dos 12 meses de idade, encontrando-se 183 sujeitos. Esses sujeitos formaram **o grupo controle** e foram classificados por faixa etária e, em seguida, separados aqueles pertencentes ao grupo dos *resistentes impeditivos*. O resultado apresentou no total 60 sujeitos ou 33% de *resistentes impeditivos* (tabela XIV). Procedimento semelhante foi efetuado com um grupo de sujeitos especialmente triado (**grupo experimental**) pela condição de haver tido a sucção total retirada até os 12 meses de vida. Esse grupo especial de 36 crianças apresentou 18 sujeitos ou 50% de inclusão no grupo *resistente impeditivo*. A maior proporção de *resistentes impeditivos no grupo experimental* foi significativa ( $\chi^2=3,89$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ). Em todas as faixas etárias, o grupo de retirada precoce da sucção (**grupo experimental**) mostrou percentuais mais altos de inclusão no grupo resistente impeditivo que o grupo de retirada da sucção após os 12 meses de idade (**grupo controle**).

TABELA XIV – Época da retirada da sucção total e inclusão no grupo resistente impeditivo.

Faixa etária	Sucção total retirada até 12 meses de idade (experimental)			Sucção total retirada após 12 meses de idade (controle)		
	N total	N imp	%	N total	N imp	%
<b>18–24 meses</b>	1	1	100%	23	14	57%
<b>25-36 meses</b>	9	8	89%	43	18	42%
<b>37-48 meses</b>	9	6	66%	41	15	35%
<b>49-60 meses</b>	9	2	22%	56	11	19%
<b>61-72 meses</b>	8	1	12%	20	2	10%
<b>TOTAL</b>	36	18	50%	183	60	33%

## IV - DISCUSSÃO

### 4.1 – Discussão dos resultados do etograma

O etograma, pelos resultados das análises dos comportamentos, se mostrou profícuo na identificação de configurações comportamentais que suscitam questões e hipóteses que por outras metodologias passariam despercebidas.

### 4.2 - Coerência do primeiro momento

A maior coerência do comportamento do primeiro momento do grupo *resistente impeditivo* (RI) quando comparado ao grupo *resistente não impeditivo* (RNI) indica que as crianças do grupo RI, já de antemão, se opõem ao atendimento, enquanto que as crianças do grupo RNI encontram no curso da S A O algum elemento (ambiental ou comportamental) que desperta o comportamento resistente (tabela II). Pode-se supor que a RNI está mais associada à S A O, enquanto que a RI está mais associada a padrões comportamentais que ocorrem também fora da S A O. Ainda não se dispõe, contudo, de estudos empíricos que testem a equivalência dos comportamentos das crianças do grupo RI em S A O aos comportamentos emitidos em outras situações da vida quotidiana (salas-de-espera, creches, pré-escola, família, vizinhança, etc). Um estudo dessa ordem poderia elucidar em que medida a resistência ao dentista é, na verdade, um padrão de comportamento que está inserido e se repete nos vários núcleos sociais nos quais a criança se inclui.

### 4.3 - Momento crítico

Os resultados sugerem a existência de um *momento crítico* no fluxo do atendimento. O momento crítico encontrado é o 4<sup>o</sup> momento ou o momento de *abrir a boca para verificação*. Nesse momento ocorre uma redução drástica da variação de categorias por momento (categorias combinadas) que vinha crescendo desde o 1<sup>o</sup> momento. Essa redução da variação comportamental parece indicar um enrijecimento do padrão comportamental (tabela III e figura 1).

O momento crítico, empiricamente a inversão da tendência crescente de combinar categorias configurada nos primeiro, segundo e terceiro momentos, ocorre no momento da maior aproximação física dentista/criança, no momento de abrir a boca para exame. Esse dado apóia a hipótese de que a rigidez aumenta nas ações mais invasivas.

### 4.4 - Resistência e tipo de categoria

Os resultados mostram que os sujeitos do grupo RI têm mais comportamentos de tipo *agitado e agressivo*, enquanto que os sujeitos do grupo RNI estão mais associados aos tipos de categoria *tranquilo e retraído*. Trata-se, portanto, de duas oposições: *agitado-tranquilo* e *agressivo-retraído*.

Chama-se a atenção para a segunda oposição, *agressivo-retraído*. Como o grupo RNI praticamente não emitiu categorias tipo agressivo (apenas 1 emissão ou 0,5% do total de categorias, tabela IV), a emissão desse tipo de categoria parece suficiente para a previsão da inclusão do sujeito no grupo RI. A mesma análise pode ser feita com as categorias do tipo retraído,

praticamente só encontrada nos sujeitos do grupo RNI (tabela IV). Assim, os resultados indicam que a ocorrência de comportamentos tipo retraído podem ser preditivos da inclusão no grupo RNI, enquanto que a ocorrência de categorias tipo agressivo são preditivas da inclusão no grupo RI.

Isto significa que a ocorrência de comportamentos agressivos está associadas a uma resistência mais grave, que impede o prosseguimento do atendimento, enquanto que a ocorrência de comportamentos retraídos está associada à resistência mais branda, não impeditiva do atendimento.

#### **4.5 - Categorias por sujeito**

Os resultados apontam para uma emissão maior de categorias nos grupos mais resistentes, o que leva a supor uma associação entre o aumento da resistência e o aumento da emissão de categorias por sujeito (tabela V).

Essa consideração leva a supor a associação da resistência comportamental com uma certa *inquietação*.

Paradoxalmente, essa *inquietação* é menor no quarto momento (*abrir a boca para a verificação*), o que parece indicar que o comportamento inquieto não está associado à aproximação do *momento crítico*.

#### **4.6 - Grau de resistência da criança**

A análise da proporção de comportamentos resistentes (tabela VI) foi útil para a identificação de um grupo de sujeitos consistentemente resistentes, ou seja, todos os comportamentos emitido por esses sujeitos foram desfavoráveis ao atendimento odontológico. Sendo esse o grupo central da resistência comportamental, deverá ser objeto de atenção e de várias análises.

O que chama a atenção nesse grupo é o fato de que, entre tantas possibilidades comportamentais, todos os comportamentos emitidos foram desfavoráveis, o que o leva a constituir-se, no grupo central e foco da *resistência comportamental*.

#### **4.7 – Sujeitos consistentemente resistentes, gênero e idade**

O grupo dos sujeitos consistentemente resistentes não apresenta associação com gênero, embora inclua maior proporção de sujeitos do sexo feminino que do sexo masculino (tabelas VI e VII). Os dados mostram, contudo, que, nesse grupo, o avanço da idade não se correlaciona com o declínio dos comportamentos resistentes, na mesma proporção ocorrida nos outros grupos.

#### **4.8 – Seqüência comum**

A maior associação do grupo consistentemente resistente, contudo, foi com a seqüência de comportamentos *g01 “expressão de contrariedade ao entrar na sala” (1º momento) - g02 “caminhar forçado para a cadeira do dentista” (2º momento)*. Essa seqüência está presente em 75,5% dos sujeitos desse grupo (tabela VIII). Embora esse dado não garanta a predição dos comportamentos que ocorrerão ao longo do procedimento, é um indício que favorece a identificação do grupo em que a criança irá se incluir.

#### **4.9 – Idade e resistência**

Na amostra pesquisada, com crianças que vão de 18 meses a 72 meses de idade de ambos os sexos, obteve-se em média 32,83% de comportamentos

resistentes impeditivos ao atendimento odontológico (tabela I). Esse resultado, contudo, não reflete a enorme variação que ocorre entre as idades e a pequena variação que ocorre entre os sexos.

Quanto à variável idade (tabela IX), houve uma enorme variação, porém em um mesmo sentido. As crianças mais novas (faixa de 18 a 24 meses de idade) apresentaram uma resistência impeditiva (grupo RI) bastante elevada (60,7 %) que vai diminuindo conforme a idade avança (apenas 9,1% na faixa de 61 a 72 meses de idade). Já o grupo RNI incluiu baixo percentual de seus sujeitos na faixa etária das crianças mais novas (faixa 18 a 24 meses – 17,9%). Essa medida varia irregularmente entre as idades, pois aumenta na 2ª faixa (25 a 36 meses – 30,4%) e decresce daí em diante. Já o grupo colaborativo perfaz um desempenho inverso ao grupo RI, aumentando sua participação conforme a idade das crianças vai avançando. Na 1ª faixa (18 a 24) meses, participa com 21,4% das crianças, aumentando essa participação até a 5ª faixa, com 86,4% das crianças.

Há, contudo, baixa correlação entre a variável idade e os comportamentos impeditivos em S A O, visto que uma parte considerável dos sujeitos permanece apresentando os comportamentos resistentes impeditivos, quando a maioria já os superou. Os dados foram analisados estatisticamente (programa SYSTAT 5.0 FOR WINDOWS) e através de regressão logística chegou-se a 8,1 (oito inteiros e um décimo) de poder explicativo dos comportamentos impeditivos pela variável idade. O ângulo da reta resultou negativo (-8.387) indicando a tendência de uma variável aumentar quando a outra diminui. Esse baixo poder explicativo sugere a existência de uma

variável espúria que seja a causa dos comportamentos impeditivos, mas que se encontra obscurecida pela variável idade.

Pode se especular que essas crianças apresentam um comportamento atrasado em S A O porque também são atrasadas em seu desenvolvimento social, contudo, tal possibilidade carece de confirmação empírica.

#### **4.10 - Sexo e resistência**

Em relação à variável sexo, há, no grupo RI, uma maior inclusão das crianças do sexo feminino, embora a diferença seja bastante reduzida (31,4% para masculino e 34,3% para feminino), e não seja estatisticamente significativa. Já no grupo RNI, a diferença se amplia (10,8% - masculino e 20,2% do conjunto feminino). No grupo *colaborativo* há uma enorme diferença em favor do sexo masculino (57,8% do conjunto masculino e 45,5% do conjunto feminino, tabela XI). Esses dados concordam com estudos anteriores que apontam a ocorrência de ansiedade e medo maiores nas crianças do sexo feminino. Essa correspondência parece confirmar a suposição de que as várias categorias resistentes, que ora se definiu, são tratadas nos estudos tradicionais como expressão do medo e da ansiedade.

#### **4.11- O momento da resistência**

Na análise feita com o grupo das crianças com comportamentos *resistentes impeditivos* obteve-se os seguintes resultados: do conjunto total (66 crianças) 52 crianças ou 79% do grupo RI apresentaram comportamento resistente no primeiro momento. Essa proporção, contudo, não se distribuiu igualmente por todas as faixas etárias. Na faixa etária das crianças mais novas

(18 a 24 meses de idade), os comportamentos resistentes (tabela XII) iniciaram-se logo no primeiro momento em 94% dos sujeitos. Esse dado permite prever, já no primeiro momento, com alguma segurança, nessa faixa etária, se ocorrerá ou não um comportamento resistente impeditivo.

A mesma condição ocorre na faixa etária de 49 a 60 meses (93% dos sujeitos) e na faixa de 61 a 72 meses (100% dos sujeitos), embora deva se reconhecer a pequena amostra nessas duas faixas (13 e 2 sujeitos, respectivamente).

Contudo, nas faixas intermediárias de 25 a 36 meses de idade e 37 a 48 meses, o início dos comportamentos resistentes, apesar da preponderância do 1º momento (63% e 65%, respectivamente), pode ocorrer fortemente no 2º momento (21% e 14%, respectivamente) ou no 3º momento (11% e 21%, respectivamente).

Temos, então, pelos resultados obtidos, que a criança pequena sinaliza desde o 1º momento que irá ocorrer o comportamento resistente impeditivo na seqüência do atendimento. Nas crianças de faixa etária intermediária essa regularidade se perde podendo haver o início dos comportamentos resistentes também no 2º e 3º momentos. A regularidade apresentada pelas crianças mais novas retorna com as crianças das faixas etárias mais velhas.

Ocorre aí um aparente paradoxo a ser melhor esclarecido: a criança mais nova apresenta a mesma regularidade que a mais velha, enquanto que as crianças intermediárias apresentam ampla variação no início dos comportamentos resistentes.

Já no grupo dos resistentes não impeditivos (tabela XIII) apenas 29% dos sujeitos são resistentes no primeiro momento, enquanto que 71% dos

sujeitos iniciaram a resistência no segundo, terceiro ou quarto momentos. O momento do início da resistência mais freqüente nesse grupo é o segundo. Esse dado contrasta os dois grupos RI e RNI. Enquanto que o grupo RI inicia a resistência, geralmente no primeiro momento, o grupo RNI o faz no segundo momento. O contraste entre os grupos parece indicar que as crianças do grupo RI emitem comportamentos resistentes que tem causas prévias ou sincrônicas com o início da S A O, enquanto que as crianças do grupo RNI tem o comportamento resistente despertado por algum elemento ambiental / comportamental presente na S A O. Esses dados correspondem com os resultados encontrados pela análise da coerência do primeiro momento (item 4.3).

#### **4.12 - Sucção e resistência**

Os resultados entre os dois grupos (tabela XIV) mostram uma convergência e uma divergência. Convergem os dois grupos (etograma e grupo especial) no sentido de que, conforme avança a idade em que o comportamento foi observado, diminui a ocorrência dos comportamentos resistentes impeditivos, demonstrando a tendência, já notada, dos comportamentos resistentes impeditivos serem superados pelo avanço da idade. A divergência diz respeito ao fato de que no grupo que teve a sucção nutritiva retirada até os 12 meses de idade (grupo experimental), em todas as faixas de idade, observou-se um percentual muito superior de comportamentos resistentes impeditivos ao apresentado pelo grupo do etograma (grupo controle). No total, a diferença foi de 50% contra 33%.

Em que pese o grupo de retirada da sucção total até os 12 meses (grupo experimental) ser composto por um número reduzido de sujeitos (N=36), dificultando a generalização dos resultados e possibilidades explicativas deverem ser procuradas, a diferença entre os grupos é estatisticamente significativa ( $\chi^2=3,89$ ;  $gl=1$ ;  $p<0,05$ ).

Os dados apoiam a hipótese de que a retirada precoce do comportamento de sucção aumenta a ocorrência de comportamentos impeditivos. Embora não se possa afirmar quais emoções estão presentes nesses comportamentos, os resultados apoiam a hipótese de que tais comportamentos passam a integrar o repertório comportamental permanente da criança, não se tratando de respostas tão somente imediatas ao encerramento das sessões de sucção.

## V – CONCLUSÃO

A ampliação do conhecimento sobre os comportamentos resistentes da criança em S A O, pelos resultados obtidos, indica ser útil o estabelecimento de estratégias que partam de categorias empíricas mínimas, somente adotando categorias amplas que sejam empiricamente derivada das categorias mínimas. Nesse sentido, a construção do etograma parcial da criança em S A O se mostrou profícuo.

O uso tradicional que tem sido feito de categorias teóricas e intuitivas do medo e da ansiedade em situação de atendimento odontológico (S A O) deixa de fora inúmeros comportamentos, resultando em um conhecimento com menor poder de controle e capacidade de fazer previsões.

A estratégia de se determinar a emoção subjacente aos comportamentos impeditivos em S A O ainda não é inteiramente aplicável. A metodologia que ora se aplica indica o caminho que privilegia os comportamentos observáveis no estudo da S A O, não recorrendo à presunção de estados emocionais subjacentes.

Os resultados que se apresentam nesta pesquisa, embora modestos, constituem um indicativo claro do que ainda se poderá conhecer do comportamento da criança em S A O por via da metodologia etológica.

Assim, a constatação de um *momento crítico*, isto é, um momento de maior concentração em poucas categorias, a *coerência do primeiro momento* e análise de *categorias por sujeito* são fontes de hipóteses que poderão orientar futuros estudos etiológicos da resistência comportamental. A associação da

resistência ao tipo de categoria poderá auxiliar na predição dos comportamentos que ocorrerão no desenrolar do atendimento. O estudo do *grau de resistência da criança* favorece à identificação do grupo que deverá ser o alvo central dos estudos do comportamento da criança em S A O. Os estudos que correlacionaram *sexo, idade, época da retirada da sucção total* podem ser orientadores de medidas preventivas à ocorrência de comportamentos resistentes.

A linha de pesquisa em S A O, que se inicia, aponta, para futuros estudos, na direção de se completar o etograma da criança (nos procedimentos mais invasivos) e estudos que visem esclarecer a equivalência dos comportamentos resistentes em S A O com padrões de comportamento que a criança emite em outras situações sociais como sala-de-espera, família, pré-escola, escola e vizinhança. Um seguimento, também possível, poderá ser o estudo das possibilidades de vinculação dos comportamentos encontrados em S A O a seu substrato emocional.

Por fim, parece ser de grande valia futuros estudos que venham a avaliar os mesmos sujeitos tanto pela metodologia tradicional das escalas quanto pela metodologia etológica. Concordâncias e divergências certamente serão fonte de novos e interessantes problemas e hipóteses sobre o comportamento da criança em S A O.

## VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDELSTON, H.K. Child patient training. *Fortnightly Review of the Chicago Dental Society*, Chicago, 38 (2) : 7-9, 27-30, jul 1959.
- ALTMANN, J. Observational study of behavior: sampling methods. *Behavior*, 49:227-262, 1974.
- ANAND, K.J.S. & CRAIG, K.D. - New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67:3-6, 1996.
- BATESON, P. & MARTIN, P. *Measuring behaviour*. Cambridge: University Press, 1986.
- BERBAUM, J.C; PEREIRA, G.R.; WATKINS, J.B.; PECKHAM, G.J. Nonnutritive sucking during gavage feeding enhances growth and maturation in premature infants. *Pediatrics*. 71 (1) : 41-45, 1983.
- BEREZIM, A.; RODRIGUES, P.F.M.; GALLACI, C.B.; XAVIER C. ; GUEDES, M.L.S. Resultado de um programa de estimulação de prematuros com estímulo de sucção não nutritiva e intereção mãe-RN. *Revista Paulista Pediátrica*. 11 (2) : 178-81, 1993.
- BERGAMASCO, N., TOCCI, P. & XAVIER, C. Estudo comparativo da alimentação em recém-nascido pré-termo e recém-nascido a termo no momento da alta hospitalar. *Temas sobre desenvolvimento*. São Paulo, 6(31):21-28, 1997.
- CINOTTI, W.R. & GRIEDER, A. *Aplied psychology in dentistry*. 2. Ed. St. Louis: Mosby, 1972.
- COLL, César; PALACIOS, Jesus e MARCHESI, Álvaro. *Desenvolvimento psicológico e educação – psicologia evolutiva*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v.1.

- CORAH, N. L.; O'SHEA, R.W.& AYER, W.A. Dentists' perception of problem behaviors in patients. *Journal of American Dental Association*, Washington, 104:829-33, Jun, 1982.
- CORAH, N. L.; O'SHEA, R.W.& AYER, W.A. The dentist-patient relationship: perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *Journal of American Dental Association*, Washington, 111(3): 443-6, sep, 1985.
- CORAH, N. L.; O'SHEA, R.W.& AYER, W.A. The dentist-patient relationship: perceived dentist behavior that reduce patient anxiety and increase satisfaction. *Journal of American Dental Association*, Washington, 116(1): 73-6, jan, 1988.
- CORDEIRO, Darcy. *Ciência, pesquisa e trabalho científico: uma abordagem Metodológica*, Goiânia: UCG, 1999.
- CORRÊA, Maria Salete Nahás Pires. *Odontopediatria na primeira infância*. São Paulo, Santos, 1998.
- COSTA, Sandra Maria; MORAES, Antônio Bento Alves de. Medo em odontologia: um estudo com escolares. *Revista Brasileira de Odontologia*; 51 (5) : 26-31, set/out 1994.
- DORON, R.; PAROT, F. *Dicionário de Psicologia*, Tradução de Odilon Soares Lemes. São Paulo: Ática, 1998.
- EKMAN, P & OSTER, H. Facial expressions of emotions. *Annual Review of Psychology*. Palo Alto, 30: 527-54, 1979.

- FENTRESS, J.C. The categorization of behavior. In: Bekoff, M. & Jamieson, D. (eds.). *Interpretation and Explanation in The Study of Animal Behavior*. Volume I: Interpretation, Intentionality and Communication (pp. 7- 39) Westview Press: Boulder, 1990.
- GONÇALVES, S.R.M; SEGRETTI, O.M.A; BORGES, A. M. C. Medo em odontopediatria; Por que e do que as crianças têm medo no tratamento odontológico: técnicas de condicionamento através do toque sutil. *Revista Paulista de Odontologia*; 15 (6) : 35-40, nov/dez, 1993.
- GOODENOUGH, J.; McGUIRE P.; WALLACE, R. *Perspectivas sobre o comportamento animal*. John Wiley & Sons Inc, 1993.
- GUEDES PINTO, Antônio Carlos. *Odontopediatria*. São Paulo, Santos, 1997.
- HARARI, Sonia Groisman. *Medo odontológico*. Tese de Doutorado. Universidade Federal Fluminense, 1995.
- HARLOW, H. F. O amor em filhotes de macacos . In: *Psicobiologia: as bases biológicas do comportamento*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1975.
- IZARD, C.E. & DOUGHERTY, L.M. - Two complementary systems for measuring facial expressions in infants and children. In: Izard, C.E. – *Measuring Emotions in Infants and Children*. Cambridge: University Press, 1982. p.97-126.
- JONES, N. Blurton. *Estudos Etológicos do Comportamento da Criança*. São Paulo: Pioneira, 1981.

- KERBAUY, Rachel R. (org). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. São Paulo: Arbytes, 1999.
- KLATCHOIAN, Denise A. *A relação dentista-criança na clínica odontopediátrica*. Dissertação de Mestrado – PUC – SP, 1992.
- LANG, S.; LAWRENCE, C.J.; ORME, R.L.E. Xícara: um método alternativo para alimentação infantil. *Archives of disease in childhood*; 71:365-369, 1994.
- LEVINE, S. Estimulação na Infância. In: *Psicobiologia: as bases biológicas do comportamento*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1975.
- MAIA, M.E. Silva; CORRÊA, M. S. N. Pires. O Último recurso clínico e psicológico: *home* a partir dos 3 anos de idade. *Odontopediatria na Primeira Infância*. São Paulo: Santos, 1988.
- MAIA, M.E. Silva; CORRÊA, M. S. N. Pires; FAZZI, Ronaldo. Estratégia de conduta clínica e psicológica em odontopediatria. *Revista Brasileira De Odontologia*; 53 (2): 2-6, mar/abr, 1996.
- MEDINA, Partidas; PASTORA, Josefa. Adaptación del niño a la consulta odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*; 36 (2): 70-3, 1998.
- MILGROM, P. TAYK K. & COSTA, S.M. Reconizing and treating fears in general practice. *Dental Clinics of North America*. Philadelphia, 32(4): 657-65, oct. 1988.
- MORAES, A. B. Alves. Psicologia e saúde bucal: circunscrevendo o campo. In: Kerbauy, R. Rodrigues (org.). *Comportamento e Saúde*. Santo André: Arbytes, 1999.
- O'SHEA, R.M. et al. Managing anxiety in the dental office. *Dental Assistant*,

- New York, 55(6): 7-10, nov/dec1986.
- ROSA, A. Luiz; FERREIRA, C. Maniglia. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *Revista Brasileira de Odontologia*; 54(3):171-4, maio/jun, 1997.
- RADOS, Liliane R. V. Características clínicas da ansiedade infantil frente à situação odontológica. *Revista da Faculdade de Odontologia*. Porto Alegre; (28/29): 4-9, 1986/1987.
- SING, K. Anayansi; MORAES, A. B. Alves; AMBROSANO, G. M. Bovi. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesquisa Odontológica Brasileira*; 14 (2) : 131-6, abr/jun, 2000.
- SPITZ, R. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1976.
- TANIGUTE, C. Camargo. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: Marchesan, I. Queiroz (org.). *Fundamentos em fonoaudiologia: aspectos clínicos da motricidade oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- WEINSTEIN, P.; DOMOTO, P.; WOHLERS, K & KODAY, M. Mexican-American parents with children at risk for baby bottle tooth decay: a pilot study at a migrant farm-worker's clinic. *Journal of Dentistry for Children*. 59: 376-83, 1982.
- WOLFF, Peter H. The serial organization of sucking in the young infant. *Pediatrics*. 42 (6) : 943-955, 1968.

