

ANA CRISTINA BORGES DE OLIVEIRA

**ACEITAÇÃO DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EM RELAÇÃO AOS MÉTODOS DE
CONTENÇÃO UTILIZADOS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES,
PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL, DURANTE O ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Área de concentração: Odontopediatria

Orientador: Prof. Dr. Saul Martins de Paiva

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Isabela Almeida Pordeus

**Belo Horizonte
Faculdade de Odontologia da UFMG
2002**

Dedico este trabalho aos pais, responsáveis, crianças e adolescentes da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata que com palavras de carinho, boa vontade e gestos sinceros transmitiram-me lições preciosas de vida.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, que me proporcionou condições para conquistar esta vitória, graças a sua presença e proteção em todos os momentos de minha vida.

A meus pais, deram-me exemplos de luta. Em todos os momentos compartilharam comigo a mais linda amizade, apoio e coragem para a realização de meus sonhos, com toda paciência e compreensão.

Aos meus irmãos, que me transmitiram coragem e carinho ao longo desta difícil caminhada.

Ao Prof. Dr. Saul Martins de Paiva, por sua dedicação e apoio nos momentos difíceis. Seus exemplos de trabalho na área científica e acadêmica foram determinantes para a minha vida profissional. Guardarei eterna amizade e admiração.

À Prof^a. Dr^a. Isabela Almeida Pordeus, pelo encorajamento e estímulo à minha carreira acadêmica. Sua competência e exemplo profissional muito contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu crescimento profissional.

À Prof^a. Dr^a. Miriam Pimenta Parreira do Vale, que me tranquilizou em vários momentos com sua competência e amizade, contribuindo com dedicação e incentivo à minha formação.

Aos professores do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da FO-UFMG, pela recepção carinhosa e pela amizade.

À equipe de profissionais da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata, pela confiança e disposição com que me receberam e permitiram a execução deste trabalho.

À Maria Letícia, pela amizade sincera e competência, por apoiar e estender a mão nos momentos difíceis e por comemorar minhas conquistas.

À Fernanda, Zezé e Eliane, pela amizade, ajuda e convívio agradável.

Ao Leandro e à Flávia, pela amizade e companheirismo.

Aos colegas de turma, pelo aprendizado e pelos momentos de descontração vividos ao longo do curso.

À Caroline, aluna da Iniciação Científica, cujo empenho, carinho e dedicação também contribuíram para a execução deste trabalho.

À Wanessa e Janete, secretárias da Pós-Graduação, pela disposição, paciência e esforço em ajudar.

Ao Prof. Dr. Dennis McTigue, da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Ohio (EUA), pela confiança e contribuição, com o envio da fita de vídeo utilizada neste trabalho.

À CAPES, pelo apoio financeiro.

Enfim, agradeço a todos que, com bondade, me estenderam a mão com algum auxílio e apoio.

"Admito que o deficiente seja vítima do destino,
mas não posso admitir que seja vítima
também de nossa indiferença".

John Kennedy

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

LISTA DE TABELAS

LISTA DE GRÁFICOS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 O portador de deficiência mental	21
2.2 Atendimento odontológico do portador de deficiência mental	24
2.3 Métodos de contenção	27
2.3.1 Contenção física	28
2.3.2 Contenção química	30
2.3.2.1 Sedação consciente	32
2.3.2.2 Sedação profunda (ou inconsciente)	36
2.3.2.3 Anestesia geral	37
2.4 A percepção da família quanto ao atendimento odontológico da criança	39
3 OBJETIVOS	49
3.1 Objetivo geral	50
3.2 Objetivos específicos	50
4 HIPÓTESES	51
5 METODOLOGIA	53
5.1 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	54
5.1.1 Caracterização da APAE de Belo Horizonte (APAE-BH)	55
5.1.2 Caracterização da APAE de Lagoa da Prata (APAE-LP)	55
5.2 Desenho do estudo	56
5.3 População de estudo	56
5.3.1 Seleção do universo	56
5.3.2 Critérios de elegibilidade	57
5.4 Autorização da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata	59

5.5 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG -----	59
5.6 Instrumentos de coleta de dados -----	59
5.6.1 Escolha dos instrumentos para coleta de dados -----	59
5.6.2 Elaboração do instrumento para coleta de dados -----	60
5.6.2.1 Primeiro estudo piloto -----	60
5.6.2.2 Segundo estudo piloto -----	62
5.6.3 Validação dos instrumentos para coleta de dados -----	65
5.6.3.1 Validação por juízes -----	65
5.6.4 Instrumentos definitivos para coleta de dados -----	65
5.7 Estudo principal -----	66
5.8 Processamento dos dados -----	68
5.9 Análise estatística -----	69
5.9.1 Análise descritiva -----	69
5.9.2 Análise univariada -----	70
5.9.3 Razão das chances -----	70
6 RESULTADOS -----	71
6.1 Análise descritiva -----	72
6.1.1 Taxa de retorno -----	72
6.1.2 Caracterização da amostra -----	73
6.1.2.1 Distribuições referentes as variáveis sociais -----	73
6.1.2.2 Distribuições referentes as variáveis familiares -----	74
6.1.2.3 Distribuições referentes as variáveis biológicas -----	75
6.1.2.4 Distribuições referentes as variáveis: experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção -----	77
6.2 Análise univariada -----	79
6.2.1 Contenção física ativa -----	79
6.2.2 Contenção física passiva -----	83
6.2.3 Sedação -----	87
6.2.4 Anestesia geral -----	91
6.2.5 Aceitação dos pais/responsáveis quanto às técnicas de contenção -----	95
6.3 Razão das chances -----	96

6.3.1 Contenção física ativa -----	96
6.3.2 Contenção física passiva -----	98
6.3.3 Sedação -----	99
6.3.4 Anestesia geral -----	99
6.3.5 Perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção -	100
7 DISCUSSÃO -----	103
7.1 Metodologia empregada -----	104
7.2 Resultados -----	106
7.2.1 Características da população estudada -----	106
7.2.1.1 Variáveis sociais -----	106
7.2.1.2 Variáveis familiares -----	107
7.2.1.3 Variáveis biológicas -----	107
7.2.1.4 Experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção -----	108
7.2.2 Análise univariada e razão das chances -----	110
7.2.2.1 Contenção física ativa -----	110
7.2.2.2 Contenção física passiva -----	114
7.2.2.3 Sedação -----	117
7.2.2.4 Anestesia geral -----	120
7.2.3 Aceitação dos pais/responsáveis quanto às técnicas de contenção -----	123
7.2.4 Perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção -	124
7.3 Comentário final -----	124
8 CONCLUSÕES -----	126
9 SUMMARY -----	129
10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	131
11 ANEXOS -----	142
Anexo A - Parecer favorável das instituições -----	143
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -----	145
Anexo C - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG -----	146
Anexo D - Convite aos pais para participação da pesquisa -----	147
Anexo E - Escalas graduadas do primeiro estudo piloto -----	148
Anexo F - Diagramas do segundo estudo piloto -----	149
Anexo G - Texto explicativo relacionado às técnicas de contenção -----	150

Anexo H - Formulário de entrevista -----	151
Anexo I - Diagrama do estudo principal -----	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ABOPE	Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais
ANEP	Associação Nacional de Empresas de Pesquisa
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APAE-BH	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Belo Horizonte
APAE-LP	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Lagoa da Prata
APAE-SP	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo
Art.	Artigo
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologistas
CFM	Conselho Federal de Medicina
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CO₂	Gás Carbônico
COEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EUA	Estados Unidos da América
Exp.	Experiência
FIG.	Figura
FO-UFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais
GRAF.	Gráfico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
n	Quantidade
Nº	Número
p	Probabilidade de significância
QI	Quociente de Inteligência
®	Marca registrada
SNC	Sistema Nervoso Central
TAB.	Tabela
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
X²	Qui-Quadrado
§	Parágrafo
%	Percentual

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis na APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata -----	72
TABELA 2	Freqüência absoluta e relativa da participação da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata -----	73
TABELA 3	Freqüência absoluta e relativa das variáveis sociais, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata -----	74
TABELA 4	Freqüência absoluta e relativa das variáveis familiares, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata -----	75
TABELA 5	Freqüência absoluta e relativa das variáveis biológicas, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata -----	76
TABELA 6	Freqüência absoluta e relativa da variável tipo e/ou grau de deficiência mental da criança/adolescente, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata -----	77
TABELA 7	Freqüência absoluta e relativa das variáveis: experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata -----	78
TABELA 8	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo a instituição -	79
TABELA 9	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis sociais -----	80
TABELA 10	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis familiares -----	81
TABELA 11	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis biológicas -----	82
TABELA 12	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção -----	83

TABELA 13	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo a instituição -----	84
TABELA 14	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis sociais -----	84
TABELA 15	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis familiares -----	85
TABELA 16	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis biológicas -----	86
TABELA 17	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção -----	87
TABELA 18	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo a instituição -----	87
TABELA 19	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis sociais -----	88
TABELA 20	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis familiares -----	89
TABELA 21	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis biológicas -----	90
TABELA 22	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção -----	91
TABELA 23	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo a instituição -----	92
TABELA 24	Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis sociais -----	92

TABELA 25	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis familiares -----	93
TABELA 26	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis biológicas -----	94
TABELA 27	Freqüência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção -----	95
TABELA 28	Fatores preditores do perfil dos participantes que aceitam a técnica de contenção física ativa, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental : resultados da razão das chances (<i>Odds ratio</i>) -----	97
TABELA 29	Fatores preditores do perfil dos participantes que aceitam a técnica de contenção física passiva, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental: resultados da razão das chances (<i>Odds ratio</i>) -----	98
TABELA 30	Fatores preditores do perfil dos participantes que aceitam a técnica de anestesia geral, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental: resultados da razão das chances (<i>Odds ratio</i>) -----	100

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição dos pais/responsáveis de acordo com a aceitação sobre as técnicas de contenção -----	96
------------------	---	----

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Fluxograma do desenho de estudo -----	58
-----------------	---------------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Classificação da escolaridade do participante -----	68
QUADRO 2	Classificação da classe econômica da criança/adolescente -----	68
QUADRO 3	Classificação das variáveis independentes -----	69
QUADRO 4	Determinação das variáveis que influenciaram o perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção ----	102

RESUMO

Este estudo analisou a aceitação dos pais/responsáveis em relação às técnicas de contenção, utilizadas em crianças e adolescentes com deficiência mental, durante o atendimento odontológico. Participaram 209 pais/responsáveis de crianças/adolescentes, com idade inferior a 15 anos e portadores de deficiência mental, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Belo Horizonte-MG e de Lagoa da Prata-MG. Após a assinatura do termo de consentimento, o participante respondeu uma entrevista. Em seguida, todos assistiram a um vídeo exibindo as técnicas de contenção física (ativa e passiva), sedação e anestesia geral. Cada participante marcou, em um diagrama, se aceitava ou não o uso de cada técnica, durante o atendimento da criança ou adolescente. Os dados foram analisados pelo teste X^2 e razão das chances. Houve diferença estatisticamente significativa na aceitação dos participantes quanto às técnicas de contenção ($p=0,000$), sendo a anestesia geral aceita por apenas 23% dos pais/responsáveis. No entanto, quando consideradas apenas às técnicas de contenção ativa (51%), contenção passiva (56%) e sedação (59%) não houve diferença estatisticamente significativa entre estas técnicas ($p=0,282$). Portanto, apresentam o mesmo índice de aceitação entre os participantes. Através da razão das chances, o participante com maior chance de aceitação da contenção ativa tem 36 anos de idade ou mais, é pai ou mãe da criança/adolescente, possui até média escolaridade e pertence a APAE-LP. Seu filho está na faixa etária de 10 a 14 anos e é de classe econômica menos favorecida. O pai/responsável com maior chance de aceitação da contenção passiva é aquele cuja criança está na faixa de nove meses a quatro anos e possui experiência com contenção física. Nenhuma das variáveis independentes analisadas determinou o perfil do participante com maior chance de aceitação da sedação. O participante com maior chance de aceitação da anestesia geral é aquele cuja criança/adolescente está na faixa etária de 10 a 14 anos, pertence a APAE-BH e possui experiência com anestesia geral. Diferentes fatores influenciaram a aceitação dos pais/responsáveis quanto à aceitação de cada uma das técnicas. Portanto, o profissional deve estabelecer sua maneira de abordagem considerando a individualidade de cada paciente e família.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O comportamento da criança no consultório odontológico é essencial para o sucesso do tratamento. O controle comportamental, na maioria das crianças e adolescentes, é realizado através de técnicas que podem ser utilizadas sozinhas ou combinadas, para remover o medo e a ansiedade. O bom profissional deve usar combinações destas técnicas de comportamento baseado numa avaliação individual das necessidades odontológicas do paciente, do seu estado físico, mental e psicológico (Ferretti, 1984; Houpt, 1989; Sams et al., 1992; Nóbrega, 1995).

As técnicas de controle comportamental mais utilizadas em odontologia são: pais dentro do consultório, controle de voz, falar-mostrar-fazer, mão sobre a boca, contenção física (ativa e passiva) e contenção química (sedação e anestesia geral). O uso dessas técnicas era aceito até algum tempo atrás, na maior das vezes, sem nenhum questionamento. Entretanto, com a mudança da visão da sociedade em relação a estas técnicas, aumentou o interesse dos pais quanto a sua utilização. Atualmente os familiares questionam sobre as vantagens e desvantagens de cada técnica, principalmente em relação às de contenção, consideradas agressivas por muitos pais (Carr et al., 1999). A decisão sobre o tipo de tratamento que o paciente irá receber não pertence mais só ao odontopediatra. É imprescindível que o profissional obtenha um consentimento adequado da família sobre o atendimento da criança, incluindo vantagens, desvantagens e risco/benefício para o paciente (Oliveira et al., 2001b).

As crianças com deficiência mental possuem dificuldade, ou ausência de compreensão sobre a necessidade de um tratamento odontológico. Necessitam, sim, da utilização de técnicas de manejo de comportamento com maior frequência, sendo utilizadas, em muitos casos, técnicas de contenção física e química (Maas, 1980; Tesini & Fenton, 1994; Chiarelli, 1995). Muitos portadores de deficiência podem ser atendidos sem necessidade de equipamentos ou técnicas especiais. O desenvolvimento deste atendimento estará diretamente relacionado à atitude do profissional frente ao paciente (Van Grunsven & Cardoso, 1995; O'Donnell, 1996).

É importante que o cirurgião-dentista analise e julgue quais os melhores métodos para conduzir, em clínica, a criança comprometida mentalmente. Cada uma age de modo

próprio. Além disso, a segurança e o conforto são condições básicas para o decorrer e sucesso do atendimento odontológico (Duailibi & Duailibi, 1998). O estabelecimento de um bom diálogo com os pais e com o paciente (quando possível) é o primeiro passo para um bom relacionamento profissional-paciente em odontologia (Ahmann, 1998; Belmont, 2000; Ferreira et al., 2002).

A ansiedade dos pais com relação ao atendimento da criança portadora de deficiência pode ser reduzida através de orientações apropriadas que possibilitem suas participações ativas durante o tratamento, transformando-os em elementos de apoio psicológico. A participação direta do responsável pela criança com deficiência mental, previamente orientado e preparado, durante o atendimento é muitas vezes necessária, sobretudo quando se trata de um paciente dependente nas atividades da vida diária (Sedlacek et al., 1996; Ahmann, 1998). O medo do desconhecido, a falta de informações amplamente divulgadas e a experiência pregressa vivida pelos pais e pela criança, influenciam diretamente na segurança e confiança adquirida por eles sobre as técnicas de manejo comportamental (Belmont, 2000; Wrigth, 2001). O profissional deve ter sensibilidade para compreender os problemas psicossociais que envolvem o paciente portador de deficiência mental (Sedlacek et al., 1996).

Os estudos de técnicas de manejo de comportamento existentes em odontologia destacam uma série de aspectos, entre eles a aceitação dos pais perante as técnicas propostas a serem utilizadas em seus filhos. Com o envolvimento dos pais na escolha das estratégias de manejo utilizadas pelo dentista, o profissional os mantém com uma atitude positiva em relação ao atendimento clínico (Hagan et al., 1984; Murphy et al., 1984; Lawrence et al., 1991; Belanger & Tilliss, 1993; Belmont, 2000; Wright, 2001; Fúccio et al., 2002).

A participação dos responsáveis que convivem com o paciente portador de deficiência pode ser decisiva no sucesso do tratamento odontológico. Apesar das crianças com deficiência utilizarem, com frequência, técnicas de contenção durante um atendimento odontológico, existe pouca informação sobre a aceitação dos pais e/ou responsáveis a respeito do uso destes artifícios de controle comportamental nestes pacientes. A família tem o direito, não apenas de conhecer a natureza da técnica, mas ainda de decidir se este tipo de abordagem é aceita por eles, ao considerarem os riscos,

benefícios, e outras alternativas de atendimento. Os responsáveis precisam ter consciência e segurança de que o profissional está fazendo o melhor para a criança.

É importante a realização de um estudo para avaliar a aceitação dos pais e/ou responsáveis quanto aos métodos de contenção física e química, utilizados em crianças portadoras de deficiência mental durante um atendimento odontológico, pois são elas que recebem estas técnicas de contenção com maior frequência.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O portador de deficiência mental

É pensamento geral que a variedade de palavras usadas na área da deficiência provoca um sentido, ou significado controverso, depreciativo ou agressivo. Os exemplos mais comuns são: excepcional, hipodotado e mongolóide (Salgado, 2000). Atualmente, o termo adequado para quem tem algum tipo de anomalia física, auditiva, visual, mental ou múltipla é “pessoa portadora de deficiência ou com deficiência” (Salgado, 2000; Associação Brasileira de Odontologia para Pacientes Especiais - ABOPE, 2002).

A pessoa portadora de deficiência apresenta históricos diversos: alterações genéticas, congênitas, infecciosas, traumáticas ou de outra origem, ocorridas no período pré-natal, peri-natal ou pós-natal. O indivíduo sofreu danos na formação do seu organismo, determinando alterações que o deixaram incapacitado, parcial ou totalmente, de forma definitiva ou temporária (Ravaglia, 1997; Duailibi & Duailibi, 1998; Mugayar, 2002). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde aproximadamente 10% da população tem algum tipo de deficiência, sendo 2% portadores de deficiência física, 1,5% portadores de deficiência auditiva, 0,5% portadores de deficiência visual, 5% portadores de deficiência mental e 1% portadores de múltiplas deficiências (Salgado, 2000). Na América Latina, as famílias de menor poder aquisitivo são as que possuem maior número de portadores de deficiência. Na maioria das vezes, não têm possibilidades reais de receber uma atenção de acordo com suas necessidades (Ravaglia, 1997).

É evidente que a família sofre muitas alterações com o nascimento de uma criança com deficiência. Os padrões de reação às emoções variam muito, trazendo à tona sentimentos como culpa, medo e depressão. Os pais experimentam sentimentos ambivalentes: amam e rejeitam o filho com deficiência. Entretanto, nem todas as famílias passam por esses sentimentos. Cada família vivencia a situação de maneira singular (Ahmann, 1998; Grossi, 1999; Junqueira, 2002). Segundo Larson (1998), existe uma administração da tensão interna de sentimentos ambíguos como amar a criança como ela é, com seus limites, ou ignorar sua deficiência, desistindo de procurar assistência reabilitadora. De acordo com a autora, a aceitação da mãe, à criança com deficiência, é vista freqüentemente como um primeiro passo em um processo reabilitador.

Vários autores afirmaram que a atenção cuidadosa à saúde do portador de deficiência promove uma grande melhora em sua qualidade de vida. Diferentes métodos são desenvolvidos para tratar crianças com deficiência, fazendo-as sentir mais confortáveis e melhor incluídas no meio social (Bell, 1957; Bachman & Freeman, 1960; Vono, 1965; Tocchini & Wycoff, 1966; Pollack, 1971; Fourniol Filho & Lannes, 1974; Maas, 1980; Sedlacek et al., 1996). Segundo Larson (1998), em muitos casos o ponto de vista da família sobre o desenvolvimento da criança com deficiência é contrário às conclusões dos médicos e da sociedade em geral. De acordo com a autora, muitas mães reclamam que freqüentemente os profissionais de saúde se mostram indiferentes durante o atendimento do seu filho com deficiência, inclusive não o respeitando como ser humano.

É essencial que o profissional que trabalhe com portadores de deficiência tenha um conhecimento amplo sobre a saúde do paciente e sobre sua rotina de vida, além de conhecer a realidade da família e suas expectativas quanto à criança e ao seu atendimento (Assumpção Jr., 1995; Waldman et al., 1999). Os pais são imprescindíveis no apoio e na comunicação com a criança portadora de deficiência, já que na maioria das vezes fornecem informações bastante válidas (Wright, 2001, Junqueira, 2002).

O termo deficiência mental é freqüentemente utilizado para denominar pessoas que possuem déficit intelectual. É aplicado a indivíduos com Quociente de Inteligência (QI) inferior a 70. O QI é obtido através do resultado da idade mental do indivíduo dividida pela idade cronológica, multiplicado por cem, sendo a idade mental determinada através de vários testes aplicados por pedagogos ou psicólogos (Mugayar, 2002). Segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, a deficiência mental é classificada em quatro subtipos: leve (QI de 52 a 69), moderada (QI de 36 a 51), severa (QI de 20 a 35) e profunda (QI 19 e abaixo) (Assumpção Jr, 1995; Weddell et al., 2001; Wrigth, 2001; Mugayar, 2002). De acordo com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Paulo (APAE-SP, 2002), atualmente o conceito de deficiência mental deve ver cada pessoa de forma global e funcional, o que representa transpor o conjunto de condições apresentado por ela para a sua interação com o ambiente em que se encontra. Esta nova abordagem está baseada nas práticas e concepções daqueles cuja função ou vida diária está diretamente ligada à deficiência mental: os profissionais, os pais, amigos e os próprios portadores.

Através de uma análise cuidadosa, as mães podem observar na criança um atraso no aparecimento dos movimentos expressivos, como o riso e choro. O desenvolvimento pode ficar atrasado em funções parciais, como a de sentar-se, ficar de pé, andar, falar e controle da micção. Como em todo diagnóstico psiquiátrico, deve-se atentar para a anamnese completa, exame físico, exame neurológico e exames laboratoriais. Na pessoa portadora de deficiência mental, as restrições de quantidade e de tempo de aprendizado se somam. O alcance de aprendizado é adquirido em tempo maior do que o necessário por uma criança normal (Assumpção Jr., 1995; Nunes Filho et al., 1996). São várias as causas da deficiência mental. Seu diagnóstico é estabelecido de acordo com critérios e testes psicodiagnósticos específicos, que focalizam a verificação cuidadosa dos aspectos médicos, psicológicos e sociais da pessoa (APAE-SP, 2002; Mugayar, 2002). A deficiência mental é constituída por um universo vasto e multifacetado de reações e emoções, sendo complexa, multidisciplinar e, principalmente, dependente de todo um contexto sócio-econômico (Assumpção Jr., 1995; Larson, 1998).

De acordo com vários autores (Lima et al., 1974; Tesini & Fenton, 1994; Assumpção Jr., 1995; Mugayar, 2002), a etiologia da deficiência mental deriva de diversos fatores, entre eles: anormalidades cromossômicas (responsáveis pela Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome do X Frágil, Síndrome do Miado de Gato e outras); fatores genéticos (responsáveis pela Fenilcetonúria, Doença do Xarope de Bordo e Degeneração Hepatolenticular / Doença de Wilson); fatores pré-natais (doenças crônicas maternas, estado nutricional, infecções, uso prolongado do álcool e substâncias narcóticas); doenças adquiridas na infância (encefalite pós-natal, que é conseqüente de doenças como sarampo, escarlatina, caxumba e outras infecções típicas da infância) e fatores ambientais e sócio-culturais.

Segundo Mugayar (2002), estima-se que 5 a 7% da população brasileira apresentam algum grau de comprometimento mental. Para a autora, a deficiência mental é uma das mais importantes enfermidades crônicas da infância, sendo 10 vezes mais freqüente que o diabetes e 25 vezes mais comum que as distrofias musculares. Entretanto, de acordo com Assumpção Jr. et al. (1999), no Brasil são poucos os estudos dedicados à deficiência mental e raros os dados que refletem as suas características.

2.2 Atendimento odontológico do portador de deficiência mental

A assistência odontológica a pacientes portadores de deficiência apresenta algumas características próprias. Isto acontece devido a certas dificuldades e limitações que estes pacientes normalmente apresentam. Alguns requerem medidas especiais de atendimento, enquanto outros podem ser tratados de modo convencional (Tesini, 1980; O'Donnell, 1996; Minas Gerais, 1999; Yilmaz et al., 1999; Weddell et al., 2001). Além disso, em muitos casos, a família de uma criança com deficiência torna-se tão preocupada com os problemas médicos e sociais, que acaba por negligenciar a saúde bucal do portador de deficiência (Gullikson, 1969; Eisenberg, 1976; O'Donnell, 1996).

Muitos autores relataram que não existe uma regra básica para a realização de atendimento odontológico em um portador de deficiência mental, porém, é essencial que se estabeleça uma relação prática com o paciente, compreendendo-o e respeitando sua condição (Barber, 1969; Fourniol Filho & Lannes, 1974; Tesini, 1980; Sedlacek et al., 1996; Duailibi & Duailibi, 1998). Barber (1969) e Maas (1980) afirmaram que os pacientes com deficiência podem ser classificados em três grupos, segundo o grau de dificuldades que apresentam quando da realização do atendimento odontológico. O primeiro grupo é composto por aqueles que se submetem sem resistência ao atendimento. O segundo, pelos que precisam receber contenção física e/ou medicação sedativa antes ou durante o atendimento. O terceiro grupo é formado pelos que necessitam receber anestesia geral.

Além do conhecimento das técnicas preventivas e cirúrgico-restauradoras, o cirurgião-dentista necessita conhecer seu paciente, sua história e seu núcleo familiar. Deste modo, o atendimento odontológico será realizado dentro do contexto daquele indivíduo, respeitando as suas limitações e as características e percepções de sua família (Waldman et al., 1999; Weddell et al., 2001; Abreu et al., 2002). Em muitos casos, os pais podem confundir o profissional, por não aceitar que possuem uma criança com deficiência. Neste caso, relatam o acometimento do portador de deficiência como algo não real, dando à situação um caráter excessivamente emocional e otimista na tentativa de minimizar o problema. É imprescindível que o profissional de saúde esteja atento a estas situações, percebendo o que realmente está acontecendo (Larson, 1998).

Nos últimos anos, tem ocorrido significativo aumento na sobrevivência dos portadores de deficiência e sua maior integração à sociedade. Conseqüentemente, a procura pelo

atendimento odontológico torna-se uma realidade cada vez mais crescente. Neste caso, é necessário que os cirurgiões-dentistas estejam cientificamente embasados para exercerem suas atividades com a eficiência exigida pela realidade social (O'Donnell, 1996; Oliveira et al., 2001a). Vono (1965) já se preocupava com a atenção odontológica do portador de deficiência, alertando para o número acentuado de portadores de deficiência e a falta de profissionais qualificados para atendê-los.

No Brasil, os cirurgiões-dentistas sentem-se, em geral, inseguros em relação ao atendimento clínico de pessoas com deficiência. Este sentimento deve-se à carência de conhecimentos específicos nessa área, pois, nos cursos universitários, ainda são escassas as informações a esse respeito (Fourniol Filho, 1996; Oliveira et al., 2001a). Conseqüentemente, muitos pais ficam frustrados ao buscarem tratamento odontológico para seus filhos, ante a negativa de atendimento por alguns profissionais (Gullikson, 1969; Eisenberg, 1976; Tesini, 1980; O'Donnell, 1996).

De acordo com relatos da literatura, os empecilhos mais comuns no tratamento odontológico de portadores de deficiência incluem: ansiedade dos pais; apreensão dos pais quanto à aceitação; incapacidade dos mais deficientes em comunicar um problema dentário; diferença de opinião entre pais e profissionais da necessidade ou não do tratamento; dificuldades de acesso (como barreiras de arquitetura ou problemas de transporte); alto custo do tratamento e resistência por parte de alguns profissionais em realizá-lo (Van Grunsven & Cardoso, 1995; Waldman et al., 1998; Faulks & Hennequin, 2000).

O dentista tem uma parcela importante a contribuir na equipe de reabilitação do portador de deficiência. Necessita conhecer não só os aspectos técnico-científicos da odontologia, mas também ter noções das áreas afins. Deve trabalhar em conjunto com a equipe de psiquiatria-neurologia, fisioterapia, neuropediatria, otorrinolaringologia, pediatria, ortopedia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social e orientação pedagógica. Cada profissional cuida de um aspecto da deficiência, visando o resultado final, que é o desenvolvimento de todas as potencialidades inerentes ao portador de deficiência (Aquino, 1974; Fourniol Filho & Lannes, 1974; Eisenberg, 1976; Fourniol Filho, 1996; Duailibi & Duailibi, 1998). É importante que o profissional tenha paciência, perseverança e uma grande satisfação na realização do seu trabalho, principalmente em

condições às vezes técnica e economicamente desfavoráveis (Aquino, 1974; Sedlacek et al., 1996; Waldman et al., 1999).

Quanto às necessidades odontológicas, a experiência de cárie no paciente com deficiência mental não é maior que no indivíduo normal. Entretanto, quando se compara o nível de deficiência mental, as doenças cárie e periodontal são encontradas freqüentemente com maior grau de extensão, de acordo com a idade e nível de deficiência mental (Waldman, 1989; Shapira et al., 1998; Waldman et al., 1998). A prevalência das doenças cárie e periodontal, em portadores de deficiência mental, é resultado de múltiplos fatores, incluindo idade, grau de comprometimento mental, e higiene bucal. Muitas pessoas com deficiência apresentam, freqüentemente, uma higiene bucal deficiente. Fatores locais como macroglossia, maloclusão, morfologia dos dentes, função mastigatória anormal e bruxismo foram citados como agravantes desse quadro (Van Grunsven & Cardoso, 1995; Waldman et al., 1998; Faulks & Hennequin, 2000). Além disso, um grande número de pessoas portadoras de deficiência mental faz uso contínuo de drogas sedativas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e outras. Muitos desses medicamentos contêm açúcar em sua composição. Alguns promovem hiperplasia gengival e outros apresentam o efeito de reduzir a salivagem normal do paciente. Certos pacientes costumam permanecer com o alimento parado na cavidade bucal por bastante tempo, propiciando um maior risco de cárie (Faulks & Hennequin, 2000).

Quanto ao comportamento, um grande número de pacientes apresenta reações diferenciadas e imprevisíveis, quer durante a consulta, quer durante as várias sessões de tratamento. Há dias em que o comportamento é ótimo, às vezes completamente apático. Noutros, é totalmente hostil, impedindo qualquer atividade do dentista (Aquino, 1974; Lima et al., 1974; Fourniol Filho, 1996). Um paciente portador de deficiência mental leve ou moderada pode conseguir ser cooperativo e responder bem a um atendimento odontológico. Entretanto, uma pessoa com deficiência mental severa apresentará uma maior dificuldade de manejo comportamental durante seu atendimento. Caberá ao profissional analisar e julgar quais os melhores métodos para conduzir cada criança (Tesini & Fenton, 1994; O'Donnell, 1996).

É fundamental que o dentista se conscientize da deficiência que o paciente apresenta e de como essa deficiência influencia o tratamento odontológico. Se o dentista for capaz de prever futuras complicações, estará mais habilitado para cuidar efetivamente

dos problemas que a criança apresentar (Sedlacek et al., 1996; Duailibi & Duailibi, 1998). Quando o conhecimento sobre a terapêutica médica e odontológica é ignorado ou a própria terapêutica é mal conduzida, há iatrogenias prejudiciais, muitas delas irreversíveis e fatais (Fourniol Filho, 1996). Crianças com atraso de desenvolvimento ou portadoras de deficiência mental trazem, freqüentemente, problemas de comportamento no consultório. Por isso, alguns pacientes precisam de contenção física ou química para que consigam receber atendimento odontológico (Tocchini & Wycoff, 1966; Maas, 1980; Tesini & Fenton, 1994; O'Donnell, 1996; Yilmaz et al., 1999).

2.3 Métodos de contenção

Segundo Lima et al. (1974) entende-se por contenção qualquer método utilizado com o objetivo de manter o paciente na cadeira odontológica em condições favoráveis para a execução do atendimento. Tal contenção pode ser física ou química. A contenção física é feita pelo profissional e auxiliares (contenção ativa). Pode ser realizada também através de acessórios para imobilizar a criança (contenção passiva). A contenção química se faz com drogas farmacológicas, sendo realizada por meio da sedação ou anestesia geral. Ranalli (2001) afirmou que, no Brasil, muitos dentistas sentem-se inseguros ou despreparados para fazer uso destes recursos farmacológicos e não farmacológicos, disponíveis para o controle do comportamento do paciente na clínica odontológica.

Quando o profissional não consegue controlar o comportamento da criança com técnicas como falar-mostrar-fazer, controle de voz ou reforço positivo, deve utilizar técnicas de contenção física (Frankel, 1991). Caso as técnicas de manejo comportamental não farmacológicas promovam resultados insatisfatórios, o profissional deve utilizar outras alternativas, como a sedação consciente (Sams et al., 1992; Needleman et al., 1995).

Carr et al. (1999) realizaram uma pesquisa com 338 odontopediatras visando identificar as técnicas de manejo comportamental mais usadas no Sudeste dos Estados Unidos da América (EUA). A maioria dos pesquisados afirmou que em algumas situações utiliza contenção física ativa (73% pelo próprio profissional e 88% com ajuda da auxiliar). Entre os pesquisados, 82% relataram que, às vezes, utilizam contenção física passiva; 70% afirmaram utilizar sedação com óxido nitroso; 70% sedação com pré-medicação e

61% disseram que, ocasionalmente, indicam anestesia geral para alguns pacientes. A maioria dos profissionais relatou não utilizar as técnicas mão sobre a boca (57%) ou mão sobre a boca com obstrução das vias aéreas da criança (90%). Entre os odontopediatras entrevistados, 34% relataram ter diminuído o uso de mão sobre a boca e 22% o uso da pré-medicação. Um total de 16% dos participantes afirmou ter aumentado a frequência sobre o uso do óxido nitroso e 23% disseram ter aumentado o uso da anestesia geral. Para os autores, a literatura científica forneceu várias razões para as mudanças na utilização das técnicas de manejo de comportamento pelos odontopediatras. As mais freqüentemente citadas foram à aceitabilidade dos pais, razões éticas e legais, e o acesso e facilidade para utilização de certas técnicas.

2.3.1 Contenção física

Os objetivos do uso de contenção física visam reduzir ou eliminar movimentos inesperados do paciente, protegendo-o de um imprevisto, além de facilitar o desenvolvimento de um trabalho com qualidade. Esse recurso não se justifica para um paciente cooperativo ou que não pode ser imobilizado devido a um comprometimento médico ou sistêmico (Nathan, 1989; Tesini & Fenton, 1994). A decisão sobre o uso de imobilização física deve levar em consideração outras opções de controle comportamental, as necessidades de tratamento da criança, sua saúde bucal e seu desenvolvimento físico, mental e emocional (Tesini & Fenton, 1994; Feigal, 1995). Os pacientes portadores de deficiência mental e/ou disfunção neuro-motora costumam apresentar comportamento agressivo e resistência ao atendimento. Neles, mais freqüentemente se faz uso de contenção física, inclusive para proteger o profissional e a equipe de qualquer trauma ou injúria (Adair & Durr, 1987; Weddell et al., 2001).

A contenção física da criança é uma tarefa que requer habilidade, paciência e uma grande dose de boa vontade. Entretanto, costuma causar estranheza a alguns profissionais e acompanhantes (Moore et al., 1984). Os responsáveis devem ser informados e dar seu consentimento por escrito antes da imobilização ser utilizada. Precisam compreender que o uso desta técnica tem uma função lógica, e que não está sendo usada como punição ou por conveniência da equipe profissional (Nathan, 1989; Weddell et al., 2001).

A imobilização realizada pelo dentista, auxiliar ou acompanhante é denominada contenção física ativa, sendo o porte físico do paciente determinante sobre a maneira como esta contenção será realizada. Se a criança for de pequena estatura, provavelmente será imobilizada no colo do acompanhante ou da auxiliar. Caso seja uma criança de maior porte, será contida diretamente na cadeira (Aquino, 1974; Nathan, 1989; Feigal, 1995).

A contenção física passiva é feita através de diversos acessórios desenvolvidos para auxiliar o dentista durante o procedimento odontológico. Os acessórios podem ser cintas, faixas, lençóis e/ou pacotes pediátricos (como o Papoose Board® e o Pedi-Wrap®), que deixam a criança completamente imobilizada (Lima et al., 1974; Eisenberg, 1976; Tesini & Fenton, 1994; Weddell et al., 2001).

Segundo Aquino (1974), baseado no acompanhamento clínico de inúmeros casos e na opinião de neurologistas e psicólogos, não há qualquer inconveniente no uso de contenção física, quanto a eventual dano psicológico, com conseqüente reação negativa em futuro atendimento. Pelo contrário, na grande maioria das vezes, o paciente passa a aceitar, cada vez melhor, o atendimento odontológico. Há um verdadeiro condicionamento positivo. Entretanto, posteriormente Nathan (1989) afirmou que o uso de contenção física em odontologia é baixo, pois existe uma tendência para limitar seu uso a pacientes portadores de deficiência ou pacientes sedados. Muitos profissionais optam por associar contenção física a um agente sedativo.

Com o intuito de determinar a atitude das mães quanto ao uso da contenção física passiva com Papoose Board® durante o atendimento de seus filhos, Frankel (1991) realizou um estudo com 50 mães, cujos filhos eram atendidos em um consultório público de uma cidade de médio porte nos EUA. As crianças tinham idade média de três anos, eram saudáveis e sem deficiência mental. No entanto, todas apresentavam comportamento não cooperativo. Durante a consulta, a mãe permaneceu junto à criança. Em alguns casos houve associação do Papoose Board® com óxido nitroso. Os resultados mostraram que 90% das mães aprovaram o uso do dispositivo; 78% não consideraram que seu uso poderia acarretar algum trauma à criança e 86% relataram que o acessório poderia ser utilizado novamente em outras consultas. Segundo o autor, o fato das mães terem tido uma atitude positiva sobre o uso do Papoose Board® em seus filhos, é uma informação importante para a prática clínica pelos odontopediatras.

Posteriormente, Kupietzky & Blumenstyk (1998) afirmaram que o uso de contenção física é responsável por muitos debates entre os dentistas. Segundo os autores, é pouco aceita pelos pais americanos, seja só ou associada à pré-medicação.

2.3.2 Contenção Química

Os pacientes com dificuldades para se comunicar adequadamente, como crianças muito pequenas ou portadores de deficiência mental, usualmente requerem contenção química para o tratamento (Houpt, 1989). De acordo com Chiarelli (1995) a contenção química é menos agressiva ao paciente, do que a contenção física. Mas, segundo outros autores, é essencial para o uso de contenção química um ambiente hospitalar ou consultório odontológico onde se tenha disponível todo o material de reanimação. Nos casos de sedação consciente a presença do médico é dispensável (Lima et al., 1974, Griffin et al., 1981; Fraone et al., 1999; Primosch et al., 1999).

Dois métodos de contenção química muito usados no controle de comportamento da criança, durante o atendimento odontológico, são a anestesia geral e a sedação. Segundo relatos da literatura, a decisão sobre o uso da anestesia geral deve considerar outras alternativas de controle comportamental, as necessidades do paciente e sua saúde bucal, seu desenvolvimento emocional, sua condição física e a preferência dos pais (Bell, 1957; Bachman & Freeman, 1960; Tocchini & Wycoff, 1966; Ferretti, 1984; Tesini & Fenton, 1994; Needleman et al., 1995; Weddell & Jones, 2001).

Kupietzky & Blumenstyk (1998) afirmaram que os profissionais simpatizantes da anestesia geral relatam que este procedimento causa um mínimo de trauma psicológico na criança, o que não ocorre quando ela está sendo atendida sob sedação. Já os defensores da sedação consciente alegam que as sedações são usualmente mais bem sucedidas. Segundo Blain & Hill (1998) e Leelataweewud et al. (2000), a sedação pode ser usada para tratar muitas crianças que possuem indicação para anestesia geral, com expectativa de excelente sucesso, além da reação favorável dos pais. A sedação consciente é razoavelmente fácil para administrar e oferece poucos riscos de complicação. O maior uso desta técnica reduz o número de crianças indicadas para anestesia geral. De acordo com os autores muitos profissionais preferem o uso da sedação e contenção física, à anestesia geral. Entretanto, de acordo com Carr et al.

(1999), as dificuldades associadas com a utilização de sedação consciente no consultório justificam o aumento da utilização de anestesia geral. Tal fato acontece devido à possibilidade de ocorrer uma emergência. Se o paciente estiver dentro de um ambiente hospitalar, suas chances de recuperação serão maiores do que dentro de um consultório odontológico.

Quanto à preferência da família, muitos fatores podem influenciar a escolha do atendimento da criança com anestesia geral ou por sedação. As condições podem incluir risco e segurança do procedimento, conforto para a criança, avaliação dos pais sobre a cooperação do filho, repercussão do procedimento para o desenvolvimento da criança, demanda de cuidados necessários e custo financeiro (Kupietzky & Blumenstyk, 1998). Segundo Lee et al. (2000), a decisão dos pais sobre a escolha, entre anestesia geral e sedação, é difícil de ser feita baseada nos riscos de cada uma. Assim, os pais muitas vezes consideram o custo financeiro do procedimento.

Ravaglia (1997) afirmou que muitos profissionais e familiares de portadores de deficiência são a favor do uso da anestesia geral para a realização de um tratamento odontológico. Isto ocorre devido à dificuldade de acesso a profissionais habilitados para realizar tratamento de uma criança portadora de deficiência no consultório odontológico. Essa preferência não é pela necessidade do paciente e sim pela comodidade da família e do profissional.

Camm et al. (1987), em um trabalho realizado na Virgínia (EUA), estudaram a mudança de comportamento de 32 crianças, com idade entre dois e seis anos. Os participantes foram divididos em três grupos. No primeiro, as crianças receberam atendimento odontológico por sedação oral (associada com óxido nitroso), no grupo dois, foram atendidas sob anestesia geral. O grupo três foi o grupo controle. A reação emocional das mães de ambos os grupos, antes, durante e após o atendimento das crianças também foi analisada. Os resultados mostraram que o comportamento das crianças, após o atendimento, foi semelhante em todas as situações. As mães de crianças que receberam anestesia geral relataram maior nível de estresse que as mães de crianças que foram sedadas. A justificativa das mães sobre essa questão é que o procedimento sob anestesia geral é mais demorado, deixando a criança sozinha por um longo período. De acordo com os autores, apesar das diversas indicações para sedação e anestesia geral poucos profissionais levam em consideração o estado emocional e físico

da criança durante a realização de um tratamento odontológico. Além disso, a opinião dos pais, raramente é considerada na decisão de se fazer uso de uma sedação ou anestesia geral.

2.3.2.1 Sedação consciente

A sedação consciente é definida como um grau mínimo de depressão da consciência. Por este método, é mantida a habilidade do paciente, em manter a respiração espontânea e contínua. Além disso, responde apropriadamente, a estímulos físicos ou comando verbal. Não há inconsciência (Kato, 1998; Cangiani & Porto, 2000; Milnes et al., 2000). Se o paciente sair do limiar de sedação consciente para profunda, passa a ter sérios riscos de alterações cardiovasculares e respiratórias. As drogas e técnicas devem ter uma margem de segurança grande o suficiente para não promover perda involuntária e consciência improvável (Needleman et al., 1995; American Academy of Pediatric Dentistry, 1999; Fuks et al., 2002). Geralmente, a sedação é realizada com analgésicos, sedativos e relaxantes musculares. O uso de óxido nitroso/oxigênio também é usado com sucesso no controle de comportamento da criança (Eisenberg, 1976; Moore et al., 1984; Creedon & Dock, 2001).

Outros aspectos devem ser considerados quando se escolhe uma técnica de sedação. O profissional deve utilizá-la somente quando houver real necessidade, avaliando a relação risco/benefício para o paciente (Fraone et al, 1999; Nora & Fortis, 2000). O cirurgião-dentista precisa conhecer e dominar as várias formas de sedação que podem ser empregadas na clínica odontológica. São métodos seguros, quando aplicados corretamente (Matear & Clarke, 1999; Wilson et al., 2000; Ranalli, 2001; Fuks et al., 2002; Oliveira et al., 2001b). A Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, do Conselho Federal de Odontologia (CFO), através da Resolução CFO-185/93 determina no seu Art. 4º § 1º que compete ao cirurgião-dentista “empregar a analgesia e a hipnose, desde que comprovadamente habilitado, quando se constituírem meios eficazes para o tratamento” (CFO, 1993). Creedon & Dock (2001) afirmaram que não é prudente nem admissível o profissional aprender a técnica de sedação consciente pela experimentação no próprio consultório.

É indispensável que haja um controle dos parâmetros fisiológicos do paciente. As drogas devem sedar, porém precisam manter preservados seus reflexos vitais (deglutição, tosse, choro, etc.). O estetoscópio é considerado equipamento mínimo necessário para se ter informações contínuas sobre a taxa respiratória e cardíaca (Kato, 1998; Cangiani & Porto, 2000). Recomenda-se também a utilização do oxímetro de pulso, que é um aparelho que mensura o pulso e mede a saturação do oxigênio no sangue (Leelataweewud et al., 2000; Rosa, 2002). Outra forma de monitoramento é observar o aspecto do paciente. A mucosa bucal, as cores das unhas e da pele fornecem indicações da perfusão do paciente. Esta observação deve ser realizada em intervalos, durante todo o atendimento, e anotado em ficha clínica (Creedon & Dock, 2001). Antes de dispensar o paciente atendido sob sedação, o profissional deve verificar se os sinais vitais estão todos estáveis e se o paciente encontra-se razoavelmente alerta (Leelataweewud et al., 2000).

Os riscos de uma sedação para crianças são relativos a uma série de fatores. Podem ocorrer reações alérgicas e idiossincrasias, por exposição à droga, além de reações tóxicas relacionadas à dosagem do medicamento (Moore et al., 1984). A história médica completa é um requisito essencial para avaliar se o paciente pode ou não ser submetido à sedação. Deve incluir informações relacionadas à presença de alergias e reações graves anteriores; registro de uso de medicação atual; doenças ou anomalias do paciente ou familiares próximos. O profissional precisa verificar fichários de internações hospitalares anteriores, em especial, anestésias prévias e a evolução desses eventos. A avaliação do estado de saúde deve incluir uma revisão dos sistemas corporais do paciente, inclusive informações específicas sobre a passagem de ar pela vias aéreas (Creedon & Dock, 2001).

Os pais devem ser informados que seu filho ficará sonolento e, idealmente irá dormir, mas poderá chorar durante ou após o tratamento. É muito importante que os pais compreendam o que o dentista está tentando realizar com este tipo de conduta (Duncan et al., 1994). Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (1999), é necessário haver uma permissão formalizada dos pais e/ou responsáveis para se realizar sedação. Nenhuma sedação deve ser feita sem que os pais ou responsáveis tenham ciência dos riscos possíveis. Precisam ter conhecimento do que pode ocorrer durante e após o período de sedação. Necessitam conhecer as técnicas e os agentes a serem utilizados, como também conhecer todo e qualquer método alternativo disponível. Devem declarar,

por escrito, que foram devidamente informados. A explicação deve ser feita em termos claros, compatíveis com seu grau de instrução.

O indivíduo que não pode ser atendido de modo convencional no consultório odontológico é indicado para sedação consciente. O motivo pode ser pouca idade, presença de distúrbios mentais e/ou físicos, e condições médicas. O paciente deve ser, preferencialmente, ASA I e II¹ (American Academy of Pediatric Dentistry, 1999).

Existem várias técnicas de sedação citadas na literatura e utilizadas para a realização de um atendimento odontológico, como a seguir:

Inalatória - óxido nitroso / oxigênio

O óxido nitroso é um gás usado para reduzir ou eliminar a ansiedade e o medo do paciente. É administrado em conjunto com o oxigênio, através de uma máscara nasal. A combinação dos gases provoca uma leve e estável sedação do paciente (Griffin et al., 1981; Feigal, 1995; Rosa, 2002).

A técnica de sedação com óxido nitroso apresenta algumas desvantagens clínicas como: necessidade mínima de cooperação por parte do paciente, dificuldade de uso em pacientes com obstrução das vias aéreas por alguma etiologia como deformidade maxilo-facial e respiração bucal, possibilidade de reações adversas em pacientes que fazem uso de depressores do Sistema Nervoso Central (SNC), dificuldade de uso em pacientes que não se sentem confortáveis com a técnica (Feigal, 1995). De acordo com a legislação brasileira, o cirurgião-dentista está autorizado a executar a técnica. Entretanto, o profissional deve propor-se a realizar a sedação com óxido nitroso apenas depois de receber um primoroso preparo técnico, farmacológico e clínico sobre a técnica, inclusive em relação as possíveis emergências que podem ocorrer durante sua execução.

¹ Segundo a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA), o estado físico do paciente pode ser classificado em seis graus. A pessoa saudável e normal é classificada como ASA I. O paciente com doença sistêmica, leve a moderada, é classificado como ASA II. Aquele com doença sistêmica grave, que limita a atividade, mas não é incapacitante, é tido como ASA III. O paciente classificado como ASA IV é aquele que apresenta doença sistêmica grave, que limita a atividade e é uma constante ameaça à vida. O paciente ASA V é aquele moribundo, cuja sobrevivência não deve ultrapassar 24 horas, com ou sem cirurgia. O indivíduo ASA VI é aquele cuja morte cerebral é declarada (Ghezzi et al., 2000).

Quando utilizado corretamente e dentro dos padrões recomendados de segurança, o óxido nitroso é um excelente aliado no controle de comportamento da criança durante o atendimento (Oliveira et al., 2002).

Pré-medicação

Em muitos casos, é preciso antes do início do atendimento, pré-medicação a criança, para diminuir suas tensões emocionais ou para se conseguir um relaxamento muscular. No entanto, o tipo de agente farmacológico e dosagem a serem utilizados podem variar significativamente (Matear & Clarke; 1999; Wilson et al., 2000).

Diversos medicamentos têm a capacidade de deprimir a função do SNC, podendo provocar calma ou sonolência. Neste caso a sedação poderá ser obtida como efeito colateral de vários medicamentos, como anti-histamínicos e neurolépticos (fenotiazinas). Apesar desses agentes intensificarem os efeitos dos depressores do SNC, produzem efeitos terapêuticos mais específicos, em concentrações muito inferiores àqueles que causam depressão substancial ao SNC. Os agentes sedativo-hipnóticos benzodiazepínicos assemelham-se a estes medicamentos. Já as drogas sedativo-hipnóticas não benzodiazepínicas (como os barbitúricos), deprimem o SNC de forma dependente. Produzem progressivamente sedação, sono, inconsciência, anestesia cirúrgica, coma e, por fim, depressão fatal da regulação respiratória e cardiovascular (Hobbs et al., 1996; Creedon & Dock, 2001).

As formas de administração oral, retal e intranasal são mais vantajosas que a via parenteral, além de serem menos traumáticas e mais econômicas (Lundgren & Rosenquist, 1984; Milnes et al., 2000). A via oral é a forma de administração medicamentosa mais freqüentemente usada pelos odontopediatras, por ser de fácil administração e um dos métodos mais seguros de sedação. É universalmente aceita, apresentando baixo custo e, baixa incidência e gravidade de reações adversas. Além disso, dispensa qualquer forma de treinamento especial para o clínico executar a técnica (Sams et al., 1992; Marshall et al., 1999; Matear & Clarke, 1999; Wilson et al., 2000).

O dentista deve estar atualizado, como também compreender a farmacologia dos medicamentos. Necessita saber dosá-los convenientemente e estar preparado para resolver qualquer complicação que sobrevenha à administração das drogas. A criança

deve ser diagnosticada corretamente quanto ao seu estado clínico, para se indicar e dosar precisamente o medicamento necessário. O sucesso ou fracasso da pré-medicação está condicionado a um conhecimento geral da resposta fisiológica do paciente à administração da droga, à excitação momentânea, como a certas condições do meio familiar. Em muitos casos, é vantajoso combinar métodos e agentes de sedação consciente (Needleman et al., 1995; Matear & Clarke; 1999; Wilson et al., 2000).

2.3.2.2 Sedação profunda (ou inconsciente)

É definida como um estado controlado de depressão da consciência. O paciente não é despertado com facilidade. Este grau de sedação é acompanhado por uma perda parcial ou completa dos reflexos protetores, da habilidade de manter a respiração espontânea e responder corretamente a estímulos físicos ou comando verbal. Ocorre quando são usadas altas doses de medicamento (American Academy of Pediatric Dentistry, 1999).

Segundo Belanger & Tilliss (1993) e Creedon & Dock (2001), freqüentemente, sedação profunda e anestesia geral são definidas separadamente. Entretanto, com o propósito de demonstrar o que é necessário para controlar o paciente em termos de treino, monitorização, facilidade e pessoal, os dois estados referem-se a um estado psicológico. Os requisitos para controlar uma pessoa inconsciente exigem mais rigor e cuidado com sua segurança. O profissional não deve classificar o estado do paciente em termos de técnicas utilizadas, mas sim de acordo com o nível de consciência obtido. Por via oral, pode-se obter inconsciência, ou completa anestesia geral em um paciente.

De acordo com o Guia de Manejo Comportamental da American Academy of Pediatric Dentistry (1999), os profissionais que escolhem praticar sedação profunda em crianças devem ter um alto grau de treinamento técnico-científico, assim como bastante atenção na vigilância e monitoração da criança sedada. Além disso, segundo Fuks et al. (2002), os pacientes sob sedação profunda necessitam ter um cateter intravenoso em posição. É imprescindível que esteja presente um profissional treinado em estabelecer um acesso intravenoso, quando necessário. De acordo com os autores, devido ao maior risco da sedação profunda, a mesma não deve ser praticada por dentistas, e sim, por médicos anestesistas.

2.3.2.3 Anestesia geral

A anestesia geral é um estado controlado do inconsciente, acompanhado pela perda dos reflexos de proteção, incluindo a habilidade para manter a respiração e resposta de estimulação física ou comando verbal (American Academy of Pediatric Dentistry, 1999).

A utilização de anestesia geral deve envolver um julgamento dos riscos médicos. Ainda que a mortalidade relacionada ao atendimento odontológico sob anestesia geral seja extremamente baixa, existem relatos de complicações relacionadas à anestesia (Persliden & Magnusson, 1980; Ghezzi et al., 2000). Os mais comuns são: agitação e inquietação, hipertensão ou hipotensão transitórias, hipotermia, hipóxia transitória, náuseas, vômitos e sedação prolongada (Ghezzi et al., 2000).

Os pacientes classificados como ASA I, II e III são candidatos a receber atendimento sob anestesia geral. Ela é indicada geralmente para pessoas com comprometimentos físicos e mentais, e para pacientes com necessidades odontológicas cuja anestesia local não é eficaz devido a uma infecção aguda, variação anatômica ou alergia. Pode ser empregada também em crianças ou adolescentes extremamente não cooperativos, medrosos, ansiosos, ou incomunicáveis. É também recomendada para pacientes com trauma orofacial e/ou dental extensos. Não é indicada para pacientes saudáveis, cooperativos com mínimas necessidades odontológicas e por contra-indicações médicas (Bell, 1957; Bachman & Freeman, 1960; Persliden & Magnusson, 1980; Ferretti, 1984; Enger & Mourino, 1985; Sheehy et al., 1994; Ghezzi et al., 2000).

Segundo Palhares (2000), nos pacientes cooperativos não há necessidade de utilização de anestesia geral para pequenos procedimentos em medicina ou odontologia. Em situações especiais, no entanto, onde se incluem muitas vezes os portadores de deficiência, existe a necessidade da imobilização do paciente através da anestesia geral para o atendimento médico ou odontológico.

Baseado em um registro de dados obtidos de 1993 a 1998, no Núcleo Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais “Washington Franco do Couto” – Unidade de Serviço Odontológico da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, em Belo Horizonte, foram atendidos, no referido período, 1716 pacientes com necessidades especiais. Desse total, 810 (47%) eram portadores de paralisia cerebral,

deficiência mental, Síndrome de Down, ou algum distúrbio psiquiátrico. Apenas 94 pacientes (5,5%) precisaram receber atendimento odontológico sob anestesia geral, dos quais 72% eram portadores de paralisia cerebral, deficiência mental, Síndrome de Down, ou algum distúrbio psiquiátrico (Minas Gerais, 1999). Hulland & Sigal (2000) realizaram um estudo, em um hospital dos EUA que presta atendimento odontológico sob anestesia geral, e observaram que entre os 1384 pacientes analisados 39,5% eram portadores de deficiência mental moderada, para profunda e 31% apresentavam distúrbios de comportamento moderado para profundo. Os autores concluíram que problemas de comportamento e deficiência mental são os dois fatores que mais fortemente se relacionam ao tratamento odontológico sob anestesia geral.

Couto et al. (2001) realizaram um estudo para avaliar os resultados do Serviço de Atendimento Odontológico de Pacientes Infantis sob Anestesia Geral do Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva – do Centro de Ciências da Saúde na Universidade Federal de Pernambuco. Os autores determinaram o perfil de 53 pacientes atendidos no referido serviço no período de 1999 a 2000, através de suas fichas de atendimento. Os resultados mostraram que o percentual de pacientes sem comprometimento físico ou mental atendidos sob anestesia geral (71,7%), foi superior ao de pacientes especiais (28,3%). A faixa etária de três a cinco anos foi a mais prevalente (35,8%). Os procedimentos clínicos/cirúrgicos mais realizados foram: profilaxias (13%), restaurações (37%), pulpotomias (7%), fixação de coroas de aço (3%), aplicação de carióstáticos (9%) e exodontias (25%). Os resultados do serviço foram considerados positivos, tanto em relação ao pós-operatório, que não apresentou nenhum caso de intercorrência, como em nível de satisfação dos pacientes e pais/responsáveis, já que os mesmos demonstraram satisfação com o atendimento.

A Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, através da Resolução CFO-185/93 determina no seu Art. 4º § 3º que “o cirurgião-dentista somente poderá executar trabalhos profissionais em pacientes sob anestesia geral quando a mesma for executada por profissional médico especialista e em ambiente hospitalar que disponha das indispensáveis condições comuns a ambientes cirúrgicos” (CFO, 1993).

O Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução CFM-1536/98 determina no seu artigo 3º que “os médicos anestesiolistas só poderão atender as

solicitações para realização de anestesia geral em pacientes a serem submetidos à cirurgia por cirurgião-dentista quando esta for realizada em hospital que disponha das indispensáveis condições de segurança comuns a ambientes cirúrgicos, conforme disposto na Resolução CFM-1363/93” (CFM, 1998). A Resolução CFM-1363/93, em seu artigo 1º, determina que “todas as conseqüências decorrentes do ato anestésico são da responsabilidade direta e pessoal do médico anestesista”. De acordo com seu artigo 2º entende-se por condições mínimas de segurança para a prática de anestesia, condições como: “Monitorização dos pacientes com esfigmomanômetro, estetoscópio pré-cordial ou esofágico e cardioscópio”; “Monitorização do gás carbônico (CO₂) expirado e da saturação da hemoglobina, nas situações tecnicamente indicadas”; “Os critérios de alta do paciente no período de recuperação pós-anestésica são de responsabilidade intransferível do anestesista” (CFM, 1993).

É imprescindível a obtenção de consentimento por escrito dos pais ou responsáveis, autorizando o uso da anestesia geral na criança (Bell, 1957; Bachman & Freeman, 1960; Tocchini & Wycoff, 1966; Ferretti, 1984; Weddell & Jones, 2001). Segundo Palhares (2000), o atendimento de pacientes portadores de deficiência, sob anestesia geral, promove economia de tempo e dinheiro. Além disso, evita desgastes da família em tentativas sucessivas de atendimento sob anestesia local, tanto no atendimento médico, quanto no odontológico.

2.4 A percepção da família quanto ao atendimento odontológico da criança

É essencial, na prática clínica, compreender a importância da comunicação entre profissionais e a família. Um relacionamento amistoso entre cirurgião-dentista, pacientes e pais proporciona um diagnóstico preciso e um tratamento eficiente (Murphy et al., 1984; Bailey, 1985; Lawrence et al., 1991; Minas Gerais, 1999; Belmont, 2000; Wright, 2001).

O profissional deve ser compreensivo quanto às reações dos pais e outros familiares que acompanham a criança para a consulta odontológica. Precisa transmitir segurança para diminuir a ansiedade dos acompanhantes, realizando um trabalho de comprovada qualidade técnica-científica, utilizando o que há de melhor para cada caso (Nóbrega, 1995; Sedlacek et al., 1996; Aragone & Vicente, 1999). Bachman & Freeman (1960) e Vono (1965) já afirmavam sobre a importância de explicar e tranquilizar os pais

sobre os procedimentos planejados no atendimento odontológico da criança. A família precisa compreender que o profissional está executando exatamente o que deve e precisa ser feito. Desta forma, afasta dúvidas e más interpretações.

Além do aspecto de educação dos pais, as informações prévias, na forma de consentimento esclarecido, devem ser dadas com o objetivo de evitar problemas éticos futuros (Bailey, 1985; Belmont, 2000; Wright, 2001). O Código de Ética Odontológica do Brasil estabelece no seu artigo 6º, incisos II e III que é considerado infração ética com o paciente “deixar de esclarecer adequadamente os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento”, bem como “executar ou propor tratamento desnecessário ou para o qual não esteja capacitado” (CFO, 1998).

Os profissionais costumavam omitir dos pais as decisões relacionadas ao manejo de comportamento das crianças, entretanto várias mudanças foram realizadas neste aspecto. De acordo com a literatura, o acesso das pessoas às informações sobre saúde sofreu um incremento. Os pacientes e/ou a família não aceitam mais, passivamente, os tratamentos oferecidos. Pelo contrário, questionam se realmente aquele tratamento é eficaz, se é necessário, e quais são as alternativas para o mesmo (Hagan et al., 1984; Murphy et al., 1984; Belanger & Tilliss, 1993; Freeman, 1998). Toda vez que um diagnóstico é feito e um tratamento é recomendado, é importante que o paciente e/ou responsável não apenas receba as informações necessárias, mas que possa compreendê-las bem. Deste modo, podem optar pela recusa ao tratamento se considerarem algum aspecto suficientemente desagradável (Bailey, 1985; Council on Insurance, 1987; Nathan, 1989; Nóbrega, 1995).

O profissional deve permitir aos pais falar livremente sobre a criança. Antes do início do atendimento é conveniente que o odontopediatra discuta detalhadamente com os pais, ou acompanhantes, o que pretende fazer. É essencial ainda que fiquem a par dos impedimentos da criança e da gravidade e extensão da doença. Deve ser destacada a importância do atendimento odontológico para melhorar a saúde geral do paciente. É importante esclarecê-los que, nem sempre que a criança chora, é porque está sofrendo alguma dor, mas sim, que está dando vazão às suas tensões emocionais (Nóbrega, 1995). Sedlacek et al. (1996) afirmaram que um trabalho de orientação e conscientização dos pais e/ou responsáveis, em relação à execução do tratamento, necessita ser iniciado já na primeira consulta, e mantido ao longo de todas as etapas propostas. A participação

de pais, irmãos e pessoas que convivem com o portador de deficiência mental deve ser, constantemente estimulada nas atividades profiláticas e de manutenção do tratamento realizado.

Barber (1969) já afirmava sobre o fato da família ser grande colaboradora no planejamento do tratamento odontológico do paciente portador de deficiência. Para o autor, os pais conhecem bem o comportamento da criança e sabem o melhor caminho para controlá-la. Não se deve ignorar a opinião dos pais no planejamento de tratar a criança e na sua adequação comportamental. Segundo Kupietzky & Blumenstyk (1998), com a ênfase aos direitos da criança e no aumento da participação da família no processo de decisão do tratamento odontológico, a atitude dos pais sobre o manejo de comportamento constitui um importante fator, quando um método de atendimento é selecionado.

Murphy et al. (1984) realizaram um estudo para avaliar a opinião dos pais em relação às técnicas de manejo comportamental utilizadas durante o atendimento odontopediátrico. Foram pesquisados 67 pais, com filhos em idade pré-escolar, de três diferentes regiões da Carolina do Norte (EUA). A coleta de dados foi feita através de um questionário para busca das informações necessárias. Em seguida os pais assistiram a uma fita de vídeo simulando dez técnicas de manejo de comportamento que poderiam ser utilizadas em seus filhos durante um atendimento odontológico. As técnicas exibidas foram: falar-mostrar-fazer, controle da voz, uso de abridor de boca, reforço positivo, mão sobre a boca, contenção física ativa (realizada pelo dentista) contenção física ativa (realizada pela auxiliar), contenção física passiva (com "Papoose Board®"), sedação (com pré-medicação) e anestesia geral. Cada técnica era previamente explicada, de forma oral, por um dentista. Um questionário permitiu que cada participante expressasse seu grau de aceitação frente às 10 técnicas. Apenas quatro técnicas tiveram maiores índices de aceitação. Elas incluíam controle de voz, uso do abridor de boca, reforço positivo e falar-mostrar-fazer. As técnicas menos aceitas foram: contenção física ativa pelo dentista e pela auxiliar; mão sobre a boca; sedação; anestesia geral e contenção física passiva. Destas, as mais rejeitadas foram anestesia geral e contenção física passiva. Não houve uma correlação significativa entre a idade dos pais e a aprovação de uma técnica específica. Porém, ao aumentar o nível sócio-econômico, a aprovação da anestesia geral

diminuiu. O estudo mostrou que técnicas menos agressivas apresentaram maior índice de aceitação.

Fields Jr. et al. (1984), dando continuidade à pesquisa de Murphy et al. (1984), analisaram a aceitação dos pais sobre as técnicas de manejo de comportamento, em relação ao tipo de procedimento odontológico a ser realizado nas crianças. Foram analisados os mesmos 67 pais da pesquisa anterior que, em um dado momento assistiram a um novo vídeo contendo seis procedimentos odontológicos: exame clínico; exame radiográfico; aplicação tópica de flúor; aplicação de anestesia local; tratamento restaurador e, exodontia de emergência. Os pais determinaram em um questionário, qual técnica de manejo seria aceita para ganhar a cooperação do paciente, em cada procedimento odontológico específico. Os autores observaram que as técnicas de contenção física passiva e mão sobre a boca foram inaceitáveis pela maioria dos entrevistados, independente do tipo de tratamento odontológico. As técnicas de reforço positivo e falar-mostrar-fazer foram significativamente aceitáveis para qualquer procedimento. As técnicas de sedação e anestesia geral foram aceitas pela maioria dos pais, apenas para exodontia de emergência e tratamento restaurador. De acordo com os autores, quando um procedimento tornou-se mais invasivo, a aprovação dos pais sobre as técnicas aumentou. Portanto, concluíram que a aceitabilidade da técnica de manejo de comportamento dependeu das necessidades da criança na hora do atendimento.

Baseados nos estudos de Murphy et al. (1984) e Fields Jr. et al. (1984), Lawrence et al. (1991) realizaram um estudo para comparar o efeito de uma explicação prévia na aceitação dos pais sobre oito técnicas de manejo de comportamento. Para isso, editaram duas fitas de vídeo com trechos de tratamentos odontológicos de crianças atendidas em um hospital escola dos EUA. Os vídeos continham as seguintes técnicas: falar-mostrar-fazer; sedação com óxido nitroso/oxigênio; contenção passiva (com Papoose Board®); controle da voz; mão sobre a boca; sedação com pré-medicação; contenção ativa (pelo dentista e auxiliar) e anestesia geral. Um dos vídeos continha apenas a exibição das técnicas. O outro continha explicações prévias sobre cada técnica exibida, sendo realizadas por um dentista. Participaram da pesquisa 80 adultos que acompanhavam crianças que recebiam atendimento odontológico no hospital escola. A média de idade dos pais era de 30 anos, sendo a maioria pertencente ao sexo feminino e de um nível econômico menos favorecido. Primeiramente, cada participante preencheu um

questionário com informações de interesse dos pesquisadores. Um total de 40 pesquisados (grupo experimental) assistiu a edição do vídeo que fornecia explicações prévias sobre cada técnica selecionada. O grupo controle, também formado por 40 pais, assistiu ao outro vídeo contendo apenas a exibição das técnicas. Cada participante assistiu individualmente ao vídeo, não havendo a influência de um participante sobre outro. Após a apresentação do vídeo, o participante foi instruído a definir seu grau de aceitação sobre cada técnica por meio de uma escala visual. Os resultados demonstraram que, para ambos os grupos, as técnicas mais rejeitadas foram: anestesia geral; contenção física passiva; pré-medicação e mão sobre a boca. O grupo controle apresentou um índice bem maior de rejeição. Não houve relação significativa entre a idade dos pais e a aceitação sobre as técnicas de controle. Segundo os autores, técnicas como controle de voz e falar-mostrar-fazer são mais aceitas. As técnicas consideradas mais radicais, como sedação, anestesia geral e mão sobre a boca são mais rejeitadas pelos pais. Consideraram, porém, que mesmo nestas técnicas, quando os pais são bem orientados, são capazes de aceitar um pouco melhor o seu emprego.

Havelka et al. (1992) realizaram um estudo, nos EUA, para determinar se o nível social dos pais influencia na preferência sobre as técnicas de manejo de comportamento, usadas durante o atendimento odontológico e, se uma explicação prévia sobre as técnicas influencia na opinião dos pais. Participaram dessa pesquisa 122 pais de duas clínicas privadas e de uma clínica odontológica pública. Os pais preencheram um questionário com dados de interesse dos pesquisadores. Em seguida assistiram a um vídeo exibindo oito técnicas de manejo comportamental. O vídeo e a metodologia foram às mesmas utilizadas no estudo de Lawrence et al. (1991). O grupo controle (sem explicações) aceitou menos técnicas que o grupo experimental (com explicações). A técnica falar-mostrar-fazer foi mais aceita no grupo experimental, independente do nível social. Os participantes de nível social baixo rejeitaram bastante as técnicas mão sobre a boca e contenção passiva (tanto no grupo controle quanto no experimental). A técnica de contenção ativa foi mais aceita pelo grupo experimental mais favorecido economicamente. Quando informados sobre os riscos da técnica de sedação, os pais concordaram mais com seu uso, independente do nível social. Os pais de nível social menos favorecido aceitaram mais a anestesia geral, embora no grupo experimental tenham rejeitado mais. Através deste estudo, os autores observaram a influência das informações prévias a

respeito das técnicas, enquanto o nível social mostrou ser apenas um dos fatores determinantes na aceitação dos pais sobre determinada técnica. A aceitação dos pais variou individualmente, sugerindo a importância de um consentimento informado em qualquer nível social.

Allen et al. (1995) desenvolveram um estudo para comparar quatro métodos de informar aos pais sobre oito técnicas de manejo de comportamento, utilizadas pelos dentistas. Os autores utilizaram as mesmas fitas do estudo de Lawrence et al. (1991). Foram selecionados 120 pais de crianças, com idade entre dois e oito anos, pertencentes à clínica odontológica da Universidade do Nebraska (EUA). Os pais foram divididos em quatro grupos. O grupo um assistiu ao vídeo contendo a exibição das técnicas com a explicação prévia sobre cada uma. O grupo dois assistiu à fita de vídeo sem explicações sobre as técnicas. O grupo três recebeu apenas uma apresentação escrita das técnicas, com as mesmas explicações da fita de vídeo do grupo um. E o grupo quatro recebeu somente uma apresentação oral, realizada por um pesquisador, com o mesmo conteúdo da fita do grupo um. As técnicas foram apresentadas individualmente para cada participante. Após a apresentação das técnicas, o participante respondia um questionário sobre seu grau de satisfação, em relação às formas de apresentação das técnicas. Os pais também informaram se consentiriam a aplicação de alguma técnica em seus filhos. O método oral resultou em mais de 95% de satisfação dos pais, como forma de informação sobre as técnicas. Entretanto, em relação ao consentimento para utilização das técnicas nas crianças, não houve diferença significativa entre as quatro apresentações. Os pais relataram que o fato de estarem bem informados sobre cada técnica de manejo foi relevante nas suas decisões de consentimento. A maioria dos pais (75%) afirmou que um consentimento informado deveria sempre ser obtido em relação às técnicas de manejo mais invasivas (óxido nitroso, contenção passiva, mão sobre a boca, pré-medicação oral e anestesia geral). Os resultados deste estudo mostraram que a apresentação oral, contendo informações sobre as técnicas de manejo de comportamento, foi o método mais satisfatório para os pais.

Brandes et al. (1995) desenvolveram um estudo para comparar a aceitação dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental durante o atendimento odontopediátrico. Foram pesquisados quarenta pais de crianças portadoras de deficiência física e/ou mental e quarenta pais de crianças não portadoras de deficiência, pertencentes

a um hospital de Ohio (EUA). Os pesquisadores utilizaram um questionário para coletar dados de interesse para a pesquisa e uma escala visual analógica. A escala foi usada para indicar a aceitação dos pais, em relação a cada técnica, para cada procedimento. Avaliaram as técnicas de mão sobre a boca, sedação com óxido nitroso, contenção passiva (Papoose Board®) e anestesia geral. Questionaram sobre o uso dessas técnicas após a realização de três procedimentos: consulta de profilaxia/exame clínico, tratamento restaurador ou urgência (dor de dente). Metade de cada grupo de pais recebeu uma descrição escrita sobre as técnicas de manejo de comportamento. A outra metade não obteve nenhuma informação prévia. O estudo mostrou que não houve diferença significativa entre a aceitação das técnicas, pelos pais de crianças portadoras de deficiência e de crianças não portadoras de deficiência. Exceção para o uso de contenção física em consultas de revisão e profilaxia. Os pais de crianças não portadoras de deficiência não aceitaram a técnica para esses procedimentos. O outro grupo foi receptivo. Isto pode ser explicado pelo fato de muitos procedimentos médicos, realizados em pacientes portadores de deficiência, usarem essas técnicas. Além disso, os pais julgam necessário o uso desses recursos de contenção.

Scott & García-Godoy (1998) realizaram um estudo para determinar a atitude de pais hispânicos, em relação às técnicas de controle de comportamento mais utilizadas em odontopediatria. Foram avaliados 32 pais, cujas crianças realizavam tratamento odontológico no hospital escola de uma universidade do Texas (EUA). As informações sobre os pais foram coletadas através de um questionário. Os vídeos e a metodologia foram às mesmas utilizadas no estudo de Lawrence et al. (1991). O estudo mostrou que técnicas de manejo físico (Papoose Board®, mão sobre a boca e contenção ativa) foram mais rejeitadas pelos pais, quando comparadas às técnicas farmacológicas ou verbais (falar-mostrar-fazer e controle de voz), principalmente no grupo controle. A técnica falar-mostrar-fazer foi a mais aceita, principalmente no grupo experimental. As técnicas de mão sobre a boca e Papoose Board® mostraram-se menos aceitas que todas as outras, em ambos os grupos. Independente do grupo, os pais preferem que a criança receba anestesia geral, à técnica de mão sobre a boca. Para os autores, o dentista deve incluir os pais na decisão sobre qual técnica de contenção usará na criança. Quando os pais recebem informações sobre as técnicas, tendem a aceitá-la melhor.

Belmont (2000) realizou um estudo para analisar o grau de aceitabilidade e compreensão dos pais, em relação a algumas técnicas de manejo comportamental, quando estes recebem, ou não, informações prévias a respeito de cada técnica. Para isso, foram analisados 80 pais, de crianças com até três anos de idade, que buscavam atendimento odontológico para seus filhos em uma clínica da Universidade de São Paulo, e em consultórios particulares de São Paulo. Primeiramente, os participantes responderam a um questionário com informações sócio-demográficas. Em seguida, os participantes foram divididos em dois grupos de 40 pais. O grupo um (grupo controle) assistiu a um vídeo exibindo quatro técnicas de manejo comportamental: contenção física passiva (com Papoose Board®); contenção física ativa (realizada pelos pais e auxiliar) e sedação (com óxido nitroso e com pré-medicação). Não foi fornecida qualquer informação prévia sobre cada técnica. O grupo dois assistiu a um vídeo idêntico, adicionado de explicações sobre as técnicas (grupo experimental). Os dois vídeos foram editados pela pesquisadora, e as apresentações visuais foram realizadas individualmente, com cada participante. Após assistir a cada técnica, o responsável respondeu a um questionário acompanhado de uma escala analógica, indicando seu grau de aceitabilidade para cada técnica exibida. Os resultados mostraram que, no grupo controle, quanto maior o grau de instrução, menor a aceitação das técnicas pelos pais, independente da duração do tratamento planejado. Já no grupo experimental, quanto maior o grau de instrução dos pais, maior a aceitação. As técnicas de sedação com óxido nitroso e com pré-medicação apresentaram maior índice de rejeição no grupo experimental. Quando questionados sobre a segurança das técnicas, ambos os grupos declararam que a contenção ativa era a mais segura e a de óxido nitroso a menos segura. Neste estudo as informações prévias, dadas aos pais, foram importantes para se determinar a aceitabilidade das diferentes técnicas de manejo comportamental avaliadas. De acordo com a autora, isto ocorreu provavelmente em decorrência do desconhecimento generalizado da população, em relação à utilização de técnicas farmacológicas em odontologia, deixando-os inseguros em aceitar tais métodos de trabalho.

Fúccio et al. (2002) realizaram um estudo com 49 pais de crianças, com idade entre três e 12 anos, que recebiam atendimento na Clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG), em Belo Horizonte. Foi analisada a opinião dos pais, em relação às técnicas de manejo

comportamental utilizadas em odontopediatria. Os participantes assistiram a uma exposição áudio-visual das técnicas falar-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo, modelo, mão sobre a boca, contenção ativa, contenção passiva, sedação e anestesia geral. As imagens de cada técnica foram projetadas em slides. Uma gravação em fita cassete explicou, simultaneamente, a técnica correspondente. Em seguida, cada participante registrou em uma escala seu grau de aceitação sobre cada técnica. As técnicas falar-mostrar-fazer, controle da voz, reforço positivo e modelo foram aceitas por 81% dos pais. Já as técnicas consideradas restritivas (mão sobre a boca, contenção ativa e contenção passiva) foram aceitas por apenas 29% dos pais. Entre as técnicas farmacológicas (sedação e anestesia geral), somente 18% dos pais afirmaram aceitar sua utilização. Entretanto, apesar da grande desaprovação quanto às técnicas restritivas e farmacológicas, muitos participantes mostraram-se dispostos a aceitá-las se o uso fosse necessário. Segundo os autores, é extremamente importante esclarecer aos pais sobre a técnica de manejo comportamental a ser utilizada na criança; principalmente se o profissional for utilizar técnicas restritivas ou farmacológicas.

Com o objetivo de analisar a opinião dos pais, em relação ao atendimento odontopediátrico, Ferreira et al. (2002) realizaram um estudo com 75 pais, com filhos entre dois e seis anos de idade, em Belo Horizonte. A maior parte dos pais, de classe mais favorecida economicamente (66,6%), demonstrou preocupação com o fato da criança chorar durante a consulta odontológica. Por outro lado, a maioria dos pais, de classe menos favorecida (63,8%), considerou este fato irrelevante. Independente, porém, da classe econômica, 57,1% dos participantes, cujos filhos já receberam contenção física durante o atendimento, consideraram importante o odontopediatra explicar como pretende atender a criança. Os autores afirmaram que, apesar de ter tido uma correlação entre a classe econômica e a postura dos pais, quanto ao atendimento odontopediátrico, outros fatores podem influir nas suas opiniões.

Vários estudos defendem a comunicação cuidadosa com os pais. Já não entregam mais todas as decisões de tratamento para o dentista. Pelo contrário, muitas vezes questionam as atitudes do profissional. Os dentistas precisam conhecer a patologia dental, a necessidade do tratamento odontológico e o método a ser utilizado. São os pais, no entanto, que devem decidir sobre a maneira como a criança será atendida e tratada. Uma boa comunicação implica em maior aceitação dos pais, ao atendimento odontológico

a ser realizado pelo profissional. Com o envolvimento dos pais na escolha das estratégias de manejo utilizadas pelo dentista, o profissional os mantém com uma atitude positiva em relação ao tratamento. Portanto, é essencial saber a opinião da população atendida (Hagan et al., 1984; Murphy et al., 1984; Lawrence et al., 1991; Belanger & Tilliss, 1993; Feigal, 1995; Belmont, 2000; Fúccio et al., 2002). A aceitação das técnicas de manejo pelos pais exerce forte influência quanto à escolha da técnica apropriada para a criança não colaboradora (Carr et al., 1999).

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a aceitação dos pais/responsáveis em relação às técnicas de contenção física e química utilizadas em crianças/adolescentes portadores de deficiência mental, da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata, durante o atendimento odontológico.

3.2 Objetivos específicos

1. Relacionar a aceitação dos pais/responsáveis com a instituição freqüentada pelas crianças/adolescentes.
2. Relacionar a aceitação dos pais/responsáveis com as variáveis sociais: classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade dos pais/responsáveis.
3. Relacionar a aceitação dos pais/responsáveis com as variáveis familiares: número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco.
4. Relacionar a aceitação dos pais/responsáveis com as variáveis biológicas: idade e gênero da criança/adolescente e idade dos pais/responsáveis.
5. Relacionar a aceitação dos pais/responsáveis com as variáveis: experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção.
6. Verificar o perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção.

4 HIPÓTESES

4 HIPÓTESES

1. A instituição freqüentada pelas crianças/adolescentes (APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata) não influencia na aceitação dos pais/responsáveis sobre as técnicas de contenção.
2. Variáveis sociais e familiares não influenciam na aceitação dos pais/responsáveis sobre as técnicas de contenção.
3. Variáveis biológicas não influenciam na aceitação dos pais/responsáveis sobre as técnicas de contenção. Exceção deve ocorrer para a idade da criança/adolescente, que quanto mais nova menor a aceitação dos pais/responsáveis para as técnicas de contenção.
4. Pais/responsáveis, cuja criança/adolescente tenha tido experiência odontológica ou com algum método de contenção, aceitam as técnicas de contenção em maior percentual.

5 METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

A APAE é uma instituição civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional. Sua função é a de melhorar as condições de vida da pessoa portadora de deficiência, principalmente assegurar-lhe o desenvolvimento e os direitos de cidadão. O Brasil reúne, através da Federação Nacional das APAEs, cerca de 1.500 APAEs e outras entidades análogas espalhadas por todo o país. Presta assistência à aproximadamente 200.000 pessoas portadoras de deficiência e aos seus pais e/ou responsáveis. Conta com cerca de 37.000 profissionais das áreas de educação especial, habilitação e reabilitação, saúde e formação profissional (Federação Nacional das APAEs, 1999).

A instituição oferece atendimento a pessoas portadoras de deficiência, do nascimento à idade adulta, promovendo seu bem estar e inclusão social. Este auxílio é realizado por meio de programas de assistência à saúde, estimulação precoce, educação infantil, ensino fundamental, preparação e encaminhamento ao mercado de trabalho. Conta com o apoio de equipes multidisciplinares, que desenvolvem atividades nas áreas pedagógica, clínica, reabilitadora e social. A educação acadêmica e a convivência social proporcionadas pelo ambiente escolar, assim como a habilitação para o trabalho são etapas fundamentais do processo de inclusão à sociedade. A inclusão significa possibilitar ao portador de deficiência acesso a todas as atividades das quais outras pessoas participam. Significa ver o indivíduo, o cidadão e não a deficiência. A integração entre a APAE, o portador de deficiência e sua família, constitui um importante componente no desenvolvimento da auto-estima e da autonomia pessoal do institucionalizado (APAE, 2001).

A escolha da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata para realizar a coleta de dados deste estudo foi feita em razão da possibilidade de se encontrar participantes com características similares. Além disso, todos os institucionalizados recebem assistências médica e odontológica semelhantes. Ambas as instituições, através de seus dirigentes, mostraram-se muito receptivas em colaborar com a pesquisa e demonstraram grande interesse pelo tema. As duas APAEs apresentam uma excelente infra-estrutura.

Possuem inclusive consultórios odontológicos, onde os institucionalizados são atendidos gratuitamente.

A escolha das instituições objetivou selecionar amostras de conveniência, ou seja, não aleatórias. De acordo com Pereira (1995), as pessoas que fazem parte de amostras não-aleatórias são selecionadas por um julgamento de valor e não por questões de aleatoriedade estatística, sendo constituídas por pessoas mais acessíveis.

5.1.1 Caracterização da APAE de Belo Horizonte (APAE-BH)

A cidade de Belo Horizonte é a capital do estado de Minas Gerais. Possui uma população de 2.238.526 habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000).

No primeiro semestre do ano de 2002, a APAE-BH possuía 802 indivíduos institucionalizados, divididos em duas unidades: Barreiro (490) e Santa Tereza (312). A Unidade Barreiro é constituída por indivíduos adultos e por crianças/adolescentes sem estrutura familiar, que residem no local sob a responsabilidade da instituição. Apenas a Unidade Santa Tereza participou deste estudo. Nela estão presentes à escola e a clínica da APAE, locais freqüentados pelo público alvo da pesquisa. A clínica presta assistência aos pacientes nas áreas de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, odontologia e medicina (pediatria e neurologia). Oferece também atendimento aos portadores de deficiência que necessitam de acompanhamento, mas não freqüentam a escola da instituição. A APAE atende pessoas de toda a região metropolitana. Presta assistência principalmente a indivíduos diagnosticados com atraso de desenvolvimento neuro-psico-motor, deficiência física e mental, paralisia cerebral, autismo, Síndrome de Down, múltipla deficiência, microcefalia, hidrocefalia e dislalia.

5.1.2 Caracterização da APAE de Lagoa da Prata (APAE-LP)

Lagoa da Prata está situada na região centro-oeste de Minas Gerais, a 180 km de Belo Horizonte. Possui uma população de 38.758 habitantes, segundo dados do IBGE (2000).

A APAE-LP, no primeiro semestre do ano de 2002, apresentava 218 institucionalizados, pertencentes à clínica e/ou a escola. A clínica presta assistência aos pacientes nas áreas de psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, odontologia e medicina (pediatria e neurologia). Oferece ainda atendimento aos portadores de deficiência que necessitam de acompanhamento, mas não freqüentam a escola da instituição. Recebe indivíduos de várias cidades da região centro-oeste (Luz, Bom Despacho, Moema, Japaraíba, Santo Antônio do Monte e Arcos), atuando como um centro de referência regional. Assiste, principalmente, pessoas diagnosticadas com autismo, deficiência mental, paralisia cerebral, microcefalia, deficiência visual, hidrocefalia, múltipla deficiência, atraso de desenvolvimento neuro-psico-motor, Síndrome de Down, deficiência auditiva, dislalia e deficiência física.

5.2 Desenho do estudo

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado um estudo do tipo transversal (Pereira, 1995). Foram selecionados pais/responsáveis, de crianças/adolescentes com idade inferior a 15 anos, portadores de deficiência mental. Foram estimadas suas aceitações em relação às técnicas de contenção utilizadas durante o atendimento odontológico. Na FIG. 1 é apresentado um fluxograma do desenho de estudo.

5.3 População de estudo

5.3.1 Seleção do universo

O grupo de estudo foi constituído por pais/responsáveis de crianças/adolescentes com idade inferior a 15 anos, portadores de deficiência mental, da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata. Foram estudados pais/responsáveis de crianças e adolescentes institucionalizados, graças à possibilidade de se encontrar participantes voluntários com características similares, reunidos num mesmo local.

Foi solicitado aos coordenadores de ambas as instituições, no mês de setembro de 2001, uma listagem com o nome de todos os institucionalizados que freqüentavam as APAEs naquele momento. O objetivo desta lista foi identificar o número de crianças e

adolescentes presentes em cada APAE, a fim de estimar o total de participantes e a viabilidade da pesquisa. A listagem continha o nome completo do institucionalizado, data de nascimento, tipo de deficiência apresentada, e o nome dos pais e/ou responsáveis. A APAE-BH apresentava-se com 305 institucionalizados e a APAE-LP com 224. Foram identificados 147 possíveis participantes na APAE-BH e 98 na APAE-LP.

No mês de abril de 2002, foi requerida as APAEs, uma lista atualizada com o nome de todos os institucionalizados daquele período, já que a rotatividade de pessoas nas instituições é alta, variando muito de um ano para outro. Esta nova listagem continha a turma de cada aluno e seu turno escolar, além do tipo de acompanhamento clínico que cada um recebia na instituição e seu horário de atendimento. Apresentava também o nome dos institucionalizados que pertenciam apenas à clínica, com seus dias e horários de atendimento. A APAE-BH contava com 312 institucionalizados e a APAE-LP com 218. Foram selecionados para o estudo apenas os pais/responsáveis de crianças/adolescentes com idade inferior a 15 anos, portadores de deficiência mental associada ou não a outras deficiências, sendo 136 na APAE-BH e 91 na APAE-LP. Este limite de idade se justifica pelo uso de contenção física. Menores de 15 anos de idade apresentam um menor porte físico, podendo ser contidos mais facilmente. Devido ao menor porte físico, a maioria das crianças e adolescentes pode ser imobilizada através de artifícios de contenção, como lençol e faixas, ou então por uma ou mais pessoas (Aquino, 1974; Nathan, 1989; Tesini & Fenton, 1994; Feigal, 1995).

5.3.2 Critérios de elegibilidade

Para a participação dos pais e/ou responsáveis neste estudo foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

1. pais/responsáveis de crianças/adolescentes com idade inferior a 15 anos;
2. pais/responsáveis de crianças/adolescentes portadores de deficiência mental associada ou não a outras deficiências;
3. pais/responsáveis de crianças/adolescentes pertencentes a APAE-BH e APAE-LP.

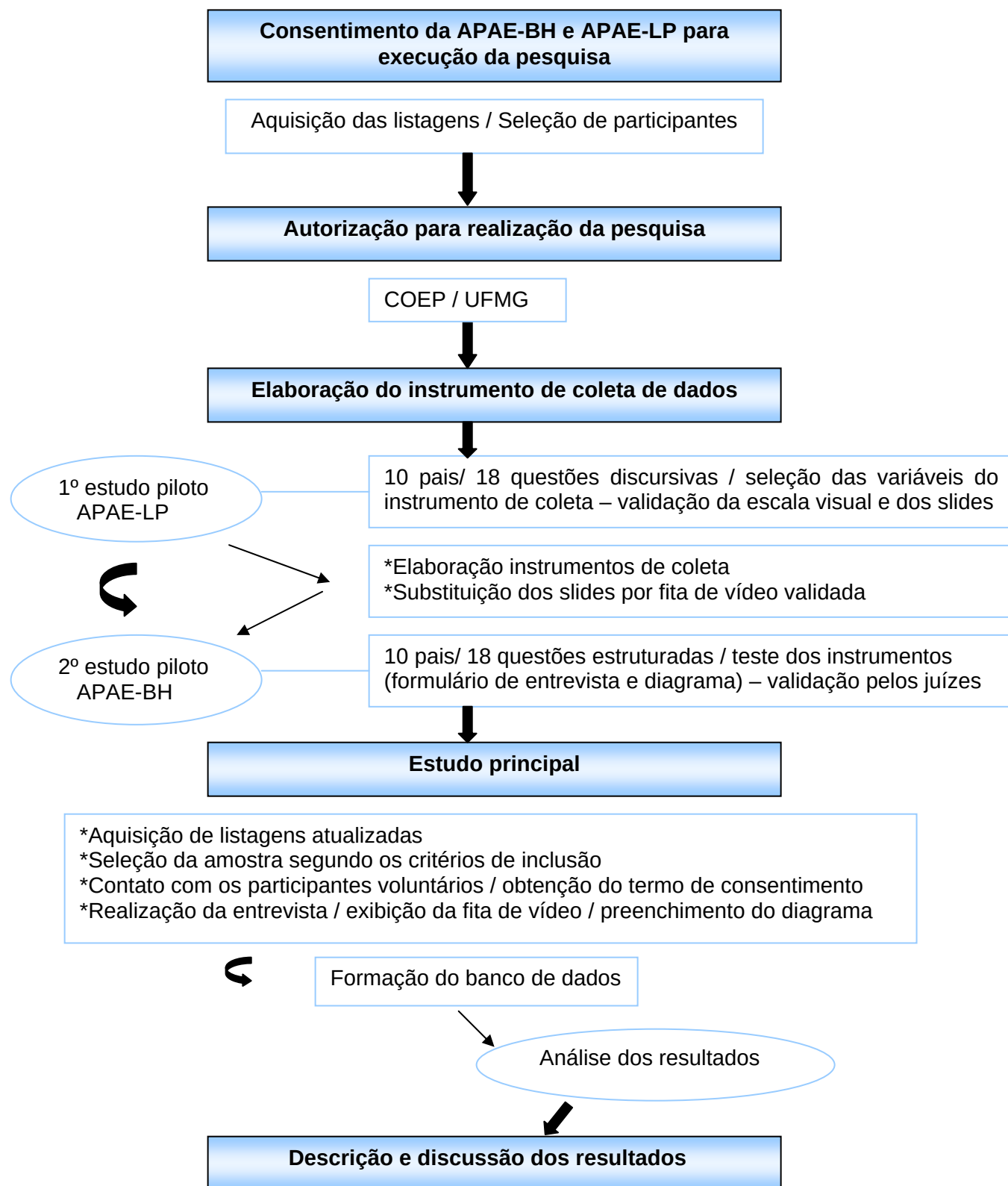


FIGURA 1 – Fluxograma do desenho de estudo

5.4 Autorização da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata

Em setembro de 2001 foi encaminhado um ofício sobre o estudo, pela pesquisadora, à coordenadoria da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata, contendo às explicações, os objetivos e a metodologia a serem utilizadas na pesquisa.

Após obtenção de um parecer favorável das instituições (ANEXO A), solicitou-se a aprovação da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

5.5 Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de outubro de 1996, o projeto de pesquisa e os instrumentos de coleta de dados foram submetidos à análise e aprovação pelo **Comitê de Ética em Pesquisa** da UFMG. Junto a esses documentos foram encaminhados os ofícios de autorização da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata, além do parecer consubstanciado, emitido pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação da FO-UFMG.

Seguindo as normas propostas por tal Resolução (196/96), redigiu-se um **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, para que fosse assegurada a livre escolha em participar ou não da pesquisa e também o direito à não-identificação dos participantes (ANEXO B).

Após obtenção de um parecer favorável do COEP (ANEXO C), iniciou-se o estudo piloto.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

5.6.1 Escolha dos instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados, optou-se pela utilização de um formulário de entrevista, definido como um roteiro de perguntas, preenchido pelo entrevistador. É caracterizado

pelo contato face a face entre pesquisador e pesquisado. As principais razões que determinaram tal escolha se deram pelo fato de ser o formulário uma boa opção que permite melhor compreensão das perguntas e maior exatidão das respostas. Além do mais, conta com a presença do pesquisador. Graças ao contato pessoal, o entrevistador avalia a reação do informante diante cada questionamento (Lakatos & Marconi, 1991).

Utilizou-se também um diagrama para determinar a aceitação do participante sobre as técnicas de contenção. A confecção deste diagrama foi baseada em estudos anteriores (Murphy et al., 1984; Fields Jr. et al., 1984; Lawrence et al., 1991).

5.6.2 Elaboração do instrumento para coleta de dados

5.6.2.1 Primeiro estudo piloto

Em dezembro de 2001, foi realizado um estudo prévio para a elaboração dos instrumentos para coleta de dados (formulário de entrevista e diagrama) e metodologia, na APAE-LP.

Através da listagem fornecida pela APAE-LP, em setembro de 2001, foram selecionados 10 pais que se adequavam aos critérios de inclusão. Em seguida, foi enviada uma carta para os pais, convidando-os a participar, como voluntários, de uma pesquisa relacionada ao atendimento odontológico da criança/adolescente portador de deficiência mental (ANEXO D). Na carta, o participante foi comunicado que a recusa em participar não acarretaria nenhum prejuízo ou exclusão do mesmo, ou do institucionalizado, na APAE. A carta foi entregue aos pais através do “caderno de bilhetes” de cada criança/adolescente. Houve um retorno favorável de 100% das cartas.

O estudo foi realizado na sala de áudio-visual da biblioteca da APAE. Assim que chegaram ao local, os participantes receberam uma explicação detalhada sobre a pesquisa. Todos concordaram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os pais foram instruídos a sentar em cadeiras distribuídas dentro da sala. Foi entregue um questionário aberto para cada participante contendo 18 questões discursivas sobre os tópicos a serem investigados. Após responderem ao questionário, o mesmo foi recolhido. Em seguida, foram distribuídas, para cada participante, três escalas,

numeradas de um a 10. A graduação de zero a cinco era referente ao termo 'NÃO ACEITO', enquanto de seis a 10 referia-se a palavra "ACEITO" (ANEXO E). Foram exibidas, através de slides, quatro técnicas de manejo utilizadas durante um atendimento odontopediátrico (contenção física ativa e passiva, sedação e anestesia geral). À medida que cada slide era projetado, a pesquisadora forneceu, de forma oral e padronizada, explicações sobre a técnica exibida. Após a demonstração e explicação de cada slide, o participante marcou em cada uma das escalas seu grau de aceitação sobre a técnica, baseado em três perguntas:

1. "Você aceita o uso desta técnica no seu filho para fazer uma consulta de limpeza dos dentes?"
2. "Você aceita o uso desta técnica no seu filho para fazer uma consulta para obturar um dente?"
3. "Você aceita o uso desta técnica no seu filho para fazer uma consulta para extrair um dente?"

Os pais determinaram sua aceitação sobre a técnica exibida fazendo um risco vertical na escala (sobre o número correspondente ao seu grau de aceitação sobre a técnica exibida). Para cada técnica, os pais dispunham de uma caneta de cor diferente, que representava a técnica em questão: contenção ativa (caneta preta), contenção passiva (caneta azul), sedação (caneta vermelha) e anestesia geral (caneta verde). A caneta foi entregue a cada participante após a explicação da técnica, e em seguida, recolhida.

A elaboração das escalas foi baseada em estudos anteriores (Murphy et al., 1984; Fields Jr. et al., 1984; Lawrence et al., 1991).

Com base nas respostas destes participantes e na literatura relacionada ao tema, foi determinado o modo mais adequado de construção, estruturação e categorização das variáveis que comporiam cada questão fechada do formulário de entrevista. Deve-se ressaltar que as variáveis das questões fechadas, presentes no formulário definitivo, foram determinadas a partir das respostas dos próprios pais, nesse primeiro estudo. O objetivo dessa medida foi determinar, para cada questão, quais os aspectos eram de particular importância para os pesquisados, evitando-se a indução de categorias que não correspondessem à realidade dos pais (Oppenheim, 1982).

Avaliando-se este estudo piloto, foram observados os seguintes pontos positivos:

- a) todos os pais contatados compareceram no dia marcado; mostrando a eficácia do convite realizado;
- b) os pais demonstraram grande interesse pela pesquisa e pelo tema;
- c) a utilização de canetas de cores diferentes para representar cada técnica foi bastante eficaz, não provocando qualquer transtorno durante a realização da pesquisa.

Verificou-se ainda que:

- a) por participarem todos juntos, houve muita troca de opiniões entre os participantes, comprometendo a veracidade das informações;
- b) os participantes não conseguiram entender a graduação das escalas, levando em conta apenas se aceitavam ou não a técnica;
- c) não houve uma auto-identificação satisfatória dos pais, em relação aos slides exibidos;
- d) os participantes não consideraram o tipo de procedimento clínico a ser realizado na criança/adolescente como fator determinante na aceitação de cada técnica.

5.6.2.2 Segundo estudo piloto

Baseado nos resultados do primeiro estudo, foi desenvolvido, para ajuste dos instrumentos de coleta, um segundo estudo piloto no mês de março de 2002, na APAE-BH. Para evitar a troca de opiniões entre os pais, os dados foram coletados com cada participante, individualmente, e na forma de formulário de entrevista, para uma maior compreensão das perguntas e veracidade das respostas. Optou-se ainda por não utilizar escalas graduadas, porque não houve nenhum entendimento, pelos participantes, quanto à finalidade da graduação das escalas. Deste modo, decidiu-se confeccionar diagramas. Para uma maior identificação dos pais quanto às técnicas exibidas, foi utilizada uma fita de vídeo, validada em estudos anteriores (Lawrence et al., 1991; Havelka et al., 1992; Allen et al., 1995), exibindo as técnicas de contenção em situações reais, durante um atendimento odontológico.

Foi mantida, no segundo estudo piloto, a opção de aceitação sobre cada técnica em relação ao tipo de procedimento a ser realizado na criança/adolescente. Considerou-se que, com a alteração do modo de exibição das técnicas, ocorreria uma mudança na postura dos pais frente ao uso da técnica, de acordo com o procedimento.

Este estudo piloto possibilitou verificar a clareza, o grau de complexidade das questões e a necessidade de inclusão ou eliminação de variáveis do formulário de entrevista. Além do mais, propiciou testar a compreensão dos participantes quanto ao vídeo e aos diagramas (ANEXO F). A forma de contato com os participantes, através de carta, e o tempo médio gasto para realização da coleta de dados também foram analisados.

Através da listagem fornecida pela APAE-BH em setembro de 2001, foram selecionados 10 pais/responsáveis que se adequavam aos critérios de inclusão. O contato com os possíveis participantes também foi realizado através de uma carta (semelhante à utilizada no primeiro estudo piloto) enviado através do “caderno de bilhetes” do institucionalizado. Houve um retorno favorável de 100% das cartas. Participaram 10 mães, de crianças/adolescentes com idade entre quatro e 13 anos. O estudo foi realizado na sala de áudio-visual da APAE. As mães foram divididas, por ordem alfabética, em três grupos: dois deles com três mães e o outro com quatro mães. Foram marcados horários diferentes para cada grupo.

Ao chegarem ao local, as participantes receberam uma explicação detalhada sobre a pesquisa. Todas concordaram em participar, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, a pesquisadora realizou, individualmente, o preenchimento do formulário de entrevista. As outras mães aguardaram sua vez fora da sala. Após cada mãe ter sido entrevistada, o grupo foi convidado a retornar para o interior da sala, para a segunda parte da pesquisa. Foram instruídas a se sentarem em cadeiras distribuídas dentro da sala, com bom distanciamento entre uma e outra. Em seguida, foi entregue para cada uma das mães, uma folha contendo os três diagramas a serem preenchidos, de acordo com a aceitação de cada técnica. Foram determinados os três procedimentos já propostos no primeiro estudo piloto (profilaxia, restaurador, exodontia) e exibidas, através da fita de vídeo, quatro técnicas de contenção utilizadas durante um atendimento odontopediátrico (contenção física ativa e passiva, sedação e anestesia geral). Na medida em que cada técnica era mostrada, as mães recebiam uma explicação

oral, padronizada, sobre a situação exibida (ANEXO G). A explicação foi feita pela pesquisadora. Em seguida, cada mãe marcou, com um “X”, nos diagramas, sua aceitação (ACEITO / NÃO ACEITO) sobre cada técnica, baseada em três perguntas:

- a) “Você aceita o uso desta técnica no seu filho para fazer uma consulta de limpeza dos dentes?”
- b) “Você aceita o uso desta técnica no seu filho para fazer uma consulta para obturar um dente?”
- c) “Você aceita o uso desta técnica no seu filho para fazer uma consulta para extrair um dente?”

Para cada técnica, a mãe dispunha de uma caneta de cor diferente, para as respostas (cada técnica foi representada pela mesma cor de caneta utilizada no primeiro estudo piloto).

Feita a avaliação desse estudo piloto, observaram-se os seguintes pontos positivos:

- a) todas as mães contatadas compareceram no dia marcado; confirmando a eficácia do convite realizado;
- b) as mães demonstraram um grande interesse pela pesquisa e pelo tema;
- c) a utilização de canetas de cores diferentes, para representar cada técnica, foi bastante eficaz, não promovendo nenhum transtorno durante a realização da pesquisa;
- d) as mães entenderam perfeitamente a maneira de preencher os diagramas;
- e) houve uma grande agilidade na realização da pesquisa, utilizando-se formulário de entrevista. As mães compreenderam perfeitamente os questionamentos realizados;
- f) houve grande seriedade nas respostas e no preenchimento dos diagramas;
- g) houve uma grande auto-identificação das mães com as situações exibidas através da fita de vídeo;
- h) ao se realizar a entrevista de maneira individual, cada participante se sentiu mais à vontade junto à pesquisadora, quanto aos questionamentos para o preenchimento do formulário;

- i) ao se fazer a exibição das técnicas com grupos menores de participantes, houve uma maior agilidade durante a coleta de dados, diminuindo o tempo gasto na execução da pesquisa;
- j) por serem poucas as mães durante o preenchimento dos diagramas, não houve influência de uma mãe sobre a outra, já que ficaram distanciadas.

Verificou-se ainda que:

- a) apesar da grande identificação das participantes com as técnicas exibidas através da fita de vídeo, mais uma vez, as mães não consideraram o tipo de procedimento a ser realizado no paciente como fator determinante da aceitação de cada técnica. Portanto, o tipo de procedimento clínico foi excluído do estudo principal, já que as participantes não levaram em consideração esse fator como diferencial na aceitação dos métodos de contenção.

O tempo médio de duração da coleta de dados (entrevista e preenchimento dos diagramas), com cada grupo, foi de 18 minutos.

5.6.3 Validação dos instrumentos para coleta de dados

5.6.3.1 Validação por juízes

O formulário de entrevista e o diagrama foram apresentados para apreciação a dois juízes (docentes pesquisadores em odontologia) para que fossem julgados e validados. Junto aos instrumentos de coleta de dados, também foi entregue uma síntese com os objetivos e hipóteses do projeto. Foram solicitadas aos juízes a análise e sugestões quanto à clareza das questões, facilidade de leitura, compreensão, forma de apresentação dos instrumentos, abrangência, representatividade do conteúdo e coerência quanto aos objetivos e hipóteses estabelecidos. O vídeo, também foi apresentado aos juízes, a fim de analisarem a sua viabilidade no presente estudo.

Os juízes consideraram adequados, o formulário de entrevista, o diagrama e o vídeo, sendo incorporadas modificações simples.

5.6.4 Instrumentos definitivos para coleta de dados

O formulário de entrevista (ANEXO H) foi composto por 13 questões, dispostas de maneira lógica e seqüencial. De um a quatro foram compostas por questões relativas à criança/adolescente, tais como: gênero, idade, tipo de deficiência (a fim de se obter exatidão nesta resposta, esta informação foi obtida através da ficha individual da criança na instituição) e número de irmãos. As questões de cinco a oito foram relacionadas à experiência odontológica e com alguma técnica de contenção (durante atendimento médico e/ou odontológico) da criança/adolescente. As questões nove e 10 foram referentes ao Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP, 1996). E por fim, as perguntas de 11 a 13 foram relacionadas à idade do participante, seu grau de escolaridade e de parentesco com a criança.

Em relação à aceitação dos pais/responsáveis sobre as técnicas de contenção, foi utilizado apenas um diagrama por participante (ANEXO I), eis que não foi analisado o tipo de procedimento odontológico.

Cada participante foi alertado sobre a importância da veracidade das informações, bem como do caráter sigiloso da pesquisa.

5.7 Estudo principal

Foi selecionado para o estudo principal todo o universo de pais e/ou responsáveis de acordo com os critérios de inclusão, excetuando-se aqueles que participaram dos estudos piloto, totalizando 227 participantes. Foram selecionados 136 pais/responsáveis da APAE-BH e 91 da APAE-LP. Entre os selecionados, 128 pais/responsáveis da APAE-BH e 81 da APAE-LP concordaram em participar

A coleta de dados foi executada na sala de áudio-visual da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata, em maio de 2002.

Os participantes selecionados foram convidados a participar, através de uma carta enviada pelo “caderno de bilhetes” dos institucionalizados. Foi utilizado o mesmo modelo de carta dos estudos piloto. Os pais/responsáveis foram divididos em pequenos grupos de, no máximo, cinco participantes, em dias e horários diferentes, de acordo com o turno

de aula (manhã/tarde) ou atendimento clínico de cada criança/adolescente. Aos participantes que não compareceram no dia marcado, foram dadas novas oportunidades para participarem em outra data.

Ao chegarem ao local, os pais/responsáveis receberam uma explicação detalhada sobre a pesquisa. Aqueles que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida, a pesquisadora realizou de forma individualizada o preenchimento do formulário de entrevista. Os demais participantes aguardaram sua vez fora da sala. Após cada um ter sido entrevistado, o grupo foi então convidado novamente a entrar na sala para a segunda parte da pesquisa. Todos os grupos foram compostos, em média, com três a cinco participantes. Foram instruídos a sentar em cadeiras distanciadas umas das outras na sala. Foi entregue para cada pesquisado um diagrama a ser preenchido de acordo com a aceitação de cada técnica para o atendimento odontológico da criança/adolescente. Foi exibido o mesmo vídeo utilizado no segundo estudo piloto. À medida que cada técnica era mostrada, explicava-se aos pais/responsáveis, de forma padronizada, a situação e técnica exibida. A explicação sempre foi feita pela pesquisadora (utilizou-se a mesma do segundo estudo piloto). Após a exibição e explicação de cada técnica, cada participante marcou no diagrama sua aceitação sobre a técnica, baseada na pergunta:

“Você aceita o uso desta técnica no seu filho (a) para fazer um atendimento odontológico?”

Os pais/responsáveis determinaram sua aceitação (ACEITO / NÃO ACEITO) sobre a técnica exibida fazendo um “X” no local indicado. Para cada técnica, o participante contou com uma caneta de cor diferente para as respostas. Cada técnica foi representada pela mesma cor de caneta utilizada nos estudos piloto.

O tempo médio de duração da coleta de dados (entrevista e preenchimento do diagrama), com cada grupo, foi o mesmo do segundo estudo piloto.

A pesquisadora contou com a colaboração de uma aluna, bolsista do Programa de Iniciação Científica da FO-UFMG, durante a coleta de dados. A função da aluna foi receber e organizar os pais/responsáveis para a entrevista. Além disso, ajudou na distribuição das canetas durante o preenchimento do diagrama pelos participantes.

5.8 Processamento dos dados

Os resultados obtidos por meio do formulário de entrevista e diagrama foram organizados em um banco de dados, utilizando-se o *software Excel*. O processamento incluiu a codificação, digitação e edição dos dados.

No momento da digitação, cada formulário de entrevista e diagrama foram codificados, recebendo um número de ordem. A codificação permitiu a conferência e a confirmação dos dados. As respostas foram processadas à medida que os formulários de entrevista e diagramas foram preenchidos.

A fim de facilitar a análise estatística, alguns dados foram agrupados, como descritos a seguir:

- 1) A escolaridade foi dividida em três grupos, como demonstra o QUADRO 1.

QUADRO 1

Classificação da escolaridade do participante.

Classificação	Escolaridade
Baixa	analfabeto / primário incompleto
Média	primário completo / ginásial incompleto
Alta	ginásial completo a superior completo

- 2) A classe econômica da criança/adolescente foi organizada em dois grupos, como mostra o QUADRO 2.

QUADRO 2

Classificação da classe econômica da criança/adolescente.

Agrupamento da classe econômica	Classe econômica
--	-------------------------

Grupo I Mais favorecido (maior poder de compra)	B e C
Grupo II Menos favorecido (menor poder de compra)	D e E

3) As variáveis independentes foram agrupadas em cinco grupos, como mostra o QUADRO 3.

QUADRO 3

Classificação das variáveis independentes.

Agrupamento das variáveis independentes	Variáveis independentes
Instituição	1) instituição
variáveis sociais	1) classe econômica da criança/adolescente 2) grau de escolaridade dos pais/responsáveis
familiares	1) número de irmãos da criança/adolescente 2) grau de parentesco
biológicas	1) idade da criança/adolescente 2) gênero da criança/adolescente 3) tipo de deficiência mental da criança/adolescente 4) idade dos pais/responsáveis
experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção	1) experiência odontológica da criança/adolescente 2) experiência com as técnicas de contenção utilizadas na criança/adolescente

5.9 Análise estatística

5.9.1 Análise descritiva

Através do *software* Epi-Info (versão 6.04), foi realizada a análise das frequências absolutas e relativas das variáveis independentes. Foram apresentadas as distribuições referentes a instituição, variáveis sociais, variáveis familiares, variáveis biológicas e experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção utilizadas na criança/adolescente.

5.9.2 Análise univariada

A análise univariada foi realizada para verificar a associação, separadamente, entre cada uma das variáveis independentes com a variável dependente (de interesse).

A aceitação dos pais/responsáveis sobre cada uma das técnicas de contenção utilizadas nas crianças/adolescentes portadores de deficiência mental durante o atendimento odontológico, foi escolhida como variável dependente. Por ser de interesse pesquisar a associação entre a aceitação das técnicas de contenção, com as demais questões do formulário de entrevista, utilizou-se de teste estatístico para se estabelecer essa comparação.

O teste utilizado depende da natureza da variável envolvida. Para verificar o relacionamento entre duas variáveis categóricas, foi utilizado o teste não paramétrico do Qui-Quadrado (X^2). Nesse teste, a hipótese nula a ser verificada é a de que não existe associação entre as variáveis. Quando o valor “p” (probabilidade de significância) resultante for menor ou igual a 0,05, conclui-se que a hipótese nula é falsa, ou seja, existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis. Caso contrário, conclui-se pela não existência de associação (Soares & Siqueira, 1999).

5.9.3 Razão das chances

A razão das chances (ou *odds ratio*) foi utilizada para analisar o efeito de diferentes categorias, dentro da mesma variável, em relação a aceitação dos pais/responsáveis sobre as técnicas de contenção. Através da razão das chances obteve-se o perfil dos pais/responsáveis com maior chance de aceitação sobre as técnicas analisadas.

Todos os resultados do teste do X^2 que apresentaram valores “p” menores ou iguais a 10% (0,10) foram incluídos. Essa escolha foi baseada em uma convenção referida por Collett (1991) e Sackett & Haynes (1993). Isto se deve ao fato de que, ao se

adotar um nível tradicional de p menor que 0,05, variáveis importantes podem não ser identificadas (Soares & Siqueira, 1999).

6 RESULTADOS

6 RESULTADOS

6.1 Análise descritiva

6.1.1 Taxa de retorno

A amostra final foi composta por 209 pais/responsáveis da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata, o que corresponde a 92,1% de todo o universo selecionado (TAB. 1).

TABELA 1
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis na APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata.

APAE	Pais / Responsáveis		
	Participantes n (%)	Não participantes n (%)	Total n (%)
Belo Horizonte	128 (94,2)	8 (5,8)	136 (100)
Lagoa da Prata	81 (89)	10 (11)	91 (100)
Total	209 (92,1)	18 (7,9)	227 (100)

Na APAE-BH, entre os 136 pais/responsáveis selecionados, 128 participaram, ou seja, 94,2% de todo o universo de estudo. Dos oito que não participaram, dois não foram localizados. Quatro não estavam freqüentando a instituição no período da pesquisa, por a criança/adolescente estar doente em casa ou internado no hospital. Duas mães, mesmo após ler o termo de consentimento, recusaram-se a participar.

Na APAE-LP, entre os 91 pais/responsáveis selecionados, 81 participaram, ou seja, 89% deles. Entre os 10 selecionados que não participaram, três não foram

localizados. Seis não estavam freqüentando a instituição no período da pesquisa, por a criança/adolescente estar doente em casa ou internado no hospital. Apenas uma mãe, mesmo após ler o termo de consentimento, recusou-se a participar.

6.1.2 Caracterização da amostra

Para a caracterização da amostra, foram analisados 209 formulários de entrevista, sendo 128 (61,2%) pertencentes a APAE-BH e 81 (38,8%) a APAE-LP (TAB. 2).

TABELA 2
Frequência absoluta e relativa da participação da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata.

APAE	Frequência absoluta n	Frequência relativa %
Belo Horizonte	128	61,2
Lagoa da Prata	81	38,8
Total	209	100

6.1.2.1 Distribuições referentes as variáveis sociais

A TAB. 3 destaca a frequência absoluta e relativa das variáveis sociais, por instituição.

Quanto à classe econômica, observou-se que 89 crianças/adolescentes (42,6%) são da classe mais favorecida economicamente e 120 (57,4%) da classe menos favorecida economicamente. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,390$).

Quanto ao grau de escolaridade, 52 pais/responsáveis (24,9%) possuem baixa escolaridade. A maior parte relatou ter média escolaridade, o que correspondeu a 97 participantes (46,4%). Um total de 60 (28,7%) relatou ter alta escolaridade. Não houve relação estatisticamente significativa entre a APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,145$).

TABELA 3
Frequência absoluta e relativa das variáveis sociais, por APAE de
Belo Horizonte e Lagoa da Prata.

Variável		APAE			
		Belo Horizonte n (%)	Lagoa da Prata n (%)	Total n (%)	Valor p
Classe econômica da criança/adolescente	Mais favorecida	58 (45,3)	31 (38,3)	89 (42,6)	0,390
	Menos favorecida	70 (54,7)	50 (61,7)	120 (57,4)	
Grau de escolaridade do participante	Baixa	30 (23,5)	22 (27,2)	52 (24,9)	0,145
	Média	55 (42,9)	42 (51,8)	97 (46,4)	
	Alta	43 (33,6)	17 (21)	60 (28,7)	

6.1.2.2 Distribuições referentes as variáveis familiares

A TAB. 4 demonstra a frequência absoluta e relativa das variáveis familiares, por instituição.

Quanto ao número de irmãos da criança/adolescente, 161 (77%) participantes relataram haver pelo menos um irmão e 48 crianças/adolescentes (23%) são filhos únicos. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados das APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,762$).

Em relação ao grau de parentesco, constatou-se que a maioria dos participantes afirmou ser a mãe da criança/adolescente, correspondendo a 78,9% da amostra, ou seja,

165 mães. Entre os participantes, 11 (5,3%) afirmaram ser o pai. Um total de 33 (15,8%) relatou ter outro grau de parentesco com a criança/adolescente, sendo 14 avós, 4 avôs, 7 irmãs, 3 irmãos e 5 tias. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,192$).

TABELA 4
Frequência absoluta e relativa das variáveis familiares, por APAE de
Belo Horizonte e Lagoa da Prata.

Variável		APAE			
		Belo Horizonte n (%)	Lagoa da Prata n (%)	Total n (%)	Valor p
Nº de irmãos da criança/adolescente	Nenhum	28 (21,9)	20 (24,7)	48 (23)	0,762
	Um (ou mais de um)	100 (78,1)	61 (75,3)	161 (77)	
Grau de parentesco com a criança / adolescente	Mãe	102 (79,7)	63 (77,8)	165 (78,9)	0,192
	Pai	4 (3,1)	7 (8,6)	11 (5,3)	
	Outro	22 (17,2)	11 (13,6)	33 (15,8)	

6.1.2.3 Distribuições referentes as variáveis biológicas

A TAB. 5 evidencia a frequência absoluta e relativa das variáveis biológicas.

Em relação à idade da criança/adolescente, 80 crianças (38,3%) têm idade entre cinco e nove anos, seguida pela faixa etária de 10 a 14 anos, com 73 crianças/adolescentes (34,9%). A faixa etária de nove meses a quatro anos apresentou-se com 56 crianças (26,8%). Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,225$).

Em relação a variável gênero da criança/adolescente, constatou-se que a maioria delas é do sexo masculino (135), correspondendo a 64,6% da amostra e 74

crianças/adolescentes, ou seja, 35,4% são do sexo feminino. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,957$).

Em relação à idade dos pais/responsáveis, 93 (44,5%) têm 36 anos ou mais de idade, seguida pela faixa etária de 26 a 35 anos, com 84 pais/responsáveis (40,2%). Um total de 32 participantes (15,3%) tem até 25 anos de idade. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,416$).

TABELA 5
Frequência absoluta e relativa das variáveis biológicas, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata.

Variável		APAE			Valor p
		Belo Horizonte n (%)	Lagoa da Prata n (%)	Total n (%)	
Idade da criança / adolescente	9 meses-4 anos	39 (30,5)	17 (21)	56 (26,8)	0,225
	5-9 anos	44 (34,4)	36 (44,4)	80 (38,3)	
	10-14 anos	45 (35,1)	28 (34,6)	73 (34,9)	
Gênero da criança / adolescente	Masculino	83 (64,8)	52 (64,2)	135 (64,6)	0,957
	Feminino	45 (35,2)	29 (35,8)	74 (35,4)	
Idade do participante	Até 25 anos	20 (15,7)	12 (14,8)	32 (15,3)	0,416
	26-35 anos	47 (36,7)	37 (45,7)	84 (40,2)	
	36 anos ou mais	61 (47,6)	32 (39,5)	93 (44,5)	

A TAB. 6 descreve a distribuição das crianças/adolescentes, por tipo de deficiência mental, em cada uma das instituições.

Quanto ao tipo e/ou grau de deficiência mental das crianças/adolescentes, foram encontradas 34 (16,3%) portadoras de deficiência mental leve; 33 (15,8%) portadoras de deficiência mental moderada; 17 (8,1%) portadoras de deficiência mental profunda; 19 (9,1%) portadoras de múltipla deficiência; 29 (13,8%) portadoras de paralisia cerebral; 21 (10,1%) portadoras de deficiência neuro-psico-motora e 47 (22,5%) portadoras de Síndrome de Down.

Nove crianças/adolescentes (4,3%) foram diagnosticadas como portadoras de outras deficiências associadas à deficiência mental (4 com microcefalia, 2 com Síndrome de Wolf, 1 com Síndrome de Treacher Collins, 2 com Síndrome de West). Estes dados foram obtidos através da ficha individual de cada institucionalizado. Segundo Pereira (1995) e Assumpção Jr. et al. (1999), existe uma certa subjetividade na avaliação do paciente. Conseqüentemente, esta subjetividade promove variações na escolha do diagnóstico principal. Os profissionais podem utilizar critérios diferentes na avaliação dos casos, principalmente em função do tipo de formação e qualificação profissional. Assim, o diagnóstico final dado a um mesmo portador de deficiência pode variar de profissional para profissional. Devido à subjetividade desta informação, estes resultados não receberam teste estatístico, já que foram realizados por diferentes profissionais e em épocas distintas.

TABELA 6
Frequência absoluta e relativa da variável tipo e/ou grau de deficiência mental da criança/adolescente, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata.

Tipo e/ou grau de deficiência mental da criança/adolescente	APAE		Total n (%)
	Belo Horizonte n (%)	Lagoa da Prata n (%)	
Def. mental leve	19 (14,9)	15 (18,5)	34 (16,3)
Def. mental moderada	17 (13,3)	16 (19,7)	33 (15,8)
Def. mental profunda	8 (6,2)	9 (11,1)	17 (8,1)
Múltipla deficiência	5 (3,9)	14 (17,3)	19 (9,1)
Paralisia cerebral	19 (14,9)	10 (12,4)	29 (13,8)
Def. neuro-psico-motora	10 (7,8)	11 (13,5)	21 (10,1)
Síndrome de Down	45 (35,1)	2 (2,5)	47 (22,5)
Outra def.	5 (3,9)	4 (5)	9 (4,3)
Total	128 (100)	81 (100)	209 (100)

6.1.2.4 Distribuições referentes as variáveis: experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção

A TAB. 7 destaca a frequência absoluta e relativa das variáveis: experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, por instituição.

Quanto à experiência odontológica da criança/adolescente, 171 (81,8%) já foram ao dentista, enquanto 38 crianças/adolescentes (18,2%) nunca viveram esta experiência. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,933$).

Quanto à experiência com a contenção física (ativa ou passiva), 144 (68,9%) crianças/adolescentes já viveram esta experiência com o médico ou com o dentista. Um total de 65 (31,1%) nunca vivenciou esta técnica. Não houve relação estatisticamente significativa entre as APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,688$).

Visando analisar a experiência com a sedação, 86 crianças/adolescentes (41,1%) já tiveram esta experiência com o médico ou com o dentista, enquanto 123 (58,9%) nunca vivenciaram esta situação. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,075$).

Em relação à experiência com anestesia geral, observou-se que 64 crianças/adolescentes (30,6%) já utilizaram esta técnica. Um total de 145 (69,4%) nunca vivenciou esta experiência. Não houve relação estatisticamente significativa entre os resultados da APAE-BH e APAE-LP ($p = 0,185$).

TABELA 7
Frequência absoluta e relativa das variáveis: experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, por APAE de Belo Horizonte e Lagoa da Prata.

Variável		APAE			
		Belo Horizonte n (%)	Lagoa da Prata n (%)	Total n (%)	Valor p
Exp. odontológica da criança / adolescente	Sim	105 (82)	66 (81,5)	171 (81,8)	0,933
	Não	23 (18)	15 (18,5)	38 (18,2)	

Exp. da criança/ adolescente com contenção física	Sim	90 (70,3)	54 (66,7)	144 (68,9)	0,688
	Não	38 (29,7)	27 (33,3)	65 (31,1)	
Exp. da criança/adolescente com sedação	Sim	46 (36)	40 (49,4)	86 (41,1)	0,075
	Não	82 (64)	41 (50,6)	123 (58,9)	
Exp. da criança/adolescente com anestesia geral	Sim	44 (34,3)	20 (24,7)	64 (30,6)	0,185
	Não	84 (65,7)	61 (75,3)	145 (69,4)	

Através da análise descritiva, constatou-se que as crianças e adolescentes, assim como os pais/responsáveis deste estudo, demonstraram características semelhantes nas duas instituições selecionadas. Por isso, serão apresentados como um único grupo nas análises univariada e razão das chances.

6.2 Análise univariada

Para melhor conhecer a aceitação dos pais/responsáveis, quanto aos métodos de contenção utilizados em crianças/adolescentes com deficiência mental, durante o atendimento odontológico, dividiu-se a amostra em dois grupos: os que aceitam as técnicas de contenção e os que não aceitam as técnicas de contenção.

Todos os participantes integraram a análise univariada, por preencherem o formulário de entrevista e o diagrama.

As variáveis relacionadas à aceitação sobre cada técnica serão apresentadas separadamente. A primeira técnica analisada será a contenção física ativa, seguida pela contenção física passiva, sedação e anestesia geral.

6.2.1 Contenção física ativa

Houve uma relação estatisticamente significativa entre a distribuição dos participantes, por instituição, e a aceitação dos mesmos quanto à contenção física ativa ($p = 0,017$). A maioria dos pais/responsáveis da APAE-LP (61,7%) concorda com seu uso

durante o atendimento da criança/adolescente. Entre os participantes da APAE-BH, 43,7% aceitam o uso desta técnica (TAB. 8).

TABELA 8
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo a instituição.

Variável		Contenção física ativa			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Instituição	Belo Horizonte	56 (43,7)	72 (56,3)	128 (100)	0,017
	Lagoa da Prata	50 (61,7)	31 (38,3)	81 (100)	

* valor p em negrito: relação estatisticamente significativa

A TAB. 9 evidencia, de acordo com as variáveis sociais, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física ativa.

Houve relação estatisticamente significativa entre a classe econômica da criança/adolescente e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a técnica de contenção física ativa ($p = 0,033$). Entre as crianças/adolescentes pertencentes à classe mais favorecida economicamente, a maior parte dos pais/responsáveis não aceita o uso da contenção física ativa (58,4%). Entre as crianças/adolescentes incluídas na classe menos favorecida economicamente, a maioria dos participantes concorda com a utilização da técnica (57,5%).

A maioria dos pais/responsáveis, com baixa e média escolaridade, aceita o uso de contenção física ativa na criança/adolescente. Ao realizar-se a comparação de proporções entre os participantes com baixa escolaridade (67,3%) e média escolaridade (51,5%) que aceitam a técnica, observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre esses resultados ($p = 0,064$). Entretanto, houve uma relação estatisticamente significativa quando os participantes com baixa e média escolaridade foram comparados aos pais/responsáveis com alta escolaridade ($p = 0,003$). Um total de 35% dos participantes com alta escolaridade concordam com o uso da técnica.

TABELA 9
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis sociais.

Variável		Contenção física ativa			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Classe econômica da criança/adolescente	Mais favorecida	37 (41,6)	52 (58,4)	89 (100)	0,033
	Menos favorecida	69 (57,5)	51 (42,5)	120 (100)	
Grau de escolaridade do participante	Baixa	35 (67,3)	17 (32,7)	52 (100)	0,003
	Média	50 (51,5)	47 (48,5)	97 (100)	
	Alta	21 (35)	39 (65)	60 (100)	

* valor p em negrito: relação estatisticamente significativa

A TAB. 10 destaca, de acordo com as variáveis familiares, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física ativa.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a contenção física ativa. Ao realizar-se a comparação de proporções entre os resultados obtidos na aceitação do grupo das mães ou dos pais (53,9% e 54,5%), observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,969$). Entretanto, existe uma maior tendência de aceitação da técnica pelo pai e pela mãe, sendo esta uma relação próxima ao valor estatisticamente significativo. Entre os participantes com outro grau de parentesco com a criança/adolescente, 33,3% concordam com o uso da técnica.

TABELA 10

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis familiares.

Variável		Contenção física ativa			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Nº de irmãos da criança/Adolescente	Nenhum	21 (43,7)	27 (56,3)	48 (100)	0,349
	Um (ou mais de um)	85 (52,8)	76 (47,2)	161 (100)	

Grau de parentesco com a criança / Adolescente	Mãe	89 (53,9)	76 (46,1)	165 (100)	0,093
	Pai	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100)	
	Outro	11 (33,3)	22 (66,7)	33 (100)	

A TAB. 11 demonstra, de acordo com as variáveis biológicas, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física ativa.

Um total de 46,4% de pais/responsáveis, com crianças entre nove meses e quatro anos de idade, e 42,5% participantes, com crianças na idade de cinco a nove anos aceitam o uso da contenção física ativa. Ao realizar-se a comparação de proporções entre esses dois resultados (46,4% e 42,5%), observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,650$). Entretanto, houve relação estatisticamente significativa quando os participantes cujas crianças possuem idade inferior a 10 anos, foram comparados aos pais/responsáveis com crianças/adolescentes entre 10 e 14 anos de idade ($p = 0,030$). A maioria dos pais/responsáveis, com crianças/adolescentes na idade de 10 a 14 anos aceita o uso da contenção ativa (63%).

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (gênero da criança e idade dos pais/responsáveis) e a aceitação dos participantes sobre a contenção física ativa. Ao realizar-se a comparação de proporções entre os resultados obtidos na aceitação do grupo de pais/responsáveis com idade até 25 anos e com idade entre 26 e 35 anos (37,5% e 46,4%), observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,387$). Entretanto, observa-se uma tendência de pais/responsáveis aceitarem mais a técnica com o avanço da idade, sendo esta uma relação próxima ao valor estatisticamente significativo. Entre os participantes com 36 anos de idade ou mais, 59,1% concordam com o uso da técnica.

TABELA 11
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis biológicas.

	Contenção física ativa
--	-------------------------------

Variável		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Idade da criança / adolescente	9 meses-4 anos	26 (46,4)	30 (53,6)	56 (100)	0,030
	5-9 anos	34 (42,5)	46 (57,5)	80 (100)	
	10-14 anos	46 (63)	27 (37)	73 (100)	
Gênero da criança / adolescente	Masculino	70 (51,8)	65 (48,2)	135 (100)	0,765
	Feminino	36 (48,6)	38 (51,3)	74 (100)	
Idade do participante	Até 25 anos	12 (37,5)	20 (62,5)	32 (100)	0,064
	26-35 anos	39 (46,4)	45 (53,6)	84 (100)	
	36 anos ou mais	55 (59,1)	38 (40,9)	93 (100)	

* valor p em negrito: relação estatisticamente significativa

A TAB. 12 demonstra, de acordo com as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física ativa.

Não houve relação estatisticamente significativa entre essas variáveis e a aceitação dos pais/responsáveis quanto ao uso da contenção física ativa na criança/adolescente durante um atendimento odontológico.

TABELA 12

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física ativa, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção.

Variável		Contenção física ativa			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Exp. odontológica da criança / adolescente	Sim	87 (50,9)	84 (49,1)	171 (100)	0,935
	Não	19 (50)	19 (50)	38 (100)	

Exp. da criança/adolescente com contenção física	Sim	78 (54,2)	66 (45,8)	144 (100)	0,182
	Não	28 (43,1)	37 (56,9)	65 (100)	
Exp. da criança/adolescente com sedação	Sim	46 (53,5)	40 (46,5)	86 (100)	0,596
	Não	60 (48,8)	63 (51,2)	123 (100)	
Exp. da criança/adolescente com anestesia geral	Sim	33 (51,6)	31 (48,4)	64 (100)	0,990
	Não	73 (50,4)	72 (49,6)	145 (100)	

6.2.2 Contenção física passiva

De acordo com a TAB. 13, não houve relação estatisticamente significativa entre a distribuição dos pais/responsáveis, por instituição, e a aceitação dos mesmos sobre a técnica de contenção física passiva.

TABELA 13
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo a instituição.

Uso de contenção física passiva, segundo a instituição.					
Variável		Contenção física passiva			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Instituição	Belo Horizonte	71 (55,5)	57 (44,5)	128 (100)	0,964
	Lagoa da Prata	46 (56,8)	35 (43,2)	81 (100)	

A TAB. 14 evidencia, segundo as variáveis sociais, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física passiva.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a técnica de contenção física passiva.

TABELA 14

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis sociais.

Variável		Contenção física passiva			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Classe econômica da criança/adolescente	Mais favorecida	49 (55,1)	40 (44,9)	89 (100)	0,927
	Menos favorecida	68 (56,7)	52 (43,3)	120 (100)	
Grau de escolaridade do participante	Baixa	28 (53,9)	24 (46,1)	52 (100)	0,237
	Média	60 (61,9)	37 (38,1)	97 (100)	
	Alta	29 (48,3)	31 (51,7)	60 (100)	

A TAB. 15 demonstra, de acordo com as variáveis familiares, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física passiva.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) e a aceitação dos participantes sobre a contenção física passiva.

TABELA 15

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis familiares.

Variável		Contenção física passiva			
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p
Nº de irmãos da criança/adolescente	Nenhum	31 (64,6)	17 (35,4)	48 (100)	0,229
	Um (ou mais de um)	86 (53,4)	75 (46,6)	161 (100)	

Grau de parentesco com a criança / adolescente	Mãe	90 (54,5)	75 (45,5)	165 (100)	0,491
	Pai	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100)	
	Outro	19 (57,6)	14 (42,4)	33 (100)	

A TAB. 16 demonstra, de acordo com as variáveis biológicas, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física passiva.

Entre os participantes, 47,5%, cujas crianças estão na faixa etária de cinco a nove anos e 53,4% de pais/responsáveis, com crianças/adolescentes entre 10 e 14 anos de idade, aceitam o uso da contenção passiva. Ao realizar-se a comparação de proporções entre esses dois resultados (47,5% e 53,4%), observou-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,464$). Entretanto, houve relação estatisticamente significativa quando os participantes cujas crianças/adolescentes, com idade entre cinco e 14 anos, foram comparados aos pais/responsáveis com crianças entre nove meses a quatro anos ($p = 0,019$). A maioria dos participantes, com crianças entre nove meses e quatro anos de idade (71,4%) aceitam o uso da técnica.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (gênero da criança/adolescente e idade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a técnica de contenção física passiva.

TABELA 16
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis biológicas.

Variável		Contenção física passiva			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Idade da criança / adolescente	9 meses-4 anos	40 (71,4)	16 (28,6)	56 (100)	0,019
	5-9 anos	38 (47,5)	42 (52,5)	80 (100)	
	10-14 anos	39 (53,4)	34 (46,6)	73 (100)	
Gênero da criança / adolescente	Masculino	75 (55,5)	60 (44,5)	135 (100)	0,983
	Feminino	42 (56,7)	32 (43,3)	74 (100)	

Idade do participante	Até 25 anos	16 (50)	16 (50)	32 (100)	0,640
	26-35 anos	46 (54,8)	38 (45,2)	84 (100)	
	36 anos ou mais	55 (59,1)	38 (40,9)	93 (100)	

* valor *p* em **negrito**: relação estatisticamente significativa

A TAB. 17 destaca, de acordo com as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de contenção física passiva.

Não houve uma relação estatisticamente significativa entre essas variáveis e a aceitação dos participantes quanto à contenção física passiva. Porém, entre os participantes, cuja criança/adolescente já possui experiência prévia com contenção física, existe uma maior tendência de aceitação sobre a técnica, sendo essa relação próxima ao valor estatisticamente significativo.

TABELA 17

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de contenção física passiva, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção.

Variável		Contenção física passiva			Valor <i>p</i>
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Exp. odontológica da criança / adolescente	Sim	91 (53,2)	80 (46,8)	171 (100)	0,127
	Não	26 (68,4)	12 (31,6)	38 (100)	
Exp. da criança/ adolescente com contenção física	Sim	87 (60,4)	57 (39,6)	144 (100)	0,076
	Não	30 (46,2)	35 (53,8)	65 (100)	
Exp. da criança/adolescente com sedação	Sim	49 (57)	37 (43)	86 (100)	0,919
	Não	68 (55,3)	55 (44,7)	123 (100)	

Exp. da criança/adolescente com anestesia geral	Sim	33 (51,6)	31 (48,4)	64 (100)	0,482
	Não	84 (57,9)	61 (42,1)	145 (100)	

6.2.3 Sedação

Não houve relação estatisticamente significativa entre a distribuição dos participantes, por instituição, e aceitação dos mesmos quanto à sedação (TAB. 18).

TABELA 18
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo a instituição.

Variável		Sedação			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Instituição	Belo Horizonte	77 (60,1)	51 (39,9)	128 (100)	0,736
	Lagoa da Prata	46 (56,8)	35 (43,2)	81 (100)	

A TAB. 19 destaca, de acordo com as variáveis sociais, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de sedação.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade dos pais/responsáveis) e a aceitação dos participantes sobre a sedação.

TABELA 19
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis sociais.

Variável		Sedação			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Classe econômica da criança/adolescente	Mais favorecida	49 (55,1)	40 (44,9)	89 (100)	0,413
	Menos favorecida	74 (61,7)	46 (38,3)	120 (100)	

Grau de escolaridade do participante	Baixa	28 (53,8)	24 (46,2)	52 (100)	0,680
	Média	58 (59,8)	39 (40,2)	97 (100)	
	Alta	37 (61,7)	23 (38,3)	60 (100)	

A TAB. 20 destaca, de acordo com as variáveis familiares, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de sedação.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) e a aceitação dos pais/responsáveis quanto à sedação.

TABELA 20
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis familiares.

Variável		Sedação			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Nº de irmãos da criança/adolescente	Nenhum	30 (62,5)	18 (37,5)	48 (100)	0,676
	Um (ou mais de um)	93 (57,8)	68 (42,2)	161 (100)	
Grau de parentesco com a criança / adolescente	Mãe	97 (58,8)	68 (41,2)	165 (100)	0,569
	Pai	5 (45,5)	6 (54,5)	11 (100)	
	Outro	21 (63,6)	12 (36,4)	33 (100)	

A TAB. 21 demonstra, de acordo com as variáveis biológicas, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de sedação.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (idade e gênero da criança/adolescente e idade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a técnica de sedação.

TABELA 21
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis biológicas.

Variável		Sedação			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Idade da criança / adolescente	9 meses-4 anos	39 (69,6)	17 (30,4)	56 (100)	0,159
	5-9 anos	44 (55)	36 (45)	80 (100)	
	10-14 anos	40 (54,8)	33 (45,2)	73 (100)	
Gênero da criança / adolescente	Masculino	78 (57,7)	57 (42,3)	135 (100)	0,780
	Feminino	45 (60,8)	29 (39,2)	74 (100)	

Idade do participante	Até 25 anos	19 (59,4)	13 (40,6)	32 (100)	0,127
	26-35 anos	56 (66,7)	28 (33,3)	84 (100)	
	36 anos ou mais	48 (51,6)	45 (48,4)	93 (100)	

A TAB. 22 evidencia, de acordo com as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de sedação.

Não houve relação estatisticamente significativa entre essas variáveis e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a sedação.

TABELA 22
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de sedação, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção.

Variável		Sedação			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Exp. odontológica da criança / adolescente	Sim	100 (58,5)	71 (41,5)	171 (100)	0,960
	Não	23 (60,5)	15 (39,5)	38 (100)	
Exp. da criança/ adolescente com contenção física	Sim	83 (57,6)	61 (42,4)	144 (100)	0,705
	Não	40 (61,5)	25 (38,5)	65 (100)	

Exp. da criança/adolescente com sedação	Sim	52 (60,5)	34 (39,5)	86 (100)	0,799
	Não	71 (57,7)	52 (42,3)	123 (100)	
Exp. da criança/adolescente com anestesia geral	Sim	43 (67,2)	21 (32,8)	64 (100)	0,140
	Não	80 (55,2)	65 (44,8)	145 (100)	

6.2.4 Anestesia geral

A TAB. 23 demonstra, por instituição, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de anestesia geral. Houve relação estatisticamente significativa entre as duas instituições ($p = 0,001$). A grande maioria dos participantes da APAE-LP (88,9%) não aceita o uso da anestesia geral na criança/adolescente, durante o atendimento odontológico. Na APAE-BH, um total de 68,8% dos pais/responsáveis relatou não aceitar sua utilização.

TABELA 23
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo a instituição.

Variável		Anestesia geral			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Instituição	Belo Horizonte	40 (31,2)	88 (68,8)	128 (100)	0,001
	Lagoa da Prata	9 (11,1)	72 (88,9)	81 (100)	

* valor p em negrito: relação estatisticamente significativa

A TAB. 24 demonstra, segundo as variáveis sociais, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de anestesia geral.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis quanto à técnica de anestesia geral.

TABELA 24

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis sociais.

Variável		Anestesia geral			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Classe econômica da criança/adolescente	Mais favorecida	23 (25,8)	66 (74,2)	89 (100)	0,589
	Menos favorecida	26 (21,7)	94 (78,3)	120 (100)	
Grau de escolaridade do participante	Baixa	15 (28,8)	37 (71,2)	52 (100)	0,289
	Média	18 (18,6)	79 (81,4)	97 (100)	
	Alta	16 (26,7)	44 (73,3)	60 (100)	

A TAB. 25 demonstra, de acordo com as variáveis familiares, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de anestesia geral.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a anestesia geral.

TABELA 25

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis familiares.

Variável	Anestesia geral			
	Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	Valor p

Nº de irmãos da criança / adolescente	Nenhum	9 (18,8)	39 (81,2)	48 (100)	0,496
	Um (ou mais de um)	40 (24,9)	121 (75,1)	161 (100)	
Grau de parentesco com a criança / adolescente	Mãe	36 (21,8)	129 (78,2)	165 (100)	0,102
	Pai	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (100)	
	Outro	12 (36,4)	21 (63,6)	33 (100)	

A TAB. 26 demonstra, de acordo com as variáveis biológicas, a distribuição dos participantes em relação à aceitação da técnica de anestesia geral.

Entre os pais/responsáveis com crianças na idade de nove meses a quatro anos, 21,4% concordam com o uso da técnica. Entre os participantes com crianças na faixa etária de cinco a nove anos, 16,3% aceitam o uso da anestesia geral. Ao realizar-se a comparação de proporções entre esses dois resultados (21,4% e 16,3%), não houve diferença estatisticamente significativa entre eles ($p = 0,443$). Entretanto, houve relação estatisticamente significativa quando os participantes com crianças com idade inferior a 10 anos foram comparados aos pais/responsáveis com crianças/adolescentes entre 10 e 14 anos de idade ($p = 0,048$). Um total de 32,9% dos participantes, com crianças/adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos, aceitam o uso de anestesia geral.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (gênero da criança/adolescente e idade dos pais/responsáveis) e a aceitação do participante sobre a técnica de anestesia geral durante o atendimento odontológico.

TABELA 26
Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis biológicas.

Variável		Anestesia geral			Valor p
		Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	
Idade da criança / adolescente	9 meses-4 anos	12 (21,4)	44 (78,6)	56 (100)	0,048
	5-9 anos	13 (16,3)	67 (83,7)	80 (100)	

	10-14 anos	24 (32,9)	49 (67,1)	73 (100)	
Gênero da criança / adolescente	Masculino	32 (23,7)	103 (76,3)	135 (100)	0,959
	Feminino	17 (23)	57 (77)	74 (100)	
Idade do participante	Até 25 anos	5 (15,6)	27 (84,4)	32 (100)	0,420
	26-35 anos	19 (22,6)	65 (77,4)	84 (100)	
	36 anos ou mais	25 (26,9)	68 (73,1)	93 (100)	

* valor p em negrito: relação estatisticamente significativa

A TAB. 27 destaca, de acordo com as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, a distribuição dos participantes quanto a aceitação da técnica de anestesia geral.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção física/sedação utilizadas na criança/adolescente, e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a técnica de anestesia geral.

Houve relação estatisticamente significativa entre o fato da criança/adolescente já ter recebido anestesia geral e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a técnica ($p = 0,021$). Um total de 34,4% dos participantes com crianças/adolescentes que já receberam anestesia geral concordam com sua utilização durante o atendimento odontológico, enquanto 18,6% dos pais/responsáveis, cujas crianças/adolescentes nunca utilizaram a técnica, aceitam sua indicação.

TABELA 27

Frequência absoluta e relativa da distribuição dos pais/responsáveis que aceitam ou não o uso de anestesia geral, segundo as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção.

Variável	Anestesia geral			Valor p
	Aceito n (%)	Não aceito n (%)	Total n (%)	

Exp. odontológica da criança / adolescente	Sim	38 (22,2)	133 (77,8)	171 (100)	0,501
	Não	11 (28,9)	27 (71,1)	38 (100)	
Exp. da criança/ adolescente com contenção física	Sim	33 (22,9)	111 (77,1)	144 (100)	0,927
	Não	16 (24,6)	49 (75,4)	65 (100)	
Exp. da criança/adolescente com sedação	Sim	19 (22,1)	67 (77,9)	86 (100)	0,826
	Não	30 (24,4)	93 (75,6)	123 (100)	
Exp. da criança/adolescente com anestesia geral	Sim	22 (34,4)	42 (65,7)	64 (100)	0,021
	Não	27 (18,6)	118 (81,4)	145 (100)	

* valor p em negrito: relação estatisticamente significativa

6.2.5 Aceitação dos pais/responsáveis quanto às técnicas de contenção

O GRAF. 1 demonstra a aceitação dos pais/responsáveis quanto às técnicas de contenção. De acordo com o teste X^2 para comparação de proporções houve diferença estatisticamente significativa entre a proporção de participantes que aceitam os quatro métodos de contenção ($p = 0,000$). A anestesia geral foi aceita por 23% dos pais/responsáveis. No entanto, quando consideradas apenas as técnicas de contenção ativa (51%), contenção passiva (56%) e sedação (59%), pode-se dizer que não existiu diferença estatisticamente significativa entre estas proporções ($p = 0,282$). Portanto, estatisticamente, a contenção ativa, contenção passiva e a sedação apresentam o mesmo índice de aceitação entre os participantes.

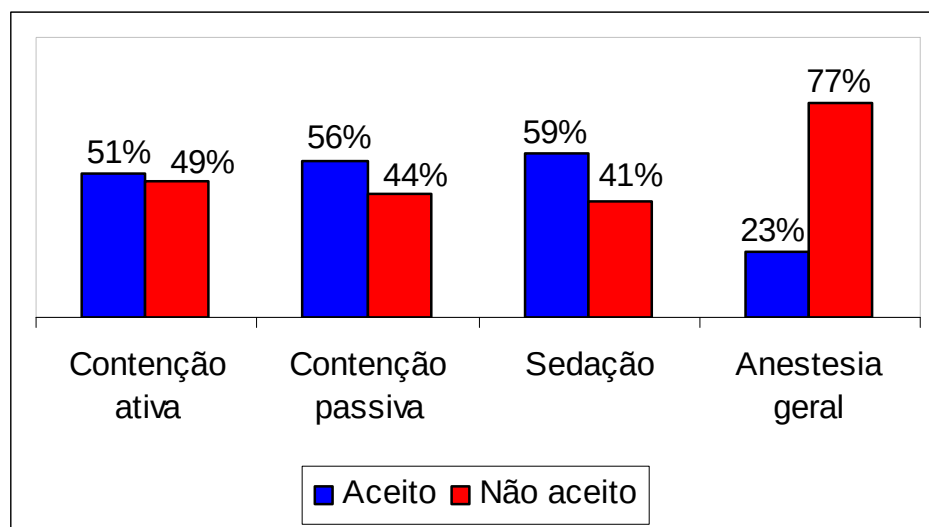


GRÁFICO 1 – Distribuição dos pais/responsáveis de acordo com a aceitação sobre as técnicas de contenção.

6.3 Razão das chances

Tomando-se como parâmetros os resultados obtidos durante a análise univariada, foram determinados os critérios de inclusão das variáveis, a fim de determinar a razão das chances (*odds ratio*).

6.3.1 Contenção física ativa

Ao se observar à aceitação ou não da contenção ativa, pode-se estabelecer que as variáveis que obtiveram um valor-p menor que 0,10 para o teste qui-quadrado foram:

- instituição ($p = 0,017$);
- idade da criança/adolescente ($p = 0,030$);
- classe econômica da criança/adolescente ($p = 0,033$);
- grau de parentesco ($p = 0,093$);
- idade do participante ($p = 0,064$);
- grau de escolaridade do participante ($p = 0,003$).

Para estas variáveis foi realizada a razão das chances para verificar o perfil dos participantes que aceitam a técnica de contenção física ativa, durante um atendimento odontológico, na criança portadora de deficiência mental (TAB. 28).

TABELA 28

Fatores preditores do perfil dos participantes que aceitam a técnica de contenção física ativa, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental : resultados da razão das chances (*Odds ratio*).

Variável	Razão	Odds ratio	Intervalo de Confiança
Instituição	<u>Lagoa da Prata</u> Belo Horizonte	2,074	[1,175; 3,660]
Classe econômica da criança/adolescente	<u>Menos favorecida</u> Mais favorecida	1,901	[1,091; 3,314]
Grau de escolaridade do participante	<u>Baixa / Média</u> Alta	2,467	[1,324; 4,593]
Grau de parentesco	<u>Pai / Mãe</u> Outro	2,346	[1,073; 5,128]
Idade da criança/adolescente	<u>10 a 14 anos</u> 9 meses a 9 anos	2,158	[1,204; 3,867]
Idade do participante	<u>36 anos ou mais</u> Até 35 anos	1,845	[1,062; 3,206]

Em relação à contenção física ativa, pode-se afirmar que:

Um participante da APAE de Lagoa da Prata tem 2,074 vezes mais chances de aceitar a técnica de contenção física ativa do que um pai/responsável da APAE de Belo Horizonte;

A chance de um participante, cuja criança/adolescente pertença à classe menos favorecida economicamente, aceitar a contenção física ativa é 1,901 vezes maior, em relação a um respondente cuja criança/adolescente seja da classe mais favorecida economicamente;

O pai/responsável, que possua até média escolaridade, tem 2,467 vezes mais chances de aceitar a técnica de contenção física ativa do que um respondente com alta escolaridade.

Quanto ao grau de parentesco, um participante que seja pai ou mãe da criança/adolescente tem 2,346 vezes mais chances de aceitar a contenção física ativa do que um participante com outro grau de parentesco;

Um pai/responsável, cuja criança/adolescente tenha idade entre 10 e 14 anos, tem 2,158 vezes mais chances de aceitar a contenção ativa do que um participante cuja criança/adolescente tenha idade inferior a 10 anos;

A chance de um participante, na faixa etária de 36 anos ou mais, aceitar a contenção ativa é 1,845 vezes maior em relação ao pai/responsável com idade inferior a 36 anos;

Pode-se dizer que estas chances são estatisticamente significativas para todas as variáveis pesquisadas, já que em nenhuma das análises o intervalo de confiança passou pelo valor um.

6.3.2 Contenção física passiva

Observando-se a aceitação ou não da contenção física passiva, pode-se estabelecer que as variáveis que obtiveram um valor-p menor que 0,10 para o teste qui-quadrado foram:

- idade da criança/adolescente ($p = 0,019$);
- experiência da criança/adolescente com contenção física ($p = 0,076$);

Para estas variáveis foi realizada a razão das chances para verificar o perfil dos participantes que aceitam a contenção física passiva, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental (TAB. 29).

TABELA 29

Fatores preditores do perfil dos participantes que aceitam a técnica de contenção física passiva, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental: resultados da razão das chances (*Odds ratio*).

Variável	Razão	<i>Odds ratio</i>	Intervalo de Confiança
Idade da criança/adolescente	$\frac{9 \text{ meses a } 4 \text{ anos}}{5 \text{ a } 14 \text{ anos}}$	2,468	[1,274; 4,778]
Exp. da criança/adolescente com contenção física	$\frac{\text{Sim}}{\text{Não}}$	1,781	[1,109; 3,216]

Em relação à contenção passiva, pode-se afirmar que:

Um pai/responsável, cuja criança tenha idade entre nove meses e quatro anos, tem 2,468 vezes mais chances de aceitar a contenção física passiva do que um participante cuja criança/adolescente esteja na faixa etária de cinco a 14 anos;

Um participante, cuja criança/adolescente tenha experiência com contenção física (ativa ou passiva), tem 1,781 vezes mais chances de aceitar a contenção física passiva do que um respondente cuja criança/adolescente nunca tenha vivido esta experiência.

Pode-se dizer que estas chances são estatisticamente significativas para todas as variáveis pesquisadas, já que em nenhuma das análises o intervalo de confiança passou pelo valor um.

6.3.3 Sedação

Observando-se a aceitação ou não da sedação, verificou-se que nenhuma variável obteve um valor-p menor que 0,10 para o teste qui-quadrado. Portanto, não foi realizada a análise da razão das chances para verificar o perfil dos participantes que aceitam a técnica de sedação durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental, já que nenhuma das variáveis correspondeu ao valor determinado.

6.3.4 Anestesia geral

Observando-se a aceitação ou não da anestesia geral, pode-se estabelecer que as variáveis que obtiveram um valor-p menor que 0,10 para o teste qui-quadrado foram:

- instituição ($p = 0,001$);
- idade da criança/adolescente ($p = 0,048$);
- experiência da criança/adolescente com anestesia geral ($p = 0,021$);

Para estas variáveis foi realizada a razão das chances para verificar o perfil dos participantes que aceitam a técnica de anestesia geral durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental (TAB. 30).

TABELA 30

Fatores preditores do perfil dos participantes que aceitam a técnica de anestesia geral, durante um atendimento odontológico, na criança/adolescente portador de deficiência mental: resultados da razão das chances (*Odds ratio*).

Variável	Razão	<i>Odds ratio</i>	Intervalo de Confiança
Instituição	<u>Belo Horizonte</u> Lagoa da Prata	3,636	[1,655; 7,991]
Idade da criança/adolescente	<u>10 a 14 anos</u> 9 meses a 9 anos	1,170	[1,055; 2,446]
Exp. da criança/adolescente com anestesia geral	<u>Sim</u> Não	2,289	[1,178; 4,447]

Em relação à anestesia geral, pode-se afirmar que:

Um pai/responsável da APAE de Belo Horizonte tem 3,636 vezes mais chances de aceitar a anestesia geral do que um participante da APAE de Lagoa da Prata.

Um participante, cuja criança/adolescente esteja na faixa etária de 10 a 14 anos tem 1,170 vezes mais chances de aceitar a anestesia geral do que um pai/responsável cuja criança tenha idade inferior a 10 anos;

Um pai/responsável, cuja criança/adolescente tenha experiência prévia com anestesia geral tem 2,289 vezes mais chances de aceitar esta técnica do que um respondente cuja criança/adolescente nunca tenha tomado anestesia geral;

Pode-se dizer que estas chances são estatisticamente significativas para todas as variáveis pesquisadas, já que em nenhuma das análises o intervalo de confiança passou pelo valor um.

6.3.5 Perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção

O QUADRO 4 evidencia as variáveis que influenciaram na formação do perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção.

Através da razão das chances, as variáveis que influenciaram na formação do perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação da contenção física ativa foram: instituição, classe econômica da criança/adolescente, grau de escolaridade do participante, grau de parentesco, idade da criança/adolescente e do pai/responsável.

Com relação à contenção física passiva, pode-se dizer, através da razão das chances, que as variáveis que influenciaram na formação do perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação da técnica foram: idade da criança/adolescente e experiência prévia da criança/adolescente com a contenção física (ativa ou passiva).

Com relação à sedação, através da razão das chances, nenhuma variável influenciou na formação do perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação da técnica.

Através da razão das chances, as variáveis que influenciaram na formação do perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação da técnica de anestesia geral foram: instituição, idade da criança/adolescente e experiência prévia da criança/adolescente com anestesia geral.

QUADRO 4

Determinação das variáveis que influenciaram o perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção.

VARIÁVEIS	TÉCNICA DE CONTENÇÃO			
	Contenção física ativa	Contenção física passiva	Sedação	Anestesia geral
Instituição				
Classe econômica da criança/adolescente				
Grau de escolaridade do participante				
Grau de parentesco				
Idade da criança/adolescente				
Idade do participante				
Exp. da criança/adolescente com contenção física				
Exp. da criança/adolescente com anestesia geral				

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

O manejo da criança no consultório e o tipo de relacionamento com os pais e/ou responsáveis influenciam muito na extensão, qualidade e tipo de atendimento odontológico. O estabelecimento de um acordo com a família é essencial para o sucesso da participação da criança como paciente odontológico (Haupt, 1989; Sams et al., 1992). É comum que os pais fiquem ansiosos a respeito do tratamento que seus filhos receberão, pois esses se preocupam com qualquer desconforto que a criança possa sentir (Nóbrega, 1995).

Apesar de muitos portadores de deficiência não necessitarem de métodos mais restritivos de controle comportamental, durante a consulta odontológica, alguns pacientes requerem o uso de técnicas de contenção física e/ou farmacológicas (Tesini & Fenton, 1994). Ao atender uma criança, normalmente é estabelecida uma relação um-para-dois: dentista-paciente infantil e seus pais ou responsáveis. Os pais precisam ser informados sobre a experiência odontológica da criança, sendo que a maior parte dos profissionais admite a relevância da comunicação com os responsáveis pela criança (Wright, 2001).

A escolha por este tema foi determinada pela importância da comunicação do odontopediatra com a família do seu paciente. O profissional deve estar ciente que a participação dos responsáveis pelo portador de deficiência mental pode ser decisiva no sucesso do tratamento odontológico. Os pais estão sempre preparados para fornecer informações relevantes sobre o comportamento do filho e sua experiência pregressa. A decisão sobre o tipo de abordagem que a criança terá durante seu atendimento não depende só do odontopediatra. Atualmente, os pais questionam cada vez mais sobre o tratamento que a criança receberá, sobretudo suas vantagens, desvantagens, riscos e benefícios.

7.1 Metodologia empregada

Na literatura científica existem poucos dados relacionados à aceitação da família quanto ao atendimento odontológico do portador de deficiência mental, principalmente sobre o uso das técnicas de contenção freqüentemente utilizadas nestes pacientes.

Assumpção Jr. et al. (1999) afirmaram que existe no Brasil um número reduzido de estudos destinados ao portador de deficiência mental.

A escolha por se realizar a coleta de dados na APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata justificou-se pela possibilidade de localização de participantes com características similares. Encontrar participantes dentro do perfil desejado para este estudo, de forma aleatória, é complexo, pois a maioria dos portadores de deficiência está vinculada a alguma instituição especializada (Assumpção Jr. et al., 1999). Além disso, não há nenhuma listagem disponível, em bancos de dados do governo, com nome, endereço, filiação e idade dos portadores de deficiência não institucionalizados. Desta forma, torna-se inviável uma localização sistemática destas pessoas. As vantagens da utilização de amostras não-aleatórias são consideráveis devido às facilidades operacionais e custos reduzidos. Contudo, um estudo feito com uma amostra não-aleatória, composta por participantes reunidos em instituições, constitui um conjunto não representativo de todas as pessoas com características similares, presentes na população geral. Os resultados de uma investigação feita com pessoas de uma instituição resumem a experiência do próprio local, e podem, no máximo, serem extrapolados para outras instituições com características semelhantes (Pereira, 1995).

A taxa de retorno de 92,1% de participantes pode ser considerada muito boa. Em ambas as instituições, obteve-se uma grande adesão dos pais/responsáveis ao estudo. Seguramente, este percentual de retorno pode ser atribuído à relevância do tema para os pais/responsáveis, e à grande participação das famílias nas atividades realizadas na APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata. Além disso, houve um cumprimento rigoroso de todas as etapas da metodologia. Consegue-se alcançar 100% da amostra apenas em ocasiões excepcionais. Mesmo em situações que, de princípio, não se prevêem dificuldades na coleta de dados, pode ocorrer uma certa proporção de perdas. As perdas inferiores a 20% podem ser consideradas aceitáveis, entretanto não há um consenso sobre este ponto. Estes percentuais servem como orientação de ordem de grandeza, mas cada pesquisa é única. Informações adicionais sobre o número de perdas auxiliam na interpretação dos resultados (Pereira, 1995).

7.2 Resultados

Visando maior clareza, a discussão deste estudo foi elaborada acompanhando a mesma seqüência apresentada nos resultados. A comparação direta deste trabalho, com os demais estudos encontrados na literatura, apresentou certas dificuldades devido à variabilidade de metodologias utilizadas. Além disso, conforme ressaltado, existe uma carência de estudos relacionados à aceitação das famílias quanto ao atendimento odontológico do portador de deficiência mental. Portanto, esta discussão apresenta como base os estudos encontrados, bem como as condições e situações observadas em cada uma das instituições.

7.2.1 Características da população estudada

As crianças/adolescentes, assim como os pais/responsáveis da APAE-BH e APAE-LP, apresentaram características semelhantes de acordo com as variáveis analisadas: variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade dos pais/responsáveis), familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco), biológicas (idade e gênero da criança/adolescente e idade dos pais/responsáveis), experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção. Por isso, os participantes da APAE de Belo Horizonte e de Lagoa da Prata foram apresentados como um único grupo.

7.2.1.1 Variáveis sociais

De acordo com os pais/responsáveis, a maioria das crianças/adolescentes (57,4%%) pertence à classe econômica menos favorecida. Este resultado já era esperado, por ser a APAE uma instituição filantrópica que presta assistência principalmente a famílias menos favorecidas economicamente. Além disso, na classe menos favorecida economicamente estão presentes portadores de deficiência com maior frequência. Em muitos casos, as condições pré e pós-natais das famílias de baixo poder aquisitivo são acompanhadas de assistências médica e nutricional deficitárias, acarretando maior número de anomalias entre estas crianças (Nunes Filho et al., 1996; Ravaglia, 1997).

Em relação ao grau de escolaridade dos participantes, a maior parte (46,4%) foi classificada com escolaridade média. Este resultado provavelmente aconteceu devido à APAE prestar assistência principalmente às famílias menos favorecidas economicamente, que conseqüentemente apresentam, em sua maioria, menor acesso à educação formal.

7.2.1.2 Variáveis familiares

A maioria das crianças/adolescentes possui um ou mais irmãos (77%), demonstrando que as famílias analisadas possuem, em sua maioria, mais de um filho.

Em relação ao grau de parentesco com a criança/adolescente, as mães representaram a maior parte dos participantes (78,9%). Na APAE-BH e APAE-LP, as crianças/adolescentes, em sua maioria, são acompanhadas pelas mães durante o atendimento nas respectivas instituições. Além disso, muitas mães participam de atividades recreativas ou profissionalizantes destinadas a elas dentro da APAE, estando quase sempre presentes no local. De acordo com Grossi (1999), na maioria das famílias, as mães é que assumem a responsabilidade de cuidar do filho portador de deficiência mental. Sedlacek et al. (1996) e Junqueira (2002) salientaram a relevância de um vínculo forte entre mãe e filho como forma de ajuda a recuperação da criança na busca do bem estar.

7.2.1.3 Variáveis biológicas

De acordo com os pais/responsáveis, grande parte das crianças/adolescentes apresenta idade a partir de cinco anos (73,2%). Devido aos programas de educação infantil e ensino fundamental oferecidos pelas instituições, um maior número de alunos em idade de serem alfabetizados estão presentes nas escolas das APAEs. Nunes Filho et al. (1996) e Assumpção Jr. et al. (1999) afirmaram que a maioria de portadores de deficiência institucionalizados situa-se na faixa etária de sete a 14 anos, a fim de serem alfabetizados através dos programas educacionais presentes nas instituições.

A maioria dos participantes (64,6%) relatou que a criança/adolescente é do sexo masculino. Segundo Nunes Filho et al. (1996) a deficiência mental parece ser mais freqüente no sexo masculino, na proporção de uma mulher para 1,5 homem. Assumpção

Jr. et al. (1999) realizaram um estudo para avaliar o perfil de 178 instituições especializadas em deficiência mental no Estado de São Paulo. Os autores encontraram uma população de 62,6% de portadores de deficiência mental pertencentes ao sexo masculino. Afirmaram que muitos portadores de deficiência do sexo masculino são colocados em instituições visando o processo de inclusão social e a conseqüente profissionalização. Devido aos hábitos culturais ainda presentes em muitas famílias, este fato não ocorre na mesma proporção no sexo feminino. De acordo com Boff (2002) diante de uma cultura patriarcal, supõe-se que o homem domine quase todos os setores, marginalizando a mulher profissionalmente. A sociedade, sendo capitalista e altamente competitiva, ainda tende a oprimir estruturalmente a mulher.

Quanto à faixa etária dos pais/responsáveis, um maior percentual possui 36 anos de idade ou mais (44,5%). Este resultado provavelmente aconteceu pelo alto número de mães presentes no estudo, onde a maioria das crianças/adolescentes apresenta idade entre cinco e 14 anos. Além do mais, entre os participantes há um número representativo de avós.

Quanto ao tipo e grau de deficiência mental das crianças/adolescentes, houve diferenças entre as APAEs. A fim de se evitar dados equivocados sobre o diagnóstico de cada institucionalizado, estas informações foram obtidas através da ficha individual. Segundo Larson (1998), muitas vezes os pais podem confundir o profissional, pois apresentam dificuldades em aceitar que possuem uma criança com deficiência. Relatam o acometimento do portador de deficiência como algo não real, fornecendo informações não compatíveis com a realidade da criança. Mas, de acordo com Pereira (1995) e Assumpção Jr. et al. (1999), devido ao tipo de formação e qualificação profissional, os diversos profissionais que avaliam as crianças portadoras de deficiência provavelmente utilizam diferentes critérios para determinar o tipo e o grau de deficiência mental de cada paciente. Daí a subjetividade desta informação. Por isso, este item não foi considerado como diferencial entre as duas instituições.

7.2.1.4 Experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção

A grande maioria das crianças/adolescentes já tinha ido ao dentista (81,8%). Este alto percentual ocorreu principalmente pelo fato das instituições possuírem assistência

odontológica gratuita. A primeira consulta ao dentista normalmente é realizada tão logo a criança entre para a APAE. Em um estudo realizado com 184 portadores de deficiência mental, institucionalizados e não-institucionalizados, Tesini (1980) afirmou que os pacientes institucionalizados apresentaram um melhor índice de higiene bucal. Adicionalmente, a busca de uma melhor qualidade de vida, tem aumentado a procura pelo atendimento odontológico destinado ao portador de deficiência (O'Donnell, 1996; Oliveira et al., 2001a).

Um alto número de crianças/adolescentes já teve alguma experiência com contenção física (ativa ou passiva) durante um atendimento médico ou odontológico (68,9%). Este percentual possivelmente aconteceu por muitos portadores de deficiência mental não compreenderem a necessidade de um exame médico ou odontológico. Portanto, para que o atendimento seja executado, necessitam ser contidos fisicamente pelo profissional, responsável ou por algum acessório. É freqüente o uso de contenção física nos pacientes portadores de deficiência mental, pois estes costumam apresentar comportamento agressivo e resistência ao atendimento (Adair & Durr, 1987; Tesini & Fenton, 1994; O'Donnell, 1996).

Quanto à experiência com sedação, 41,1% das crianças/adolescentes já vivenciaram esta situação para atendimento médico ou odontológico. Muitos portadores de deficiência necessitam realizar consultas odontológicas e médicas, incluindo exames como tomografia, eletroencefalograma, eletrocardiograma e endoscopia, porém não possuem comportamento colaborador durante o procedimento. Necessitam, portanto, serem sedadas. Os procedimentos de sedação são custeados pela instituição, não acarretando ônus para os responsáveis pelo institucionalizado. É usual que os portadores de deficiência mental sejam sedados para a realização de algum procedimento médico ou odontológico, face aos problemas de comportamento no consultório, já que não possuem compreensão sobre o atendimento (Tesini & Fenton, 1994; O'Donnell, 1996).

Um total de 30,6% das crianças/adolescentes já recebeu anestesia geral para um atendimento médico ou odontológico. Alguns portadores de deficiência mental necessitam, muitas vezes, realizarem cirurgias sob anestesia geral por apresentam algum acometimento físico, sistêmico ou local. Além disso, dependendo do grau de comprometimento mental do paciente, ele só conseguirá ser examinado e atendido sob anestesia geral. As despesas relacionadas ao atendimento médico ou odontológico, sob

anestesia geral são realizadas pela instituição, o que não acarreta nenhum ônus financeiro para as famílias. Em situações especiais, devido à incompreensão de alguns pacientes, os atendimentos médicos ou odontológicos só podem ser realizados sob anestesia geral (Yilmaz et al., 1999; Palhares, 2000).

7.2.2 Análise univariada e razão das chances

As variáveis relacionadas à aceitação dos pais/responsáveis sobre as técnicas de contenção serão apresentadas separadamente. A primeira técnica analisada será contenção física ativa, seguida pela contenção física passiva, sedação e anestesia geral.

7.2.2.1 Contenção física ativa

Houve uma relação estatisticamente significativa entre a aceitação da técnica de contenção física ativa pelos pais/responsáveis da APAE-BH e APAE-LP. Um maior percentual de participantes da APAE-LP aceita o uso desta técnica, na criança/adolescente, durante o atendimento odontológico (61,7%). Na APAE-BH, 43,7% dos pais/responsáveis concordam com sua utilização. Através da razão das chances, a possibilidade de um pai/responsável da APAE-LP aceitar a contenção ativa é 2,074 vezes maior em relação a um participante da APAE-BH. Esta diferença de resultados aconteceu possivelmente pelo fato dos pais/responsáveis da APAE-LP estarem mais familiarizados com esta técnica, pois a dentista local utiliza contenção física ativa com grande frequência nos pacientes desta instituição. Além do mais, a cidade de Lagoa da Prata não oferece atendimento odontológico sob anestesia geral. Quando o uso se faz necessário, o paciente é transferido para atendimento em outra cidade, o que representa dificuldades para a família. Nos estudos conduzidos por Fields Jr. et al. (1984) e Murphy et al. (1984), a contenção ativa obteve bons índices de aceitação pelos pais de crianças não portadoras de deficiência, para ser utilizada em seus filhos durante um atendimento odontológico. De acordo com estudos de Lawrence et al. (1991), Havelka et al. (1992) e Scott & García-Godoy (1998), com pais de crianças não portadoras de deficiência, quando os pais não receberam informações prévias sobre a técnica de contenção ativa, apresentaram maior índice de rejeição sobre seu uso nos filhos. Esta informação demonstra a importância da comunicação entre o profissional e a família do paciente.

A influência da variável social (classe econômica da criança/adolescente) quanto à aceitação dos pais/responsáveis sobre o uso da contenção física ativa também foi analisada. Os resultados encontrados demonstraram que houve uma relação estatisticamente significativa entre estas variáveis. A maioria dos participantes, responsáveis pelas crianças/adolescentes incluídos na classe menos favorecida economicamente, concorda com a utilização da contenção física ativa, enquanto na classe mais favorecida economicamente, a maior parte dos pais/responsáveis rejeitam o uso da técnica durante um atendimento odontológico. Baseado na análise da razão das chances pode-se afirmar que a chance de um participante, cuja criança/adolescente pertença à classe menos favorecida economicamente, aceitar a contenção física ativa é 1,901 vezes maior, em relação a um respondente cuja criança/adolescente seja da classe mais favorecida economicamente. Este resultado possivelmente ocorreu em função dos participantes com crianças/adolescentes da classe menos favorecida economicamente, em sua maioria, possuírem pouca escolaridade. Acreditam que se não aceitarem a técnica, o institucionalizado não receberá atendimento na APAE, já que esta é a técnica mais utilizada em ambos os locais. Entretanto, em estudos realizados por Murphy et al. (1984), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) não houve relação significativa entre o nível econômico e a aceitação da técnica. Estes diferentes resultados, provavelmente, ocorreram em função do perfil dos participantes de cada pesquisa. No presente estudo houve uma proporção semelhante entre classe econômica mais favorecida e menos favorecida, e foram analisados pais/responsáveis de crianças/adolescentes com deficiência mental. Os demais estudos foram conduzidos com pais de crianças não portadoras de deficiência. Além disso, Murphy et al. (1984) analisaram predominantemente pais de classe econômica média e alta (pais de crianças que recebiam atendimento em consultórios particulares), enquanto Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) avaliaram principalmente pais de classe econômica baixa (pais de crianças que recebiam atendimento gratuito em consultórios públicos). Em uma pesquisa conduzida por Havelka et al. (1992), quando o grupo mais favorecido economicamente recebeu informações prévias sobre a contenção ativa, mostrou-se mais favorável ao seu uso durante o atendimento odontológico do filho, do que o grupo menos favorecido. Os autores realizaram o estudo com proporções semelhantes de pais com crianças não portadoras de deficiência e de todas as classes econômicas.

A influência da variável social (grau de escolaridade dos pais/responsáveis) sobre a aceitação dos mesmos sobre a técnica de contenção ativa também foi analisada. Foram encontradas relações significativas entre as variáveis, determinando que quanto menor o grau de escolaridade do participante, maior a sua aceitação sobre a contenção física ativa. Através da razão das chances, pode-se dizer que o pai/responsável, com até média escolaridade, tem 2,467 vezes mais chance de aceitar a técnica do que um respondente com alta escolaridade. Estas análises sugerem que os participantes com menor grau de escolaridade aceitam mais facilmente a técnica ofertada para seus filhos, demonstrando um comportamento de passividade frente à instituição. Em uma pesquisa conduzida por Scott & García-Godoy (1998), não houve relação significativa entre o grau de escolaridade do participante e aceitação dos pais sobre a contenção ativa. Esta diversidade de resultados se justifica pelos diferentes grupos analisados. O presente estudo foi realizado com pais/responsáveis de crianças institucionalizadas e com deficiência mental. Muitos participantes, por serem pouco esclarecidos, acreditam que, se não aceitarem a técnica, seu dependente não receberá atendimento na instituição. A pesquisa de Scott & García-Godoy (1998) foi feita com pais de crianças não institucionalizadas e não portadoras de deficiência.

Através da uniformidade dos resultados não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco com o participante) e a aceitação dos pais/responsáveis quanto ao uso da contenção física ativa durante o atendimento odontológico. Entretanto, existe um maior percentual de aceitação da técnica pelo pai e pela mãe, que por outros membros da família. Através da razão das chances, um participante que seja pai ou mãe da criança/adolescente tem 2,346 vezes mais chance de aceitar a contenção física ativa do que um participante com outro grau de parentesco. Este resultado provavelmente aconteceu pelo fato do pai e/ou da mãe conhecerem bem o comportamento do filho e julgarem correto e necessário o uso da técnica. Além disso, possivelmente já vivenciaram experiência semelhante com o filho, podendo determinar com maior exatidão a validade da contenção física ativa. Nos estudos conduzidos por Murphy et al. (1984), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) com pais de crianças não portadoras de deficiência mental, o número de filhos também não influenciou na opinião dos pais sobre o uso de contenção física ativa na criança não portadora de deficiência mental.

Houve uma relação estatisticamente significativa entre a variável biológica (idade da criança/adolescente) e a aceitação dos participantes sobre a contenção física ativa. A maioria dos pais/responsáveis (63%) de crianças/adolescentes entre 10 e 14 anos de idade concorda com o uso da técnica durante o atendimento odontológico, enquanto a maior parte dos pais/responsáveis com crianças com idade inferior a 10 anos não aceitam a técnica. Essa informação demonstrou que a idade do portador de deficiência mental influenciou na escolha dos participantes. Através da análise da razão das chances um pai/responsável, cuja criança/adolescente tenha idade entre 10 e 14 anos, tem 2,158 vezes mais chance de aceitar a contenção ativa do que um participante cuja criança/adolescente tenha idade inferior a 10 anos. Possivelmente, a maioria dos pais/responsáveis, com crianças/adolescentes entre 10 e 14 anos de idade já deve ter vivenciado esta situação no consultório odontológico ou médico e ter tido uma experiência positiva com a técnica. Já os pais/responsáveis de crianças menores, provavelmente temem que o uso de contenção ativa possa machucá-las ou acarretar-lhes algum dano psicológico. Além disso, acreditam que o uso desta técnica seja desnecessário em seu filho.

Um dos aspectos vistos neste estudo se refere à ausência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (gênero da criança/adolescente e idade dos pais/responsáveis) e a aceitação dos participantes sobre a contenção física ativa durante o atendimento odontológico. Porém, observou-se uma tendência de pais/responsáveis aceitarem mais a técnica com o avanço da idade dos mesmos. Através da razão das chances, um participante, na faixa etária de 36 anos ou mais, tem 1,845 vezes mais chance de aceitar a contenção ativa quando comparado a um pai/responsável com idade inferior a 36 anos. Possivelmente estes participantes já possuem experiência com esta técnica durante algum atendimento do portador de deficiência mental, o que provavelmente não aconteceu com os pais/responsáveis mais novos. Fields Jr. et al. (1984), Murphy et al. (1984), Lawrence et al. (1991), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) afirmaram que em seus estudos também não houve relação estatisticamente significativa entre a idade dos pais e a aprovação da contenção ativa na criança durante o atendimento odontológico. Estes estudos foram conduzidos com pais de crianças não portadoras de deficiência. Quanto ao gênero, em uma pesquisa realizada por Brandes et al. (1995), nos EUA, com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de

crianças não portadoras de deficiência, o fato da criança ser do sexo masculino ou feminino também não interferiu na aceitação dos pais sobre a técnica.

Outra questão observada no presente trabalho foi a ausência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, e a aceitação dos participantes sobre a técnica. O fato da criança/adolescente já ter tido experiência odontológica e com as técnicas de contenção física (ativa ou passiva), sedação e/ou anestesia geral, não influenciaram na aceitação dos pais/responsáveis em relação ao uso da contenção ativa durante o atendimento odontológico. No estudo conduzido por Brandes et al. (1995) com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência, a experiência odontológica da criança também não influenciou na opinião dos pais sobre o uso da contenção física ativa.

7.2.2.2 Contenção física passiva

Não houve relação estatisticamente significativa entre a aceitação da técnica de contenção física passiva pelos pais/responsáveis da APAE-BH e APAE-LP. A uniformidade desta distribuição de resultados demonstra que os participantes de ambas as instituições possuem opiniões similares sobre o uso desta técnica. Em ambos os locais, a maioria dos participantes demonstrou boa aceitação sobre seu uso durante a consulta odontológica da criança/adolescente. Entretanto, os resultados de estudos dirigidos por Murphy et al. (1984), Fields Jr. et al. (1984), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002), com pais de crianças não portadoras de deficiência, demonstraram um alto índice de rejeição dos pais à utilização da contenção passiva durante o atendimento odontológico de seus filhos. Os diferentes resultados se justificam pelo fato do presente estudo ter sido conduzido com pais/responsáveis de crianças/adolescentes com deficiência mental. Normalmente, já estão familiarizados com o uso de contenção física passiva. Tais indivíduos necessitam, em sua maioria, da necessidade de serem imobilizadas durante um atendimento médico ou odontológico. Segundo estudos realizados por Lawrence et al. (1991) e Havelka et al. (1992), com pais de crianças não portadoras de deficiência, quando os pais não receberam explicações sobre a técnica de contenção física passiva, o índice de rejeição foi maior. Em uma pesquisa conduzida por

Nathan (1989), os odontopediatras americanos relataram a contenção física passiva como forma punitiva à criança, seja ela portadora de deficiência ou não.

De acordo com os resultados, não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a contenção física passiva. Murphy et al. (1984), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) encontraram resultados semelhantes, onde a classe econômica da criança não influenciou na opinião dos pais sobre a técnica. Entretanto, de acordo com um estudo realizado por Havelka et al. (1992), com 122 pais americanos, os pais de nível econômico alto rejeitaram mais a contenção passiva que pais de nível econômico baixo. Esta diferença de resultados pode ser explicada por Havelka et al. (1992) terem conduzido o estudo com proporções semelhantes de participantes de todos os níveis econômicos. No presente estudo e nos demais citados houve maior percentual de um só nível econômico. Murphy et al. (1984) estudaram pais de níveis médio e alto (pais de crianças que recebiam atendimento em consultórios particulares), enquanto Scott & García-Godoy (1998), Fúccio et al. (2002) e este estudo, analisaram predominantemente pais de nível econômico baixo (pais de crianças que recebiam atendimento gratuito em consultórios públicos). Os estudos de Murphy et al. (1984), Havelka et al. (1992), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) foram conduzidos com pais de crianças não portadoras de deficiência. Na pesquisa de Scott & García-Godoy (1998), também não houve relação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade dos pais e a aceitação dos mesmos sobre o uso de contenção passiva.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a contenção física passiva. Este resultado evidenciou que o número de irmãos da criança/adolescente, assim como o fato do participante ser pai, mãe ou ter qualquer outro parentesco com o portador de deficiência não influenciaram na opinião dos pais/responsáveis sobre o uso da técnica durante o atendimento odontológico. De acordo com os estudos conduzidos por Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) com pais de crianças não portadoras de deficiência, também não houve relação estatisticamente significativa entre o número de filhos e a aceitação dos pais sobre a contenção passiva. Entretanto, em uma pesquisa realizada por Murphy et al.

(1984), também com pais de crianças não portadoras de deficiência, pais com mais de um filho rejeitaram mais a técnica que pais com um filho só. Estas diferenças de resultados, provavelmente são justificadas pelas diferentes metodologias empregadas em cada um destes estudos. A pesquisa de Murphy et al. (1984) exibiu simulações da utilização das técnicas de manejo durante um atendimento odontopediátrico. Já o presente estudo e as pesquisas de Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) exibiram as técnicas em situações reais de atendimento odontológico.

Observou-se uma relação estatisticamente significativa entre a variável biológica (idade da criança/adolescente) e a aceitação dos participantes sobre a contenção física passiva. A maioria dos pais/responsáveis com crianças entre nove meses e quatro anos de idade concorda com o uso da técnica durante a consulta odontológica. Entretanto, entre os participantes com crianças/adolescentes na faixa etária de cinco a 14 anos o percentual de aceitação sobre a técnica foi menor. Através da análise da razão das chances, um pai/responsável, cuja criança tenha idade entre nove meses e quatro anos, tem 2,468 vezes mais chance de aceitar a contenção física passiva do que um participante cuja criança/adolescente esteja na faixa etária de cinco a 14 anos. Estes resultados sugerem que os pais/responsáveis de crianças mais novas acreditam que esta técnica seja mais segura e válida, protegendo o paciente de injúrias durante o atendimento. Frankel (1991) realizou uma pesquisa com 50 mães, cujos filhos apresentavam idade média de três anos e problemas comportamentais, mas não portadores de deficiência. De acordo com os resultados, 78% das mães não consideraram que o uso da contenção passiva poderia acarretar trauma para a criança e 17% afirmaram que a criança chorou devido ao uso da contenção.

Os resultados demonstraram que não existiu uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (gênero da criança/adolescente e idade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a contenção física passiva durante o atendimento odontológico da criança/adolescente. Em um estudo realizado por Brandes et al. (1995), nos EUA, com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência, o fato da criança ser do sexo masculino ou feminino também não interferiu na aceitação dos participantes sobre a técnica. Em estudos conduzidos por Fields Jr. et al. (1984), Murphy et al. (1984), Lawrence et al. (1991), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002), com pais de crianças não

portadoras de deficiência, a idade dos pais também não interferiu em suas opiniões sobre o uso de contenção física passiva durante o atendimento de seus filhos.

Não foi observada relação estatisticamente significativa entre as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, com a aceitação dos pais/responsáveis sobre o uso da contenção física passiva. O fato da criança/adolescente já ter tido experiência odontológica, bem como com as técnicas de contenção física (ativa ou passiva), sedação e/ou anestesia geral, não influenciaram na aceitação dos pais/responsáveis em relação ao uso da contenção passiva durante o atendimento odontológico. Porém, entre os participantes, cuja criança/adolescente já possui experiência prévia com contenção física, existe uma maior tendência de aceitação da técnica, sendo essa relação próxima ao valor estatisticamente significativo. Através da razão das chances um pai/responsável, cuja criança/adolescente tenha experiência com contenção física (ativa ou passiva), tem 1,781 vezes mais chance de aceitar a contenção física passiva do que um participante cuja criança/adolescente nunca tenha passado por esta técnica. Esta informação demonstra que o atendimento das crianças/adolescentes mediante contenção física obteve sucesso já que os participantes, cujos portadores de deficiência já vivenciaram esta situação, apresentam maior chance de concordar com o uso da contenção física passiva. Brandes et al. (1995) realizaram uma pesquisa com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência e observaram que a opinião dos pais sobre o uso de contenção física passiva em seus filhos não foi influenciada pelo fato da criança já ter experiência odontológica. Em estudo realizado por Frankel (1991) com 50 mães, com filhos de idade média de três anos e com problemas comportamentais, mas não portadores de deficiência, 90% delas aprovaram o uso da contenção passiva e 86% relataram que a técnica poderia ser utilizada novamente em outras consultas.

7.2.2.3 Sedação

Ao analisar a aceitação dos pais/responsáveis da APAE-BH e APAE-LP sobre a técnica de sedação, observou-se que não houve uma relação significativa entre a distribuição dos pais/responsáveis nas duas instituições e sua aceitação sobre a técnica de sedação. A homogeneidade da distribuição de informações demonstra que os

pais/responsáveis de ambas as instituições possuem opiniões semelhantes quanto à utilização desta técnica em seus filhos, para atendimento odontológico. Os participantes demonstraram bons índices de aceitação do uso da sedação. Entretanto, em estudos realizados por Fields Jr. et al. (1984), Murphy et al. (1984) e Fúccio et al. (2002), a sedação foi bastante rejeitada pela maioria dos pais de crianças não portadoras de deficiência mental. Estes diferentes resultados provavelmente ocorreram pelo conhecimento que os pais/responsáveis, com crianças portadoras de deficiência mental, possuem com a técnica de sedação, muito utilizada na criança com deficiência mental para procedimentos médicos e odontológicos. De acordo com pesquisas realizadas por Lawrence et al. (1991), Havelka et al. (1992) e Scott & García-Godoy (1998), com pais de crianças não portadoras de deficiência mental, a sedação foi mais rejeitada quando os pais não receberam explicações prévias sobre a técnica. Esta informação confirma a relevância de uma boa comunicação entre o profissional e os pais/responsáveis pela criança.

As variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade do participante) não influenciaram estatisticamente na aceitação da sedação pelos pais/responsáveis. Em estudos conduzidos por Murphy et al. (1984), Havelka et al. (1992), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002), com pais de crianças não portadoras de deficiência, a classe econômica também não influenciou na opinião dos participantes sobre o uso da técnica. No estudo de Scott & García-Godoy (1998) não houve relação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade dos pais e sua opinião quanto ao uso de sedação para um atendimento odontológico.

As variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) não influenciaram na aceitação dos pais/responsáveis quanto ao uso da técnica de sedação para o atendimento odontológico da criança/adolescente. A uniformidade das respostas demonstrou que não houve uma relação significativa entre as respostas. Nos estudos de Murphy et al. (1984), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) com pais de crianças não portadoras de deficiência, o número de filhos também não influenciou na opinião dos pais sobre o uso da sedação.

A aceitação dos participantes quanto ao uso da sedação na criança/adolescente portador de deficiência mental, para um atendimento odontológico, não sofreu influência em face das variáveis biológicas (idade e gênero da criança/adolescente e idade do

participante). Milnes et al. (2000) realizaram uma pesquisa, nos EUA, com 153 crianças/adolescentes não portadores de deficiência e idade variando entre dois a 14,5 anos. Os autores observaram que, em todos os participantes, a sedação foi tida como satisfatória para finalizar a consulta, não ocorrendo nenhum imprevisto ou emergência durante o atendimento. Em um estudo conduzido por Brandes et al. (1995) com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência, o sexo da criança também não influenciou na aceitação dos pais sobre a técnica. Entretanto, em uma pesquisa realizada por Needleman et al. (1995) sobre o uso de sedação em crianças não portadoras de deficiência, o índice de sucesso nos meninos foi maior que nas meninas. Já em um estudo conduzido por Fraone et al. (1999), também com crianças não portadoras de deficiência, as meninas mostraram-se mais tranquilas e calmas, antes e durante o procedimento. Esta variação de resultados pode ser justificada pela diferentes drogas sedativas utilizadas pelos autores em seus estudos. Nos estudos de Fields Jr. et al. (1984), Murphy et al. (1984), Lawrence et al. (1991), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002), também não houve relação estatisticamente significativa entre a idade dos pais e suas opiniões sobre a sedação da criança não portadora de deficiência.

De acordo com dados desta pesquisa, não houve uma relação significativa entre as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção, e a aceitação dos pais/responsáveis sobre a sedação. Esta informação demonstra que a aceitação dos participantes sobre o uso da sedação, para um atendimento odontológico, não foi influenciada pelo fato da criança/adolescente já ter sido submetida a consulta odontológica ou utilizado técnica de contenção física, sedação ou anestesia geral para atendimento médico ou odontológico. Em estudos realizados por Blain & Hill (1998) e Kupietzky & Blumenstyk (1998), a maioria dos pais, cujos filhos foram sedados para atendimento odontológico, optou pelo mesmo tipo de atendimento em consultas futuras. Esta diferença de resultados pode ser explicada principalmente por estes estudos terem sido realizados nos EUA, onde o uso da técnica de sedação é muito comum para atendimentos odontológicos. Conseqüentemente, os pais estão muito acostumados à sua utilização em seus filhos para atendimento odontológico. Nas pesquisas realizadas por Camm et al. (1987) e Needleman et al. (1995), a maioria das crianças submetidas à sedação para um atendimento odontológico obteve sucesso. Camm et al. (1987) observaram em sua pesquisa que mães de crianças que receberam anestesia geral

relataram maior nível de estresse que as mães de crianças que foram sedadas, para uma consulta odontológica. A justificativa das mães sobre esta questão é que o procedimento sob anestesia geral é mais demorado e a criança permanece um longo período sozinha. Todos esses estudos foram conduzidos com crianças não portadoras de deficiência. Em uma pesquisa conduzida por Brandes et al. (1995), com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência, o fato da criança já ter sido submetida a uma consulta odontológica também não influenciou na aceitação dos participantes sobre o uso da técnica de sedação.

7.2.2.4 Anestesia geral

Houve uma relação significativa entre a aceitação da anestesia geral pelos participantes da APAE-BH e APAE-LP. Na APAE de Lagoa da Prata 11,1% dos pais/responsáveis concordam com o uso da anestesia geral na criança/adolescente, enquanto, na APAE-BH, 31,2% aceitam sua utilização. Através da razão das chances, a possibilidade de um participante da APAE-BH aceitar a anestesia geral é 3,636 vezes maior do que a chance de um pai/responsável da APAE-LP concordar com a utilização do mesmo método. Esta diferença de resultados é justificada pelo fato da cidade de Lagoa da Prata não dispõe de atendimento odontológico sob anestesia geral. Quando a criança/adolescente da APAE-LP recebe indicação para o seu uso, precisa ser transferida para outra cidade, o que representa dificuldade para a família, e mais rejeição à técnica. Provavelmente, se Lagoa da Prata oferecesse atendimento odontológico sob anestesia geral, o índice de rejeição à técnica não teria sido tão elevado. Baseado nos resultados, os pais/responsáveis, de ambas as instituições, rejeitaram o uso da anestesia geral. Fields Jr. et al. (1984), Murphy et al. (1984) e Fúccio et al. (2002) obtiveram resultados semelhantes, demonstrando um alto índice de rejeição dos pais à anestesia geral. De acordo com as pesquisas conduzidas por Lawrence et al. (1991), Havelka et al. (1992) e Scott & García-Godoy (1998), a anestesia geral para um atendimento odontopediátrico foi mais rejeitada quando os pais não receberam informações prévias sobre a técnica. Estes resultados confirmam a importância de uma explicação prévia sobre o atendimento da criança, fornecida pelo profissional aos pais/responsáveis. Estes estudos foram conduzidos com pais de crianças não portadoras de deficiência.

Não houve relação significativa entre as variáveis sociais (classe econômica da criança/adolescente e grau de escolaridade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis quanto à utilização da anestesia geral para um atendimento odontológico. Em estudos conduzidos com pais de crianças não portadoras de deficiência, Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) encontraram resultados semelhantes, onde também não foi observada relação significativa quanto à opinião dos pais de diferentes níveis econômicos. Entretanto, em estudo realizado por Murphy et al. (1984), pais de classe econômica mais elevada foram menos receptivos à anestesia geral que pais de classe menos favorecida economicamente. Estes resultados podem ser justificados por Murphy et al. (1984) terem realizado o estudo com um maior percentual de pais de níveis econômico médio e alto. O presente estudo e os demais citados analisaram predominantemente pais de nível econômico baixo. De acordo com pesquisa conduzida por Havelka et al. (1992), com pais de crianças não portadoras de deficiência, aqueles de um nível econômico menos favorecido aceitaram melhor a anestesia geral, quando não receberam informações prévias sobre a técnica. No estudo de Scott & García-Godoy (1998) também não houve relação estatisticamente significativa entre o grau de escolaridade dos pais e a aceitação dos mesmos quanto ao uso da anestesia geral para o atendimento odontológico dos filhos.

As variáveis familiares (número de irmãos da criança/adolescente e grau de parentesco) não influenciaram significativamente a aceitação dos pais/responsáveis quanto ao uso da anestesia geral para um atendimento odontológico. Nos estudos conduzidos por Murphy et al. (1984), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002) com pais de crianças não portadoras de deficiência, a quantidade de filhos não influenciou na opinião dos mesmos sobre o uso da anestesia geral na criança. Em uma pesquisa realizada por Kupietzky & Blumenstyk (1998), com 54 pais americanos, de crianças não portadoras de deficiência, 8,3% deles relataram que seus filhos ficaram traumatizados com o tratamento odontológico sob anestesia geral.

De acordo com dados desta pesquisa, houve uma relação significativa entre a variável biológica (idade da criança/adolescente) e a aceitação dos participantes sobre o uso da anestesia geral. Um maior número de pais/responsáveis, com crianças/adolescentes na idade de 10 a 14 anos, concorda com a utilização da anestesia geral, quando comparados com os participantes cujas crianças/adolescentes possuem

idade inferior a 10 anos. Baseado na análise da razão das chances, um participante, cuja criança/adolescente tenha idade entre 10 e 14 anos tem 1,17 vezes mais chance de aceitar a anestesia geral do que um pai/responsável com uma criança na faixa etária de nove meses a nove anos. Provavelmente, pais/responsáveis com crianças mais novas acreditam que esta técnica não seja necessária em suas crianças para um atendimento odontológico. Em uma pesquisa realizada por Couto et al. (2001), em um programa de assistência odontológica sob anestesia geral, a faixa etária de três a cinco anos de idade foi a mais prevalente neste tipo de atendimento, independente da criança ser, ou não, portadora de deficiência.

Não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis biológicas (gênero da criança/adolescente e idade do participante) e a aceitação dos pais/responsáveis para a técnica de anestesia geral. Brandes et al. (1995) encontraram resultados semelhantes em um estudo realizado com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência, onde o sexo da criança não influenciou na aceitação dos mesmos, quanto ao uso da anestesia geral. Nos estudos conduzidos por Fields Jr. et al. (1984), Murphy et al. (1984), Lawrence et al. (1991), Scott & García-Godoy (1998) e Fúccio et al. (2002), com pais de crianças não portadoras de deficiência, a idade dos pais também não influenciou em suas opiniões sobre o uso da anestesia geral em seus filhos para atendimento odontológico.

Segundo informações desta pesquisa, não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis, experiência prévia odontológica e com as técnicas de contenção física (ativa ou passiva) e sedação, e a aceitação dos participantes sobre a anestesia geral. Em uma pesquisa conduzida por Brandes et al. (1995), com 40 pais de crianças com deficiência e 40 pais de crianças não portadoras de deficiência, o fato da criança já ter experiência odontológica também não influenciou na aceitação dos participantes sobre o uso da anestesia geral. Frankel (1991) realizou um estudo com 50 mães, cujos filhos tiveram experiência de atendimento odontológico com contenção física passiva. Entre essas mães, 20% responderam que num próximo atendimento prefeririam que seus filhos fossem atendidos sob anestesia geral. Este resultado justifica-se pelo fato das mães terem permanecido na sala de atendimento e relatado um alto índice de ansiedade durante a consulta, sob contenção física. Além disso, relataram que a criança chorou muito durante o atendimento. Nenhuma das crianças era portadora de deficiência.

O fato da criança/adolescente já ter sido submetida à anestesia geral influenciou na aceitação dos pais/responsáveis sobre seu uso, sendo esta uma relação significativa. Um maior percentual de participantes, cuja criança/adolescente já recebeu anestesia geral, concorda com sua utilização para o atendimento odontológico. A razão das chances demonstra que um pai/responsável, cuja criança/adolescente já tenha sido submetido à anestesia geral, tem 2,289 vezes mais chance de aceitar este método do que aquele cuja criança/adolescente não tenha experiência prévia com a anestesia geral. Esta informação demonstra que o atendimento sob anestesia geral possivelmente obteve sucesso. Os participantes, cujas crianças/adolescentes já vivenciaram esta experiência, apresentam maior chance de concordar com o seu uso para uma consulta odontológica. Além disso, os pais/responsáveis que já conhecem a técnica possuem maior segurança em aceitá-la para um tratamento odontológico. Em estudo realizado por Blain & Hill (1998), 23,6% dos pais, cujos filhos foram submetidos à anestesia geral para um atendimento odontológico concordaram com a utilização deste recurso novamente. Este resultado pode ser explicado pelo estudo ter sido realizado nos EUA, onde a utilização da técnica de sedação para atendimento odontológico é muito freqüente entre os odontopediatras, o que proporciona aos pais maior rejeição à anestesia geral por preferirem a sedação. Além disso, foi conduzido com pais de crianças não portadoras de deficiência.

7.2.3 Aceitação dos pais/responsáveis quanto às técnicas de contenção

De acordo com os resultados, a técnica mais rejeitada pelos pais/responsáveis foi a anestesia geral. As técnicas mais aceitas para serem utilizadas na criança durante um atendimento odontológico foram sedação, contenção física passiva e contenção física ativa. Estatisticamente, não houve diferença no percentual de aceitação dessas técnicas entre os participantes. Portanto, o nível de aceitação para contenção física (ativa/passiva) e sedação pode ser considerado o mesmo. Este resultado possivelmente é explicado pelos pais/responsáveis estarem familiarizados com o uso de contenção física no portador de deficiência mental para fins médicos e/ou odontológicos, sabendo o que acontece com o paciente nestas situações. Quanto à sedação, muitos participantes não possuem total compreensão sobre o que seja a técnica, então tendem a aceitar seu uso com maior facilidade. A grande rejeição à anestesia geral ocorreu, provavelmente, por ser um procedimento mais agressivo e realizado em ambiente hospitalar. Vários participantes

relataram sobre os riscos de vida para o paciente e só autorizariam a anestesia geral para alguma cirurgia médica. Fields Jr. et al. (1984) afirmaram que a opinião dos pais pode ser influenciada pela experiência anterior, com alguma técnica de contenção.

7.2.4 Perfil dos pais/responsáveis quanto à aceitação das técnicas de contenção

Através da razão das chances, pode-se dizer que o participante com maior possibilidade de aceitar a técnica de contenção física ativa é aquele que com 36 anos de idade ou mais, é mãe ou pai da criança/adolescente e afirmou ter baixa ou média escolaridade. A criança/adolescente possui 10 a 14 anos de idade, é de classe econômica menos favorecida e está na APAE de Lagoa da Prata.

Quanto à contenção física passiva, pode-se dizer, através da razão das chances, que o participante com maior possibilidade de aceitar a técnica é aquele cuja criança possui nove meses a quatro anos de idade e já apresenta experiência anterior com contenção física (ativa ou passiva).

Através da razão das chances não se pode prever o perfil do participante com maior chance de aceitação sobre a sedação, já que nenhuma das variáveis analisadas obteve um valor-p menor que 0,10. Este resultado provavelmente aconteceu porque, em muitos casos, os pais/responsáveis não possuem um conhecimento satisfatório sobre o que realmente é a sedação. Portanto não demonstraram muita coerência quanto a aceitação da técnica. Além disso, a sedação do paciente pode ser obtida de diferentes formas e, muitas vezes, acaba confundindo os pais/responsáveis.

Com relação à anestesia geral, o pai/responsável com maior possibilidade de aceitar a técnica é aquele cuja criança/adolescente possui 10 a 14 anos de idade, já foi submetida à anestesia geral e está na APAE de Belo Horizonte.

7.3 Comentário final

Através deste estudo, observou-se que não existe, para os pais/responsáveis, uma técnica padrão para o controle comportamental da criança/adolescente portador de deficiência mental, durante o atendimento odontológico. Nenhuma técnica é totalmente

favorável para todos os pacientes e familiares. Portanto, o profissional deve ter percepção e bom senso na hora de indicar a técnica de adequação comportamental a ser utilizada. Deve-se considerar sempre a opinião dos pais quanto à abordagem do portador de deficiência mental durante o tratamento. O cirurgião-dentista deve estabelecer sua conduta considerando a individualidade do paciente e o posicionamento da família. Uma técnica pode ser válida para um determinado paciente e não oferecer o mesmo resultado para outro.

É imprescindível compreender os pais e/ou responsáveis e perceber suas necessidades reais quanto ao atendimento dos filhos com distúrbios comportamentais. O cirurgião-dentista precisa levar em conta a real necessidade de tratamento e intervenção, as seqüelas de tratamentos mal sucedidos, além do potencial de dano físico e emocional de cada técnica de manejo (Feigal, 1995). Independente do procedimento odontológico a ser realizado, um dos principais recursos necessários aos cirurgiões-dentistas é reconhecer e identificar seus próprios limites, além de estar atento à preocupação da família quanto às limitações físicas e mentais do portador de deficiência.

É necessário que os profissionais façam uma reflexão sobre a conduta que possuem durante o atendimento de seus pacientes, estando conscientes de que não possuem autoridade plena sobre o tratamento e o atendimento. Compreender a importância da comunicação entre profissionais e família é essencial na prática clínica. Atualmente, o acesso das pessoas às informações sobre saúde aumentou muito e assim, os pacientes e familiares não aceitam mais, passivamente, os tratamentos oferecidos. Pelo contrário, questionam se realmente aquela abordagem é a melhor, se é necessária, e quais são as possíveis alternativas.

8 CONCLUSÕES

8 CONCLUSÕES

1. As técnicas mais aceitas pelos pais/responsáveis foram contenção física ativa, contenção física passiva e sedação, enquanto a mais rejeitada foi a anestesia geral.
2. A contenção física ativa tem 2,074 vezes mais chance de ser aceita pelo pai/responsável da APAE-LP, 1,845 vezes por aquele com 36 anos ou mais de idade, 2,158 vezes pelo pai/responsável cuja criança/adolescente está na faixa etária de 10 a 14 anos e 1,901 vezes por aquele cuja criança/adolescente é de uma classe econômica menos favorecida. A técnica tem 2,467 vezes mais chance de ser aceita pelo pai/responsável com até média escolaridade e 2,346 vezes pelo pai ou mãe da criança/adolescente.
3. O perfil dos pais/responsáveis com maior chance de aceitar a contenção física ativa é: ser da APAE-LP, possuir 36 anos ou mais de idade, ser pai ou mãe da criança/adolescente, ter até média escolaridade, criança/adolescente estar na faixa etária de 10 a 14 anos e ser de classe econômica menos favorecida.
4. A contenção física passiva tem 2,468 vezes mais chance de ser aceita pelo participante cuja criança está na faixa etária de nove meses a quatro anos e 1,781 vezes pelo pai/responsável, cuja criança possui experiência prévia com contenção física.
5. O perfil dos pais/responsáveis com maior chance de aceitar a contenção física passiva é: criança estar na faixa etária de nove meses a quatro anos e ter experiência prévia com contenção física.
6. Nenhuma das variáveis independentes analisadas determinou o perfil do participante com maior chance de aceitação da sedação.
7. A anestesia geral tem 3,636 vezes mais chance de ser aceita pelo pai/responsável da APAE-BH, 1,170 vezes mais chance de ser aceita pelo participante cuja criança/adolescente está na faixa etária de 10 a 14 anos e 2,289 vezes pelo pai/responsável cuja criança possui experiência prévia com anestesia geral.

8. O perfil dos pais/responsáveis com maior chance de aceitar a anestesia geral é: ser da APAE-BH, criança/adolescente estar na faixa etária de 10 a 14 anos e ter experiência prévia com anestesia geral.

9 SUMMARY

9 SUMMARY

This study analyzed the parents' acceptance about the restraint techniques, used in children and teenagers with mental deficiency, during the dental treatment. The sample included 209 parents of mental deficiency children younger than 15 years old, from the Association of Parents and Friends of the Exceptional (APAE) from Belo Horizonte (BH) and Lagoa da Prata (LP), in Brazil. After the signature of the consent term, the participant were interviewed. Soon afterwards, all the parents watched a video showing the techniques of physical restraint (active and passive), sedation and general anesthesia. Each participant marked the acceptance or the disapproval of the use of each technique in a diagram, during the child's dental care. The data were analyzed by the X^2 test and odds ratio. There was a significant statistical difference among concerning the restraint techniques ($p=0,000$). The general anesthesia was only accepted by 23% of the parents. However, it was observed that there weren't a significant statistical difference between the active restraint (51%), passive restraint (56%) and sedation (59%) ($p=0,282$). Therefore, the active restraint, passive restraint and sedation are likewise accepted by the participants. Through the *odds ratio*, the participant with major chance of acceptance of the active restraint is 36 years of age or more, is the child's father or mother, has low/medium education, his son's age is from 10 to 14 years old, belongs to a less favored economical class and belongs to APAE-LP. The participant with major chance of acceptance of the passive restraint has a child from the age of nine months to four years and experience with physical restraint. None of the independent variables analyzed were able to determine the participant's profile with major chance of acceptance of sedation. The participant with major chance of acceptance of the general anesthesia has a child from the age of 10 to 14 years, belongs to APAE-BH and has experience with general anesthesia. Different factors influenced the acceptance of the parents for each one of the techniques. Therefore, the professional should establish an approach way considering the individuality of each patient and family.

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABOPE. *Pacientes especiais*. [2002?] Disponível em: <<http://www.abope.com.br/pacientes%20especiais.html>>. Acesso em: 17 set. 2002.
2. ABREU, M. H. N. G.; PAIXÃO, H. H.; RESENDE, V. L. S. Portadores de paralisia cerebral: aspectos de interesse na Odontologia. *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v. 37, n. 1, p. 53-60, jan./jun. 2002.
3. ADAIR, S. M.; DURR, D. P. Modification of Papoose Board restraint to facilitate airway management of the sedated pediatric dental patient. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 9, n. 2, p. 163-165, June 1987.
4. AHMANN, E. Review and commentary: two studies regarding giving "bad news". *Pediatr. Nurs.*, Woodbury, v. 24, n. 6, p. 554-556, Dec. 1998.
5. ALLEN, K. D.; HODGES, E. D.; KNUDSEN, S. K. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 17, n. 3, p. 180-186, May/June 1995.
6. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guidelines for behavior management. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 21, n. 5, p. 42-46, Sept./Oct. 1999.
7. ANEP. *Critério de Classificação Econômica Brasil*. São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>>. Acesso em: 30 jun. 2001.
8. APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. São Paulo: APAE-SP, [2001?] 10 p.
9. APAE-SP. *Desafios presentes e futuros*. O que é deficiência mental e o que se pode fazer? São Paulo, [2002?] Disponível em: <<http://www.apaesp.org.br/mutaveis/deficiencia.html>>. Acesso em: 17 set. 2002.
10. AQUINO, R. T. O atendimento clínico-odontológico ao excepcional. *Ars Cvrandi Odontol.*, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 23-28, nov./dez. 1974.
11. ARAGONE, P. N.; VICENTE, S. P. Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica aplicados à relação criança X família X dentista. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v. 2, n. 5, p. 23-27, set./out. 1999.
12. ASSUMPÇÃO JR., F. B. Deficiência Mental. In: LOUZÃ NETO, M. R.; MOTTA, T.; WANG, Y. P.; ELKIS, H. *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. cap. 17, p. 320-336.
13. ASSUMPÇÃO JR., F. B.; SPROVIERI, M. H.; ASSUMPÇÃO, T. M. Deficiência mental em São Paulo: perfil de uma população atendida institucionalmente. *Pediatr. Mod.*, São Paulo, v. 35, n. 11, p. 883-892, nov. 1999.

14. BACHMAN, L.; FREEMAN, A. General anesthesia for dental procedures in handicapped patients. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 4, n. 4, p. 443-453, July 1960.
15. BAILEY, B. L. Informed consent in dentistry. *JADA*, v. 110, n. 5, p. 709-713, May 1985.
16. BARBER, T. K. The handicapped adolescent. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 13, n. 2, p. 313-327, Apr. 1969.
17. BELANGER, G. K.; TILLISS, T. S. I. Behavior management techniques in predoctoral and postdoctoral pediatric dentistry programs. *J. Dent. Educ.*, Washington, v. 57, n. 3, p. 232-238, Mar. 1993.
18. BELL, A. M. Dental treatment for the handicapped. *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.*, St. Louis, v. 10, n. 6, p. 601-609, June 1957.
19. BELMONT, L. F. *Estudo da aceitabilidade dos responsáveis (pai ou mãe) em relação a algumas técnicas de manejo comportamental existentes em odontopediatria*. 2000. 109 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
20. BLAIN, K. M.; HILL, F. J. The use of inhalation sedation and local anaesthesia as an alternative to general anaesthesia for dental extractions in children. *Br. Dent. J.*, London, v. 184, n. 12, p. 608-611, June 1998.
21. BOFF, L. A nova consciência. In: MURARO, R. M.; BOFF, L. *Feminino e Masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002, cap. 1, p.45-60.
22. BRANDES, D. A.; WILSON, S.; PREISCH, J. W.; CASAMASSIMO, P. S. A comparison of opinions from parents of disabled and non-disabled children on behavior management techniques used in dentistry. *Sp.Care Dent.*, Chicago, v. 15, n. 3, p. 119-123, May/June 1995.
23. CAMM, J. H.; MOURINO, A. P.; COBB, E. J.; DOYLE, T. E. Behavioral changes of children undergoing dental treatment using sedation versus general anesthesia. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 9, n. 2, p. 111-117, June 1987.
24. CANGIANI, L. M.; PORTO, A. M. Anestesia ambulatorial. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 68-85, jan./fev. 2000.
25. CARR, K. R.; WILSON, S.; NIMER, S.; THORNTON JR, J. B. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 21, n. 6, p. 347-353, Sept./Oct. 1999.
26. CFM. *Resolução CFM Nº 1363/93*. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/resolnformat/numerico/1363_1993.htm>. Acesso em: 10 set. 2002.

27. CFM. *Resolução CFM Nº 1536/98*. Brasília, 1998. Disponível em: <[http:// www.cfm.org.br/resolnformat/numerico/1536_1998.htm](http://www.cfm.org.br/resolnformat/numerico/1536_1998.htm)>. Acesso em: 10 set. 2002.
28. CFO. *Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia*. Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <[http:// www.cfo.org.br/](http://www.cfo.org.br/)>. Acesso em: 10 set. 2002.
29. CFO. *Código de Ética Odontológica 1998*. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <[http:// www.cfo.org.br/](http://www.cfo.org.br/)>. Acesso em 10 set. 2002.
30. CHIARELLI, J. A. *A utilização do óxido nitroso em Odontologia*. 1995. 62 f. Dissertação (Mestrado em Patologia Bucal) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
31. COLLETT, D. *Modelling binary data*. London: Chapman & Hall, 1991. 27 p.
32. COUNCIL ON INSURANCE. Informed consent: a risk management view. *JADA*, Chicago, v. 115, n. 10, p. 630-635, Oct. 1987.
33. COUTO, G. B. L.; GARCIA, E. B.; MARANHÃO, V. F.; VASCONCELOS, M. M. V. B. Avaliação do perfil de pacientes infantis atendidos sob anestesia geral. *Rev. ABO Nac.*, Porto Alegre, v. 9, n. 4, p. 221-227, ago./set. 2001.
34. CREEDON, R. L.; DOCK, M. Abordagem farmacológica do comportamento do paciente. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 14, p. 215-234.
35. DUAILIBI, S. E.; DUAILIBI, M. T. Uma nova visão sobre conceito e classificação em pacientes especiais. *Rev. Paul. Odontol.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 28-33, mar./abr. 1998.
36. DUNCAN, W. K.; DE BALL, S.; PERKINS, T. M. Chloral hydrate sedation: a simple technique. *Compend. Contin. Educ. Dent.*, Jamesburg, v. 15, n. 7, p. 884-893, July 1994.
37. EISENBERG, L. S. The care and treatment of handicapped children. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 43, n. 7, p. 240-244, July/Aug. 1976.
38. ENGER, D. J.; MOURINO, A. P. A survey of 200 pediatric dental general anesthesia cases. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 52, n. 1, p. 36-41, Jan./Feb. 1985.
39. FAULKS, D.; HENNEQUIN, M. Evaluation of a long-term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Sp.Care Dent.*, Chicago, v. 20, n. 5, p. 199-208, Sept./Oct. 2000.
40. FEDERAÇÃO NACIONAL DAS APAEs. Brasília, 1999. Disponível em: <[http:// www.persocom.com.br/fenapae/](http://www.persocom.com.br/fenapae/)>. Acesso em: 15 set. 2002.

41. FEIGAL, R. Pediatric behavior management through nonpharmacologic methods. *Gen. Dent.*, Chicago, v. 43, n. 4, p. 327-332, July/Aug. 1995.
42. FERREIRA, C. M.; OLIVEIRA, A. C. B.; RIBEIRO JR., H. C., PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Influência da classe econômica na postura dos pais frente ao atendimento odontopediátrico. *Pesq. Odontol. Bras.*, São Paulo, v. 16, supl., p. 46, ago. 2002. Resumo.
43. FERRETTI, G. A. Guidelines for outpatient general anesthesia to provide comprehensive dental treatment. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 28, n. 1, p. 107-121, Jan. 1984.
44. FIELDS JR., H. W.; MACHEN, J. B.; MURPHY, M. G. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 6, n. 4, p. 199-203, Dec. 1984.
45. FOURNIOL FILHO, A. Odontologia para pacientes especiais no Brasil. *Rev. ABO Nac.*, Porto Alegre, v. 4, n. 5, p. 313-314, out./nov. 1996.
46. FOURNIOL FILHO, A.; LANNES, C. O excepcional e a odontologia. *Ars Cvrandi Odontol.*, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 20-22, nov./dez. 1974.
47. FRANKEL, R. I. The Papoose board and mothers' attitudes following its use. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 13, n. 5, p. 284-288, Sept./Oct. 1991.
48. FRAONE, G.; WILSON, S.; CASAMASSIMO, P. S.; WEAVER II, J.; PULIDO, A. M. The effect of orally administered midazolam on children of three age groups during restorative dental care. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 21, n. 4, p. 235-241, July/Aug. 1999.
49. FREEMAN, R. Assessing and managing dental phobia in general practice: some practical suggestions. *Br. Dent. J.*, London, v. 184, n. 5, p. 214-216, May 1998.
50. FÚCCIO, F.; FERREIRA, K. D.; WATANABE, S. A.; RAMOS-JORGE, M. L.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. Aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo do comportamento utilizadas em odontopediatria. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, 2002. No prelo.
51. FUKS, A. B.; SHAPIRA, J.; KLATCHOIAN, D. A. Sedação para o controle da dor e da ansiedade em pacientes odontopediátricos. In: KLATCHOIAN, D. A. *Psicologia Odontopediátrica*. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002. cap. 19, p. 305-316.
52. GHEZZI, E. M.; CHÁVES, E. M.; SHIP, J. A. General anesthesia protocol for the dental patient: emphasis for older adults. *Sp. Care Dent.*, Chicago, v. 20, n. 3, p. 81-92, May/June 2000.
53. GRIFFIN, G. C; CAMPBELL, V. D.; JONES, R. Nitrous oxide-oxygen sedation for minor surgery – experience in a pediatric setting. *JAMA*, Chicago, v. 245, n. 23, p. 2411-2413, June 1981.

54. GROSSI, R. A família da pessoa portadora de deficiência mental. *Pediatr. Mod.*, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 840-844, out. 1999.
55. GULLIKSON, J. S. Oral findings of mentally retarded children. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 36, n. 2, p. 133-137, Mar./Apr. 1969.
56. HAGAN, P. P.; HAGAN, J. P.; FIELDS JR, H. W.; MACHEN, J. B. The legal status of informed consent for behavior management techniques in pediatric dentistry. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 6, n. 4, p. 204-208, Dec. 1984.
57. HAVELKA, C.; McTIGUE, D. J.; WILSON, S.; ODOM, J. G. The influence of social status and prior explanation on parental attitudes toward behavior management techniques. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 14, n. 6, p. 376-381, Nov./Dec. 1992.
58. HOBBS, W. R.; RALL, T. W.; VERDOORN, T. A. Hipnóticos e Sedativos; Etanol. In: HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E.; MOLINOFF, P. B.; RUDDON, R. W.; GILMAN, A. G. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara , 1996. cap. 17, p. 264-289.
59. HOUP, M. Report of project USAP: the use of sedative agents in pediatric dentistry. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 56, n. 4, p. 302-307, July/Aug. 1989.
60. HULLAND, S.; SIGAL, M. J. Hospital-based dental care for persons with disabilities: a study of patient selection criteria. *Sp. Care Dent.*, Chicago, v. 20, n. 4, p. 131-138, July/Aug. 2000.
61. IBGE – Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística. Censo demográfico 2000 - Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>> Acesso em 10 set. 2002.
62. JUNQUEIRA, M. F. P. S. A relação mãe-criança hospitalizada e o brincar. *Pediatr. Mod.*, São Paulo, v. 38, n. 1/2, p. 44-46, jan./fev. 2002.
63. KATO, R. M. Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em UTI pediátrica. *Pediatr. Mod.*, São Paulo, v. 34, n. 8, p. 481-520, ago. 1998.
64. KUPIETZKY, A.; BLUMENSTYK, A. Comparing the behavior of children treated using general anesthesia with those treated using conscious sedation. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 64, n. 2, p. 122-127, Mar./Apr. 1998.
65. LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: _____ *Fundamentos de Metodologia Científica*, 3 ed. São Paulo: Atlas, 1991. cap. 9, p. 174-214.
66. LARSON, E. Reframing the meaning of disability to families: the embrace of paradox. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 47, n. 7, p. 865-875, Oct. 1998.

67. LAWRENCE, S. M.; McTIGUE, D. J.; WILSON, S.; ODOM, J. G.; WAGGONER, W. F.; FIELDS JR, H. W. Parental attitudes toward behavior management techniques used in Pediatric dentistry. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 13, n. 3, p. 151-155, May/June 1991.
68. LEE, J. Y.; VANN, W. F.; ROBERTS, M. W. A cost analysis of treating pediatric dental patients using general anesthesia versus conscious sedation. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 22, n. 1, p. 27-32, Jan./Feb. 2000.
69. LEELATAWEEWUD, P.; VANN JR, W. F.; DILLEY, D. C.; LUCAS, W. J. The physiological effects of supplemental oxygen versus nitrous oxide/oxygen during conscious sedation of pediatric dental patients. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 22, n. 2, p. 125-133, Mar./Apr. 2000.
70. LIMA, A. P., FALSI, D.; TALLONE, E. Métodos de contenção mecânica para pacientes mentalmente subnormais. *Ars Cvrandi Odontol.*, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 29-35, nov./dez. 1974.
71. LUNDGREN, S.; ROSENQUIST, J. B. Comparison of sedation, amnesia, and patient comfort produced by intravenous and rectal Diazepam. *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, Philadelphia, v. 42, n. 10, p. 646-650, Oct. 1984.
72. MARSHALL, W. R.; WEAVER, B. D.; McCUTCHEON, P. A study of the effectiveness of oral midazolam as a dental pre-operative sedative and hypnotic. *Sp. Care Dent.*, Chicago, v. 19, n. 6, p. 259-266, Nov./Dec. 1999.
73. MASS, A. M. N. *Dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista no atendimento à criança excepcional*. 1980. 61 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia Social) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
74. MATEAR, D. W.; CLARKE, D. Considerations for the use of oral sedation in the institutionalized geriatric patient during dental interventions: a review of the literature. *Sp. Care Dent.*, Chicago, v. 19, n. 2, p. 56-63, Mar./Apr. 1999.
75. MILNES, A. R.; MAUPOMÉ, G., CANNOM, J. Intravenous sedation in pediatric dentistry using midazolan, nalbuphine and droperidol. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 22, n. 2, p. 113-124, Mar./Apr. 2000.
76. MINAS GERAIS. *Secretaria de Estado da Saúde*. Superintendência de Epidemiologia – Coordenadoria de Saúde Bucal. Núcleo Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais “Washington Franco do Couto”, Belo Horizonte, 1999.
77. MOORE, P. A.; MICKEY, E. A.; HARGREAVES, J. A.; NEEDLEMAN, H. L. Sedation in pediatric dentistry: a practical assessment procedure. *JADA*, Chicago, v. 109, n. 4, p. 564-569, Oct. 1984.
78. MUGAYAR, L. Pacientes Especiais. In: KLATCHOIAN, D. A. *Psicologia Odontopediátrica*. 2 ed. São Paulo: Santos, 2002. cap. 14, p. 197-241.

79. MURPHY, M. G.; FIELDS JR, H. W.; MACHEN, J. B. Parental acceptance of pediatric behavior management techniques. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 6, n. 4, p. 193-198, Dec. 1984.
80. NATHAN, J. E. Management of the difficult child: a survey of pediatric dentists' use of restraints, sedation and general anesthesia. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 56, n. 4, p. 293-301, July/Aug. 1989.
81. NEEDLEMAN, H. L.; JOSHI, A.; GRIFFITH, D. G. Conscious sedation of pediatric dental patient using chloral hydrate, hydroxyzine, and nitrous oxide: a retrospective study of 382 sedations. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 17, n. 7, p. 424-431, July 1995.
82. NOBREGA, M. S. G. Importância dos conhecimentos psicológicos em odontopediatria. *Odontol. Mod.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 10-18, jul./set., 1995.
83. NORA, F. S.; FORTIS, E. A. F. Influência dos fármacos utilizados na sedação, na indução e manutenção quanto a recuperação da anestesia. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 141-148, mar./abr. 2000.
84. NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. Retardo Mental. In: _____ *Psiquiatria e Saúde Mental*. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 7, p. 57-64.
85. O'DONNELL, D. The special needs patient. Treatment in general dental practice: is it feasible? *Int. Dent. J.*, London, v. 46, n. 4, p. 315-319, Aug. 1996.
86. OLIVEIRA, A. C. B., RAMOS-JORGE, M. L., PAIVA, S. M. Aspectos relevantes à abordagem odontológica da criança com Síndrome de Down. *Rev. CRO-MG*, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 36-42, jan./abr. 2001a.
87. OLIVEIRA, A. C. B.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M.; VALE, M. P. P. Sedação: uma alternativa válida no controle de comportamento da criança durante o atendimento odontológico? *Arq. Odontol.*, Belo Horizonte, v. 37, n. 1, p. 25-34, jan./jun. 2001b.
88. OLIVEIRA, A. C. B.; PORDEUS, I. A.; PAIVA, S. M. O uso do óxido nitroso como uma opção no controle de comportamento em odontopediatria. *J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, 2002. No prelo.
89. OPPENHEIM, A. N. *Questionnaire design and attitude measurement*. 9 ed. London: Heinemann, 1982. 298 p.
90. PALHARES, A. A anestesia geral para portadores de deficiência. In: SALGADO, M. I.; VALADARES, E. R. *Para compreender a deficiência*. Belo Horizonte: Rona, 2000, cap. 4, p. 211-213.
91. PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 596 p.

92. PERSLIDEN, B.; MAGNUSSON, B. O. Medical complications of dental treatment under general anaesthesia in children. *Swed. Dent. J.*, Jonkoping, v. 4, n. 4, p. 155-159, July/Aug. 1980.
93. POLLACK, B. R. Comparison of caries experience in mentally retarded and normal children. *J. Dent. Res.*, Washington, v. 50, n. 5, p. 1364, Sept./Oct. 1971.
94. PRIMOSCH, R. E.; BUZZI, I. M.; JERRELL, G. Effect of nitrous oxide-oxygen inhalation with scavenging on behavioral and physiological parameters during routine pediatric dental treatment. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 21, n. 7, p. 417-420, Nov./Dec., 1999.
95. RANALLI, J. Óxido Nitroso: por que usar. *APCD Jornal*, São Paulo, n. 529, p. 32, maio 2001.
96. RAVAGLIA, C. El problema de la salud bucodental de los pacientes discapacitados y especiales en America Latina. *Rev. FOLA Oral*, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 162-165, jun. 1997.
97. ROSA, J. R. F. Sedação consciente por óxido nitroso/oxigênio: uma realidade na Odontologia Brasileira? *APCD Jornal*, São Paulo, n. 538, p. 6, fev. 2002.
98. SACKETT, D. L.; HAYNES, R. B. *Clinical Epidemiology: a basic science for clinical medicine*. 2 ed. Boston: Little, Brown and Company, 1993. 221 p.
99. SALGADO, M. I. Visão médica do portador de deficiência. In:_____; VALADARES, E. R. *Para compreender a deficiência*. Belo Horizonte: Rona, 2000. cap. 3, p. 179-181.
100. SAMS, D. R.; THORNTON, J. B.; WRIGHT, J. T. The assessment of two oral sedation drug regimens in pediatric dental patients. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 59, n. 4, p. 306-312, July/Aug. 1992.
101. SCOTT, S.; GARCÍA-GODOY, F. Attitudes of Hispanic parents toward behavior management techniques. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 65, n. 2 p. 128-131, Mar./Apr., 1998.
102. SEDLACEK, P.; LUCIANO, R. R.; AGUIAR, S. A.; TEFI-MARCONDES, W. A.; MELO, L. M. Aspectos psicossociais na assistência odontológica ambulatorial ao portador de deficiência mental. *Rev. Inst. Ciênc. Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 65-70, jul./dez. 1996.
103. SHAPIRA, J.; EFRAT, J.; BERKEY, D.; MANN, J. Dental health profile of a population with mental retardation in Israel. *Sp. Care Dent.*, Chicago, v. 18, n. 4, p. 149-155, July/Aug. 1998.

104. SHEEHY, E.; HIRAYAMA, K.; TSAMTSOURIS, A. A survey of parents whose children had full-mouth rehabilitation under general anesthesia regarding subsequent preventive dental care. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 16, n. 5, p. 362-364, Sept./Oct., 1994.
105. SOARES, J. S.; SIQUEIRA, A. L. *Introdução à estatística médica*. Belo Horizonte: Departamento de Estatística – UFMG. 1999. 300 p.
106. TESINI, D. A. Age, degree of mental retardation. Institutionalization, and socioeconomic status as determinants in the oral hygiene status of mentally retarded individuals. *Community Dent. Oral Epidemiol.*, Copenhagen, v. 8, n. 7, p. 335-390, Dec., 1980.
107. TESINI, D. A.; FENTON, S. J. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 38, n. 3, p. 483-497, July 1994.
108. TOCCHINI, J. J.; WYCOFF, C. C. Hospital procedures in the care of the handicapped child. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v. 10, n. 4, p. 261-280, July 1966.
109. VAN GRUNSVEN, M. F. V.; CARDOSO, E. B. T. Atendimento odontológico em crianças especiais. *Rev. APCD*, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 364-369, set./out. 1995.
110. VONO, B. G. Orientação para tratamento odontológico de alguns grupos de crianças excepcionais. *Rev. APCD*, São Paulo, v. 19, n. 5, p. 174-187, maio 1965.
111. WALDMAN, H. B. Special pediatric population groups and their use of dental services. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 56, n. 3, p. 211-215, May/June 1989.
112. WALDMAN, H. B.; PERLMAN, S. P.; SWERDLOFF, M. Dental care for children with mental retardation: thoughts about the americans with disabilities act. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 65, n. 6, p. 487-491, Nov./Dec. 1998.
113. WALDMAN, H. B.; SWERDLOFF, M.; PERLMAN, S. P. Children with disabilities: more than just numbers. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 66, n. 3, p. 192-196, May/June 1999.
114. WEDDELL, J. A.; JONES, J. E. Serviços dentários hospitalares e o uso de anestesia geral para crianças. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 15, p. 235-255.
115. WEDDELL, J. A.; SANDERS, B. J.; JONES, J. E. Problemas dentários da criança deficiente. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 23, p. 413-435.

116. WILSON, S.; EASTON, J.; LAMB, K.; ORCHARDSON, R.; CASAMASSIMO, P. A retrospective study of chloral hydrate, meperidine, hydroxyzine, and midazolam regimens used to sedate children for dental care. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v. 22, n. 2, p. 107-112, Mar./Apr. 2000.
117. WRIGHT, G. Z. Controle psicológico do comportamento de crianças. In: McDONALD, R. E.; AVERY, D. R. *Odontopediatria*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. cap. 3, p. 24-36.
118. YILMAZ, S.; ÖZLÜ, Y.; EKUKLU, G. The effect of dental training on the reactions of mentally handicapped children's behavior in the dental office. *ASDC J. Dent. Child.*, Chicago, v. 66, n. 3, p. 188-191, May/June 1999.

11 ANEXOS

ANEXO A

parecer favorável das instituições

ANEXO A

parecer favorável das instituições

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezados pais ou responsáveis,

Na maioria das vezes, a criança com deficiência não entende que precisa tratar de dente ou então não consegue ficar quieta para ser atendida. É preciso que o dentista segure a criança ou lhe dê um medicamento para ser atendida. Muitos pais não conhecem essas maneiras que o dentista usa para atender a criança com deficiência. É preciso conscientizá-los sobre essas técnicas de atendimento.

Para isso, estamos realizando uma pesquisa para saber a sua opinião sobre esses métodos usados pelo dentista para tratar do seu filho. Gostaríamos de contar com sua ajuda.

Esclarecemos que:

1. Na pesquisa você deverá responder um questionário sobre seu nível de instrução e itens de posse da família, além de outras informações relacionadas a você e à criança.
2. Somente participarão da pesquisa os pais ou responsáveis que assinarem a autorização, responderem à entrevista e preencherem o diagrama.
3. As informações sobre você e a criança são de seu exclusivo interesse. Nos resultados da pesquisa ninguém saberá seu nome e o da criança.
4. Esta pesquisa está autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP). Qualquer dúvida, ligue para o COEP, telefone (31) 3248-9364.
5. Qualquer um dos participantes poderá, a qualquer momento, desistir de fazer parte desta pesquisa.
6. Nem a criança, nem você sofrerá prejuízo ou discriminação na assistência da APAE, caso você não queira participar da pesquisa.

A sua participação será importante. Agradecemos a sua colaboração. Os telefones dos pesquisadores, para quaisquer esclarecimentos são:

Ana Cristina (Mestranda) (31) 3293-2588 Prof. Dr. Saul (Orientador) (31) 3287-8982

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____, após ler e entender os objetivos e métodos da pesquisa descrita, concordo em responder a entrevista solicitada, ouvir e assistir a apresentação das maneiras que o dentista usa para atender a criança com deficiência, e marcar o diagrama corretamente.

Assinatura do pai / mãe / ou responsável

ANEXO C

Parecer COEP

ANEXO D

Senhores pais de:

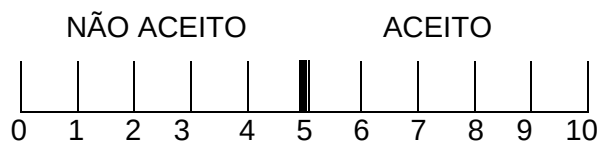
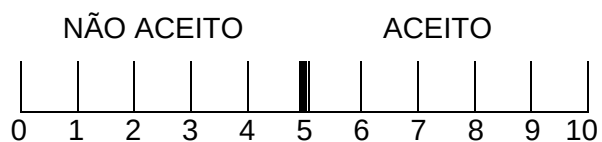
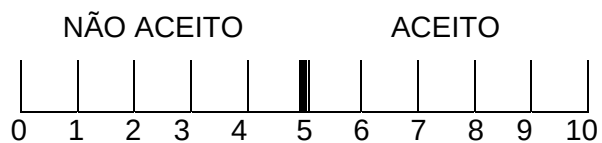
Está marcado para _____, dia ____ / ____ / ____ às _____ ,
um encontro com a DENTISTA Dra. Ana Cristina para discutirmos sobre as maneiras
como seu filho pode ser atendido dentro do consultório dentário. Contamos com sua
presença. A sua participação será muito importante para nós, para seu filho e para você.
O encontro será aqui na APAE (Biblioteca) e terá duração de 20 minutos.

Dra. Ana Cristina

A sua participação (ou de um responsável) não será obrigatória. Caso não queira
participar do encontro, seu filho (ou você) não será prejudicado na APAE.

ANEXO E

Nº QUESTIONÁRIO _____

CONSULTA PARA
LIMPEZA DOS DENTESCONSULTA PARA
OBTURAR UM DENTECONSULTA PARA
EXTRAIR UM DENTE

ANEXO F**ENTREVISTA Nº _____**

CONSULTA PARA
LIMPEZA DOS DENTES

NÃO ACEITO

ACEITO

--	--

CONSULTA PARA
OBTURAR UM DENTE

NÃO ACEITO

ACEITO

--	--

CONSULTA PARA
EXTRAIR UM DENTE

NÃO ACEITO

ACEITO

--	--

ANEXO G

Texto explicativo utilizado durante a descrição oral das técnicas de contenção. As informações foram baseadas nos estudos de Murphy *et al.* (1984); Allen *et al.* (1995) e Lawrence *et al.* (1991).

1) CONTENÇÃO FÍSICA ATIVA

Neste tipo de contenção, o dentista ou a auxiliar segura as mãos, braços, pernas ou tronco da criança com as próprias mãos, impedindo que ela se mexa durante o atendimento.

2) CONTENÇÃO FÍSICA PASSIVA

Neste tipo de contenção, a criança é envolvida por um lençol, colete ou pacote. Seus braços e pernas ficam imobilizados. Ela não consegue se movimentar durante o atendimento.

3) SEDAÇÃO

Na sedação com pré-medicação, antes de ser atendida pelo dentista, a criança toma um remédio pela boca ou através de injeção. O medicamento poderá ser colocado na boca da criança através de uma seringa, para melhor engolir o remédio. Só depois de notado o efeito, o paciente será atendido pelo dentista. A criança normalmente fica calma e sonolenta durante o atendimento. Após a consulta a criança ainda ficará sonolenta por algum tempo.

4) ANESTESIA GERAL

Neste tipo de contenção, a criança é atendida no hospital, dentro de um bloco cirúrgico. Ela recebe os medicamentos na veia, ficando em estado de sono profundo. Precisa de aparelhos para ajudá-la a respirar.

ANEXO H

ENTREVISTA Nº _____

NOME DA CRIANÇA _____

1ª PARTE - INFORMAÇÕES SOBRE A CRIANÇA**1) Gênero da criança:**1 (☐) masculino 2 (☐) feminino**2) Idade da criança:**1 (☐) 0- 04 anos 2 (☐) 05-09 anos 3 (☐) 10-14 anos**3) Tipo de deficiência da criança:**

1 (☐) def. mental leve 4 (☐) múltipla deficiência 7 (☐) Síndrome de Down
2 (☐) def. mental moderada 5 (☐) paralisia cerebral 8 (☐) outra
3 (☐) def. mental profunda 6 (☐) def. neuro-psico-motora

4) Ele(a) tem quantos irmãos?1 (☐) nenhum 2 (☐) um (ou mais de um)**5) Ele(a) já foi ao dentista?**1 (☐) sim 2 (☐) não 3 (☐) não sei**6) Ele(a) já precisou ser segurado durante um atendimento com o dentista ou com o médico (inclusive para fazer cirurgia, tomografia, eletro ou endoscopia)?**1 (☐) sim 2 (☐) não 3 (☐) não sei**7) Ele(a) já precisou tomar algum remédio para ser atendido pelo dentista ou pelo médico (inclusive para fazer cirurgia, tomografia, eletro ou endoscopia)?**1 (☐) sim 2 (☐) não 3 (☐) não sei**8) Ele(a) já precisou tomar anestesia geral para ser atendido pelo dentista ou pelo médico (inclusive para fazer cirurgia, tomografia, eletro ou endoscopia)?**1 (☐) sim 2 (☐) não 3 (☐) não sei

2ª PARTE – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL**9) Até que série o chefe da casa da criança estudou (ou estuda)?**

- 1 () analfabeto / primário incompleto
- 2 () primário completo / ginásial incompleto
- 3 () ginásial completo / colegial incompleto
- 4 () colegial completo / superior incompleto
- 5 () superior completo

10) Na casa da criança tem.....? Quantos (as)?

- 1 () carro _____
- 2 () TV em cores _____
- 3 () banheiro _____
- 4 () empregada doméstica mensalista _____
- 5 () rádio (excluindo o do carro) _____
- 6 () máquina de lavar roupa _____
- 7 () vídeo-cassete _____
- 8 () aspirador de pó _____
- 9 () geladeira _____
- 10 () freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex) _____

3ª PARTE – INFORMAÇÕES SOBRE O PARTICIPANTE:**11) Qual a sua idade?**

- 1 () até 25 anos
- 2 () 26-35 anos
- 3 () 36 anos ou mais

12) Até que série você estudou (ou estuda)?

- 1 () analfabeto / primário incompleto
- 2 () primário completo / ginásial incompleto
- 3 () ginásial completo / colegial incompleto
- 4 () colegial completo / superior incompleto
- 5 () superior completo

13) Qual o seu grau de parentesco com a criança?

- 1 () pai
 - 2 () mãe
 - 3 () outro _____
-

ANEXO I**ENTREVISTA Nº _____**

ACEITO	NÃO ACEITO