

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ALESSANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA LIMA

**SEDAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA: PERCEPÇÕES
DE ACOMPANHANTES E EQUIPE PROFISSIONAL**

**Goiânia
2008**

ALESSANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA LIMA

SEDAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA: PERCEPÇÕES DE ACOMPANHANTES E EQUIPE PROFISSIONAL

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do Título de Doutor Ciências da Saúde.

Área de concentração: Dinâmica do processo saúde e doença

Orientadora: Prof. Dra. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa

Goiânia
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Lima, Alessandra Rodrigues de Almeida

L732r Sedação em odontopediatria: percepções de acompanhantes e equipe profissional / Alessandra Rodrigues de Almeida Lima. – Goiânia, 2008.
83 f. : grafs.

Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina,
Universidade Federal de Goiás, 2008.

Bibliografia: f. 65-74

Inclui anexo

1. Sedação – Crianças 2. Odontopediatria 3. Anestesia pediátrica
I. Universidade Federal de Goiás II. Título.

CDU: 616.314-053.2

616.314-089.5-053.2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Goiás

**FOLHA DE APROVAÇÃO DE DEFESA DE
TESE DE DOUTORADO**

**“SEDAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA:
PERCEPÇÕES SEGUNDO ACOMPANHANTES E
EQUIPE PROFISSIONAL”**

ALESSANDRA RODRIGUES DE ALMEIDA LIMA

Tese defendida e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Luciane Costa

Profa. Dra. Luciane Ribeiro Rezende Sucasas da Costa - Presidente

Saul

Prof. Dr. Saul Martins de Paiva – Membro

Marcelo

Prof. Dr. Marcelo Medeiros – Membro

Vânia Marcelo

Profa. Dra. Vânia Cristina Marcelo – Membro

Cerise de Castro Campos

Profa. Dra. Cerise de Castro Campos - Membro

Profa. Dra. Ilda Machado Fiúza - Suplente

Prof. Dr. Paulo Sérgio Sucasas da Costa – Suplente

Goiânia, 16 de outubro de 2008.

Dedico este trabalho...



*A meu filho, Pedro Manuel.
Ele que é a fonte da minha força,
da minha inspiração, da minha
esperança, da minha vida!*

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Celmo Celeno Porto, Coordenador do Programa de Pós -
Graduação em Ciências da Saúde Convênio Rede Centro -Oeste;

à Professora Doutora Luciane Ribeiro de R. S. da Costa , minha orientadora;

ao Dr. Sílvio Divino de Melo, Superintendente de Controle e Avaliação
Técnico em Saúde do Estado de Goiás;

à Valdecina Quirino Rodrigues, secretária do Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde UFG;

à Professora Mércia Feitosa, minha professora de inglês;

e a todos os meus familiares e amigos que contribuíram para a realização
deste trabalho,

a minha gratidão.

VENTANA SOBRE LA UTOPIA

Eduardo Galeano

Ella está en el horizonte -dice Fernando Birri-. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para que sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar.

Sumário

QUADROS E FIGURAS	ix
SIGLAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Definição do tema	13
1.2. Delimitação do problema	15
1.3. Delimitação da base conceitual	16
1.4. Justificativa e pressupostos	23
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo geral	25
2.2. Objetivos específicos	25
3. CAMINHO METODOLÓGICO	26
3.1. Tipo de estudo	26
3.2. Local de estudo	26
3.3. População	27
3.4. Coleta de dados	28
3.5. Organização e análise dos dados	30
3.6. Implicações éticas	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
4.1. Caracterização dos participantes	32
4.2. Avaliação dos acompanhantes	34
4.3. Significados atribuídos pelos acompanhantes aos métodos avançados de controle comportamental	41
4.4. Percepções da equipe profissional	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
6. REFERÊNCIAS	65
7. ANEXOS	75

Quadros e Figuras

Quadro 1	Classificação dos métodos de controle comportamental, a partir da sua aceitação	18
Quadro 2	Roteiro das entrevistas semi-estruturadas segundo participantes e objetivos específicos	28
Quadro 3	Dados demográficos do grupo de acompanhantes entrevistados quanto à satisfação com o atendimento odontológico de suas crianças sob sedação	33
Quadro 4	Dados demográficos do grupo de acompanhantes entrevistados sobre os diferentes métodos avançados de controle comportamental	33
Quadro 5	Dados demográficos do grupo de profissionais entrevistados	34
Quadro 6	Idéias, núcleos de sentidos e categorias temáticas sobre satisfação com sedação segundo acompanhantes de crianças sedadas	35
Quadro 7	Idéias, núcleos de sentidos e categorias temáticas sobre métodos de controle de comportamento segundo acompanhantes de crianças sedadas	42
Quadro 8	Idéias, núcleos de sentidos e categorias temáticas extraídos das entrevistas dos profissionais do NESO -FO/UFG	50
Figura 1	Percepção sobre sedação segundo acompanhantes de crianças pré-escolares e profissionais envolvidos no atendimento odontológico sob sedação	60

Siglas

AAPD	<i>American Academy of Pediatric Dentistry</i>
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
CFO	Conselho Federal de Odontologia
EUA	Estados Unidos da América
FO	Faculdade de Odontologia
HC	Hospital das Clínicas
HGG	Hospital Geral de Goiânia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NADHAT	<i>National Association for Dentistry in Health Authorities and Trust</i>
NESO	Núcleo de Estudos em Sedação Odontológica
SDCEP	<i>Scottish Dental Clinical Effectiveness Program</i>
SES/GO	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFG	Universidade Federal de Goiás
USAP	<i>Use of Sedative Agents in Pediatric Dentistry</i>

Resumo

A utilização de métodos de controle de comportamento da criança, quer sejam básicos (comunicativos) ou avançados (estabilização protetora, sedação e anestesia geral), é uma constante nos consultórios de odontopediatria. A sedação realizada em ambulatório, mantém o paciente responsivo e com isso o mesmo sente os estímulos inerentes à prática odontológica, podendo reagir a eles com choro e movimento. Tal procedimento já tem sua eficácia e segurança cientificamente comprovadas, todavia não se conhece as percepções que acompanhantes e profissionais envolvidos formulam sobre a sedação. Objetivou-se conhecer as percepções sobre sedação segundo um grupo de acompanhantes de crianças pré-escolares e equipe profissional vinculada ao atendimento sob sedação. Trata-se de trabalho de pesquisa qualitativa e realizou-se três entrevistas abertas, com enfoques distintos, com três grupos de indivíduos envolvidos no atendimento de crianças sob sedação no Núcleo de Estudos em Sedação Odontológica (NESO), sendo dois grupos de acompanhantes e um grupo com os membros da equipe profissional. Os dados foram transcritos, lidos exaustivamente e analisados a partir da análise de conteúdo, modalidade temática. A análise dos dados e a apresentação dos resultados foram feitos de forma independente para cada grupo de dados coletados a saber: **SATISFAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS** – da análise das entrevistas como primeiro grupo de acompanhantes emergiram duas categorias temáticas, o Lado Bom (consciência, segurança, satisfação, condicionamento) e Lado Ruim da Sedação (sofrimento e efeito paradoxal); **SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELOS ACOMANHANTES AOS MÉTODOS AVANÇADOS DE CONTROLE COMPORTAMENTAL** – da análise do segundo grupo de entrevistas emergiram quatro categorias temáticas, Estabilização Protetora (amarrar, segurar na sedação), Sedação (aspectos positivos e negativos), Anestesia Geral (aspectos positivos), Sentimento dos Acompanhantes (revolta, tranquilidade, medo, segurança, motivação); **PERCEPÇÕES DA EQUIPE PROFISSIONAL** – da análise das entrevistas realizadas com os profissionais da equipe NESO emergiram as seguintes categorias temáticas o Conhecimento (técnica, indicação, objetivo, amnésia e imprevisibilidade), Frustração (expectativa, frustração e desvalorização) e Problemas (custo, resistência de pais e profissionais e tendência a melhorar). Considerou-se que os acompanhantes entrevistados não aceitam a estabilização protetora para o atendimento de suas crianças, ponderam as limitações da técnica de sedação e sentem-se satisfeitos apesar das limitações da mesma. E ainda, aceitam a anestesia geral como uma alternativa à técnica de sedação. Os profissionais do NESO, por outro lado, percebem a sedação de forma negativa e pessimista contrapondo-se à aceitação dos acompanhantes.

PALAVRAS-CHAVE: odontopediatria, restrição física, sedação consciente, percepção, cuidadores, equipe de assistência ao paciente.

Abstract

Pediatric dental sedation: perceptions of children's accompanying adults and a sedation team

The management of a child's behavior in a dental setting is routinely accomplished by a good communicative technique known as basic methods. Advanced methods (protective stabilization, sedation, and general anesthesia) have been indicated for resistant children. When the basic methods are not enough to provide a safe and effective treatment, Brazilian dentists seem to prefer the protective stabilization to restrain a child. After the establishment of rules for nitrous oxide sedation in Brazil, a change in practice can be expected. In minimal and moderate sedation, patient can respond to every dental treatment's stimulus with cry and struggle. The purpose of this study was to know the perceptions of sedation by accompanying adults and a sedation team. This was a qualitative research, based on three in-depth interviews with two groups of accompanying adults groups and one group of a dental sedation team. Interviews were transcribed verbatim and independently analyzed by three investigators through the thematic content method. The first analysis explored the ACCOMPANYING ADULTS' SATISFACTION; two categories emerged: "the good side" (conscious, safety, satisfaction, behavior management) and "the bad side" (suffering, adverse effects) of pediatric dental sedation. The second analysis regarding the MEANINGS OF SEDATION FOR ACCOMPANYING ADULTS generated FOUR categories: "Protective stabilization" (to bind, to protect on sedation), "sedation" (positive and negative side), "general anesthesia" (positive point of a view) and "mothers' feelings" (aversion peace, fair, security, motivation). Three categories emerged from the third interview about DENTAL TEAM PERCEPTIONS: "knowledge" (technique, indication, aim, amnesia, unexpected), "disappointment" (hopes, disappointment, depreciation), and "difficulties" (expense, accompanying adults' and care team's opposition, tendency to be better). Accompanying adults did not accept physical restraint, but were satisfied with dental sedation despite its limitations and saw general anesthesia as an alternative method. The dental sedation team was aware of the sedation's advantages and flaws, but was pessimist about the method

Keywords: pediatric dentistry, physical restraint, conscious sedation, perception, caregivers, patient care team

1. Introdução

1.1. DEFINIÇÃO DO TEMA

No Núcleo de Estudos em Sedação Odontológica (NESO) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG) desenvolveram-se diferentes trabalhos sobre o efeito de determinadas drogas nos sinais vitais e no comportamento da criança. Os trabalhos de abordagem quantitativa apontavam sucesso, com índices compatíveis com aqueles citados na literatura mundial. Mas, apesar do “sucesso” apontado, muitas vezes o choro e o movimento continuavam, o que resultava em necessidade de restrição física, concomitante com o uso do controle farmacológico do comportamento. Isto gerou uma grande inquietação e questionou-se se esta inquietação também aconteceria com os acompanhantes dos nossos pacientes. No ano de 2004 buscou-se conhecer as representações sociais de sedação para acompanhantes de crianças encaminhadas para o tratamento odontológico sob sedação. Mas, ainda existia uma necessidade de explorar os significados da sedação em odontopediatria para diferentes partes envolvidas no processo – acompanhantes e profissionais.

A abordagem deste tema ainda é incipiente no contexto brasileiro, considerando pesquisa, docência e prática profissional. Apesar de 75% de um grupo de cirurgiões-dentistas entrevistados relatarem conhecimento sobre o uso de sedativos em consultório odontológico, apenas três mencionaram sua prática efetiva (COSTA et al., 2004). Na Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina apenas 3,6% dos casos eram indicados para a sedação (DEZAN et al., 1994).

Por outro lado, a odontologia vem sendo, historicamente, relacionada a dor, medo, ansiedade. Santa Apolônia, considerada a Padroeira da Odontologia,

teve todos os seus dentes arrancados no momento de seu martírio (SGARBOSSA; GIOVANNINI, 1997).

No Brasil, a prática da odontologia, à época do descobrimento, restringia-se a extrações dentárias, praticadas com técnicas rudimentares, instrumental inadequado e ausência de anestesia e higiene (ROSENTHAL, 1995). Em 1800, os barbeiros e sangradores que aprendiam o ofício com os mais experientes, submetiam-se a um exame para obter o registro, e só então poderiam exercer a função. Por volta de 1820 vieram, para o Brasil, diversos profissionais de odontologia franceses e portugueses, os quais eram submetidos ao registro da “carta” tal qual os profissionais brasileiros. A partir de 1840, começaram a chegar profissionais dos Estados Unidos da América (EUA), os quais, aos poucos, suplantaram os europeus. Luiz Burdell, dentista português, foi o pioneiro a utilizar clorofórmio, para anestesia, no Brasil (ROSENTHAL, 1995).

Com relação à anestesia, sua história pode ser considerada com o algo que acompanha a humanidade, em uma constante tentativa de evitar o sofrimento e a dor. Na odontologia, existem registros de Horace Wells, datados do século XIX, como descobridor das propriedades analgésicas do “gás hilariante”, o óxido nitroso (MALVIN; RING, 2004).

A analgesia inalatória com óxido nitroso e oxigênio (N_2O e O_2) em Odontologia vem sendo largamente utilizada nos EUA, Canadá, Europa e Japão pelos cirurgiões-dentistas em seus consultórios (MOURA, 2005). Nos EUA cerca de 40% dos profissionais de odontologia utilizam esta técnica rotineiramente (MALAMED, 1995) e 90% a utilizam em odontopediatria (ROSA, 2002). Todavia, o conjunto de leis que regulamenta o modo de vida da sociedade não acompanha os novos hábitos incorporados à cultura pelo desenvolvimento da Ciência, com o ritmo necessário. No Brasil as legislações das décadas de 40 e 60 não contemplam as novas tendências criadas com o desenvolvimento dos últimos 40 anos (MOURA, 2005).

A tentativa de sanar esta deficiência legal, no que se refere ao controle da ansiedade na odontologia, veio em 2004 com a regulamentação do uso do óxido nitroso por cirurgiões-dentistas brasileiros (CONSELHO FEDERAL DE

ODONTOLOGIA, 2004). No âmbito brasileiro ainda existe uma carência da indicação de analgesia inalatória e sedação em consultório odontológico.

1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Na odontopediatria o relacionamento com a criança, internacionalmente aceito, inicia-se com as técnicas de controle básico do comportamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY - AAPD, 2007-2008a): comunicação não-verbal, controle de voz, falar-mostrar-fazer, reforço positivo, distração, presença/ausência do responsável, analgesia inalatória com óxido nitroso/oxigênio. Todavia muitas crianças não respondem satisfatoriamente aos métodos básicos e, apesar da utilização dos mesmos, continuam a apresentar sinais de ansiedade e medo. Para essas, muitas vezes, o atendimento odontológico terapêutico é postergado ou realizado com menor qualidade no resultado final. São em situações como essa que se propõem as técnicas de controle avançado do comportamento (AAPD, 2007-2008a): estabilização protetora, sedação ou anestesia geral.

Considerando os métodos avançados de controle de comportamento, Costa et al. (2004) constataram uma maior utilização da técnica de estabilização protetora em detrimento das técnicas farmacológicas, para o grupo de cirurgiões-dentistas entrevistados. Percebe-se que a conduta predominante, no Brasil, é que apenas casos limítrofes de comportamento não cooperativos sejam conduzidos a sedação. Petersen (2002) relatou que um dos capítulos mais omissos da história da Odontologia brasileira é a do ensino da sedação com N_2O/O_2 , uma vez que não estava, até data do seu trabalho, normatizado e difundido no Brasil. Esse capítulo da história ficou para trás, bem como a justificativa para ausência do tema nos currículos, com a regulamentação do uso da sedação inalatória com óxido nitroso/oxigênio por cirurgiões-dentistas (CFO, 2004).

Dados de 2000 mostraram que 85,6% das crianças brasileiras de zero a quatro anos nunca haviam ido ao dentista (INSTITUTO BRASILEIRO DE

GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2000). Freire, Melo e Silva (1996), em um estudo epidemiológico, concluíram que 86,4% das crianças do grupo de escolas públicas e 33,4%, do grupo de escolas privadas necessitavam de tratamento odontológico. No levantamento nacional de índice de cárie (ceod), Saúde Bucal do Brasil em 2003, constatou-se que crianças de três anos ou menos têm pelo menos um dente com experiência de cárie, sendo que aos cinco anos esse número sobe para quase três, sendo a componente – cariado – do ceod responsável por mais de 50% do índice (MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS, 2004a). Nessa faixa etária, a doença bucal pode implicar na necessidade de procedimentos mais invasivos e demorados os quais, pela falta de maturidade da criança, tornam-se potencialmente mais traumáticos (LIMA, 2004).

No entanto, no âmbito de saúde pública o controle da ansiedade e do medo não é contemplado pela Política Nacional de Saúde Bucal vigente atualmente (MS, 2004b). Em Goiânia, apenas o Hospital Geral de Goiânia (HGG) realiza o tratamento odontológico sob anestesia geral pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, pela escassez de recursos, fica restrito ao atendimento de pacientes com necessidades especiais (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SES/GO, 2007). Além deste, existe o Núcleo de Estudos em Sedação Odontológica (NESO), projeto de extensão multidisciplinar criado em 1998, vinculado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG) em parceria com o Hospital das Clínicas da UFG (HC/UFG), e que atualmente funciona fomentado por recursos de fundos de pesquisa e extensão.

1.3. DELIMITAÇÃO DA BASE CONCEITUAL

1.3.1. Sedação

A sedação almejada em procedimentos ambulatoriais é a sedação mínima e moderada (anteriormente chamada sedação consciente, segundo AAPD, 2005-2006) que, por conceito, consiste em um estado de depressão do sistema nervoso

central, controlada e farmacologicamente induzida, durante o qual se mantém o contato verbal com o paciente e a resposta a tais estímulos (SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAM – SDCEP, 2006). Nessas condições os riscos de intercorrências médicas estão minimizados, entretanto nem sempre ocorre o sono, podendo haver choro e agitação. No presente trabalho o termo sedação sempre foi usado referindo-se à sedação mínima e moderada, ou sedação “consciente”, uma vez que é esta o foco central desta pesquisa.

Várias pesquisas, realizadas principalmente em outros países, tem procurado definir protocolos eficientes de sedação odontológica para crianças. Diferente da maioria dos autores e pesquisadores, que se atêm apenas a dados quantitativos desvinculados da visão do paciente, Murphy; Fields e Machen (1984) ; Lawrence et al. (1991) e Ealton et al. (2005) verificaram a aceitação de pais com relação a métodos de controle de comportamento a partir de vídeos e posterior aplicação de questionário. Percebe-se, a partir de uma análise temporal dos referidos trabalhos, que em 2005 houve uma melhor aceitação dos métodos farmacológicos comparando-se com os dados obtidos em 1984 e 2001 (quadro 1).

Tais estudos utilizaram situações hipotéticas a fim de verificar a aceitação da sedação pelos pais; por outro lado ElBadray e Riekman (1986) verificaram a aceitação da técnica de sedação intramuscular (IM) ; por pais de crianças submetidas a tratamento odontológico sob sedação IM. Os resultados foram positivos à técnica. Peretz e Zadik (1999) analisaram aceitação de pais com relação às diversas técnicas de manejo de comportamento; e concluíram que os pais aceitaram melhor a técnica à qual sua criança havia sido submetida.

Utilizando a metodologia qualitativa de pesquisa em saúde, Lima (2004) buscou as representações sociais de sedação para um grupo de acompanhantes de crianças encaminhadas para atendimento odontológico sob sedação a partir de entrevistas abertas e análise de conteúdo, encontrou confusão entre os conceitos de sedação e anestesia geral e identificou que a principal expectativa dos pais estava vinculada à realização do tratamento odontológico.

Quadro 1 – Classificação dos métodos de controle comportamental, a partir da sua aceitação

MURPHY; FIELDS; MACHEN, 1984	LAWRENCE ET AL., 1991	EATON ET AL., 2005
1. Falar-mostrar-fazer	1. Falar-mostrar-fazer	1. Falar-mostrar-fazer
2. Reforço positivo	2. Óxido Nitroso	2. Óxido Nitroso
3. Abridor de boca	3. Controle de voz	3. Anestesia geral
4. Controle de voz	4. Contenção ativa	4. Contenção ativa
5. Contenção física pelo cirurgião-dentista	5. Mão-sobre-boca	7. Pré-medicação oral
6. Contenção física pela auxiliar de consultório dentário	6. Contenção passiva	6. Controle de voz
7. Mão-sobre-boca	7. Pré-medicação oral	7. Contenção passiva
8. Sedação	8. Anestesia geral	8. Mão-sobre-boca
9. Anestesia geral		
10. Contenção passiva		

Fonte: Eaton JJ, McTigue DJ, Fields HW, Beck FM. Attitudes of contemporary parentes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. *Pediatr Dent*. 2005; 27 (2): 107-113

Recentemente, Arcari e Ferro (2008) registraram suas observações de entrevistas com crianças pré-escolares submetidos à analgesia. O questionário verbal foi realizado após a conclusão do tratamento odontológico, e 87 das 100 crianças sentiram-se satisfeitas com a analgesia e aceitariam realizar o mesmo procedimento novamente.

Um dos primeiros passos envolvidos na sedação de crianças consiste no esclarecimento dos responsáveis legais sobre o procedimento, seguido da obtenção de um documento autorizando a sua realização. O TCLE deve ser obtido de forma específica para o controle do comportamento da criança (AAPD, 2007-2008a), sendo necessário que o profissional esclareça o responsável sobre o procedimento e que o responsável expresse, por escrito, seu consentimento (ALLEN; HODGES; KNUDSEN, 1995). Muitas vezes, responsáveis e pacientes não entendem plenamente o procedimento ao qual consentem (MOHAMEDTAHIR; MASON; HIND, 2002). A melhor forma de esclarecimento é aquela realizada verbalmente pelo profissional (ALLEN; HODGES; KNUDSEN, 1995), seguida da expressão escrita do consentimento (AAPD, 2007-2008a).

Em se tratando da percepção de profissionais envolvidos no procedimento de sedação, tal vertente ainda é pobremente estudada e parece não ter sido explorada além da objetividade dos números.

Com relação à utilização da técnica de sedação em consultórios de odontologia, dentistas e estudantes de odontologia relatam que os conhecimentos sobre sedação são eminentemente teóricos e a abrangência de tais conhecimentos é limitada. Do grupo entrevistado, 25% dos cirurgiões-dentistas e 40% dos acadêmicos, relataram não ter nenhum conhecimento sobre o assunto. E apenas 15% dos cirurgiões-dentistas entrevistados já haviam realizado sedação em seus consultórios (COSTA et al., 2004).

Em um estudo mais abrangente, verificou-se que a sedação inalatória é realizada por 71,4% de 127 cirurgiões-dentistas brasileiros. Os dentistas que afirmaram praticar mais frequentemente a sedação inalatória foram os que atuam nas regiões sul e sudeste do país e os que apresentaram opiniões mais favoráveis ao uso da técnica (PAULA, 2007).

Houpt (2002), acompanhando o uso de sedativos por odontopediatras norte americanos concluiu que houve um grande acréscimo na utilização de diferentes protocolos medicamentosos entre os relatórios do projeto *Use of Sedative Agents in Pediatric Dentistry* (USAP) de 1985, 1991, 1995 e 2000. Pelos dados apresentados, percebeu-se uma utilização de sedação em cerca de 10% dos pacientes por cerca de 85% dos profissionais entrevistados (HOUP, 1989, 2002). Também é possível calcular a realização de 10 sedações por odontopediatra a cada mês em 1985 (HOUP, 1989), comparando-se com o valor de 43 sedações por mês em 2000 (HOUP, 2002). Valores que, além de mostrarem uma forte ascensão no uso da sedação nos Estados Unidos, são bem mais representativos que os números brasileiros.

Conhecer a aceitação de estudantes de odontologia com relação às técnicas de manejo de comportamento foi o objetivo de Newton; Naudi e Sturmey (2003). Perceberam que a sedação foi menos aceita que relaxamento e reforço positivo, e também, que houve uma forte influência do desfecho clínico no vídeo apresentado.

Mantzourani (2007) enviou um questionário eletrônico aos membros da *National Association for Dentistry in Health Authorities and Trust (NADHAT)* e observou que 69% acharam vantajosa a utilização de sedação como adjuvante do tratamento odontológico de crianças ansiosas. A técnica mais bem aceita foi a analgesia inalatória com óxido nitroso independente da idade hipotética do paciente (0 a 16 anos). A comparação dos resultados norte americanos com os brasileiros deve ser apenas ilustrativa, pois não existem estudos amplos, como os estudos norte-americanos citados, que expressem a realidade brasileira. A falta de estudos, por si só demonstra o pequeno interesse dos profissionais na técnica em questão.

1.3.2. Estabilização protetora

A estabilização protetora é considerada, pela *American Academy of Pediatric Dentistry* (AAPD, 2007-2008a) um método avançado de controle de comportamento. A estabilização protetora, termo moderno para “contenção física” ou “restrição física”, é definida por Connick *et al.* (2000) como método físico ou mecânico que utiliza material ou equipamento para prender o corpo do paciente, de difícil remoção pelo indivíduo, para que restrinja sua liberdade de movimento. Pode ser obtida por meio das próprias mãos do acompanhante e/ou auxiliar, conhecida como estabilização protetora ativa. E na estabilização protetora passiva, a imobilização da criança é realizada com macrí¹, bebê conforto, *Papoose Board*², pacote pediátrico e/ou através do abridor de boca (LAW; BLAIN, 2003; AAPD, 2007-2008a).

O uso da estabilização protetora necessita de consentimento prévio dos responsáveis pela criança. A completa ou parcial estabilização do paciente pode ser necessária para sua própria segurança, dos profissionais e/ou dos pais. Quando isso ocorre no decorrer do tratamento o cirurgião-dentista deve usá-la sempre visando a proteção do paciente, e imediatamente após o restabelecimento da segurança deve-se procurar o responsável para obtenção do consentimento e continuidade no tratamento (AAPD, 2007-2008a).

¹ Macrí - maca para criança, usado na estabilização protetora passiva

² Papoose Board – equipamento feito de tecido, usado na estabilização protetora passiva.

O uso de qualquer tipo de estabilização protetora no tratamento de crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais é um tópico controverso entre profissionais de saúde e cuidadores (PERETZ; ZADIK, 1999; CONNICK; PALAT; PUGLIESE, 2000; LAW; BLAIN, 2003; KUPIETZKY, 2004; LAY; WONG, 2008).

Em 1991, Frankel encontrou alto índice de satisfação de mães com relação ao uso do *Papoose Board* em suas crianças. No quadro 1, pode-se perceber que a aceitação dos métodos de estabilização protetora permaneceu perto do sétimo lugar dentre os dez métodos pesquisados, nos diferentes estudos (MURPHY; FIELDS; MACHEN, 1984; LAWRENCE et al., 1991; EALTON et al., 2005).

A aceitação da estabilização protetora parece não apresentar um conceito consolidado no imaginário social. Lai e Wong (2008) levantaram a literatura mundial dos últimos 20 anos sobre a “percepção ou atitude” da “família” sobre a “contenção física” aplicada como técnica facilitadora de cuidados em saúde. Apenas cinco trabalhos foram encontrados, em um deles familiares relatam que a estabilização protetora é usada com mais frequência do que necessária em atendimentos de saúde (BRENNAN et al. 1991). Dois trabalhos apontaram que os familiares sentem-se frustrados com o sofrimento e perda de dignidade das crianças (HARDIN et al., 1993; NEWBERN; LINDSEY 1994). Finalmente, nos dois trabalhos mais recentes do levantamento seus autores concluíram que familiares entendem a estabilização protetora como um método que visa garantir segurança a suas crianças ou como forma de prevenir danos (HENDEL; FRADKIN; KIDRON 2004; VASSALO et al., 2004).

A necessidade de estabilização protetora durante as sessões de sedação não representa que a técnica seja inaceitável ou inadequada (VARGAS et al.; 2007), ou seja, não significa o insucesso da sedação. Ao contrário, essa associação é vista como uma alternativa à anestesia geral no tratamento de pacientes com dificuldades comportamentais (KUPIETZKY, 2004). A necessidade de empregar a estabilização protetora durante sessões de sedação para tratamento odontológico variou de 50% a 94% do total de sessões (NATHAN, 1995; CROCK et al., 2003; LIMA; KAJITA; COSTA, 2005).

Uma vez utilizada a estabilização protetora durante a sedação, deve-se checar, periodicamente, a aplicação da força e/ou a pressão exercida pelo material da contenção, a fim de se prevenir obstrução de vias aéreas ou restrição torácica da respiração, bem como de proteger a perfusão nos membros (AAPD, 2005 -2006).

1.3.3. Anestesia Geral

A anestesia geral é um estado controlado de inconsciência, acompanhado de perda dos reflexos protetores, habilidade de manter a respiração espontaneamente, bem como de responder a estímulos físicos ou comandos verbais (AAPD, 2007-2008b).

Segundo a literatura, as principais vantagens da anestesia geral incluem: promover tratamento seguro, eficaz e conveniente; tratamento extenso de alta qualidade em única sessão; mínimo desconforto para o paciente e menor estresse físico e mental para paciente e dentista (LEGAULT; DINER; AUGER, 1972).

A necessidade de diagnóstico e tratamento, bem como a segurança da criança e dos profissionais deve ser considerada no momento da indicação da anestesia geral. Outra análise cabível, frente à necessidade de tratamento é quanto à viabilidade econômica (LIMA; FRANÇA; D'ALMEIDA, 2007) uma vez que, no Brasil, a anestesia geral só pode ser realizada em âmbito hospitalar e a disponibilidade deste tratamento no SUS é muito restrita por não estar contemplada na Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004b).

Costuma-se temer atos anestésicos de uma forma geral pela crença de estarem relacionados a risco de morte (SALIMENA; CADETE, 2003), apesar de estudos mostrarem índices baixos de intercorrências e mortes durante anestesia. A incidência de morte relatada foi de 0,9 e de parada cardíaca, 1,7 para cada 10.000 atos anestésicos. Para crianças menores de 12 anos a incidência de parada cardíaca (4,7/10.000) foi maior quando comparada com pacientes adultos (1,4/10.000) (KEENAN; BOYAN, 1985). Os números não significam muito, uma vez que, com um ente querido, uma ocorrência torna-se 100%. No imaginário social, quando alguém é submetido a uma anestesia geral não se sabe se retornará para sua família (SALIMENA; CADETE, 2003).

Por outro lado, a satisfação relacionada ao tratamento odontológico de crianças sob anestesia geral é alta, cerca de 95% de pacientes mostram-se satisfeitos com o procedimento (ACS et al. 2001; COYLE et al., 2005; SAVANHEIMO et al., 2005). Idade jovem, ansiedade, dor, vômito e permanecer acordado foram preditores de insatisfação. Fatores que pudessem predizer a satisfação não foram apontados (COYLE et al., 2005). Além da boa aceitação desse método de controle do comportamento os pais percebem um grande impacto na qualidade de vida de suas crianças (WHITE; LEE; YANN, 2003).

No quadro 1 percebe-se uma melhor aceitação dos métodos farmacológicos com o passar do tempo, incluindo a anestesia geral, de método menos aceito no ranking proposto, em 1984 e 1991, passou para o 3º lugar mais bem aceito em 1994 (MURPHY; FIELDS; MACHEN, 1984; LAWRENCE et al., 1991; EATON et al., 2005).

A partir de uma metodologia qualitativa, Amin (2007) entrevistou pais de crianças submetidas à anestesia geral para o tratamento odontológico e constatou que houve diferentes níveis de ansiedade no grupo, bem como experimentaram diferentes emoções durante o tratamento – medo, preocupação e conformação. Adicionalmente concluíram que a experiência levou esses pais a mudarem seus conceitos de saúde e cuidarem melhor da saúde de suas crianças e suas próprias.

1.4. JUSTIFICATIVA E PRESSUPOSTOS

A comunidade científica, há muito, estuda e pesquisa a utilização de protocolos medicamentosos para a sedação odontopediátrica, tanto visando comprovar o efeito de diferentes drogas no comportamento da criança (HOUP et al., 1985; LOCHARY et al., 1993; KAIN et al., 1999; FRAONE et al., 1999; WILSON et al., 2000; LIMA; COSTA; COSTA, 2003), como conhecer o efeito das mesmas na fisiologia e nos sinais vitais do paciente (HOUP et al., 1985; NEEDLEMAN; JOSHI; GRIFFITH, 1995; FUKUTA; BRAHAM; YANASE, 1997; LEELATAWEEWUD et al.,

2000; WILSON et al., 2000; LIMA; COSTA; COSTA, 2003). Entretanto poucos autores (MURPHY; FIELDS; MACHEN, 1984; LAWRENCE et al., 1991; LIMA, 2004; EALTON et al., 2005; AMIN, 2007; ARCARI; FERRO, 2008) têm se preocupado em conhecer a percepção dos pacientes submetidos a procedimentos de sedação e/ou de seus acompanhantes. Ainda não se conhece a percepção dos profissionais envolvidos na oferta de tais procedimentos sobre o mesmo.

Percebe-se que os mais interessados na sedação de crianças pré-escolares – acompanhantes e profissionais envolvidos – têm ficado a margem do processo de estabelecimento da contenção farmacológica no Brasil, uma vez que se percebeu pelo levantamento teórico uma escassez de trabalhos em profundidade com este enfoque. O presente trabalho tem como objetivo ajudar a preencher esta lacuna, buscando as percepções (significados e avaliação) de acompanhantes e equipe profissional envolvida no tratamento odontológico sob sedação.

Como primeiro pressuposto, imaginava-se que os acompanhantes não se sentiriam satisfeitos com a técnica de sedação devido à manutenção de respostas aos estímulos do tratamento odontológico e, conseqüentemente, a necessidade de estabilização protetora durante as sessões de sedação. De posse da informação de que o desejo maior de um grupo de acompanhantes de crianças encaminhadas para atendimento odontológico sob sedação era a realização do mesmo (LIMA, 2004; LIMA; COSTA; MEDEIROS, 2005), refletiu-se que os acompanhantes sentir-se-iam satisfeitos com a técnica de sedação, uma vez que o tratamento odontológico fosse concluído. Assim, como segundo pressuposto, os acompanhantes priorizariam a conclusão do tratamento odontológico, sendo o método de controle de comportamento empregado menos relevante.

Como terceiro pressuposto, acreditou-se que a equipe profissional, devido ao conhecimento técnico e teórico, tivesse expectativas realistas com relação à sedação, sabendo que as crianças continuariam responsivas aos estímulos do tratamento.

2. Objetivos

2.1. OBJETIVO GERAL

Conhecer as percepções sobre sedação em odontopediatria segundo acompanhantes de crianças tratadas sob sedação e equipe profissional envolvida neste atendimento.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar a avaliação dos acompanhantes da criança após o tratamento odontológico sob sedação ter sido concluído;
- Compreender os significados atribuídos a sedação, pelos acompanhantes das crianças resistentes ao tratamento odontológico comparado a estabilização protetora e anestesia geral;
- Saber o que os profissionais de uma equipe de sedação conhecem e esperam desse procedimento.

3. Caminho Metodológico

3.1. TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa entendida a partir de Minayo et al. (2002) como aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, “trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Dessa forma, optou-se pela pesquisa qualitativa como forma de capturar, em profundidade, as percepções de pessoas envolvidas com o atendimento odontopediátrico sob sedação sobre esse tema.

3.2. LOCAL DO ESTUDO

O Núcleo de Estudos em Sedação Odontológica (NESO) é um projeto de extensão multidisciplinar, criado em 1998, vinculado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás (FO/UFG). A sua finalidade é prestar atendimento a pacientes com dificuldades comportamentais durante atendimento odontológico, para as quais os métodos básicos de manejo comportamental falharam. Esses pacientes são triados nas clínicas de atendimento infantil da mesma unidade, ou mesmo encaminhados de serviços de saúde.

À época deste trabalho, utilizavam-se, no NESO, protocolos medicamentosos variados administrados em dose única por via oral, a saber: midazolam (0,7mg/Kg – máximo 20 mg) ou Hidrato de Cloral (70mg/Kg a 100mg/Kg – máximo 2g). Como alternativa, para os casos de insucesso, encaminhava-se para realização de tratamentos sob anestesia geral no HC/UFG.

Os procedimentos sob anestesia geral realizados no hospital acontece nas clínicas cirúrgicas que atendem a todas as especialidades médicas, o que dificulta muito a disponibilidade de vagas para tratamentos odontológicos. Não existia uma consulta pré-anestésica para os pacientes do NESO, nem uma interação direta entre a equipe NESO e a equipe de anestesia do HC.

3.3. POPULAÇÃO

A população do estudo foi formada por acompanhantes de crianças sedadas para o tratamento odontológico em 2004 e 2006 e pelos membros da equipe profissional do NESO do ano de 2006.

Nos 10 anos de funcionamento do NESO, observou-se que na maioria das vezes a acompanhante é a mãe, entretanto, em alguns casos, a criança se apresentava acompanhada por outros responsáveis. Dessa forma os participantes foram definidos como o único acompanhante presente, ou aquele que se mostrava mais interessado e interativo tanto com a criança como com a equipe.

Foram incluídos no estudo acompanhantes de crianças atendidas no NESO da FO/UFG no ano de 2004, ocasião em que se realizou a primeira etapa da coleta dos dados; bem como pacientes atendidos em 2006, momento em que a segunda etapa de coleta foi aplicada.

A terceira etapa de coleta de dados foi desenvolvida com todos os membros da equipe de trabalho do NESO no ano de 2006. O único critério para

exclusão foi o tempo mínimo de atuação no NESO, sendo exigido um mínimo de 07 meses de atividade.

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) distintos foram elaborados conforme cada etapa (anexos 3, 4 e 5).

3.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em três etapas, cada qual dirigida à atenção de um dos objetivos específicos. A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas semi-estruturadas (quadro 2), ou seja, com possibilidade de o entrevistado discorrer livremente sobre o tema sem a interferência do pesquisador (MINAYO, 1996; MINAYO et al. 2002). As entrevistas foram gravadas em audiocassete (2004) e em MP3 player (2006).

Quadro 2 – Roteiro das entrevistas semi-estruturadas segundo participantes e objetivos específicos

OBJETIVO	PARTICIPANTES	ROTEIRO DA ENTREVISTA
1º.	Acompanhantes de crianças atendidas sob sedação em 2004	✓ Avaliação ✓ Segurança da criança e do próprio acompanhante ✓ Sentimentos frente à presença de choro e movimento, frente à necessidade de estabilização protetora e/ou separação dos acompanhantes
2º.	Acompanhantes de crianças em atendimento sob sedação em 2006	✓ Maior vantagem do atendimento odontológico sob sedação para sua criança ✓ Estabilização protetora ✓ Anestesia geral
3º.	Profissionais da equipe NESO/2006	✓ Sedação ✓ Limitações ✓ Vantagens ✓ Opções

Como método complementar utilizou-se, na primeira etapa de coleta, a observação participante cujas notas foram feitas em um diário de campo. A pesquisadora observava as reações dos responsáveis durante todo o atendimento da criança, a cada sessão, de forma superficial, conforme define Minayo (1996) sobre o observador como participante. Assim pode-se observar as sensações e expressões corporais e/ou verbais da acompanhante durante o procedimento, complementando as informações relatadas durante a entrevista.

Como a maioria das crianças é submetida a mais de uma sessão de sedação, muitas vezes com diferentes drogas e doses, a entrevista da primeira etapa foi realizada apenas ao final de todo o tratamento odontológico. No dia da última sessão o acompanhante escolhia o momento mais conveniente para responder à entrevista (antes, durante ou logo após a última sessão). Não houve distinção de grupos por diferentes drogas, uma vez que não era objetivo avaliar a satisfação entre as diferentes drogas, e sim conhecer a avaliação e os significados formulados pelos acompanhantes diante das limitações do procedimento de sedação em odontopediatria, após vivenciarem e experimentarem tal técnica.

Na segunda etapa, a entrevista foi realizada em momento conveniente para o acompanhante e pesquisadora, desde que a criança já houvesse sido submetida a um mínimo de 4 sessões de sedação.

Os profissionais da equipe NESO (terceira etapa) foram entrevistados respeitando-se a conveniência dos mesmos, da pesquisadora e do serviço no NESO no decorrer do ano de 2006.

Todas as entrevistas, bem como as notas no diário de campo foram executadas pela mesma pesquisadora – Alessandra Rodrigues de Almeida Lima – que no ano de 2004 e 2006 não realizou o atendimento clínico dos pacientes. Sua responsabilidade nestes anos foi conduzir a explicação do TCLE para a sedação, estabilização protetora e/ou anestesia geral, realizar orientações pré e pós-anestésicas, auxiliar a administração das drogas, monitoramento dos sinais vitais e comportamentais.

3.5. ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados pelo método da Análise de Conteúdo, modalidade Temática, que se coloca como uma técnica de interpretação de textos (BARDIN, 1979). Em um primeiro momento o material das entrevistas foi transcrito, relido e organizado, bem como os dados da observação participante realizado na primeira etapa, constantes do diário de campo. A transcrição foi realizada por uma acadêmica de odontologia, Sarah Brasileiro, sob a supervisão da pesquisadora Alessandra Rodrigues de Almeida Lima.

O material, em um segundo momento, foi lido exhaustivamente para a identificação de núcleos de sentidos que foram agrupados em temas, para finalmente serem apresentados de forma articulada ao referencial teórico do estudo. Esta fase de interpretação dos dados foi desenvolvida, separadamente, pelas três pesquisadores envolvidos na execução deste projeto (pesquisadora – Alessandra Rodrigues de Almeida Lima; acadêmica – Sarah Brasileiro e orientadora – Luciane R. de R. Sucasas da Costa).

Este procedimento refere-se à validação pela triangulação de pesquisadores, na qual mais de um pesquisador interpreta os dados, desenvolvendo e testando os núcleos de sentido e temas (LAW et al, 1998).

3.6. IMPLICAÇÕES ETICAS

O trabalho ora apresentado provem de dois projetos, ambos aprovados Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás. O primeiro, sob o título – Representação social de sedação para acompanhantes de crianças sedadas para atendimento odontológico –, foi aprovado sob protocolo 17/2003 (anexo 01) e refere-se à primeira etapa de coleta de dados. O segundo projeto – Controle farmacológico da resistência de criança ao tratamento odontológico: percepções de

acompanhantes e profissionais – foi aprovado sob o protocolo 45/2006 (anexo 02) e refere-se à segunda e terceira etapas.

Após serem esclarecidos sobre os objetivos e demais características do estudo (Res. 196/96 do MS) e desejando responder às perguntas os participantes expressaram sua anuência assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexos 3, 4 e 5).

4. Resultados e Discussão

Os grupos entrevistados são distintos para cada etapa da coleta de dados, bem como a interpretação dos dados foi feita de forma independente para cada etapa de coleta de dados (Quadro 2). Os resultados foram apresentados separadamente, com considerações sobre a inter-relação dos mesmos.

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram da primeira entrevista 13 acompanhantes de crianças que concluíram o tratamento odontológico sob sedação no ano de 2004, no NESO da FO/UFG. O grupo estava composto por 12 mães e uma madrinha com idade variando entre 19 e 38 anos (média 26,9 anos) acompanhando 13 crianças (Quadro 3). As crianças tiveram seu tratamento concluído em 1 a 5 sessões de sedação, a depender de suas necessidades odontológicas.

Na segunda etapa de coleta de dados, foram entrevistadas 8 acompanhantes de crianças sedadas para o tratamento odontológico: 6 mães, um pai e uma tia. A idade dos acompanhantes variou de 24 a 44 anos (média 33,3 anos). As crianças tinham experiências pregressas com estabilização protetora, em outros serviços de odontologia públicos ou privados; com o tratamento sob sedação no NESO e com tratamento odontológico sob anestesia geral realizado pela equipe NESO, no HC/UFG conforme o quadro 4.

Quadro 3 – Dados demográficos do grupo de acompanhantes entrevistados quanto à satisfação com o atendimento odontológico de suas crianças sob sedação

GRAU DE PARENTESCO	IDADE	EDUCAÇÃO FORMAL
Mãe	27	7 ^a . Série
Mãe	29	Sem estudo
Mãe	38	4 ^a . Série
Mãe	28	Ensino médio incompleto
Mãe	25	Ensino médio incompleto
Mãe	28	Ensino médio
Mãe	24	7 ^a . Série
Mãe	24	Ensino médio
Mãe	38	4 ^a . Série
Mãe	19	Ensino médio incompleto
Madrinha	27	Ensino médio
Mãe	22	Ensino médio incompleto
Mãe	21	Ensino médio incompleto

Quadro 4 – Dados demográficos do grupo de acompanhantes entrevistados sobre os diferentes métodos avançados de controle comportamental

GRAU DE PARENTESCO	IDADE	EDUCAÇÃO FORMAL	CONTROLE DE COMPORTAMENTO
Mãe	44	Fundamental	EP S AG
Tia	28	Ensino médio	EP S AG
Mãe	24	Ensino médio	EP S AG
Mãe	31	Superior	EP S
Pai	36	1 ^o . Grau	EP S
Mãe	27	Superior incompleto	EP S
Mãe	44	Ensino médio	EP S
Mãe	30	1 ^o . Grau	EP S

EP – Estabilização protetora / S – Sedação / AG – Anestesia geral.

Toda a equipe NESO/UFG do ano 2006 foi entrevistada na terceira etapa de coleta. Estando composta por 10 membros: um médico pediatra; 07 cirurgiões - dentistas, cujas especialidades estão descritas na tabela, e 02 acadêmicos do quinto ano. A idade do grupo variou de 21 a 39 anos (média 30,7 anos); o tempo de formado, de 04 a 16 anos (média 9,06 anos). O tempo de atuação no NESO variou

entre 07 e 84 meses (média: 24,4 meses) (Quadro 5). Vale ressaltar que a participação de profissionais no NESO é voluntária, Todavia em 2006, dois cirurgiões-dentistas participaram do NESO obrigatoriamente, devido a uma disciplina de Mestrado que cursavam.

Quadro 5 – Dados demográficos do grupo de profissionais entrevistados

PROFISSÃO*	SEXO	IDADE (anos)	TEMPO FORMADO (anos)	TEMPO NESO (meses)
Médico Pediatra	M	39	16	84
Odontopediatria	F	28	04	18
Odontopediatria	F	37	14	30
Odontopediatria	F	34	08	07
Odontopediatria	F	31	09	07
Endodontia	F	32	08	07
Dentística e Prótese	F	32	06	07
CD	F	30	7,5	36
Acadêmico	M	21	5o. Ano	18
Acadêmico	F	23	5o. Ano	30

4.2. AVALIAÇÃO DOS ACOMPANHANTES

Por meio da observação não-participante, percebeu-se que as sessões de sedação foram intercaladas de tranquilidade e agitação, calma e choro, sono e movimento, que envolveram criança, acompanhantes e equipe. Diferentes estímulos – punção da anestesia, barulho, vibração, água, ar, necessidade de manter a boca aberta – característicos do atendimento odontológico dificultam a manutenção da tranquilidade e do sono do paciente durante toda a sessão. De um modo geral, os acompanhantes demonstraram inquietação nos momentos de agitação e choro, porém confiança na equipe e no procedimento.

Da mesma forma, as falas dos acompanhantes traduziram esse movimento percebido na observação participante, emergindo duas categorias temáticas: “Lado Bom” e “Lado Ruim” da sedação (Quadro 6).

Quadro 6 – Idéias, núcleos de sentidos e categorias temáticas sobre satisfação com sedação segundo acompanhantes de crianças sedadas

IDÉIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO	CATEGORIAS TEMÁTICAS
Consentimento informado	Consciência	
Segurança, confiança, equipe, medico, estabilização protetora	Segurança	
Conclusão do tratamento odontológico, eliminação da dor, estética , sono, amnésia, facilidade para mãe, criança e dentista	Satisfação	LADO BOM
Presença da mãe, ausência da mãe	Escolha quanto a separação	
Condicionamento	Condicionamento	
Dificuldade, desistir, choro		
ansiedade, angústia, nervosismo, medo	Sufrimento	LADO RUIM
Demora a acordar, alucinações, agitação excessiva, vômito	Efeitos adversos	

4.1.1. O lado bom da sedação

Nesta temática agruparam-se todos os aspectos positivos conferidos pelas acompanhantes à sedação. Os principais Núcleos de Sentido que emergiram nesta temática foram: consciência, segurança, satisfação.

Para o grupo de acompanhantes entrevistado a consciência sobre o procedimento realizado, alcançada por explicações irrestritas oferecidas pelos profissionais, foi considerada importante por possibilitar que tirassem suas dúvidas e conhecessem os riscos, as limitações, as vantagens da técnica proposta; e assim não criaram expectativas inalcançáveis nem sofreram por ansiedade demasiada:

“Como o que foi passado pra eu ler, eu sei que tem risco.” E1

“[...] eu já sabia que ela podia dormir ou não dormir.” E3

No NESO o TCLE abrange todas as limitações e riscos da técnica de sedação, inclusive o risco de morte, por menor que ele seja. Todas as explicações são passadas verbalmente pelo profissional, seguida da leitura acompanhada do termo escrito, em uma consulta prévia à sedação.

A explicação, clara e sem restrição, das possíveis complicações, riscos e limitações da sedação, constante do TCLE, não serviram como algo que preocupasse as acompanhantes, ao contrário, uma vez conscientes das possibilidades de diferentes respostas comportamentais e também de complicações clínicas, as acompanhantes sentiram-se seguras, tranquilas e à vontade para esclarecerem suas dúvidas sobre a conduta da equipe. Também conscientes dos procedimentos de monitorização e acompanhamento da criança, observavam atentamente as medidas tomadas. Não se preocuparam excessivamente com os riscos inerentes à sedação e, à medida que seus filhos reagiam bem ao medicamento, sem complicações fisiológicas, no decorrer das sessões, sentiam-se mais tranquilas e confiantes.

Apesar da crença de que a explicação extensa e completa, particularmente sobre riscos e complicações possa causar ansiedade no paciente (KUPIETZKY, 2006), a fala do grupo entrevistado é uníssona com pesquisadores, que concluíram que quanto mais explicações são dadas, melhor é a aceitação dos pais com relação aos métodos de controle do comportamento (FIELDS; MACHEN; MURPHY, 1984; WILSON; ANTALIS; MCTIGUE, 1991; ALLEN; HODGES; KNUDSEN, 1995).

Quanto à necessidade da estabilização protetora, as acompanhantes a perceberam como algo que aumenta a segurança da criança, como pode se observar em suas falas:

“E eu vi até a forma que vocês seguravam, porque eu também tava junto né? Até o jeito que vocês seguraram, pegaram nela, eu tava sempre olhando atenta e vocês não machucaram. E isso não me incomodou porque vocês estavam me ajudando.”

E5

As acompanhantes não se incomodaram com o fato de as crianças não dormirem nem com a necessidade da estabilização protetora, enaltecendo a forma como a equipe trabalhava com carinho e dedicação à criança. Esse fato aponta a necessidade de que a atuação profissional seja sempre voltada para a comunicação e estabelecimento de vínculos sólidos entre familiares e equipe profissional.

O uso da estabilização protetora passiva na sedação é considerado uma alternativa à anestesia geral (KUPIETZKY, 2004). Os índices de necessidade de estabilização protetora durante a sedação são variados (NATHAN, 1995; CROCK et al., 2003; LIMA; KAJITA; COSTA, 2005), mas não representam insucesso (VARGAS et al.; 2007). Apesar de que os parâmetros de sucesso em sedação ainda são discutidos, e apresentados de forma diferente por diferentes autores.

A aceitação das acompanhantes, quanto à associação sedação - estabilização protetora, reforça o uso responsável empregado pela equipe. Isto é, garantindo a integridade física e psicológica da criança e, ao mesmo tempo, garantindo a realização segura do procedimento odontológico (AAPD, 2007-2008a), por outro lado nunca utilizada de forma punitiva (NATHAN, 2001).

As acompanhantes sentiam-se mais seguras com a presença do médico no decorrer de todas as sessões. Apesar de a legislação brasileira não condicionar a realização de sedação em ambulatório odontológico à presença de um profissional médico, o NESO estabeleceu uma parceria com um médico pediatra da Faculdade de Medicina da UFG que examina os pacientes e acompanha todas as sessões como uma medida suplementar de segurança.

As mães expressaram uma avaliação positiva do procedimento “sedação” apesar de todas as suas limitações. Tal satisfação mostrou-se forte e nitidamente ligada à conclusão do tratamento odontológico, para este grupo de acompanhantes entrevistadas:

“Ah, dessa vez foi melhor, antes era pior ela não parava de jeito nenhum.” E3

“Acho assim que mesmo ele tendo chorado e precisado segurar, teve muita vantagem, assim ele ter sido sedado teve muita vantagem do que o tratamento sem sedação.” E10

“Fechou, né? Todos os dentinhos. Tirou a dor que ela tava.” E3

“Ficou bonito os dente dela. Principalmente aqui n a frente, era feio quando ela sorria assim [...]” E3

Apesar de todas as dificuldades, limitações e riscos as acompanhantes entrevistadas consideraram a sedação como uma alternativa necessária para o bem estar das crianças. Pontuaram que realizariam sedação novamente, caso não se conseguisse o manejo comportamental não farmacológico, pois o choro é mais intenso e a movimentação é mais forte quando sem a administração de algum medicamento. As acompanhantes mostraram-se satisfeitas com a conclusão do tratamento odontológico – quer seja pela eliminação da dor, quer seja pelo restabelecimento da estética.

Essa satisfação está de acordo com relatos da literatura que apontam que cerca de 90% de pacientes submetidos ao controle farmacológico do comportamento mostram-se satisfeitos com o procedimento (ACS et al. 2001; COYLE et al., 2005; SAVANHEIMO et al., 2005; ARCARI e FERRO, 2008).

Com relação à utilização da sedação no tratamento odontológico Lima (2004), buscou entender as representações sociais de sedação para mães de crianças resistentes ao tratamento odontológico, e concluiu que para as mães entrevistadas, a sedação é a resolução para o problema comportamental, onde a ação do remédio permitirá o tratamento odontológico. O maior desejo dessas mães era a conclusão do tratamento odontológico. Tal fato se explica pela história das crianças que haviam sido submetidas a inúmeras tentativas de atendimentos em postos de saúde ou clínicas da FO/UFG sem nenhum sucesso, história esta, praticamente igual à do grupo agora estudado. Justificando a satisfação, apesar do sofrimento pontuado na próxima categoria temática por este grupo de acompanhantes entrevistadas.

Ao fim do tratamento as acompanhantes percebem, ainda, que houve condicionamento, pontuando que seus filhos já apresentam uma melhor receptividade para a escovação.

4.1.2. O lado ruim da sedação

Este tema reuniu todos os sentimentos e/ou sensações negativas que as mães deixaram emergir em suas falas. Sendo os Núcleos de Sentidos: dificuldades, e eventos adversos (Quadro 6).

Para as acompanhantes, as maiores dificuldades estavam vinculadas ao choro das crianças e à ansiedade que permeou o tratamento sob sedação, quer antes da sedação, quer após a alta:

“[...] ele chorando, de vez em quando olhando pra mim [...] dá vontade de chorar junto com ele também.” E1

“Com relação aos riscos da sedação, eu tinha mais medo no início, que era a primeira vez” E6

“Mas aqui eu tava mais segura do que eu sozinha. Eu sozinha, acho que eu sou quase ninguém.” E5

Apesar de haver essa consideração no TCLE, o grupo de acompanhantes apresentou dificuldade em vivenciar o choro/agitação de seus filhos, expressando sofrimento nessa experiência, o que elas denominaram de “sentimento de mãe”, e consideraram ser inerente do “coração de mãe”. Tal denominação, ditada pelo próprio grupo, foi bastante acertada, uma vez que a madrinha entrevistada não relata tal sofrimento, nem tão pouco, sentimento de culpa.

Foi marcante nessas falas uma insegurança da acompanhante, o que muitas vezes é transferido para a criança, influenciando negativamente o processo de aceitação ao tratamento odontológico.

Apesar de toda a explanação, em uma consulta preliminar, as mães (mas não a madrinha) relataram ansiedade no dia da primeira sessão de sedação. Experimentaram uma ansiedade inicial maior, talvez vinculada ao medo do desconhecido e somada ao medo de procedimentos de sedação/anestesia trazido pelo imaginário social (SALIMENA; CADETE, 2003). Mesmo aquelas mães que já haviam passado por algum tipo de experiência com sedação experimentaram essa ansiedade inicial, uma vez que o desconhecido passava a ser um novo medicamento, ou a própria situação odontológica.

Essa ansiedade também apareceu vinculada ao momento da alta, quando, ao fim do procedimento, a mãe vai para casa com sua criança. Sabe-se que pelo efeito do medicamento e pelo fato de terem chorado durante a sessão, as crianças podem voltar a dormir em casa; o que traz muita insegurança às

acompanhantes, pois nesse momento não existe nenhum profissional ao seu lado, nenhum aparelho de monitoramento, e as acompanhantes experimentaram uma sensação de impotência e solidão.

Nesse caso, a conversa, pelo telefone, com o profissional responsável não minimizou a ansiedade/angústia. No grupo entrevistado, a mãe que experimentou mais intensamente este sentimento desistiu do tratamento sob sedação em detrimento de novas tentativas sem o controle farmacológico do comportamento.

Existe um sentimento de culpa e impotência que pode ser percebido nas falas e no comportamento das mães nos momentos de agitação. Tal sentimento aflora em seus olhos, muitas vezes marejados, explicitando a dificuldade emocional em lidar com o 'sofrimento' da criança. Ver o filho chorando e se movimentando (debatendo) foi algo muito difícil para as mães entrevistadas, julgando que seus filhos estão sofrendo, e talvez, com dor; elas transferem este sofrimento para si próprias. Essa experiência foi um transtorno para as acompanhantes, sendo que nesses momentos difíceis elas cogitam a desistência.

Para as mães este sofrimento é inerente do "coração de mãe", do ser mãe. O que gera uma vontade de chorar junto com o filho, um aperto no peito se contrapondo ao fato de saberem a necessidade daquele procedimento. Dificuldade que não foi apresentada pela madrinha, que só relatou de negativo o cansaço físico.

Oliveira et al. (2006) também relataram que as mães experimentaram uma sensação de culpa e impotência com relação ao "sofrimento" de seus filhos e sentem vontade de substituí-los naquele momento desagradável; o que reforça a dificuldade relatada pelo grupo em vivenciar esse momento.

Tais sentimentos, juntamente com a falta de orientação quanto a melhor forma de ajudar seus filhos nesta situação leva as mães, em diversos momentos, a usarem sentenças que dificultariam tratamentos futuros, talvez para se eximir, ou minimizar, a culpa que sentiam por não poderem ajudar seus filhos naquele momento.

"Esse povo de branco judiou de você meu bem?" M7, dizendo isso a mãe pôs a criança no peito e tentou fazê-la dormir.

Tais assertivas não são verdadeiras para a única acompanhante que não tinha o vínculo de maternidade. A qual conversava com a criança apontando o lado bom de o tratamento odontológico ter sido realizado, sem tentar “compensar” o seu afilhado de nenhuma forma e, sem tampouco, apontar os profissionais de forma negativa.

4.3. SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS PELOS ACOMANHANTES AOS MÉTODOS AVANÇADOS DE CONTROLE COMPORTAMENTAL

Da análise de conteúdo dos dados coletados na segunda etapa do trabalho emergiram quatro categorias temáticas: A estabilização protetora, A sedação, A anestesia geral, Os sentimentos dos acompanhantes (Quadro 7).

4.3.1. A estabilização protetora

Nesta temática foram incluídos todos os núcleos de sentido referentes à estabilização protetora (passiva, ativa, associada ou não à sedação).

Foi predominante a estabilização protetora à qual suas crianças haviam sido submetidas em diferentes serviços de odontologia (público/privado) a qual era denominada por “amarrar”, “segurar”, “fazer na marra”. Os pais entrevistados consideram a estabilização protetora como algo desumano e imperdoável quando se recordam dessas experiências.

“[...] as menina fez foi amarrar, lá é assim, segurou ele e rancou o dente dele, assim sem anestesiá-lo direito, sabe, e rancou, sem nada. Eu pensava que ia matar o meu filho. Eu achei muito triste. Até hoje eu não, o que fez com ele não tem perdão [...]” EM 01

Quadro 7 – Idéias, núcleos de sentidos e categorias temáticas sobre métodos de controle de comportamento segundo acompanhantes de crianças sedadas

IDÉIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO	CATEGORIAS TEMÁTICAS
Gritando; inquieto; medo; choro; ânsia de vômito A força; amarrar; segurar Caiu massinha Traumatizado; trauma; dano psicológico; tratamento agressivo; machucar Segurar na sedação; firmava; lençol é bom	Resistência Amarrar Qualidade ruim Dano psicológico Segurar na sedação	ESTABILIZAÇÃO PROTETORA
Não chorava; tranqüilo; melhor; mais fácil; quieto; criança tranqüila; amnésia Sedar não foi bom; não deixou; chorava; não dormia; reação adversa; irritação; brigar; morder; judiava	Aspectos positivos da sedação Aspectos negativos da sedação	SEDAÇÃO
Maravilha; espetacular; ele voltou; mais fácil; mais rápido; seria bom; faria de uma só vez	Aspectos positivos Anestesia Geral	ANESTESIA GERAL
Preocupação EP; nervoso EP, muito triste EP, revoltante Mãe tranqüila S; confortável S; segurança SC; presença da mãe S Muito medo; apavorada; riscos da AG; não sair de lá; não voltar; nervosa AG; correndo risco; dúvida AG; insegurança AG Acompanhamento; informação; equipe tranqüilizava; bom tratamento pela equipe; confiei; equipe odontológica me acalmou; condicionamento; brincava; conversava; anestesista fala na bucha, fé Arrumou o dente; Tratamento odontológico; Concluir tratamento; Estética; Fez o trabalho; Tratou; Melhor qualidade; Tava precisando	Revolta Tranquilidade pais na sedação Medos Segurança/Confiança Motivação	SENTIMENTO DOS ACOMPANHANTES

Os acompanhantes entrevistados mostraram aversão à técnica da estabilização protetora, todavia esses resultados não podem ser considerados sem a ponderação de que tais atendimentos não seguiam a nenhum protocolo de pesquisa e padronização e, ainda, de que a equipe de pesquisadores do presente trabalho não os acompanhou. A aversão à estabilização protetora esteve vinculada a

experiências pregressas das crianças em diferentes serviços (públicos e privados) de odontologia, fazendo parte de suas histórias de vida longas buscas pelo tratamento odontológico, inúmeras tentativas, muitas delas frustradas .

Assim como para o grupo entrevistado, a técnica é refutada pelos pais no decorrer do tempo (Quadro 1); figurando em 6º lugar (ativa pelo auxiliar de consultório) e 10º lugar (passiva) dentre dez métodos de controle de comportamento estudados por Murphy; Fields e Machen, em 1984. Em 1991, a estabilização protetora ativa ficou com 4º e a passiva com o 6º lugar dentre oito métodos de controle de comportamento (LAWRENCE et al., 1991). Já em 2003, obtiveram, respectivamente, 4º. e 7º lugares da mesma lista de métodos do estudo anterior (EATON et al., 2005).

É considerada por muitos autores como método agressivo de controle de comportamento (MURPH; LAWRENCE et al., 1991; EALTON et al., 2005) e justamente por isso, deve ser realizada de forma responsável garantindo a integridade física e psicológica da criança e, ao mesmo tempo, garantindo a realização segura do procedimento odontológico (AAPD, 2007-2008a), e nunca deve ser utilizada de forma punitiva (NATHAN, 2001).

Brennan et al. (1991) relataram que a estabilização protetora é usada com mais freqüência do que necessária em atendimentos de saúde. O abuso por parte de alguns profissionais pode ser responsável pela aversão percebida no presente estudo e nos demais citados .

Ao contrário, a estabilização protetora associada à sedação não é vista como algo ruim, nem tão pouco incomoda os responsáveis.

“Vale deixar ela enroladinha que ela fica boazinha [...]” EM 08

O fato de esses acompanhantes não se mostrarem incomodados com a estabilização protetora durante a sedação, vai ao encontro das percepções do primeiro grupo entrevistado que, ao apontar o lado bom e ruim da sedação demonstraram dificuldade em vivenciar o choro, mas ressaltaram que a estabilização protetora sob sedação no NESO/UFG não os incomodava. Enaltecendo, mais uma vez, a responsabilidade da equipe NESO em prover atendimento de qualidade aos pacientes.

Um fator importante na aceitação do uso da estabilização protetora passiva como coadjuvante na sedação é a forma de apresentação do método (KUPIETZKY; RAM, 2005); ressaltando a importância do consentimento informado que aborde integralmente todas as possibilidades e limitações da técnica de sedação. O que conduz, mais uma vez, ao encontro da fala das acompanhantes do primeiro grupo, as quais se sentiram seguras com as extensas explicações do TCLE do NESO (anexo 6).

4.3.2. A sedação

Nesse tema reuniram-se os núcleos de sentido que se referiam à sedação. Emergiram aspectos positivos e outros negativos, sendo que os primeiros foram predominantes (Quadro 2).

A sedação é vista de forma positiva pelo grupo entrevistado, estando este fato, principalmente, relacionado à resolução dos problemas odontológicos das crianças, mas também à tranquilidade e a amnésia:

“[...] foi possível arrumar todos os dentes” EM 07

“A gente vê que se não foi sedado ele fica muito agonizante e sedado ele fica mais tranquilo um pouco, mais relaxado” EM 05

“[...] porque ele não vê. [...] Ele não lembrava.” EM 06

Assim como os primeiros acompanhantes entrevistados, este segundo grupo de acompanhantes fala da sedação de forma bastante realista apontando suas vantagens, facilidades e suas limitações. Mais uma vez, vinculam fortemente a conclusão do tratamento odontológico aos aspectos positivos da sedação. Isso justifica a iminente satisfação descrita pelos participantes desta etapa do estudo, assim como aqueles entrevistados na etapa anterior.

Tal dado é compatível com a expectativa de que se resolvesse o problema odontológico da criança, apresentada por acompanhantes de crianças encaminhadas para sedação (LIMA; COSTA; MEDEIROS, 2005). O grupo submetido à primeira entrevista deste trabalho, também se reporta à conclusão do

tratamento odontológico para justificar que vale a pena o “sofrimento” que lhes é inferido pelo choro durante as sessões de sedação.

Alguns pontos negativos da sedação também foram apresentados, sendo que o principal foi a ocorrência do efeito paradoxal.

“Então assim, eu acho que [...] ele não se adaptou. Se foi, foi reação adversa, o contrário [...] quanto mais tentava, mais ele piorava.” EM 02

No grupo entrevistado uma criança havia desenvolvido tal reação adversa, e outras duas continuaram não cooperativas, sendo estes os fatores negativos apontados pelo grupo de acompanhantes entrevistados. Tal fato remete, mais uma vez, à importância de um TCLE que aborde todas as limitações da técnica, bem como a possibilidade da ocorrência do efeito paradoxal, além dos riscos inerentes da técnica, o que foi apontado pelo primeiro grupo de entrevistados como algo positivo. Mesmo a acompanhante dessa criança, a pontou a sedação como um ótimo método, mas que infelizmente sua filha não se adaptou a ele. Comportamento que destaca a lucidez, realismo e a propriedade com que os acompanhantes falaram dos métodos

Os efeitos paradoxais são caracterizados pela inquietação, agitação, irritabilidade, hiperatividade, agressividade, e, mais raramente, delírios, crises de raiva, pesadelos, alucinações, psicose, comportamento inadequado e outros efeitos comportamentais (VELOSA; RIDDLE, 2000). A ocorrência de efeito paradoxal são relatadas, com maior frequência, relacionando-se ao uso do midazolam. Sendo que os índices de ocorrência são extremamente variados, de 0,5% a 29% (LILCHFIELD, 1980; MASSANARI; NOVITSKY; REINSTEIN, 1997; PEÑA; KRAUSS, 1999).

4.3.3. A anestesia geral

Com relação à anestesia geral, os núcleos de sentido agrupados nesse tema foram predominantemente positivos:

“[...] foi aquela coisa assim espetacular, que eu nunca imaginava que fosse [...] ela reagiu super bem depois da

anestesia. Não ficou nervosa. [...], correu tudo bem. Foi maravilhoso.” EM 03

“[...] eu não importaria não porque pra mim seria mais viável. Não teria que ficar vindo tantas vezes, né, no dentista [...] eu acho que faria tudo ali de uma vez só. E se tivesse que sentir alguma dorzinha sentia porque no caso [...] Eu acho que seria uma boa.” EM 07

Tanto os acompanhantes que já tinha a experiência de tratamento odontológico de suas crianças sob anestesia geral, como os que não tinham a experiência, apresentaram a anestesia geral de forma positiva. Os primeiros, relatando o quanto a experiência havia sido “espetacular”, “maravilhosa”. Os segundos relataram que poderia ser uma boa, por resolver o problema odontológico em apenas uma sessão, ou por não ter nenhum “sofrimento” para as crianças.

Todavia, pensava-se que a resistência dos pais seria maior à anestesia geral devido ao medo presente no imaginário social (SALIMENA; CADETE, 2003), e perceptível, também, na fala de um grupo de acompanhantes de crianças encaminhadas para o tratamento odontológico sob sedação, entrevistados por Lima; Costa; Medeiros (2005).

Por outro lado, os dados levantados nesta entrevista vão ao encontro da literatura, que aponta alto índice de satisfação de pacientes tratados sob anestesia geral e seus acompanhantes (MURPHY; FIELDS; MACHEN, 1984; LAWRENCE et al., 1991; WHITE; LEE; YANN, 2003; EATON et al., 2005). As falas dos acompanhantes entrevistados estão em consonância com a literatura, no que se refere às vantagens da anestesia geral: promover tratamento seguro, eficaz e conveniente; tratamento extenso de alta qualidade em única sessão; mínimo desconforto para o paciente e menor estresse físico e mental para paciente e dentista (LEGAULT; DINER; AUGER, 1972).

4.3.4. Os sentimentos dos acompanhantes

Nesse tema reuniu-se toda expressão de sentimentos vivenciados pelos acompanhantes nas diferentes situações: revolta, medo, segurança/confiança.

“Até hoje eu não, o que fez com ele não tem perdão” EM 01

O sentimento de revolta foi vinculado às experiências de estabilização protetora a que suas crianças haviam sido submetidas antes de serem encaminhadas para o NESO, de tal forma que não se pode atestar as condições com que tenham sido realizadas, conforme discutido no subtítulo **A Estabilização Protetora**.

“Só que a gente como pai fica meio ansioso [...] no início ocorre um pouco de medo [...]” EM 05

“Aí partiu pra anestesia geral [...] eu fiquei com muito medo [...] muito apavorada” EM 03

“A sedação e ela enroladinha [...] dá mais tranquilidade pra gente que é mãe.” EM 08

O sentimento de tranquilidade estava associado à sedação, quer complementada pela estabilização protetora ou não. Bem como a tranquilidade conferida pela conduta da equipe. O pai entrevistado mostrou a mesma ansiedade apresentada pelas mães do primeiro grupo entrevistado, à qual elas nomearam de “sentimento de mãe”. Para estes acompanhantes, assim como aqueles, essa ansiedade não se retrata na fala da tia.

O relato de ansiedade é coincidente com aquele apresentado pelos acompanhantes submetidos à primeira entrevista, quando estes relatam maior ansiedade na véspera da primeira sessão de sedação; apresentando ansiedade e medo diretamente relacionados ao desconhecido. Na expressão dos sentimentos experimentados, o grupo fala do medo que envolve a anestesia, referente ao imaginário social (SALIMENA; CADETE, 2003), principalmente vinculado ao momento em que recebem a notícia, e que antecede à realização do tratamento.

A conduta dos profissionais foi muito valorizada na utilização dos métodos avançados do controle de comportamento. Desde a forma de realizar a estabilização protetora até as extensas explicações sobre a sedação e anestesia geral, o que também remete às respostas à primeira entrevista.

“[...] eu confiei parece que mais na doutora do que na anestesista. Ela falou pra mim todos os riscos, mas, porém me acalmou. E a anestesista lá, ela falou muito na bucha.” EM 03

Este grupo de acompanhantes demonstrou um vínculo forte de confiança com a equipe, até mais forte do que com a médica anestesista.

Esta confiança nasceu com a preocupação e cuidado da equipe em manter os acompanhantes bem informados sobre qualquer procedimento que seria realizado, seus riscos e suas limitações. Novamente, vai ao encontro das inferências dos primeiros acompanhantes ao TCLE, relatando que a explicação minuciosa do procedimento gera maior segurança e minimiza a formulação de expectativas inalcançáveis. Bem como, quando falaram da segurança e confiança que sentiram na equipe, e ainda na presença do médico. Valendo aqui o contraponto que tal segurança vincula-se não à formação do profissional que acompanha a criança, mas sim à conduta deste. Uma vez que não se repete com a médica anestesista.

Outro ponto importante nessa categoria temática é o condicionamento da criança:

“[...] daí a dentista dela canta uma musiquinha pra ela. Pra ela é uma amiga. Tem! Ela está melhorando.” EM 08

Os acompanhantes entrevistados atribuem esse condicionamento à conduta de cada profissional envolvido no tratamento de suas crianças, seu carinho, sua responsabilidade e não à sedação em si. O condicionamento foi apontado como uma realidade pelo primeiro grupo, que já percebem uma mudança no comportamento de suas crianças em casa no momento da higiene bucal. E reflete, mais uma vez, na importância da conduta da equipe e de cada profissional individualmente junto à criança.

A possibilidade de condicionamento é uma das vantagens da técnica de sedação relatada ao longo do tempo de sua utilização (BENNETT, 1984).

Por fim, demonstram de onde vem a motivação para superarem toda a ansiedade, angústia e dificuldades – a vontade de concluir o tratamento odontológico de que suas crianças necessitam. É muito compreensível tal expectativa, que vai ao encontro de expectativas do grupo de acompanhantes entrevistados por Lima (2004), bem como ao relato de satisfação vinculado à conclusão do tratamento odontológico do primeiro grupo entrevistado neste trabalho. Lembrando que os três grupos de acompanhantes em questão têm histórias de vida similares, no que se refere a buscas intensas por tratamento odontológico para seus filhos, hora não conseguida por falta de vaga, hora, por dificuldade de comportamento, e ainda relato de algumas histórias “revoltantes”, nas palavras deles, de estabilização protetora.

4.4. PERCEPÇÕES DA EQUIPE PROFISSIONAL

Nas entrevistas os profissionais expressaram uma grande variedade de idéias, que algumas vezes mostraram-se contraditórias. Tais idéias foram categorizadas em três temas: Controle de comportamento, Frustração e Problemas (quadro 8).

4.4.1. Controle de comportamento

Nessa categoria temática foram agrupados todos os núcleos de sentido que se referiam à técnica da sedação como conceito, alternativas, indicação, principais vantagens e limitações.

“Eu acho que a sedação é um recurso a mais na odontopediatria pra crianças ou adultos com dificuldade do controle de comportamento.” EP 07

“O sucesso é esta de diminuição da ansiedade da criança, a gente conseguir um tratamento, o profissional conseguir trabalhar também com qualidade. A mãe também ter um resultado satisfatório do tratamento, da criança sendo condicionada.” EP 07

“[...] seria a realização do tratamento.” EP 10

Quadro 8 – Idéias, núcleos de sentidos e categorias temáticas extraídos das entrevistas dos profissionais do NESO -FO/UFG

IDÉIAS	NÚCLEOS DE SENTIDO	CATEGORIAS TEMÁTICAS
Controle comportamento	Técnica de controle comportamental	CONHECIMENTO
Crianças resistentes, Quando métodos básicos não foram efetivos	Indicação	
Tratamento odontológico - tranquilidade, qualidade, segurança, sem sofrimento	Objetivo	
Amnésia, Condicionamento	Amnésia	
Imprevisibilidade	Imprevisibilidade	FRUSTRAÇÃO
Que o paciente durma	Expectativa da equipe	
Frustração, Insatisfação, Descontentamento	Frustração	
Risco de não usar controle básico	Desvalorização dos métodos básicos	
Risco de emergências cardiovasculares, Estrutura de suporte, Presença do médico, Recursos humanos necessários	Resistência dos profissionais	PROBLEMAS
Falta de conhecimento, Ausência do conteúdo nos currículos, Resistência dos profissionais, Insegurança, Pouco usada	Resistência dos pais	
Custo para os pais (alto, mas é < que AG), Tabu/ mito, Expectativa dos pais	Necessidade de melhorar	
Necessidade de melhorar		

Esses núcleos de sentido foram expressos de forma a retratar os conhecimentos teóricos dos profissionais da equipe NESO e eram concordantes com a extensa literatura acerca do assunto. A sedação foi apontada como um

recurso a mais no atendimento de crianças resistentes ao tratamento odontológico, uma tentativa, mais um recurso no controle de comportamento de crianças resistentes ao tratamento odontológico.

Com relação aos objetivos da técnica o grupo expôs a possibilidade de realizar o tratamento odontológico do qual a criança necessita, com qualidade, segurança e tranquilidade (sem sofrimento) e assim como para os acompanhantes; para os profissionais a expectativa pessoal baseou-se fortemente na realização do tratamento odontológico.

Este relato está em uníssono com as expectativas dos pais, apontadas em um estudo qualitativo de representações sociais sobre sedação para acompanhantes de crianças encaminhadas para sedação (LIMA, 2004; LIMA; COSTA; MEDEIROS, 2005), bem como as inferências dos acompanhantes entrevistados neste estudo.

Assim como a sedação figura como um dos métodos de controle comportamental na odontologia (AAPD, 2007-2008a; AAPD, 2007-2008b), todos os outros métodos – básicos e avançados – de manejo comportamental, apareceram como alternativas à sedação. Todavia, a anestesia geral apresentou maior relevância para esta equipe profissional; o que vai ao encontro das falas dos responsáveis pelas crianças.

“A anestesia geral.” EP 03

O fluxograma de atendimento do NESO pode ter sido responsável pela indicação da anestesia geral como primeira opção de tratamento frente ao insucesso da sedação. Uma vez que o NESO não conta com o apoio de um médico anestesista, o qual seria requerido para realização de sedação profunda, por exemplo. Os pacientes da FO/UFG precisam ser encaminhados para atendimento dentro do âmbito do SUS, restando para o NESO apenas a indicação para realização do atendimento odontológico sob anestesia geral no HC/UFG, onde a equipe odontológica NESO realiza o tratamento.

Tal fato explicitou o quanto as opções para atendimento odontológico a pacientes com dificuldades comportamentais são restritas no âmbito do SUS. Em Goiás, o HGG é a única unidade a oferecer o tratamento odontológico básico sob

anestesia geral, sendo especialmente destinado ao atendimento de pacientes com necessidades especiais (SES, 2007). No HC/UFG a disponibilidade de vagas é restrita, uma vez que, apesar da parceria, a FO ou NESO não têm um horário na planilha do centro cirúrgico.

Até mesmo o tratamento sob sedação, não é englobado pelas políticas Nacional e Estadual de saúde bucal (MS, 2004 b; SES, 2007), dependendo de ações individuais, como a do NESO, que conta apenas com bolsas de fomento de pesquisa. Mesmo com a regulamentação de analgesia pelo CFO (2004), ainda não foi incluído tais procedimentos na tabela do SUS, o que dificulta ainda mais as iniciativas profissionais no sentido de oferecer tais opções a seus pacientes.

Foram apontados, ainda, outros métodos e drogas ainda não utilizadas no NESO:

“A gente poderia trazer a acupuntura pra cá. Eu acho que outros tipos de tratamento poderiam ser possíveis; e outras drogas novas que a gente nunca testou. O propofol.” EP 01

A principal vantagem apontada pelos profissionais foi a amnésia :

“Estas crianças, elas são beneficiadas principalmente, em minha opinião, pela amnésia que causa a sedação.” EP 02

“[...] vai condicionando a criança, só de a gente atender a criança com a sedação.” EP02

A principal vantagem da sedação foi a mesma para acompanhantes e profissionais – a amnésia provocada pela droga. A possibilidade de atingir o condicionamento da criança, facilitando o controle comportamental em sessões seguintes, também foi enaltecida pelos profissionais assim como os acompanhantes. Foi citada ainda a facilidade da técnica, seu baixo custo quando comparado à anestesia geral como vantagens da sedação

Com relação ao condicionamento obtido a partir da sedação, de acordo com a literatura (BENNETT, 1984), é importante ressaltar que a equipe considera o condicionamento decorrente da amnésia, já os acompanhantes vinculam este

condicionamento como consequência da conduta comunicativa e carinhosa da equipe.

Todavia, além da amnésia e do condicionamento, existem muitas outras vantagens da sedação em relação à anestesia geral: manutenção da consciência durante o tratamento, produzir a cooperação do paciente, possibilidade de elevar o limiar de dor do paciente, manutenção dos reflexos protetores intactos, produzir apenas pequena alteração nos sinais vitais do paciente e não requerer um monitoramento contínuo, tal qual a anestesia geral (BENNETT, 1984; AAPD, 2007-2008a). Vantagens que não foram expostas, nem citadas, pelo grupo entrevistado.

A principal desvantagem/limitação apontada foi a imprevisibilidade dos efeitos dos medicamentos administrados:

“A gente não pode afirmar: Vai funcionar ou não vai funcionar.”

EP 08

A imprevisibilidade de resultados da técnica, inerente de suas características, foi a maior limitação encontrada pelos profissionais, que citaram também a possibilidade do efeito paradoxal. Como já foi explicitado no referencial conceitual, o paciente permanece responsivo a estímulos verbais e táteis (SDCEP, 2006), sendo inúmeros em uma sessão de atendimento odontológico, a criança reage a todos eles, cada qual a seu modo individual. A possibilidade de ocorrência de efeito paradoxal, o qual não pode ser previsto, depende da individualidade de cada paciente e ocorre em índices com grande amplitude de variabilidade (LITCHFIELD, 1980; MASSANARI; NOVITSKY; REINSTEIN, 1997; PEÑA; KRAUSS, 1999).

4.4.2. Frustração

Além da fala teórica os profissionais falaram de suas emoções:

“[...] mas a gente fica com aquela coisa de que a criança vai tomar a medicação, vai dormir, vai apagar, não vai chorar.” EP

05

“Eu pensava que era uma coisa e tenho visto outra.” EP 10

“Não funcionar.” EP 05

“A mãe chorando, paciente chorando. Mesmo assim, apesar de ter sido sedado. Mesmo assim estar daquele jeito... Às vezes eu me sinto frustrada.” EP 06

A apresentação teórica dos conceitos, objetivos está mesclada com expectativas pessoais para o uso de sedativos, mesmo tendo relatado tecnicamente algo coerente com a técnica que se propõe, a equipe entrevistada deseja que os pacientes durmam, quando submetidos a sedação. A equipe NESO apresenta essa expectativa para a técnica aplicada, apesar de este não ser o objetivo teórico e conceitual apresentados pelos mesmos profissionais, em concordância com a AAPD. Ao mesmo tempo os profissionais da equipe NESO/UFG desejavam que as crianças dormissem, sabiam que esse não é o objetivo da técnica de sedação, deixando aparente o conflito entre conhecimento técnico e emocional vivenciado pela equipe.

Até mesmo os acompanhantes, não tinham a expectativa de que seus filhos dormissem, esperavam, sim, a realização do tratamento odontológico. O sono apareceu como algo complementar, que possibilitasse o tratamento odontológico (LIMA; COSTA; MEDEIROS, 2005).

O grupo foi categórico ao afirmar que a sedação não funciona, sendo esta o principal e categórico ponto negativo da técnica. Diante desta constatação a equipe se sente frustrada. O sentimento de frustração advém da percepção da equipe de que a sedação não funciona, mas isso baseado em suas expectativas, que foram superiores àquelas possibilidades oferecidas pela técnica.

O sentimento de frustração e insatisfação, não foi generalizado, mas foi marcante permeando as atividades do NESO/UFG em 2006, talvez sendo o responsável pela visão pessimista que o grupo apresentou em relação à sedação. Profissionais que realizavam sedação em seus consultórios mostraram-se relativamente mais confortáveis diante das limitações da técnica, não relatando nenhum sentimento de insatisfação, nem frustração. Todavia, nenhum sentimento positivo foi expresso pelos profissionais entrevistados.

A equipe NESO apresentou conflitos ou divergências entre o que responderam racional e tecnicamente e quando falaram emocionalmente. Tal fato apontou que os significados estão em construção para este grupo, assim como para o grupo de pais entrevistados em 2003 por Lima (2004). O processo de edificação dos significados é dinâmico e está em constante transformação a partir de experiências vividas pelo grupo. Com relação à Sedação na Odontologia, pode-se dizer que é um tema recente e cada vez mais estudado no Brasil, ainda pouco vivenciado por muitos profissionais de odontologia brasileiros.

No entanto, os acompanhantes apresentaram uma visão mais positiva sobre a técnica que os próprios profissionais, isto vai ao encontro dos achados de Foley (2005), que concluiu, com seu estudo, que os dentistas percebem a analgesia com óxido nitroso com menos entusiasmo que os pacientes e seus cuidadores.

Ao depositarem expectativas irreais, existe o risco de que cirurgiões-dentistas deixem de lado os métodos básicos de controle de comportamento em prol da sedação, imaginando-a como uma receita mágica para qualquer paciente com dificuldades comportamentais.

“Eu acho que um dos grandes riscos que a gente tem com a sedação é o profissional abrir mão desta parte do odontopediatra de trabalhar bem o emocional da criança, de fazer todo o caminho, de controle de comportamento. E achar que isto é uma solução mágica, viável. Quer dizer, a criança chorou, então não se tem o trabalho nem de dialogar, de tentar manter o contato com criança, de criar um vínculo com a criança e já encaminha logo para a sedação.” EP 05

Tal reflexão é extremamente importante, devido ao fato de que a conduta da equipe com a criança e com os acompanhantes; a interação entre as partes foi relevante tanto na aceitação da técnica, como na satisfação com relação à mesma de acordo com os acompanhantes entrevistados no decorrer da realização deste trabalho.

Não foi possível entender, sem uma pesquisa mais aprofundada, os porquês culturais e/ou profissionais que levaram os dentistas brasileiros e norte

americanos aos extremos da situação, enquanto acompanhantes parecem seguir uma mesma tendência de aceitação dos diferentes métodos de comportamento.

4.4.3. Problema

Nessa categoria temática agruparam-se todos os fatores citados como obstáculos na utilização da técnica de sedação pelos profissionais em seus consultórios e por outros profissionais brasileiros: custo para o dentista, resistência dos pais, resistência dos profissionais (Quadro 8).

“Muito pouco utilizada [...] Eu acho que a falta de informação mesmo dos profissionais, a formação técnica dos profissionais, segurança pra trabalhar, falta de conhecimento da técnica, pouco de falta de divulgação e até mesmo interesse das pessoas em lerem sobre o assunto” EP 05

“[...] de não ter um suporte na hora que eu puder dar sequência até de pessoal, material e coisas que são de resgate do pronto socorro de pediatria.” EP01

“[...] porque exige também uma estrutura montada né, toda uma equipe de suporte [...]” EP 05

“Eu acho que a sedação endovenosa [...] tem muito mais emprego, mas com anestesista.” EP02

“[...] mas não tem utilidade pro dentista sozinho, por falta de conhecimento dele mesmo.” EP 02.

“Em alguns casos até as mães trazem um pedido do odontopediatra pra que eu faça uma carta liberando o paciente para a sedação e querem saber qual droga pode usar e qual dose.” EP 01

“Agora era interessante é que a dosagem quem passava pra mim era um médico, era o pediatra que passava para meu paciente.” EP 03

A sedação foi apontada como uma técnica incipiente no contexto brasileiro. Os profissionais entrevistados relataram que a classe odontológica não acredita na técnica. Eles próprios não usariam sedação em seus consultórios sem a presença do médico. Uma vez, na presença do médico, optariam pela técnica de sedação profunda. O custo para os profissionais esteve vinculado à necessidade estrutural e de recursos humanos para a prática segura da sedação. A equipe destacou a ausência de um sistema de emergência integrado ao sítio de trabalho do NESO para que trabalhassem mais tranquilos e que isso seria inviável nos consultórios.

Os profissionais demonstraram, tanto no NESO, como fora, uma dependência do médico. Os acompanhantes demonstram um forte vínculo de confiança junto à equipe e aos procedimentos propostos e desenvolvidos por ela. A própria equipe, não se mostrou, na entrevista, segura de tais procedimentos. Tanto os acompanhantes como os membros da equipe demonstram confiança e segurança na pessoa e presença do médico durante as sessões. Aqui, vale a ressalva feita anteriormente, que para os acompanhantes esse vínculo de confiança e segurança independe da formação do profissional e sim de sua conduta. Já para a equipe de profissionais, a presença do médico foi o fator que conferia segurança e confiança para o desenvolvimento das atividades, e sem este profissional, a maioria dos profissionais não realizaria sedação em seus consultórios.

A equipe apontou, ainda, possíveis causas para esse descrédito e pouca utilização da sedação, como, por exemplo, a falta de conhecimento e interesse dos profissionais de odontologia, bem como a ausência deste conteúdo nos currículos de graduação, gerando insegurança por falta de conhecimento.

Com relação à não utilização da técnica em seus consultórios, tal fato vai ao encontro de trabalho de Costa et al. (2004), que apresenta o cenário brasileiro, onde apenas 15% dos cirurgiões-dentistas entrevistados já haviam realizado sedação em seus consultórios.

Uma justificativa apresentada para o uso tão incipiente da técnica é a resistência dos pais:

“Uma coisa que eu percebi é em relação aos pais, a preocupação maior é em relação ao custo.” EP03

Os profissionais apontaram resistência dos pais como um problema potencial da aplicação da sedação na odontopediatria, sugerindo como problemas potenciais o custo a ser repassado para os pais, o tabu do risco envolvido neste procedimento técnico e ainda que as expectativas não fossem contempladas pela técnica de sedação. Excetuando-se a questão econômica, a afirmação de resistência dos pais não foi confirmada pelos acompanhantes entrevistados neste trabalho. Acompanhantes de consultórios poderiam apresentar expectativas diferentes, devido às diferenças nas experiências de vida.

A imagem negativa da técnica, as expectativas superiores ou inferiores às possibilidades da técnica, talvez tenham gerado a resistência dos responsáveis apontada por esta equipe como um problema da sedação. Um profissional desmotivado, que não acredita na técnica que se propõe a usar não conseguirá motivar os pais de forma adequada. Da mesma forma, um profissional que tem expectativas superiores às possibilidades reais não poderá ajudar os pais nesse processo. Segundo Lima; Costa; Medeiros (2005) acompanhantes de crianças encaminhadas para sedação apresentam expectativas maiores quanto à técnica, e caberia aos profissionais orientar estes acompanhantes clareando as reais possibilidades do medicamento e minimizando a insatisfação e frustração após a realização do procedimento.

O sinal de otimismo apareceu discretamente na sugestão de que o cenário precisa mudar:

“Eu acredito que este cenário tende a melhorar, a se ampliar, a expandir, a medida que forem aumentando os conhecimentos, gerando novos conhecimentos [...] acredito que pro futuro isso provavelmente vai melhorar, a tendência é melhorar, é integrar mais.” EP08

As falas do grupo apontaram a ausência da interação, sendo que, individualmente, se prenderam aos aspectos negativos, dificuldades e problemas, não interagindo e trocando suas experiências. Houve uma influência forte das

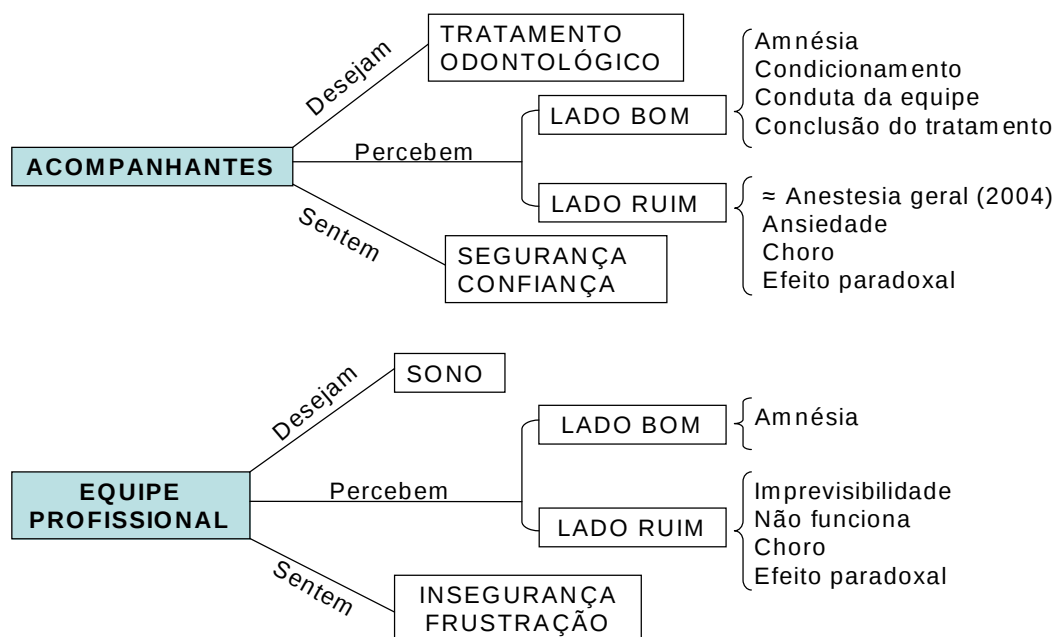
experiências vividas por cada um, em seu mundo, seu equipo, as quais acabaram dominando as percepções do grupo NESO/UFG do ano de 2006.

Observou-se uma relação íntima entre as percepções dos acompanhantes neste e em estudos anteriores (LIMA, 2004; LIMA; COSTA; MEDEIROS, 2005), bem como entre as percepções e expectativas dos acompanhantes e aquelas apresentadas pelos profissionais da equipe NESO; no primeiro caso a relação foi de paralelismo e no segundo houveram divergências e convergências. A relação entre os núcleos de sentidos extraídos das falas dos acompanhantes e dos profissionais está esquematizada na Figura 1.

Os acompanhantes apresentaram uma boa aceitação para a sedação, apesar de suas limitações, e uma visão positiva para a anestesia geral. A receptividade à técnica de anestesia geral vai de encontro ao medo presente no imaginário social de medo da anestesia geral (SALIMENA; CADETE, 2003), conceito já relacionado com a sedação odontopediátrica por um grupo de acompanhantes de crianças submetidas ao tratamento odontológico sob sedação, entrevistados em 2003 por Lima (2004). Os acompanhantes, com histórias de longas buscas pelo tratamento odontológico de suas crianças, não têm a certeza de que este tratamento será concluído. Confirmou-se o pressuposto de que os acompanhantes desejam tanto a conclusão do tratamento odontológico de seus filhos que não se importam com qual técnica de manejo comportamental seja usado. Percebeu-se uma evolução no pensamento crítico dos grupos entrevistados, que acompanha mudanças advindas de experiências individuais e coletivas, as quais são uma constante na vida do ser humano. Ser humano que tem a mais notável capacidade de se adaptar.

Por outro lado, os profissionais do NESO têm atitude profissional e comportamento ético de acordo com o que a literatura mundial preconiza sobre estabilização protetora e sedação, não obstante tais comportamentos foram explicitamente aprovados pelos acompanhantes entrevistados nos dois grupos anteriores. Fato que leva esta discussão ao encontro dos relatos dos acompanhantes de que a estabilização protetora, com esta equipe, não gerou desconforto e estresse para os acompanhantes.

Figura 1 – Percepção sobre sedação segundo acompanhantes de crianças pré-escolares e profissionais envolvidos no atendimento odontológico sob sedação



Mas o fato que causou maior estranheza foi a fala dos profissionais de saúde quanto a percepção da sedação apresentada de forma tão divergente quando comparada à percepção do grupo de acompanhantes cujas crianças foram atendidas por esta equipe. A equipe profissional, ao contrário dos acompanhantes, tem a certeza da realização do tratamento odontológico, o que está em questão é a técnica da sedação.

Para elucidar esta questão deve-se aprofundar no substrato sócio-cultural e nos valores, pois estes condicionam as expectativas da população sobre “saúde” e “bom atendimento” (CALDERÓN, 2002).

Os conceitos de saúde evoluíram historicamente nas diferentes culturas (BARATA, 1990; GUTIERREZ, OBERDIEK, 2001), tal evolução é resultado dos conhecimentos, dos valores e das experiências de cada povo. O tratamento das doenças, ou melhor, os cuidados à saúde acompanharam esta evolução histórica (BARATA, 1990; GUTIERREZ, OBERDIEK, 2001), apresentando uma relação de interdependência com os mesmos fatores que influenciaram nos conceitos de saúde.

O processo saúde-doença é integral e dinâmico (SEGRE; FERRAZ, 2002), as concepções de saúde e doença estão relacionadas às raízes das pessoas, sendo influenciadas por suas experiências e culturas (MINAYO, 1996). Tal reflexão pode ajudar na compreensão de percepções tão distintas de profissionais e acompanhantes sobre a sedação; uma vez que as experiências vivenciadas pelos dois grupos de acompanhantes, e por aquele de profissionais são totalmente diferentes.

Os acompanhantes vinham de uma longa jornada em busca do tratamento odontológico, dificuldade para ter vagas no serviço público, dificuldade comportamental de suas crianças levando a não realização do tratamento quando a vaga era alcançada. Somando-se a este fato, estes acompanhantes passaram pela difícil experiência de ver suas crianças sendo “amarradas”, atendidas “na marra”. Ao serem atendidas pela equipe do NESO, com total profissionalismo, critério, ética, atenção e carinho; e terem o tratamento odontológico de suas crianças concluído, tem uma visão positiva da técnica de controle comportamental, independente de qual foi a proposta desta equipe (sedação, sedação + estabilização protetora ou anestesia geral).

É ponto fatídico que a agilidade, segurança e perícia do cirurgião -dentista são fatores que melhoram o conforto do paciente, diminuem a ansiedade refletindo positivamente na imagem formulada pelo paciente sobre dentista (LIMA; OLIVEIRA, 2007). No presente trabalho, pode-se inferir que o comportamento da equipe influenciou, também, nos significados e percepções dos acompanhantes sobre a técnica empregada.

De acordo com o grupo de pais entrevistado em 2003, neste mesmo serviço, a principal expectativa na sedação era o tratamento odontológico. Eliminar a dor, restabelecer não só a estética, mas o SO RRISSO, de seus filhos. Os dois grupos de acompanhantes demonstraram forte vínculo de confiança com a equipe, o que repercute positivamente nas propostas de tratamento apresentadas.

Os profissionais, por sua vez, têm total domínio teórico e prático das técnicas utilizadas e outras não disponíveis ao NESO, têm imbuídos em si a grande responsabilidade do cuidado à saúde, os princípios bioéticos de não-maleficência e justiça. De posse do conhecimento de outras alternativas que pudessem oferecer um

tratamento mais tranquilo para criança, acompanhantes e para si próprios, acabaram por se frustrar e repudiar a técnica da sedação consciente. Sem amadurecer o pensamento que para seus pacientes, tais técnicas não estavam disponíveis. A anestesia geral, favorita apontada como alternativa à sedação consciente carece de vagas para que seja realizada no serviço público. Em Goiânia, apenas HGG e HC/UFG dispõem de tal serviço, sendo que no primeiro destina-se ao atendimento, quase exclusivo, de pacientes portadores de necessidades especiais. No segundo, a possibilidade para marcação de horários, disputa com praticamente todas as especialidades cirúrgicas da Faculdade de Medicina. Outra opção apontada é a sedação profunda, realizada com parceria de uma equipe de anestesiologia, para esta os custos são ainda mais altos devido a estrutura física ambulatorial necessária, e não existe nenhum serviço público que disponha de tal alternativa no estado de Goiás, quiçá no Brasil. Pode-se inferir que a fala da equipe esteja mais vinculada ao modelo hipocrático de cuidado à saúde, a um desejo de oferecer um tratamento de excelência clínica a todos os pacientes; trazendo para si a responsabilidade de preencher uma lacuna deixada pelas políticas de saúde pública, no atendimento à saúde bucal de crianças.

Consegue-se, neste ponto, fechar o ciclo de percepções e significados apontados neste trabalho, uma vez que ao discutir a questão de oferta de serviços odontológicos sob anestesia geral leva a discussão de volta à aceitação dos acompanhantes a este método, já considerada anteriormente.

5. Considerações Finais

Os acompanhantes entrevistados mostraram -se satisfeitos com a técnica de sedação, apesar de suas limitações e apesar de sofrerem com o choro de seus filhos durante as sessões de atendimento.

O grupo de acompanhantes entrevistado na segunda etapa considerou a estabilização protetora inaceitável, com a ressalva de que não se pode afirmar que a mesma tenha sido realizada de acordo com os guias de controle comportamental (AAPD, 2007-2008a). A sedação foi percebida de forma muito realista pelos acompanhantes que apontaram com propriedade os pontos positivos (amnésia, tranquilidade, conduta da equipe, condicionamento) e os negativos (efeito paradoxal, a criança continuar resistente). Por sua vez, a anestesia geral, foi enaltecida por aqueles acompanhantes cujas crianças já haviam sido submetidas ao tratamento odontológico sob anestesia geral; e vista como uma boa alternativa pelos demais.

Por outro lado, os profissionais expressaram uma visão pessimista da técnica de sedação. Apesar de mostrarem conhecimento sobre as vantagens e limitações da sedação em odontopediatria, eles sentiram -se frustrados com a persistência da resistência da criança sedada.

Com o presente trabalho, refutou-se o pressuposto de insatisfação dos acompanhantes com relação a sedação, devido a manutenção de responsabilidade das crianças – choro e movimento. Comprovou-se o segundo pressuposto de que o grupo de acompanhantes de crianças resistentes ao tratamento odontológico entrevistado deseja a conclusão deste, não sendo relevante qual o método de controle comportamental empregado pela equipe profissional. Com a ressalva que tais métodos sejam empregados com responsabilidade e ética profissional; dentro dos limites de cada técnica. A restrição à anestesia geral, prevista com base no estudo qualitativo de 2004 (LIMA, 2004), não foi comprovada. Revelando a

continuidade do processo de edificação de significados; onde a experiência positiva com métodos farmacológicos (sedação e anestesia geral) e o forte vínculo com a equipe profissional responsável contribuíram para percepções positivas.

O terceiro pressuposto, de que os profissionais teriam uma percepção mais realista e coerente com os conceitos da sedação de que os acompanhantes, não foi comprovado. Os profissionais demonstraram um forte envolvimento emocional e construíram uma expectativa pessoal desvinculada do conhecimento teórico o que culminou com um grande sentimento de frustração do grupo. Fechados, cada qual em seu equipo, não assimilaram as experiências dos demais integrantes da equipe. Surpreendeu o fato de ausência de paralelismo entre as percepções dos acompanhantes e profissionais. Apesar de a equipe lidar com as expectativas dos acompanhantes e tê-los preparado para o choro, não se prepararam, emocionalmente, para as limitações da sedação.

Nós, odontopediatras, temos que nos enxergar como um dos atores na produção: da saúde, da qualidade de vida, do bem estar, da felicidade e do SORRISO das nossas crianças, e tudo isto não advém apenas da boca. Na verdade, somos todos; pais, pacientes e profissionais coadjuvantes e parceiros nessa busca.

6. Referências³

- ACS, G. et al. Perceived outcomes and parental satisfaction following dental rehabilitation under general anesthesia . **Pediatric Dentistry**, v.23, p.419-423, 2001.
- ALLEN, K.D.; HODGES, E.D.; KNUDSEN, S.K. Comparing four methods to inform parents about child behavior management: how to inform for consent. **Pediatric Dentistry**, v.17, p.180-186, 1995.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Clinical guideline on the elective use of minimal, moderate, and deep sedation and general anesthesia for pediatric dental patients. **Pediatric Dentistry**, v.27, n.7, p.110-118, 2005-2006.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Clinical guideline on behavior management. **Pediatric Dentistry**, Reference Manual, v.29, n.7. p. 96-105, 2007-2008.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY (AAPD). Guidelines on use of anesthesia personnel in administration of office -based deep sedation / general to the pediatric dental patients. **Pediatric Dentistry**, Reference Manual. v.29, n.7, p.152-154, 2007-2008.
- AMIN, M.S. **Understanding change in parental dental health behaviours following general anesthetic dental treatment** . 2007. 324p. Tese (Doutorado em Psicologia) - University of British Columbia. 2007.

³ Referências apresentadas de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

- ARCARI, S.; FERRO, R. Preschool children and relative analgesia: satisfaction grading through a verbal questionnaire. **European Journal Paediatric Dentistry**, v.9, p. 18-22, 2008.

- BARATA, R.C.B. **Historicidade do conceito de causa**. Textos de apoio - epidemiologia 1. Rio de Janeiro: SDE/ENSP – Abrasco, 1990.

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1979.

- BENNETT, C.R. Conscious sedation: an alternative to general anesthesia. **Journal of Dental Research**, v. 63, n.6, p. 832-833, 1984.

- BRENNAN, F.; GORDON, N.; ZIMMERMAN, S. Family attitudes on restraint removal. **The Gerontologist**, v.31, n.11, p. 32, 1991.

- CALDERÓN C. Criterios de calidad en la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. **Revista Espanhola de Salude Publica** 2002; 76: 473-482.

- CONNICK, C.; PALAT, M.; PUGLIESE, S. The appropriate use of physical restraint: Considerations. **ASCS Journal of Dentistry for Children**, v. 67, p. 256-262, 2000.

- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA (CFO). Resolução 51. Rio de Janeiro, 2004.

- COSTA, L.R.R.S.; et al. Perceptions of dentists, dentistry undergraduate students, and the lay public about dental sedation. **Journal Applied Oral Science**, v.12, n.3, p.182-188, 2004.

- COYLE, T.T.; et al. Office-based ambulatory anesthesia: Factors that influence patient satisfaction or dissatisfaction with deep sedation/general anesthesia. **Journal of Oral Maxillofacial Surgery**, v.63, p. 163-172, 2005.

- CROCK, C.; et al. General anaesthesia or conscious sedation for painful procedures in childhood cancer: the family's perspective. **Archives Disease Children**, v. 88, n. 3, p. 253-257, 2003.

- DEZAN, C.C.; et al. O uso da sedação com hidrato de cloral na odontologia para bebês. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.51, n.4, p.8-11, 1994.

- EATON, J.J.; et al. Attitudes of contemporary parentes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. **Pediatric Dentistry**, v.27, n.2, p.107-113, 2005.

- ELBADRAY, H.E.; RIEKMAN, G.A. A survey of parental attitudes toward sedation of their child. **Pediatric Dentistry**, v.8, p.206-208, 1986.

- FIELDS, H.W.; MACHEN, J.B.; MURPHY, M.G. Acceptability of various behavior management techniques relative to types of dental treatment. **Pediatric Dentistry**, v.6, p. 199-203, 1984.

- FOLEY, J. Nitrous oxide inhalation sedation: what do patients, carers and dentists think about it? **European Journal Paediatric Dentistry**, v.6, n.1, p. 23-29, 2005.

- FRANKEL, R.I. The Papoose Board and mothers' attitudes following its use. **Pediatric Dentistry**, v. 13, p. 284-288, 1991.

- FRAONE, G.; et al. The effect of orally administered midazolam on children of three age groups during restorative dental care. **Pediatric Dentistry**, v.21, n.4, p. 235-241, 1999.

- FREIRE, M.C.M.; MELO, R.B.; SILVA, S. A. Dental caries prevalence in relation to socioeconomic status of nursery school children in Goiânia -GO, Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.24, p. 357-61, 1996

- FUKUTA, O.; BRAHAM, R.L.; YANASE, H. Intranasal administration of midazolam: pharmacokinetic and pharmacodynamic properties and sedative potential. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, v.64, n.1, p.89-98, 1997.

- GUTIERREZ, P.R.; OBERDIECK, H. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JUNIOR, L. **Bases da saúde coletiva**. Londrina/Rio de Janeiro: UEL/ABRASCO, 2001; 01 -26.

- HARDIN, S.B.; MAGEE, R.; VINSON, M.H.; OWEN, M.; HYATT, E.; STRATMANN, D. Patient and family perceptions of restraints. **Journal of Holistic Nursing**, v.11, n.4, p. 383–397, 1993.

- HENDEL, T.; FRADKIN, M.; KIDRON, D. Physical restraint use in health care settings: Public attitudes in Israel, **Journal of Gerontological Nursing**, v.30, n.2, p. 12–19, 2004.

- HOUP, M.I.; et al. Comparison of chloral hydrate with and without promethazine in the sedation of young children. **Pediatric Dentistry**, v.7, n.1, p.41-46, 1985.

- HOUP, M. Report of project USAP: the use of sedative agents in pediatric dentistry. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, v. 56, n.4, p.302-309, 1989.

- HOUP, M. Project USAP 2000--use of sedative agents by pediatric dentists: a 15-year follow-up survey. **Pediatric Dentistry**,v.24, n.4,p. 289-294, 2002

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Levantamento de saúde bucal. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/estatistica/popula...rabalhoerendimento/pnad98/saude/sb11.shtm>. [2000 nov 07].

- KAIN, Z.N.; et al. Postoperative behavioral outcomes in children. Effects of sedative premedication. **Anesthesiology**, v.90, p.758-65, 1999.

- KEENAN, R.L.; BOYAN, C.P. Cardiac arrest due to anesthesia: A study of incidence and causes. **JAMA**, v. 253, p. 2373–2377, 1985.

- KUPIETZKY, A. Strap him down or knock him out: Is conscious sedation with restraint an alternative to general anaesthesia? **British Dental Journal**, v.196, p.133-138, 2004.

- KUPIETZKY, A.; RAM, D. Effects of a positive verbal presentation on parental acceptance of passive medical stabilization for the dental treatment of young children. **Pediatric Dentistry**, v.27, n.5, p. 380-384, 2005.

- KUPIETZKY, A. Effects of video information on parental preoperative anxiety level and their perception of conscious sedation vs. general anesthesia for the dental treatment of their young child. **The Journal of Pediatric Dentistry**, v. 32, n.2, p.90 – 92, 2006.

- LAI, C.K.Y.; WONG, I.YC . Families' perspectives on the use of physical restraints. **Contemporary Nurse**, v.27, p.177–184, 2008.

- LAW, C.S.; BLAIN S. Approaching the pediatric dental patient: a review of non pharmacologic behavior management strategies. **Journal of California Dental Association**, v.31, n.9, p. 703-713, 2003.

- LAW, M.; STEWART, D.; LETTS, L. BOSCH, J.; WESTMORLAND, M. Guidelines for critical review form – qualitative studies. Waterloo, Ontario: University of Waterloo.

- LAWRENCE, S.M.; et al. Parental attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. **Pediatric Dentistry**, v.13, p.151-155, 1991.

- LEELATAWEEWUD, P.; et al. The physiological effects of supplemental oxygen versus nitrous oxide/oxygen during conscious sedation of pediatric dental patients. **Pediatric Dentistry**, v.22, n.2, p.125-133, 2000.

- LEGAULT, J.; DINER, M.; AUGER, R. Dental treatment of children in a general anaesthesia clinic: review of 300 cases. **Journal of the Canadian Dental Association**, v.6, p. 221-224, 1972.

- LIMA, A.R.A. **Representações sociais sobre sedação por acompanhantes de crianças encaminhadas para atendimento odontológico sob sedação** . 2004. 78p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, 2004.

- LIMA, A.R.A.; COSTA, L.R.R.S.; COSTA P.S.S. A randomized, controlled, crossover trial of oral midazolam and hidroxyzine for pediatric dental sedation. **Brazilian Oral Research**, v.17, n.3, p. 206-211, 2003.

- LIMA, A.R.A.; COSTA, L.R.R.S.; MEDEIROS, M. Pesquisa qualitativa na odontologia brasileira. **Arquivos em Odontologia**, v.39, n.3, p.213-221, 2003.

- LIMA, A.R.A.; COSTA, L.R.R.S.; MEDEIROS, M. Lidando com mitos: necessidade de educação da coletividade quanto a práticas anestésicas em odontologia. **Arquivos em Odontologia**, v. 41, n.1, p. 51-64, 2005.

- LIMA, A.R.A.; FRANÇA, C.M.J.; D'ALMEIDA P.V.B. Devo ou não realizar a sedação? Análise legal, econômica, bioética e baseada na promoção de saúde. In. Costa LRRS, Costa PSS, Lima ARA, Rezende GPSR. **Sedação em odontologia – Desmitificando sua prática**. São Paulo: Editora Artes Médicas 2007, 27-42.

- LIMA, A.R.A.; KAJITA M.; COSTA, L.R.R.S.; Necessidade de restrição física em sedação moderada em odontopediatria. **JBP Revista Ibero-americana de Odontologia e Odontologia do bebê**, v.8, n.43, p.225-229, 2005.

- LIMA, A.R.A.L.; OLIVEIRA, V.J. Resistência ao tratamento odontológico: mitos e percepções. In. COSTA, L.R.R.S.; COSTA, P.S.S.; LIMA, A.R.A.; REZENDE, G.P.S.R. **Sedação em odontologia – Desmitificando sua prática**. São Paulo: Editora Artes Médicas 2007, 3 -12.

- LITCHFIELD, B.N. Complications of intravenous diazepam – adverse psychological reactions (an assessment of 16.000 cases). **Anesthesia Progress**, v. 28, p. 175-183, 1980.

- LITMAN, R.S.; KOTTRA, J.A.; VERGA, K.A.; BERKOWITZ, R.J.; WARD, D.S. **Anesthesia and Analgesia**, v.86, n.4, p.724-8, Apr. 1998.

- LOCHARY, M.E.; et al. Temperament as a predictor of behavior for conscious sedation in dentistry. **Pediatric Dentistry**, v.15, p.348-352, 1993.

- MALAMED, S.F. **Sedation: a guide to patient management** . 3rd. St Louis: Mosby, 1995.

- MALVIN, E.; RING, M.E.J. **História da Odontologia**. São Paulo: Editora Manole, 2004.

- MANTZOURANI, M. Conscious sedation for children: a pilot study exploring dentists` attitudes, thoughts and beliefs. **SAAD Digest**, v.23, p.10-17, 2007.

- MASSANARI, M.; NOVITSKY, J.; REINSTEIN, L.J. Paradoxical reactions in children associated with midazolam use during endoscopy. **Clinical Pediatric**, v.36, p. 681-684, 1997.

- MOHAMED TAHIR, M.A.; MASON, C.; HIND, V. Informed consent: optimism versus reality. **British Dental Journal**, v.193, p. 181-184, 2002.

- MOURA, L. C. L. **A Utilização da sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio (N2O/O2) em odontologia - aspectos legais**.2005. [s.n.] Dissertação (Mestrado em Odontologia). 2005.

- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** . 2ª ed São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1996.

- MINAYO, M.C.S.; et al. **Pesquisa social – teoria, método e criatividade** . 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80p.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) . **Condições da saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília: Editora MS, 2004.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) . **Diretrizes da política nacional de saúde bucal** . Brasília: Editora MS, 2004.

- MURPHY, M.G.; FIELDS, H.W.; MACHEN, J.B. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. **Pediatric Dentistry**, v. 6, p.193-198, 1984.

- NATHAN, J.E. Managing behavior of precooperative children. **Dental Care for the Preschool Child**, v.39, n.4, p.789-815, 1995.

- NATHAN, J.E. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. **ASDC Journal of Dentistry for Children**, v. 63, n.2, p. 89-101, 2001.

- NATHAN, J.E. Oral midazolam with and without meperidine for management of the difficult young pediatric dental patient: a retrospective study. **Pediatric Dentistry**, v. 24, n.2, p. 129-138, 2002.

- NEEDLEMAN, H.L.; JOSHI, A.; GRIFFITH, D.G. Conscious sedation of pediatric dental patients using chloral hydrate, hydroxyzine, and nitrous oxide. **Pediatric Dentistry**, v.17, n.7, p.424-431, 1995.

- NEWBERN, V.B.; LINDSEY, I.H. Attitudes of wives toward having their elderly husbands restrained. **Geriatric Nursing**, v.15, n.3, p.135-138, 1994.

- NEWTON, J.T.; NAIDU, R.; STURMEY, P. The acceptability of the use of sedation in the management of dental anxiety in children: views of dental students. **European Journal of Dentistry Education**, v.7, p.72-76, 2003.

- OLIVEIRA, V.J.; et al. Mothers' perceptions of children's refusal to undergo dental treatment: an exploratory qualitative study. **European Journal of Oral Sciences**, v.114, p.471 - 477, 2006.

- PAULA, R.P.L. Sedação inalatória com óxido nitroso e oxigênio: prática e opiniões de cirurgiões-dentistas brasileiros habilitados. 2007. 82p. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Goiás, 2004.

- PEÑA, B.M.; KRAUSS, B. Adverse events of procedural sedation and analgesia in a pediatric emergency department. **Annals Emergency Medical**, v. 34, p.483-491, 1999.

- PERETZ, B.; ZADIK, D. Parents' attitudes toward behavior management techniques during dental treatment. **Pediatric Dentistry**, v.21, p. 201-204, 1999.

- PETERSEN, S.G. História da sedação consciente com oxigênio e óxido nitroso no Brasil. **J Assoc Paul Cir Dent**. v.5, p. 36, 2002.

- ROSA, J.R.F. Sedação consciente por óxido nitroso/oxigênio uma realidade na odontologia brasileira? **J Assoc Paul Cir Dent**. v.2, p. 12-18, 2002.

- ROSENTHAL, E. História da odontologia no Brasil. **Jornal APCD**, n.5, outubro/1995

- SALIMENA, A.M.O.; CADETE, M.M.M. O medo como ameaça de perda: o vivido pela mãe diante da cirurgia do filho. **Revista Técnico-Científica de Enfermagem**, v.1, p. 135-138, 2003.

- SAVANHEIMO, N.; et al. Reasons for and parental satisfaction with children's dental care under general anesthesia. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 15, p. 448-454, 2005.

- SCOTTISH DENTAL CLINICAL EFFECTIVENESS PROGRAMME (SDCEP). Conscious sedation in dentistry. **Dental Clinical Guidance**. Scotland, SDCEP; 2006.

- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE -GOIÁS (SES/GO). **Política estadual de saúde bucal**. Goiânia, 2007.

- SEGRE M, FERRAZ FC. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Publica** 1997; 5: 534-42.

- SGARBOSSA, M.; GIOVANNINI, L. **Um Santo Para Cada Dia**. 6 ed. São Paulo: Edições Paulus; 1997.

- VARGAS, K.G.; NATHAN, J.E.; QIAN, F.; KUPIETZKY, A. use of restraint and management style as parameters for defining sedation success: a survey of pediatric dentists. **Pediatric Dentistry**. V.29, p.220-227, 2007.

- VELOSA, J.F.; RIDDLE, M.A. Pharmacologic treatment of anxiety disorders in children and adolescent. **Children Adolescent Psychiatry Clinical North America**, v. 9, n.1, p. 119-134, 2000.
- WILSON, S.; ANTALIS, D.; MCTIGUE, D.J. Group effect on parental rating of acceptability of behavior management techniques used in dentistry. **Pediatric Dentistry**, v.13, p.200-203, 1991.
- WILSON S.; et al. A retrospective study of chloral hydrate, meperidine, hydroxyzine, and midazolam regimens used to sedate children for dental care. **Pediatric Dentistry**, v.22, n.2, p.107-112, 2000.
- WHITE, H.; LEE, J.Y.; YANN, W.F. Parental evaluation of quality of life measures following pediatric dental treatment using general anesthesia. **Anesthesia Program**, v.50, n.3, p. 105-110, 2003.



7. Anexos

- 7.1. Anexo 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética protocolo 17/2003
- 7.2. Anexo 2 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética protocolo 45/2006
- 7.3. Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (referente à primeira entrevista conduzida com os acompanhantes)
- 7.4. Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (referente à segunda entrevista conduzida com os acompanhantes)
- 7.5. Anexo 5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (referente à entrevista conduzida com os profissionais da equipe NESO)
- 7.6. Anexo 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para sedação em consultório odontológico.

7.1. Anexo 1



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Goiânia, 12 de Março de 2003

OF. Nº 17/2003 - PRPPG/COEP-UFG.

Prezada Senhora,

Informamos que o protocolo de pesquisa 003/2003 "Representação social de sedação para acompanhantes de crianças sedadas para atendimento odontológico" foi analisado pelo Comitê de Ética da UFG, recebendo parecer "Aprovado". Segue anexo o parecer consubstanciado.

Lembramos que deve ser enviado relatório anual das atividades conforme modelo fornecido na página eletrônica do Comitê (in: <http://www.prppg.ufg.br>).

Sem mais para o momento, reiteramos protestos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Maria Márcia Bachion
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UFG

Ilma.Srª Alessandra R. de Almeida Lima
Aos cuidados da Profª. Luciane Sucasas da Costa
Faculdade de Odontologia

Comitê de Ética em Pesquisa
Campus Samambaia - PRPPG
Telefone: 521 10 76 E-mail coep@prppg.ufg.br

7.2. Anexo 2



PROTÓCOLO Nº
045/2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

I – Identificação:

- Título do projeto:

CONTROLE FARMACOLÓGICO DA RESISTÊNCIA DE CRIANÇAS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO. PERCEPÇÃO DE ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS

- Pesquisadoras Responsáveis:

Profª Drª Luciane Ribeiro Sucasas da Costa

Alessandra Rodrigues de Almeida Lima

Marcelo Medeiros

Sarah Vieira Brasileiro

- Instituição onde será realizado:

Faculdade de Odontologia

- Data de apresentação ao COEP:

03/07/06

II – Objetivos:

Geral:

Conhecer as percepções de acompanhantes e profissionais sobre sedação moderada como método avançado de controle comportamental, relacionado-a com procedimentos alternativos a este método.

Específicos:

Avaliar a satisfação dos responsáveis pela criança após o tratamento odontológico sob sedação moderada ter sido concluído;

Verificar os significados atribuídos pelos cuidadores das crianças resistentes ao tratamento odontológico a métodos “avançados” do controle comportamental infantil (sedação, estabilização protetora e anestesia geral);

Conhecer as representações sociais sobre sedação para cirurgiões-dentistas de uma equipe de sedação

III – Sumário do projeto:

- Descrição e caracterização da amostra:

Acompanhantes de crianças em idade pré-escolar e membros da equipe de trabalho da NESO no ano de 2006 com mais de 4 meses de atuação no núcleo.

- Critérios de inclusão e exclusão:

Claramente definidos.

- Adequação da metodologia:

A coleta de dados será realizada em três etapas, cada qual dirigida à atenção de um dos objetivos específicos, a partir de entrevista semi-estruturadas diferenciadas para contemplar cada objetivo.

- Adequação das condições:

O estudo será realizado na Faculdade de Odontologia que conta com estrutura para realização do mesmo.

IV – Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

- Estrutura do protocolo:

O protocolo é adequado e relevante. A metodologia apresentada está clara.

- Análise de riscos e benefícios:

Claramente definidos e detalhados para o projeto em questão.

- Estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

Adequado

- Forma de obtenção do Termo de Consentimento:

Descrita adequadamente

- Privacidade e confidencialidade:

- Definidas

V – Parecer do COEP:

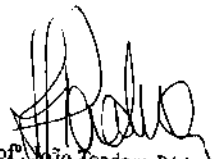
Aprovado

VI – Data da reunião:

03/07/06

Assinatura do relator:

Assinatura do Coordenador/COEP:


Prof. João Teodoro Pádua
Coordenador do COEP/PRPG/UFU

7.3. Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) para participar, como voluntária(o), em uma pesquisa. Após você ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você e seu filho (a) não serão penalizados de forma alguma, sendo que ele(a) receberá normalmente o atendimento na FO/UFG. Em caso de dúvida você pode procurar algum dos pesquisadores (inclusive ligações a cobrar) ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelos telefones 521-1075 ou 521-1076.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE SEDAÇÃO PARA ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS SEDADAS PARA ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.

Pesquisadora Responsável: Alessandra R. de A. Lima (odontopediatra) – 3259-3745.

Demais pesquisadores: Profa. Dra. Luciane R. R. S. Costa (3209-6060), Prof. Dr. Marcelo Medeiros.

- **Justificativas da pesquisa:** Até o momento tem-se analisado, dentro do Núcleo de Estudos em Sedação Odontopediátrica (NESO), apenas dados de comportamento e fisiologia (pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, saturação de oxigênio) de crianças submetidas à sedação. Acreditamos importante conhecer o que você, como acompanhante de criança à qual foi indicada o uso de sedativo, sente/pensa (percepção) com relação ao uso de medicamento como auxílio à abordagem comportamental.
- **Objetivos:** verificar a percepção/representação social de acompanhantes de crianças de difícil tratamento sobre sedação para tratamento odontológico.
- **Procedimentos que serão utilizados e propósitos:** a pesquisadora fará observações pessoais sobre o comportamento de vocês dois durante todo o atendimento, registrando-as em um diário. Ao término do tratamento odontológico da criança, ou seja, na última sessão, você será entrevistada(o) para que emita suas impressões sobre a sedação.
- Informamos que não há risco em participar dessa pesquisa. Possivelmente também não se sentirá constrangida(o), pois as perguntas não visam abordar conhecimento e sim o seu sentimento com relação à sedação.
- **Benefícios que poderão ser obtidos:** não lhe atingirão diretamente, mas serão plenamente estendidos para a odontopediatria de uma forma geral, na tentativa de colaborarmos com o aperfeiçoamento de um modelo mais favorável de controle da dor e ansiedade no consultório odontológico para pacientes com dificuldades de comportamento.
- Ao término da entrevista, se você desejar saber mais sobre o assunto poderá tirar suas dúvidas com a pesquisadora.
- Você tem a nossa garantia de que o seu não consentimento não lhe trará nenhum prejuízo, e nem à sua criança.
- Você e seu filho (a) não serão identificados em hipótese alguma.

Alessandra Rodrigues de Almeida Lima _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa *Representação social de sedação a partir de acompanhantes de crianças sedadas para atendimento odontológico*, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que não dar o meu consentimento não levará a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/assistência/tratamento da criança sob minha responsabilidade.

Goiânia, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas: _____

7.4. Anexo 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: CONTROLE FARMACOLÓGICO DO COMPORTAMENTO EM ODOTOPEDIATRIA: VISÃO DE ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS

Pesquisadora Responsável: Alessandra R. de A. Lima (odontopediatra) – 3259-3745.

Demais pesquisadores: Profa. Dra. Luciane R. R. S. Costa (3209-6060), Prof. Dr. Marcelo Medeiros.

- **Justificativas da pesquisa:** Faz-se necessário conhecermos os pensamentos dos responsáveis pelos nossos pacientes acerca das alternativas de tratamento para crianças com dificuldades comportamentais frente ao tratamento odontológico.
- **Objetivos:** verificar o que pensam sobre a sedação, contenção física e anestesia geral.
- **Procedimentos que serão utilizados e propósitos:** Será realizada uma entrevista gravada em cassete para que emita suas impressões sobre as diferentes técnicas de manejo comportamental.
- Informamos que não há risco em participar dessa pesquisa. Possivelmente também não se sentirá constrangida(o), pois as perguntas não visam abordar conhecimento e sim o seu sentimento e pensamentos.
- **Benefícios que poderão ser obtidos:** não lhe atingirão diretamente, mas serão plenamente estendidos para a odontopediatria de uma forma geral, na tentativa de alcançarmos a melhor relação custo/benefícios para pacientes com dificuldades comportamentais.
- Ao término da entrevista, se você desejar saber mais sobre o assunto poderá tirar suas dúvidas com a pesquisadora.
- Você tem a nossa garantia de que o seu não consentimento não lhe trará nenhum prejuízo, e nem à sua criança.
- Você e seu filho (a) não serão identificados em hipótese alguma.

Alessandra Rodrigues de Almeida Lima _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa *Controle farmacológico do comportamento em odotopediatria: visão de acompanhantes e profissionais*, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que não dar o meu consentimento não levará a qualquer penalidade ou interrupção do acompanhamento/ assistência/tratamento da criança sob minha responsabilidade.

Goiânia, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas: _____

7.5. Anexo 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: CONTROLE FARMACOLÓGICO DO COMPORTAMENTO EM ODOTOPEDIATRIA: VISÃO DE ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS

Pesquisadora Responsável: Alessandra R. de A. Lima (odontopediatra) – 3259-3745.

Demais pesquisadores: Profa. Dra. Luciane R. R. S. Costa (3209-6060), Prof. Dr. Marcelo Medeiros.

- **Justificativas da pesquisa:** É importante no processo de expansão de um procedimento, até então pouco indicado na cultura brasileira, explorarmos a visão de profissionais que lidam com sedação.
- **Objetivos:** verificar a percepção/representações sociais sobre sedação para profissionais da equipe do NESO.
- **Procedimentos que serão utilizados e propósitos:** Será realizada uma entrevista gravada em cassete, na qual você falará livremente sobre sedação.
- Informamos que não há risco em participar dessa pesquisa. Você não se sentirá constrangido, pois não há intenção de verificar conhecimentos.
- **Benefícios que poderão ser obtidos:** não lhe atingirão diretamente, mas serão plenamente estendidos para a odontopediatria de uma forma geral, na tentativa de alcançarmos a melhor relação custo/benefícios para pacientes com dificuldades comportamentais.
- Você tem a nossa garantia de que o seu não consentimento não lhe trará nenhum prejuízo
- Você não será identificado (a) em hipótese alguma.

Alessandra Rodrigues de Almeida Lima _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO

Eu, _____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa *Controle farmacológico do comportamento em odotopediatria: visão de acompanhantes e profissionais*, como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que não dar o meu consentimento não levará a qualquer penalidade que possa me prejudicar.

Goiânia, _____ de _____ de _____

Assinatura do Responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas: _____

7.6. Anexo 6



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA SEDAÇÃO EM CONSULTÓRIO ODONTOLÓGICO

Eu, _____, abaixo identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações, contra-indicações e principais eventos adversos relacionados à sedação em consultório odontológico. Este formulário contém um breve resumo dessa informação. Eu recebi explicação sobre palavras desconhecidas, e me foi dada a oportunidade de esclarecer dúvidas a respeito da sedação. Ainda, compreendi que posso recusar o atendimento sob sedação.

Autorizo o(a) Dr.(a) _____ a realizar sedação para atendimento odontológico ☐ meu próprio ☐ do paciente de quem sou representante legal, e a registrar o atendimento na forma de fotografia e/ou filmagem.

Compreendi que a razão para indicar a sedação é _____.

Fui informado(a) de que o procedimento sedativo proposto é a sedação ☐ mínima ☐ moderada, em que ☐ eu ☐ o paciente de quem sou representante legal permanecerá/continuará consciente durante todo o tempo, podendo lembrar ou não do atendimento. Para tanto, a seguinte técnica será utilizada:

☐ Sedação inalatória com oxigênio/óxido nitroso: inalação de gás por meio de uma máscara nasal.

☐ Sedação por via oral com o medicamento _____

☐ Outro: _____

Caso o procedimento escolhido não alcance o efeito desejado, e estou esclarecido(a) de que pode haver necessidade de mudança nas doses, assim como no tipo de medicamento que fará parte do meu tratamento, ocasião em que será comigo discutida a mudança de método sedativo.

Fui esclarecido(a) de que a sedação será complementada pela anestesia local, pois o objetivo da sedação é diminuir a ansiedade e/ou a resistência ao tratamento, e não a dor. Fui claramente informado de que a sedação pode trazer, como principal benefício, o alívio do sofrimento com o tratamento odontológico e a melhoria na qualidade de tratamento.

Foi-me explicado que os riscos associados ao procedimento sedativo acima proposto incluem:

- ☐ Aspiração de conteúdo gástrico.
- ☐ Comportamento irritado após a alta.
- ☐ Dificuldade de respiração durante o atendimento.
- ☐ Excitação paradoxal (efeito contrário).
- ☐ Mal-estar (moleza, prostração) pós-operatório.
- ☐ Náusea/vômito durante o atendimento ou após a alta.
- ☐ Aceleração ou diminuição dos batimentos cardíacos.
- ☐ Reações alérgicas ao agente sedativo.
- ☐ Sedação prolongada, durando mais tempo do que o previsto.

Eu também entendi que podem ocorrer outros riscos e complicações mais sérias, incluindo parada respiratória e/ou cardiovascular, e até morte, embora acontecimentos desse tipo sejam raros; mas que a equipe odontológica está empenhada em prevenir problemas de qualquer natureza e capacitada a intervir em meu socorro da melhor forma possível. Estou ciente de que a Odontologia não é uma ciência exata, havendo riscos inerentes à sua prática, em razão das diferentes respostas biológicas de cada paciente. Reconheço, então, não ser possível que o profissional me ofereça garantia de total segurança na prática da sedação.

Foi-me esclarecido sobre as alternativas propostas para a sedação, que também apresentam riscos:

- ☐ Tentativa de controle da ansiedade/comportamento sem usar nenhum medicamento: pode causar grande estresse no organismo, e levar a problemas psíquicos ainda mais sérios, como fobia a tratamento odontológico e traumas.
- ☐ Sedação profunda com presença de médico anestesiológico: mesmos riscos da sedação mínima ou moderada.
- ☐ Anestesia geral em ambiente hospitalar: embora haja rigoroso controle de riscos, eles existem pela própria anestesia (lesão na garganta, rouquidão, náusea e vômito, aspiração de conteúdo gástrico, dor muscular, lesão ocular, lesão bucal, reação alérgica, lembrança do procedimento, alterações na respiração, alterações na pressão arterial e função cardíaca, lesão a nervo, parada cardiorrespiratória, lesão cerebral, paralisia ou morte) e pela possibilidade de contrair infecção hospitalar.

Estou ciente de que posso desistir do atendimento sob sedação a qualquer momento, sem que esse fato implique em qualquer forma de prejuízo ao tratamento inicialmente planejado.

Tendo em vista ser o atendimento prestado em uma instituição de ensino superior, permito qualquer forma de divulgação (aulas, artigos científicos, apresentações em eventos), tendo sido a mim garantido que não haverá identificação ☐ da minha pessoa ☐ daquele de quem sou representante legal.

DECLARAÇÃO DO PACIENTE E/OU DE SEU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____, R.G. _____, declaro que li e recebi explicações sobre o conteúdo desse formulário. Compreendi essas informações e autorizo a realização da sedação proposta.

Assinatura do paciente: _____

Data: ____/____/200__.

Se o paciente é menor ou incapaz:

Assinatura do responsável legal: _____

Data: ____/____/200__.

Grau de parentesco com o paciente: _____

DECLARAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Eu, _____, CRO-_____, expliquei o(s) procedimento(s), alternativa(s) e riscos ao paciente envolvido. O paciente (ou seu representante legal) me comunicou que compreendeu o conteúdo desse formulário.

Assinatura do cirurgião-dentista: _____ Data: ____/____/200__.

Endereço: Primeira Avenida, sem número, esquina com a Praça Universitária, sala 2002, Setor Universitário. 74605-220, Goiânia-GO.

Telefones: (62) 3521-1524, 3209-6060, 8114-8055