

## Fatores relacionados ao uso de diferentes métodos de contenção em pacientes portadores de necessidades especiais

### Factors related to the restraint methods used in disabled persons

Ana Cristina Borges de OLIVEIRA

Doutoranda em Saúde Pública – Programa de Pós-Graduação – Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz

Saul Martins de PAIVA

Isabela Almeida PORDEUS

Professor Adjunto – Departamento de Odontopediatria e Ortodontia – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

---

#### RESUMO

A fim de obter dados quanto ao uso de técnicas de contenção durante atendimentos médicos ou odontológicos de portadores de necessidades especiais, foram pesquisados 209 pais de crianças com deficiência mental e idade inferior a 15 anos, de duas instituições brasileiras. Após aprovação do Comitê de Ética da UFMG e assinatura do termo de consentimento, cada participante respondeu a uma entrevista. Através do teste do  $X^2$ , verificou-se que 69% das crianças possuíam experiência com contenção física, 41% já tinham sido submetidas à sedação e 31% à anestesia geral, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Não houve relação estatística entre o uso das técnicas de contenção e às variáveis: idade, gênero e classe econômica da criança. Baseado neste estudo percebe-se que a utilização das técnicas, na maioria das vezes, considera diferentes fatores, sendo a indicação para determinado método de controle comportamental baseado na análise individual de cada criança.

#### UNITERMOS

Assistência odontológica; assistência médica; pessoas portadoras de deficiência, métodos de contenção

---

#### INTRODUÇÃO

A assistência médica e odontológica aos portadores de deficiência mental apresenta algumas características próprias. Isto acontece devido a certas dificuldades e limitações que esses pacientes normalmente apresentam. Alguns requerem medidas especiais de atendimento, enquanto outros podem ser tratados de modo convencional (MINAS GERAIS<sup>12</sup>, 1999; WEDDELL et al.<sup>21</sup>, 2001; OLIVEIRA<sup>14</sup>, 2002). O desenvolvimento deste atendimento estará diretamente relacionado à atitude do profissional frente ao paciente (VAN GRUNSVEN & CARDOSO<sup>20</sup>, 1995; O'DONNELL<sup>13</sup>, 1996).

Em muitos casos as pessoas portadoras de necessidades especiais podem apresentar diferentes reações frente à consulta odontológica, variando de um bom comportamento até uma reação com-

pletamente apática ao atendimento (FOURNIOL FILHO<sup>5</sup>, 1996). Um paciente portador de deficiência mental leve ou moderada pode conseguir ser cooperativo e responder bem a um atendimento odontológico. Entretanto, uma pessoa com deficiência mental severa apresentará uma maior dificuldade de manejo comportamental durante a consulta. Caberá ao profissional analisar e julgar quais os melhores métodos para conduzir cada paciente (TESINI & FENTON<sup>19</sup>, 1994; O'DONNELL<sup>13</sup>, 1996). Maas<sup>10</sup>, 1980 e Oliveira 2002<sup>14</sup> afirmaram que os pacientes com deficiência podem ser classificados em três grupos, segundo o grau de dificuldades que apresentam quando da realização do atendimento odontológico. O primeiro grupo é composto por aqueles que se submetem sem resistência ao atendimento. O segundo, pelos que precisam receber contenção física e/ou medicação se-

dativa antes ou durante o atendimento. O terceiro grupo é formado pelos que necessitam receber anestesia geral.

As crianças com atraso de desenvolvimento ou portadoras de deficiência mental trazem, com frequência, problemas de comportamento no consultório. Por isso, algumas precisam de contenção física ou química para que consigam receber atendimento odontológico (O'DONNELL<sup>13</sup>, 1996; YILMAZ et al.<sup>23</sup>, 1999; OLIVEIRA<sup>14</sup>, 2002). Entende-se por contenção qualquer método utilizado com o objetivo de manter o paciente na cadeira odontológica em condições favoráveis para a execução do atendimento. Tal contenção pode ser física ou química. A contenção física é feita pelo profissional e auxiliares (contenção ativa). Pode ser realizada também através de acessórios para imobilizar a criança (contenção passiva). A contenção química se faz com drogas farmacológicas, sendo realizada através da sedação ou anestesia geral (LIMA et al.<sup>9</sup>, 1974, OLIVEIRA<sup>14</sup>, 2002).

Com base nessas afirmações, este estudo objetivou obter dados quanto ao uso de técnicas de contenção durante atendimentos médicos ou odontológicos.

## MATERIAL E MÉTODO

Foram pesquisados 209 pais/responsáveis, de crianças e adolescentes portadores de deficiência mental e idade inferior a 15 anos, de duas instituições brasileiras: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Belo Horizonte-MG e Lagoa da Prata-MG. A escolha das instituições objetivou selecionar amostras de conveniência, ou seja, não aleatórias. As pessoas que fazem parte de amostras não-aleatórias são selecionadas por um julgamento de valor e não por questões de aleatoriedade estatística, sendo constituídas por pessoas mais acessíveis Pereira<sup>18</sup>, (1995). Foram estudados pais/responsáveis de institucionalizados graças à possibilidade de se encontrar participantes voluntários com características similares, reunidos num mesmo local. Além disso, em ambas as instituições, as assistências médica e odontológica são gratuitas.

Quanto ao diagnóstico final referente ao tipo e ao grau de deficiência mental do portador de necessidade especial, sabe-se que este é um dado bastante subjetivo, por isso não foi considerado no estudo. De acordo com Pereira<sup>18</sup>, (1995) e Assumpção Júnior et al.<sup>2</sup>, (1999), devido ao tipo de forma-

ção e qualificação profissional, os diversos profissionais que avaliam as crianças portadoras de deficiência provavelmente utilizam diferentes critérios para determinar o tipo e o grau de deficiência mental de cada paciente.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário de entrevista com questões de interesse ao estudo, tais como: gênero, idade, experiência com alguma técnica de contenção (durante atendimento médico e/ou odontológico) e classe econômica (Apêndice A). A fim de classificar economicamente as crianças e adolescentes, foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, tido como padrão de mercado em segmentação da população em classes econômicas (A, B, C, D, E). Este sistema de classificação objetiva estimar o poder de compra da população, abandonando a pretensão de classificar as pessoas em termos de "classes sociais" (ANEP<sup>1</sup>, 2003). A fim de facilitar a análise dos dados, as classes econômicas foram agrupadas. A classe um foi denominada de mais favorecida economicamente (composto pelas classes B e C). A classe dois foi designada como menos favorecida economicamente (constituído pelas classes D e E). Nenhuma criança ou adolescente foi classificado como pertencente à classe A.

O instrumento de coleta de dados, depois de elaborado, foi apresentado para apreciação a dois juízes (docentes pesquisadores em odontologia) para que fosse julgado e validado. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o parecer N° 212/01.

Os possíveis participantes foram convidados para o estudo através de uma carta enviada pelo "caderno de bilhetes" dos institucionalizados. Os pais foram divididos em pequenos grupos (no máximo cinco participantes), em dias e horários diferentes, de acordo com o turno de aula ou atendimento clínico de cada criança/adolescente nas instituições.

Assim que chegaram ao local, os participantes receberam uma explicação detalhada sobre a pesquisa. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Em seguida a pesquisadora conduziu, de forma individualizada, o preenchimento do formulário de entrevista (Apêndice A).

A análise estatística foi realizada utilizando-se o teste do X<sup>2</sup>. Adotou-se, como nível de significância, o valor de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

A amostra final foi composta por 209 pais/responsáveis, o que correspondeu a 92% de todo o universo selecionado, sendo essa taxa de retorno considerada bastante satisfatória. Pereira<sup>18</sup> (1995) afirmou que se consegue alcançar 100% da amostra apenas em ocasiões excepcionais. Mesmo em situações que, de princípio, não se prevêem dificuldades na coleta de dados, pode ocorrer uma certa proporção de perdas. Para o autor, perdas inferiores a 20% são consideradas bastante aceitáveis.

Através da análise descritiva, constatou-se que os participantes deste estudo apresentaram características semelhantes nas duas instituições selecionadas. Por isto, foram analisados como um único grupo.

A Figura 1 evidencia a experiência das crianças/adolescentes, em relação às técnicas de contenção, durante atendimentos médicos ou odontológicos. Através do teste do X<sup>2</sup>, para comparação de proporções, a maioria das crianças/adolescentes (69%) possui experiência com contenção física e 31% nunca receberam a técnica, sendo esta uma diferença estatisticamente significativa (p=0,000). Quanto à sedação, também foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa entre as proporções (p=0,011). Um total de 41% dos institucionalizados já foi submetido à técnica e 59% nunca foram sedados. Em relação à anestesia geral, 31% das crianças e adolescentes já foram atendidos sob anestesia geral e 69% nunca receberam a técnica, sendo essa diferença de proporções estatisticamente significativa (p=0,000).

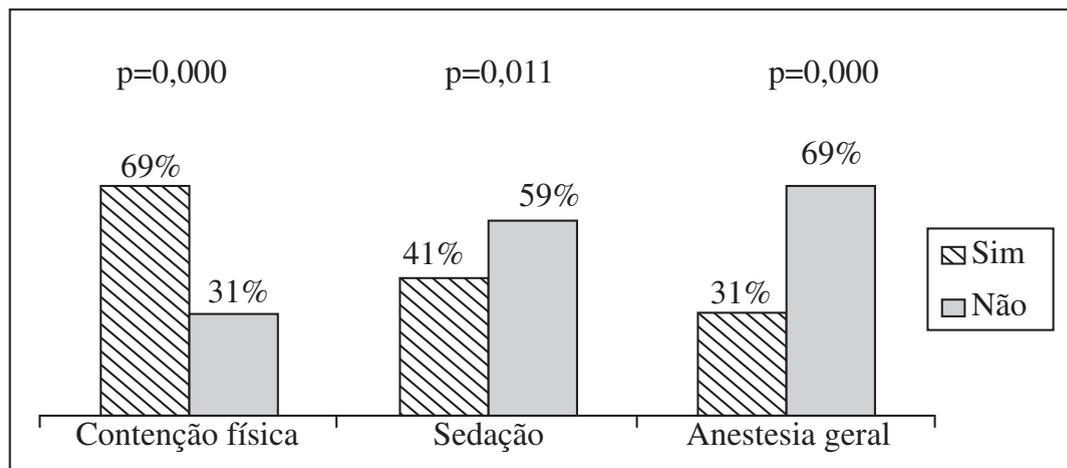


FIGURA 1 – Gráfico da distribuição relativa das crianças/adolescentes, segundo a experiência com as técnicas de contenção, durante atendimentos médicos ou odontológicos.

Segundo a Tabela 1 um percentual de 57% dos institucionalizados possui experiência com contenção física apenas durante procedimentos médicos. Um total de 31% já foi submetido à contenção física durante atendimentos médicos e odontológicos e 12% receberam a técnica somente para procedimentos odontológicos.

Em relação à sedação, a grande maioria das crianças e adolescentes já foi submetida à técnica apenas para procedimentos médicos (93%). Um total de 6% já foi sedado para atendimentos médi-

cos e odontológicos e 1% dos institucionalizados possuem experiência com sedação somente para procedimentos odontológicos.

Quanto à anestesia geral, a maior parte dos institucionalizados que recebeu anestesia geral (94%) foi submetido à técnica apenas para procedimentos médicos. Um total de 3% de crianças/adolescentes possui experiência com anestesia geral para procedimentos médicos e odontológicos, e 3% receberam a técnica apenas para atendimentos odontológicos.

**Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa da experiência das crianças/adolescentes com as técnicas de contenção**

Experiência com as técnicas de contenção	Contenção física n (%)	Sedação n (%)	Anestesia geral n (%)
Procedimentos médicos	82 (57%)	80 (93%)	60 (94%)
Procedimentos odontológicos	17 (12%)	1 (1%)	2 (3%)
Procedimentos médicos e odontológicos	45 (31%)	5 (6%)	2 (3%)
<b>Total</b>	<b>144 (100%)</b>	<b>86 (100%)</b>	<b>64 (100%)</b>

A Tabela 2 evidencia que a idade das crianças/adolescentes não foi um fator determinante na experiência das mesmas com as técnicas de conten-

ção física, sedação e anestesia geral, já que esta não foi uma relação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa da experiência das crianças/adolescentes com as técnicas de contenção, de acordo com a idade**

Idade da Criança/adolescente	Contenção física n (%)	Sedação n (%)	Anestesia geral n (%)
0 a 04 anos	41 (28%)	26 (30%)	16 (25%)
05 a 09 anos	56 (39%)	38 (44%)	24 (37,5%)
10 a 14 anos	47 (33%)	22 (26%)	24 (37,5%)
<b>Total</b>	<b>144 (100%)</b>	<b>86 (100%)</b>	<b>64 (100%)</b>
Valor p	0,54	0,06	0,86

Conforme demonstra a Tabela. 3, a experiência com as técnicas de contenção física, sedação e anestesia geral não foi influenciada pelo gênero

das crianças/adolescentes. Não houve relação estatisticamente significativa entre essas variáveis ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa da experiência das crianças/adolescentes com as técnicas de contenção, de acordo com o gênero**

Gênero da Criança/adolescente	Contenção física n (%)	Sedação n (%)	Anestesia geral n (%)
Masculino	99 (69%)	57 (66%)	42 (66%)
Feminino	45 (31%)	29 (34%)	22 (34%)
<b>Total</b>	<b>144 (100%)</b>	<b>86 (100%)</b>	<b>64 (100%)</b>
Valor p	0,09	0,78	0,96

A Tabela 4 evidencia que a classe econômica foi um fator que também não influenciou na experiência das crianças/adolescentes com as técnicas

de contenção física, sedação e anestesia geral, demonstrando que esta não foi uma relação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa da experiência das crianças/adolescentes com as técnicas de contenção, de acordo com a classe econômica (ANEP<sup>1</sup>, 1996)**

Classe econômica da Criança/adolescente	Contenção física n (%)	Sedação n (%)	Anestesia geral n (%)
Mais favorecida economicamente	62 (43%)	42 (49%)	32 (50%)
Menos favorecida economicamente	82 (57%)	44 (51%)	32 (50%)
<b>Total</b>	<b>144 (100%)</b>	<b>86 (100%)</b>	<b>64 (100%)</b>
Valor p	0,96	0,16	0,20

## DISCUSSÃO

A escolha por este tema foi determinada pela necessidade de utilização de métodos de contenção, em portadores de deficiência mental, em diversas situações médicas e odontológicas. Os pacientes com deficiência mental e/ou disfunção neuro-motora podem apresentar comportamento agressivo e resistência ao atendimento. Segundo alguns autores, nos portadores de deficiência mental, mais frequentemente se faz uso de técnicas de contenção, inclusive para proteger o profissional e a equipe de qualquer trauma ou injúria (WEDDELL et al.<sup>21</sup>, 2001; OLIVEIRA<sup>14</sup>, 2002).

Baseado nos resultados, o alto número de crianças/adolescentes com alguma experiência com contenção física (ativa ou passiva) possivelmente aconteceu pelo fato de muitos portadores de deficiência mental não possuírem condições de compreender a necessidade de um exame médico ou odontológico. Portanto, para que o atendimento seja executado, necessitam ser contidos fisicamente pelo profissional, responsável ou por algum acessório.

De acordo com O'Donnell<sup>13</sup> (1996) é comum o uso de contenção física nos pacientes com deficiência mental, pois estes costumam apresentar comportamento agressivo e resistência ao atendimento. Carr et al.<sup>4</sup> (1999) realizaram uma pesquisa com 338 odontopediatras visando identificar as técnicas de manejo comportamental mais usadas no Sudeste dos EUA. A maioria dos pesquisados afirmou utilizar métodos de contenção física ativa

(73% pelo próprio profissional e 88% com ajuda da auxiliar) e passiva (82%).

Quanto à experiência com sedação, 41% das crianças/adolescentes já vivenciaram esta situação para atendimento médico ou odontológico. Muitos portadores de deficiência necessitam realizar consultas odontológicas e médicas, incluindo exames como tomografia, eletroencefalograma, eletrocardiograma e endoscopia, porém não possuem comportamento colaborador durante o procedimento. Necessitam, portanto, serem sedadas. Segundo diversos autores, é usual que os portadores de deficiência mental sejam sedados para a realização de algum procedimento médico ou odontológico, face aos problemas de comportamento no consultório, já que não possuem compreensão sobre o atendimento (TESINI & FENTON<sup>19</sup>, 1994; O'DONNELL<sup>13</sup>, 1996; OLIVEIRA<sup>14</sup>, 2002). De acordo com o estudo de Carr et al.<sup>4</sup> (1999) 70% dos odontopediatras americanos, entrevistados, afirmaram utilizar sedação com óxido nitroso e sedação com pré-medicação.

A sedação pode ser usada para tratar muitas crianças que possuem indicação para anestesia geral, com expectativa de excelente sucesso, além da reação favorável dos pais. O maior uso desta técnica reduz o número de crianças indicadas para anestesia geral. Muitos profissionais optam pelo uso da sedação e contenção física, à anestesia geral (BLAIN & HILL<sup>3</sup>, 1998; LEELATAWEEWUD et al.<sup>8</sup>, 2000). O cirurgião-dentista precisa conhecer e dominar as várias formas de sedação que podem

ser empregadas na clínica odontológica. São métodos seguros, quando aplicados corretamente (MATEAR & CLARKE<sup>11</sup>, 1999; WILSON et al.<sup>22</sup>, 2000; OLIVEIRA et al.<sup>15</sup>, 2001; FUKS et al.<sup>6</sup>, 2002; OLIVEIRA et al.<sup>16</sup>, 2003).

No Brasil, muitos dentistas sentem-se inseguros ou despreparados para fazer uso de recursos farmacológicos disponíveis para o controle do comportamento do paciente na clínica odontológica (OLIVEIRA et al.<sup>15-6</sup>, 2001 e 2003). O baixo percentual de institucionalizados sedados para procedimentos odontológicos aconteceu, possivelmente, pela preferência dos cirurgiões-dentistas de ambos os locais, pelo uso da contenção física.

Um total de 31% das crianças/adolescentes já recebeu anestesia geral para um atendimento médico ou odontológico. Alguns portadores de deficiência mental necessitam, muitas vezes, realizarem cirurgias sob anestesia geral por apresentam algum acometimento físico, sistêmico ou local. Além disso, dependendo do grau de comprometimento mental do paciente, ele só conseguirá ser examinado e atendido sob anestesia geral.

Em situações especiais, devido à incompreensão de alguns pacientes, os atendimentos médicos ou odontológicos só podem ser realizados sob anestesia geral (YILMAZ et al.<sup>23</sup>, 1999; PALHARES<sup>17</sup>, 2000). No estudo de Carr et al.<sup>4</sup> (1999) 61% dos odontopediatras relataram que, ocasionalmente, indicam anestesia geral para alguns pacientes, e 23% afirmaram ter aumentado o uso da técnica.

Baseado em um registro de dados obtidos de 1993 a 1998, em um núcleo Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais, em Belo Horizonte-MG, foram atendidos, no referido período, 1716 pacientes com necessidades especiais. Desse total, 810 (47%) eram portadores de paralisia cerebral, deficiência mental, Síndrome de Down, ou algum distúrbio psiquiátrico. Apenas 94 pacientes (5,5%) precisaram receber atendimento odontológico sob anestesia geral, dos quais 72% eram portadores de paralisia cerebral, deficiência mental, Síndrome de Down, ou algum

distúrbio psiquiátrico Minas Gerais<sup>12</sup> (1999). Hulland & Sigal<sup>7</sup> (2000) realizaram um estudo, em um hospital dos EUA que presta atendimento odontológico sob anestesia geral, e observaram que entre os 1384 pacientes analisados 39,5% eram portadores de deficiência mental moderada, para profunda e 31% apresentavam distúrbios de comportamento moderado para profundo. Os autores concluíram que problemas de comportamento e deficiência mental são os dois fatores que mais fortemente se relacionam ao tratamento odontológico sob anestesia geral.

As informações descritas destacam que a utilização de técnicas de contenção, principalmente a contenção física, é comum em pacientes portadores de deficiência mental. Sua utilização ocorre principalmente a fim de que os atendimentos médicos e odontológicos possam transcorrer com eficiência e tranquilidade, tanto para o profissional, quanto para o paciente.

## CONCLUSÕES

Tendo em vista os dados obtidos pode-se concluir que:

1. O uso de técnicas de contenção foi comum nas crianças e adolescentes, portadores de deficiência mental, sendo a contenção física a de uso mais freqüente tanto em procedimentos médicos quanto odontológicos.
2. As técnicas de contenção, principalmente a sedação e a anestesia geral, foram mais utilizadas em procedimentos médicos.
3. A idade, o gênero e o nível econômico das crianças, e adolescentes não foram determinantes da experiência dos mesmos com as técnicas de contenção, sugerindo que diferentes fatores são levados em consideração ao optar-se por determinado método de contenção. Esses aspectos, possivelmente estão relacionados a características individuais de cada paciente e a preferência particular dos pais, responsáveis e profissionais em questão.

---

## ABSTRACT

*For verify the factors related with the use of restraint techniques during medical and dental procedures in disabled persons, the sample included 209 parents of mental deficiency children younger than 15 years old, from two brazilian institutions. After approval of the Committee of Ethics and signature of the consent term, each participant answered to an interview. The X<sup>2</sup> test was accomplished. 69% of the children possessed experience with the*

*physical restraint, 41% were submitted to the sedation and 31% to the general anesthesia, being these differences significant statistical. There was not relationship significant statistical among the use of the restraint techniques and the variables: age, gender and economical class of the children. Based on this study, the use of the techniques, most of the time, takes into account several individual factors, being the indication for certain method of behavioral control based on the analysis of each patient one.*

## UNITERMS

Dental care; medical assistance; disabled persons, restraint methods

## REFERÊNCIAS

1. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. São Paulo, 2003. Disponível em: <<http://www.anep.org.br/m-arquivo.htm>>. Acesso em: 30 nov. 2003.
2. Assumpção Jr. FB, Sprovieri MH, Assumpção TM. Deficiência mental em São Paulo: perfil de uma população atendida institucionalmente. *Pediatr Mod* 1999 nov.; 35 (11):883-892.
3. Blain KM, Hill FJ. The use of inhalation sedation and local anesthesia as an alternative to general anaesthesia for dental extractions in children. *Br Dent J* 1998 June; 184 (12):608-611.
4. Carr KR, Wilson S, Nimer S, Thornton Jr JB. Behavior management techniques among pediatric dentists practicing in the southeastern United States. *Pediatr Dent* 1999 Sept./Oct.; 21 (6):347-353.
5. Fourniol Filho A. Odontologia para pacientes especiais no Brasil. *Rev Assoc Bras Odontol Nac* 1996 out./nov.; 4 (5):313,314.
6. Fuks AB, Shapira J, Klatchoian DA. Sedação para o controle da dor e da ansiedade em pacientes odontopediátricos. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Ed. Santos; 2002. p.305-316.
7. Hulland S, Sigal MJ. Hospital-based dental care for persons with disabilities: a study of patient selection criteria. *Sp Care Dent* 2000 July/Aug.; 20 (4):131-8.
8. Leelataweewud P, Vann Jr WF, Dilley DC, Lucas WJ. The physiological effects of supplemental oxygen versus nitrous oxide/oxygen during conscious sedation of pediatric dental patients. *Pediatr Dent* 2000 Mar./Apr.; 22 (2):125-33.
9. Lima AP, Falsi D, Tallone E. Métodos de contenção mecânica para pacientes mentalmente subnormais. *Ars Cvrandi Odontol* 1974 nov./dez.; 1 (4):29-35.
10. Maas AMN. Dificuldades encontradas pelo cirurgião-dentista no atendimento à criança excepcional. Niterói; 1980. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia da Universidade Federal Fluminense].
11. Matear DW, Clarke D. Considerations for the use of oral sedation in the institutionalized geriatric patient during dental interventions: a review of the literature. *Sp Care Dent* 1999 Mar./Apr.; 19 (2):56-63.
12. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Epidemiologia – Coordenadoria de Saúde Bucal. Núcleo Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais – Disponível na Secretaria da saúde de Belo Horizonte – MG. “Washington Franco do Couto”, Belo Horizonte, 1999.
13. O'Donnell D. The special needs patient. Treatment in general dental practice: is it feasible? *Int Dent J* 1996 Aug.; 46 (4):315-319.
14. Oliveira ACB. Aceitação dos pais/responsáveis em relação aos métodos de contenção utilizados em crianças e adolescentes, portadores de deficiência mental, durante o atendimento odontológico. Belo Horizonte; 2002. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Odontologia – Universidade Federal de Minas Gerais].
15. Oliveira ACB, Pordeus IA, Paiva SM, Vale MPP. Sedação: uma alternativa válida no controle de comportamento da criança durante o atendimento odontológico? *Arq Odontol* 2001 jan./jun.; 37 (1):25-34.
16. Oliveira ACB, Pordeus IA, Paiva SM. O uso do óxido nitroso como uma opção no controle de comportamento em odontopediatria. *J Bras Pediatr* 2003 jul./ago.; 6 (32): 344-50.
17. Palhares A. A anestesia geral para portadores de deficiência. In: Salgado MI, Valadares ER. *Para compreender a deficiência*. Belo Horizonte: Rona; 2000. p.211-3.
18. Pereira, MG. Seleção dos participantes para estudo. In: *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p.337-57.
19. Tesini DA, Fenton SJ. Oral health needs of persons with physical or mental disabilities. *Dent Clin North Am* 1994 July; 38 (3):483-97.
20. Van Grunsven MFV, Cardoso EBT. Atendimento odontológico em crianças especiais. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1995 set./out.; 49 (5):364-9.
21. Weddell JA, Sanders BJ, Jones JE. Problemas dentários da criança deficiente. In: McDonald RE, Avery DR. *Odontopediatria*. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.413-35.
22. Wilson S, Easton J, Lamb K, Orchardson R, Casamassimo P. A retrospective study of chloral hydrate, meperidine, hydroxyzine, and midazolam regimens used to sedate children for dental care. *Pediatr Dent* 2000 Mar./Apr.; 22 (2):107-12.
23. Yilmaz S, Özlü Y, Ekuklu G. The effect of dental training on the reactions of mentally handicapped children's behavior in the dental office. *ASDC J Dent Child* 1999 May/June; 66 (3):188-91.

Recebido em: 05/01/04

Aprovado em: 30/07/04

Ana Cristina Borges de Oliveira  
Rua Abadessa Gertrudes Prado, 77/1002  
CEP:30380-790 – Vila Paris  
Belo Horizonte – MG  
Tel./fax: (31)3293-2588  
anacboliveira@yahoo.com.br

**Apêndice A – Formulário de entrevista utilizado durante a coleta de dados**

ENTREVISTA Nº _____
<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS FACULDADE DE ODONTOLOGIA DEPARTAMENTO DE ODONTOPEDIATRIA E ORTODONTIA</b>
1) Gênero da criança: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino
2) Idade da criança: <input type="checkbox"/> 0- 04 anos <input type="checkbox"/> 05-09 anos <input type="checkbox"/> 10-14 anos
3) Ele (a) já precisou ser segurado durante um atendimento com o dentista ou com o médico (inclusive para fazer cirurgia, tomografia, eletro ou endoscopia)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei Se sua resposta é sim, em que ocasião? <input type="checkbox"/> atendimento médico <input type="checkbox"/> atendimento odontológico <input type="checkbox"/> ambos
4) Ele (a) já precisou tomar algum remédio para ser atendido pelo dentista ou pelo médico (inclusive para fazer cirurgia, tomografia, eletro ou endoscopia)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei Se sua resposta é sim, em que ocasião? <input type="checkbox"/> atendimento médico <input type="checkbox"/> atendimento odontológico <input type="checkbox"/> ambos
5) Ele (a) já precisou tomar anestesia geral para ser atendido pelo dentista ou pelo médico (inclusive para fazer cirurgia, tomografia, eletro ou endoscopia)? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sei Se sua resposta é sim, em que ocasião? <input type="checkbox"/> atendimento médico <input type="checkbox"/> atendimento odontológico <input type="checkbox"/> ambos
6) Grau de instrução do chefe da casa: <input type="checkbox"/> analfabeto / primário incompleto <input type="checkbox"/> primário completo / ginásial incompleto <input type="checkbox"/> ginásial completo / colegial incompleto <input type="checkbox"/> colegial completo / superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo
7) Itens de posse / quantidade <input type="checkbox"/> automóvel <input type="checkbox"/> máquina de lavar roupa <input type="checkbox"/> tv em cores <input type="checkbox"/> vídeo-cassete <input type="checkbox"/> banheiro <input type="checkbox"/> aspirador de pó <input type="checkbox"/> empregada doméstica mensalista <input type="checkbox"/> geladeira <input type="checkbox"/> rádio (excluindo o do carro) <input type="checkbox"/> freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)