

FABIANA ORO CERICATO COSTA

**UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO COMO RECURSO MEDIADOR NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES INTERNADOS NA
ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO HU/UFSC**

Florianópolis - SC

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FABIANA ORO CERICATO COSTA

**UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO COMO RECURSO MEDIADOR NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES INTERNADOS NA
ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO HU/UFSC**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Odontologia da Universidade Federal de Santa
Catarina como requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Odontologia.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Soares Fernandes

Florianópolis

2005

FABIANA ORO CERICATO COSTA

**UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO COMO RECURSO MEDIADOR NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM PACIENTES INTERNADOS NA
ENFERMARIA PEDIÁTRICA DO HU/UFSC**

Esta Dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do título de Mestre em Odontologia no Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 15 de dezembro de 2005.

Prof. Dr. Ricardo de Souza Vieira
Coordenador do PPGO/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Soares Fernandes
Presidente

Prof. Dr. Gilsée Ivan Regis Filho
Membro

Prof^ª. Dr^ª. Maria Marlene de Souza Pires
Membro

Prof. Dr. Cláudio José Amante
Membro

As minhas fontes de amor e respeito:

Alexandre, esposo e amigo querido.

Meus pais, Domingo e Judite.

Minha irmã Graziela.

AGRADECIMENTOS

A Prof^ª. Dr^ª. Ana Paula Soares Fernandes, *amiga-orientadora e orientadora-amiga*, por ter-me orientado e pela confiança depositada em mim: espero ter dado conta do recado.

Aos queridíssimos alunos Leandro, Luciane e Romiane, pelo auxílio e dedicação empregados na coleta de dados – muito obrigada.

Ao Prof. Dr. Gilsée Ivan Regis Filho, pelo exemplo, ensinamentos, conselhos, confiança e oportunidade.

A todos os colegas da área de concentração em Odontologia em Saúde Coletiva, em especial ao Prof. MSc. Calvino Reibnitz Júnior, quem no decorrer deste ano me ensinou o verdadeiro significado da palavra “amigo”.

A Prof^ª. Dr^ª. Anita Maria da Rocha Fernandes, pelas valiosas contribuições no desenvolvimento deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Cláudio José Amante, pela experiência compartilhada.

Em nome do Prof. Dr. Carlos Alberto Justo da Silva, a todos os funcionários do Hospital Universitário.

A Prof^ª. Dr^ª. Maria Marlene de Souza Pires pelo aceite do convite para fazer parte da banca deste trabalho.

Aos meus amigos, em nome de Mariana Gomes Bublitz, Cleide Regina Mesadri Scherer e Cristiane Fernandes Pereira pela força e torcida.

Finalmente, nossos agradecimentos a COLGATE pelos kit´s de higiene bucal gentilmente cedidos para a realização do trabalho.

“ Sucesso é você fazer melhor que você pode, nas
diversas maneiras que você puder(...) Nunca
se dê por vencido naquilo que você faz...
Para tudo existe um amanhã e
uma chance para brilhar”
(Larry S. Chengges)

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	9
RESUMO.....	12
ABSTRACT.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Problema.....	16
1.2 Objetivos.....	17
1.2.1 Objetivo geral.....	17
1.2.2 Objetivos específicos.....	17
1.3 Justificativa.....	18
1.4 Relevância e contribuição científica.....	19
1.5 Estrutura do trabalho proposto.....	20
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	22
2.1 A enfermagem pediátrica.....	22
2.2 Manejo de comportamento da criança durante o atendimento odontológico.....	28
2.2.1 Métodos de contenção.....	30
2.3 Ludoterapia.....	33
2.3.1 Desenhos-estórias de Walter Trinka.....	34
2.3.2 Utilização do brinquedo como recurso mediador no atendimento odontológico.....	35
2.3.3 O brincar como ferramenta de recreação na enfermagem pediátrica.....	37

3. UM ESTUDO DE CASO.....	40
3.1 A implantação de um projeto para orientação à higiene bucal utilizando o “brinquedo” em pacientes internadas na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário.....	40
3.2 Metodologia para levantamento dos dados.....	42
3.2.1 Caracterização da região de estudo.....	42
3.2.2 Anamnese.....	43
3.2.3 Confeção do “brinquedo”	44
3.2.4 Atendimento odontológico.....	48
3.2.5 Aspectos éticos.....	50
3.3 Metodologia estatística para tratamento dos dados.....	50
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	52
4.1 Perfil do paciente atendido na enfermaria pediátrica.....	52
4.2 Perspectiva da mãe/responsável do comportamento da criança frente ao atendimento odontológico.....	56
4.3 Análise do “brinquedo” como recurso mediador.....	57
4.4 Comportamento da criança durante o atendimento odontológico.....	62
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
5.1 Conclusões.....	68
5.2 Recomendações para a Instituição.....	69
6. REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICE.....	76
ANEXOS.....	83

LISTA DE SIGLAS

HU – Hospital Universitário

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUS – Sistema Único de Saúde

EPI – Equipamento de proteção individual

PNH – Política Nacional de Humanização

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Membro da equipe executora esclarecendo o trabalho a mãe e realizando a anamnese.....	44
Figura 2 -	Foto do material fornecido as crianças para a confecção do “brinquedo”.....	45
Figura 3 -	Foto ilustrativa da montagem da base do “brinquedo” pela criança	46
Figura 4 -	Foto ilustrativa da montagem do restante da cabeça e da fixação dos olhos do “brinquedo” pela criança.....	46
Figura 5 -	Foto ilustrativa da montagem com cera utilidade e dentes artificiais dos dentes e gengiva do “brinquedo” pela criança.....	47
Figura 6 -	Foto ilustrativa da montagem do “brinquedo” finalizada pela criança.....	47
Figura 7 -	Foto ilustrativa da criança prestando atendimento odontológico profilático no “brinquedo”.....	48
Figura 8 -	Foto ilustrativa da criança recebendo atendimento odontológico profilático.....	49
Figura 9 -	Foto ilustrativa da criança recebendo o kit de higiene bucal.....	50
Figura 10 -	Distribuição por faixa etária, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	53
Figura 11 -	Representação gráfica percentual do motivo de internação das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	53
Figura 12 -	Distribuição percentual em relação ao histórico odontológico das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	54
Figura 13 -	Representação gráfica da taxa de ingestão de açúcar das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.	55
Figura 14 -	Distribuição do número de escovações diárias, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.	55
Figura 15 -	Perspectiva da mãe/responsável em relação ao comportamento das	

	crianças durante o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	57
Figura 16 -	Distribuição percentual das respostas dadas pelo aluno com relação ao método utilizado como mediador para o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	58
Figura 17 -	Distribuição das respostas dadas pelo aluno em relação ao interesse da criança pelo “brinquedo” para o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	59
Figura 18 -	Distribuição percentual das respostas dadas pelos alunos com relação a enfermaria ser um local apropriado para a realização de atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	61
Figura 19 -	Distribuição das crianças em relação ao comportamento durante o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	62
Figura 20 -	Distribuição das crianças em relação a uma melhora na sua postura durante o atendimento odontológico profilático com a utilização de um método mediador, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	63
Figura 21 -	Opinião dos pais e/ou responsáveis sobre o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	64
Figura 22 -	Inter-relação da freqüência de ingestão de açúcar e a orientação de higiene oral, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	65
Figura 23 -	Inter-relação da orientação de higiene bucal e pessoa responsável pela escovação, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.....	66

Figura 24 - Inter-relação do sexo da criança e o comportamento manifestado durante o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005. 67

COSTA, F.O. C. Utilização do “brinquedo” como recurso mediador na promoção de saúde bucal em pacientes internados na enfermaria pediátrica do HU/UFSC. Florianópolis, 2005. Dissertação de mestrado (Programa de Pós-graduação em Odontologia). UFSC, 2005.

RESUMO

O atendimento da criança na prática clínica odontológica interfere diretamente na qualidade dos procedimentos desenvolvidos pelo cirurgião-dentista. Dentre as diversas alternativas de mediação de comportamento, este trabalho aborda a utilização do “brinquedo” como recurso mediador no atendimento odontológico de crianças, o qual pode ser destacado como método eficiente e bem aceito pelos pacientes. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi avaliar a utilização do “brinquedo” como recurso mediador no atendimento odontológico profilático de crianças internadas em enfermaria pediátrica. A pesquisa desenvolvida contou com a participação de 50 crianças (4-10 anos) internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC no período de maio a julho de 2005. Os dados obtidos foram analisados obedecendo ao perfil do paciente atendido e a perspectiva da mãe/responsável do comportamento frente ao atendimento odontológico. Após a avaliação dos dados pode-se concluir que nesta população o “brinquedo” em 84%(42) atuou efetivamente como recurso mediador durante o atendimento odontológico. Identificou-se também a necessidade de inserção de um programa de promoção de saúde no Hospital Universitário, atendimento odontológico profilático em crianças internadas na enfermaria pediátrica, com base na utilização do brinquedo como recurso mediador e de uma interação maior com todos os profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: brinquedo, enfermaria pediátrica, manejo de comportamento.

Autora: Fabiana Oro Cericato Costa

Orientadora: Prof^ª. Ana Paula Soares Fernandes, Dr^ª.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

Dissertação de Mestrado em Odontologia

Área de Concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Florianópolis, 15 de dezembro de 2005.

COSTA, F.O. C. Use of “toy” as mediating resource in the promotion care the children interned in pediatric infirmary of UH/UFSC. Florianopolis, 2005. Dissertation of Master’s. (Pos-graduation Program in Dentistry). UFSC, 2005.

ABSTRACT

Attendance of the child in the odontological practice clinic intervenes directly with quality of the procedures developed for dentist. Amongst alternatives of behavior mediation, this work approaches the use of the "toy" as mediating resource in the odontological attendance of children, which can be detachment as efficient and well accepted method for the patients. In this direction, the objective of this work was to evaluate the use of the "toy" as mediating resource in the prophylactic treatment odontological attendance of children interned in pediatric infirmary. The developed research counted on the participation of 50 children (4-10 years) interned in the pediatric infirmary of the UH/UFSC in the period of May the July of 2005. The gotten data had been analyzed obeying to the profile of the taken care of patient and the perspective of the mother/responsible of the behavior front the odontological attendance. After evaluation data can be concluded that in this population the "toy" in 84%(42) acted effectively as mediating resource during the odontological attendance. Prophylactic odontological attendance in children interned in the pediatric infirmary was also identified to necessity of insertion of a health promotion program in the University Hospital, on the basis of the use of the toy as mediating resource e, of an interaction bigger as all the health professionals.

Keywords: toy, pediatric infirmary, behavior management

Authoress: Fabiana Oro Cericato Costa

Advisor: Profa. Ana Paula Soares Fernandes, Dra.

THE FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
GRADUATION PROGRAM IN ODONTOLOGY

Odontology Master`s Dissertation

Major: Collective Health in Odontology

Florianópolis, december 15, 2005.

1. INTRODUÇÃO

A hospitalização da criança pode ser configurada como uma experiência potencialmente traumática (JUNQUEIRA, 2003). Neste momento ocorre um afastamento da criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar, além de promover um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa e punição. Para dar conta de elaborar essa experiência torna-se necessário que a criança possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento (MITRE; GOMES, 2004).

Nessa perspectiva, o brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis (MITRE, 2000). Para que isto ocorra faz-se necessário reconhecer que cada criança partilha de uma cultura lúdica. Essa cultura é formada a partir da introjeção de regras oriundas do meio social que são particularizadas pelo indivíduo (BROUGÉRE, 2002).

Para Araújo (2003) as doenças bucais constituem atualmente um importante problema de saúde pública, não somente devido à sua alta prevalência, mas também pelo seu impacto em nível individual e coletivo, em termos de dor, desconforto, limitações sociais e funcionais, o que afeta a qualidade de vida.

A doença cárie juntamente com as doenças periodontais constituem as afecções de maior prevalência na cavidade bucal, podendo também acometer crianças e levar à perda precoce de elementos dentais quando não tratadas adequadamente (GUEDES-PINTO, 2001).

De acordo com Lascala (1997) a constante evolução dos conceitos de promoção de saúde e o entendimento epidemiológico de multifatorialidade e da proposta de tratamento segundo o risco, a prática odontológica voltou-se para a promoção de saúde, enfatizando-se a necessidade de atuação nos agentes predisponentes ou causadores das doenças e não somente no tratamento cirúrgico-restaurador.

O atendimento da criança na prática clínica odontológica não é uma tarefa fácil e interfere diretamente na qualidade dos procedimentos a serem realizados. É de fundamental importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimentos psicológicos, das etapas de desenvolvimento da criança e da utilização de diferentes linguagens para as diferentes faixas etárias. Tais conhecimentos aplicados na clínica infantil ajudam na compreensão dos problemas de comportamento apresentados pelo paciente infantil e, conseqüentemente, na utilização de métodos mais eficazes ao seu manejo e preparo psicológico. Os métodos mais utilizados para controle e modificação de comportamento em odontopediatria através da comunicação são: comunicação verbal, controle de voz, distração, reforço positivo, falar-mostrar-fazer, e utilização do brinquedo como recurso mediador (CORRÊA, 1999).

Na maioria dos casos o paciente no início do tratamento porta-se de forma desconfiada, ressabiada, porém cabe ao cirurgião-dentista conquistar aos poucos a confiança deste paciente, facilitando o atendimento. Contudo existem casos em que se torna impossível o atendimento da criança, sendo necessário utilizar outros métodos como a contenção física ou até mesmo a sedação. Cabe ao profissional empregar o método que melhor se adapte a cada tipo de atendimento de acordo com o comportamento infantil e que possa trazer menos agravo ao paciente.

1.1 Problema

A realização do atendimento odontológico infantil e a sua qualidade estão diretamente relacionadas com a dificuldade de gerenciamento do comportamento da criança durante o tratamento. Frente ao atendimento do paciente pediátrico, o cirurgião-dentista se porta de diferentes formas. Alguns optam pela realização imediata do procedimento por meio de contenção física, outros optam pela utilização da contenção química ou, ainda, pela utilização da ludoterapia (KRIEGER, 2003).

Além disso, Krieger (2003) afirmou que a utilização da ludoterapia que é a abordagem e o manejo da criança por meio do lúdico (brinquedo), tem-se mostrado eficiente e muito bem aceita pelos pacientes.

O atendimento odontopediátrico, quando sustentado também nos setores psicológico e educacional, possibilita a ampliação dos benefícios de um atendimento diferenciado, além de facilitar a execução de uma odontologia de excelente padrão, a fim de evitar possíveis traumas psicológicos (TOLEDO, 1996).

Para Angerami-Camon (2003) os profissionais da área da saúde devem ter noções claras que a doença é um agravo à criança como um todo, que a criança doente estará afetada em sua integridade e que seu desenvolvimento emocional também estará bastante comprometido.

Kramer, Feldens e Romano (2000) relataram que: *“As orientações de higiene bucal não visam apenas à saúde odontológica do indivíduo, mas, também, uma melhora na qualidade de vida”*.

Tendo em vista as observações acima apresentadas a pergunta de pesquisa deste estudo pode ser assim definida:

O “brinquedo”, como recurso mediador, pode contribuir para a promoção de saúde bucal de crianças internadas?

1.2 Objetivos

Após a apresentação do tema problema deste trabalho pode-se destacar os objetivos geral e específicos abaixo identificados.

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a utilização do “brinquedo” como recurso mediador na promoção de saúde bucal de crianças internadas.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar a necessidade de atendimento odontológico na Enfermaria Pediátrica;
- b) Estabelecer um método mediador a ser aplicado no contexto de educação para a promoção de saúde;

- c) Realizar atendimento odontológico profilático na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário, tendo como base à utilização de um método mediador de comportamento;
- d) Analisar a aplicação do método em crianças de faixa etária entre 4 a 10 anos;
- e) Propor ações de promoção de saúde bucal com base na utilização do “brinquedo” como recurso mediador.

1.3 Justificativa

Conforme a definição da Organização Mundial de Saúde, saúde é considerada como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença”. Tal conceito vai ao encontro do que afirma Pereira et al. (2003) ao citarem não existir saúde parcial dos órgãos e/ou sistemas, e sim um estado do indivíduo como um todo.

Crianças internadas em enfermarias apresentam um acometimento psicológico e orgânico devido às limitações ocasionadas pela situação. A criança hospitalizada apresenta uma queda de resistência, estando mais suscetível à infecção. Além disso, de acordo com Gonçalves, Flório (2003), fatores inerentes da hospitalização infantil, como por exemplo, a utilização de antibióticos atuam como agentes de desequilíbrio da microbiota oral, fazendo com que o paciente se torne mais suscetível para o surgimento da doença cárie, bem como da doença periodontal.

A educação em saúde para melhorar a eficiência da higiene bucal realizada pelo próprio indivíduo é a principal abordagem, pois, é a única medida racional de longo prazo para o controle mecânico da placa bacteriana. Sheiham (2004) destacou que ainda existem

poucos programas eficazes de educação em saúde bucal, sejam no âmbito público ou privado a nível ambulatorial e hospitalar.

A inclusão de um programa de promoção de saúde bucal em crianças internadas em enfermarias se faz necessária, tanto pelo alto grau de acometimento psicológico e orgânico, quanto pelas limitações ocasionadas pela situação.

Muitos autores – a exemplo de Lindquist (1993), Sikilero et al. (1997), Novaes (1998), Santa Roza (1999) e Mitre; Gomes (2004) – vêm apontando para a importância da presença da atividade lúdica durante o período de adoecimento e internação hospitalar de crianças. Nesse sentido, o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de através dele, a criança hospitalizada melhor elaborar esse momento específico em que vive (MITRE, 2000).

Sendo assim, este estudo se propõe a realizar um trabalho de promoção de saúde bucal nas crianças internadas na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, com base na utilização do brinquedo como recurso mediador durante o atendimento odontológico.

1.4 Relevância e contribuição científica

O presente estudo possui duas características fundamentais: a sua relevância, na qual são discutidas as preocupações atualmente levantadas por outros pesquisadores da área e, a contribuição científica que a pesquisa pode fornecer.

Pode-se considerar um assunto relevante à medida que se abordem temas e questões importantes e relacionadas a uma assistência odontológica mais humanizada para todos os pacientes submetidos à metodologia proposta.

A contribuição científica justifica-se pelo fato do presente trabalho representar uma utilidade futura para que novas pesquisas possam ser realizadas e sua aplicação em estudos de modelos assistenciais odontológicos.

Este trabalho contribui para um melhor entendimento da utilização do brinquedo como recurso mediador durante o atendimento odontológico, suas aplicações e, limitações de uso, assim como, da inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar como promotor de saúde.

1.5 Estrutura do trabalho proposto

Conforme a proposição de estudo já destacada, o presente trabalho apresenta detalhadamente a sua organização da seguinte forma:

Capítulo 1. Introdução – Neste primeiro capítulo apresentam-se a introdução, com a identificação da problemática de pesquisa, a contextualização do assunto e a definição da pergunta de pesquisa. Também são definidos os objetivos geral e específicos, a justificativa, assim como a relevância e a contribuição científica da pesquisa.

Capítulo 2. Revisão da literatura – O capítulo trata da revisão teórica, apresentando informações que qualificam o tema de estudo dentro de um referencial teórico. Sendo assim, relaciona alguns tópicos como a enfermagem pediátrica, métodos de manejo de comportamento da criança durante o atendimento odontológico, e, a implantação de um

projeto para orientação de higiene bucal utilizando o “brinquedo” em pacientes internadas na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário – UFSC.

Capítulo 3. Metodologia – Em seguida, define-se a metodologia empregada neste estudo.

Capítulo 4. Análise e Discussão dos dados – O capítulo apresenta a análise dos dados coletados, bem como a discussão.

Capítulo 5. Considerações finais – Neste capítulo são apresentadas as conclusões, assim como as recomendações para a instituição destacadas durante a realização deste trabalho.

Capítulo 6. Referências – Finalmente, o último capítulo apresenta as referências utilizadas para a devida fundamentação da pesquisa.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo trata da revisão teórica, destacando informações que qualificam o tema de estudo dentro de um referencial teórico. No desenvolvimento são relacionados alguns tópicos como a enfermagem pediátrica, métodos de manejo de comportamento da criança durante o atendimento odontológico, assim como a implantação de um projeto para orientação de higiene bucal utilizando o “brinquedo” em pacientes internadas na Enfermagem Pediátrica do Hospital Universitário – UFSC.

2.1 A enfermagem pediátrica

As bases da assistência à criança hospitalizada têm-se modificado nas últimas décadas, em decorrência dos resultados de pesquisas nas áreas das ciências médicas, humanas e sociais. Por meio dessas contribuições, desenvolveram-se diferentes perspectivas de como assistir a criança no processo saúde-doença e que vêm orientando a prática pediátrica. Essas perspectivas influenciam a visão dos profissionais sobre o ser criança, o papel da família e da comunidade, os tipos de problemas a serem identificados, os objetivos, a abrangência da assistência, a composição e o inter-relacionamento da equipe de saúde (OLIVEIRA, 1999).

Existem vários fatores inerentes à hospitalização e conseqüências nocivas dessa medida, que contribuem para o aparecimento de agravos existenciais e de problemas emocionais, adversos ao desenvolvimento da criança hospitalizada e doente. Tem-se então, dentre outros, o desmame agressivo, o transtorno da vida familiar, a interrupção ou retardo da

escolaridade, do ritmo de vida e desenvolvimento, as carências afetivas e agressões psicológicas e físicas, despesas elevadas e ainda as mais variadas iatrogenias, dentre as quais a mais importante se refere às infecções hospitalares (CHIATTONE; ANGERAMI, 2003).

Lindhe (1999) descreveu o possível papel das infecções periodontais como fator de risco para as doenças sistêmicas. A associação de doença periodontal com cardiopatia coronariana, assim como, com casos de infarto cerebral e de crianças com baixo peso ao nascer tem sido bastante estudada e as pesquisas comprovam tal relação.

Conforme Chiatton e Angerami (2003) o processo de hospitalização se refere à separação da criança doente de sua mãe, aspecto generalizado nas enfermarias pediátricas, justamente em um momento de crise, determinado pela doença, em que a criança necessita basicamente de apoio e de carinho materno.

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é uma unidade hospitalar de referência pública e de clientela do SUS no Estado. Como instituição comprometida em formar novos profissionais e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Dentro dessa perspectiva, foi implantada, em outubro de 1995, sua maternidade, que tem como filosofia de assistência a humanização do atendimento à mãe, ao bebê e à família (CUSTÓDIO; BISSANI, 2002).

Ainda conforme Custódio e Bissani (2002) a maternidade adota o Método Mãe Canguru que oferece ao bebê um tempo importantíssimo para que possa vivenciar a passagem da vida intra-uterina para a extra-uterina. Esse período possibilita a formação de vínculos com a mãe, fazendo com que se sinta cada dia mais seguro. É essa segurança que

possibilita ao bebê se afastar, por alguns períodos, de sua mãe. Um bebê inseguro é aquele que chora continuamente buscando colo.

Sabe-se também que o ser humano depende de cuidados dos adultos por um período de tempo muito mais longo do que outra espécie animal, quando pequeno. No entanto, os profissionais de saúde ainda possuem alguma dificuldade em reconhecer e considerar as necessidades afetivas da criança. Sabe-se que tanto os recém-nascidos lactentes como as pré-escolares necessitam vivenciar uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, na qual ambos encontrem satisfação e prazer. Essa relação é essencial à saúde da criança. (OLIVEIRA; COLLET, 1999).

A partir dos 3 anos de idade, nota-se que a sensação de abandono causada pela privação materna e pela hospitalização em geral tem mais condições de ser contornada e amenizada com alguma facilidade, tanto pela criança quanto pela família e pela própria equipe de saúde (ALTAMIRANO; JEREISSATI, 2002).

De acordo com Imori e Rocha (1998) a privação do âmbito familiar durante a hospitalização traz à criança muita angústia, uma exagerada necessidade de amor, sentimento de vingança e, conseqüentemente, culpa e depressão. A forma pela qual a criança reage a essas perturbações pode resultar em distúrbios emocionais graves e em uma personalidade instável.

Todas as crianças estão sujeitas aos efeitos físicos, intelectuais, emocionais e sociais da privação materna, sendo esses já bem discerníveis desde as primeiras semanas de vida. Essas crianças podem deixar de sorrir para um rosto humano, ou de reagir aos diversos estímulos, podendo apresentar inapetência, perda de peso, falta de iniciativa, problemas de sono e diminuição da vocalização (ALTAMIRANO; JEREISSATI, 2002).

De acordo com Schaffer e Callender (2003) tais reações caracterizam uma forma de depressão, apresentando características típicas semelhantes as identificadas no depressivo adulto. A reação emocional é de apreensão e tristeza, e a criança se afasta de tudo a seu redor, não procurando contato e nem reagindo a ele. Há aparente atraso nas atividades, e a criança permanece deitada, ou sentada, inerte em profundo estupor.

Ainda conforme Schaffer e Callender (2003) a criança hospitalizada apresenta também uma queda de resistência, estando mais suscetível à infecção. Normalmente, regride no processo de maturação psicoafetiva, expressando perturbação da marcha, da linguagem, do controle de esfíncteres, comportamentos como terror noturno e chupar o dedo. Pode, então, reagir de forma apática ou, ao contrário, agressivamente, dificultando a atuação da equipe de saúde ao rejeitar a medicação, as restrições, os exames e as dietas.

Todas essas manifestações são resultantes do processo de hospitalização e da interrupção da relação mãe-filho, necessária para o desenvolvimento neuropsicomotor normal (CHIATTONE; ANGERAMI, 2003).

O acesso da mãe ao ambiente hospitalar não fazia parte da rotina de enfermagem pediátrica. Contudo, em 13 de julho de 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei no 8.069 (Anexo A), o qual define que os estabelecimentos de saúde devem proporcionar condições para a permanência integral de um dos pais, ou responsável, durante a hospitalização da criança ou do adolescente (ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente, apud IMORI; ROCHA, 1998).

A hospitalização provoca alteração nas relações da criança/família, impondo-lhe um ambiente com regras desconhecidas e restrições de estímulos sensoriais motores, afetivos e sociais (MITRE; GOMES, 2004).

Imori e Rocha (1998) destacaram que: “mesmo com todas as mudanças que vem ocorrendo nas políticas de saúde, depara-se na realidade hospitalar com práticas distantes das que deveriam ser desenvolvidas em uma instituição que atende aspectos vitais e da saúde da população”.

No contexto hospitalar, especialmente, em unidades pediátricas, a hospitalização em decorrência de uma doença física, muitas vezes é inevitável, constituindo-se numa medida que provoca alteração nas relações contida da criança, da família, amigos escola, impondo-lhe um ambiente com rotinas e regras desconhecidas (MORAIS, 1998).

Além destas questões acima suscitadas, considera-se que a doença e a hospitalização provocam restrições de estímulos necessários ao desenvolvimento infantil (LIMA; RABELO; GUERRA, 1998).

Desta forma, o conhecimento sobre as características das reações apresentadas pela criança na situação de hospitalização é indispensável para os profissionais que trabalham nessas instituições (RANNA, 1998).

De acordo com Oliveira (1999) a enfermaria é um local onde a criança é objetivada enquanto apenas um corpo doente, configurado como único foco de atenção, sob os pontos de vista do diagnóstico e tratamento.

Da mesma forma, devido a falta de estímulos motores, afetivos e sociais as crianças tendem a apresentar sérias alterações no desenvolvimento. A enfermaria pediátrica é repleta de estímulos, porém desconhecidos, estranhos para criança e desprazerosos tais como: luzes permanentemente acesas, ruídos de aparelhos, estímulos táteis que provocam dor ou desconforto e falas com termos incompreensíveis (MORAIS, 1998).

Alguns hospitais com enfermarias pediátricas mantêm programas de recreação ou salas de recreação que ajudam a tornar a situação de hospitalização menos estressante e ameaçadora (MASSETTI, 1998).

A atuação da equipe médica junto aos pacientes objetiva principalmente a diminuição do sofrimento inerente ao processo de hospitalização e doença. Dessa maneira, os profissionais de saúde, dentre eles o cirurgião-dentista, devem procurar fazer com que a hospitalização e a situação de doença sejam bem compreendidas pela criança e por sua família (CHIATTONE, 2003).

Klatchoian (2002) afirmou que o medo é uma reação a uma situação que provoca de alguma forma ameaça a integridade do indivíduo. Ressaltou ainda que o primeiro passo para superá-lo é a descoberta do que se tem medo e por quê.

A relação dentista-paciente, é melhorada com uma atitude empática do profissional, seu respeito às queixas e sentimentos do paciente e pela explicação clara dos procedimentos que serão realizados (KLATCHOIAN, 2002).

No atendimento pediátrico deve-se objetivar que a criança e a família sejam elementos ativos no processo de hospitalização e doença, recebendo um suporte por parte de toda a equipe de saúde (CHIATTONE, 2003).

Ainda conforme Chiattonne (2003) a atuação do profissional junto ao paciente deve ser operacionalizada através de métodos de manejo de comportamento, como por exemplo, o brinquedo.

Mastrantonio et al. (2004) relataram que para a realização de um atendimento adequado e seguro, é de fundamental importância o controle de comportamento do paciente infantil.

2.2 Manejo de comportamento da criança durante o atendimento odontológico

O tratamento odontológico, em muitas circunstâncias, é um grande desafio para o paciente e para o profissional, devido às condições aversivas presentes (ROLIM, 2004). O medo leva o indivíduo a cancelar ou adiar suas consultas odontológicas, agravando a sua condição de saúde bucal (ANAYASI; SANCHES; AMBROSANO, 2000).

Ao atender pacientes na faixa etária pré - escolar percebe-se que, além das dificuldades em colaborar com o tratamento, inerentes à idade, tais como permanecer imóvel por alguns minutos com a boca aberta, o medo específico do tratamento pode impedir a atuação adequada do profissional (POSSOBON et al., 2003).

Histórias de situações odontológicas aversivas representam um conjunto significativo de variáveis predisponentes para respostas de medo em crianças. Fazem parte dessas histórias a qualidade da interação dentista – criança e sensações dolorosas muitas vezes inevitáveis (MORAES, 1999). Desta forma, a experiência clínica demonstra que é mais fácil lidar com os comportamentos de uma criança que não tem experiência odontológica do que manejar os comportamentos daquelas que já tiveram experiências desagradáveis no dentista (PIEDALUE; MILNES, 1994).

Collet e Oliveira (1999) observaram na modelagem psicológica um instrumento de real valor no atendimento pediátrico. Destacaram ainda que o medo das crianças muitas vezes era em virtude de um aprendizado indireto através da observação de fatos desagradáveis vivenciados pelos adultos e, para se obter uma boa modelagem psicológica o profissional deveria realizar várias sessões de modelagem para poder obter alguma colaboração da criança.

Alguns autores, tais como Guedes-Pinto (2001) estabeleceu algumas condições que explicam o afastamento e o sentimento de submissão da criança no relacionamento dentista-criança. Primeiramente ele se apresenta pela diferença de porte físico do profissional em relação a esta. Num segundo momento, pelo ato de introduzir objetos em sua boca. A boca é o principal meio de relacionamento com o mundo, e tal atitude é sentida como forte agressão pela criança. Além disso, a posição deitada e com a boca aberta, impedem a motricidade e a fala, indispensável. Estas características apontam a relação dentista-criança como sendo uma relação não prazerosa, porém, os autores acreditam que, prevenindo ou reduzindo a ansiedade e o medo, é possível contribuir também para uma melhora na saúde bucal das crianças.

Conforme Guedes-Pinto (2001) um ponto considerado importante no começo do tratamento é satisfazer a curiosidade da criança em relação aos equipamentos e seu funcionamento, mostrando a luz do refletor, água, alta rotação, baixa rotação, estes quanto ao barulho e atrito, subir e descer a cadeira, espelho pinça, seringa de anestesia.

Um método bastante difundido para satisfazer a curiosidade da criança é o dizer-mostrar-realizar, onde, antes de se executar qualquer manobra (exceto anestesia local e outros procedimentos que não justifiquem explicação) deve-se explicar a criança o que será feito e mostrar através de algum tipo de simulação o que vai ocorrer, desmistificando um possível pré-conceito (PINKHAM, 1996).

Bönecker (2001) ressaltou a importância de mostrar ao paciente de que forma os instrumentos manuais podem ser operacionalizados para que esta perceba seu objetivo e em seguida a própria criança experimente nela mesma e sinta a ação do instrumental que será posteriormente utilizado no seu atendimento. As reações e o comportamento do paciente

odontopediátrico acabam direcionando e auxiliando no controle da situação, pois mostram o limite de cada paciente durante o processo dessa abordagem.

Para Melamed (1993), o ambiente clínico do dentista estimula o medo na criança, a resistência e o desvio do comportamento normal, o que tem sido considerado um obstáculo para um atendimento adequado, resultando numa maior dificuldade no controle dos problemas do futuro tratamento.

Na busca de meios efetivos para reduzir o medo, tem sido comumente buscado, entre os profissionais da odontologia, estratégias para que haja um maior controle destes pacientes, dentre os quais serão abordados: os métodos de contenção de uma forma mais sucinta, e, a ludoterapia.

2.2.1 Métodos de contenção

Tendo em vista que algumas crianças são de difícil manejo, em certos momentos, o cirurgião-dentista é obrigado a lançar mão de métodos de contenção para obtenção de êxito no tratamento odontológico. Essas formas auxiliares com o intuito de viabilizar o tratamento podem ser divididas em contenção física e contenção química.

A contenção física, no sentido literal, significa conter fisicamente os movimentos inapropriados da criança durante um tratamento dental. Pode ser feito com as mãos, cintas, fitas, lençóis ou alguns aparatos especiais. Um aspecto da contenção física envolve o manejo dos maxilares e a conservação da abertura bucal da criança (PINKHAM, 1996).

Essa técnica é utilizada com o objetivo de restringir movimentos inapropriados da criança durante o tratamento, que poderiam vir a causar danos ao próprio paciente ou equipamento. Porém, têm se mostrado na literatura que para o uso de qualquer procedimento aversivo é necessário que o profissional tenha conhecimento não somente das técnicas, mas principalmente dos fundamentos e dos aspectos éticos e legais de suas indicações (TOLEDO, 1996).

Segundo Barbosa e Toledo (2003) não existem equações que levem o profissional a prever qual a criança que irá apresentar uma melhora no seu comportamento ao ser submetida a um desses procedimentos. As técnicas de controle de comportamento não-aversivas devem sempre ser tentadas antes de se partir para uma técnica aversiva. Os autores ressaltam ainda que o termo de consentimento livre e esclarecido dos pais deve sempre ser obtido antes do emprego de técnicas aversivas.

Em contrapartida, a contenção química é representada pela sedação em seus diferentes graus, analgesia e anestesia geral (PINKHAM, 1996).

Entende-se por analgesia um estado de controle da dor, ou seja, um estado em que ocorre a supressão da dor sem perda da consciência, sendo obtida pela inalação de um gás, óxido nitroso a 20%, combinado com a administração de oxigênio (SAFITI et al, 2003).

Segundo Possobon (2003) a analgesia possui vantagens, como por exemplo, diminuição da ansiedade e redução do tempo operatório.

Já Faganello (2004) afirmou que a analgesia pode apresentar desvantagens, tais como, contaminação do ambiente, náusea, vômito e aumento de frequência cardíaca.

A utilização de sedação leve em pacientes odontopediátricos parece reduzir o tempo operatório de cada sessão, além de propiciar uma diminuição da agitação e do choro da criança e um aumento da sonolência e cooperação. Porém, alguns trabalhos, tais como Fukuta et al. (1996) e Possobon et al. (2003) relatam que dependendo do grau de não-colaboração da criança, o medicamento pode ser pouco eficaz, tendo-se a necessidade de se empregar concomitantemente outras técnicas.

Nos Estados Unidos e nos países escandinavos cerca de 80% dos odontopediatras utilizam a sedação por óxido nitroso (MUGAYAR, 2000).

Uma outra opção de contenção química é a anestesia geral, a qual é utilizada no tratamento de pacientes especiais, como técnica auxiliar ao tratamento em ambiente hospitalar em face da impossibilidade do tratamento em consultório convencional (SAFITI et al, 2003).

Mugayar (2000) enfatizou que o cirurgião-dentista no centro cirúrgico necessita das mesmas condições do seu consultório particular como equipamentos, instrumentais, não esquecendo de alguns fatores básicos como a diminuição do estresse físico e mental do paciente, elementos essenciais para a racionalização do trabalho.

Corrêa (1999) ressaltou que os pacientes pediátricos que necessitam de atendimento dentário, seja sob anestesia geral ou sedação geralmente apresentam agravos de saúde, o que faz com que aumente o risco anestésico.

2.3 Ludoterapia

A ludoterapia é a análise da criança por meio do brinquedo, uma vez que a criança desloca para o exterior seus medos e ansiedades. No brincar, a criança descobre os seus limites, potencialidades e individualidades (KLATCHOIAN, 2002).

Mitre e Gomes (2004) definem o lúdico como algo prazeroso à criança, que traz alegria e também resgata a sua condição de “ser criança”. Além disso, afirmaram que a criança mesmo estando acamada o tempo inteiro, brincando vira outra criança e, em consequência disso, vai se aproximando as suas atitudes do cotidiano (brincar) afastando-se da doença.

Autores como Elias (1995); Bönecker et al. (1995) ressaltaram a necessidade de esclarecimento aos pais sobre a importância das atividades lúdicas.

De acordo com Elias (1995), quando se trata de crianças, a participação da família ou responsável tem muita importância. Autores como Bönecker et al. (1995) enfatizaram a importância dos pais para a modelagem de comportamento de seus filhos, através da educação, das atitudes, do relacionamento e da atenção dispensados.

Para Weiss (1997), é necessário esclarecer aos pais sobre a importância das atividades lúdicas. Pois, muitas vezes percebe-se que os pais, na angústia de alcançar determinados resultados, aumentam a ansiedade da criança em realizar trabalhos que os agradem. Não se pode trabalhar com a criança sem que a compreensão dos pais seja captada, sendo assim, os pais devem ser os principais colaboradores. Alguns dos métodos ludoterápicos descritos na literatura são: Desenhos-estórias de Walter Trinka, e, a utilização

do brinquedo como recurso mediador no atendimento odontológico, os quais serão descritos a seguir.

2.3.1 Desenhos-estórias de Walter Trinca

A utilização de desenhos-estórias de Walter Trinca é um método de abordagem psicanalítica para a apreensão dos conteúdos emocionais da criança na clínica odontológica e, tem sido vastamente aplicado como instrumento de abordagem dos conteúdos emocionais de grupos específicos como, por exemplo, crianças terminais hospitalizadas, porém, faz-se necessário uma atuação multiprofissional (TARDIVO; OLIVEIRA, 2003).

A técnica consiste em oferecer papel em branco e lápis coloridos à criança, e deixar que esta passe a desenhar de modo totalmente livre. Após a execução do primeiro desenho pede-se que a criança fale sobre ele. Prossegue-se então com outros desenhos. Através dos desenhos a criança fala de seus medos e de suas angústias (OLIVEIRA, 2003).

Em trabalho realizado por Amorim e Santos (2000) no qual se utilizou a técnica desenhos-estória foi observado que quando as crianças eram solicitadas a desenhar sobre o dentista a imagem mais encontrada não foi propriamente a do profissional e sim do instrumental e equipamento. Os autores concluem que a atitude dos profissionais em atuar de forma curativa, após a doença instalada, e não com uma postura de agentes promotores de saúde, evitando o surgimento da doença, formou através dos anos uma imagem de profissional mutilador.

Oliveira (2003) ressaltou que a possibilidade da criança em expressar-se livremente através do desenho e da pintura, a desvincula de alguns medos e angústias, e que o reconhecimento de sua expressão, a aproxima do profissional, tornando-a mais confiante.

Ainda conforme Oliveira (2003) a utilização clínica do procedimento desenhos-estórias tem mostrado que esta técnica possibilita uma aproximação dos conteúdos mentais do paciente ao profissional e uma elucidação das angústias que o mobilizam. Desenhar é para a criança assim como brincar é um modo de entender e controlar suas emoções.

Tardivo e Oliveira (2003) ressaltaram que com a utilização deste procedimento tem sido possível o atendimento de crianças com Síndrome de Down, ou aqueles pacientes que apresentam uma grande resistência ao tratamento, os quais classicamente teriam indicação para uso de contenção física ou até mesmo química.

2.3.2 Utilização do brinquedo como recurso mediador no atendimento odontológico

A utilização do brinquedo como recurso mediador no atendimento odontológico foi preconizado por DUAILIBI (1992). Na metodologia empregada eram realizadas sessões de curta duração, sendo que o brinquedo serviria para levar o paciente a um estado de cognição, facilitando o seu entendimento do procedimento a ser realizado pelo profissional, através da eliminação do medo e da ansiedade das crianças, melhorando a sua postura e a sua abordagem terapêutica.

De acordo com Oliveira (1999), o mesmo brinquedo pode ser de fonte diferente de exploração e conhecimento. Uma bola para uma criança de 2 anos pode ser fonte de

interesse com relação a tamanho, cor e para uma criança de 6 anos o interesse pode ser mais relacional: jogar e receber a bola do outro, fazer gol.

Oliveira (1999) ressaltou ainda que alguns cuidados devem ser tomados com esta relação da criança com o brinquedo. São eles:

- brincar deve ser divertido, prazeroso e não tarefa.
- o brinquedo deve estar de acordo com o interesse da criança.

Segundo Cruchon (2002), para as crianças, as brincadeiras e os jogos são meios de satisfazerem suas curiosidades, suas necessidades de movimento e de manipulação, de concretizarem suas fantasias imaginativas. Existem jogos nos quais o objeto material é manipulado pela criança e não é empregado de acordo com seu valor próprio e real, mas segundo um valor simbólico. Este objeto serve praticamente de suporte a um pensamento imaginativo que não se submete a uma realidade objetiva.

Para Oliveira (2003), quando é introduzido um brinquedo que possua boca e dentes para que a criança possa manusear, contar o número de dentes que o boneco possui e executar ela mesma, primeiro no brinquedo, aquilo que será realizado nela, como, por exemplo, molhar um pincel no flúor e aplicá-lo nos dentes do boneco, após esta brincadeira a criança costuma mostrar-se bem mais colaborativa. No ato de segurar o brinquedo, que está sob seus cuidados, a criança se sente confiante em deixá-la examinar, diminuindo a ansiedade que se torna presente no momento. Esta é uma teoria comprovada pela eficácia que se traduz na prática.

De acordo com Cunha (2000) apud Amante et al.(2002), o brinquedo é um instrumento fundamental para o desenvolvimento saudável do ser humano. A alegria é uma

sensação muito saudável, pois o sentimento de felicidade provoca a manifestação de potencialidades, desperta a coragem para enfrentar desafios e motivação para criar. Os brinquedos são convites para a interação; eles podem seduzir, disseminar ideologias, introduzir hábitos e desenvolver habilidades.

Destacou ainda que normalmente as crianças brincam por motivação intrínseca. Tem-se então, que despertá-la através da sensibilidade, para perceber as suas necessidades e seus sentimentos; do conhecimento a respeito dos brinquedos a serem utilizados e as suas qualidades; dos recursos pedagógicos e do desenvolvimento infantil; e finalmente, de criatividade para despertar a motivação CUNHA (2000) apud AMANTE et al.(2002).

O brinquedo para a prática odontológica, inserido no contexto, é um objeto mediador entre a realidade vivida e a realidade manifestada. De acordo com Amante (2002) pode ser considerado como um simulador de vivência buco-dental de cada paciente pediátrico.

2.3.3 O brincar como ferramenta de recreação na enfermagem pediátrica

O brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas e/ou desagradáveis (MITRE, 2000).

Apesar do Estado brasileiro não apresentar um estatuto específico que regulamente e oriente a utilização do lúdico como recurso terapêutico, várias iniciativas podem ser detectadas, especialmente em hospitais públicos. Algumas dessas iniciativas já vêm

ocorrendo e são anteriores ao movimento de humanização hospitalar, desencadeado pelo Ministério da Saúde a partir de 2000 (BRASIL, 2000).

Pessini, L.; Bertachini, L. (2004) propuseram a compreensão das condições multifatoriais do processo saúde-doença, alertam ainda para uma relação horizontal no cuidado, tanto à relação entre cuidador e paciente como entre os profissionais. Apontaram ainda a necessidade do trabalho interdisciplinar com o objetivo de humanizar as relações entre as pessoas.

Ioca (2004) frisou que a criança se expressa por intermédio de suas brincadeiras, pois, é através do “ato” de brincar que ela elabora seus medos, fantasias, angústias, ou seja, seu mundo interno. Sendo assim, com a possibilidade de brincar, a criança pode elaborar e enfrentar as situações difíceis que vivenciará mais para frente.

De acordo com Santa Roza (1997) apud Mitre (2000), a hospitalização na infância pode se configurar como uma experiência potencialmente traumática, ocorrendo o afastamento da criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promovendo um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte.

Mitre (2000) afirmou também, que para dar conta de elaborar a experiência vivida pela criança, torna-se necessário que ela possa dispor de instrumentos de seu domínio e conhecimento. Nessa perspectiva, o brincar aparece como uma possibilidade de expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis.

Para que isto aconteça faz-se necessário reconhecer que cada criança partilha de uma cultura lúdica. Essa cultura é formada a partir da introjeção de regras oriundas do meio social que são particularizadas pelo indivíduo (BROUGÉRE, 2002).

A criança com seus jogos e brincadeiras, permite a ampla visão que dentre todas as atividades de comer, beber, dormir, imprescindível para o seu organismo, sobressai à atividade lúdica. O que a criança quer é brincar, desempenhar, criar uma realidade própria no seu mundo. Em suas brincadeiras de "faz de conta", a criança alcança pleno domínio da situação, vivendo e convivendo com a fantasia e a realidade, capaz de passar de uma a outra, criando, assim a possibilidade de elaboração de seus anseios e fantasias (SALOMON, 2002).

Altamirano e Jereissati (2002) destacaram que as orientações de saúde bucal, por mais simples que sejam, oferecem resultados e são essenciais durante o período de internação de crianças em enfermarias pediátricas de hospitais públicos, nos quais o perfil da população atendida é carente, o número e rotatividade de pacientes são elevados, não havendo condições de serem realizadas consultas freqüentes. Por isso, o atendimento odontológico em ambiente hospitalar com ênfase em medidas para a promoção de saúde é essencial.

3. UM ESTUDO DE CASO

3.1 A implantação de um projeto para orientação à higiene bucal utilizando o “brinquedo” em pacientes internados na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário

Em 2002 através de um projeto desenvolvido pelos professores Dr. Cláudio José Amante, Dr^a. Ana Paula Soares Fernandes e Dr^a. Maria Marlene de Souza Pires, e com a participação dos alunos do curso de graduação em odontologia pode-se iniciar um Programa de Orientação de Higiene Bucal dentro da Enfermaria Pediátrica.

Vale ressaltar que este trabalho de extensão vai de acordo com a filosofia do hospital universitário que é a seguinte:

1. A saúde é uma condição do bem estar do ser humano em que ele esta em equilíbrio consigo mesmo e com meio ambiente;
2. A saúde, a educação e os recursos econômicos, como componentes do desenvolvimento social, estão em íntima relação com as condições de vida;
3. A preocupação fundamental dos serviços de saúde deve ser o bem-estar da população em que está inserida e, estes serviços e seus profissionais devem lutar por melhores condições de vida das pessoas;
4. Os serviços de saúde devem propiciar assistência integral ao homem, preventiva, curativa e de reabilitação, pois a doença é um processo múltiplas causas, constituindo-se uma intercorrência do ciclo vital;

5. A cobertura de saúde da população é um trabalho multidisciplinar e a sua realização pressupõe o trabalho em equipe;
6. O Hospital é uma instituição de saúde em que se desenvolvem ações preventivas e de reabilitação integradas entre si e com a comunidade. O Hospital Universitário, organizado com a sistemática de assistência progressiva é a instituição mais diferenciada de um sistema regionalizado de saúde, desempenhando relevante papel na coordenação deste sistema pela prática assistencial mais avançada.

A idéia inicial do projeto era a integração das áreas médica e odontológica além de fornecer orientação de higiene bucal para as crianças internadas e para seus pais/responsáveis.

A metodologia empregada foi a seguinte: anamnese com o intuito de registrar informações sobre hábitos de higiene oral das crianças; orientação de higiene bucal e entrega de kits de higiene oral. Já nesta fase do trabalho pode-se verificar a grande satisfação e valorização quando “as dentistas” as visitavam na enfermaria e distribuíam kits de higiene bucal.

Para maior motivação do paciente verificou-se a necessidade de inserir um método mediador no atendimento das crianças para que houvesse uma maior interação paciente-profissional, uma vez que as crianças que se encontram internadas possuem um grau elevado de ansiedade e medo, assim como, estão afetadas em sua integridade e emocionalmente.

Na literatura são descritas várias formas e métodos de manejo de comportamento odontopediátrico, dentre eles, a utilização do brinquedo como recurso mediador.

Neste trabalho optou-se na utilização do brinquedo como recurso mediador haja vista que para a utilização dos Desenhos-estórias de Walter Trinca faz-se necessário uma abordagem psicanalítica, ou seja, que o profissional esteja apto a analisar os conteúdos emocionais da criança e/ou que se realize um trabalho multiprofissional, com a participação de profissionais habilitados.

3.2 Metodologia para levantamento dos dados

Neste capítulo será descrita a metodologia empregada apresentando-se a pesquisa bibliográfica, a caracterização da região de estudo, anamnese, confecção do brinquedo, atendimento odontológico, aspectos éticos.

3.2.1 Caracterização da região de estudo

Neste estudo, participaram 50 crianças (4-10 anos) internadas na enfermaria pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de maio a julho de 2005. O horário de realização da pesquisa era após as 17:00hs. devido ao fato da ronda hospitalar já ter sido realizada e da janta ser servida nesse horário. A orientação de higiene bucal e a profilaxia eram realizadas após a janta.

A escovação noturna é considerada como a mais importante, pois, durante a noite o acúmulo de placa bacteriana é maior em virtude da redução do fluxo salivar durante esse período (CURY,2001).

No momento da pesquisa, os pais e/ou responsáveis pela criança internada receberam todo o esclarecimento sobre o trabalho e posteriormente quando da sua concordância preencheram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A partir de então foi realizada a anamnese (Apêndice A). Vale ressaltar que além da cirurgiã-dentista foram envolvidos na pesquisa mais três alunos da graduação em odontologia, os quais foram previamente treinados para a execução da pesquisa.

3.2.2 Anamnese

O exame clínico é o passo inicial para se realizar um tratamento, pelo qual o cirurgião-dentista realizará a coleta de informações necessárias para realizar o diagnóstico das enfermidades de seus clientes, além de examinar extra e intra - oralmente as estruturas para se estabelecer o prognóstico e instituir o plano de tratamento (NEVES, 2001).

A anamnese apresenta como técnica o interrogatório, a escuta e a forma mista. No interrogatório o profissional conduz as perguntas; na escuta, o paciente relata com as suas próprias palavras as suas preocupações pessoais; na forma mista ocorre uma combinação das técnicas. Em média 70% do tempo destinado a anamnese deve ser destinado a escuta da queixa e do relato do paciente (COLEMAN; NELSON, 1996).

Neste trabalho, após a seleção das crianças de acordo com a faixa etária pré-determinada, as anamneses eram realizadas individualmente, com os pais e/ou responsáveis presentes no local. Sua estrutura constituiu-se de um questionário cujo preenchimento era realizado por um dos membros da equipe executora, conforme ilustrado na figura 1.

Após a realização da anamnese as crianças, assim como seus pais e/ou responsáveis recebiam informações sobre a confecção do “brinquedo” e que após a confecção todos iriam brincar de “dentista”. Os pacientes eram então encaminhados para a sala de recreação ou em outro espaço disponível da enfermaria local onde o boneco iria ser confeccionado e o atendimento propriamente dito realizado.



Figura 1: Membro da equipe executora esclarecendo o trabalho a mãe e realizando a anamnese.

Vale ressaltar que neste momento as crianças deixavam seus leitos para desfrutarem de um momento de recreação e distração, minimizando assim o seu sofrimento e permitindo que a mesma se sinta novamente um elemento ativo.

3.2.3 Confecção do “brinquedo”

A técnica utilizada baseou-se no trabalho desenvolvido por Amante et al. (2002) que utilizou o brinquedo como recurso mediador no atendimento odontológico de pacientes

portadores de necessidades especiais a nível ambulatorial, fazendo uso de caixas de sapato, potes de margarina e copos descartáveis para a confecção do boneco.

O brinquedo utilizado neste trabalho foi baseado em técnicas de artesanato com a utilização de garrafas “*pet*” de dois (2) litros (Anexo B), proposta por Gianini, (2003).

Eram dispostas sobre a mesa e fornecidas as crianças peças pré-confeccionadas de garrafa “*pet*”, fita crepe, canetas hidrocor, olhos plásticos para a confecção de bonecos, e, dentes artificiais de resina acrílica, conforme ilustrado na figura 2.



Figura 2: Foto do material fornecido as crianças para a confecção do “brinquedo”.

A partir deste momento os pacientes iniciavam a interação com o material e o boneco começava a surgir. Inicialmente era montada a base com a peça rosqueável que compreendia o pescoço e mandíbula do boneco. Conforme demonstrado na figura 3.

Observa-se nesse momento o grau de interação que a criança passa a ter com os profissionais para a confecção do brinquedo.



Figura 3: Foto ilustrativa da montagem da base do “brinquedo” pela criança.

Em seguida, conforme observado na figura 4, com a fita crepe e a peça na cor verde formava-se o restante da cabeça e a fixação dos olhos. Em alguns casos, quando da limitação de movimentos em uma das mãos, as mesmas solicitavam auxílio dos alunos que ali se encontravam para a confecção do brinquedo.



Figura 4: Foto ilustrativa da montagem do restante da cabeça e da fixação dos olhos do “brinquedo” pela criança.

Após a montagem da cabeça, a cera utilidade era fixada na abertura formada pelas duas peças já fixadas para simular a gengiva e os dentes artificiais eram colocados sobre a mesma, como ilustrado na figura 5.



Figura 5: Foto ilustrativa da montagem com cera utilidade e dentes artificiais dos dentes e gengiva do “brinquedo” pela criança.

Com as canetas hidrocor as crianças personalizavam seu boneco desenhando o cabelo, a sobrancelha e o nariz. Ressalta-se que algumas crianças neste momento, se auto-retratavam em seus bonecos, conforme figura 6.



Figura 6: Foto ilustrativa da montagem do “brinquedo” finalizado pela criança.

Durante toda a execução do boneco, assim como durante a simulação do atendimento odontológico que será descrito a seguir os pesquisadores, assim como, a mãe e/ou responsável quando solicitados auxiliavam a criança.

3.2.4 Atendimento odontológico

Após a confecção do brinquedo, as crianças prestavam atendimento odontológico profilático ao boneco com a utilização de um aparelho de baixa rotação portátil (Figura 7), onde em forma de brincadeira passavam a assumir a função de “dentista”, conforme já descrito anteriormente.



Figura 7: Foto ilustrativa da criança prestando atendimento odontológico profilático no “brinquedo”.

Em seguida, após a execução do atendimento no brinquedo os alunos participantes do trabalho, davam início a assistência odontológica profilática nas crianças da mesma forma como fora realizado anteriormente no boneco. Ressalta-se que neste momento o membro executor da equipe utilizava todos os equipamentos de proteção individuais – EPI's necessários para a realização do atendimento (Figura 8).



Figura 8: Foto ilustrativa da criança recebendo atendimento odontológico profilático.

Finalizado o atendimento, conforme ilustra a figura 9, a criança recebia um Kit de higiene bucal e um questionário (Apêndice B) referente ao comportamento da criança durante a confecção do brinquedo e o atendimento odontológico profilático era realizado com a mãe/responsável, juntamente com o membro da equipe que executou o atendimento.



Figura 9: Foto ilustrativa da criança recebendo o kit de higiene bucal.

3.2.5 Aspectos éticos

Respeitando os aspectos éticos e legais, a presente pesquisa previamente a sua realização foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e aprovada conforme parecer no. 099/05 (Anexo C).

3.3 Metodologia estatística para tratamento de dados

A análise estatística dos dados foi realizada por meio de análise descritiva de frequência para avaliar o perfil do paciente atendido na enfermaria pediátrica (sexo, idade, motivo de internação, histórico odontológico, ingestão diária de açúcar, número de escovações diárias, pessoa responsável pela escovação, ausência ou presença de orientação prévia de higiene

bucal); a perspectiva da mãe/responsável do comportamento da criança frente ao atendimento odontológico; análise do “brinquedo” como recurso mediador; comportamento da criança durante o atendimento odontológico.

Ainda, para efeito de análise das associações entre duas respostas utilizou-se o teste de associação qui-quadrado, em nível de significância de 5%, o qual permite testar a significância da associação entre duas variáveis qualitativas. Assim foram associadas as variáveis ingestão diária de açúcar com orientação de higiene bucal, orientação de higiene bucal com pessoa responsável pela escovação e sexo da criança com o comportamento manifestado durante o atendimento odontológico.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A utilização do “brinquedo” como recurso mediador tem sido bastante discutida, assim como o atendimento odontológico de crianças internadas.

Muitos autores como Krieger (2003); Toledo (1996); Salomon (2002) realizam estudos com o objetivo de se estabelecer o “manejo ideal” durante o atendimento odontológico infantil. Estudos longitudinais indicam diferentes formas de abordagem para o manejo.

Analisando os questionários que foram aplicados no presente trabalho observou-se uma grande quantidade de resultados, os quais serão analisados e discutidos a seguir.

4.1 Perfil do paciente atendido na enfermaria pediátrica

Neste estudo, das 50 crianças que participaram da pesquisa, 52%(26) eram do sexo feminino e 48%(24) do sexo masculino.

Quanto a faixa etária, a distribuição das frequências se encontra na figura 10, apresentada a seguir, observou-se que 26%(13) das crianças tinham 4 anos, 30%(15) 5 anos, 16%(8) 6 anos, e, 28%(14) estavam na faixa etária de 7 a 10 anos.

De acordo com Bastos; Peres; Ramires (2003) as crianças dessa idade já se tornaram fisicamente independentes, sendo que para os autores os recursos mais indicados para serem utilizados com pacientes nessa faixa etária são a música, o teatro de fantoches, cartazes, as brincadeiras e os macromodelos.

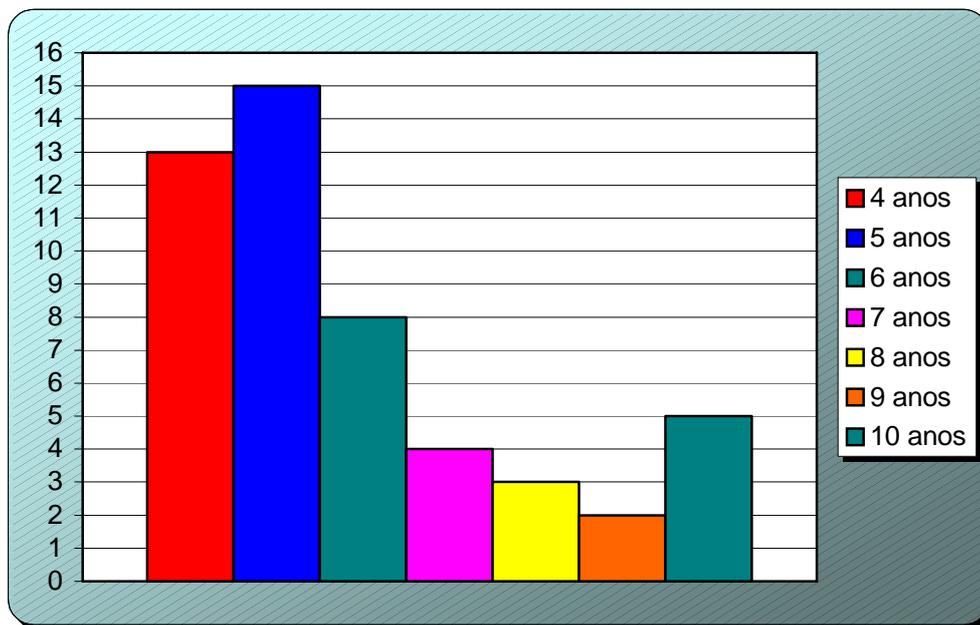


Figura 10 – Distribuição por faixa etária, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Dentre os motivos da internação, as doenças respiratórias foram as mais frequentes 76%(38), seguidas pelos distúrbios hemorrágicos que corresponderam um total de 12%(6), assim como, as outras patologias que também representaram 12%(6) dos casos. A representação gráfica do motivo da internação está ilustrado na figura 11.

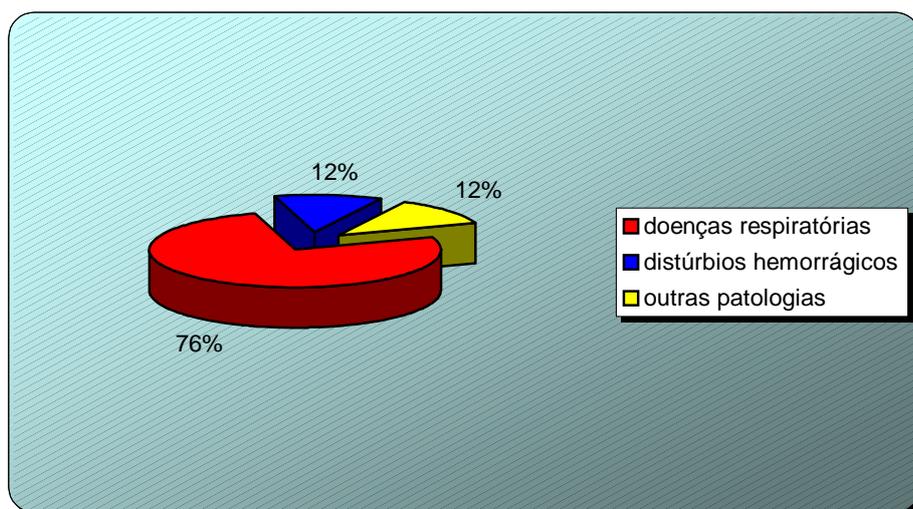


Figura 11 – Representação gráfica percentual do motivo de internação das crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Em relação ao histórico odontológico, 38% (19) das crianças nunca tinham ido ao dentista e 62% (31) já tiveram acesso a tratamento odontológico. Ainda em relação as crianças que já haviam realizado tratamento odontológico, 49%(16) concluíram o tratamento (Figura 12).

É interessante ressaltar o percentual relativamente elevado de pacientes que nunca tiveram acesso ao atendimento odontológico (38%).

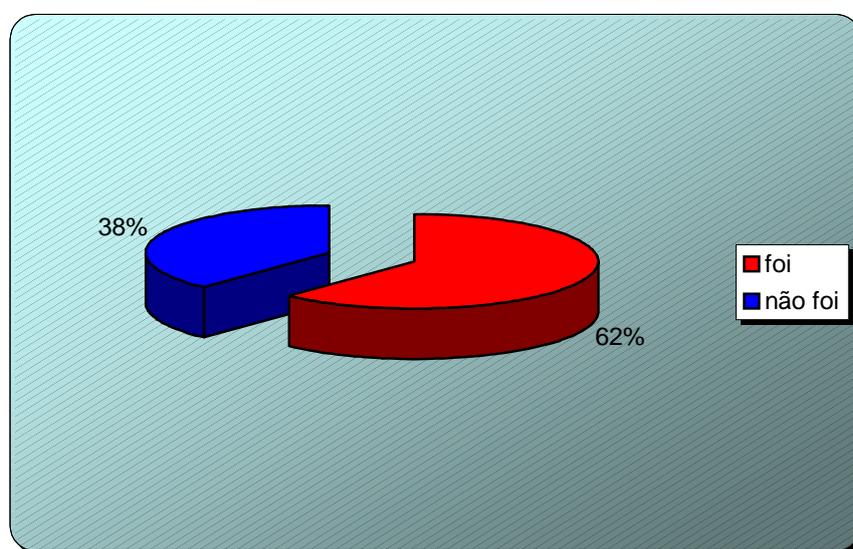


Figura 12 – Distribuição percentual em relação ao histórico odontológico das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Quando os pais e/ou responsáveis foram questionados quanto a ingestão diária de açúcar das crianças, observou-se que 26%(13) possuíam uma alta ingestão de açúcar, seguidos de 30%(15) média e 44%(22) baixa (Figura 13).

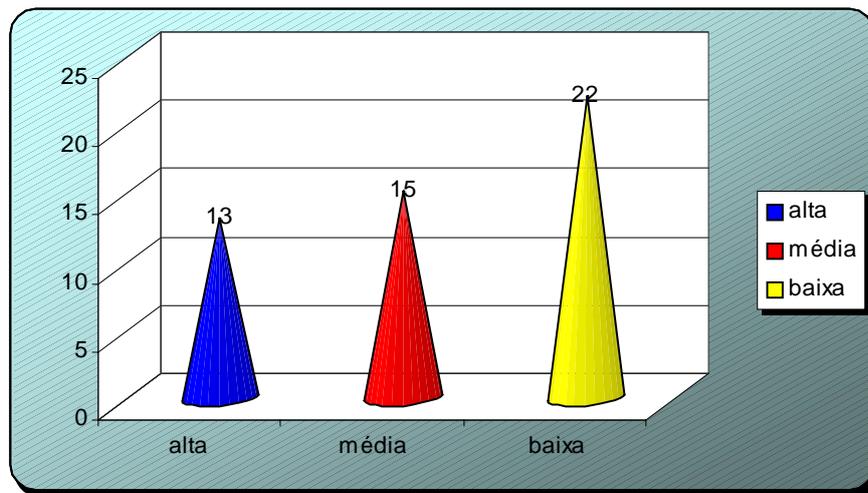


Figura 13 – Representação gráfica da taxa de ingestão diária de açúcar das crianças hospitalizadas na enfermaria pediátrica do pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Quando questionados em relação ao número de escovações diárias, 58%(29) responderam uma frequência de 3 escovações diárias, 26%(13) 2 escovações diárias, 12%(6) uma escovação diária e, 4%(2) um total de 4 escovações diárias (Figura 14).

Destaca-se que o número de escovações diárias relatadas pelos pais e/ou responsáveis no momento da entrevista corresponde aquelas que eram realizadas em seus lares e não durante o período de hospitalização.

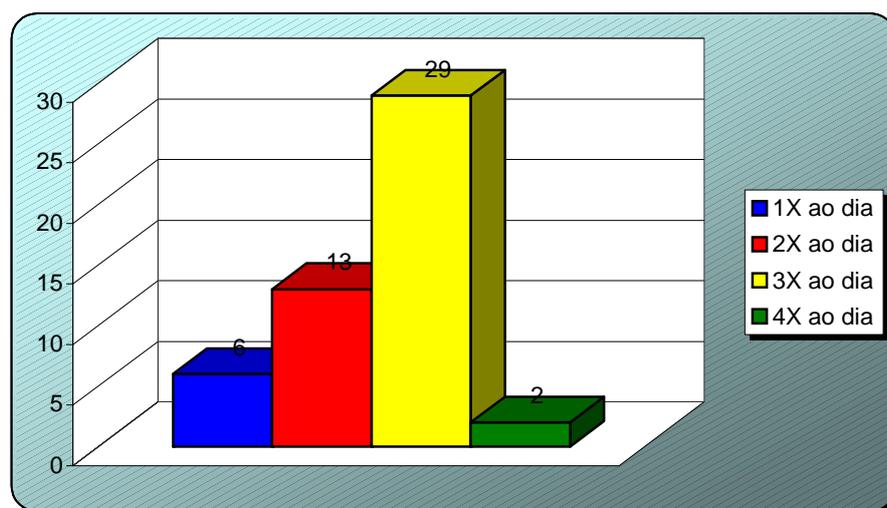


Figura 14 – Distribuição do número de escovações diárias, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Em relação a pessoa responsável pela escovação diária da criança, 84%(42) responderam que a própria criança era quem realizava sua escovação, em 16%(8) dos casos a mãe e/ou responsável executam e/ou supervisionam a escovação da criança.

Este resultado vai contra a recomendação de alguns autores pesquisados como Bastos; Peres e Ramires (2003) que preconizaram para essa faixa etária a escovação supervisionada por um responsável, uma vez que, nessa idade as crianças ainda estão aprendendo as habilidades relacionadas a higiene geral e bucal e portanto não estão aptas a realizarem a sua própria escovação sem o auxílio e/ou supervisão de um responsável.

Sobre a orientação de higiene bucal, 48%(24) das crianças já haviam recebido algum tipo de orientação, sendo que 52%(26) nunca tinham recebido qualquer tipo de orientação de higiene bucal.

Os dados apresentados até o momento discorreram sobre o perfil do paciente atendido na enfermaria pediátrica no período de maio a julho de 2005.

4.2 Perspectiva da mãe/responsável do comportamento da criança frente ao atendimento odontológico

Um ponto levantado na coleta de dados foi o parecer da mãe/responsável em relação a perspectiva de comportamento da criança durante o atendimento odontológico profilático na enfermaria pediátrica.

Como pode ser observado na figura 15, 66%(33) dos entrevistados responderam que a criança iria cooperar bem durante o atendimento odontológico na enfermaria pediátrica, seguido de 6%(3) cooperando razoavelmente, 8%(4) indiferentes, 8%(4) criando muita de

dificuldade e finalmente 12%(6) responderam que o paciente iria criar pouca dificuldade durante o atendimento.

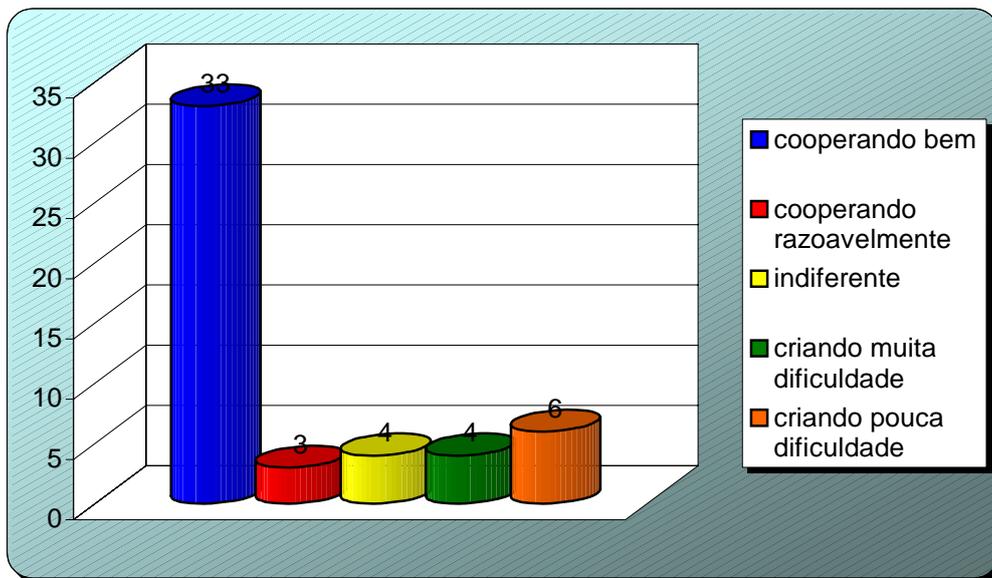


Figura 15 – Perspectiva da mãe/responsável em relação ao comportamento da crianças durante o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

A seguir serão analisadas e discutidas as variáveis em relação a utilização do “brinquedo” como recurso mediador durante o atendimento odontológico profilático.

4.3 Análise do “brinquedo” como recurso mediador

A figura 16 representa os dados com relação ao método utilizado como mediador para o atendimento odontológico profilático. Em relação a população estudada os alunos responderam que em 84%(42) das crianças atendidas o método utilizado atuou efetivamente como um instrumento mediador para o atendimento odontológico e, para 16%(8) das crianças o método não foi um recurso mediador.

Isto está de acordo com Guedes-Pinto et al. (1991), Bönecker (2001) e Oliveira (2001) que relataram que o condicionamento da criança quando embasado em associações com objetos da prática e com o mundo imaginário da criança, faz com que a mesma se sinta confiante e aceite com uma maior facilidade o atendimento odontológico.

Dentre os 16%(8) das crianças que o brinquedo não atuou como recurso mediador, os fatores sexo e idade não foram estatisticamente significantes, para o teste qui-quadrado em nível de 5% de significância, como fatores causais da não-colaboração da criança durante o atendimento.

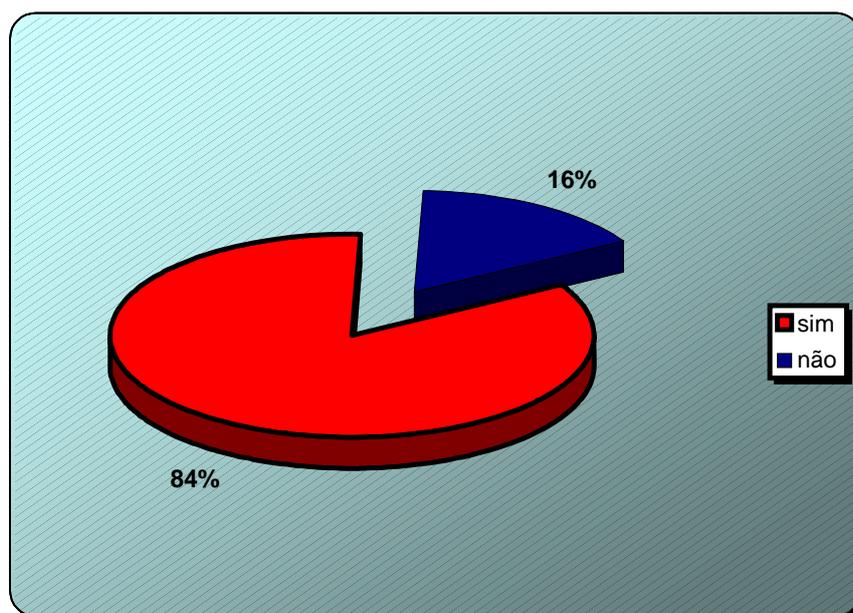


Figura 16 – Distribuição percentual das respostas dadas pelos alunos com relação ao método utilizado como mediador para o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Quanto ao fato da criança se sentir a vontade durante a confecção do brinquedo, em 76%(38) dos casos a criança se sentiu a vontade durante a confecção do brinquedo, enquanto em 24%(12) foi percebido que a criança não estava a vontade para a confecção.

Weiss (1997) demonstrou que para as crianças, quando o objeto é construído por ela será tratado com afeição. O brinquedo confeccionado com material de sucata é resultado de um trabalho de transformação, onde da junção de vários materiais um brinquedo é construído.

Conforme Oliveira (1999) alguns cuidados quando da relação criança-brinquedo devem ser tomados. O brincar deve ser divertido, prazeroso e não tarefa. Além disso o brinquedo deve estar de acordo com o interesse da criança.

Os dados apresentados na figura 17 reforçam os dizeres de Oliveira(1999) quando observa-se que o brinquedo despertou interesse em 86%(43) das crianças que participaram do trabalho e somente em 14%(7) não despertou interesse.

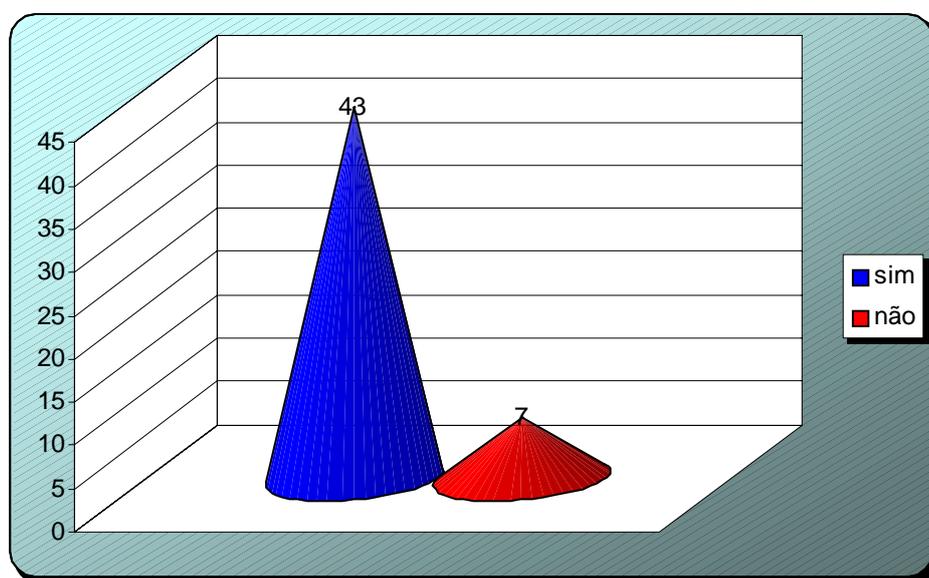


Figura 17 – Distribuição das respostas dadas pelos alunos em relação ao interesse da criança pelo brinquedo para o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Já em relação a criação de um vínculo criança-brinquedo foi observado que em 56%(28) das crianças percebeu-se algum sinal de vínculo criança-brinquedo e em 44%(22) dos casos a criação de um vínculo não pode ser observado.

Autores como Almeida(1998), Bönecker(2001) e Seger (1992) relataram que o brinquedo é o elemento simbólico da realidade em que a criança vive. Através da utilização dele a criança pode reproduzir situações penosas, traumáticas, assim como, prazerosas. Tais situações são vivenciadas diariamente pela criança internada em enfermarias sustentando a hipótese de que o brinquedo contribui para o atendimento odontológico dos pacientes internados na enfermaria pediátrica.

Observou-se que mesmo o brinquedo sendo um recurso mediador e um elemento simbólico da realidade, a criança não se sentiu a vontade em ficar com o brinquedo e levá-lo para casa.

Com o intuito da inserção do atendimento odontológico profilático na enfermaria pediátrica, os alunos, assim como a enfermeira da equipe de enfermagem foram questionados se consideravam a enfermaria pediátrica um local apropriado para a realização de atendimento odontológico profilático.

Convém ressaltar que a equipe de enfermagem que atua na divisão da enfermaria pediátrica do HU/UFSC é composta na maioria das vezes por uma enfermeira e cinco técnicos de enfermagem.

Como enfermeira da equipe de enfermagem que acompanhou o trabalho tem-se a Prof^a. MSc. Ivana Fossari, a qual, quando solicitada a dar um parecer sobre o trabalho desenvolvido, foi muito receptiva e disposta a responder todos os questionamentos além de

expor a opinião de toda a equipe de enfermagem sobre a “ida” dos dentistas e a realização do atendimento na enfermaria pediátrica.

A Prof^a. Ivana ressaltou : *“O trabalho desenvolvido sem dúvida deve ser implantado como uma prática rotineira no hospital. Além de representar uma atividade de grande cunho social faz também com que a ocorra uma melhora na auto-estima das crianças que ali se encontram internadas”*. Relatou ainda que os membros participantes da pesquisa são simpáticos, educados e, não medem esforços para tratar bem as crianças.

Em relação as respostas dadas pelos alunos, obteve-se 92%(46) de resposta positivas e 5%(10) de resposta negativas em relação ao local conforme representado na figura 18.

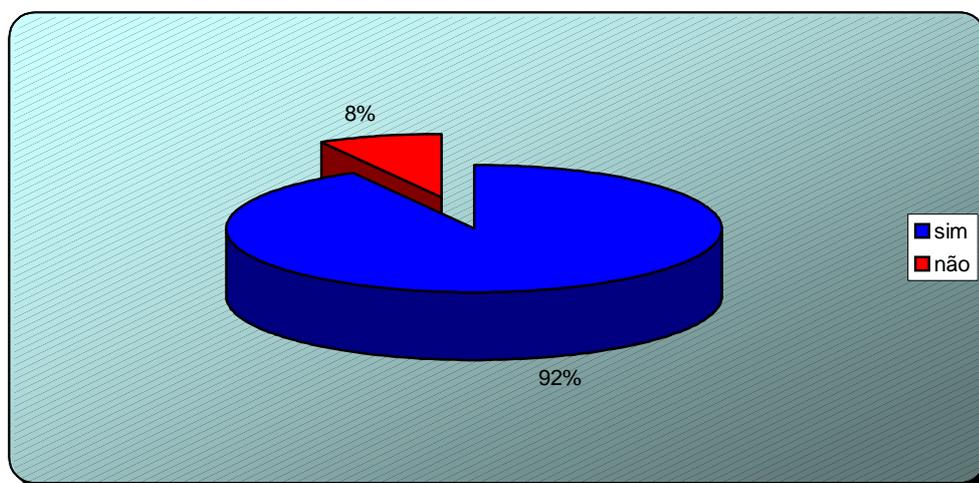


Figura 18 – Distribuição percentual das respostas dadas pelos alunos com relação a enfermaria ser um local apropriado para a realização de atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Tal resultado vai de acordo com Weiss(1997) o qual relata em seu trabalhos que a criança não necessita de grandes espaços para as suas brincadeiras, e sim, de um local o qual se sinta dona e a vontade para brincar.

4.4 Comportamento da criança durante o atendimento odontológico

Com relação ao comportamento da criança durante o atendimento odontológico, a figura 19 apresenta o número de crianças em relação com o seu comportamento durante o atendimento odontológico profilático. Das 50 crianças que participaram da pesquisa, 84%(42) permitiram o atendimento completo, 10%(5) choraram e mesmo assim permitiram e 6%(3) choraram e não permitiram o atendimento odontológico profilático.

Este resultado é concordante com as observações realizadas por Krieger (2003) e, Collet; Oliveira (1999) onde os autores observaram que a utilização da ludoterapia no atendimento odontopediátrico tem se mostrado um instrumento efetivo.

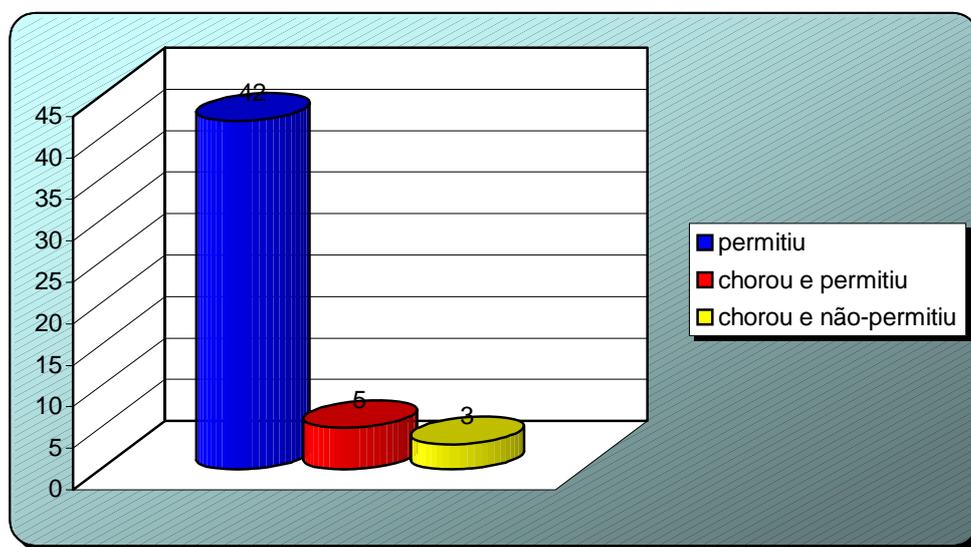


Figura 19 – Distribuição das crianças em relação ao comportamento durante o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

A mãe e/ou responsável após o acompanhamento durante o atendimento odontológico foram questionadas sobre a conduta das crianças que participaram da pesquisa, e, relataram

em 42%(24) que as crianças melhoraram sua conduta de comportamento durante o atendimento odontológico com a utilização do método mediador, em 44%(22) mantiveram bom comportamento, e, em 8%(4) mantiveram mau comportamento, sendo que nenhuma criança piorou o seu comportamento com a utilização do método mediador conforme representado na figura 20.

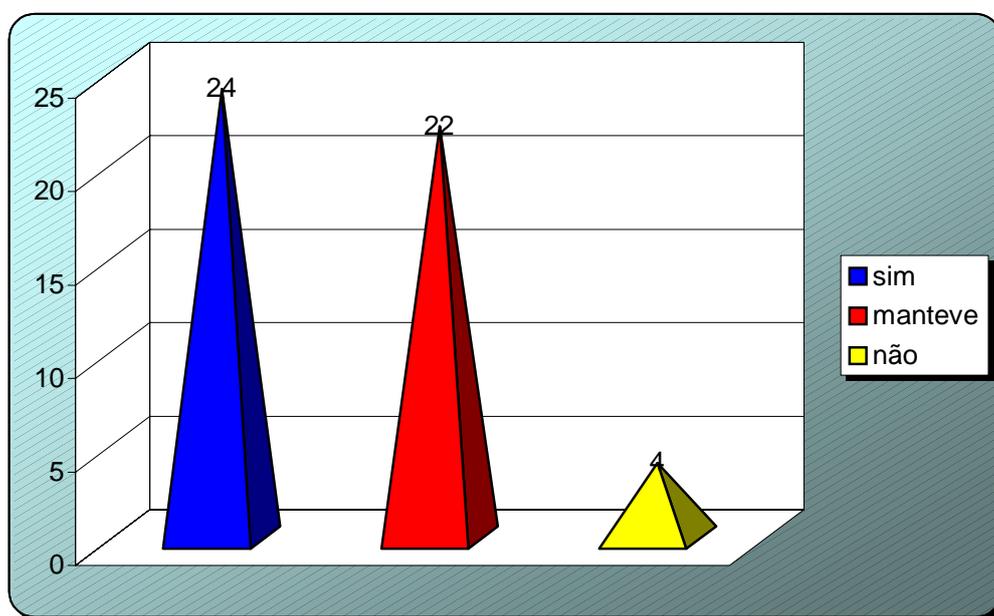


Figura 20 – Distribuição das crianças em relação a uma melhora na sua postura durante o atendimento odontológico profilático com a utilização do método mediador, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Os pais e/ou responsáveis presente durante todo o procedimento foram questionados sobre a inserção e a execução do atendimento odontológico profilático na enfermaria pediátrica, conforme representado na figura 21. Um total de 84%(42) dos pais responderam que consideram esse tipo de trabalho excelente, seguidos de 10%(5) que consideraram o trabalho bom e 6%(3) que não consideram interessante a iniciativa.

Esses dados vão de acordo com Kramer, Feldens e Romano (1997), Sheiham (2004) os quais defendem que as orientações de higiene bucal não visam somente a saúde oral da criança, mas também uma melhora na sua qualidade de vida.

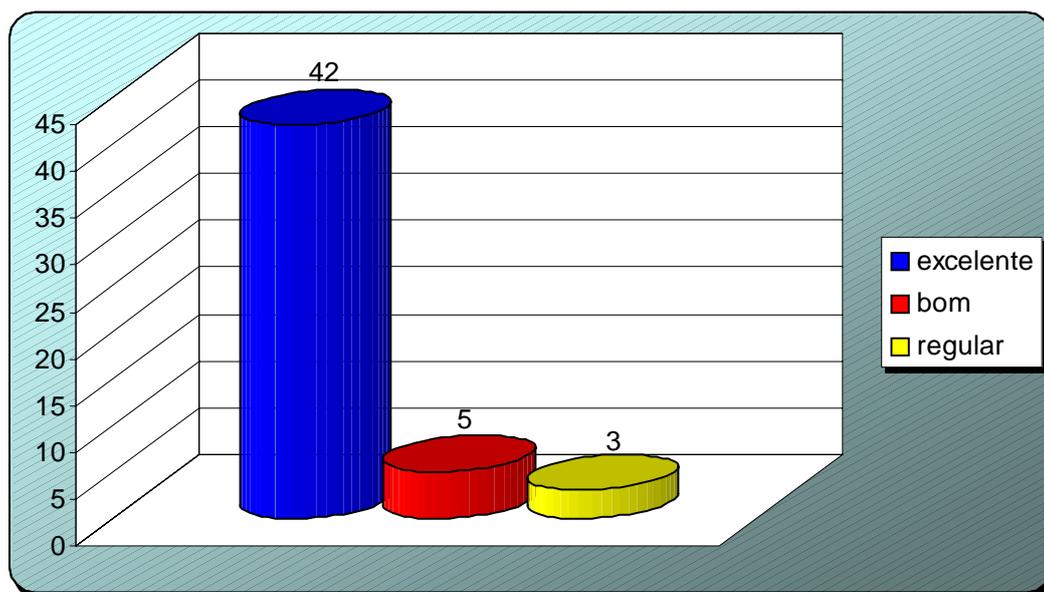


Figura 21 – Opinião dos pais e/ou responsáveis sobre o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Sabe-se que o comportamento da criança durante o atendimento odontológico pode estar relacionado com diversos fatores, como por exemplo a faixa etária.

Verificando a relação de alguns fatores pesquisados no trabalho e o comportamento da criança durante o atendimento odontológico profilático estes serão inter-relacionados e discutidos a seguir.

A figura 22 apresenta os dados coletados em relação a ingestão diária de açúcar e orientação de higiene bucal. Percebe-se que das crianças com alta taxa de ingestão de açúcar diária, a maioria não haviam tido anteriormente orientação de higiene bucal. Em

contrapartida, as crianças que já haviam tido uma orientação de higiene oral anterior, apresentavam um índice menor de crianças com alta taxa de ingestão de açúcar.

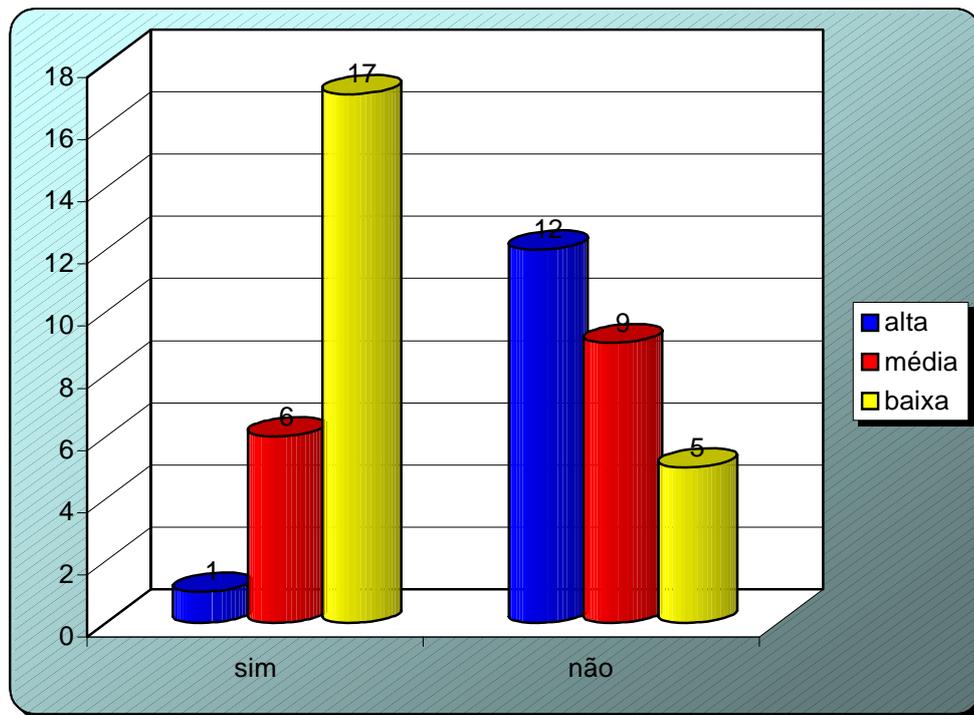


Figura 22 – Inter-relação da frequência de ingestão de açúcar e a orientação de higiene oral, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Estatisticamente, quando correlaciona-se a orientação de higiene bucal com o consumo diário de açúcar, verifica-se que quando as crianças, assim como seus pais e/ou responsáveis possuem alguma orientação de higiene bucal, o consumo diário de açúcar diminui $p < 0,05$ para o teste qui-quadrado, destacando a importância da orientação de higiene oral em crianças.

A figura 23 relaciona a orientação de higiene bucal com a pessoa responsável pela escovação da criança. Observando os resultados, foi possível identificar que não houve uma diferença estatisticamente significativa para a amostra pesquisada com relação ao

responsável pela escovação e a orientação de higiene bucal, porém vale ressaltar o elevado número de crianças responsáveis pela sua escovação sem a supervisão de um responsável.

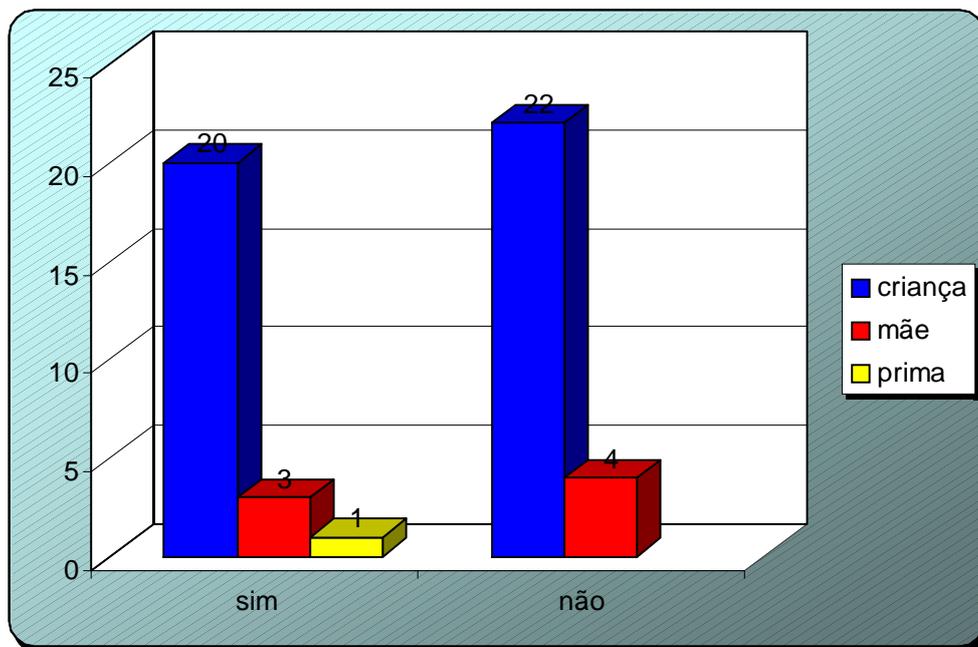


Figura 23 – Inter-relação da orientação de higiene bucal e pessoa responsável pela escovação, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Outro fator que não resultou em um valor qui-quadrado significativo foi a inter-relação do sexo da criança e o seu comportamento manifestado durante o atendimento odontológico profilático, para a grupo pesquisado conforme ilustrado na figura 24.

Observa-se ainda que tanto os meninos, quanto as meninas para a população estudada quando atendidos com a utilização do método mediador na sua maioria 84%(42) permitiram o atendimento odontológico profilático na enfermaria.

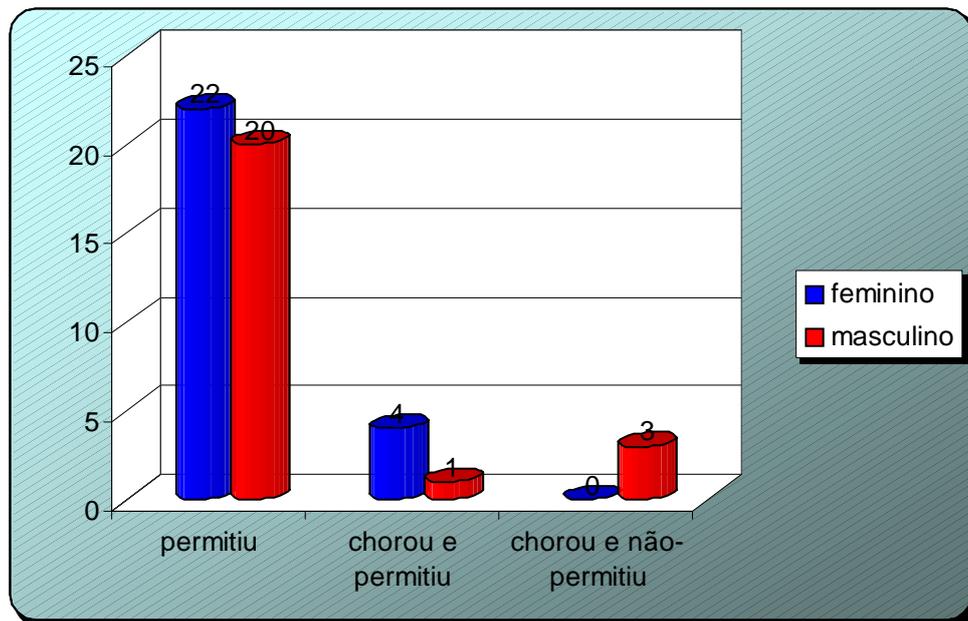


Figura 24 – Inter-relação do sexo da criança e o comportamento manifestado durante o atendimento odontológico profilático, das crianças internadas na enfermaria pediátrica do HU/UFSC – maio/jul 2005.

Vale a pena destacar que a utilização do brinquedo mostrou-se um método mediador de comportamento na grande maioria da população estudada 84%(42), indo de acordo com Barbosa e Toledo(2003) os quais ressaltaram que o profissional antes de fazer uso de técnicas aversivas para controle de comportamento deve tentar utilizar técnicas não-aversivas, haja vista que as mesmas tem se mostrado eficientes e aceitas pela grande maioria dos pacientes.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise e discussão dos dados podem-se destacar algumas considerações a cerca da utilização do “brinquedo” como recurso mediador para a promoção de saúde bucal em pacientes internados na enfermaria pediátrica do HU/UFSC para o período de maio a julho de 2005, contribuindo na definição das conclusões e recomendações deste trabalho.

5.1 Conclusões

Esse estudo permitiu identificar a necessidade de atendimento odontológico na Enfermaria Pediátrica do Hospital Universitário como uma maneira de contribuir para a melhoria das condições de saúde bucal do paciente internado, proporcionando a humanização do atendimento. Durante a anamnese observou-se que os pais e/ou responsáveis foram receptivos e colaboraram com o desenvolvimento da pesquisa, reconhecendo sua utilidade e importância.

Como método mediador foi estabelecido a utilização do “brinquedo” objetivando a educação para a promoção de saúde. Pode-se concluir que este método mostrou-se ser indicado para o ambiente da enfermaria pediátrica, uma vez que o mesmo é de fácil execução e aplicação.

Analisando a aplicação do método utilizado, destaca-se que o “brinquedo” mostrou-se um método mediador em 84%(42) das crianças participantes do estudo e na faixa etária entre 4 e 10 anos. 84%(42) dos pais responderam que consideram esse tipo de trabalho

excelente, seguidos de 10%(5) que consideraram o trabalho bom, confirmando a importância da aplicação deste método.

Conclui-se que quando as crianças, assim como seus pais e/ou responsáveis, possuem alguma orientação de higiene bucal, o consumo diário de açúcar diminui significativamente, destacando a importância da orientação de higiene oral em crianças.

Contudo, pode-se propor, também, o desenvolvimento de ações de sensibilização e capacitação de cirurgiões-dentistas para que possam atuar como promotores de saúde, assim como uma maior interação com todos os profissionais da área da saúde, como, por exemplo, psicólogos e nutricionistas.

5.2 Recomendações para a Instituição

Dentre as recomendações para a instituição, algumas podem ser destacadas:

a) que o projeto de extensão continue, uma vez que se tem o apoio de empresas nesta atividade, as quais fornecem os kits de higiene bucal para a sua realização;

b) verificar a possibilidade de instalação de um escovódromo para que a escovação torne-se um hábito e rotina dentro do ambiente da enfermaria pediátrica.

c) treinar a equipe de saúde dentro dos princípios da Política Nacional de Humanização – PNH.

6. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. **A criança e seus jogos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ALMEIDA, P. N. **Educação lúdica: técnicas e jogos pedagógicos**. 9.ed. São Paulo: Loyola, 1998.

ALTAMIRANO, E. H. D.; JEREISSATI, L. A fisioterapia respiratória e o processo de hospitalização criança-mãe. **Psicologia: teoria e prática**, v. 4, n.2, p. 57-65, 2002.

AMANTE, C. J. A. et al. **Ao brinquedo como recurso mediador para a assistência odontológica de pessoas portadoras de necessidades especiais**. Fórum de Informática aplicada às Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais - CBComp 2002.

AMORIM, V. C. S. de A.; SANTOS, M. de F. S. **Visão que a criança tem do dentista através da interpretação de desenhos**. Revista ABO Nacional, v.7, n.6, p. 359-63, dez – jan 2000.

ANAYASI, K.; SANCHES, S.; AMBROSANO, G.M.D. **Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico**. Pesquisa Odontológica Brasileira. São Paulo, v.14, n.2, p. 131-136, 2000.

ANGERAMI-CAMON, V. A. **A Psicologia no Hospital**. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ARAÚJO, A. **Estudo das condições de saúde bucal e necessidades de tratamento em pacientes do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, SP, 2003.

BARBOSA, C de S.; TOLEDO, O. A. de. **Uso de técnicas aversivas de controle de comportamento em odontopediatria**. Revista Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê. Curitiba: Editora Maio, v.6, n.1, p. 76-82, jan - fev 2003.

BASTOS, J. R. de M.; PERES, S. H. de C. S.; RAMIRES, I. Educação para a saúde. In: PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. 1.ed. São Paulo: Artmed, 2003. p. 117-139.

BÖNECKER, M. J. S. et al. **Caderno de odontopediatria: abordagem clínica.** São Paulo: Santos, 2001. 50p.

BRASIL. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal.** Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios> Acesso em: 30 out. 2004.

BROUGÈRE, G. **Brinquedo e cultura.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CHIATTONE, H.B.C. A criança e a Hospitalização In: ANGERAMI, A.V. **A Psicologia no Hospital.** São Paulo: Traço Editora, 2003. 45-84 p.

CHIATTONE, H. B. C.; ANGERAMI, V. A. **Psicologia no hospital.** São Paulo: Traço, 1987.

COLLET, N.; OLIVEIRA, B. **Humanização da assistência a criança hospitalizada.** Cogitare Enfermagem. Rio de Janeiro. v.4, n.1, p. 47-52, jan-jun 1995.

CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância.** 1ª ed. São Paulo: Santos, 1999.

CRUCHON, G. **As transformações da infância.** Rio de Janeiro: Agir, 2002. 303 p.

CURY, 2001 Uso do flúor e controle da cárie como doença In: Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades

CUSTÓDIO, Z.; BISSANI, C. **Método mãe-canguru.** Medicina e Saúde. Florianópolis, n.4, abr- maio 2002

DUAILIBI, S. E. Postura e abordagem para pacientes especiais. In.: SEGER, L. **Psicologia & odontologia: uma abordagem integradora.** 2. ed. São Paulo, Editora Santos, 1992.

ELIAS, R. et al. **Odontologia de alto risco.** 1. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. 171p.

GIANINI, C. **Trabalhos em garrafas pet.** São Paulo, v.1, n. 3, p. 41-42, 2003.

GUEDES-PINTO, A. C. et al. **Conduta clínica e psicológica em odontopediatria**. 3. ed. São Paulo: Santos. 1991. 231p.

IMORI, M. C.; ROCHA, S. M. M. **Participação dos pais na assistência à criança hospitalizada**: revisão crítica da literatura, Acta Paulista de Enfermagem, 10 (3), p. 37-43., 1998.

JUNQUEIRA, M. F. P. S. **A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar**: um relato de experiência. Estudos de Psicologia, v. 8, n. 1, p.193-197, 2003.

KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia odontopediátrica**. 2.ed. São Paulo: Santos. 2002.

KRAEMER, P.; FELDENS, F.; ROMANO, C. **Promoção de saúde bucal em odontopediatria**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

KRIEGER, L. **Promoção de saúde bucal**. 3.ed. ABOPREV. São Paulo: Artes Médicas, 2003.

KUDO, A. M.; PIERRI, A. Terapia Ocupacional em pediatria. In: KUDO, A. M. et al. **Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria**. São Paulo: Sarvier, 1990, parte 4, p. 194-203.

LASCALA, N. T. **Prevenção na clínica odontológica**: promoção de saúde bucal. São Paulo; Artes Médicas, 1997.

LIDQUIST, I. **A criança no hospital**: terapia pelo brinquedo. São Paulo: Scritta Editorial; São Paulo, 1993.

LIMA, A. C. V. M. de S.; RABELO, A. R. de M.; GUERRA, F. de M.. **Recriando o espaço e a dimensão ocupacional da criança hospitalizada**. Cadernos de Extensão, n.1, nov., 1998. Recife: Pró-Reitoria de Extensão - PROEXT da Universidade Federal de Pernambuco: Ed. Universitária da UFPE, 1998.

LINDHE, J. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

MASSETTI, M. **Soluções de Palhaços**: transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athena, 1998.

MASTRANTONIO, S. D. S. et al. **Manejo do comportamento infantil no consultório odontológico:** relato de caso clínico. JBP – Rev Ibero-americana de odontopediatria e odontologia do bebê. Curitiba, v.7, n.37, p. 230-237, 2004.

MELAMED, B. G. et al. **Dentist's reassuring touch:** effects on children's behavior. Pediatric Dent, Chicago, v.15, n.1, p.20-23, 1993.

MITRE, R. M. **Brincando para viver:** um estudo sobre a relação entre a criança gravemente adoecida e hospitalizada e o brincar. Dissertação de mestrado. Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

MITRE, R. M.; GOMES, R. **A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, n.1, p. 147-154, 2004.

MORAES, A.B.A. **Comportamento e Saúde:** explorando alternativas (pp.61-83). São Paulo: Arbytes, 1999.

MORAIS, R. R. **Brinquedoteca:** possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional em unidades de internação pediátrica. Cadernos de Terapia Ocupacional, GESTOS, nº 01, setembro, 1998, 27-37.

MUGAYAR, L. R. F. **Pacientes portadores de necessidades especiais.** 1.ed. São Paulo: Pancast, 2000.

NOVAES, L. **Brincar é saúde:** o alívio do estresse na criança hospitalizada. 1.ed. Pelotas: Editora da Universidade Católica de Pelotas, 1998.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N. **Criança hospitalizada:** percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 7 (5), p. 95-102., 1999.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização:** reflexão sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, F. C. M. de. **Contribuições da Psicanálise à Odontopediatria.** 2003. Disponível em: <www.odontologia.com.br>. Acesso em: 11 dez. 2003.

_____. **Psicanálise aplicada à odontologia e odontopediatria.** Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <www.odontologia.com.br>. Acesso em: 11 dez. 2003.

OLIVEIRA, M. K. de. **Pensamento e desenvolvimento – um processo sócio-histórico**. 4.ed. São Paulo: Scipione, 1999.

PEREIRA, A. C. e cols. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. 1.ed. São Paulo: Artmed, 2003.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: EDUNISC – Edições LOYOLA, 2004, 319p.

PIEDALUE, R. J. G.; MILNES, A. **An overview of non-pharmacological pedodontic behavior management techniques for the general practitioner**. J. Can Dent Assoc. v.56, n.2, p. 137-144, 1994.

PINKHAM, J. R. **Odontopediatria da infância a adolescência**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. 661p.

POSSOBON, R. de F. et al. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. **Psicologia: teoria e pesquisa**. vol. 19, n. 1, p. 059-064, jan-abr 2003.

RANNA, W. **Pediatria e psicanálise**. Jornal de Pediatria. São Paulo. p. 59-68, 1998.

ROLIM, G. S. et al. **Análise de comportamento do odontólogo no contexto de atendimento infantil**. Estudos de Psicologia, v.9, n.3, p. 533-541.

SAFITI, E. N. R. et al. **Sensibilização e atendimento ambulatorial**. Disponível em: <www.odontologia.com.br>. Acesso em: 04 nov. 2003.

SALOMON, R. V. **O brinquedo como recurso mediador no atendimento odontológico de pacientes portadores de necessidades especiais e sua correlação com os estudos apresentados por Vygotsky**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTA ROZA, E. Um desafio às regras do jogo, p. 161-188. In: Santa Roza, E; REIS, ES. **Da análise na infância ao infantil na análise**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1997.

_____. **Quando brincar é dizer**. Rio de Janeiro: Contracapa, 1999.

SCHUELTER, A.; CIELINSKI, F. H. **Avaliação do brinquedo como recurso mediador para o atendimento odontológico de pacientes portadores de deficiência mental.** 2002. Monografia (Curso de Odontologia) – Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2002.

SEGER, L. **Psicologia e odontologia:** uma abordagem integradora. 2.ed. São Paulo: Santos, 1992.

SHEIHAM, A. **Abordagens de saúde pública para promover saúde periodontal.** São Paulo: Santos, 2004

SIKILERO, R. et al. Recreação uma proposta terapêutica, p. 59-65. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. **Criança hospitalizada:** atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.

TARDIVO, L. S. e OLIVEIRA, F. C. de. **Utilização do Procedimento de Desenhos- Estórias em Pré-Cirurgias.** Disponível em: <www.odontologia.com.br>. Acesso em: 11/12/2003.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria:** fundamento para a prática clínica. 3. ed. São Paulo: Premier, 2005.

TRINCA, W. **Investigação Clínica da Personalidade:** O Desenho Livre como Estímulo de Percepção Temática. São Paulo: EPV, 1987.

YANESE, H. et al. **Intranasal administration of midazolam:** pharmacokinetic and pharmacodynamic properties and sedative potential. Journal Dentist Children, v. 64, n.2, p.89-98, mar - apr. 1997.

WEISS, L. **Brinquedos e enghocas:** atividades lúdicas com sucata. 3.ed. São Paulo: Scipione, 1997. 144p.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)