

ANDRÉA ARAUJO DE OLIVEIRA CORTINES

**SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERCEPÇÕES E
ATITUDES DE ACOMPANHANTES**

Goiânia
2007

ANDRÉA ARAUJO DE OLIVEIRA CORTINES

**SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERCEPÇÕES E
ATITUDES DE ACOMPANHANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Clínica Odontológica

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa

Goiânia
2007

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Cortines, Andréa Araujo de Oliveira.
C829s Saúde bucal de crianças hospitalizadas: percepções e atitudes de acompanhantes / Andréa Araujo de Oliveira Cortines. – Goiânia, 2007.
83f. : il., qds.

Orientadora: Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia, 2007.

Bibliografia : f.63-69.

Inclui anexos e apêndices.

1. Saúde bucal – Crianças hospitalizadas – Percepção e atitudes dos acompanhantes 2. Odontologia preventiva – Crianças hospitalizadas 3. Crianças – Saúde bucal – Cuidados e higiene 4. Educação em saúde I. Costa, Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da II. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Odontologia III. Título.

CDU : 616.314-084-083.2

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa.

Goiânia, ____/____/____.

Assinatura:

e-mail: andreacortines@gmail.com

ANDRÉA ARAUJO DE OLIVEIRA CORTINES

**SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: PERCEPÇÕES E
ATITUDES DE ACOMPANHANTES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa
Presidenta da Banca

Prof^a. Dr^a. Fátima Maria Lindoso da S. Lima
Membro da Banca

Prof^a. Dr^a. Rosangela Almeida Ribeiro
Membro da Banca

Aos meus pais, Jackson e Marita, que sempre foram exemplo de dignidade, honestidade, sabedoria, trabalho e que, com muito amor, dedicação e renúncia, nunca mediram esforços para nos oferecer, a mim e minhas irmãs, uma formação moral e intelectual sólidas.

Ao meu marido, Nelson, companheiro de tantos anos, por seu apoio incondicional.

Aos meus filhos, Paula, Pedro e Laura, por terem me incentivado a seguir por este caminho.

À minha irmã Cláudia, por estar sempre presente.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa por me orientar nos caminhos do conhecimento científico, incentivando e valorizando minhas conquistas e por tornar-se parceira em alguns projetos.

Ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, em especial ao gerente do Serviço de Odontologia, Dr. Hudson Souza Lopes de Matos pelo apoio, incentivo e compreensão oferecidos para a realização deste trabalho.

Aos acompanhantes, que mesmo passando por um período difícil em suas vidas, colaboraram com muita boa vontade e paciência oferecendo a essência deste trabalho.

Aos professores Dais Gonçalves Rocha, Marcelo Medeiros, Maria do Carmo Matias Freire e Vânia Cristina Marcelo pelas sugestões e orientações que tanto ajudaram na confecção deste trabalho.

Aos demais professores da Pós-Graduação que ofereceram seus conhecimentos colaborando com a minha formação.

Aos secretários da Pós-Graduação, Fábio e Gláucia, pela colaboração oferecida sempre com boa vontade.

À Renata Tolêdo Alves, pela sua amizade e companhia constantes durante a realização do Mestrado especialmente em dois momentos: bioestatística e projeto de pesquisa.

À Paula, por suas traduções e revisões de texto.

À Laura e ao Jäder Vinícius que, de maneiras distintas, me ajudaram com o computador.

Ao Pedro, por ser um motorista sempre disposto.

A todos que de alguma forma colaboraram e torceram pela realização desta obra.

É

a gente quer valer o nosso amor
a gente quer valer nosso suor
a gente quer valer o nosso humor
a gente quer do bom e do melhor
a gente quer carinho e atenção
a gente quer calor no coração
a gente quer suar mas de prazer
a gente quer é ter muita saúde
a gente quer viver a liberdade
a gente quer viver felicidade

(...)

É

a gente quer viver pleno direito
a gente quer viver todo respeito
a gente quer viver uma nação
a gente quer é ser um cidadão

É...

É - Gonzaguinha

RESUMO

Ações voltadas à saúde bucal podem contribuir para a recuperação da saúde geral da criança hospitalizada. Para a instituição de programas educativos e preventivos dirigidos a esse público, necessário se faz compreender as percepções sobre saúde bucal segundo os acompanhantes de crianças hospitalizadas, a fim de elaborar um trabalho de educação em saúde que vá ao encontro das percepções e atitudes desse grupo. Foi realizada uma pesquisa qualitativa por meio de entrevista, baseada em um roteiro semi-estruturado. As entrevistas foram gravadas em áudio-cassete, transcritas, digitadas e impressas para obtenção do material do estudo: as falas dos entrevistados. Para análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, modalidade temática, realizada através da leitura exaustiva de todas as entrevistas para extração das palavras ou frases indicativas de significados, agrupando-as em núcleos de sentido e posteriormente categorizando-os em temas. Como resultados foram depreendidos três temas: O cuidado, A saúde bucal e A relação entre saúde bucal e saúde geral. Em relação ao cuidado oferecido às crianças hospitalizadas, observa-se ser diferente daquele destinado à mesma criança antes de adoecer e também às outras crianças da família através do aumento do zelo, da preocupação com o conforto da criança, a fim de amenizar as dores e o sofrimento e da alimentação. Os relatos dos sujeitos demonstraram que a preocupação com a saúde bucal se dá através da realização do tratamento odontológico e também da realização da higiene bucal pelo menos três vezes ao dia, utilizando creme dental e escova de dentes. Porém percebe-se não haver preocupação com outros fatores de risco como a dieta e o uso de medicamentos e nem mesmo em seguir algumas orientações recebidas por cirurgiões-dentistas ou procurar um tratamento preventivo. Alguns demonstraram também dificuldade em realizar ou supervisionar a higiene bucal da criança. A hospitalização para alguns não é um fator dificultador para a realização da higiene bucal por ser um hábito, enquanto para outros o é, por sair da rotina doméstica. Em relação ao tema “relação saúde bucal – saúde geral”, percebe-se que eles acreditam que exista uma relação bidirecional entre elas, no entanto, aquilo que eles realmente acham que interfere na saúde bucal da criança não é a doença em si, mas sim o fato de usar antibiótico. Conclui-se que as percepções dos acompanhantes sobre a saúde bucal de crianças hospitalizadas seguem o senso comum de que escovar os dentes faz parte da higiene corporal e que essa prática deve acontecer três vezes ao dia, com a utilização de escova de dentes e creme dental, não considerando outros fatores de risco. Os acompanhantes conseguem perceber as reais condições bucais de suas crianças procurando melhorá-las com o tratamento curativo e não evitá-las através da prevenção. As atitudes em relação à saúde são permeadas por crenças como a de que antibiótico, “remédio forte”, estraga os dentes. Há a necessidade de que as ações de educação em saúde sejam desenvolvidas em conjunto com toda a equipe multiprofissional de saúde e com o grupo alvo a fim de haver uma mudança no enfrentamento do processo saúde-doença.

Palavras-chave: educação em saúde, criança hospitalizada, saúde bucal, percepção, atitude, cuidadores.

ABSTRACT

ORAL HEALTH OF HOSPITALIZED CHILDREN: PERCEPTIONS AND ATTITUDES OF CAREGIVERS

Attitudes towards oral health may contribute to the recovery of hospitalized child's general health. For the development of educational and preventive programs directed to this public, it is necessary to comprehend the perceptions about oral health according to care-givers, in order to elaborate a project of health education, giving importance to the knowledge and attitudes of this group. A qualitative research was accomplished through interviews, based on semi-structured itinerary. The interviews were recorded in audio-cassette, transcribed, typed and printed to obtain the material of the study: the interviewees' speeches. The data analysis was based on the content analysis, thematic modality, accomplished through the exhausting reading of all the interviews in order to extract the meaningful words and sentences, getting them into sense nuclei and later classifying them in themes. Three themes were inferred as results: The care, The oral health and The relationship between oral health and general health. In relation to the care offered to hospitalized children, it is different from that destined to the same child before getting sick and also to the other children of the family through the increase of the devotion, of the concern with the child's comfort, in order to soften the pains and the suffering and of the feeding. The subjects' reports demonstrated that the concern with the oral health happens through the accomplishment of the dental care and also through the accomplishment of the oral hygiene at least three times a day, using toothpaste and toothbrush. However it is noticed that there is not to be concern with other risk factors as the diet and the use of medicines and not even in following some orientations received by surgeon-dentists or to look for a preventive treatment. Some of the care-givers also demonstrated difficulty in accomplishing or supervising the child's oral hygiene. For some of them, the hospitalization is not a factor which makes more difficult the accomplishment of the oral hygiene, because this is a habit, while for other it is, because they leave the domestic routine. In relation to the theme "relationship oral health - general health", it is noticed that they believe in a bi-directional relationship among them, however, they think that what really interferes in the child's oral health is not the disease itself, but the fact of using antibiotic. The conclusion was that the companions' perceptions about the hospitalized children's oral health follow the common sense that the action of brush the teeth is part of the corporal hygiene and that this practice should happen three times a day, with the use of toothbrush and toothpaste, without considering other risk factors. The care-givers get to notice their children's real oral conditions and try to make them better with the healing treatment and not avoiding them through the prevention. The attitudes in relation to health are permeated by faiths as that the antibiotic, "strong medicine", destroys the teeth. Actions in health education must be developed together with the whole multiprofessional team of health and with the target group in order to promote a change in the way people see the process health-disease.

Key-words: education health, hospitalized child, oral health, perception, attitude, care-gives.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	DEFINIÇÃO DO TEMA	10
1.2	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.3	REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL.....	16
1.3.1	O processo do desenvolvimento da Educação em Saúde no Brasil.....	16
1.3.2	O cuidado odontológico à criança hospitalizada	21
1.4	PRESSUPOSTO.....	28
1.5	JUSTIFICATIVA	29
2	OBJETIVOS	31
2.1	OBJETIVO GERAL.....	31
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
3	CAMINHO METODOLÓGICO	32
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	32
3.2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	32
3.3	CAMPO DE ESTUDO.....	33
3.4	TRABALHO DE CAMPO.....	36
4	RESULTADOS	41
4.1	O CUIDADO.....	41
4.2	A SAÚDE BUCAL	43
4.3	A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E SAÚDE GERAL	47

5	DISCUSSÃO	49
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICE A Roteiro de Entrevista.....	70
	APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	71
	APÊNDICE C Questionário	73
	ANEXO A Parecer Consubstanciado CEPMHA/HC/UFG.....	76
	ANEXO B ABEPE.....	80

1 INTRODUÇÃO

1.1 DEFINIÇÃO DO TEMA

Há 12 anos, desde a minha transferência da Universidade Federal Fluminense para a Universidade Federal de Goiás (UFG), venho desenvolvendo minhas atividades profissionais no Serviço de Odontologia do Hospital das Clínicas (HC).

Essa mudança levou-me de um ambiente essencialmente clínico-odontológico, para uma unidade de saúde hospitalar que prestava atendimento a pacientes portadores de doenças crônicas. Como o curso de graduação não me preparara para essa situação, foi grande a dificuldade inicial para familiarizar-me com a nova realidade clínica.

Não havia a disponibilidade de cursos que abordassem essa temática. Tive que buscar informações, por mim mesma, para me apoiar na prática.

Em seguida, surgiu a oportunidade de participar de uma equipe multiprofissional na Clínica Pediátrica (CP) do HC/UFG. Novamente houve a necessidade de superar dificuldades, pois o cirurgião-dentista não é preparado para trabalhar em grupo.

Tentando vencer esses desafios, fiquei à espera da oferta de um curso de especialização em Saúde Pública em Goiânia.

A primeira oportunidade surgiu em 1999, quando iniciei a Especialização em Vigilância Sanitária e Epidemiológica (EVSE) oferecida pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP) aqui em Goiânia. Nessa mesma época, aconteceu na Faculdade de Odontologia (FO) da UFG o Curso de Atualização em Odontologia em Saúde Coletiva, que era realmente o que eu procurava.

No ano seguinte teve início o I Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva (I CEOSC), na FO/UFG, mas ainda estava cursando a EVSE. Dessa forma, participei do II CEOSC, em 2002, curso este que me ajudou a transpor alguns obstáculos, quando entre outras atividades, preparei junto com uma colega do curso, a monografia intitulada “Equipe interdisciplinar: a inserção da Odontologia na Maternidade Nascido Cidadão”. Nesse momento pude entender um pouco sobre os desafios de trabalhar em grupo: a necessidade de se estabelecer uma comunicação clara, de se respeitar os diferentes saberes e que a finalidade do grupo acima de tudo é a de oferecer o melhor atendimento ao paciente. Por outro lado, porém, evidenciaram-se outras situações a serem superadas.

As preocupações com o trabalho desenvolvido na CP continuavam. Como, diante de um grupo tão grande de profissionais e pacientes, poderia eu continuar a trabalhar sozinha? Na minha ausência por qualquer motivo o trabalho não teria seqüência. Percebia também a necessidade de conhecer melhor a clientela com a qual trabalhava para que as atividades desenvolvidas fossem ao encontro de suas necessidades e expectativas. Notava, ainda, a excelente oportunidade de campo de estágio para os acadêmicos de odontologia, que assim, não teriam tantas dificuldades futuras em suas vidas profissionais, como eu tive. Entretanto, todos os caminhos percorridos, na época, para tentar montar uma equipe de Odontologia para desenvolver um trabalho mais completo não deram frutos.

Até que, em 2004, através do interesse da Prof^a. Dr^a. Luciane R.R.S. da Costa, minha atual orientadora no Curso de Mestrado em Odontologia, demos início ao estágio extracurricular na CP com duas alunas do 5º ano da FO/UFG. Essa experiência mostrou-me a necessidade de capacitação na área de Ensino/Pesquisa, e então surgiu a idéia de iniciar o Mestrado, o que ocorreu em 2005 na FO/UFG.

Nesse ambiente, comentando sobre o trabalho desenvolvido no hospital, despertou-se o interesse de colegas e professores da pós-graduação, bem como de alunos da graduação, e

então desenvolvemos o Projeto de Extensão “Dente São, Corpo São”, que tem como objetivo melhorar as condições de saúde bucal dos pacientes internados na CP/HC/UFG. Para esse fim, são desenvolvidas atividades educativas, preventivas, curativas. Ao mesmo tempo o estudante de Odontologia é atendido no desenvolvimento de competências e habilidades como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais.

No entanto ainda havia a necessidade de se conhecer melhor o grupo para o qual o trabalho é destinado e os meus questionamentos continuavam: “Em circunstâncias tão adversas, que importância teria a Saúde Bucal para esses acompanhantes? Será que alguma vez já pararam para pensar que, para o corpo funcionar bem, todos os seus componentes precisam estar bem, pois são interligados?” Sabendo que o processo de Educação em Saúde não pode ser desenvolvido com atividades verticalizadas, que há a necessidade de envolver a população-alvo nesse processo para alcançar um resultado melhor e mais duradouro, busquei encontrar respostas a essas questões com o desenvolvimento de minha dissertação de mestrado intitulada: “Saúde bucal de crianças hospitalizadas: percepções e atitudes de acompanhantes”.

1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado nos anos 70, ocasionou mudanças no modo de desenvolver as ações em saúde e culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. Dentre os princípios básicos do SUS destaca-se o da

integralidade de assistência “entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1988; MACHADO et al., 2007). Dessa forma, para o seu desenvolvimento, é necessária a existência do trabalho em grupo e também a realização de ações educativas.

Fazem parte da rede SUS os hospitais, incluindo os universitários, como o Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás (UFG) que visa à integralidade na assistência na Clínica Pediátrica (CP). Nesse nosocômio, a preocupação da equipe multiprofissional formada por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas, musicoterapeutas e pedagogos é a de restabelecer e manter a saúde do indivíduo em seu complexo bio-psico-social, dentro de uma abordagem mais ampla do processo saúde-doença.

O cirurgião-dentista, ao desenvolver suas atividades no âmbito da Odontologia Hospitalar, pode atuar oferecendo, além do tratamento restaurador, a educação e a prevenção em saúde bucal. Dessa forma, sua preocupação vai além de recuperar a saúde bucal dos pacientes, mas também de dar condições para a sua manutenção. Além de, segundo Almeida; Corrêa (2003), auxiliar no controle de doenças sistêmicas* graves e frequentes como: endocardite, diabetes, pneumonia bacteriana, insuficiência renal crônica, discrasias sanguíneas, doenças mucocutâneas e doenças infecciosas, como a aids. Se, até o momento, o objetivo da Odontologia nesse tipo de ambiente foi essencialmente cirúrgico, atualmente o horizonte é mais amplo e o propósito é contribuir com a manutenção da saúde bucal e sistêmica.

* Neste trabalho a palavra sistêmico(a) é definida como: o que afeta todo o corpo; generalizado (Ferreira, 1986, p.1596).

A manutenção da saúde bucal, no entanto, não é responsabilidade exclusiva do cirurgião-dentista. A fim de assegurar o bem-estar da criança, o acompanhante também precisa assumir esse papel. Este vai além das necessidades de uma adequação nutricional e da proteção dos tecidos orais; inclui também a proteção contra outras fontes de infecção sistêmica e abrange uma gama de atributos sociais e psicológicos (MANDEL, 2002).

Neste contexto a Educação em Saúde vem auxiliar o trabalho de manutenção da saúde, devendo ser desenvolvida não pela imposição de um saber técnico-científico, mas sim de maneira dialógica, transformando saberes existentes, desenvolvendo a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde (ALVES, 2005). A definição de Educação em Saúde de Green e Kreuter (1991 apud Candeias, 1997, p.210) esclarece bem essa idéia:

Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

A sensibilização dos acompanhantes, nesse sentido, é importante uma vez que a literatura mostra que as condições bucais e sistêmicas estão relacionadas de modo bidirecional (ALMEIDA; CORRÊA, 2003; CARVALHO, 2002; DORO et al., 2005; KAHN et al., 2000; LI et al., 2000; MANDEL, 2002), e que crianças com problemas sistêmicos requerem atenção odontológica mais efetiva (AL-SARHEED et al., 2000; BLOCK, 1980; BOAVENTURA et al., 1994; CHAPPER; GOLDANI, 2004; HARVEY et al., 1980; LEVINE, 1980; ROBERTS; ROBERTS, 1979, 1981). Pesquisas também têm apontado para a necessidade de os cuidadores dessas crianças serem mais apoiados em termos de seus conhecimentos e atitudes

voltados à manutenção da saúde bucal dessas crianças (AL AGILI et al., 2004; KAYE et al., 2005; MENDES, 2002; POMARICO et al., 2003).

No Brasil, com a finalidade de solucionar parte das questões citadas acima, têm sido desenvolvidos trabalhos como: o Programa de Inversão da Atenção, que tem como princípio básico a mudança do enfoque da cura para o controle da cárie (OLIVEIRA et al., 1999); e o de atenção precoce à saúde bucal (Odontologia para Bebês), como o “Bebê Clínica” da Universidade Estadual de Londrina que, desde 1985, orienta gestantes, mães e bebês quanto à saúde bucal, destacando a importância de desenvolver hábitos saudáveis na criança desde a mais tenra idade (OLIVEIRA et al., 1999; GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003). No entanto, com a grande demanda e recursos insuficientes, grande parte da população necessitada acaba por ser excluída. A partir de 1994 surgem as primeiras equipes do Programa de Saúde da Família com atuação centrada na vigilância da saúde oferecendo assistência promocional e preventiva sem descuidar da assistência curativa e reabilitadora (ALVES, 2005).

Como forma de personalizar programas de atenção à saúde bucal de crianças hospitalizadas, necessário se faz pesquisar, além dos conhecimentos, atitudes, hábitos e práticas em relação à saúde bucal, também os saberes, os valores, as crenças e as representações sobre o processo saúde-doença de seus responsáveis, uma vez que são eles que desempenham a função de ensinar, através do cuidado e dos exemplos. Assegurando-se, então, um atendimento que vá ao encontro de suas reais necessidades de saúde odontológica e que colabore com a recuperação de sua saúde geral. Para essa finalidade, o modelo dialógico é o mais adequado, pois, utiliza o diálogo como instrumento essencial que leva à construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado e acarreta mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde (ALVES, 2005).

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

Esta pesquisa se desenvolve sob o norte da Educação em Saúde. Dessa forma, o referencial conceitual aborda o processo do desenvolvimento da educação em saúde no Brasil, incluindo seu paradigma quando considerada a saúde bucal e a educação em saúde no ambiente hospitalar. Posteriormente, o referencial teórico busca fundamentar a justificativa e a discussão deste estudo, por meio da síntese de trabalhos direta ou indiretamente relacionados à saúde bucal de crianças hospitalizadas.

1.3.1 O processo do desenvolvimento da Educação em Saúde no Brasil

Baseado nos trabalhos de Rocha, 1994; Andrade, 2005 e Alves, 2005, foi elaborado um breve histórico da Educação em Saúde no Brasil desde o início do século XX até os dias de hoje.

Por volta de 1900, para combater a febre-amarela, a peste bubônica e a varíola entre outras doenças, adota-se o modelo campanhista, marcando o início das primeiras práticas de Educação em Saúde. Desenvolvido pelo Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, o médico Oswaldo Cruz, este modelo foi concebido dentro de uma visão militar formando um exército de guarda - sanitários que atuavam nos centros urbanos utilizando a força e a autoridade e tinham atitudes controladoras e policiaescas. Não havia o desenvolvimento de um trabalho de orientação, mas sim de fiscalização e punição da população com aplicação de multas, demolição de casas e responsabilização da população pobre pela doença. Essa forma

de agir gerou revolta na população sendo agravada com a obrigatoriedade da vacina anti-varíola, por força de lei, surgindo então o movimento popular denominado revolta da vacina.

Apesar dos métodos empregados, foram alcançadas grandes vitórias, o que fortaleceu o modelo campanhista, de discurso biologicista, tornando-o hegemônico por décadas.

Com a Primeira Reforma Sanitária ocorrida em 1923, surge a Educação Sanitária que é desenvolvida nos centros de saúde recém-criados e nas escolas. A população alvo são as famílias, centradas na mãe, e os escolares. Surge o Educador Sanitário com formação em Educação Sanitária. As atividades eram realizadas através de palestras, conferências e de material impresso que informava o saber médico higienista. Buscava-se o cumprimento de normas, ordens e a realização de ações de higienização. Apesar de responsabilizar as pessoas pelos seus problemas e de não valorizar o saber popular, este método foi importante naquele momento por contribuir com a diminuição das doenças.

Nas décadas de 40/50, com o financiamento da Fundação Rockefeller (EUA), é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) com atuação prioritária na Região Norte, cuidando da saúde dos seringueiros. A denominação passa a ser Educação para a Saúde. Foram erguidos postos de saúde e hospitais, desenvolvidas atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária na Amazônia para as comunidades rural e urbana. Aparecem os Educadores Sanitários, que são os profissionais técnicos e auxiliares de diversas áreas do conhecimento, que desenvolvem um trabalho tanto preventivo como curativo, e que atuam em equipe intervindo socialmente, informando e planejando formas de modificar o comportamento e gerar mudanças. Inicia-se uma dinâmica de envolver as pessoas no processo educativo. Surge a primeira experiência de planejamento em Saúde Bucal, com a idealização do Sistema Incremental.

Nos anos 60, surge a Medicina Comunitária, solicitando a participação da comunidade e tentando envolvê-la na solução de seus problemas. Mas ainda prevalece o pensamento de

que a culpa pela doença é de responsabilidade da comunidade e que havia a necessidade de conscientizar as pessoas.

Na década de 70, época da ditadura militar, há o crescimento da medicina privada e dos métodos curativos em detrimento da atenção preventiva. Nesta época acontece a Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde - Declaração de Alma Ata que preconizava “Saúde para todos no Ano 2000”. Tem início um movimento social para que o serviço de saúde atenda às necessidades reais da população. Acontece a ruptura com o tipo de trabalho desenvolvido até então e busca-se trabalhar com a metodologia participativa. Porém, esta metodologia ainda é centrada no educador/profissional, que visa despertar as pessoas para o auto-cuidado.

Nos anos 80/90 acontece a VII Conferência Nacional de Saúde, na qual ocorre a primeira discussão a respeito da saúde bucal, e a VIII Conferência Nacional de Saúde que conta com a participação popular e estabelece as diretrizes para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. É promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que legisla sobre a saúde no Brasil e garante saúde a todos os brasileiros, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Este tem, entre seus princípios, o da integralidade, através da qual a atenção a saúde inclui tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas, ou de grupos, devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

A Educação em Saúde é desenvolvida com a parceria dos profissionais de saúde, das classes populares e dos movimentos sociais através da utilização da metodologia participativa valorizando as relações interpessoais, o saber popular e o científico e o diálogo para a troca de conhecimentos. A proposta é organizar a participação comunitária para buscar juntos propostas para a solução dos problemas.

Atualmente, a Educação em Saúde passa a ser chamada de Educação Popular em Saúde que utiliza o método dialógico entre profissionais e usuários para a “construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado” (ALVES, 2005).

Dessa forma o objetivo da Educação em Saúde Bucal é melhorar a eficácia dos hábitos de higiene bucal. Ela deve estar incorporada aos programas direcionados para a melhoria da higiene geral e da boa aparência do corpo. A participação da comunidade, principalmente de líderes comunitários, deve acontecer desde o planejamento e implementação até a avaliação a fim de aumentar a probabilidade de sucesso. Algumas estratégias podem ser empregadas como: a estratégia populacional utilizada quando os problemas estão muito disperso na população, a abordagem de fatores de risco comuns uma vez que várias doenças têm determinantes similares e a ação intersetorial mobilizando várias agências da sociedade como escolas, local de trabalho, comércio, mídia, indústria, governo, organizações não-governamentais e outras organizações trabalhando para o bem comum (NADANOVSKY, 2000; SHEIHAM, 2004).

A educação em saúde no ambiente hospitalar foi evidenciada por Westphal, Sasaki e Bardou (1979). Os autores destacaram que a Educação em Saúde no ambiente hospitalar pode ser realizada em três vertentes: o ensino da clientela, o ensino formal de profissional da saúde e o preparo de pessoal auxiliar. Esse método ainda é pertinente nos dias de hoje.

O ensino da clientela é realizado de maneira participativa, dialógica. Não existe a preocupação apenas com os hábitos de higiene, a procura por vacinas e o uso adequado de medicamentos, por exemplo, mas também com as experiências positivas e negativas, o pensamento e sentimento, as expectativas, valores próprios e de seu grupo, modo de agir no curso do processo de desenvolvimento das doenças. Ele pode ser direcionado tanto aos pacientes ambulatoriais (externos) quanto aos pacientes das enfermarias (internos). No

primeiro caso, como os contatos são contínuos e em longo prazo, como no acompanhamento de doenças crônicas, o envolvimento do paciente pode acontecer desde o planejamento, o diagnóstico, os objetivos e a avaliação das atividades educativas, possibilitando que o processo educativo seja mais efetivo. No caso dos pacientes internados, apesar do contato ser contínuo, o tempo é menor, então há a necessidade de que as atividades sejam mais seletivas e dirigidas para a resolução de problemas imediatos. Há ainda os casos de atendimento em pronto-socorro que pode ser o único contato entre profissional e paciente. Dessa forma é importante oferecer informação relativa ao problema de maneira clara e sucinta quanto ao diagnóstico, prognóstico e tratamento. Este deverá ser adaptado a realidade do paciente que deverá reproduzir com suas próprias palavras as orientações recebidas (WESTPHAL; SASSAKI; BARDOU, 1979).

Os hospitais, principalmente os hospitais-escola, são centros formadores de diversas categorias profissionais. Os estudantes devem ser preparados a fim de se tornarem profissionais responsáveis e competentes capazes de atuar em todos os níveis de atenção à saúde (promoção, prevenção, proteção e reabilitação) compreendendo a inter-relação dos fatores biológicos e ambientais na saúde, trabalhar em equipe e estar consciente do seu papel educativo dentre suas atividades profissionais (WESTPHAL; SASSAKI; BARDOU, 1979).

O preparo do pessoal auxiliar é realizado com a educação continuada e treinamento de pessoal por reconhecer que profissionais melhor preparados prestam melhores serviços à clientela em menor tempo e com menor custo. Um dos modelos mais utilizados é o sistema centralizado e formal, por ser mais abrangente e evitar que a tarefa educativa seja desenvolvida casualmente. Este sistema composto por educadores e pedagogos além de orientar o processo e coordenar as ações, deve estar articulado com o departamento de recursos humanos e com os encarregados gerais das categorias do pessoal técnico, auxiliar e administrativo para que as necessidades educativas sejam priorizadas e planejadas. Desta

forma, através da participação ativa de todos na análise e busca de soluções para os problemas espera-se um melhor desempenho dos profissionais em suas funções (WESTPHAL; SASSAKI; BARDOU, 1979).

1.3.2 O cuidado odontológico à criança hospitalizada

O hospital é um valioso aliado para a formação de profissionais da área odontológica, podendo ser utilizado por todas as Faculdades de Odontologia para o estabelecimento de programas clínicos e didáticos que visem (LEVINE, 1980):

- capacitar os profissionais para o atendimento de pacientes hospitalizados,
- preparar alunos de graduação e pós-graduação para o atendimento odontológico hospitalar,
- desenvolver um campo de pesquisa,
- otimizar o serviço,
- oferecer tratamento clínico e preventivo para os pacientes internados
- e contribuir para a auto-estima e dignidade destes pacientes.

Harvey et al. (1980), ainda considerando a necessidade de programas de atenção odontológica direcionados a pacientes hospitalizados, sugerem: utilização de serviços já existentes em hospitais, universidades e sociedade; educação odontológica para os acompanhantes e estabelecimento de um programa de residência para aqueles que tratam pacientes com deficiências.

O cuidado odontológico em ambiente hospitalar, embora pouco documentado, é reconhecidamente necessário, segundo os trabalhos sintetizados adiante. A saúde bucal dos

pacientes internados deve ser uma preocupação da equipe hospitalar (BLOCK, 1980). Entretanto a participação de cirurgiões-dentistas nas equipes de saúde, principalmente dentro dos hospitais, ainda é pouco freqüente (CHAPPER; GOLDANI, 2004).

Sabe-se que as necessidades odontológicas de pacientes hospitalizados são extremamente altas e o tratamento odontológico oferecido não atende a essa demanda. Harvey et al. (1980) avaliaram o acesso aos cuidados odontológicos e as necessidades odontológicas de pacientes com doenças crônicas e/ou incapacitados que estavam hospitalizados em dois grandes hospitais de Seattle, nos Estados Unidos. Dentre 34 pacientes, 41% tinham um ou mais dentes perdidos. Nesse estudo, dos 7 pacientes com necessidade de atendimento de urgência odontológica (dor de dente e presença de fístula), apenas três tinham recebido tratamento. Em um hospital do Alasca, observou-se que 80% dos pacientes adultos hospitalizados já possuíam problemas odontológicos no momento da internação (BLOCK, 1980).

Quando o foco se volta à condição bucal de crianças com doenças crônicas, independentes se hospitalizadas ou não, outras pesquisas são encontradas.

No estudo de Al-Sarheed et al. (2000), crianças que receberam transplante cardíaco ou cardiopulmonar (grupo caso) não apresentaram diferença significativa com relação à experiência de cárie, placa e gengivite, quando comparadas com crianças saudáveis. Porém o grupo caso apresentou maior número de defeito de esmalte, maior sangramento e profundidade de sulco gengival. Os autores concluíram que as necessidades bucais foram similares entre os grupos, havendo, portanto, a necessidade de maior educação direcionada aos pais na prevenção de cárie e na realização de boa higiene oral.

Mendes (2002) descreveu as condições bucais de 34 crianças e adolescentes com Insuficiência Renal Crônica, com idades entre 2 e 19 anos, atendidas em sete serviços de Nefrologia Pediátrica nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói. A análise dos dados

demonstrou que: 100% apresentavam biofilme, cerca de 80% tinha cálculo supragengival, em 67,6% havia presença de cárie, 38,2% mostrava palidez da mucosa, 35,3% hipoplasia de esmalte e 29,4% pigmentação dentária.

O ambiente hospitalar enquanto fator de risco para a doença bucal tem sido investigado por alguns estudos. Block (1980) cita: a existência de doenças sistêmicas com manifestação bucal, a terapia medicamentosa podendo ocasionar problemas bucais, o estado sistêmico podendo complicar o quadro oral e a dificuldade dos próprios pacientes em realizar a própria higiene por estarem imobilizados, debilitados ou em coma.

Roberts e Roberts (1981) constataram, mediante investigação em crianças de 9 meses e 6 anos de idade, com doenças crônicas e recentemente hospitalizadas, que aquelas que utilizavam medicamentos em forma de xarope apresentavam significativamente mais lesões de cárie e gengivite do que as que não utilizavam medicamentos ou que faziam uso de comprimidos.

Pomarico; Souza; Tura (2005) avaliaram o nível de consumo de medicamentos, a frequência e os hábitos de higiene bucal como fatores de risco para cárie dentária durante a hospitalização de crianças com necessidades especiais ou não. A amostra foi formada por responsáveis por crianças portadoras (Grupo 1: G1) ou não (Grupo 2: G2) de necessidades especiais, que freqüentavam uma creche municipal. Um total de 202 pais participou do estudo, sendo 116 do G1 e 86 do G2. Os dados foram coletados através de um formulário, pré-testado, contendo 63 questões (37 abertas e 26 fechadas). Estas questões abordavam o nível de consumo de medicamentos, a adição de qualquer tipo de açúcar ao medicamento, a frequência de hospitalização, os hábitos de escovação durante a hospitalização e a identificação pessoal de cada criança. Outras informações a respeito das crianças foram obtidas através de documentos da instituição. Os resultados demonstraram que o grupo G1 utilizou medicação por 24,5 meses enquanto o G2 por 7,2 meses. Em geral os medicamentos

eram tomados à noite; 8,4% dos pais adoçavam o medicamento antes da ingestão e a maioria das crianças não escovavam os dentes após tomarem os remédios. Mais da metade das crianças (61,9 %; n=125) havia sido hospitalizada em média por 21,8 dias; 83 (66,4%) foram internados poucas vezes. A grande maioria (81,6%) relatou não realizar escovação durante o período de internação. Os pesquisadores concluíram que os hábitos de higiene oral são insatisfatórios ao se utilizar medicamentos e durante hospitalizações, principalmente entre crianças com necessidades especiais.

O cuidado com a saúde bucal em nível hospitalar não deve se limitar apenas ao tratamento curativo, pois mediante os fatores de risco aos quais os pacientes se encontram é necessário o desenvolvimento de atividades preventivas e educativas visando à manutenção da saúde bucal.

Devido a esses fatores de risco à doença bucal em crianças com doenças crônicas, Roberts e Roberts (1981) sugerem que: a necessidade de adoçar os medicamentos pediátricos seja reavaliada, sejam investigadas alternativas para a sacarose como edulcorantes de medicamentos pediátricos, essas crianças recebam tratamento preventivo regularmente, os pais sejam alertados sobre a necessidade de manter o cuidado odontológico para impedir que a doença bucal ameace a saúde da criança.

As percepções sobre saúde bucal de cuidadores de crianças com necessidades especiais*, hospitalizadas ou não, são objeto de estudo de algumas pesquisas. Em sua maioria, eles percebem que a saúde bucal interfere na saúde geral (MENDES, 2002; POMARICO et al., 2003). Também compreendem que a saúde inclui, além do bem-estar físico, o bem-estar social e emocional (MENDES, 2002).

* São considerados pacientes com necessidades especiais aqueles que têm prejuízo ou restrição física, de desenvolvimento, mental, sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional que requerem controle farmacológico, programas e serviços especializados. A condição pode ser desenvolvimental ou adquirida e causar limitações na performance de atividades de vida diária ou ainda comprometer a qualidade de vida do indivíduo. A assistência à saúde aos pacientes especiais requer conhecimentos e cuidados especializados para sua realização (AMERICAN..., 2005-2006).

A infecção oral pode afetar o curso de várias condições de saúde, incluindo cardiopatias, a pneumonia bacteriana, a diabetes mellitus e o baixo peso ao nascimento. As ligações orais e sistêmicas são bidirecionais e muitas doenças sistêmicas podem manifestar-se primeiramente na boca, sendo de suma importância o seu reconhecimento e tratamento (ALMEIDA; CORRÊA, 2003; CARVALHO, 2002; DORO, et al., 2005; KAHN et al., 2000; LI et al., 2000; MANDEL, 2002). Além disso, os cuidados com a saúde bucal podem atuar como proteção contra outras infecções sistêmicas (MANDEL, 2002).

No entanto, em algumas situações os indivíduos têm dificuldade em compreender que existem condições de saúde que comprometem a saúde bucal e vice-versa. Boaventura et al. (1994) relataram o caso clínico de uma família que apresentavam necessidades especiais, composta por seis membros (pai, mãe e quatro filhos). A mãe e três filhos possuíam múltiplos problemas de saúde geral e bucal. Toda a família foi submetida a tratamento ambulatorial odontológico e médico. Segundo os autores, para prover cuidado médico ideal, é necessária uma avaliação das necessidades totais do indivíduo.

Al Agili et al. (2004) entrevistaram pais de crianças com necessidades especiais, com o objetivo de determinar as percepções quanto ao acesso e as barreiras relacionadas ao cuidado dental destas crianças. A amostra foi composta por 714 pais de crianças portadoras de diferentes tipos de necessidades especiais, com idade entre 3 e 13 anos, que estavam cadastradas no Serviço de Reabilitação Infantil do Alabama, nos Estados Unidos. Os dados foram coletados através de questionários enviados aos pais pelos pesquisadores. Os resultados obtidos demonstraram que 85% das crianças já haviam recebido tratamento odontológico enquanto 35% dos pais relataram que tiveram dificuldade em encontrar um profissional para tratar seu filho. De acordo com os resultados os pesquisadores concluíram que os problemas enfrentados para se obter acesso ao cuidado odontológico podem ser minimizados

umentando o número de profissionais nos serviços e melhorando o conhecimento destes em relação aos cuidados de crianças com necessidades especiais.

Kaye et al. (2005) investigaram as experiências e expectativas dos pais de portadores de Síndrome de Down (adultos) em relação ao cuidado odontológico, além de explorar o acesso e a experiência de cuidado dental deste grupo. O estudo foi realizado em duas fases: uma com abordagem qualitativa, através de entrevistas detalhadas com uma amostra de conveniência composta por seis pais; outra utilizando o método quantitativo, no qual um questionário foi enviado a 200 pais membros da Associação de Síndrome de Down. Da pesquisa qualitativa emergiram os seguintes temas: “interessar”, “experiências”, “atitudes dos pais”, “preferências” e “informações”. A taxa de resposta da abordagem quantitativa foi de 63,5%. Os resultados mostraram que os portadores de Síndrome de Down, apesar de freqüentarem o dentista, receberam pouco tratamento restaurador. O cuidado odontológico foi influenciado pelas atitudes e habilidades dos profissionais, pelo estigma, pela expectativa dos parentes em relação ao dentista, por suas convicções de saúde, informações e apoio recebidos, além de seus conhecimentos e prioridades. Os pais gostariam que os dentistas informassem mais a respeito de saúde bucal, em conjunto com outras áreas da saúde, através de palestras. Concluindo, a pesquisa destaca a necessidade de os pais obterem informações sobre saúde bucal o mais cedo possível, bem como o acesso a cirurgiões-dentistas que estejam bem informados sobre a Síndrome de Down.

Embora exista um número considerável de trabalhos avaliando os conhecimentos e atitudes dos acompanhantes relacionados à saúde bucal de crianças (ALVES; VOLSCHAN; HAAS, 2004; AQUILANTE et al.; 2002; BLINKHORN; WAINWRIGHT-STRINGER; HOLLOWAY, 2001; CHAN; TSAI; KING, 2002; COUTO et al., 2001; FERREIRA; GAÍVA, 2001; PETERSEN et al., 1990; PETERSEN; ESHENG, 1998; TALEKAR et al.,

2005 e WEINSTEIN et al., 1999), um limitado número de estudos investiga esses cuidados considerando crianças com doenças crônicas.

Há controvérsias na literatura sobre o fato de uma doença crônica na criança influenciar as atitudes dos seus cuidadores com relação à saúde bucal. Al-Sarheed et al. (2000), comparando crianças que receberam transplante cardíaco ou cardiopulmonar com outras saudáveis, verificaram que houve pouca diferença entre os grupos em relação aos conhecimentos e comportamento dos pais pertinentes à saúde bucal. Pomarico et al. (2003), indagando responsáveis pela saúde bucal de crianças com e sem necessidades especiais concluíram que, em ambos os grupos, os conhecimentos dos pais em relação à manutenção da saúde bucal não são adequados e que, em geral, a mãe é a responsável pela manutenção da saúde.

Mesmo quando sabem que a saúde bucal interfere na saúde geral, os cuidadores nem sempre dispensam a ela a atenção necessária. Mendes (2002), no mesmo trabalho citado anteriormente, também buscou as atitudes de responsáveis por crianças com Insuficiência Renal Crônica frente à saúde bucal. Embora os pais acreditassem que essas crianças necessitassem de mais cuidados com a saúde, 23,5% nunca haviam levado seu filho ao dentista.

Darela et al. (1999) realizaram uma pesquisa com o objetivo de detectar hábitos e comportamentos maternos, tanto sociais quanto de higiene, nocivos à saúde bucal e potencialmente cariogênicos, nas díades criança – mãe internadas nas enfermarias pediátricas do Hospital Universitário São Francisco de Paula e o hospital da Universidade Católica de Pelotas. Foi realizado um estudo descritivo com tabulação simples de dados. A amostra foi formada por 150 responsáveis por crianças de 0-36 meses. O instrumento utilizado para coleta dos dados foi um questionário fechado com 30 perguntas de múltipla escolha. Estas questões abordavam a identificação dos respondentes, as condições socioeconômicas e a escolaridade

do responsável, o uso de mamadeiras, o número de mamadeiras por dia, o uso de chupetas, a quantidade de horas de utilização da mesma por dia e hábitos de higiene bucal. Os resultados demonstraram falta de conhecimento sobre o assunto, somada a hábitos inadequados. Os pesquisadores concluíram que há a necessidade de um trabalho multidisciplinar, visando o atendimento integral da criança, além do trabalho voltado para a educação em saúde bucal. Concluíram também que os pais, como responsáveis pela saúde bucal de seus filhos, devem ser orientados e estar conscientes de seu papel o mais cedo possível.

Neste trabalho abordaremos as percepções sobre e as atitudes em saúde bucal, a partir de acompanhantes de crianças hospitalizadas, na perspectiva da educação em saúde.

1.4 PRESSUPOSTO

O controle da doença bucal pode contribuir para a saúde geral da criança hospitalizada, em curto prazo, ao evitar o agravamento ou até mesmo o desencadeamento de uma condição de saúde geral debilitante e, em longo prazo, ao proporcionar o crescimento e desenvolvimento harmônico.

Dessa forma, é necessário que o cirurgião-dentista esteja inserido numa equipe multiprofissional proporcionando um atendimento integral às crianças, diminuindo os riscos de doenças bucais, bem como possíveis agravos à saúde. Mas também é imperativo buscar as percepções sobre a saúde bucal no contexto hospitalar segundo o próprio paciente e/ou seus cuidadores, de modo a desenvolver um trabalho de Educação em Saúde no modelo dialógico, a fim de capacitar essa população a decidir como agir para ter saúde. Entendendo-se por percepções uma forma de comunicação que estabelecemos com os outros e com as coisas,

com envolvimento de toda nossa personalidade, nossa história pessoal, nossa afetividade, nossos desejos e paixões, sendo a maneira fundamental de os seres humanos estarem no mundo (CHAUI, 2002); e atitudes como “uma predisposição adquirida e duradoura a agir sempre do mesmo modo diante de uma determinada classe de objetos, ou um persistente estado mental e/ou neural de prontidão para reagir diante de uma determinada classe de objetos, não como eles são, mas sim como são concebidos” (CENTRO..., 2007).

Esta pesquisa parte de dois pressupostos:

- os acompanhantes de crianças hospitalizadas percebem a saúde bucal desses pacientes dissociada de sua saúde sistêmica, devido à pequena sensibilização promovida pela equipe de saúde hospitalar que atende esses atores sociais;
- as atitudes desses acompanhantes frente à saúde bucal são prejudicadas pela preocupação com a doença da criança.

1.5 JUSTIFICATIVA

Segundo as bases de dados pesquisadas, são poucos os trabalhos que se preocupam em compreender as percepções sobre saúde bucal segundo pessoas envolvidas em condições especiais de hospitalização. Por outro lado, é um tema importante quando se pensa em educação em saúde como responsabilidade de diferentes profissionais, e não apenas do cirurgião-dentista. Dessa forma, justifica-se a realização de estudo que investigue as

percepções sobre e as atitudes sobre a saúde bucal de crianças hospitalizadas, utilizando-se metodologia qualitativa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender as percepções e as atitudes sobre saúde bucal segundo acompanhantes de crianças hospitalizadas em um Hospital Público Universitário da cidade de Goiânia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender as percepções que os acompanhantes têm sobre saúde bucal e a inter-influência da saúde bucal e saúde geral.
- Reconhecer as atitudes dos acompanhantes em relação à saúde bucal de crianças hospitalizadas.
- Pesquisar possíveis fatores facilitadores ou dificultadores para a realização de práticas necessárias à manutenção da saúde bucal da criança hospitalizada.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Este trabalho, antes de ser iniciado foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas – UFG, conforme orienta a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo aprovado sob o Protocolo nº 083/2006 (Anexo A).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A proposta deste trabalho foi verificar as percepções e as atitudes dos acompanhantes de crianças hospitalizadas a respeito da saúde bucal das mesmas. Dessa forma optou-se por trabalhar com a metodologia qualitativa, uma vez que através dela é possível alcançar a subjetividade dos indivíduos, isto é, desvelar suas crenças, valores, atitudes e hábitos.

De acordo com Green e Thorogood (2004, p.5) os estudos qualitativos são caracterizados por buscar respostas às seguintes perguntas: ‘o que’, ‘como’ ou ‘por quê’ de um fenômeno, em lugar de respostas sobre ‘quanto’ do fenômeno”. Mesmo pensamento de Minayo, (1999, p. 22) “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”.

3.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A pesquisa bibliográfica que fundamentou esta pesquisa constituiu-se por livros científicos e periódicos, selecionados a partir das bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), PUBMED (Nacional Library of Medicine), SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), ADOLEC (Saúde na Adolescência) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem). Utilizou-se os seguintes descritores, tanto na língua portuguesa quanto na língua inglesa: crianças, hospital, saúde bucal, pais, educação, prevenção, odontologia hospitalar, doenças crônicas, percepção.

Buscou-se, adicionalmente, referências secundárias a partir de cada texto científico selecionado.

3.3 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado na CP/HC/UFG. Cinco enfermarias compõem a estrutura física da CP, totalizando 27 leitos distribuídos entre as seguintes especialidades médicas: reumatologia, nefropediatria, gastropediatria, cirurgia pediátrica, clínica geral e um isolamento. Esta estrutura conta ainda com mais cinco salas: uma para a gerência da clínica; uma para assistentes sociais, pedagogas e psicólogas; uma sala para preparação de medicamentos; uma para repouso dos médicos; uma para repouso dos enfermeiros. Existe ainda uma área destinada ao lactário. É dentro desta clínica que se situa o Departamento de Pediatria e Puericultura da Faculdade de Medicina da UFG. A clínica também dispõe de um

escovódromo com quatro pias de diferentes alturas. A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica está pronta e equipada, porém sem funcionar por falta de recursos humanos.

Todas as crianças hospitalizadas têm direito a um acompanhante, como preconiza o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) e às visitas de familiares e amigos diariamente, assim como acompanhamento escolar e o direito de brincar, de acordo com o Projeto de Humanização do hospital. Esses mesmos direitos já haviam sido recomendados desde 1959, ao governo britânico, pelo Relatório Platt, que reconhecia a importância da presença do acompanhante, da classe hospitalar e da brinquedoteca (SHIELDS; KING, 2001).

Uma equipe multiprofissional compõe a parte humana da CP sendo formada por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, nutricionistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, musicoterapeutas e pedagogos. A pesquisadora principal deste trabalho, cirurgiã-dentista faz parte dessa equipe. A sua vivência na rotina da clínica todos os dias, facilitou o acesso ao campo para a coleta dos dados.

Por ser o período matutino o de maior movimento dos profissionais das diversas áreas da saúde, realizando suas atividades profissionais junto aos pacientes, além de ser o período de maior realização de exames laboratoriais e clínicos, elegeu-se o período vespertino para a coleta de dados.

Foram convidados a participar da pesquisa os acompanhantes das crianças hospitalizadas na CP no período de novembro a dezembro de 2006.

Para a inclusão era necessário que o sujeito estivesse presente na Clínica no momento da coleta de dados e que aceitasse o convite feito pela pesquisadora para participar do estudo. Foram excluídos os acompanhantes que estivessem repousando, aflitos com a condição de saúde de sua criança ou em qualquer situação que não o deixasse participar tranquilamente da pesquisa.

Todos foram esclarecidos quanto ao objetivo do estudo, ao risco e ao benefício deste, à garantia do anonimato. Também foram assegurados que não seriam penalizados em caso de recusa ou desistência da participação.

Para obtenção dos dados foi elaborado um roteiro de entrevista (Apêndice A). Esse instrumento foi dividido em três partes. A primeira parte continha os dados pessoais de identificação, a segunda os dados do nível socioeconômico da família, segundo os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (Anexo B), e a terceira parte englobava as questões orientadoras para a realização das entrevistas, as quais foram gravadas em audiocassete. Segundo Cruz Neto (1999, p. 57) a entrevista “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores [...]”. Dessa forma a entrevista caracteriza-se como uma conversa, com propósitos definidos, entre duas partes.

Também foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, documento assinado pelos sujeitos da pesquisa, após terem sido esclarecidos, individualmente, sobre os objetivos e demais características do estudo, e desejando participar do mesmo.

Inicialmente havia se pensado em conduzir uma pesquisa quantitativa sobre este tema. Elaborou-se um instrumento de pesquisa em um modelo de questionário fechado, contendo perguntas objetivas (Apêndice C), o qual foi pré-testado no mês de julho de 2006, no mesmo local do estudo, com 04 outros acompanhantes.

No entanto, percebeu-se que aquele instrumento, dentro da metodologia quantitativa, não poderia responder à pergunta de partida deste estudo: como os acompanhantes de crianças hospitalizadas percebem o cuidado com sua saúde bucal.

Dessa forma, voltou-se à pesquisa qualitativa, e foi desenvolvido um roteiro de entrevista a fim de captar “um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 1999, p.21).

O diário de campo também foi utilizado para as anotações das observações individuais da pesquisadora. Essas anotações foram preciosas para (re)construir em detalhes o objeto de estudo ao longo da pesquisa e diziam respeito ao estado de espírito dos acompanhantes no momento da entrevista e o real interesse dos mesmos em participar desta. Além desses aspectos, também foi observada a existência ou não de harmonia no ambiente da clínica, entre os membros da equipe, e entre estes e os acompanhantes. Desta forma é válido relatar dois momentos vivenciados. Um em relação a uma acompanhante que considerava que seu filho não estava recebendo a assistência necessária pela equipe, cobrando a todo instante atenção para o mesmo e dificultando sua relação com os profissionais. O outro momento ocorreu quando uma criança teve seu quadro clínico agravado, necessitando de transferência para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Enquanto os médicos-residentes se empenhavam em conseguir uma vaga em UTI para esta criança, a enfermagem providenciava uma “mini” UTI para dar o melhor suporte possível à mesma enquanto o problema não era solucionado. Depois de muita dificuldade, conseguiu-se a vaga e aí um novo entrave apareceu. Não havia ambulância com os equipamentos necessários para realizar a transferência. Esse problema, assim como o anterior, foi solucionado depois de várias tentativas e insistências por parte dos profissionais. Toda essa movimentação foi percebida pelos outros acompanhantes e internos que, por sua vez, ficaram angustiados deixando o ambiente ainda mais tenso.

3.4 TRABALHO DE CAMPO

Ao chegar ao campo e observá-lo a pesquisadora escolhia um acompanhante e estabelecia um contato inicial apresentando-se, falando da pesquisa, explicando seus objetivos, o modo através do qual se daria a coleta de dados (entrevista / gravação em audiocassete), os benefícios, os riscos, a garantia do anonimato e fazia o convite para a participação. Após a aceitação, as explicações e o esgotamento das dúvidas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) era lido e solicitava-se a assinatura do participante.

Em seguida eram preenchidos os dados da primeira e da segunda partes do roteiro de entrevista e, então, iniciava-se a entrevista propriamente dita, a terceira parte, que era gravada em audiocassete e que teve duração variável de 7 a 40 minutos. As primeiras quatro perguntas foram elaboradas com a intenção de se estabelecer o início da entrevista, o contato inicial. Ao término das entrevistas eram esclarecidas as dúvidas dos sujeitos.

Posteriormente as entrevistas eram transcritas manualmente, digitadas e impressas para a obtenção do rico material a ser explorado na pesquisa: a fala dos entrevistados.

Os dados coletados foram conhecidos na íntegra apenas pelos pesquisadores envolvidos no estudo. Cada entrevista era codificada pela letra “E” de entrevista, seguida do numeral correspondente a sua ocorrência (exemplo E1 = entrevista um).

O tamanho da amostra deu-se por saturação dos dados, isto é quando eles começaram a se repetir.

Foram entrevistados nove acompanhantes de crianças hospitalizadas na CP/HC/UFG. Dentre os entrevistados, 2 eram do sexo masculino e 7 do sexo feminino. Sete famílias eram procedentes do Estado de Goiás, as outras duas eram do Estado do Tocantins e do Estado de Rondônia. Dentre elas, de acordo com o critério ABEP (Anexo B), apenas uma pertencia à classe econômica B2 com renda superior a R\$ 1.000,00, três faziam parte da classe C com renda familiar próxima a R\$ 1.000,00, outras três famílias relacionavam-se a classe D com

receita em torno de R\$ 400,00 e duas fazem parte da classe E com rendimento próximo a R\$ 200,00. Em relação às crianças, 5 eram meninos e 4 meninas com idades compreendidas entre 3 meses a 12 anos. Todas eram portadoras de enfermidades citadas no Quadro 1, mas que não serão discutidas por não serem objeto deste estudo. Os detalhes que caracterizam os entrevistados e suas crianças estão expostos no quadro 3.1.

Quadro 3.1. Caracterização dos sujeitos:

Código	Dados familiares			Dados da criança		
	Origem	Acompanhante	Classe Econômica / Renda Familiar (*)	Sexo	Idade	Enfermidade
E1	GO	Mãe	D / R\$ 424,00	M	7a,1m	Síndrome de Addison.
E2	GO	Mãe	B2 / R\$ 1.669,00	F	9a,11m	Febre a esclarecer.
E3	GO	Mãe	D/ R\$ 424,00	F	5 m	Infecção por citomegalovírus hepático.
E4	TO	Avó materna	E / R\$ 207,00	M	3 m	Doença intestinal. Colostomia, desnutrição.
E5	GO	Avó materna	C / R\$ 927,00	M	2a, 8m	Microencefalia e Síndrome de Cockaine.
E6	RO	Pai	E/ R\$ 207,00	M	1a, 9m	Estenose de esôfago
E7	GO	Pai	C R\$ 927,00	M	12a, 1m	Intoxicação medicamentosa
E8	GO	Mãe	C / R\$ 927,00	F	1a, 8m	Alergia alimentar
E9	GO	Mãe	D / R\$ 424,00	F	10 m	Cisto de colédoco

M - masculino; F- feminino; (*) ABEP; a= anos; m= meses

Fonte: A autora (2007)

A análise dos dados foi realizada utilizando a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1977), modalidade temática. Essa técnica, tradicionalmente, refere-se ao exame de

textos escritos. Segundo Green e Thorogood (2004) ela tem por objetivo registrar os elementos-chave dos relatos dos sujeitos.

Minayo (2006, p. 316) afirma que “fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. Além de se buscar respostas para questões, com essa técnica pode-se caminhar na direção da "descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado" (GOMES, 1994, p. 74).

Apesar de afirmarem não haver uma “receita” para a realização da análise dos dados, autores como Bardin (1977) e Hesse-Biber e Leavy (2006) sugerem alguns passos para realizá-la. A análise das falas preconizada por Bardin (1977), na qual se baseia essa pesquisa, é realizada em torno de três pólos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, para posterior interpretação.

A pré-análise consiste em realizar a leitura “flutuante” das entrevistas, com a finalidade de conhecer seus conteúdos, buscando impressões, orientações e apreender, de uma maneira global, as idéias principais e os significados gerais (BARDIN, 1977). Essa fase também determina o corpus da pesquisa, “que é a especificação do campo no qual os pesquisadores devem fixar sua atenção” (TRIVIÑOS, 1992, p. 161).

Na segunda fase, a fase exploratória, após a leitura exaustiva do material coletado e a imersão em seu conteúdo, são destacadas as classes (unidades de análise), que se caracterizam como termos recorrentes e relevantes nas entrevistas. Em seguida comparam-se e contrastam-se as classes, à procura de padrões. Essas classes, quando similares, são condensadas em núcleos de sentido.

Na terceira fase, a categorização, os núcleos de sentido, agrupados, originam os temas, que são apresentados no capítulo 4, Resultados, e no capítulo 5, Discussão, articulando-se ao referencial teórico.

4 RESULTADOS

A leitura exaustiva do material referente às falas dos sujeitos desta pesquisa foram categorizados em classes, núcleos de sentido e temas, segundo método descrito no capítulo anterior e sintetizado na figura 4.1. O objetivo desta figura é facilitar, ao leitor menos envolvido com a análise de conteúdo, o *modus operandi* de sua condução.

A seguir apresentaremos os três temas obtidos: o cuidado, a saúde bucal e a relação saúde bucal e saúde geral.

4.1 O CUIDADO

Esta categoria abrange dois núcleos de sentido que são: *atitudes dos acompanhantes* (relacionados aos cuidados gerais) e a *necessidade* de cuidado das crianças*.

Em relação às *atitudes dos acompanhantes* com as crianças, foram destacadas as seguintes classes: “diferente”, “bem estar”, “zelosa”, “carinho”, “dedicada”, “cuidado especial”, “mudei”, “acompanhamento”, “atenção”, “falha”, “criança normal”.

Poucos pais disseram que, apesar do surgimento da doença, continuavam a lhes oferecer os mesmos cuidados de antes e que esses eram iguais aos direcionados aos outros filhos:

Não, porque eu trato ela como se ela fosse uma criança normal. (E3)
Não, é o mesmo. (E6)

*Neste trabalho a palavra necessidade é definida como: aquilo que é absolutamente necessário, exigência (Ferreira, 1986, p.1185).

Fig. 4.1. Classes, núcleos de sentido e categorias segundo as falas dos acompanhantes

CLASSES	NÚCLEOS DE SENTIDO	TEMAS
depende, higiene, mais, sofrimento, igual, alimento, físico, lento	Necessidade de cuidado da criança	O Cuidado
diferente, bem estar, zelosa, carinho, dedicada, cuidado especial, mudei, acompanhamento, atenção, falha, criança normal	Atitude do acompanhante	
igual, ajudo, 3 vezes, creme dental, fio dental, todo dia, eu, ela, pasta, escova, necessidade, novinha, acostumava, cotonete, brinca, 2 vezes, não deixa, acostumou, “escova sempre que alimenta”, fio escapa, sem pasta, preocupação, hábito, não preocupa, sem dente, profissional, menos cuidado, melhorzinho, sarou, parei, voltei, fralda, mesma coisa, faço	Atitudes em saúde bucal	A Saúde Bucal
dentista, posto, hospital, açúcar, “escova o dente”, falta de saber, conhecimento, várias crenças, médico, sapinho, limpando, nistatina, falta orientação, explicando, água oxigenada, flúor, bicarbonato de sódio, farmácia, paninho, mel rosado, “do meu jeito”	Orientação sobre saúde bucal	
encarde, cárie, necessidade de tratamento, nota 10, “não ta ‘bunitim’”, nota 5/4, caída, cariando, furando, quebrou, buraco, nota 5, não mastiga, engole, não fica limpo, cárie não, mau hálito, dente quebrado, trincado, estragado, gasto, gengiva sangra, bruxismo, difícil, não entende, nota 6, dentes frágeis, nota 8, mau cheiro	Percepção do acompanhante sobre a saúde bucal da criança	
restauração, limpeza, cárie, orientou, não foi encaminhado, tratamento	Experiência da criança com tratamento odontológico	
deitado, não anda, diferente, banheiro, esquece, rotina, acamada, internada, medo, receio, boca pequenininha, engasga, “não deixa”, guerra, sangrava, machucando, soda feriu, parei	Obstáculos para a realização da higiene bucal na criança pelo acompanhante	A Relação entre Saúde Bucal e Saúde Geral
não sei, “de nada pode ‘duvidá’”, deve prejudicar	→ Dúvida	
antibiótico, “dente nasce fraco”, remédio forte	→ Remédio	
pode, boca ↔ organismo, sim, certeza, bactérias, enzima, afeta, interfere, ácido volta	→ Convicção	

Fonte: A Autora (2007)

No entanto, a maioria dos entrevistados afirmou ter modificado os cuidados:

Eu tenho mais cuidado com ele porque ele não voltou andá normal ainda, né? (E1)
 Ah, muito carinho, né? Que ele depende muito carinho. [...] A dedicação que eu tenho pra ele nunca tive pros meus filhos. (E4)
 É diferente. Ah, porque ele precisa assim mais de cuidado especial, né? (E5)

Uma acompanhante declarou ter o mesmo cuidado com todas as filhas porque elas apresentavam, em maior ou menor grau, o mesmo problema de saúde:

As outras também tem. (E8)

Quanto ao núcleo *necessidade de cuidado das crianças* foram extraídos os seguintes termos das falas dos entrevistados: “depende”, “higiene”, “mais”, “sofrimento”, “igual”, “alimento”, “físico”, justificando as razões pelas quais as crianças eram detentoras de um cuidado diferenciado.

Eu sente que... o outro é forte, né? Não precisa de tá.. não ocupa tanto de mim, como ele depende, né? (E1)
 É realmente assim a gente acompanhando o sofrimento, né? (E4)
 A imunidade dela fica baixa, ela...atrapalha...assim que ela não teve uma alimentação adequada atrapalha em várias outras coisas, né? (E8)

4.2 A SAÚDE BUCAL

Nesta categoria estão incluídos cinco núcleos de sentido: *atitudes em saúde bucal*, *orientação sobre saúde bucal*, *percepção do acompanhante sobre a saúde bucal da criança*, *experiência da criança com tratamento odontológico* e *os obstáculos para a realização da higiene bucal na criança pelo acompanhante*.

O núcleo de sentido *atitudes em saúde bucal* surgiu de questionamentos feitos aos acompanhantes, relativos às práticas de saúde bucal como: a preocupação com a saúde bucal

da criança; quem realizava, com que material e quantas vezes/dia era feita a higiene bucal (HB) da criança; e se era diferente fazer a higiene em casa e no hospital.

Quanto à preocupação com a saúde bucal da criança foram encontradas expressões como: “novinha”, “acostumava”, “preocupação”, “acostumou”, “não preocupa”, como exemplificado nas falas abaixo:

Acho, porque com o tempo, né? Antes de ter algum problema. Acho que agora seria melhor porque tá novinha, acostumava desde pequena. (E3)
 Já. No começo a minha preocupação era o que eu ia usá porque só a escova eu imaginava que só escová não ia adiantá. (E8)
 Eu ia me preocupá na hora que nascesse os dentinhos. Ela ainda não tem dentinho. (E9).

Em relação a quem realizava a HB da criança emergiram termos como: “ajudo”, “eu”, “ela”, “brinca”, como demonstrado nas falas a seguir:

Eu ajudo ele a escová os dente, ponho ele pra escová. (E1)
 É eu ou minha esposa dos dois menores, da mais velha ela já faz sozinha. Ela já faz sozinha. Tem 4 anos ela já faz sozinha agora dos dois mais novo é a gente que faz. (E6)
 [...] Aí geralmente quando ela vai tomá banho eu aproveito que tá na água, né? Aí ela acha que tá brincando e vai... (E8)

Quanto ao material utilizado na HB, e sua freqüência, destacaram-se os seguintes vocábulos e expressões: “creme dental”, “fio dental”, “escova”, “pasta”, “fio escapa”, “sem pasta”, “fralda”, “cotonete”, “3 vezes”, “2 vezes”, “escova sempre que alimenta”:

Só pasta, escova e o fio dental. [...] Três vezes ao dia (E2)
 [...] Porque quando limpava com cotonete sangrava. [...] (E5)
 No começo eu usava fralda, né? Aí eu fui comprando aquelas escovinha pequenininha até ela acostumá. Agora eu faço com a escovinha dela. [...]. Eu faço três vezes por dia, porque é assim tem vezes que eu faço mais, mas eu faço três vezes por dia. De manhã, de tarde e de noite. (E8)

Há ainda a fala de uma acompanhante mostrando seu sentimento em relação à dificuldade para a realização da HB na criança:

Não. Eu acho assim de tudo essa parte de trabalhar com ele o que eu acho assim mais difícil é de mexer com a boca, né? De fazer a higiene da boca. [...]. (E5)

Ao serem questionados se havia diferença entre realizar a higiene bucal no hospital e em casa, foram destacadas das falas as seguintes palavras: “igual”, “hábito”, “mesma coisa”, “faço”:

Mesma coisa. [...] Não. Eu pra mim é a mesma coisa até porque... ninguém nunca me falou nada sobre isso se pode ou se não pode. Eu acho que pode então não tem diferença. (E6)

Continua. O fio dental, não. Mas a escova a gente cuida. (E7)

Faço. Não, é a mesma coisa. É porque se é um hábito que a gente tem já é normal tanto lá como aqui. (E8)

O núcleo de sentido *orientação sobre saúde bucal* trabalha com as palavras e expressões que apontam para a orientação recebida como: “dentista”, “posto”, “hospital”, “açúcar”, “escová o dente”, “falta de saber”, “conhecimento”, “várias crenças”, “médico”, “sapinho”, “limpando”, “nistatina”, “falta orientação”, “explicando”, “água oxigenada”, “flúor”, “bicarbonato de sódio”, “farmácia”, “paninho”, “mel rosado”.

Destacam-se as falas nas quais os acompanhantes relatam já terem recebido alguma orientação de dentista, de médico e de balconista de farmácia, como citado a seguir:

Eu faço do meu jeito, mas alguém já me orientou fazê. (E1)

Já, até porque ele criou sapinho na boca, né?[...] A médica me mostrou, a dotôra que atendeu ele, tava com a boquinha muito... (E4)

[...] Aí eu fui conversei com o médico aqui e o médico me encaminhou pra dentista. Ela deu uma olhada e me explicou pra mim faze higiene bocal [...]. (E5)

A mulhé disse que era uma estomatite.[...] Da farmácia né que.... (E9)

No entanto alguns acompanhantes afirmaram nunca ter recebido nenhum tipo de orientação:

Perguntá a gente pergunta, mas são várias crenças, né? Várias crenças, então eu fiquei com medo, porque um fala uma coisa outro fala outra, né? Então você tem receio. (E3)

[...] E tô precisando de orientação também porque eu não tô sabendo como. (E5)

Não, nunca. [...] Não. Ninguém encaminhou. (E6)

Outros acompanhantes relataram que fizeram a higiene bucal em suas crianças quando elas foram acometidas por *Candida albicans*. No entanto podemos perceber pelas falas que as

orientações recebidas foram para tratamento e não para higiene já que eram utilizados medicamentos para a sua realização.

Já, até porque ele criou sapinho na boca, né? (E4)
Colocando nistantina e limpando. (E4)
Não, aí eu parei de limpá. (E4). (quando melhorou)
Com gaze, paninho e o mel rosado porque ela tava com um negocinho na boca.” [...] Não só com ela tava mesmo. (E9)

No núcleo de sentido relativo à *percepção do acompanhante em relação à saúde bucal da criança* foram agrupadas as seguintes classes: “encarde”, “cárie”, “necessidade de tratamento”, “nota 10”, “não tá ‘bunitim’”, “nota 5 ou 4”, “caída”, “cariando”, “furando”, “quebrou”, “buraco”, “nota 5”, “não mastiga”, “engole”, “não fica limpo”, “cárie não tem”, “mau hálito”, “estragado”, “dente quebrado”, “trincado”, “gasto”, “gingiva sangra”, “bruxismo”, “difícil”, “não entende”, “nota 6”, “dentes frágeis”, “nota 8”, “mau cheiro”. Pode-se entender que eles têm uma noção do estado da cavidade bucal de suas crianças e que algumas necessitam de tratamento odontológico.

Porque não fica limpo. Tanto que eu não to sabendo o jeito de limpa a boca dele, né? Igual eu falei. Eu tenho medo de machucá, por ele também tranca a boca muitas vezes. Tem vez que machuca mesmo, né? Então não tá ficando bem limpo. Eu tô preocupada com os dentes dele. Tenho medo de... de chegá... porque cárie não tem ainda, né? Mas se não cuida pode chegá, né? Aí vai complicá mais as coisa, né? (E5)
Porque aí oh ele tem mau hálito, tem dia que ele tá....e o dentinho quebrado,né? Ele sangra gengiva. (E5)
Então acho que é porque ele não gosta de nada doce que ele ainda não tem cárie. Dente estragado ele não tem, ele tem bruxismo por isso o dente tá gasto. Tem o dente trincado e quebrado na UTI. [...]. Outra coisa é que ele não mastiga, só engole. [...]. (E5)

Um acompanhante sentiu-se incapaz de formar opinião a esse respeito:

Ah, isso eu não sei. É difícil porque a gente não entende, né? (E6)

O outro núcleo de sentido contido neste tema é *experiência da criança com tratamento odontológico*, e contém os seguintes vocábulos: “restauração”, “limpeza”, “cárie”, “orientou”, “não foi encaminhado”, “tratamento”.

Porque uma vez no mês lá faz essa escovação no posto.. bucal.Tem tratamento. (E1)
Por causa fazê limpeza, fazê um tratamento. É deu cárie nos dente, foi arrumá. (E2)
Não. Ninguém encaminhou. (E6)

No núcleo relativo aos *obstáculos para a realização da higiene bucal na criança pelo acompanhante*, são observados, pelas falas dos mesmos, que o medo e a doença são os maiores empecilhos, seguidos pela mudança da rotina. Expressões como “deitado”, “não anda”, “diferente”, “banheiro”, “esquece”, “rotina”, “acamada”, “internada”, “medo”, “receio”, “boca pequenininha”, “engasga”, “não deixa”, “guerra”, “sangrava”, “machucando”, “soda feriu”, “parei” aparecem nos relatos descritos a seguir:

Sente diferente as vez quando ele tá deitado na cama, né? Porque as vez eu faço na cama, quando ele tá muito fraco, não dá conta de levantá. Aí não vai na pia, né? Aí eu faço na cama. (E1)

É a hora que vai deitá esquece... [...] É sai da rotina. (E2)

Faço aqui. Uso a escovinha. É uma guerra, né? Mas... Porque ele não deixa. A única coisa que ele me tira do sério é só na hora de escova os dente. Porque ele tranca a boca e como é pequena fico com medo de machucá, né? [...] Aí eu converso com ele, tem que brincá muito com ele, até que ele deixa abri a boca pra eu limpá. Mas aí o saco já encheu e derramou. (E5)

4.3 A RELAÇÃO ENTRE SAÚDE BUCAL E SAÚDE GERAL

O tema relação entre saúde bucal e saúde geral é composto por três núcleos de sentido: *dúvida, convicção e remédio*.

Em relação ao núcleo *dúvida* foram reunidas as seguintes classes: “não sei”, “de nada pode duvidá”, “deve prejudicá”. Essas classes demonstraram que os acompanhantes tinham dúvidas ou desconheciam a relação entre a saúde geral e a saúde bucal. Destacamos as seguintes falas:

Eu não sei. (E1)

Ah! Eu acho que pode. (E2)

É realmente, né? De nada a gente pode duvidá, né? [...] (E4)

Eu acho que sim. Porque parece que volta uma coisa assim mais ácida pra boca dela e a lingüinha dela também tá branca. (E9)

O núcleo *convicção* reuniu as palavras e expressões “pode”, “boca faz parte do organismo”, “sim”, “certeza”, “bactérias”, “enzima”, “afeta”, “interfere”, “ácido volta”,

“não”, que afirmavam, de modo positivo ou negativo, existir a relação entre as saúdes geral e bucal, como destacado a seguir:

Ah! Pode. Pode porque tudo que vai pela boca vai direto pro organismo. (E3)

Não. (E6) (existe relação saúde bucal ↔ saúde geral)

Ah! Eu acho que afeta porque vamos supor igual esse dias ela tava com um mau cheiro na boca porque ela tava com infecção de sinusite muito forte. Ah! Eu acho que altera porque se a boca não tivé bem altera outras coisa e se outras coisa não tivé bem acho que altera na boca. (E8)

No núcleo *remédio* quando perguntados a respeito dos remédios que as crianças tomavam a grande lembrança foi o antibiótico, lembrado em expressões como: “antibiótico”, “dente nasce fraco”, “remédio forte”. Além de mais citado, o antibiótico foi também acusado de causar danos à saúde bucal, como demonstram as falas abaixo:

[...] Eu penso assim, né? Porque antibiótico, muito antibiótico o que eu entendo é que os dentes pode nascê fraco. (E4)

[...] É que dizem que os antibiótico afeta muito os dentes, estraga. Todo remédio assim forte estraga os dentes e o estômago. O pessoal fala. (E5)

Tomou muito antibiótico. É uma das razões que dói, ele e o irmão tem os dentes mais frágeis. Eles tomaram muito antibiótico, né? Quando era pequeno. (E7)

No próximo capítulo esses temas serão discutidos articulados ao referencial teórico do estudo.

5 DISCUSSÃO

Neste trabalho buscou-se apreender as percepções de um grupo de acompanhantes sobre a saúde bucal de suas crianças hospitalizadas, utilizando a metodologia de pesquisa qualitativa como forma de captá-las. Não obstante, a partir deste trabalho, espera-se vislumbrar a possibilidade de elaborar novos pressupostos a serem verificados em estudos futuros mais abrangentes.

De um modo geral, os dados provenientes das entrevistas nos mostram que os acompanhantes oferecem às suas crianças hospitalizadas um cuidado geral especial, diferenciado daquele destinado aos outros filhos, com a intenção de compensar suas limitações físicas e sofrimentos impostos pela doença. A maioria relatou já ter recebido informações sobre saúde bucal. Demonstraram preocupação com a saúde bucal de suas crianças, porém pode-se notar que essa preocupação está ligada aos hábitos cotidianos de escovar os dentes três vezes ao dia, utilizando creme dental e escova de dente. O maior cuidado relaciona-se a fazer a higiene bucal da criança quando ela não consegue realizar sozinha. Ao estar no hospital, para alguns, essa atividade é dificultada por sair da rotina e esquecer, não utilizar seu próprio banheiro e estar deitado, enquanto, para outros, por ser um hábito, é realizada normalmente. Existe também preocupação em procurar o tratamento odontológico quando percebem a necessidade, ao identificarem a presença de cárie, ou quando há queixa de dor por parte da criança. Apenas uma entrevistada relatou que, apesar de não estar satisfeita com o estado geral da boca de sua criança acreditava que essa não tinha cárie, porque não gostava de alimentos doces. Nenhum outro participante do estudo fez qualquer comentário em relação à dieta ou ao uso de medicamentos, a não ser os antibióticos, como fatores de risco para doença bucal. A maioria acredita que pode haver uma relação entre

a saúde bucal e a saúde geral. No entanto, é senso comum que, mais do que a doença, o antibiótico é que estraga os dentes por deixar os “dentes fracos e estragados”. Dessa forma, todos que utilizam este tipo de medicamento fatalmente serão portadores de doenças bucais.

Em relação aos cuidados com a criança hospitalizada, Oliveira; Collet (1999) observaram que para os pais é um alívio poder atender as necessidades físicas, afetivas e até terapêuticas do filho doente, o que justifica a atitude adotada pelos acompanhantes de crianças hospitalizadas nesta pesquisa. A maioria dos participantes afirmou já ter recebido orientações a respeito da manutenção da saúde bucal. No entanto, entre os que receberam e os que não receberam parece não haver diferença nas práticas utilizadas, ou seja, escovar os dentes com escova e creme dental três vezes ao dia. Essa situação pode ser explicada porque tanto os profissionais quanto os meios de comunicação utilizam a “informação como meio de mudar atitudes e motivar crianças a adotar comportamentos de saúde bucal desejáveis, no entanto essa seqüência linear simplista pode criar mudanças temporárias no comportamento, mas raramente permanentes” (SHEIHAM, 2004, p.33). Com relação aos antibióticos podemos perceber a estreita ligação com crenças populares relacionadas à cor e ao potencial agressivo de um medicamento (FERREIRA, 1998).

A análise do conteúdo das respostas dos sujeitos segundo a modalidade temática permitiu o estabelecimento de três temas discutidos a seguir: O Cuidado, A Saúde Bucal e A Relação entre Saúde Bucal e Saúde Geral.

Em relação ao cuidado oferecido às crianças hospitalizadas, observa-se a tendência de, qualquer que seja o acompanhante – mãe, pai ou avó –, ser diferente daquele destinado à mesma criança antes de adoecer e também às outras crianças da família. A diferença está no aumento do zelo, na preocupação com o conforto da criança como forma de amenizar as dores e o sofrimento.

A presença de sete mulheres como cuidadoras segue a tendência de que o cuidado aos membros da família é de responsabilidade da mulher como citado por Dias (1991, p. 25) “é a mulher que assume, no seu cotidiano, práticas de higiene junto à casa, aos filhos, à família tentando garantir um nível razoável de não-doença”. Abreu; Pordeus; Modena (2005) também observaram o fato de que as mães se sentem responsáveis pelas questões sanitárias da família. Porém não podemos deixar de comentar a presença dos dois pais como acompanhantes de seus filhos. Esse resultado coincide com o que obtiveram Gonzaga; Arruda (1998) onde a presença também de dois pais cuidando de seus filhos hospitalizados demonstrou a facilidade dos mesmos em assumir esse papel quando necessário. Essas autoras destacaram que como ambos (pai e mãe) amam e protegem seu filho, procuram atender as necessidades sentidas por ele. Oliveira; Collet (1999) afirmam que a participação da mãe ou outro membro da família é importante para a total assistência à criança hospitalizada.

Outra preocupação destacada pelos acompanhantes diz respeito à alimentação da criança. Alimentação é definida como “conjunto de substâncias de que um indivíduo costuma alimentar-se” (FERREIRA, 1986, p.86). Pode-se observar que a preocupação com a alimentação tem relação em adquirir força e resistência, mesma relação observada por Abreu; Pordeus; Modena (2005), auxiliando na recuperação da saúde. Não existe preocupação nem com nutrição “conjunto de processos que vão desde a ingestão do alimento até a sua assimilação pelas células” (FERREIRA, 1986, p.1205) nem com a dieta “aquela que se faz visando preencher as necessidades específicas de um indivíduo, incluindo ou excluindo certos itens de sua alimentação” (FERREIRA, 1986, p.588). Essa atitude justifica que apenas um acompanhante tenha relacionado a ausência de cárie em sua criança com o fato dela não gostar de alimentos doces. Nenhum outro entrevistado associou a dieta a fator de risco para doenças bucais. Esse fato pode ser justificado pela dificuldade de se abordar esse tema nas atividades de educação em saúde, uma vez que o aconselhamento dietético precisa ser

adequado tanto às necessidades de saúde quanto à realidade sócio-cultural dos indivíduos, (BUENO FILHO et al., 1994; CORBACHO et al., 2001; GUIMARÃES; COSTA; OLIVEIRA, 2003; MASSONI; FORTE; SAMPAIO, 2005). Bernd et al. (1992) encontraram nas falas de seus entrevistados referências a alimentos “bons” e “ruins” para o aparecimento da cárie. Mesmo assim observaram não haver modificação do hábito alimentar por parte dessas pessoas. Esses autores também chamam a atenção para o fato de que muitas vezes os alimentos mais baratos não são os mais saudáveis e ainda que o açúcar está associado ao afeto. Abreu; Pordeus; Modena (2005) também perceberam através das falas de seus entrevistados que estes, por considerarem o alimento fonte de força, acham que não deve haver controle sobre ele. No estudo realizado por Al-Sarheed et al. (2000), para os pais de crianças que realizaram transplante cardíaco ou cárdio-pulmonar, evitar o açúcar foi a melhor forma de prevenir cáries. Nos resultados encontrados por Petersen et al. (1990); Petersen; Esheng (1998) e Mikami; Croucher; Hector (1999) o açúcar e as comidas doces foram lembrados por 74%, 42% e 56% dos entrevistados, respectivamente, como causadores de cárie.

Nesta pesquisa, os relatos dos sujeitos demonstraram que a preocupação com a saúde bucal se dá de duas formas. Uma, através da realização do tratamento odontológico quando identificam a necessidade deste detectando a presença de cárie ou por queixa de dor por parte da criança. E outra, ao realizarem (ou mandarem realizar) a higiene bucal pelo menos três vezes ao dia, utilizando creme dental e escova de dentes. Porém percebe-se não haver preocupação com outros fatores de risco como a dieta e o uso de medicamentos e nem mesmo em seguir algumas orientações recebidas por cirurgiões-dentistas ou procurar um tratamento preventivo. Alguns demonstraram também dificuldade em assumir ou realizar a higiene bucal da criança por alguns motivos como medo de machucar, porque a criança não deixa ou por achar que ela é capaz de higienizar sozinha. A hospitalização para alguns não é um fator

dificultador para a realização da higiene bucal enquanto para outros é, ao sair da rotina doméstica e utilizar um banheiro comum a várias pessoas, como no caso de uma enfermaria.

De acordo com a maioria dos entrevistados podemos perceber que eles não assumiram a tarefa de realizar e nem de supervisionar a higiene bucal de suas criança rotineiramente. Na maioria das vezes é a própria criança quem a faz, mesmo sem ter o desenvolvimento motor necessário para uma perfeita realização, como no caso de crianças menores. Em relação às crianças maiores, os pais acham que por terem crescido elas não precisam de supervisão. Esses resultados e justificativas vão ao encontro dos de Barreira et al. (1996/1997) que ainda apontam como justificativas dadas pelos pais a falta de tempo e a idéia de não fazer para estimulá-los a fazer sozinhos. Chan; Tsai; King (2002) também obtiveram os mesmos resultados em seu estudo onde a maioria das crianças realizava sua higiene bucal sozinhas. Mikami; Croucher; Hector (1999); Petersen et al. (1990); Petersen; Esheng (1998); Weinstein et al. (1999) encontraram resultados semelhantes em relação aos pais terem a tendência de auxiliar mais seus filhos menores do que os maiores em relação à escovação. Douglass; Tinanoff; Tang (2001) afirmam que crianças que têm a participação de adultos durante o ato de sua escovação são mais livres de cárie.

Alguns acompanhantes afirmaram não fazer a higiene bucal pelo fato da criança ainda não possuir dentes, mesma justificativa encontrada por Ferreira; Gaíva (2001); Rezende; Costa; Cardoso (2004).

De acordo com os relatos dos acompanhantes podemos perceber que aqueles que têm o costume de realizar a higiene bucal da criança em casa continuam realizando durante a hospitalização por se tratar de um hábito. E mesmo no caso de alguma dificuldade o acompanhante procura superá-la para realizar a higiene bucal. Pomarico; Souza; Tura (2005) observaram em seu trabalho que a maioria das crianças hospitalizadas não realizava a higiene bucal no período de internação.

No entanto existem outras situações relatadas pelos acompanhantes como obstáculos para a realização dos cuidados com a saúde bucal, como por exemplo: a doença dificultar a ida da criança ao posto de saúde para participar das atividades oferecidas, perder consultas odontológicas porque naquele dia ou a criança estava com febre ou estava internada, assim como a dificuldade de realizar a higiene bucal por conta da falta de cooperação ou entendimento da criança. Em seu estudo, Al Agili et al. (2004) relacionaram os seguintes obstáculos percebidos pelos pais: indisposição do profissional para tratar de crianças portadoras de necessidades especiais, o plano de saúde não ser aceito pelo dentista, a criança possuir outros problemas de saúde ou de comportamento, falta de transporte, falta de plano de saúde. No entanto, Kaye et al. (2005), ao realizarem estudo com pacientes com Síndrome de Down, perceberam que apenas 3% deles tinham dificuldade de acesso aos serviços odontológicos.

Em relação à frequência e ao material utilizado na higiene bucal foi citada a realização da higienização de duas a três vezes por dia utilizando a escova de dentes, o creme dental e o fio dental, embora este não seja utilizado rotineiramente. Esses achados coincidem com os de Barreira et al. (1996/1997) e Corbacho et al. (2001), no qual quase 100% de sua amostra afirmou possuir escovas dentais e utilizar dentifrício. Aqueles que não possuíam escova dental eram crianças abaixo de um ano demonstrando desinformação a respeito da importância de desenvolver hábitos saudáveis desde cedo (BARREIRA et al., 1996/1997). Mikami; Croucher; Hector (1999) encontraram resultados inferiores, com 64% das crianças escovavam os dentes duas vezes por dia. Alguns acompanhantes, do presente estudo, disseram que quando as crianças eram pequenas utilizavam creme dental infantil, mas depois passaram a utilizar o da família, pois era mais conveniente. Chan; Tsai; King (2002) encontraram resultados semelhantes em relação ao creme dental utilizado pela criança ser o mesmo dos adultos apesar do flúor contido ser numa concentração mais alta do que a indicada para as

crianças. Mendes (2002) observou em sua pesquisa que a maioria dos sujeitos realizava a higiene bucal em geral três vezes ao dia. Sheiham (2004, p. 37) afirma que escovar os dentes faz parte da rotina por estar associada à boa aparência, higiene pessoal e crenças religiosas.

Observando os resultados também podemos afirmar que a maioria dos acompanhantes soube avaliar as condições de saúde bucal de sua criança em relação à estética e à necessidade de tratamento. Essa situação também foi observada por Mendes (2002) que relatou que 42,4% (n=14) dos pais de portadores de IRC achavam que a condição da cavidade bucal de seus filhos não era boa e realmente 9 dessas crianças tinham cárie; dos 19 pacientes cujos pais consideravam que as condições bucais eram boas, 18 apresentavam pouco biofilme e 11 não tinham cárie, no entanto 14 possuíam cálculo supragengival. O mesmo resultado não foi encontrado por Chan; Tsai; King (2002) em cujo estudo somente 33% dos cuidadores das crianças que tinham cárie percebeu o problema. Douglass; Tinanoff; Tang (2001) relataram o resultado de sua pesquisa, na qual 58% dos pais, mesmo acreditando que seus filhos tivessem cáries, não os levaram para uma consulta odontológica. As mães entrevistadas por Petersen et al. (1990) gostariam que os dentes de seus filhos estivessem melhores.

Dessa forma podemos observar que algumas crianças, conforme relatado pelos acompanhantes, já tiveram experiência com o tratamento odontológico restaurador. Nenhum mencionou ter procurado o dentista apenas para uma consulta de rotina, preventivamente e nem ter levado seu filho ainda bebê para uma consulta odontológica. Observa-se pela fala dos entrevistados que a maioria procurou tratamento odontológico já com a presença da dor. Ferreira (1998) afirma que “a procura pelos serviços está ligada ao sintoma dor, uma vez que a mesma significa experiência negativa”. Barreira et al. (1996/1997) também observaram a tendência por procura de tratamento curativo e não preventivo. O mesmo foi observado por Petersen et al. (1990), ao relatar que a maioria das crianças procurou dentista por dor ou desconforto. O oposto, no entanto, é defendido por Guimarães; Costa; Oliveira (2003), que

realizaram uma revisão da literatura e constataram que, quanto mais cedo a criança receber assistência, menos possibilidade terá de desenvolver lesões de cárie.

A maioria dos sujeitos afirmou ter recebido orientação à respeito da saúde bucal sendo a principal fonte de informação o dentista, atuando no posto de saúde ou no hospital. Dabela et al. (1999) também encontrou, apesar de uma baixa porcentagem (11%), no seu trabalho, o hospital como local fornecedor de informações a respeito da saúde bucal. Esse resultado é contrário ao encontrado por Cruz et al. (2004) em sua pesquisa, na qual as mães afirmavam terem recebido essas orientações pelo médico pediatra, seguido da enfermeira, sendo que o cirurgião-dentista não foi citado como orientador.

Pelos relatos dos sujeitos percebe-se que os ensinamentos passaram por eles, isto é, não foram assimilados, interiorizados, não geraram nenhuma mudança de comportamento como observado por Guimarães; Costa; Oliveira (2003) que afirmam que “há algumas mães que até têm a informação, porém negligenciam nos cuidados, não pondo em prática o conhecimento adquirido”. O mesmo resultado foi relatado por Blinkhorn; Wainwright-Stringer; Holloway (2001) ao perceberem em seu estudo que as mães de crianças com alto-risco para cárie, apesar de informadas, têm conhecimentos, atitudes e práticas inadequadas em relação à saúde bucal de seus filhos. Alves (2005) denomina esse tipo de educação em saúde como método tradicional, desenvolvido com a utilização de “informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde”, no entanto a população não muda o comportamento, apenas reage a um estímulo temporário. Alves; Volschan; Haas (2004) afirmam que as atividades de educação em saúde devem ser interativas, com a comunidade conscientizando os responsáveis pelas crianças sobre sua corresponsabilidade para melhoria das condições de saúde bucal da coletividade. Indicam também a necessidade de uma abordagem humanística mais próxima da realidade social e menos tecnicista para que grande parte dos problemas de doenças bucais que acometem as

populações infantis seja minimizada. Alguns entrevistados relataram não ter recebido nenhuma informação profissional por não terem sido encaminhados. Uma acompanhante relatou ter procurado informações a respeito de saúde bucal com pessoas conhecidas da comunidade e que ficou amedrontada com a existência de “tantas crenças”. Ferreira (1998) destaca que “para grupos de baixa renda, as concepções de prevenção de doença obedecem a uma lógica de associações em que é necessário acionar recursos rituais e simpatias. [...] Assim, as atitudes preventivas baseiam-se na realização de certo número de passos rituais”. Corbacho et al. (2001) e Abreu; Pordeus; Modena (2005) relataram em seus trabalhos práticas caseiras como bochechos com chás, gargarejos, benzeção e até automedicação, como forma de amenizar a dor de dente ou obter dentes claros. Mendes (2002) encontrou essas práticas em sua pesquisa associadas à tentativa de cura da insuficiência renal crônica através da utilização de chás de ervas naturais.

Em relação ao tema “relação saúde bucal – saúde geral”, as falas da maioria dos entrevistados deixam perceber que eles acreditam que exista uma relação bidirecional entre a saúde bucal e a saúde geral, no entanto o acreditam que o responsável pelas alterações na cavidade bucal seja o antibiótico.

Kahn et al. (2000); LI et al. (2000); Mandel (2000) e Almeida, Corrêa (2003) baseados em alguns estudos sugerem que a infecção oral, especialmente a periodontite, tem relação com uma grande variedade de doenças sistêmicas e também que algumas doenças sistêmicas agravam o desenvolvimento das doenças periodontais, porém ainda não se pode estabelecer uma relação de causa e efeito para elas. No estudo realizado por Al-Sarheed et al. (2000) os pais de crianças que realizaram transplante cardíaco ou cárdio-pulmonar acreditam que a saúde geral de seus filhos pode ser afetada pela sua saúde bucal. Mendes (2002) relatou queixas de seus entrevistados portadores de IRC como: hálito urêmico, xerostomia, gosto amargo ou metálico e perda de paladar. Na pesquisa realizada por Petersen et al. (1990) a

maioria das mães considerou que os dentes naturais são importantes para a manutenção da saúde geral. Petersen; Esheng (1998) relataram que 32% das mães entrevistadas consideraram o sangramento gengival pode ser causado por doenças gerais.

No entanto, para os participantes desta pesquisa o fator de maior importância nessa relação, aquilo que eles realmente acham que interfere na saúde bucal da criança não é a doença em si, mas sim o fato de usar antibiótico. Mesmo citando a utilização de outros medicamentos, como xaropes, o antibiótico tem lugar de destaque na lembrança de todos os acompanhantes. É ele quem deixa o “dente fraco e estragado” por ser remédio forte e por ser utilizado por longos períodos de tempo. É senso comum que o uso de antibiótico estraga os dentes. Abreu; Pordeus; Modena (2005) encontraram resultados bastante semelhantes em seu estudo da associação entre medicamentos fortes, como o antibiótico, e “dentes estragados”. Ferreira (1998) relatou a associação que as pessoas fazem a respeito da eficácia de um medicamento com o seu potencial agressivo e também com cor, sendo melhor quanto mais escuro for o medicamento. No entanto Mendes (2002) destacou uma possível relação entre a utilização do medicamento carbonato de sódio e a presença de cálculo supragengival.

Percebe-se pelos relatos dos acompanhantes que eles não foram alertados sobre qualquer efeito colateral que a medicação prescrita possa causar na cavidade bucal e da necessidade de reforçar a higiene bucal dessas crianças.

O problema dos medicamentos infantis líquidos (xaropes ou suspensão) para a saúde bucal é conter açúcares em sua composição para mascarar o gosto desagradável do produto e facilitar a aceitação da criança e também serve como conservante e antioxidante, além de favorecer a obtenção de uma viscosidade ideal (HEBLING; TEIXEIRA; PIZZOLITO, 2002). No entanto como não é realizada uma boa higiene bucal em seguida à ingestão do medicamento, e como ele é utilizado algumas vezes por dia por um período de tempo prolongado, os efeitos posteriores na cavidade bucal é o aparecimento de cáries. No entanto

outros medicamentos em forma de comprimidos também podem causar problemas bucais, como por exemplo, os anti-histamínicos que causam hipossalivação e os anticonvulsivantes que podem levar a hiperplasia gengival facilitando o acúmulo de placa e dessa forma gengivite e cárie. Mendes (2002) realizou seu trabalho com crianças e adolescentes portadores de insuficiência renal crônica e constatou que alguns pacientes queixavam-se de gosto amargo na boca e xerostomia ao utilizar o carbonato de cálcio e outros apresentavam pigmentação extrínseca do esmalte por usarem o sulfato ferroso. É importante que o médico pediatra esteja alerta a esses problemas e informe aos responsáveis sobre os cuidados necessários para evitar o aparecimento de doenças bucais. Em seu estudo Pomarico; Souza; Tura (2005) observaram que além de utilizarem medicamentos que continham sacarose em sua fórmula os mesmos eram administrados à noite, num período em que o fluxo salivar diminui. Desta forma sugere que essas crianças sejam consideradas um grupo de risco e devam receber cuidado odontológico especial (ROBERTS; ROBERTS, 1979, 1981). Almeida; Corrêa (2003), Carvalho (2002), Chapper; Goldani (2004), Darella et al. (1999), Hallberg; Klingberg (2005) e Moreira; Chaves; Nóbrega (2004) apontam para a necessidade de um trabalho multidisciplinar com troca de informações entre os profissionais que a compõe e entre estes e os pacientes e responsáveis, a fim de oferecer um tratamento integral à criança.

Outra situação percebida pelos relatos dos acompanhantes foi a adoção de duas soluções distintas para um mesmo quadro de infecção por *Candida albicans*. Em um caso o paciente foi atendido por uma médica que orientou a utilização de nistatina aplicada com auxílio de uma gaze em toda mucosa bucal da criança até que o quadro desaparecesse. No outro caso a mãe procurou uma farmácia e a balconista orientou realizar o tratamento com a aplicação de mel rosado. Ferreira; Gaíva (2001) também encontraram uma mãe que realizava a higiene bucal de sua criança com esse produto e deduzem que ele “muito provavelmente serve de substrato para a microbiota bucal”. A procura por uma pessoa não qualificada pode

ser explicada por Ferreira (1998) que diz que “o doente seleciona os medicamentos prescritos mediante o auxílio de familiares, vizinhos e balconistas de farmácia”. Essa situação nos mostra a necessidade de despertar as pessoas para procurar um profissional adequado para ajudá-los na solução de seus problemas de saúde de maneira segura.

Apesar do exposto anteriormente é preciso observar que este estudo tem suas limitações, uma vez que foi direcionado para a compreensão das percepções dos acompanhantes a respeito da saúde bucal de crianças hospitalizadas. Ele foi realizado em um único hospital público, tendo em sua amostragem um número pequeno de pessoas, o que provavelmente não permite abranger a totalidade do problema estudado, sendo desta forma não generalizável. Não obstante, a partir deste trabalho, espera-se vislumbrar a possibilidade de elaborar novos pressupostos como, por exemplo: as percepções da equipe multiprofissional sobre saúde bucal, os conhecimentos da equipe de odontologia quanto a doenças sistêmicas, conhecer o contexto de vida de alguns grupos populacionais procurando entender sua relação com as práticas de saúde relacionadas aos cuidados integrais necessários às pessoas com necessidades especiais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os relatos dos acompanhantes é possível perceber que eles oferecem às suas crianças hospitalizadas um cuidado geral especial, diferenciado daquele destinado aos outros filhos, com a intenção de compensar suas limitações físicas e sofrimentos impostos pela doença. É observado também que a maioria já recebeu informações sobre saúde bucal. A preocupação com a saúde bucal de suas crianças, porém, está ligada aos hábitos cotidianos de escovar os dentes três vezes ao dia, utilizando creme dental e escova de dente. O maior cuidado relaciona-se a fazer a higiene bucal da criança quando ela não consegue realizar sozinha. Para alguns, a permanência no hospital dificulta essa atividade, por sair da rotina e esquecer, não utilizar seu próprio banheiro e estar deitado, enquanto, para outros, por ser um hábito, é realizada normalmente. Existe também a preocupação em procurar o tratamento odontológico quando percebem a necessidade deste, ao identificarem a presença de cárie, ou quando há queixa de dor por parte da criança. Apenas uma entrevistada relatou que, apesar de não estar satisfeita com o estado geral da boca de sua criança acreditava que essa não tinha cárie, porque não gostava de alimentos doces. Nenhum outro participante do estudo fez qualquer comentário em relação à dieta ou ao uso de medicamentos, a não ser os antibióticos, como fatores de risco para doença bucal. A maioria acredita que pode haver uma relação entre a saúde bucal e a saúde geral. No entanto, a maioria acredita que, mais do que a doença, o antibiótico é que estraga os dentes por deixar os “dentes fracos e estragados”. Dessa forma, todos que utilizam este tipo de medicamento fatalmente serão portadores de doenças bucais.

As percepções e atitudes dos acompanhantes voltadas à saúde bucal de crianças hospitalizadas seguem o senso comum de que escovar os dentes faz parte da higiene corporal e que essa prática deve acontecer três vezes ao dia, com a utilização de escova de dentes e creme dental. Esse conhecimento advém de uma educação em saúde verticalizada, autoritária, biologicista e hegemônica. A atitude desse grupo não é modificada pelo fato de serem cuidadores de crianças especiais, as quais necessitam de maiores cuidados em saúde bucal, a fim de garantir a saúde geral. Isso acontece pela ausência de uma orientação diferenciada. Não ocorrem explicações a respeito dos medicamentos e seus efeitos colaterais na cavidade bucal e, conseqüentemente, da necessidade de maior cuidado de higienização, bem como da associação de outros fatores de risco para a doença cárie e para doenças sistêmicas, os chamados fatores de risco comuns, uma vez que várias doenças têm determinantes similares. Da mesma forma, não ocorre orientação sobre os efeitos da doença na cavidade bucal.

Dessa maneira, evidencia-se a necessidade de uma atuação mais coesa e determinada da equipe multidisciplinar de saúde, orientando estes acompanhantes sobre a relação entre saúde bucal e saúde geral estabelecendo uma dialética entre o saber científico e o saber popular, levando a uma nova compreensão sobre o processo saúde-doença e alcançando maior sucesso nos cuidados com a saúde.

REFERÊNCIAS[†]

- ABEPE - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
<http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf> em 18 nov. 2006.
- ABREU, M.H.N.G.; PORDEUS, I.A.; MODENA, C.M. Representações sociais de saúde bucal entre mães no meio rural de Itaúna (MG), 2002. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n. 1, p.245-259, 2005.
- AL AGILI, D.E.; ROSEMAN, J.; PASS, M.A. et al. Access to dental care in Alabama for children with special needs: parent's perspectives. **J Am Dent Assoc**, v. 135, n. 4, p. 490-495, 2004.
- ALMEIDA, O.P.; CORRÊA, M.E.P. Infecções bucais e doenças sistêmicas. **RBM Rev Bras Med**, v. 60, n. 4, p. 175-178, 2003.
- AL-SARHEED, M.; ANGELETOU, A.; ASHLEY, P. F. et al. An investigation of the oral status and reported oral care of children with heart and heart-lung transplants. **Int J Pediatr Dent**, v. 10, n. 4, p. 298-305, 2000.
- ALVES, M.U.; VOLSCHAN, B.C.G.; HAAS, N.A.T. Educação em saúde bucal: sensibilização dos pais de crianças atendidas na clínica integrada de duas universidades privadas. **Pesq Bras Odontop Clin Integr**, v.4, n.1, p. 47-51, 2004.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface-Comunic.,Saúde, Educ.**, v.9, n.6,p.39-52,2004/2005.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Definition of persons with special health care needs. Adopted 2004. **Pediatric Dentistry**, Reference Manual, p.15, 2005-2006. Disponível em: < http://www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/D_SHCN.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2007.
- ANDRADE, M. Funasa: Semeando saúde. **Rev. ABO Nacional**, v. 12, n. 6, p.326-333, 2005.
- AQUILANTE, A.G.; BASTOS, J.R.M.; SALES PERES, S.H.C. et al. Análise do nível de educação odontológica dos pais/responsáveis de escolares da 3ª série do 1º grau e sua relação

[†] Formatação segundo NBR 6023, de outubro de 2002, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

na motivação e educação odontológica de seus filhos. *Rev. OdontolUNICID*. V.14, n. 1, p. 25-34, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. Edições 70, 1977.

BARREIRA, A.K.; ANJOS, A.C.V.; SOARES, C.D. et al. Percepção dos pais quanto à saúde bucal na clínica de odontopediatria da FOUFBA. **Rev Fac Odontol UFBA**, v. 16-17, p. 13-20, 1996/1997.

BERND, B.; SOUZA, C.B.; LOPES, C.B. et al Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em debate**, v.34, p. 33-39, 1992.

BLINKHORN, A.S.; WAINWRIGHT-STRINGER Y.M.; HOLLOWAY, P.J. Dental health knowledge and attitudes of regularly attending mothers of high-risk, preschool children. **Int Dent J**, v. 51, n. 6, p. 435-438, 2001.

BLOCK, F.L. An oral care program for hospitalized patients: a project for dental health committee. **Mil Med**, v.145, n.1, p.42-44, 1980.

BRASIL, Ministério da Ação Social, Estatuto da Criança e do Adolescente ou Lei nº. 8069 de 13 de julho de 1990. < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm > Acesso em: 14 set. 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Título VIII - Da ordem social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Seção I - Disposição Gerais, Seção II – Da Saúde. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 28 mar. 2007.

BOAVENTURA, M.C.; SPEILMAN, K.; MALIN, D.B. et al. Hospital dentistry: window on total family health care. **N.Y. State Dent**, v. 60, n. 9, p. 51-54, 1994.

BUENO FILHO, A.S; HOEPPNER, APG.; PARDAL, A.P. et al. Higiene bucal infantil: atenção primária para prevenção e manutenção da saúde. **Semina**, v.15, ed. Especial, p. 70-73, 1994.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p.209-213, 1997.

CARVALHO, C. Atendimento especializado e gratuito a doenças bucais. **Rev. bras. odontol**, v. 59, n. 6, p. 396-399, 2002.

CENTRO LATINO-AMERICANO E DO CARIBE DE INFORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (BIREME). **DeCS – Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 28 mar. 2007.

CHAN, S.C.L.; TSAI, J.S.J.; KING, N.M. Feeding and oral hygiene habits of preschool children in Hong Kong and their caregiver's dental knowledge and attitudes. **Int. J. Paediatr. Dent**, v. 12, p. 322-331, 2002.

CHAPPER A.; GOLDANI, M. Z. A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares. **R. Fac.Odonto**, v.45, n. 2, p. 3-5, 2004.

CHAUI, M. A percepções. In: **Convite à Filosofia**. 12. ed. São Paulo: Ática; 2002. p. 120-125.

CORBACHO, M.M.; SOUSA, F.A.; ROCHA, M.C.B.S. et al. Percepção da saúde bucal: uma análise de famílias participantes do programa de saúde, Salvador-BA. **Rev. Fac. Odontol. UFBA**, v. 22, p. 6-11, 2001.

COUTO, C.M.M.; RIO, L.M.S.P.; MARTINS, R.C. et al. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis sócio-econômicos sobre a saúde bucal dos seus filhos bebês. **Arq. Odontol**, v. 37, n. 2, p. 121-132, 2001.

CRUZ, A.A.G.; GADELHA, C.G.F.; CAVALCANTI, A.L. et al. Percepção materna sobre a higiene bucal de bebês: um estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Clin Integr**, v. 4, n. 3, p. 185-4489, 2004.

CRUZ NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 11ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. p.51-66.

DARELA, A.C.; LONGHINOTI, L.B.; PERES, A.S. et al. Hábitos e comportamentos familiares e a promoção da saúde bucal. **Rev Paul Pediatría**, v. 17, n. 2, p. 68-73, 1999.

DIAS, N.M.O. **Mulheres “sanitaristas de pés descalços”**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

DORO, G.M.; FIALHO, L.M.; LOSEKANN, M. et al. Projeto “Odontologia Hospitalar” - Aperfeiçoamento do conhecimento técnico necessário em situações de risco à vida do paciente e levantamento das condições de saúde bucal de pacientes hospitalizados. **Rev ABENO**, v. 6, n. 1, p. 49-53, 2005.

DOUGLASS, J.M.; TINANOFF, N.; TANG, J.M.W. et al. Dental caries patterns and oral health behaviors in Arizona infants and toddlers. **Community Dent Oral Epidemiol**, n. 29, p. 14-22, 2001.

FERREIRA, A.B.H. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, A.R.C.; GAÍVA, M.A.M. Atenção odontológica para bebês: percepção de um grupo de mães. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v. 4, n. 22, p. 485-489, 2001.

FERREIRA, J. Cuidados do corpo em vila de classe popular. In: DUARTE, L.F.D.; LEAL, O.F. (org.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998, cap. 2, p. 49-56.

GONZAGA, M.L.C.; ARRUDA, E.N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 17-26, 1998.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 11ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. p.67-80.

GREEN, J; THOROGOOD, N. **Qualitative methods for health research**. London: Sage Publications, 2004.

GUIMARÃES, A.O.; COSTA, I.C.C.; OLIVEIRA, A.L.S. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, v.6, n.29, p.83-86, 2003.

HALLBERG, U.; KLINGBERG, G. Medical health care professionals' assessments of oral health needs in children with disabilities: a qualitative study. **Eur J Oral Sci**, n. 113, p. 363-368, 2005.

HARVEY, H.S.; TRUELOVE, E.L.; STIEFEL, D.J. et al. Survey of dental needs in hospitalized chronically ill patients. **J Hosp Dent Pract**, v. 14, n. 3, p. 123-127, 1980.

HEBLING, J.; TEIXEIRA, H.M.; PIZZOLITTO, A.C. Potencial cariogênico de medicamentos infantis. **Robrac**, v. 11n. 31, p. 3539, 2002.

HESSE-BIBER, S.N.; LEAVY, P. **The practice of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.

KAHN, S.; MEDEIROS, U. V.; FERNANDES, A. C. S. et al. Doença periodontal associada à doença cardiovascular. **Rev. bras. odontol.**, v. 57, n. 2, p. 102-105, 2000.

KAYE, P.L.; FISKE, J.; BOWER, E.J. et al. Views and experiences of parents and siblings of adults with Down Syndrome regarding oral healthcare: a qualitative and quantitative study. **Br Dent J**, v. 198, n. 9, p. 571-579, 2005.

KOO, M.H. CURY, J.A. Concentração e tipos de açúcares presentes em produtos alimentícios, guloseimas e medicamentos encontrados no mercado brasileiro. *Rev. ABO Nac.*, v. 4, n.3, 1996.

LEVINE, N. The hospital: a valuable adjunct to dental education. **J Hosp Dent Pract**, v. 14, n. 1, p. 27-28, 1980.

LI, X.; KOLLTVEIT, K.M.; TRONSTAD, L. et al. Systemic diseases caused by oral infection. **Clin Microbiol Rev**, v. 13, n. 4, p. 547-558, 2000.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & saúde coletiva**, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MANDEL, I.D. Oral infections: impact on human health, well-being, and health care costs. **Compendium**, v. 23, n. 5, p. 403-413, 2002.

MASSONI, A.C.L.T.; FORTE, F.D.S.; SAMPAIO, F.C. Percepção de pais e responsáveis sobre promoção de saúde bucal. *Rev Odontol UNESP*, v.34, n.4, p. 193-197, 2005.

MENDES, P.C.A. **Pacientes pediátricos com insuficiência renal crônica: suas condições bucais, percepções e atitudes de seus responsáveis frente à saúde**. 2002. 110f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

MIKAMI, Y.; CROUCHER, R.; HECTOR, M. Knowledge and reported behaviour concerning the prevention of caries in children: a questionnaire survey of Japanese parents resident in London, UK. **Int. dent. j.**, v. 49, p. 115-121, 1999.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 11ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. p. 09-29.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 9ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MOREIRA, P.V.L.; CHAVES, A.M.B.; NÓBREGA, M.S.G. Uma atuação multidisciplinar relacionada à promoção de saúde oral materno-infantil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr.** v. 4, n. 3, p. 259-264, 2004.

MOYSÉS, S.T.; RODRIGUES, C.S. Ambientes saudáveis: uma estratégia de promoção da saúde bucal de crianças. In: BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e adolescência: conhecimentos e práticas**. São Paulo: Editora Santos, 2004. p.81-96.

NADANOVSKY, P. Promoção da saúde e a prevenção das doenças bucais. IN: PINTO, V.G. **Saúde Bucal Coletiva**. 4ª ed. São Paulo: Editora Santos, 2000. p.293-310.

OLIVEIRA, A.G.R.C.; ARCIERI, R.M.; UNFER, B. et al. Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Ação Coletiva**, v. 2, n.1, p. 9-14, 1999.

OLIVEIRA, B.R.G.; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 7, n. 5, p. 95-102, 1999.

PETERSEN, P.E.; HADI, R.; AL-ZAABI, F. et al. Dental knowledge, attitudes and behaviour among Kuwaiti mothers and school teachers. **The Journal of Pedodontics**, v. 14, n. 3, p. 158-164, 1990.

PETERSEN, P.E.; ESHENG, Z. Dental caries and oral health behaviour situation of children, mothers and schoolteachers in Wuhan, people's republic of China. **Int. dent. j.**, v. 48, p. 210-216, 1998.

POMARICO, L.; SOUZA, I.P.R.; TURA, L.F.R.; et al. Saúde bucal em crianças com e sem necessidades especiais: percepções e atitudes dos responsáveis. **RBO**, v. 60, n. 3, p. 174-177, 2003.

POMARICO, L.; SOUZA, I.P.R.; TURA, L.F.R. Sweetened medicines and hospitalization: caries risk factors in children with and without special needs. **Paediatric Dentistry**, v.16, n. 43, p. 197-201, 2005.

REZENDE, G.P.S.R.; COSTA, L.R.R.S.; CARDOSO, R.A. Pediatric dentistry during rooming-in care: evaluation of an innovative project for promoting oral health. **J Appl Oral Sci**, v. 12, n. 2, p. 149-153, 2004.

ROBERTS, G.J.; ROBERTS, I.F. Relation between medicines sweetened with sucrose and dental disease. **British Medical Journal**, n. 2, p. 14-16, 1979.

ROBERTS, G.J.; ROBERTS, I.F. Dental disease in chronically sick children. **J Dent Child, Chicago**, v.48, n. 5, p. 346-351, 1981.

ROCHA, D.G. **Análise do componente educativo nos programas preventivos em saúde bucal no Brasil, 1980-1994**.1997. 114f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SHEIHAM, A. Abordagens de saúde pública para promover saúde periodontal.IN: BÖNECKER, M.; SHEIHAM, A. **Promovendo saúde bucal na infância e na adolescência: conhecimentos e práticas**. São Paulo: Livraria Editora Santos, 2004.p. 29-44.

SHIELDS, L.; KING, S.J. Qualitative analysis of the care of children in hospital in four countries-part 1. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 16, n. 2, p. 137-145, 2001.

TALEKAR, B.S.; ROZIER, G.; SLADE, G.D. et al. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. **JADA**, v. 136, p. 364-372, 2005.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Editora Atlas, 1992.

WEINSTEIN, P.; TROYER, R.; JACOBI, D. et al . Dental experiences and parenting practices of Native American mothers and caretakers: What we can learn for the prevention of baby bottle tooth decay. **ASDC j. dent. Child**, march-april, 1999.

WESTPHAL, M.F.; SASSAKI, T.H.; BARDOU, M.M. A educação: uma força positiva dentro de uma instituição de saúde-o hospital infantil. **Pediat.**, n. 1, p. 372-378, 1979.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA**Parte A – Identificação**

data da entrevista: ___/___/___

Criança _____ DN ___/___/___ Idade ___ anos ___ meses

Acompanhante _____ Grau de parentesco: _____

Cidade _____ UF _____

Doença de base: () indeterminada () _____

Parte B – Nível Sócio-econômico**1. Grau de instrução do chefe de família:**

- () analfabeto / primário incompleto
 () primário completo(4ª série) / ginásial incompleto
 () ginásio completo(8ª série) / colegial incompleto
 () colegial completo / superior incompleto
 () superior completo

2. Dos itens abaixo, qual(s) você possui?

TV cores	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
rádio	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
banheiro	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
automóvel	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
empregada	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
aspirador de pó/vaporeto	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
máquina lavar roupa/tanquinho	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
videocassete/DVD	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
geladeira simples	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
geladeira duplex	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6
freezer	() 0	() 1	() 2	() 3	() 4	() 5	() 6

Parte C – Perguntas orientadoras

- Qual o motivo da internação de seu filho?
- É a primeira internação?
- Você sabe o quê essa doença causa em seu organismo? Quem explicou?
- Você modificou o tipo de cuidado oferecido ao seu filho após o aparecimento da doença?
- Dentre esses cuidados os relativos à saúde bucal estão incluídos?
- Como você realiza a higiene bucal de seu filho? (quantas vezes, qual material utiliza).
- Alguém orientou como realizar essa higiene?
- E aqui no hospital continua fazendo?
- Atualmente como você vê o estado da boca de seu filho? Que nota (0-10) daria? Que conceito (péssimo, bom ótimo) daria?
- Ele já foi ao dentista? Quando? Por quê? Onde?
- Recebeu orientação preventiva? Sobre o que? (dieta, THB, medicamentos) Você as segue?
- Você acha que o modo como são realizados os cuidados com a saúde bucal (HB, dieta) é suficiente para ter uma saúde bucal ideal?
- Atualmente você acha que ele precisa de tratamento odontológico? Por quê?
- Você acha que a doença dele pode afetar a sua saúde bucal?
- Você acha que a saúde bucal dele pode afetar o seu estado de saúde geral, sua doença de base?
- E os medicamentos? Qual tipo ele utiliza? Você acha que eles podem alterar a saúde bucal dele?
- Gostaria de fazer alguma pergunta, tirar alguma dúvida?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada(o) a participar, como voluntária(o), em uma pesquisa. Após ser esclarecida(o) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de recusa você e a criança não serão penalizados de forma alguma. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal-HC/UFG (Protocolo nº 083/2006) e, em caso de dúvida, você pode procurar esse Comitê pelos telefones 3269-8426 e 3269-8338.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

1. Pesquisadora responsável:

- Andréa Araujo de Oliveira Cortines – cirurgiã-dentista do Hospital das Clínicas, Mestranda da Universidade Federal de Goiás (62) 3282-2084, (62) 9249-0673.

2. Pesquisadores participantes/telefones:

- Profa. Dra. Luciane Ribeiro de Rezende Sucasas da Costa, professora da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás, (62) 3521-1819.

Esta pesquisa tem como **objetivo** identificar a percepção que os acompanhantes das crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás possuem sobre saúde bucal.

Se você resolver participar, terá sua entrevista gravada pela pesquisadora principal. A própria pesquisadora fará algumas perguntas para você. As perguntas são sobre a saúde da boca e do corpo de uma forma geral.

Se você participar deste estudo, poderá **beneficiar** todas as crianças que são internadas por problemas com a saúde geral. Pois os resultados deste estudo poderão levar melhorias para as ações da equipe da Clínica Pediátrica voltadas, principalmente, para a saúde bucal.

O único **risco** previsto para você, como participante desta pesquisa, é poder se sentir envergonhada(o) por não saber com certeza algumas respostas. Todavia garantimos que você não será **identificada(o)** por meio da entrevista realizada, ou seja, somente as pesquisadoras saberão os nomes das pessoas que participaram do estudo, e ninguém mais.

Adicionalmente, você tem a garantia de que receberá respostas às suas perguntas e **esclarecimentos** das dúvidas sobre o estudo sempre que preciso.

Você tem a **liberdade** de retirar o seu consentimento a qualquer momento, se não quiser mais participar do estudo.

Como este estudo não implica em gastos financeiros para você, sujeito participante, não está prevista nenhuma forma de **ressarcimento**.

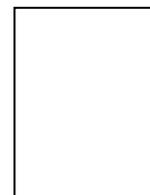
Consentimento livre e esclarecido:

Eu, _____, RG/ CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar, como sujeito, do estudo que tem como objetivo identificar a percepção que os acompanhantes das crianças hospitalizadas na Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás possuem sobre saúde bucal. Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) pela pesquisadora Andréa Araujo de Oliveira Cortines sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade ou interrupção do atendimento de meu filho no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.

Goiânia, _____ de _____ de 2006.

Assinatura do(a) Voluntário(a)

Assinatura Dactiloscópica



Pesquisadora Andréa Araujo de Oliveira Cortines
Carteira de Identidade nº. 061480547 – SSP/RJ

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

Número: _____

Parte A – Identificação

data da entrevista: ___/___/___

Criança _____ DN ___/___/___ Idade ___ anos ___ meses

Acompanhante _____ Grau de parentesco: _____

Endereço _____

Cidade _____ UF _____ Telefone _____

Quem cuida da criança a maior parte do tempo fora do hospital?

1() Você 2() Outro 3() Criança

Doença de base (prontuário): () indeterminada () _____**Parte B – Nível Sócio-econômico****1. Grau de instrução do chefe de família:**

- () analfabeto ou primário incompleto
 () primário completo (quarta série do primeiro grau completa)
 () ginásio completo (primeiro grau completo)
 () colegial completo (segundo grau completo)
 () superior completo

2. Dos itens abaixo, qual(s) você possui?

- () televisor em cores () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 +
 () rádio () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 +
 () banheiro () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 +
 () automóvel () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 +
 () empregada () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 +

3. Dos eletrodomésticos abaixo, qual(s) você possui?

- () Aspirador de pó () sim () não
 () Máquina de lavar roupa () sim () não
 () Videocassete () sim () não
 () Geladeira () sim () não

Parte C – Relação Saúde Bucal – Saúde geral**1. É a primeira internação da criança?**

1() sim 2() não. Quantas vezes? _____

2. Você sabe o motivo de sua internação?

1() sim. Qual? _____

2() não

3. Alguém explicou a você o que essa doença causa no corpo da criança?

1() sim. Quem? _____

2() não

4. Já foi orientado(a) sobre a relação da doença da criança e sua condição bucal?

1() sim. Por quem? _____

2() não

5. Você acha que os medicamentos que a criança utiliza podem alterar a boca?

1() sim. Como? _____

2() não

6. De que forma a saúde bucal da criança afeta a saúde geral?

1() não sabe/não informou

2() não afeta

3() afeta pouco

4() afeta mais ou menos

5() afeta muito

Explique: _____

Parte D: Conhecimentos e atitudes em saúde bucal**1. Você conhece alguma doença da boca?**

1() sim. Qual? _____

2() não

2. Como você classificaria a saúde bucal da criança?

1() não sabe/não informou

2() péssima

3() ruim

4() regular

5() boa

6() ótima

Por quê? _____

3a. A criança tem a boca limpa em casa?

1() sim

2() não

Por quê? _____

3b. Quem realiza a limpeza?

1() própria criança

2() principal cuidador _____

3() outro: _____

3c. O que usa na limpeza?

1() escova dental

2() creme dental

3() fio dental

4() outro _____

4. E aqui no hospital, é diferente?

1() sim

2() não

Por quê? _____

5. Essa limpeza é suficiente para deixar a boca saudável?

1() sim

2() não

Por quê? _____

6a. A criança já foi ao dentista alguma vez?

1() sim

2() não

6b. Há quanto tempo?

1() nunca

2() menos de um ano

3() de 1 a 2 anos

4() há 3 ou mais anos

6c. Onde?

1() nunca

2() serviço público

3() serviço particular

4() serviço conveniado

5() serviço filantrópico

6() outros

6d. Por quê?

1() nunca

2() consulta de rotina/reparos/manutenção

3() dor

4() sangramento gengival

5() cavidades nos dentes

6() feridas/caroços/manchas na boca

7() rosto inchado

8() outros _____

7. Informou ao dentista sobre a doença da criança?

1() sim

2() não

8. Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?

1() sim

2() não

9. Você segue as orientações recebidas?

1() não sabe/não informou

2() não segue

3() segue pouco

4() segue mais ou menos

5() segue muito

10. Considera que a criança necessita de tratamento odontológico atualmente?

1() não sabe/não informou

2() não necessita

3() necessita pouco

4() necessita mais ou menos

5() necessita muito

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS E ANIMAIS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL

PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 083/2006

Goiânia, 28/06/2006

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL (IES): Dra. Andréa Araújo de Oliveira Cortines

TÍTULO: Conhecimentos e atitudes sobre saúde bucal a partir de acompanhantes e crianças sistemicamente comprometidas e hospitalizadas

Área Temática: Grupo III

Local de Realização: HC/UFG – Pediatria

Senhor (a)b Pesquisador (a),

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal, após a análise, aprovou sem restrições, o projeto de Pesquisa acima referido, e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

→ Não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

→ O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

Prof. Joffre Rezende Filho
Coordenador do CEPMHA/HC/UFG



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Goiânia, 27/06/2006

**PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA,
PROTOCOLADO NESTE COMITÊ SOB O Nº: 083/2006**

Título: Conhecimentos e atitudes sobre saúde bucal a partir de acompanhantes e crianças sistemicamente comprometidas e hospitalizados

Pesquisador(a) Responsável: Dra. Andréa Araújo de Oliveira Cortines

Instituição onde será realizado o estudo: HC/UFG - Pediatria

Apresentado ao CEPMHA/HC/UFG: 13/06/2006

DOCUMENTOS RECEBIDOS:

- ◆ Protocolo de Pesquisa
- ◆ Folha de Rosto
- ◆ T.C.L.E.
- ◆ Currículo dos pesquisadores
- ◆ Certidão do Depto. de Pediatria

O presente protocolo não enquadra em área específica que necessita o encaminhamento à CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Área Temática: Grupo III

COMENTÁRIOS: Pesquisa qualitativa, com ação educativa e aplicação de questionários para a criança participante e seu acompanhante (cuidador)

Objetivo do Trabalho:

- ❖ Verificar os conhecimentos e atitudes sobre saúde bucal de crianças portadoras doenças sistêmicas internadas e ou seus acompanhantes.
- ❖ Investigar as práticas e atitudes das crianças e acompanhantes em relação à saúde bucal durante o período de internação



Descrição e caracterização da amostra (população alvo):

156 sujeitos – 76 crianças e 76 acompanhantes

Critério de Inclusão e Exclusão:

Inclusão: Todos os que concordarem em participar

Exclusão: Os que não concordarem em participar da pesquisa

Adequação da Metodologia: Pesquisa quantitativa – aplicação de questionários pré - estruturados

Adequação das condições: Condições adequadas.

EM ACORDO COM A RESOLUÇÃO 196/96, O PRESENTE PROTOCOLO ESTÁ:

a) Quanto ao preenchimento da folha de rosto:

Adequada. Corretamente preenchida

b) Quanto à estrutura do Protocolo:

Adequada

c) Quanto à justificativa de uso de placebo:

Não se aplica

d) Quanto a justificativa de suspensão terapêutica (wash-out) :

Não se aplica

e) Quanto aos riscos e benefícios:

Não há riscos previsíveis.

Benefícios: atividade educativa/exame clínico da boca, apenas das crianças que consentirem participar da pesquisa

f) Quanto ao retorno de benefícios para o sujeito e ou para a comunidade:

Educação em saúde bucal



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL
HOSPITAL DAS CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

QUANTO A ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E FORMA DE OBTÊ-LO:

O documento se apresenta de forma clara e de fácil compreensão para os sujeitos da pesquisa.

Quanto às informações do financiamento do estudo e remuneração do pesquisador:

Às expensas do Pesquisador e foi apresentada planilha de custos

Quanto à relação de outros centros, caso seja um estudo multicêntrico:

Não se trata de estudo multicêntrico

CONCLUSÃO:

O presente protocolo de pesquisa está adequado, cumprindo todas as recomendações da Resolução 196/96, no que se refere à metodologia e a ética, portanto, sugerimos a sua aprovação por este CEPMHA/HC/UFG.

Relator (a) do CEPMHA/HC/UFG

ATENÇÃO:

- Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, pois o estudo pertence à área temática: Grupo III.
- pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios trimestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

ANEXO B - ABEPE



Critério de Classificação Econômica Brasil

O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de "classes sociais". A divisão de mercado definida abaixo é, exclusivamente de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de Itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30-34	1
A2	25-29	5
B1	21-24	9
B2	17-20	14
C	11-16	36
D	6-10	31
E	0-5	4

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente

classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR REGIÃO METROPOLITANA

CLASSE	Total BRASIL	Gde. FORT	Gde. REC	Gde. SALV	Gde. BH	Gde. RJ	Gde. SP	Gde. CUR	Gde. POA	DF
A1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
A2	5	4	4	4	5	4	6	5	5	9
B1	9	5	5	6	8	9	10	10	7	9
B2	14	7	8	11	13	14	16	16	17	12
C	36	21	27	29	38	39	38	36	38	34
D	31	45	42	38	32	31	26	28	28	28
E	4	17	14	10	4	3	2	5	5	4

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (R\$)
A1	30 a 34	7.793
A2	25 a 29	4.648
B1	21 a 24	2.804
B2	17 a 20	1.669
C	11 a 16	927
D	6 a 10	424
E	0 a 5	207