

Como os pais do sudeste do México percebem a estabilização protetora? Um estudo qualitativo.

Alicia Leonor Pinzón Te¹ , Fabio Arriola-Pacheco¹ , Aime Arellano Lucero¹ ,
José Ladislao López Osorio² , Rodrigo Serrano Piña¹ , Martha Gabriela Chuc Gamboa¹ .

Resumo: **Introdução:** Dentro das técnicas de orientação comportamental, a estabilização protetora continua sendo uma abordagem não farmacológica controversa. Compreender as perspectivas sobre a estabilização protetora em diferentes coortes parentais de diversos espectros culturais é relevante no contexto contemporâneo. **Objetivo:** Analisar qualitativamente a percepção dos pais do sudeste do México, cujos filhos frequentaram uma clínica de residência em odontologia pediátrica, em relação ao uso da estabilização protetora como técnica de orientação comportamental. **Material e Métodos:** Foram realizados grupos focais com 15 pais, após a projeção de um vídeo na qual foram demonstrados o uso, as indicações, os benefícios e as limitações da técnica de estabilização protetora. Os temas de importância, necessidade, resposta afetuosa, riscos ou danos percebidos, benefícios e aceitabilidade do uso da técnica foram utilizados para orientar os diálogos. As sessões foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise. **Resultados:** A análise qualitativa dedutiva dos dados revelou que os pais geralmente aceitavam que o uso da estabilização protetora era necessário para a realização de tratamentos dentários seguros e eficazes. Foram compartilhadas preocupações relativamente a potenciais danos físicos e psicológicos, mas os pais geralmente concordaram que os benefícios superavam os riscos quando os tratamentos eram necessários. **Conclusão:** Neste contexto, a estabilização protetora foi aceita pelos pais quando indicada e necessária para a realização de tratamentos odontológicos pediátricos seguros. Isto é relevante em contextos como o atual, onde as técnicas farmacológicas de gestão do comportamento não estão tão facilmente disponíveis.

Palavras-chave: Odontopediatria, Comportamento Infantil, Percepção Social, Pesquisa Qualitativa, Controle Comportamental.

¿Cómo perciben los padres del sureste de México la estabilización protectora? Un estudio cualitativo.

Resumen: **Introducción:** Dentro de las técnicas de guía conductual, la estabilización protectora sigue siendo un abordaje no farmacológico controversial. Comprender las perspectivas sobre la estabilización protectora en diferentes cohortes parentales de diversos espectros culturales es relevante en el contexto contemporáneo. **Objetivo:** Analizar cualitativamente la percepción de los padres en el sureste de México, cuyos hijos asistieron a una clínica de residencia en odontología pediátrica, respecto al uso de la estabilización protectora como técnica de guía conductual. **Métodos:** Se realizaron grupos focales con 15 padres, después de una proyección de video en la que se demostraron el uso, las indicaciones, los beneficios y las limitaciones de la técnica de estabilización protectora. Los temas de importancia, necesidad, respuesta afectuosa, riesgos o daños percibidos, beneficios y aceptabilidad del uso de la técnica fueron utilizados para guiar los diálogos. Las sesiones fueron grabadas en audio y luego transcritas para su análisis. **Resultados:** El análisis cualitativo deductivo de los datos, reveló que los padres generalmente aceptaron que el uso de la estabilización protectora era necesario para llevar a cabo tratamientos odontológicos seguros y eficaces. Se compartieron preocupaciones respecto a potenciales daños físicos y psicológicos, pero los padres generalmente coincidieron en que los beneficios superaban los riesgos cuando los tratamientos eran necesarios. **Conclusiones:** En el presente contexto, la estabilización protectora fue aceptada por los padres cuando esta estaba indicada y era necesaria para cumplir con tratamientos odontológicos pediátricos seguros. Esto es relevante en contextos donde las técnicas farmacológicas de manejo del comportamiento no están tan fácilmente disponibles.

Palabras clave: Odontología Pediátrica, Conducta Infantil, Percepción Social, Investigación Cualitativa, Control de la Conducta.

¹Universidad Autónoma de Yucatán, México.

²Escuela Normal para Educación Preescolar, Yucatán, México.

How do parents in Southeast Mexico perceive protective stabilization? A qualitative study

Abstract: **Background:** Among behavior guidance techniques, protective stabilization remains a controversial non-pharmacological approach. Understanding the views of protective stabilization in different parental cohorts across cultural spectrums is relevant in the world's current cultural climate. **Aim:** Qualitatively analyze the perception of parents in southeast Mexico whose children attended a pediatric dentistry residency clinic regarding the use of protective stabilization as a behavior guidance technique. **Methods:** Focus groups with 15 parents were held, after a video screening of the use, indications, benefits, and limitations of the protective stabilization technique. The themes of importance, need, affectionate response, perceived risk or harm, benefits, and acceptability of the use of the technique were used to guide the dialogues. The sessions were audio-recorded and then transcribed for analysis. **Results:** The deductive qualitative data analysis following the delineated themes revealed that parents generally accepted that the use of protective stabilization was necessary for safe and efficient dental treatments to be carried out in their children. Worries about potential physical and psychological concerns were shared, but parents generally agreed that the benefits outweighed the risks when treatments were needed. **Conclusion:** In this context (a university service in southeast Mexico) protective stabilization was accepted by parents when indicated and needed to fulfill secure pediatric dental treatments. This is relevant in contexts like the current one where pharmacological behavior techniques are not as readily available.

Key words: Pediatric Dentistry, Child Behavior, Social Perception, Qualitative Research, Behavior Control.

Introdução

Os estilos parentais e o comportamento infantil estão em constante mudança e, portanto, os profissionais de Odontopediatria devem sempre acompanhar de perto essas mudanças. Além disso, a globalização e as tendências de migração, que são quase universais no contexto atual, acrescentam uma camada de complexidade ao tratar com crianças e cuidadores de diferentes origens culturais no consultório odontológico. É bem reconhecido que as técnicas de orientação comportamental (TOC) são ferramentas clínicas essenciais na odontopediatria e, portanto, uma lente de múltiplas camadas deve acompanhar a forma como esses procedimentos são abordados e implementados. As TOCs passaram por inúmeras evoluções (muitas vezes diretamente devido a descobertas baseadas em evidências, mas outras

devido a mudanças nas características do cuidador e da criança) para cumprir seu objetivo de realizar um tratamento odontológico eficaz, seguro e de qualidade em pacientes pediátricos¹⁻³. Diferenças nas preferências de TOCs foram relatadas em diferentes contextos culturais, geográficos e específicos⁴⁻⁷.

Embora a maioria dos TOCs seja bem aceita pelos pais e profissionais de odontologia, a estabilização protetora sempre foi um tanto controversa devido à sua natureza não farmacológica e "avançada". A estabilização protetora é uma TOCs que visa a proteger o paciente, os pais e a equipe odontológica de movimentos indesejados, reduzindo ou eliminando-os de forma ativa (com a ajuda de outra pessoa) ou passiva (usando um dispositivo restritivo)⁸. Estudos que examinaram as perspectivas das estabilizações protetoras parentais descreveram que

alguns pais consideram essa abordagem uma opção "mais segura" para a conclusão do tratamento, mas, em geral, ela tem sido percebida como uma das TOCs menos desejáveis^{5,9-11}. Entre os fatores que influenciam a percepção dos pais estão a idade (quanto mais jovens os pais, menor a probabilidade de aceitarem a técnica), o número de visitas (quanto mais visitas e usos da técnica, menor a probabilidade de ela ser aceita) e a preferência pelo envolvimento dos pais durante o uso da técnica¹²⁻¹⁴. Além disso, foi descrito que crianças e adolescentes que se lembram de tratamentos odontológicos feitos com estabilização protetora (por dentistas não especializados) em algum momento de suas vidas têm maior medo e ansiedade odontológicos¹⁵.

As evidências publicadas nos ajudam a entender como a estabilização protetora é percebida em diferentes contextos específicos de cada país, bem como nas populações hispânicas (principalmente nos EUA, onde a população mexicana é uma grande parte desse grupo étnico)^{4,6,10,11,16}. No entanto, ainda há muito pouco entendimento sobre esse assunto, a partir de uma perspectiva de pesquisa qualitativa. Há ambientes em que é difícil implementar TOCs farmacológicos (ou seja, sedação e/ou anestesia geral) devido ao custo e/ou à infraestrutura e, portanto, a estabilização protetora é, muitas vezes, o único TOC avançado que um dentista pode usar. É importante expandir nosso entendimento sobre as experiências e percepções compartilhadas de TOCs em todo o mundo e, ao mesmo tempo, descrever as diferenças culturais e específicas do contexto para dentistas

que atendem a diversas populações pediátricas. A estabilização protetora geralmente representa um desafio para a implementação e é necessário compreender as percepções da técnica para garantir que ela seja usada de maneira ideal.

Por tanto, o objetivo deste estudo foi analisar qualitativamente a percepção dos pais do sudeste mexicano cujos filhos frequentavam uma clínica de residência em odontopediatria em relação ao uso da estabilização protetora como uma técnica de orientação comportamental, com ênfase na importância da técnica, na necessidade de seu uso, na atitude afetiva, no risco ou dano percebido, em seus benefícios e na aceitabilidade.

Materiais e métodos

Os autores seguiram as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁷.

Aspectos éticos

Este estudo recebeu aprovação da Faculdade de Odontologia da Universidade Autônoma de Yucatán (FOUPI nº 550-A/2021). A presente pesquisa seguiu os princípios éticos para pesquisa médica em seres humanos estabelecidos na Declaração de Helsinque para proteger a privacidade das pessoas que participaram da pesquisa e a confidencialidade de suas informações pessoais. A NOM-012-SSA3-2012 mexicana também foi seguida, pois estabelece os critérios para a execução de projetos de pesquisa em

saúde em seres humanos, garantindo que o estudo não exponha o sujeito da pesquisa a riscos desnecessários e que os benefícios esperados sejam maiores do que os riscos previsíveis. O consentimento informado por escrito foi coletado de todos os participantes.

Projeto do estudo, embasamento teórico e seleção de participantes.

Os dados foram coletados por meio de grupos focais presenciais. A amostragem dos participantes foi realizada por meio de uma amostragem de casos típica e intencional¹⁸, recrutando pais que levaram seus filhos a uma clínica de residência em odontologia pediátrica em uma universidade pública em uma cidade do sudeste do México (Mérida, Yucatán). A fenomenologia orientou este estudo, pois essa abordagem de pesquisa qualitativa busca entender experiências comuns ou compartilhadas¹⁹. Neste estudo, a compreensão das percepções dos pais sobre o uso da técnica de estabilização protetora para tratamentos odontológicos pediátricos foi o fenômeno a ser estudado. O tamanho da amostra para este estudo foi orientado pela teoria qualitativa fenomenológica descrita anteriormente²⁰.

Uma vez identificados os possíveis pais interessados, eles foram organizados em dois grupos. O primeiro grupo consistia de pais com idade entre 18 e 30 anos e o segundo grupo de pais com mais de 30 anos de idade. Os participantes foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: pais cujos filhos não tinham necessidades especiais de cuidados com a saúde, haviam sido examinados (mas ainda não tratados) na clínica de residência em odontologia pediátrica, eram de origem

do sudeste mexicano e não haviam recebido tratamento odontológico com a técnica de estabilização protetora.

Coleta de dados

Os pais foram informados sobre os objetivos da pesquisa e consentiram que o grupo focal do qual estavam participando fosse gravado audiovisualmente com uma câmera Canon© EOS Rebel T7. As sessões do grupo de foco foram conduzidas por um moderador (Autor ALP) que começou dando as boas-vindas aos participantes com uma atividade para "quebrar o gelo". Em seguida, os pais assistiram a um vídeo sobre a técnica de estabilização protetora produzido pela equipe de pesquisa. O vídeo consistia em uma simulação da técnica de estabilização protetora (de forma ativa e passiva) e uma explicação de seus objetivos, indicações e limitações em termos simples e culturalmente apropriados. Posteriormente, um roteiro semiestruturado foi usado para orientar o diálogo, que incluía solicitações que abrangiam os seguintes temas relacionados à técnica de estabilização protetora: importância, necessidade, resposta afetuosa, risco ou dano percebido, benefícios e aceitabilidade do uso da técnica. Os tópicos do roteiro derivaram dos temas relatados por Ilha M. C. et al. (2020), nos quais foi explorada a percepção sobre o uso da estabilização protetora entre mães, psicólogos e odontopediatras¹². Os pais puderam compartilhar e se envolver até que desejassesem fazê-lo ou até que a saturação fosse atingida. Foram feitas anotações de campo, que foram revisadas no final da reunião com os participantes para permitir a verificação dos membros. Por fim, os participantes foram agradecidos e receberam uma compensação monetária por seu tempo e participação.

Análise de dados

Para a análise dos dados, o áudio gravado foi primeiro transscrito. Para garantir que as opiniões expressas de cada participante fossem capturadas, os erros linguísticos e as expressões culturais foram preservados. Ao traduzir para o inglês na preparação para esta publicação, os pronomes específicos de gênero que se referiam a crianças em espanhol (el/la) foram neutralizados para uma melhor tradução, pois os autores consideraram que isso não alterou o contexto e/ou o conteúdo. Foi seguida a técnica de análise setemática de Braun &Clark, usando o software ATLAS.ti 9^{©21}. A análise dos dados foi dedutiva, pois se baseou nas categorias previamente estabelecidas no roteiro semiestruturado. Os resultados foram descritos a partir do conjunto de códigos e tipologias, destacando as ideias principais, avaliando a plausibilidade e compreendendo a relação entre os temas com base no objetivo da pesquisa.

Declaração de Reflexividade e Posicionalidade

Todos os autores participantes (exceto o autor JLO) são dentistas pediátricos treinados clinicamente no México. Eles reconhecem a diferença de poder que pode existir entre os participantes (pais do estudo) e a interpretação conduzida pela equipe de pesquisa. Na opinião dos autores, a experiência em odontologia pediátrica permite que a análise adote uma perspectiva de provedor odontológico, de acordo com uma abordagem fenomenológica. Além disso, os autores ALP, JLO e RSP também são pais de duas crianças (cada um) e

reconhecem sua posição em relação aos tópicos apresentados. A verificação dos membros permitiu a triangulação dos resultados com os participantes, obtendo assim confiabilidade.

Resultados

A amostra consistiu em um total de 15 pais entre os dois grupos de foco realizados. Dos pais participantes, 10 (66,67%) se identificaram como mães (mulheres) com uma média de idade de 34,90 anos (DP $\pm 10,15$) e 5 (33,33%) se identificaram como pais (homens) com uma média de idade de 38,40 anos (DP $\pm 14,10$). As características dos participantes estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características demográficas dos participantes do estudo

Grupo Focal 1 (Pais com idades entre 18 e 29 anos)	
Gênero	Idade
Mãe 1	22
Mãe 2	27
Mãe 3	29
Mãe 4	23
Pai 1	21
Pai 2	29

Grupo Focal 2 (Pais com 30 anos ou mais)	
Gênero	Idade
Mãe 5	34
Mãe 6	35
Mãe 7	41
Mãe 8	45
Mãe 9	54
Mãe 10	39
Pai 3	46
Pai 4	57
Pai 5	39

A análise dedutiva permitiu que os resultados fossem organizados dentro dos temas derivados do roteiro. São apresentadas citações selecionadas dos temas.

Importância do uso da estabilização protetora

Em um sentido geral, os pais reconheceram a importância de usar a estabilização protetora durante os tratamentos odontológicos pediátricos. Houve um reconhecimento específico da adoção da técnica para evitar movimentos indesejados/indesejados que poderiam ocorrer e, por sua vez, prejudicar o paciente e/ou a equipe odontológica.

...como ela [a criança] pode ver o que está prestes a ser feito com ela [tratamento odontológico], ela pode usar as mãos ou se machucar de outras formas. Ela poderia usar as mãos ou bater na pessoa que está trabalhando. (Mãe 2, 27 anos)

...então, sim, acho que é uma opção muito boa para evitar que elas [as crianças] se machuquem e até mesmo para evitar que machuquem o médico chutando. (Pai 3, 46 anos)

Necessidade de usar a estabilização protetora

Os pais reconheceram que essa técnica é necessária para crianças com falta de capacidade de obedecer durante os tratamentos odontológicos. Foi dito que o uso da estabilização protetora era importante para evitar danos às crianças e à equipe odontológica e que o uso eficaz levaria à conclusão dos tratamentos de

forma segura para ambas as partes. Os pais reconheceram que a necessidade de usar essa técnica se baseia nas circunstâncias e acreditam que isso deve se tornar um fator importante na decisão de usá-la.

...a segurança da criança está em primeiro lugar e essa [estabilização protetora] é outra opção se ela não estiver relaxada; porque, bem, como se diz, há crianças que têm "um instinto" e, se a intervenção [tratamento odontológico] for necessária, devemos ir em frente e usá-la porque também estou preocupada com a saúde dela. (Mãe 6, 35 anos)

...também chega um ponto em que elas [as crianças] não aceitam o tratamento voluntariamente e é nesse momento que essa técnica deve ser usada. Ela dá a oportunidade de realizar o tratamento com segurança. (Pai 3, 46 anos)

Resposta afetuosa (em relação ao filho) com o uso da estabilização protetora

Preocupação, desespero e medo foram expressos pelos participantes como resposta após terem assistido ao vídeo, comentando especificamente sobre as abordagens de estabilização protetora ativa e passiva.

Eu me preocupo com o fato de que elas [as crianças] possam desenvolver algum tipo de trauma por estarem amarradas, acho que é mais impactante o fato de elas estarem "amarradas". (Mãe 7, idade)

Estou com medo porque a criança está se movimentando [enquanto usa a estabilização protetora] e não fica parada. (Mãe 1, 22 anos)

Fiquei desesperado ao vê-los [a criança] amarrados, mas sabemos que é para a saúde e o bem-estar deles. (Pai 4, Idade 57)

Percepção de risco ou dano à criança ao usar a estabilização protetora

Os pais mencionaram que, devido à força aparente que o dentista ou a equipe poderia aplicar ao usar a estabilização protetora, a criança poderia sofrer danos físicos. Além disso, ficou implícito que, devido à idade precoce, as crianças pequenas podem não sofrer danos emocionais porque raramente têm lembranças de experiências passadas durante essa fase da vida.

Percebo que há danos físicos porque imagino que eles os agarram [a criança] com força e causam danos psicológicos porque a criança é amarrada como se fosse um animal pequeno, deixando-a nervosa quando saem [da consulta]. (Mãe, 22 anos)

Não acho que isso os afete muito psicologicamente, pois, se forem crianças pequenas, eles esquecem; quando chegam em casa, já se esqueceram. (Pai 4, 57 anos)

Benefícios do uso da estabilização protetora

Os pais perceberam que, entre os principais benefícios do uso da estabilização protetora, estão fato de que ela evita que as crianças sejam amarradas, além de permitir que os tratamentos odontológicos sejam concluídos de forma "mais rápida". Durante as conversas, houve um entendimento de

que os benefícios do uso da estabilização protetora superam os possíveis riscos que poderiam surgir se a técnica não fosse usada.

Isso evita que eles se machuquem.... (Mãe 8, 45 anos).

...Se elas sentem que algo vai ser feito com elas [as crianças], instintivamente, elas querem levantar a mão e bater no rosto [do dentista] ou na mão, para machucá-las de volta. Há crianças que não gostam de ficar quietas, de sofrer pressão física ou de ficar totalmente paralisadas. (Pai 5, 39 anos)

Aceitabilidade do uso da estabilização protetora

Finalmente, com relação à aceitabilidade da técnica, alguns participantes preferiram a estabilização protetora ativa, enquanto outros preferiram a passiva.

Aqueles que preferiram a estabilização protetora ativa mencionaram que, ao fazer parte da implementação da técnica, eles têm a oportunidade de dar apoio à criança na forma de conforto confiança, observar a maneira como o tratamento está sendo conduzido e sentir que estão fazendo o bem para a criança.

Eu me sentiria calmo se participasse e visse o que estão fazendo com eles.... se eu participasse durante o tratamento, a criança ficaria mais confiante. (Mãe 3, 29 anos)

Se ajudássemos, nos sentiríamos melhor porque poderíamos sentir que estamos

ajudando a fazer o trabalho direito. (Pai 2, 29 anos)

É melhor com o assistente, o assistente segura a criança, mas conversa com ela e lhe dá confiança, é diferente se uma pessoa estiver segurando você em comparação com um aparelho. (Mãe 4, 23 anos).

Aqueles que preferiram a estabilização passiva mencionaram que o fizeram por considerarem que os profissionais são treinados e que podem transmitir confiança ao paciente usando a técnica de maneira adequada, enquanto os pais não o fariam. Outros pais preferiram essa abordagem porque não queriam causar danos psicológicos à criança, já que eles são a figura de apego e segurança da criança.

...Mas se eu pensar no risco, prefiro que eles os amarem porque, se um dos pais os agarrar, eles podem se soltar facilmente e se machucar. (Mãe 7, 41 anos)

Prefiro que eles usem o dispositivo, imagine o trauma, a dor e tudo mais. (Mãe 1, 27 anos).

Discussão

Este estudo destaca as complexidades por trás do uso, da percepção e da aceitação da estabilização protetora. Os resultados expandem ainda mais o conhecimento sobre a percepção de um TOC que permanece sensível na opinião pública e profissional. No entanto, a estabilização protetora parece ser aceita dependendo da circunstância, conforme refletido

pelos resultados deste estudo. O cenário de aceitação e abordagens de diferentes TOCs parece estar mudando, mas, para entender completamente esse fenômeno, precisamos diversificar e ampliar as vozes dos pais em todo o mundo.

No caso deste estudo (um serviço baseado em uma universidade do sudeste do México), o contexto é altamente relevante. Os serviços odontológicos disponíveis tanto para os pacientes (para acesso) quanto para os profissionais de odontologia (para uso) não são os mesmos relatados em outras literaturas do norte global ou da Europa. Os autores consideram que o contexto do estudo é semelhante à realidade de outras regiões da América Latina, bem como de países com condições socioeconômicas semelhantes. Está documentado que o uso de TOCs farmacológicos está se tornando mais comum nos Estados Unidos da América, bem como em países com economias e serviços de saúde mais desenvolvidos²². O uso de TOCs farmacológicos no contexto deste estudo não é comum, pois essa abordagem geralmente representa um custo significativo para o paciente, o provedor e/ou o serviço de saúde. Outros estudos semelhantes indicaram que os TOCs farmacológicos regularmente representam implicações legais e/ou econômicas significativas e, portanto, não são viáveis ou a primeira opção para os prestadores de serviços odontológicos^{11,12}.

Os resultados deste estudo sugerem que, embora os pais reconheçam a técnica de estabilização protetora como importante e necessária para manter a segurança da criança e do dentista (bem como

para melhorar a qualidade da execução dos tratamentos odontológicos), alguns pais percebem a técnica como agressiva e consideram que seu uso poderia prejudicar física ou emocionalmente a criança. Esses achados são semelhantes aos de outros estudos qualitativos, pois foi relatado que as mães expressaram sentir agonia, pena e nervosismo ao ver seus filhos em situações vulneráveis, bem como sentir culpa ou traer a criança por ter de usar a técnica^{12,23}. Não é desejável que os pais saiam com esses sentimentos, e é preciso fazer mais para que eles estejam cientes do que o uso da estabilização protetora implicará antes do tratamento de seu filho. Além disso, foi identificado que os pais têm ideias conflitantes sobre o uso da estabilização ativa ou passiva e, portanto, as preferências devem ser identificadas e estabelecidas antes da implementação da técnica.

Uma descoberta interessante dentro do escopo deste estudo está relacionada às diferenças existentes entre a idade dos pais e a aceitação da técnica. Os pais com 30 anos ou mais parecem ter uma percepção mais positiva sobre a compreensão da necessidade do uso da estabilização protetora. Esses achados estão alinhados com estudos semelhantes e essa tendência foi explicada pelas diferenças na educação dos pais que podem existir entre as diferentes gerações^{13,24}.

Este estudo destaca a importância de considerar as possíveis diferenças culturais entre as populações que tratamos, pois foi sugerido que as crianças se tornam membros da cultura por meio

da interação com seus pais, enquanto o desenvolvimento social depende do ambiente²⁵. Isso é relevante nas sociedades multiculturais modernas existentes, pois precisamos entender melhor os contextos de nossas práticas odontológicas, bem como desenvolver adequadamente a competência cultural^{26,27}. Foi sugerido que, na odontopediatria, respeitar os valores culturais, entender o impacto das crenças e práticas e estabelecer uma comunicação adequada são fatores-chave para o comportamento do paciente e a adesão da família². Devemos estar atentos às diferenças de preferências de TOCs em nossas práticas, pois as famílias podem estar imigrando de áreas que não oferecem TOCs não farmacológicos rotineiramente e podem estar mais inclinadas a usar uma técnica com a qual estejam familiarizadas ou podem precisar de mais informações para tomar uma decisão totalmente consentida sobre como querem que seu filho seja tratado²⁸.

Este estudo tem a limitação de que a única estratificação entre os participantes foi a diferença de idade. A compreensão de outros fatores, como nível educacional, experiências odontológicas dos próprios pais e nível socioeconômico, poderia enriquecer as informações e fornecer percepções mais profundas. Além disso, o estudo das características geracionais dos pais (ou seja, "pais Boomer" vs. "pais Millennials") poderia delinear outras diferenças. Outra limitação é o fato de que o vídeo apresentado exemplificou um cenário em que a técnica de estabilização protetora foi implementada em "condições ideais", e nenhuma outra técnica (por exemplo,

farmacológica) foi mostrada. Por fim, os autores reconhecem que o México é um país diversificado e que esses resultados não podem representar a totalidade da população (ou de outras populações). Os autores teorizam que a diversidade nos resultados seria encontrada se o estudo fosse replicado além da área regional específica amostrada, bem como em contextos entre países; para isso, eles pedem que mais pesquisas dessa natureza sejam realizadas para entender melhor esse tópico.

A escolha de usar a estabilização protetora deve ser bem justificada e, devido à natureza da técnica, é necessário entender a percepção dos pais para que tanto eles quanto a criança se sintam confiantes em seu uso. Estudar essa técnica em um contexto cultural específico, como foi o caso deste estudo, ajudará a comunidade de odontopediatria a aplicar melhor esses resultados em contextos semelhantes ao atual.

Conclusões

Na população estudada, a percepção da estabilização protetora ainda é complexa entre os pais, mas é geralmente aceita como uma forma de tratar as crianças quando é indicada e considerada necessária. Os pais desejam evitar os danos físicos e psicológicos percebidos que a estabilização

protetora poderia causar em seus filhos e, portanto, mais compreensão, empatia e respeito devem acompanhar essa abordagem quando usada. Este estudo ilustra os pontos de vista dos pais sobre um tópico relevante da odontopediatria em uma população geralmente pouco informada e pode servir como um paralelo para comparação em outros contextos semelhantes.

Financiamento:

Nenhum financiamento foi recebido para este projeto.

Conflitos de interesse:

Os autores declaram não haver Conflitos de Interesses.

Abreviaturas

- TOC/TOCs: Técnicas de orientação comportamental.
- COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Critérios Consolidados para Relatórios de Pesquisa Qualitativa)
- FOUPI: Unidade de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de Yucatán

Agradecimentos:

Os autores gostariam de agradecer à Universidad Autónoma de Yucatán (Universidade Autônoma de Yucatán) por fornecer as instalações onde este estudo foi realizado, bem como aos participantes que fizeram parte deste estudo.

Referências bibliográficas

1. Strange DM. The evolution of behavior guidance: a history of professional, practice, corporate and societal influences. *Pediatr Dent [Internet]*. 2014;36(2):128-31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717750>

2. Goleman J. Cultural factors affecting behavior guidance and family compliance. *Pediatr Dent* [Internet]. 2014;36(2):121-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24717749>
3. Dhar V, Gosnell E, Jayaraman J, Law C, Majstorović M, Marghalani AA, et al. Nonpharmacological Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *Pediatr Dent* [Internet]. 2023; 15;45(5):385-410. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37904260>
4. Chang CT, Badger GR, Acharya B, Gaw AF, Barratt MS, Chiquet BT. Influence of Ethnicity on Parental Preference for Pediatric Dental Behavioral Management Techniques. *Pediatr Dent* [Internet]. 2018; 15;40(4):265-72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30345965>
5. Theriot AL, Gomez L, Chang CT, Badger GR, Herbert AK, Cardenas Vasquez JM, et al. Ethnic and language influence on parents' perception of paediatric behaviour management techniques. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2019;29(3):301-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30618210>
6. AlZoubi L, Schmoekel J, Mustafa Ali M, Splieth CH. Parental acceptance of advanced behaviour management techniques in paediatric dentistry in families with different cultural background. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2021; 1;22(4):707-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33768499>
7. Townsend JA, Peng J, McDaniel JC, Casamassimo PS. Acceptability of medical immobilization: Results from a pilot international survey. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2022; 1;32(5):693-701. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34923688>
8. American Academy of Pediatric Dentistry. Use of Protective Stabilization for Pediatric Dental Patients. The Reference Manual of Pediatric Dentistry [Internet]. 2024;379-85. Available from: https://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/BP_Protective.pdf
9. Peretz B, Kharouba J, Blumer S. Pattern of parental acceptance of management techniques used in pediatric dentistry. *J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2013;38(1):27-30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24579279>
10. Martinez Mier EA, Walsh CR, Farah CC, Vinson LA, Soto-Rojas AE, Jones JE. Acceptance of Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry by Parents From Diverse Backgrounds. *Clin Pediatr (Phila)* [Internet]. 2019;58(9):977-84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31068000>
11. Boka V, Arapostathis K, Vretos N, Kotsanos N. Parental acceptance of behaviour-management techniques used in paediatric dentistry and its relation to parental dental anxiety and experience. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2014;15(5):333-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676547>
12. Ilha MC, Feldens CA, Razera J, Vivian AG, de Rosa Barros Coelho EM, Kramer PF. Protective stabilization in pediatric dentistry: A qualitative study on the perceptions of mothers, psychologists, and pediatric dentists. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021; 1;31(5):647-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33220112>
13. Wan Mokhtar I, Syazana Mohd Suhaimi A, Suryalis Ahmad M, Hazwani Baharuddin I, Iryani Izzaty Andytan N. The Papoose Boar apoose Board: Parents' Perceptions and Attitudes of of Its Usage in Their Child's Dental Treatment. *Journal of Dentistry Indonesia* [Internet]. 2019;26(3). Available from: <https://scholarhub.ui.ac.id/jdi/vol26/iss3/3/>
14. Patel M, McTigue DJ, Thikkurissy S, Fields HW. Parental Attitudes Toward Advanced Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent* [Internet]. 2016;38(1):30-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26892212>
15. Aarvik RS, Svendsen EJ, Agdal ML. Held still or pressured to receive dental treatment: self-reported histories of children and adolescents treated by non-specialist dentists in Hordaland, Norway. *Eur Arch Paediatr Dent* [Internet]. 2022;23(4):609-18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35763246>
16. Hill B, Fadavi S, LeHew CW, Rada R. Effect of Caregiver's Race and Ethnicity on Acceptance of Passive Immobilization for Their Child's Dental Treatment. *J Dent Child (Chic)* [Internet]. 2019; 15;86(1):3-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30992095>
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007;19(6):349-57. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>
18. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2018;24(1):9-18. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29199486>
19. Rodriguez A, Smith J. Phenomenology as a healthcare research method. *Evid Based Nurs* [Internet]. 2018;21(4):96-8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30201830>
20. Creswell John, Poth Cheryl. Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. Fourth. Thousand Oaks, CA: SAGE; 2017. 75-79 p.

21. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006;3(2):77–101. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>
22. Wells MH, McCarthy BA, Tseng CH, Law CS. Usage of Behavior Guidance Techniques Differs by Provider and Practice Characteristics. *Pediatr Dent* [Internet]. 2018;40(3):201–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29793567>
23. Malik P, Ferraz Dos Santos B, Girard F, Hovey R, Bedos C. Physical Constraint in Pediatric Dentistry: The Lived Experience of Parents. *JDR Clin Trans Res* [Internet]. 2022;7(4):371–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34628965>
24. Townsend J, Wells MW, Dormois L. Societal Influences on the Contemporary Family. In: Kupietzky A, editor. *Wright's Behavior Management in Dentistry for Children*. 3rd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.; 2022. p. 57–75.
25. Cauce AM. Parenting, Culture, and Context: Reflections on Excavating Culture. *Appl Dev Sci* [Internet]. 2008;12(4):227–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10888690802388177>
26. Gray B. Culture, cultural competence and the cross-cultural consultation. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2018;54(4):343–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29114955>
27. Selin H, editor. *Parenting Across Cultures* [Internet]. Dordrecht: Springer Netherlands; 2014. (Science Across Cultures: The History of Non-Western Science; vol. 7). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-94-007-7503-9>
28. Arellano Lucero A, Arriola-Pacheco Fabio, Pinzon Té AL, Law C, Meyer C, Serrano Piña R. Behaviour Guidance. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021;31(S2):62–85. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijd.12861>

Recibido 26/02/24

Aceptado 20/05/25

Correspondencia: Fabio Gregorio Arriola Pacheco, correo: f-ariiola@hotmail.com