

CLAUDIA DE ABREU BUSATO

**PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE QUEIMADOS EM
RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL DOS
PACIENTES INTERNADOS**

FLORIANÓPOLIS

2003

CLAUDIA DE ABREU BUSATO

**PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE QUEIMADOS EM
RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL DOS
PACIENTES INTERNADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Odontologia da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito para
obtenção do Título de Mestre em Odontologia
- área de concentração: Odontopediatria.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Bosco
Co -Orientador: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

FLORIANÓPOLIS

2003

CLAUDIA DE ABREU BUSATO

**“PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE
QUEIMADOS EM RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL DOS
PACIENTES INTERNADOS”**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de MESTRE EM ODONTOLOGIA – OPÇÃO: ODONTOPEDIATRIA e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 17 de dezembro de 2003.

Prof. Dr. Mauro Amaral Caldeira de Andrada
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontologia

BANCA EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Vera Lúcia Bosco
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Suely Grosseman
Membro

Prof. Dr. Saul Martins de Paiva
Membro

DEDICATÓRIA

*À minha família, meus pais **Carlos Alberto** e **Ana Luíza**, e meus irmãos **Constantino** e **Fernanda**, pelo apoio e amor incondicional que dedicaram a mim, em todos os momentos de minha vida, e, especialmente durante a realização do mestrado. E por não serem apenas meu porto seguro, mas sim incentivadores dos meus maiores e desafiadores vôos.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que através de Sua força maior, nunca me deixou fraquejar a ponto de desistir.

À **Universidade Federal de Santa Catarina**, pela oportunidade de cursar esta pós-graduação.

À **Profª. Drª. Vera Lúcia Bosco**, pela calorosa acolhida e amizade.

À **Profª. Drª. Maria José de Carvalho Rocha**, pelo exemplo de dedicação e amor à docência.

Ao **Prof. Dr. Ricardo de Souza Vieira**, pela tranquilidade e segurança transmitidas durante o mestrado.

À **Profª. Drª. Izabel Cristina Santos Almeida**, pela precisão e disposição durante os ensinamentos.

À **Profª. Drª. Joecí de Oliveira**, pelos conhecimentos compartilhados.

À **Rosamaria**, pelas informações preciosas de psicologia.

Ao **Dr. Maurício José Lopes Pereima** pela oportunidade única de realizar um trabalho na unidade de queimados.

À **Profª. Drª. Suely Grosseman** pela boa vontade em me auxiliar e mostrar como a pesquisa qualitativa é interessante.

Ao **Prof. Dr. Saul Martins de Paiva**, por aceitar participar da banca examinadora e avaliar o meu trabalho.

À **Profª. Liene Campos** pela competência e disposição na revisão metodológica desta dissertação.

Às secretárias da Odontopediaria **Elizabete** e **Ivalda** pela atenção e carinho dedicados, e à secretária da pós-graduação **Ana Maria Vieira Frandolozo** pela eficiência e disposição.

Aos colegas de mestrado **Fabiana, Ana Cristina, Michele** pela oportunidade de dividir novos conhecimentos, experiências, alegrias e angústias. É bom saber que tudo valeu a pena.

Aos amigos **Catherine** e **Jonas** que foram além de colegas, pessoas que me ensinaram a enfrentar obstáculos, e a não temer fatos novos e inesperados.

À colega **Meiroca** pela amizade e companheirismo em todos os momentos, e pelo exemplo de persistência e obstinação que em poucas pessoas podemos encontrar.

Ao **Eduardo** que foi minha dupla e, além disso, um amigo especial, paciente, pois, não deve ter sido fácil conviver com tantas mulheres ao mesmo tempo, e manter o bom humor.

Às doutorandas **Maria Letícia** e **Ana Rita** pela disposição e incentivo durante a realização dos meus trabalhos, e por dividirem seus conhecimentos.

Às amigas **Renata, Izana, Paula** e **Cimara** por tornarem esta etapa mais alegre e divertida, pois quando temos amigos tudo parece mais fácil.

Ao **Prof. Giovanni Melo**, Coordenador do curso de Odontologia da UNIPLAC, pela compreensão durante o período que estive cursando o mestrado.

Ao **Prof. Dr. Lauro Henrique Lins** pelo incentivo e confiança em mim depositado muito antes de cursar o mestrado.

Aos colegas da disciplina de Odontopediatria da UNIPLAC, **Kátia e Alexandre**, por entenderem a minha ausência.

Ao diretor do HIJG, **Dr. Maurício Laerte Silva** por permitir que a pesquisa fosse realizada no hospital.

Aos **funcionários da unidade de queimados o HIJG** pela boa vontade, e paciência, sem vocês este trabalho não poderia ter sido realizado. Sinto não citar seus nomes, mas é necessário devido o anonimato garantido nesta pesquisa, mas cada um de vocês sabe como foram importantes para mim, e como agradeço a vocês.

À **equipe multidisciplinar da unidade de queimados**, especialmente à enfermeira Lauri e a Dr^a. Eliete, que sempre atendeu meus pedidos;

Aos **pacientes e seus pais/acompanhantes** que acima de tudo foram exemplos de vida e coragem.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Prof^a. Dr^a. Vera Lucia Bosco minha orientadora e amiga, que sempre esteve pronta para oferecer seu carinho e atenção. Agradeço também pela disponibilidade, dedicação e confiança depositadas em mim, e pelo que representou na minha formação profissional, científica.

Ao meu amor, amigo, companheiro e colega, **Alexandre**, pela compreensão, incentivo, paciência e dedicação em todos os momentos. Que bom poder contar sempre com você, até mesmo nos momentos que acho não precisar.

BUSATO, Claudia de Abreu. **Percepção dos funcionários de uma unidade de queimados em relação à higiene bucal dos pacientes internados.** 2003. 90f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Opção: Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

Considerando a necessidade de atenção integral à criança hospitalizada, objetivou-se com esta pesquisa conhecer a percepção dos funcionários da enfermagem que atuam na unidade de queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) – Florianópolis- SC, em relação à higiene bucal no paciente internado. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, seguindo os princípios da Abordagem Holístico-Ecológica; para a coleta de dados foi utilizada entrevista semi-estruturada. Dos 9 funcionários da enfermagem que atuam na unidade, 8 compuseram a amostra, sendo os dados coletados somente após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Os entrevistados perceberam a higiene bucal como procedimento importante e necessário não só para o paciente queimado, mas para todas as pessoas. Aspectos como dentes “estragados”, transmissão de microrganismos, mau hálito, estética, foram relacionados com a higiene bucal; perceberam também que a maioria dos pais que acompanham as crianças queimadas internadas, não consideram a higiene bucal importante, relacionado este fato à fatores sócio-econômico-culturais. Apenas um funcionário percebe a higiene bucal como trabalho do dentista; os demais percebem que o paciente deve ser tratado como um todo, incluindo a realização da higiene bucal. Alguns entrevistados consideram que hábitos de higiene devem ser adquiridos no ambiente familiar; um sentimento de realização profissional foi manifestado pela maior parte dos funcionários, emergindo também o sentimento de responsabilidade com o trabalho. Os entrevistados sugeriram a apresentação de vídeos, palestras para pacientes, pais e funcionários, abordando higiene bucal, de forma contínua. Durante a pesquisa, segundo a percepção dos entrevistados, emergiram aspectos como o sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados, o aspecto sócio-econômico-cultural que envolve o paciente e o sentimento de culpa dos pais. Sugere-se que outras pesquisas sejam realizadas, abordando percepções dos pais e acompanhantes sobre o tema higiene bucal, o desenvolvimento de trabalhos contínuos de motivação e orientação na unidade de queimados, a participação de um cirurgião dentista de maneira efetiva, visando contribuir com os trabalhos realizados na unidade de queimados do HIJG, melhorando, conseqüentemente, a qualidade de vida dos pacientes queimados internados.

Palavras-chave: Percepção da equipe de enfermagem. Higiene bucal. Criança queimada.

BUSATO, Claudia de Abreu. **Percepção dos funcionários de uma unidade de queimados em relação à higiene bucal dos pacientes internados.** 2003. 90f. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Opção: Odontopediatria) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

Considering the necessity of giving an integral attention to the hospitalized child, the aim of this research was to know the perception of the burnt unit staff from Joana de Gusmão Infante Hospital – Florianópolis -SC about oral hygiene of the hospitalized patients. This was a qualitative research with Ecologic-Holystic approach in wich a semi-structured interview was used. From 9 nursery staff, 8 took part of the sample. Data was colleted after approcal from the UFSC Ethical Committee in Humans and Free Consent Term of the participant. The interviewers perceived that oral hygiene is an important necessary subject not only to the burnet patients but also to all persons. Deteriorated teeth, microorganisms' transmtion, bad break and aesthetics were related to oral hygiene, they realized that neon of the parents attending the hospitalized children doesn't consider oral hygiene important. These facts were related to cultural-socio-economic behavior. Just one functionary realized the oral hygiene is due to a dentist, the others agree that the patient has to be treated integrally, being oral hygiene as part of it. Some interviewers think that oral hygiene habits should be acquire at home, a professional sense of realization was revealed for the major part of the staff, rising a feeling of responsibility for their job. The interviewers have suggested ideas presentation, leitures for parents, patients and staff, cereclening oral hygiene. During the research it was feet aspects of suffering among the staff of the burnt unity, the social-economic-cultural aspect involving the patient and the felling of sorrow of the parents. It is suggested that other studies should de done, regarding the parent's perception about dental hygiene, motivation and orientation at the burnt unity. A dentist should participate in a more effective way, promoting a better quality of life to those patients interned of the burnt unity.

Key words: Nursing perception. Oral hygiene. Burnt child.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL NO PACIENTE QUEIMADO.....	44
Quadro 2: - PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE DA HIGIENE BUCAL NO PACIENTE QUEIMADO.....	45
Quadro 3: SENTIMENTOS APRESENTADOS PELOS ENTREVISTADOS AO ORIENTAR PACIENTES, PAIS/ACOMPANHANTES.....	45
Quadro 4: SUGESTÕES DOS ENTREVISTADOS PARA TRANSMITIR INFORMAÇÕES SOBRE HIGIENE BUCAL NA UNIDADE DE QUEIMADOS.....	46
Quadro 5: DEMAIS PERCEPÇÕES APRESENTADAS PELOS ENTREVISTADOS NA UNIDADE DE QUEIMADOS.....	45

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	17
2.1 Queimaduras.....	18
2.1.1 Incidência das lesões de queimaduras.....	18
2.1.2 Etiologia das queimaduras.....	19
2.1.3 Classificação das queimaduras.....	20
2.1.3.1 Quanto à profundidade.....	20
2.1.3.1 Quanto à extensão.....	21
2.1.3.3 Quanto à complexidade.....	21
2.1.4 Conseqüências das queimaduras.....	22
2.1.5 Infecções em pacientes queimados.....	23
2.2 Saúde bucal e infecção.....	24
2.3 Higiene bucal (remoção de placa bacteriana).....	25
2.4 Assistência à criança hospitalizada	27
3 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO.....	29
4 METODOLOGIA.....	30
4.1 Tipo de estudo.....	31
4.2 Técnica de pesquisa.....	31
4.3 Local e sujeitos da pesquisa.....	33
4.4 Procedimentos de levantamento de dados, análise e devolução dos dados.....	34
4.4.1 Entrando no campo.....	35
4.4.1.1 Estudo piloto.....	37
4.4.2 Ficando no campo.....	39
4.4.3 Saindo do campo.....	40
4.5 Análise dos dados.....	41

5 RESULTADOS.....	46
5.1 Higiene bucal.....	47
5.1.1 A higiene bucal é importante.....	48
5.1.2 A higiene bucal não é importante.....	52
5.2 A quem é atribuída a higiene bucal do paciente queimado?.....	54
5.2.1 A higiene bucal é atribuição do dentista.....	54
5.2.2 A higiene bucal é hábito adquirido em casa.....	55
5.2.3 A higiene bucal pode ser atribuição dos funcionários da unidade de queimados.....	55
5.3 Sentimentos dos funcionários quando orienta aos pacientes e seus pais/acompanhantes.....	57
5.3.1 Realização profissional.....	57
5.3.2 Responsabilidade profissional.....	58
5.4 Sugestões dos entrevistados para transmitir informações sobre higiene bucal para os pacientes, pais/acompanhantes.....	58
5.4.1 Apresentações de vídeos.....	59
5.4.2 Palestras e explicações para os funcionários, pacientes, pais/acompanhantes.....	59
5.4.3 Continuidade e reforço nas orientações e atividades de higiene bucal.....	60
5.5 O sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados.....	61
5.6 O aspecto sócio-econômico-cultural que envolve o paciente queimado.....	62
5.7 O sentimento de culpa dos apresentado pelos pais, segundo percepção dos entrevistados.....	63
6 DISCUSSÃO.....	64
7 REFLEXÕES FINAIS E SUGESTÕES.....	81
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXO.....	88
APÊNDICE.....	89

1 INTRODUÇÃO

O trauma é a principal causa de morte em crianças abaixo dos 16 anos em países desenvolvidos, as lesões de queimadura são a segunda causa de morte por trauma em pacientes até 6 anos de idade (RIVARA; AITKEN, 1998). No Brasil, 57% do total de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos se deve ao trauma (AMBRAMOVICI; SOUZA, 1999). Cerca de 1.000.000 casos de queimaduras ocorrem ao ano, 100.000 pacientes procurarão atendimento hospitalar, 2500 irão falecer e, desses acidentes, dois terços ocorre com crianças e adolescentes (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

Muitas vezes o risco de queimadura se agrava em famílias de baixo poder socioeconômico, em que as crianças são mantidas sozinhas em casa. Nessas famílias, o número de cômodos na residência é reduzido, sendo a cozinha a área de concentração das pessoas, o que favorece os acidentes domésticos envolvendo crianças (COSTA et al., 1994).

A maior preocupação, como não podia deixar de ser, é com o risco de morte destes pacientes, que estão em situação bastante crítica e delicada. Quando a ansiedade em relação às seqüelas e deficiências está presente, a condição bucal fica em segundo plano. Porém, algumas seqüelas como, por exemplo, os traumas atingindo mãos e face, podem dificultar ou impedir que procedimentos simples, como a higiene bucal, sejam executados.

Uma das maiores dificuldades em relação aos pacientes queimados é a dor; causada pelas queimaduras, e torna-se importante evitar que estes pacientes venham a ter outros desconfortos, durante sua internação.

Devido às condições especiais apresentadas por estes pacientes, é necessário uma dieta específica, com finalidade de favorecer sua recuperação, objetivo maior do tratamento. Dessa dieta, fazem parte elementos cariogênicos e sendo a frequência da alimentação maior, devido à própria condição do paciente, essas crianças estão diariamente frente a desafios cariogênicos constantes.

A cárie e a gengivite são doenças da cavidade bucal que apresentam fatores etiológicos determinantes como a placa bacteriana, fatores salivares, dietéticos e também aspectos socioeconômicos e culturais. Sendo que a maioria da população apresenta essas doenças, não será raro paciente internado com queimaduras já apresentarem as doenças, ou desenvolvê-las durante seu período de internação.

A necessidade de manutenção da saúde bucal ou recuperação da mesma nestes pacientes merece atenção especial, devido às condições apresentadas por eles. Faz-se necessário encontrar meios de remoção da placa bacteriana que sejam efetivos, práticos e não interfiram nas condições sistêmicas do paciente, nem no tratamento estabelecido pela equipe médica.

Fatores isolados ou interligados vão determinar condições ideais para proliferação microbiana, interferindo diretamente na recuperação do queimado (PEREIRA et al., 2002). Por isso a importância de se ter um controle eficaz nas condutas tomadas frente às queimaduras, exigindo competência, habilidade e conhecimentos atualizados para a assistência de enfermagem ao paciente queimado.

Os pacientes e acompanhantes permanecem na unidade de queimados apenas por um período determinado de tempo, assim como o cirurgião dentista. Já os funcionários que atuam nessa unidade estão presentes por longos períodos de tempo. Esse fato faz com que seja fundamental que os funcionários conheçam os

cuidados primordiais com a higiene bucal, pois são esses indivíduos que perpetuarão as orientações fornecidas pelo cirurgião dentista.

São eles que executam os procedimentos junto aos pacientes, e são principalmente eles que mantêm um contato mais próximo com a criança queimada e seu acompanhante, logo, ninguém melhor que eles para manter os pacientes, ou melhor, todos os sujeitos que freqüentam a unidade de queimados informados da importância de realizar a higiene bucal, principalmente no que se refere a diminuir as chances de infecções nos pacientes queimados.

A situação dos pacientes, acompanhantes, assim como da equipe hospitalar envolvida deveria ser controlada, e os procedimentos educativos preventivos e eventualmente curativos deveriam atingir a todos na unidade de queimados.

Os hospitais, assim como outros serviços de saúde, são tomados como focos de observação e análise, pois, se constituem em locais de produção de cuidados médicos, reunindo diversos profissionais, saberes, tecnologias e infra-estrutura além de relações sociais (CARAPINHEIRO, 1993).

Apesar de hospitais serem considerados centros para estudos de assistência à criança, em relação a fatores que interferem no desenvolvimento infantil, como aspectos psicológicos, trabalhos que as analisem frente a uma abordagem odontológica, problematizando a higiene bucal da criança hospitalizada, particularmente da criança queimada não foram encontrados.

Para verificar se a equipe está preparada também em relação à saúde bucal, é fundamental saber como é a percepção de todos, em relação à realização da higiene bucal, em especial, em relação à higiene bucal do paciente queimado. Tendo em vista o exposto, constitui proposta desta pesquisa verificar como os funcionários da unidade de queimados percebem suas atribuições em relação à

higiene bucal do paciente queimado; verificar, segundo a percepção do funcionário, os sentimentos dos pais em relação à higiene bucal da criança; identificar sugestões quanto à transmissão de informações sobre higiene bucal para pacientes e acompanhante.

Considerando esta proposição, optou-se pela metodologia de pesquisa qualitativa, que é recomendada para buscar o universo de significados dos seres humanos em suas ações e interações sociais (MINAYO, 2002; PATRÍCIO, 1995). Espera-se com este estudo, a produção de conhecimento sobre a percepção dos funcionários da unidade de queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão, em relação à higiene bucal dos pacientes e, com isso obter subsídios para novos estudos e intervenções nesta unidade em relação aos aspectos da saúde bucal. Isso poderá contribuir efetivamente com a melhora na qualidade de vida das crianças queimadas internadas nesta unidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA¹

A elaboração da revisão da literatura não foi realizada de maneira extensiva com a intenção de esgotar o assunto da pesquisa, porque conforme Bogdan e Biklen 1994 apud GROSSEMAN, 2001) na pesquisa qualitativa, a análise dos dados tende a indução. Não ocorre o objetivo de comprovar hipóteses identificadas previamente, ao contrário, busca construir conhecimento a partir dos dados que são coletados e agrupados. O pesquisador qualitativo planeja utilizar parte do seu estudo para perceber quais são os pontos mais importantes, não se presume questões importantes antes de realizar a investigação.

Porém, devido o tema desta pesquisa ser relativamente novo no campo da Odontopediatria, julgamos necessário realizar uma revisão da literatura sobre queimaduras, sua etiologia, incidência, classificações, sendo que essas informações facilitarão o entendimento do trabalho de maneira geral.

Serão também abordadas informações relacionadas à higiene bucal e sua relação com infecções locais ou gerais, assim como a situação de pacientes internados.

Durante o processo de busca e análise da literatura relacionada ao tema desta pesquisa, observou-se certa dificuldade em encontrar estudos sobre percepção envolvendo higiene bucal, equipe de enfermagem e pacientes queimados. Estudos envolvendo outros aspectos foram encontrados, porém sem relação, que possibilitassem inferências.

¹ Baseada na NBR 10520: 2002 da ABNT.

2.1 Queimaduras

Queimaduras são lesões dos tecidos orgânicos decorrentes de traumas de origem térmica resultante da exposição à chama, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção (GOMES; SERRA; PELLON, 1995).

2.1.1 Incidência das lesões de queimaduras

As queimaduras são acidentes freqüentes entre crianças. A mortalidade global entre as crianças que sofrem queimaduras, é de 2,4%. A morbidade, porém é alta visto que, aproximadamente 22% dessas crianças têm que ser internadas para tratamento (RUSSO, 1976).

O trauma (acidentes, quedas, queimaduras, entre outros) é considerado como a principal causa de morte em crianças abaixo de 16 anos em países desenvolvidos; a queimadura é a segunda causa de mortalidade por trauma em crianças até 6 anos e a terceira em crianças acima desta idade (RIVARA; AITKEN, 1998). No Brasil o trauma contribui com 57% total de mortalidade na faixa etária de 0 a 19 anos (ABRAMOVICI; SOUZA, 1999). A queimadura pode ser considerada como uma das formas mais graves de trauma, pois além do risco de morte, provocam severas repercussões metabólicas, seqüelas físicas e emocionais (ROSSI et al., 1997).

Em pesquisa realizada no período entre 1993 e 1999, foram observados 50 pacientes internados com queimaduras, destes, 39 (78%) com idade inferior a 15 anos. As queimaduras envolviam predominantemente a cabeça e pescoço (38%),

membros superiores (54%), mãos (42%). A média de permanência hospitalar foi de 15,4 +- 31,4 dias (YING; HO, 2001).

Leal (2001) analisando 573 prontuários de crianças internadas no HIJG verificou no período de 10 anos uma média de 57,3 casos/ano de queimaduras, sendo a taxa de óbito de 2,3% e 38,7% dos pacientes eram pré-escolares.

2.1.2 Etiologia das queimaduras

As crianças queimam-se principalmente com líquidos aquecidos. Nas crianças menores de 2 anos, 79,5% se queimaram com água quente, leites, café, sopa, mingaus. Estas queimaduras estavam diretamente ligadas a alimentação e ocorreram na cozinha. Em crianças entre 2 e 7 anos aumentam os acidentes por substância inflamável, e passam a ocorrer no quintal ou na rua. Em crianças acima de 7 anos à causa mais comum é substância inflamável (álcool, gasolina, querosene) (RUSSO, 1976).

A freqüência das queimaduras se deve principalmente a 3 fatores: econômico, material e humano. Nas classes econômicas menos favorecidas, as pessoas vivem em casa com poucos e pequenos cômodos. As mães mantêm as crianças na cozinha por falta de espaço e pela facilidade de cuidá-las. O fator material se caracteriza por defeitos de certos aparelhos utilizados na produção e uso do calor doméstico. Defeitos em tubulações de gás e de instalações elétricas. O fator humano ainda é o grande responsável pela maioria das queimaduras. Nas crianças a inquietude e a curiosidade naturais, nem sempre cercada por adultos responsáveis, aliadas a falta de discernimento das crianças, as torna presas fáceis nos acidentes de queimaduras (RUSSO, 1976).

Em um estudo onde se pesquisou paciente queimado, observou-se que dos 40 pacientes pesquisados com idade inferior a 4 anos, 93% tiveram queimadura por escaldamento; 53% tiveram seus braços queimados, 40% a face, 13% as mãos, 38% pernas e pés e 68% tiveram tórax ou abdômen queimados (KENT; KING; COCHRANE, 2000).

Em estudo retrospectivo realizado no HIJG observou-se que 59,25 dos casos as queimaduras foram acidentes domiciliares, e destes 58,1% ocorreram na cozinha, sendo os líquidos aquecidos responsáveis por 51,8% do total das queimaduras (LEAL 2001).

2.1.3 Classificação das queimaduras

2.1.3.1 Quanto à profundidade

A profundidade da lesão ao tecido devido à queimadura é, em grande parte, dependente da temperatura e duração da energia térmica aplicada à pele. Considerações especiais devem ser dadas a pacientes muito jovens e idosos devido à sua pele fina. Sendo que as queimaduras são classificadas em queimaduras de espessura parcial: primeiro grau e segundo grau superficial, e em queimaduras de espessura total: segundo grau profundo e terceiro grau (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

As queimaduras de primeiro grau têm como sinal o eritema e como sintoma, a dor; as de segundo grau manifestam também eritema e além da dor, o choque; as de terceiro grau apresentam cor branca nacarada e como sintoma, o choque.

2.1.3.2 Quanto à extensão

São classificadas em função da porcentagem da superfície corporal queimada (SCQ). Existem 3 métodos comumente utilizados: a “Regra dos nove” mais comumente utilizada em adultos; o esquema de Lund e Browder, mais adequado para uso em pediatria; comparação da SCQ com a região palmar (incluindo os dedos) do paciente, que corresponde a aproximadamente 1% da superfície corporal (RUSSO, 1976).

O esquema de Lund e Browder é mais adequado para avaliar as SCQ em crianças, pois correlaciona a superfície corporal com a idade. Em uma figura, as áreas queimadas são assinaladas e posteriormente somadas considerando uma tabela que traz as variações da superfície corporal em relação a cada faixa etária (LUND; BROWNDER, 1944).

2.1.3.3 Quanto à complexidade

São classificadas como:

- a) Pequeno queimado: paciente com queimadura de primeiro grau em qualquer extensão, ou com queimaduras de segundo grau com área corporal atingida até 5% em crianças menores de 12 anos e 10% acima de 12 anos;
- b) médio queimado: paciente com queimadura de segundo grau com área corporal atingindo entre 5% e 15% em crianças menores de 12 anos, e 10% e 20% em maiores de 12 anos, ou, queimaduras de terceiro grau com

até 10% da área corporal atingida em adultos, quando não envolver a face ou mão ou períneo ou pé, ou menor que 5% em menores de 12 anos, ou qualquer queimadura de segundo grau envolvendo mão ou pé ou face ou pescoço ou axila;

c) grande queimado: paciente com queimaduras de segundo grau com área corporal atingida maior do que 15% em menores de 12 anos ou maior que 20% em maiores de 12 anos; queimaduras de terceiro grau com mais de 10% da área corporal no adulto e maior que 5% em menores de 12 anos, ou queimaduras de períneo; queimaduras por corrente elétrica, queimaduras de mão ou pé ou face ou pescoço ou axila que tenha terceiro grau (GOMES; SERRA; MACIEIRA, 2001).

2.1.4 Conseqüências das queimaduras

São freqüentes as deformidades, quando as queimaduras são profundas. Tais deformidades não dependem somente das lesões em si, mas também da interferência das cicatrizes que delas resultam sobre o arcabouço músculo-esquelético da criança. Apesar dos avanços da cirurgia plástica reparadora muito dessas deformidades não são suficientemente corrigidas. Por isso, passam a construir um entrave no aprendizado profissional do indivíduo e até mesmo sua integração na sociedade (RUSSO, 1976).

As queimaduras além de danos imediatos causam seqüelas físicas e psicológicas no paciente e sua família, que permanecem por toda vida (KENT; KING; COCHRANE, 2000).

2.1.5 Infecções em pacientes queimados

Nas crianças, as queimaduras são mais graves que nos adultos, devido à superfície corporal da criança em relação ao peso ser 3 vezes maior do que em adultos. Por essa razão, uma queimadura de área comparável, tem um impacto fisiológico maior sobre uma criança. A pele da criança é mais delgada, portanto, mais sujeita a lesões profundas; o sistema imune ainda imaturo aumenta as chances de infecção. A queimadura provoca um estado de imunossupressão, seja pela perda da barreira protetora da pele, ou pelo comprometimento da imunidade celular e humoral, fazendo com que a infecção permaneça como uma das principais causas de morte em pacientes queimados (DEMLING; WAY, 1993).

Se substâncias antimicrobianas não forem utilizadas, bactérias Gram positivas que se encontram nas porções profundas das glândulas sudoríparas e folículos pilosos e que sobrevivem ao calor da queimadura, podem colonizar as lesões dentro de 48 h. O uso de agentes antimicrobianos tópicos impede o supercrescimento desses microorganismos, mas raramente previne a colonização por outras bactérias e fungos potencialmente invasivos. Estes são derivados principalmente do trato gastrointestinal e vias aéreas superiores, assim como do ambiente hospitalar (VINDENES; BJERKNES 1995).

Foi realizado um estudo com o objetivo de verificar o risco à cárie dental em crianças com queimadura esofágica devido à ingestão de produtos tóxicos. Estas crianças têm problemas como estenose no esôfago, disfagia, refluxo gastroesofágico e necessidade de ser alimentado com uma dieta leve. O grupo experimental consistiu de 33 crianças entre 2 e 14 anos que tiveram recidiva no tratamento de estenose. O grupo controle consistiu de 20 crianças saudáveis com idade entre 3 e

14 anos que solicitaram tratamento dental no Pedodontics Department. Para a determinação de *Streptococcus mutans*, lactobacilos e capacidade tampão, testes salivares Dentocult (vivacult SM Vivadent- Liechtenstein), Dentocult (Vivacult LB-vivadent-Liechtenstein) e Dentobuff (Vivacult BC- Vivadent -Liechtenstein) foram aplicados em ambos os grupos. A quantidade de *S. mutans*, lactobacilos e o nível da capacidade tampão nas crianças com queimaduras esofágicas mostrou um alto risco a cárie. Correlação positiva foi encontrada entre *S. mutans* e *Lactobacilos*, *S. mutans* e ceo, *Lactobacilos* e ceo, níveis de CPOS e duração do tratamento de estenose ($p < 0,05$). Concluiu-se que crianças com queimaduras esofágicas têm alto risco a cárie dental e por esta razão aconselhamento sobre dieta “parenteral”, higiene bucal, controle da placa dental e regimes odontológicos preventivos são importantes nestas crianças clinicamente comprometidas (ONCAG; ALPOZ; ERONAT, 2000).

Em uma pesquisa prospectiva foram investigados 132 pacientes para verificar se havia infecção da lesão de queimadura por fungos. Dez pacientes (7,6%) foram infectados por *Candida*. O fungo predominante foi *Candida Krusei*, sendo a infecção fúngica mais comum nos grupos de pacientes mais jovens. A espécie de *Candida* isolada em pacientes com sepsi nas lesões de queimaduras indica um significativo papel das leveduras na produção de infecções nas lesões de queimaduras. Portanto, culturas especiais para fungos são recomendadas para todos os casos de lesões de queimaduras infectadas (MOUSA; AI- BADER, 2001).

2.2 Saúde bucal e infecção

Problemas bucais podem complicar o tratamento, prolongar o tempo de hospitalização, e causar extremo desconforto ao paciente, reduzindo a qualidade de

vida. A destruição da integridade de tecidos na cavidade bucal pode servir também como uma porta de entrada para infecções sistêmicas. Pacientes e equipe buscam a redução na morbidade associada com problemas bucais, além de reduzir o risco da cavidade bucal se tornar uma via de entrada para infecções sistêmicas (HEIMDAHL et al., 1989).

Uma pobre higiene bucal, a presença de infecção periodontal ou periapical pode produzir bacteremia, mesmo se o tratamento dentário for providenciado. Uma maneira de prevenir esse fato é o uso profilático de clorexidina na cavidade bucal e, se a criança for muito jovem ou incapaz de bochechar, a clorexidina pode ser aplicada com gaze ou algodão sobre os dentes (BARCO, 1991).

O conhecimento dos fatores etiológicos da doença cárie, como falta de higiene, microrganismos envolvidos e alimentação são fundamentais para a prevenção dessa doença. A falta de informação ou equívocos quanto à etiologia, formas de prevenção e tratamento desta doença podem agir de maneira negativa comprometendo ações educativas e preventivas (REISINE; DOUGLAS, 1998).

Além dos fatores biológicos, o interesse dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos, condições socioeconômicas, comportamentais, psicológicas e culturais, devem ser abordadas no diagnóstico e controle da doença, talvez assim seja possível alcançar uma efetiva mudança de atitude em relação à saúde bucal (CASTRO; TEIXEIRA; MODESTO, 2002).

2. 3 Higiene bucal (remoção da placa bacteriana)

A placa bacteriana, também chamada de placa dentária ou biofilme, foi descrita como sendo uma massa bacteriana mole e aderente que se deposita

continuamente sobre a superfície dos dentes, sendo que não é removida por bochechos com água, jato de ar ou da mastigação de alimentos líquidos e fibrosos (DAWES; JENKINS; TONGE, 1963).

As doenças cárie e periodontal têm como fator determinante a placa bacteriana, logo, a limpeza adequada e sistemática das superfícies dentárias é a medida ideal de controle e tratamento das doenças citadas. Sendo assim, o controle de placa objetiva remover a placa bacteriana e prevenir sua recorrência podendo ser realizado por meios mecânicos ou químicos (BUISCHI; AXELSSON, 1997).

Em relação aos diferentes métodos de escovação, não existe diferença significativa na remoção da placa bacteriana; porém a qualidade da limpeza em locais susceptíveis parece essencial (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995); sendo mais importante que a frequência é a qualidade da limpeza (BELLINI; ARNEBERG; FEHR, 1981).

Ao invés da tradicional regra “escove os dentes sempre após as refeições”, medida sem fundamentação científica e raramente colocada em prática, mais efetivo e concreto é orientar para que pelo menos duas ocasiões diárias se realize o controle da placa bacteriana (MALTZ, 1996).

Técnicas seletivas de limpeza dentária devem ser dirigidas a locais específicos e de acordo com a idade do paciente, sendo que para pacientes menores, um adulto deve assumir a responsabilidade de remoção da placa bacteriana (KRAMER; FELDENS; ROMANO, 1997).

As técnicas de controle da placa bacteriana são consideradas difíceis, exigem tempo, destreza, sendo que o paciente só participa se bem motivado (SAIANI; KANAAN, 2001).

A criança só é considerada capaz de realizar sozinha sua higiene bucal de maneira efetiva, por volta dos 9 anos de idade, sendo que, de 6 a 10 anos de idade a higiene bucal deve ser supervisionada pelos responsáveis (KRAMER; FELDENS; ROMANO, 1997).

Quando ocorre dificuldade em remoção adequada da placa bacteriana através de métodos mecânicos, agentes antimicrobianos com objetivo de prevenir ou limitar o acúmulo de placa bacteriana podem ser utilizados (THYLSTRUP; FEJERSKOV, 1995).

2.4 Assistência à criança hospitalizada

Crianças hospitalizadas apresentam outras necessidades além das relacionadas ao corpo biológico, sendo que o processo de trabalho conduzido pela medicina clínica pode abordar essas novas necessidades, tornando-se mais abrangente (LIMA, 1996 apud ROCHA et al., 1998).

Não deve ser considerado simples trazer a mãe para a enfermaria, pois isto implica na reorganização do trabalho tanto em nível teórico como prático. Os autores assinalam que conceitos como cooperação e parceria estão sendo construídos. Entretanto, compartilhar conhecimentos, poderes e espaços, não se constitui em atitude simples, exigem mudanças de valores e atitudes de ambos, pais e profissionais (LIMA et al., 1997).

Com uma equipe multidisciplinar agindo, além do modelo clínico centrado na fisiopatogenia, que responde diferentemente aos problemas que surgem, instala-se uma nova relação entre os elementos da equipe. O ambiente hospitalar torna-se mais informal e descontraído com a presença da mãe. A enfermagem já não se

restringe aos aspectos técnicos da assistência, sintetizando a compreensão de uma abordagem que inclui o diagnóstico, a terapêutica, a afetividade, a emoção, o lazer, a recreação e a comunicação com os familiares (ROCHA et al., 1998).

Costa et al., (2000) avaliaram através da aplicação de questionários, o grau de conhecimento e atitudes de profissionais da saúde, em relação à saúde bucal. Dos 52 questionários respondidos, 27% eram de médicos, 42% de auxiliares de enfermagem, 29% de enfermeiros e 2% de assistentes sociais; concluiu-se que o nível de conhecimento sobre doenças bucais foi menor entre os profissionais de nível médio. Como esses profissionais são responsáveis durante maior parte do tempo pelo atendimento da criança hospitalizada, os autores sugeriram que programas de educação em saúde sejam realizados, voltado principalmente para esse grupo.

Como pôde ser observada, a complexidade do quadro em questão favoreceu a diversidade de informações selecionadas e espera-se que as mesmas venham enriquecer com o entendimento e a discussão desta pesquisa.

3 PRESSUPOSTOS

Na metodologia qualitativa, o termo “pressuposto do estudo” é utilizado no lugar das hipóteses.

A hipóteses deve ter como base uma teoria que a sustente; baseada no conhecimento objetivo da realidade e na comprovação da mesma através de dados quantitativos e análise estatística. Minayo (2002) considerou os pressupostos de uma pesquisa como afirmações provisórias relacionadas a determinado problema em estudo.

Neste estudo, não se coletaram dados para serem confirmados, mas sim, buscou-se construir abstrações na medida que os dados foram sendo coletados e agrupados.

Considerou-se neste estudo, os seguintes pressupostos:

- a) a higiene bucal deve constituir rotina na vida do ser humano;
- b) nem todos os profissionais que atuam na área da saúde encontram-se preparados para fornecer informações sobre higiene bucal;
- c) as percepções do ser humano estão relacionadas com o seu cotidiano;
- d) a realização da higiene bucal não é considerada prioridade dentre os procedimentos dispensados às crianças hospitalizadas;
- e) o ser humano percebe situações semelhantes de maneiras diferentes;
- f) profissionais que trabalham com crianças devem forçosamente relacionar-se com seus pais.

4 METODOLOGIA

De acordo com Minayo (2002) “[...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

Os métodos quantitativos e qualitativos são os mais utilizados nas pesquisas científicas, sendo o quantitativo dedutivo e o qualitativo indutivo. Esses métodos não se opõem, mas se complementam (MINAYO, 2002).

Em vez de uma descrição densa, aprofundada e detalhada de um fenômeno, os dados quantitativos se apresentam em forma de números que quando são interpretados ajudam a explicar um fenômeno (MAYAN, 2003).

A pesquisa qualitativa investiga as experiências das pessoas em sua vida cotidiana. É mais recomendada para verificar qualidades secundárias, que não podem ser quantificadas (MINAYO; SANCHES, 1993).

Várias correntes de pensamento orientam a pesquisa qualitativa na produção de conhecimento. Recentemente a visão holística tem ganhado espaço, sendo que considera a complexidade da realidade, a relação entre os opostos e as necessidades individuais e coletivas, dentro de um universo em constante interação. Assim sendo, o Referencial Holístico – Ecológico é uma nova corrente de pensamento, que conforme Patrício (1999), parte do pressuposto de que é possível integrar várias áreas de conhecimento num fio condutor que busca entender e agir nos microcosmos - micromundos – tendo consciência do contexto global. Busca o sentido da humanidade, tendo a clareza de que, mesmo assim, nessa amplitude de abordagem - não é possível dar conta de compreender toda a complexidade da vida e de seus fenômenos particulares, mas, em síntese, busca compreender o máximo

possível de um dado fenômeno, através do conhecimento das múltiplas dimensões e conexões que expressam essa situação, tendo consciência do contexto global, ou seja, que busque conhecer o máximo possível de um dado fenômeno, através de suas múltiplas dimensões e conexões.

4.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo realizado foi o estudo de caso, que é uma das formas de investigar a realidade, na qual se registra dados coletados, com o objetivo de reconstruí-los cientificamente. O estudo de caso pode referir-se a um ou mais casos; quando mais de um caso é estudado, denomina-se estudo multicasos, sendo este último utilizado nesta pesquisa.

4.2. Técnica de pesquisa

Este trabalho foi realizado por meio de entrevista, que é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de origem profissional (MINAYO, 2002).

A escolha pela entrevista qualitativa foi devido à mesma gerar oportunidade para compreender o ponto de vista dos participantes, e a investigação acerca de seu mundo descrito com suas próprias palavras (MORSE; FIELD, 1995 apud MAYAN, 2003). O levantamento dos dados foi realizado por meio de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A). Os dados coletados através de entrevista semi-estruturada, partiram de certos questionamentos básicos (não mais que 5 questões),

referentes aos objetivos e pressupostos da pesquisa, os quais propiciam o aparecimento de novas perguntas a partir das respostas dos sujeitos investigados (HAGUETE, 2000).

O objetivo principal da entrevista é a obtenção de informações dos entrevistados, sobre determinado assunto ou problema. Quanto ao conteúdo pode apresentar 6 tipos de objetivos: averiguação de fatos, determinação da opinião sobre os fatos, determinação de sentimentos, descoberta de planos de ação, conduta atual ou do passado, e motivos conscientes para opinião, sentimentos, sistemas ou condutas (SELLTIZ et al., 1987). A entrevista semi-estruturada é caracterizada pela coleta de dados por meio de perguntas abertas formuladas em uma ordem determinada (MORSE; FIELD 1995 apud MAYAN, 2003). Nesta pesquisa foram utilizadas questões com objetivo de obter opinião e sentimento dos entrevistados.

Existem basicamente 2 tipos de registro de entrevista, são elas: a gravação direta e a anotação durante a entrevista. A gravação apresenta a vantagem de registrar todos as expressões orais, embora deixe de obter expressões corporais, porém a filmagem, poderia constranger o entrevistado (ROCHA et al., 1998).

Existe a possibilidade da realização de várias entrevistas com os mesmos sujeitos, de duração variável, tentando não exceder 30 min cada, e se a entrevista for gravada, ela deve ser transcrita imediatamente após sua realização, e detalhadamente analisada antes da próxima ser realizada (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista constou dos seguintes dados: os relativos a entrevista, local, data e hora; os relativos ao sujeito, codinome (apelido escolhido pelo entrevistado para garantir seu anonimato na pesquisa), idade, local de nascimento, estado civil, nº de filhos, formação profissional, tempo que trabalha na unidade de queimados, rotina de trabalho, locais de trabalho, carga horária (APÊNDICE A).

As entrevistas foram gravadas e transcritas em seguida, sempre após obtenção da autorização do entrevistado e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo mesmo (ANEXO A).

4.3 Local e sujeitos da pesquisa

Na pesquisa qualitativa não é utilizado o critério numérico para assegurar a representatividade. Uma boa amostra é a que engloba a totalidade da problemática pesquisada em várias dimensões (MINAYO, 1999).

Na investigação qualitativa geralmente participam indivíduos selecionados intencionalmente, o pesquisador elege os participantes e contextos procurando quem e onde conseguirá maiores e melhores informações sobre o tema (MORSE, 2000).

Neste caso, o local escolhido foi a Unidade de Queimados do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), e os indivíduos a serem pesquisados, os funcionários que atuam diretamente nesta unidade. A escolha deste local foi devido à oportunidade de freqüentar a unidade de queimados, participando das reuniões semanais com a equipe multidisciplinar e conhecer esse novo campo de trabalho para o odontopediatra.

O objetivo da amostra qualitativa é compreender um fenômeno de interesse, por isso, explorar a riqueza do pensamento contextual por métodos qualitativos, consome, com freqüência, muito tempo, daí a necessidade de concentrar esforços a pequeno número de informantes (MORSE, 2000).

Para determinar o tamanho da amostra considerou-se a saturação dos dados, ou seja, sabendo que a saturação dos dados depende da qualidade dos dados,

clareza do tópico, quantidade de informação útil obtida de cada participante, do uso de dados sombreados (relato dos participantes sobre outras experiências), e o método e desenho do estudo, foram entrevistados todos os indivíduos que estavam dispostos a participar da pesquisa (MORSE, 2000).

Para ser incluído na pesquisa, o sujeito deveria ser funcionário do HIJG e atuar na unidade de queimados desde novembro de 2002, até o momento da execução da pesquisa, independente de sexo, idade e etnia. Compuseram a amostra 8 funcionários da unidade de queimados do HIJG, sendo que o número total de funcionários é de 9.

A nona entrevista não foi realizada devido a alterações nas escalas de plantões do funcionário, e ocorrendo desencontros não propositais. Porém, o número de entrevistas foi suficiente, não comprometendo os resultados da presente pesquisa.

4.4 Procedimentos de levantamento, análise e devolução dos dados.

Os pesquisadores qualitativos normalmente coletam seus dados em locais onde os sujeitos da pesquisa realizam suas atividades diárias, ou seja, nos seus ambientes naturais. Por isso o termo utilizado “trabalho de campo”, que representa entrar no mundo do sujeito.

O trabalho de campo se desenvolve através de 3 processos: “Entrando no Campo”, “Ficando no Campo” e “Saindo do campo”.

O “Entrando no Campo” representa a fase inicial, a fase exploratória e o estudo piloto; “Ficando no Campo”, é considerado os diferentes momentos de interação com os sujeitos. Inicia durante a coleta de dados, e segue após a segunda

coleta quando o pesquisador volta para validar seus dados. O “Saindo do Campo” é caracterizado por despedidas, agradecimentos ou encaminhamentos futuros (PATRÍCIO, 1995; PATRÍCIO; CASAGRANDE; ARAÚJO, 1999).

4.4.1 Entrando no Campo

Em primeiro lugar buscou-se uma aproximação gradual com as pessoas da unidade de queimados. O primeiro passo foi participar das reuniões semanais (segundas-feiras 7 h), para conhecer os funcionários e toda a equipe e familiarizar com o ambiente. Essa etapa iniciou um ano e meio antes da realização do trabalho propriamente dito.

Um segundo passo foi freqüentar a unidade de queimados, visitando os pacientes internados, conversando com seus pais, e principalmente trocando idéias com os funcionários. Nesse momento gerou-se um ambiente agradável, onde o pesquisador foi sempre bem recebido.

Verificou-se que para um trabalho ser realizado efetivamente na unidade de queimados seria fundamental que os funcionários que nela atuam estivessem conscientes e completamente engajados no projeto. Então surgiu a pergunta: Como fazer para que os funcionários acreditem e participem de projetos de promoção de saúde bucal? Ao tentar responder esta questão percebeu-se o desconhecimento sobre o que eles pensavam a respeito da higiene bucal, e como eles percebiam a higiene bucal na unidade de queimados.

Durante todo esse período observações sobre o funcionamento da unidade foram realizadas, além da observação do comportamento dos funcionários, das crianças internadas e de seus acompanhantes.

Buscou-se acompanhar todas as atividades desenvolvidas na unidade de queimados do HIJG para obter a maior quantidade de detalhes de seu funcionamento, de sua rotina. Vários procedimentos foram observados, como troca de curativos, internamentos, encaminhamentos para centro cirúrgico, sessões de fisioterapia, o trabalho da equipe de psicologia, considerações da nutricionista, momentos de alimentação (o que e como as crianças comiam), momentos de lazer, e raras vezes, procedimentos de higiene bucal.

Ocorreu também contato com os pacientes e seus acompanhantes, que na maioria das vezes foram as mães. Nas visitas à unidade de queimados, foi realizada a apresentação aos pacientes, e aos seus acompanhantes, realizava-se orientações sobre higiene bucal e muitas vezes conversava-se sobre vários assuntos, como escola, família, amigos. Esses momentos foram muito valiosos não só para o desenvolvimento da pesquisa, mas principalmente pelas experiências de vida compartilhadas.

Outro ponto observado foi a troca de acompanhantes, pois apenas uma pessoa pode ficar com a criança, mas muitas vezes devido a motivos de trabalho ou por ter que cuidar de outros filhos em casa ocorre um rodízio de pessoas durante o internamento da criança. O que dificultou a realização de trabalhos direcionados aos acompanhantes.

Por várias vezes, observou-se o estresse e o cansaço estampado na face dos funcionários e dos pais e destes além da angústia e impaciência; principalmente nos períodos em que a unidade se encontrava lotada ou com pacientes apresentado maior gravidade (grande queimado). Nesses momentos é que se percebe como o lado humano deve sempre estar presente e também a necessidade de autocontrole, inclusive do próprio paciente.

Em alguns momentos, como, por exemplo, a hora do banho do paciente queimado, um sentimento de sofrimento tomou conta do investigador, porém isso não deixou que as observações continuassem a ser realizadas.

A experiência na unidade de queimados mostrou que, em unidade de alta complexidade, muitos detalhes devem ser observados, e apesar das situações tristes e de sofrimento, as atividades rotineiras não deixam de ser realizadas com eficiência e competência.

Foi a partir dessa primeira etapa de exploração, que se determinou exatamente à forma de coleta dos dados e as questões que foram abordadas, e obviamente os sujeitos da pesquisa.

Passou-se então a realização do projeto piloto, que teve por objetivo testar o instrumento do estudo, e só após sua aplicação e adequações pertinentes, foi iniciado o processo de “Ficar no Campo”.

4.4.1.1 Projeto piloto

O projeto piloto foi realizado com 2 funcionários, selecionados por conveniência. Foram entrevistados aqueles que estivessem trabalhando no dia determinado para realizar o piloto.

Como já havia um contato prévio com os sujeitos, no dia da entrevista, foi questionado pelo entrevistador se os funcionários teriam tempo de respondê-la naquele dia e em qual momento seria mais oportuno.

Antes de iniciar a entrevista, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, e a forma como esta poderia ser útil em trabalhos desenvolvidos futuramente na unidade, ressaltando a importância da participação de cada um. Dúvidas foram

esclarecidas e antes de iniciar, foi também pedido permissão para que a mesma fosse gravada, e somente após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo funcionário é que se iniciou a entrevista. Inicialmente foi solicitado que o entrevistado escolhesse um codinome, para preservar seu anonimato.

Após a primeira entrevista piloto ser minuciosamente analisada, observou-se falhas, principalmente do entrevistador, como indução em algumas respostas e impaciência nos momentos de silêncio. Então o entrevistador realizou exercícios treinando a realização da entrevista com amigos, para que os mesmos observassem os momentos em que o entrevistador induzia as respostas durante a realização da entrevista.

Partiu-se então para a segunda entrevista piloto, que se procedeu da mesma forma da primeira. Observou-se após a análise detalhada, que havia uma questão que deveria ser retirada e outra acrescentada, para que os objetivos definidos previamente fossem alcançados.

As duas entrevistas foram novamente analisadas, sendo realizadas as adequações necessárias. Foi retornado aos entrevistados e validados os dados, tirando algumas dúvidas que haviam permanecido e fazendo a pergunta que havia sido acrescentada. Para fim de análise dos dados a pergunta que foi excluída não foi considerada.

Observa-se aqui que o processo de análise-reflexão-síntese dos dados inicia a partir do projeto piloto como preconiza a técnica baseada no Referencial Holístico-Ecológico idealizado por Patrício; Casagrande; Araújo (1999).

Tendo em mão as novas questões da entrevista, a mesma então foi aplicada aos outros funcionários da unidade de queimados do HIJG.

Considerando o pequeno número de participantes e que todas as informações são relevantes, optou-se por acrescentar os dados das entrevistas piloto nos resultados da pesquisa.

4.4.2 Ficando no Campo

Após a reestruturação do formulário da entrevista semi-estruturada e de sua análise, iniciou-se a fase “Ficando no Campo” coletando os dados com os demais sujeitos que compuseram a amostra.

A data da entrevista foi marcada antecipadamente com os funcionários que optaram de maneira unânime por realizá-la no local de trabalho, na sala de reuniões da unidade de queimados do HIJG. Algumas vezes foi necessário esperar o melhor momento para realizar a entrevista, pois como estavam no local de trabalho, eventualmente alguma atividade necessitava ser realizada. Esse fato não dificultou o processo, pois os funcionários trabalham em dupla, sempre havendo um disponível, enquanto o outro foi entrevistado.

Apenas 2 entrevistas foram interrompidas para que o funcionário pudesse atender ao telefone, porém esse fato não prejudicou a qualidade da entrevista.

Um dos funcionários era desconhecido do entrevistador, mas por intermédio dos demais, já estava sabendo da pesquisa e da necessidade da entrevista, então não houve problemas no momento de realizá-la. Com este sujeito ocorreu uma apresentação mais detalhada do entrevistador, além das explicações e objetivos da pesquisa.

O primeiro passo para todos os entrevistados foram os esclarecimentos em relação à pesquisa, a solicitação de um codinome, e a permissão para gravação da

entrevista, e somente após esses passos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelo entrevistado é que o processo foi iniciado.

A duração das entrevistas variou de 20 a 50 min, sendo que todas foram realizadas em um único tempo. Alguns entrevistados apresentaram um certo nervosismo antes de iniciar a entrevista, situação que se modificou com o desenvolvimento da mesma.

Ao final de cada entrevista foi questionado ao entrevistado a opinião sobre a mesma e se teria algum comentário a fazer. Embora poucos fizessem comentários, o momento de interação foi muito gratificante para o entrevistador.

O Referencial Holístico – Ecológico preconiza a validação das entrevistas, sendo as mesmas depois de transcritas, devolvidas aos entrevistados. O intervalo entre a entrega e devolução das entrevistas variou de 2 dias a 1 mês. Foi perguntado se gostariam de mudar alguma coisa nas transcrições, e caso houvesse necessidade de alterações, as mesmas seriam realizadas. Entretanto, os entrevistados não solicitaram nenhuma alteração. No entanto, o entrevistador necessitou de alguns esclarecimentos, devido a pontos que deixaram dúvidas quanto ao sentido de palavras ou frases.

4.4.3 Saindo do Campo

Em outro momento que durou 2 meses, retornou-se aos entrevistados com os dados conforme seriam divulgados na dissertação. Nenhum sujeito sugeriu alterações no texto, nem apresentou objeções sobre o que seria publicado, porém esclareceram alguns pontos ainda não completamente elucidados. Dois sujeitos

pediram cópias da entrevista transcrita para guardarem em casa, pois julgaram esse processo importante, e gostariam de revê-la mais tarde.

O pesquisador estava à disposição dos entrevistados para a qualquer momento, caso fosse vontade dos mesmos, realizar qualquer modificação no texto.

Todos os entrevistados foram convidados a assistir a apresentação dos dados durante a defesa da dissertação, assim como a apresentação de propostas a partir dos resultados obtidos que fossem interessantes para a unidade.

4.5 Análise dos dados

O processo da análise-reflexão-síntese iniciou a partir do primeiro sujeito entrevistado no estudo piloto, sendo que esse processo permeou toda coleta de dados através das idas e vindas aos sujeitos, observando as partes e relacionando-as com o todo, através da reflexão. As grandes categorias da pesquisa já estavam presentes nas questões norteadoras, e novas categorias foram surgindo com a análise dos dados coletados.

A análise dos dados é: “[...] o processo de observar padrões nos dados, fazer perguntas sobre esses padrões, construir conjecturas, deliberadamente recoletar dados de indivíduos especificamente selecionados sobre tópicos buscados, confirmar ou recusar essas conjecturas, logo, continuar a análise, fazer perguntas adicionais, buscar mais dados, continuar a análise mediante a classificar, questionar, pensar, construir e provar conjecturas e assim sucessivamente” (MORSE, 1999).

Os dados foram analisados através do processo de análise, reflexão e síntese, iniciando a partir do primeiro sujeito entrevistado. Como preconiza o método, este processo permeia a coleta de dados, através das idas e retornos aos sujeitos e da visão das partes e do todo, mediada pela reflexão (PATRÍCIO; CASAGRANDE; ARAÚJO, 1999).

As maiorias dos dados qualitativos são analisadas em seu conteúdo, sendo que esta análise pode ser dividida em 2 tipos: manifesto e latente. A análise do conteúdo latente consiste em identificar, codificar e categorizar padrões primários de dados, sendo que o pesquisador busca o significado de trechos específicos no contexto dos dados, determinando categorias apropriadas (MORSE; FIELD 1995 apud MAYAN, 2003).

A codificação é “[...] o processo de identificar palavras, frases, temas ou conceitos dentro dos dados de maneira tal que os padrões subjacentes possam ser identificados e analisados” (MORSE; FIELD 1995 apud MAYAN, 2003).

A partir da codificação o pesquisador simplesmente se familiariza com os dados e começa a organizar as informações. Identificadas as categorias e subcategorias, foram elaborados quadros (QUADRO 1 a 5).

Higiene bucal

A higiene bucal é importante

Segundo percepção dos entrevistados:

- a) a higiene bucal previne infecção:
 - Infecção local (cárie)
 - Infecção geral;
- b) a relação da higiene com transmissão de microrganismos;
- c) a higiene bucal é necessária devido ao mau hálito;
- d) a higiene bucal é importante por motivos estéticos;
- e) a higiene bucal é necessária como outros cuidados;
- f) higiene bucal relacionada ao uso de antibióticos;
- g) higiene bucal relacionada à condição do paciente queimado.

Segundo a percepção dos entrevistados, os pais sentem a higiene bucal como:

- a) a higiene bucal como forma de demonstrar amor.

A higiene bucal não é importante, devido à:

- a. condição sócio-econômica e cultural;
- b. higiene bucal como procedimento dispensável.

Quadro 1- PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL NO PACIENTE QUEIMADO

A quem é atribuída a responsabilidade da higiene bucal do paciente queimado

A higiene bucal é atribuição do dentista

A higiene bucal é hábito adquirido em casa

A higiene bucal pode ser atribuição dos funcionários da unidade de queimados, segundo os seguintes aspectos:

- a) o paciente deve ser tratado como um todo;
- b) proporcionar conforto ao paciente;

Quadro 2 - PERCEPÇÃO DOS ENTREVISTADOS QUANTO À ATRIBUIÇÃO DA RESPONSABILIDADE DA HIGIENE BUCAL NO PACIENTE QUEIMADO

Sentimento dos funcionários quando orientam os pacientes e seus acompanhantes

Realização profissional

Responsabilidade profissional

Quadro 3 - SENTIMENTOS APRESENTADOS PELOS ENTREVISTADOS AO ORIENTAR PACIENTES, PAIS/ACOMPANHANTES

Sugestões dos entrevistados para transmitir informações de higiene bucal para pacientes, pais/acompanhantes.

Apresentações de vídeos

Palestras e explicações para os funcionários, pacientes e pais

Continuidade e reforço nas orientações e atividades de higiene bucal

Quadro 4: SUGESTÕES DOS ENTREVISTADOS PARA TRANSMITIR INFORMAÇÕES SOBRE HIGIENE BUCAL NA UNIDADE DE QUEIMADOS

O sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados

O aspecto sócio-econômico-cultural que envolve o paciente queimado

O sentimento de culpa apresentado pelos pais, segundo percepção do entrevistados.

Quadro 5 – DEMAIS PERCEPÇÕES APRESENTADAS PELOS ENTREVISTADOS NA UNIDADE DE QUEIMADOS

5 RESULTADOS

Neste capítulo será apresentado o processo de construção dos resultados, incluindo todas as categorias e subcategorias, apresentadas nos quadros 1 a 5.

A primeira parte se refere aos dados relacionados à caracterização dos entrevistados que compuseram a amostra e a segunda parte sobre os dados obtidos através da entrevista semi-estruturada aplicada aos mesmos.

Os funcionários que responderam a entrevista utilizaram os seguintes codinomes: Jaboticaba, Pêra, Uva, Rosa, Margarida, Mar, Carol e Ângela; porém não serão especificadas informações individuais de cada um, devido à possibilidade de serem identificados, apesar dos codinomes.

Pensou-se na possibilidade de dar códigos aos codinomes para poder citá-los, mas posteriormente observou-se que não haveria a necessidade de identificação das citações, sendo todas de igual importância.

Foram entrevistados ao todo 8 funcionários da unidade de queimados do HIJG, sendo 2 do gênero masculino e 6 do feminino. A idade dos entrevistados variou de 35 a 49 anos. Em relação ao estado civil, 5 são casados, 2 solteiros, e, 1 desquitado. Quanto ao número de filhos, 5 tem filhos, sendo que a quantidade varia de 2 a 3.

Em relação à formação profissional: 3 fizeram curso técnico, 4 de auxiliar e 1 de atendente de enfermagem. O tempo de formado variou de 5 a 26 anos, sendo que o tempo de atuação na unidade de queimados do HIJG variou de 9 meses a 22 anos. A maioria dos entrevistados atua na unidade a mais de 5 anos.

O trabalho na unidade normalmente compreende plantões de 12h seguidas de 36h de descanso. Uma equipe de 2 funcionários atua das 07:00 às 19:00h e

outra das 19:00 às 07:00h, sendo ao todo 4 equipes. Quatro entrevistados atuam apenas na unidade de queimados; 2 atuam em outras unidades de outros hospitais; e 2 atuam também em postos de saúde, sendo 1 como agente comunitário e outro como auxiliar de enfermagem, no período diurno.

Após a análise das entrevistas foram surgindo várias categorias, algumas delas apresentando subcategorias.

5.1 Higiene bucal

Em relação à percepção dos entrevistados, quanto à higiene bucal do paciente queimado, a maioria dos entrevistados percebe a higiene bucal como um hábito importante de ser realizado, destacando sua relação com mau hálito, com a infecção local (a cárie) e também com infecção geral. Alguns salientaram que é tão importante e necessário como outros cuidados de higiene; poucos percebem a higiene bucal como algo essencial.

Em relação à percepção dos entrevistados sobre o sentimento dos pais a respeito da higiene bucal dos pacientes queimados, a maioria considera que falta interesse dos responsáveis quanto a este aspecto, sendo enfatizado que isso ocorre devido às precárias condições sócio-econômicas e culturais de grande parte dos pacientes internados na unidade.

Analisando a percepção do entrevistado em relação à higiene bucal do paciente queimado, e o que o entrevistado acha que o pai sente a respeito da higiene bucal da criança; observou-se que existem duas idéias predominantes: uma que valoriza a higiene bucal e outra que não considera esse fato como uma

atividade importante. Essas idéias foram consideradas subcategorias, desmembradas em diversos aspectos.

5.1.1 A higiene bucal é considerada importante

Segundo a percepção dos entrevistados:

a) a higiene bucal previne infecção:

- Infecção local (cárie):

“As crianças ficam aqui um mês, dois e se não tiver um cuidado nos dentes, uma higiene legal, os dentinhos também vão pro pau”.

“[...] acho que isso ai é uma forma de ajudar a criança na escovação e para que ela mantenha os dentinhos saudáveis”.

“Eu acho muito importante, quando um paciente está internado e não tem condições de escovar os dentes, de fazer um gargarejo com cepacol, ou com material para fazer a higiene bucal, então quando ele sai daqui, ele sai com os dentes estragados e com os dentes todos manchados”.

- Infecção geral:

“Eu acho importantíssimo porque é uma área que está bem exposta, então eu acho importante, porque evita de a criança vir a ter mais problemas. No meu ponto de vista eu acho fundamental”.

“A boca é uma área muito contaminada, principalmente a criança que está exposta a muitas pessoas, porque aqui no queimado circulam muitas pessoas aqui, a alimentação também, a própria queimadura em si” .;

b) a relação da higiene com transmissão de microrganismos:

“[...] tem mãe que fica possessa comigo, como essa semana o pai ali ficou possesso, ele estava dando café experimentando, assim provando a comida e fazendo assim: thuthuuuu (mostrou como elas fazem) eu acho assim a gente é um adulto, eles são crianças então você passa teus bichinhos para eles. Eu explico isso ai eu falo, eu falo”.

“Mãezinha tu vais lá fora, tu fuma (principalmente quando a mãe é fumante), come de tudo e ele é um bebezinho, não tem tanta resistência, então os bichinhos que tu tens passa tudo para ele, não to dizendo que tu tens os bichinho, mas teus dentes às vezes têm alguma cárie, uma coisa [...] ele é um bebezinho e ai tu prova a sopa dele, e com a colher contaminada tu colocas na boquinha dele, não é legal”.

“[...] para eles (os queimados), a higiene bucal é mais importante ainda, por causa das bactérias, dos microrganismos que apresentam devido à queimadura, e são transmitidos também [...] vai à boquinha, não só na deles como na da pessoa que está cuidando deles também, no acompanhante, na gente, por isso que é importante a higiene bucal”;

c) a higiene bucal é necessária devido ao mau hálito:

“[...] o mau hálito que eles tem, eu acho assim, se a criança que está com mau hálito o apetite dela já não é legal [...] é aquela coisa desagradável”.

“[...] geralmente aproveita depois do banho já é passado para fazer a higiene bucal, porque fica com a boquinha limpa. É tão bom ter a higienezinha, não ficar com mau hálito de manhã”.

“Tem muita criança que já tem aquele odor na boquinha, eles são pequeninos, mas já tem aquele odor porque não tem a escovação certa, não fazem a escovação diariamente como tem que fazer três vezes ao dia” .;

d) a higiene bucal é importante por motivos estéticos:

“A higiene bucal é muito importante porque é a saúde bucal [...] são os dentes [...] porque como a pessoa mais se apresenta é a boca, os dentes”.

“A boa aparência também é importante, os nossos dentes [...] é o cartão postal do nosso rosto, não adianta ter um rosto bonito, mas sim dentes bonitos, quando sorri”.

“[...] para tudo, a gente fala com a boca e ela sempre está aberta [...] saindo palavras e os dentes têm que ser bonitos [...]” .;

e) a higiene bucal é necessária como outros cuidados:

“Eu acho que a higiene bucal do paciente queimado é tão importante quanto os outros cuidados”.

“Eu acho tudo de importante, porque higiene, não precisa nem estar queimado para a gente fazer a higiene. A gente mesmo tem que fazer todos os dias a higiene” .;

f) higiene bucal relacionada ao uso de antibióticos:

“[...] a gente pergunta: Os teus dentinhos estão estragados? E a mãe diz que é por causa do antibiótico que elas tomam”.

“Alguns pacientes recebem antibióticos isso já vai prejudicar a dentição, então a higiene bucal sendo uma coisa bem feita, ela também vai ter um bom resultado positivo tanto quanto a queimadura do paciente para o restabelecimento dele é fundamental é importantíssimo” .;

g) higiene bucal relacionada à condição do paciente queimado:

“Olha pra mim a escovação deles, é uma coisa importantíssima, porque muitas vezes a gente tem que fazer essa parte, ajudar a criança a escovar os dentinhos, porque ela por si próprio ela não tem o hábito assim de escovar, então tem uma certa dificuldade, principalmente quando o paciente está assim com a área dos bracinhos ou a mão queimada”.

Segundo a percepção dos entrevistados, os pais sentem a higiene bucal como

“Os pais pensam que os funcionários são competentes (risadas...), que os funcionários são competentes até na higiene bucal, eles olham isso, os pais se preocupam, presto atenção tanto nos funcionários como nos pacientes”.

“Muitos pais ficam atentos e preocupados e pensam se for para o bem do meu filho eu tenho que fazer certinho”.

a) a higiene bucal como forma de demonstrar amor:

“Eu acho que nesse ponto o pai fica muito sensibilizado. Ele próprio tem agora que ajudar o filho, escovar os dentes do filho, porque é uma situação que não foi criada por ele, não por que eles quiseram, mas foi uma coisa que aconteceu, acho que é uma coisa que ele faz com amor”.

5.1.2 A higiene bucal não é importante:

Segundo a percepção dos entrevistados, para os pais a higiene bucal não é prioridade, devido à preocupação dos mesmos com a queimadura da criança.

"[...] os funcionários vão mais geralmente lidando com a queimadura sem pensar na higiene bucal a não ser assim quando eles estão prescrevendo com cepacol, mas mesmo assim para nós estamos entretidos no banho e vai passando".

Segundo a percepção dos entrevistados, os pais não consideram a higiene bucal importante devido alguns fatores como:

a) condição sócio-econômica e cultural:

"Ao meu ver, as mães menos esclarecidas, não desfazendo, mas elas não estão nem aí, até para escovar os dentes, guria, a gente que orienta. A primeira coisa que peço é a escovinha de dente e a pastinha de dente [...], mas tem mãe que não ta nem aí não".

"A gente vê que o nível social e cultural da maioria dos pacientes, dos pais que estão aqui, em relação a essa parte a gente não vê muitos comentários".

"Os pais não pensam que o que estão fazendo que é para prevenção de bactérias, muitos pais não tem noção disso. Porque na realidade [...] as crianças que vêm queimadas [...] os pais são bem carentes e às vezes não tem estudo nenhum, apesar de ter muita gente que sabe o que é certo e o que errado, mas muitos fazem por fazer, não tem o conhecimento".

"[...] alguns pais não têm o hábito de fazer a higiene bucal em casa, então aqui eles ficam meio perdidos. Isso eu noto, não no sentido de se incomodar, mas no sentido deles não terem o hábito de fazer isso".

"Eu acho que muitas crianças que internam, não têm aquele cuidado [...], acho que o pai deve se sentir assim [...] meio constrangido, porque ele nunca fez a higiene bucal".

"Eu acho que o pai fica constrangido por ele talvez não ter tempo de fazer isso (a higiene bucal) em casa e está sempre sendo feito aqui".;

b) higiene bucal como procedimento dispensável:

"Acho que os pais, não reclamam não, de realizar a higiene bucal, mas, para eles é a mesma coisa que nada. Eu não sei, né".

"Para mim, os pais não se interessam pela higiene bucal das crianças, se não for mesmo mandar, eles não escovam".

"Tem mães que não são muito ligadas pelos filhos em relação ao hábito de escovar os dentinhos, nem todas as mães se preocupam com os dentes das crianças".

"Se a gente não cobrar [...] acho que escovar os dentes para elas [...] acho que é [...] acho que está em [...] terceiro plano [...]".

"Acho que o pai pensa: ' Estou preocupado com a queimadura do meu filho não com a boca dele agora'. Eu pelo menos vejo assim, porque existe na maioria dos casos da criança internada, um sentimento de culpa dos

pais, então eles querem ver logo o resultado da queimadura, eles acham que o problema dos dentes é o de menos. 'Vamos primeiro curar a queimadura'. Nesse momento eles não estão preocupados com a escovação”.

“Tem pais que reclamam, dizem que não precisa disso. Tem muita gente que não entende. Tem mãe, pai que não escovam os dentes, a gente logo vê quando eles não escovam os dentes. Tem dentes estragados, são mais pessoas do interior, que não tem tanta higiene, tem higiene talvez do corpo, mas a boca eles não dão tanta importância”.

5.2 A quem é atribuída a higiene bucal

Em relação à percepção dos entrevistados sobre suas atribuições quanto à higiene bucal dos pacientes queimados, a maioria deles considera que o trabalho de enfermagem engloba o paciente como um todo, incluindo a higiene bucal, tendo sido destacado o aspecto de orientação do paciente. Apenas um dos entrevistados não percebe a higiene bucal como atribuição da enfermagem, mas sim como trabalho do dentista.

Segundo a percepção de outro entrevistado, a família deve ser a responsável pela higiene bucal das crianças, embora, considere a possibilidade de incentivar os pacientes a realizarem a higiene bucal.

5.2.1 A higiene bucal é atribuição do dentista

“É para falar o que eu penso mesmo? Eu acho que não tem nada a ver. Meu trabalho é de enfermagem, não sou dentista [...] tem uma diferença entre a enfermagem e o trabalho do dentista”.

5.2.2 A higiene bucal é hábito adquirido em casa

“Eu acho que na verdade não é assim nosso dever, eu acho que isso ai já vem de casa, a criança já vem com aquele incentivo de escovar os dentes”.

“Determinados pais, a gente vê que estão habituados a fazer isso em casa, então para eles, isso é uma rotina, é norma”.

5.2.3 A higiene bucal pode ser atribuição dos funcionários da unidade de queimados, segundo os seguintes aspectos:

a) o paciente deve ser tratado como um todo:

“Acho que tem a ver não só no queimado, como no hospital em si. É rotina da gente fazer os cuidados de higiene, depois os cuidados gerais no caso. No caso aqui dos queimados, o banho, os curativos, mas em primeira mão a gente faz os cuidados de higiene. O rosto principalmente, assim [...] boca, nariz, a higiene bucal”.

“Acho que no momento que o paciente internou, então a gente tem que ver ele como um todo, tanto a área queimada, a higiene bucal a higiene geral. Às vezes a gente vê pacientes chegarem aqui com piolho. Então eu acho que a enfermagem tem que ver o paciente como um todo, não só a queimadura, no caso aqui da unidade, mas desde a queimadura até a higiene fora do queimado, como a higiene bucal, o cabelo essas coisas toda que pertencem ao paciente”.

“Tem, porque o tudo [...] pertence ao todo, só porque às vezes a gente sai do ritmo”.

“É o todo do paciente que a gente tem que cuidar [...]”.

[...] se ele está queimado e tem piolho, tem que tratar do piolho também, na boca a gente sabe que é interessante uma saúde bucal sem bactérias, também por isso que eu digo: ‘Saber fazer a higiene total, olhar o paciente todo’.

“Tudo faz parte, desde o nosso trabalho, que a gente trabalha como a enfermagem, no auxílio da queimadura, até a higiene bucal; principalmente isso. Tudo faz parte da higiene, não só no corpo, mas sim também a boca, o nariz, os olhos tudo é somado a higiene, a limpeza”.

b) proporcionar conforto ao paciente:

“Acho que fazem parte também do meu trabalho, os cuidados com a higiene bucal do paciente, pois isso, faz parte do conforto e nós temos que dar conforto e boa higiene para eles”.

[...] a higiene bucal é necessário para todos, não é só a criança, o acompanhante, nós em si temos que fazer essa parte. Acho que nessa parte aí o auxiliar tem sim que ajudar o paciente a fazer sua higiene bucal” .;

c) o funcionário como “porta voz”:

[...] primeiro, eu que acho assim nós, somos porta voz, somos funcionários que estamos aqui atuando no setor, então nós temos que administrar essa medicação (a clorexidina no caso), e orientar muitas vezes, pois somos nós que ficamos sós aqui, nós e o paciente, e às vezes é o único contato que tem”.

5.3 Sentimento dos funcionários quando orientam os pacientes e seus pais/acompanhantes

Em relação à percepção dos entrevistados, quanto aos seus sentimentos sobre a orientação dos pacientes e responsáveis, a maioria percebe como algo positivo, gostam de orientar, sentem-se importantes e realizados. Apenas um entrevistado sente-se normal, está unicamente realizando sua função.

A este respeito, observa-se o aparecimento de subcategorias caracterizando a presença de diferentes sentimentos.

5.3.1 Realização profissional:

“Sinto-me realizada porque se o pai entendeu como e porque ele deve fazer [...] é a sensação (realização) que eu sinto quando o pai entende o que a gente explica”.

“Eu me sinto bem, eu gosto de orientar, eu gosto de conversar com elas, e gosto que elas sintam que tem que tá por dentro”.

“Eu me sinto super bem porque eu tenho uma certa facilidade em me relacionar com a criança, com o pai, a mãe, ou com o acompanhante, então não existe constrangimento nessa parte e também a gente não encontra barreira nessa forma da gente se comunicar, chegar até o acompanhante e fazer todas essas considerações, inclusive de saúde bucal.”

“Acho que bem, porque a gente sabe que é mais uma maneira de ajudar a criança no geral dela, pois ela já está em um estado bem crítico, bem debilitado, e os dentes são importantíssimos. É fundamental”.

“Ah! Eu gosto de orientar. Eu acho que não só o gostar, mas a gente precisa orientar, a gente está aqui para isso; não só para cuidar das crianças, mas para orientar o que precisa fazer o que não pode fazer. É bom, eu gosto”.

“Eu me sinto importante porque aquilo ali faz parte do meu trabalho, agora eu não me sentiria importante, não faria parte do meu trabalho, por exemplo, se a criança internasse aqui e eu não falasse nada para o pai, não orientasse nada. Se eu chegasse para o pai e dissesse: ‘Pai você tem que ele escovar os dentes da criança’, e se ele dissesse pra mim: ‘Ah! Eu não vou escovar’, e eu respondesse: ‘Ah! Então tá bom, já que o senhor não que escovar então não escova’. Isso aí para mim não seria importante, o importante para mim, será eu incentivar ele a fazer aquilo (higiene bucal), qualquer coisa que seja”.

5.3.2 Responsabilidade profissional:

“Todo o nosso trabalho a gente faz com uma certa responsabilidade, colocando a importância naquilo que é feito, e para que tudo saia da melhor maneira possível, tanto essa parte com o cuidado com a saúde bucal, quanto todo o trabalho que envolve a nossa parte em relação os cuidados com o paciente de modo geral”

5.4 Sugestões dos entrevistados para transmitir informações de higiene bucal para pacientes, pais/acompanhantes

Ao serem questionados a respeito de sugestões para transmitir informações sobre higiene bucal aos pacientes e seus acompanhantes, a maioria dos entrevistados sugeriu a apresentação de vídeos e de palestras durante as reuniões semanais que ocorrem como rotina na unidade de queimados. Outras sugestões

como programas contínuos e de reforço constante foram também abordadas, além de determinar rotinas e horários para a realização da higiene bucal.

5.4.1 Apresentações de vídeos:

“Vídeos, aulas de vídeos porque nada melhor, aqui tem uma sala apropriada, e vídeo e televisão [...] nada seria melhor [...] uma aula de informações para os pais, de conscientização, isso é muito importante não só lá falar, mas eles verem o que acontece com pacientes assim debilitados”.

“Acho que vídeos, agora nós temos televisão e vídeo na salinha, palestras com os pais e com as crianças maiores. Passar informações sobre como fazer a higiene bucal e porque realizá-la, ilustrando com figuras, acho que seria interessante”.

“[...] passar uns vídeos sobre orientação mesmo, porque tem muita criança que tem medo de dentista e isso é natural, muito comum o trauma. Principalmente aqui no queimados que é um pessoal mais carente, mostrar o trabalho odontológico, orientar os pais para quando eles forem embora procurar um posto de saúde mesmo com dificuldade, mas que é muito importante para eles a continuação da escovação em casa”.

“Devíamos falar mais sobre a higiene bucal, ter vídeo, isso seria muito bom, porque nós temos aqui na unidade vídeo; poderia ter uma fita”.

5.4.2 Palestras e explicações para os funcionários, pacientes e pais:

“Receber informações sobre higiene bucal, porque se entra paciente novo e você não está a gente, pode orientar”.

“Eu acho que uma explicação, um folheto, uma coisa que a gente possa passar melhor para mãe, sabe orientar melhor”.

“Nas reuniões, acho que uma vez por semana com os pais e nessa reunião poderia passar para os pais a importância de escovar os dentes com esse produto”.

“No meu ponto de vista, como tem as reuniões semanais com as mães eu acho que aproveitar essas reuniões e frisar a importância, nessas reuniões que eram feitas semanalmente Então acho que nas reuniões semanalmente que eram feitas colocar a importância de realizar a higiene bucal”.

“Acho que, se em uma tarde, pegar os pais e as crianças maiores e ensinar como escovar, mostrar para a criança já ir se acostumando e perder aquele medo”.

“Pegar os pais nos dias de reunião, colocar eles ali na salinha passar sobre a higiene bucal, o que precisa para ter a cárie, o que acontece quando o dente fica podre, falar da higiene, do mau hálito. Todas essas coisas simples para eles verem que é tão fácil cuidar desde o início, desde a alimentação até a escovação, até a fase adulta, até quando ficar velhinho”.

5.4.3 Continuidade e reforço nas orientações e atividades de higiene bucal:

“É como eu coloquei para você [...] é preciso sempre dar um toque para eles, até que uma hora a gente vai realmente colocando que isso é importante [...] aquela coisa que você fala e que o povo esquece. O reforço é fundamental, é fundamental reforçar”.

"[...] o queimado hoje está sendo um setor super importante, o queimado tem psicologia, dentista, professora, isso é uma evolução, isso que está acontecendo hoje eu penso que não devem ficar só no papo ou no papel, elas tem que ser contínuas".

"Eu acho tem que ter uma continuidade tem que ser todos os dias".

Durante a análise dos dados emergiram novas categorias inesperadas e importantes como o aspecto do sofrimento apresentado pelo funcionário que assiste ao paciente queimado, internado nesta unidade, o aspecto sócio-econômico-cultural dos pacientes que sofrem queimaduras e o sentimento de culpa apresentado pelos pais das crianças queimadas, ambos segundo a percepção dos entrevistados.

5.5O sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados

Este aspecto do sofrimento é relevante, pois, pode estar presente de uma forma ou de outra em todos os funcionários, tornando assim mais árduo o trabalho e desfavorecendo a percepção da higiene bucal, considerando todo o contexto vivido na unidade de queimados.

"[...] quando eu oriento esses pais, eu me coloco no lugar daquele pai, eu fico pensando assim: - Meu Deus, esta criança está assim queimada, sofrendo com dor, isso poderia acontecer até comigo, poderia ser meu filho. Nesse ponto eu me sinto muito sensibilizada de ver essas crianças assim queimadas, e que eu vejo que os pais estão ali, sofrendo e a criança sofrendo junto, então meu coração fica partido".

"[...] antes eu chorava tanto, cada criança que chegava aqui, eu sentia com o coração tão dolorido, eu chorava [...] chorava tanto, que eu dizia: meu Deus, eu tenho que ser forte, porque eu tenho que dar força para essa mãe e não posso me derreter assim, chorar na frente deles."

5.6 O aspecto sócio-econômico-cultural que envolve o paciente queimado

Foi salientado por todos os entrevistados que fatores sociais, econômicos e culturais estão envolvidos tanto na etiologia das queimaduras como nos hábitos de higiene bucal.

"[...] a gente vê que o nível social e cultural da maioria dos pacientes que internam aqui é mais baixo [...]"

"[...] tem dentes estragados [...] são pessoas do interior, que não tem tanta higiene, tem higiene talvez do corpo, mas a boca eles não dão tanta importância [...] acho que devido à dificuldade de encontrar dentistas, porque são caros [...] essa coisa toda de pegar pelo SUS demora [...] demora [...]"

"[...] principalmente aqui nos queimados que é um pessoal mais carente, mostrar o trabalho odontológico, orientar os pais para quando eles forem embora procurarem postos de saúde, mesmo com dificuldade".

"[...] as crianças que vêm queimadas são bem carentes, os pais às vezes não tem estudo, apesar de muita gente sem estudo saber o que é certo ou errado".

Outra colocação relevante diz respeito ao fato das crianças ficarem em casa sozinhas, sem um adulto responsável, devido à falta de tempo e obrigações que os pais têm.

[...] os pais não têm tempo de ficar em casa orientando os filhos sobre higiene bucal, porque as pessoas realmente não têm tempo [...] a vida é uma turbulência, a gente vive assim, que não tem tempo [...] por isso que às vezes as crianças se queimam, porque o pai não estava em casa, estava trabalhando e deixou o guri de dez anos cuidando de outros menores, às vezes um de dois cuida de um bebê [...].

5.7 O sentimento de culpa apresentado pelos pais, segundo percepção do entrevistados

A percepção dos funcionários quanto ao sentimento de culpa dos pais manifestou-se através e colocações como as que seguem:

[...] o pai quando tem o filho queimado ele se sente um pouco culpado, então a mãe e o pai podem estar pensando: 'Meu filho agora está agora nesta situação, eu estou escovando os dentinhos dele, porque ele necessita da minha ajuda, numa situação que não foi criada por mim, mas que aconteceu' [...].

"Acho que os pais pensam: 'Estou preocupado com a queimadura do meu filho não com a boca dele agora' [...] porque existe assim, na maioria dos casos da criança internada, um sentimento de culpa dos pais, então eles querem ver logo o resultado da queimadura, então eles acham que o problema dos dentes é o de menos [...] ' vamos primeiro curar a queimadura!' [...] nesses momentos eles não estão preocupados com a escovação".

6 DISCUSSÃO

Neste capítulo do trabalho, serão discutidos os dados analisados, em seus tópicos emergentes e categorias correspondentes, com base na literatura e nas descrições dos entrevistados. Buscando neste momento a realização da análise reflexiva e intuitiva dos dados obtidos, resgatando os objetivos e pressupostos da pesquisa.

De acordo com Dawes; Jenkins; Tonge, (1963), placa bacteriana é uma massa mole e aderente formada por bactérias, que se deposita continuamente sobre as superfícies dentárias, não sendo removida por bochechos com água, ou a mastigação de alimentos. A presença de microrganismos na cavidade bucal está relacionada com a etiologia da placa bacteriana e conseqüentemente, com as doenças bucais (BUISCHI; AXELSSON, 1997).

A placa bacteriana é caracterizada como fator determinante das principais doenças bucais (cárie e doença periodontal), sendo a higiene bucal essencial para a prevenção dessas doenças. A remoção da placa bacteriana pode ocorrer através de meios mecânicos (escovação e fio dental) e químico (soluções antimicrobianas) (BUISCHI; AXELSSON, 1997).

Quando os entrevistados citavam que a higiene bucal é importante para evitar infecções, observou-se uma distinção entre as infecções locais, caracterizadas pela cárie dentária e a infecção geral relacionada com o comprometimento da saúde geral, devido aos microrganismos provenientes da cavidade bucal. Salienta-se que, embora a higiene bucal tenha sido considerada importante, durante o período de observação realizado pelo pesquisador poucas vezes foi constatada a realização da higiene bucal nos pacientes.

O aspecto da infecção local, ou seja, da cárie dentária, foi destacado por alguns entrevistados, principalmente no que se refere à presença de lesões evidentes de cárie. O aspecto de dente com lesões de cárie, chama atenção dos entrevistados, tanto por ser foco de infecção como pelo fator estético.

“As crianças ficam aqui um mês, dois e se não tiver um cuidado nos dentes, uma higiene legal, os dentinhos também vão pro pau”, aqui fica evidente que se não escovarem os dentes os mesmos irão estragar.

Pode-se dizer que a presença de lesões de cárie é uma forma dos funcionários lembrarem que é necessário realizar a higiene bucal do paciente internado na unidade de queimados. A preocupação com a saúde bucal parece ser maior quanto menor é a criança, sugerindo que a doença cárie faz parte do desenvolvimento normal de uma criança, ou seja, observou-se que para os entrevistados é normal que crianças venham a desenvolver a doença cárie no decorrer de sua vida, porém, se surpreendem quando a doença acomete crianças muito jovens, ou seja bebês.

Quando a importância da higiene bucal foi relacionada com infecção geral, observou-se que existe uma vaga noção de alguns entrevistados em relação a esse aspecto. Alguns entrevistados disseram que é importantíssimo realizar a higiene bucal, porque é a boca uma área que está bem exposta, sendo que a higiene bucal evitaria que a criança tivesse mais problemas; além de salientar a rotatividade de pessoas na unidade de queimados, mesmo não sendo permitido visitas. Percebe-se com isso uma preocupação com a propagação de infecções decorrentes da cavidade bucal no paciente queimado. Embora seja bem documentado na literatura que a cavidade bucal pode servir como porta de entrada para infecções sistêmicas (HEIMDAHL et al., 1989); e que a presença de infecção periodontal ou periapical

pode produzir bacteremia (BARCO, 1991), como esse processo ocorre parece não estar claro para os entrevistados.

Segundo revisão da literatura pesquisada pelo autor, apenas um estudo relacionando cárie dentária e paciente queimado foi encontrado na literatura, revelando a pouca atenção dispensada à saúde bucal dos pacientes que sofrem queimaduras, concluindo que crianças com queimaduras de esôfago apresentam alto risco à cárie dentária e por esta razão é aconselhada higiene bucal visando controlar a placa bacteriana, além de tratamentos odontológicos para as crianças com a doença cárie instalada (ONCAG; ALPOZ; ERONAT, 2000). Embora o referido estudo seja direcionado apenas à crianças com queimaduras esofágicas, serve de um alerta para as necessidades de higiene bucal no paciente queimado de modo geral.

Um novo enfoque para a necessidade da higiene bucal, em pacientes que sofreram queimaduras, refere-se a realização da alimentação por via parenteral, que não é rara, nesses pacientes.

No caso dos pacientes mais graves, o grande queimado, outros fatores podem interferir na higiene bucal, como a utilização de sonda nasोजejunal. Esses pacientes não se alimentam pela via oral, ficando por vezes alguns dias sem ingerir alimentos, o que segundo os funcionários, deixa as crianças nessas condições com mau hálito, o que pode e deve ser sanado com a realização da higiene bucal através da escovação ou com o uso de anti-sépticos bucais. Citam-se como exemplos: “[...] o mau hálito que eles tem, é aquela coisa desagradável”; “[...] é tão bom ter a higienezinha, não ficar com mau hálito de manhã”; “[...] tem muita criança que já tem aquele odor na boquinha, eles são pequeninos, mas já tem aquele odor porque não tem a escovação certa, não fazem a escovação diariamente como tem que fazer,

três vezes ao dia”. Afirmações como escovar os dentes três vezes ao dia, escovar os dentes sempre após as refeições, entre outras, já fazem parte do senso comum. Mas a frequência da higiene bucal não é tão relevante quanto à qualidade da mesma, ou seja, a quantidade de placa bacteriana foi removida (BELLINI; ARNEBERG; FEHR, 1981).

Os pacientes queimados apresentam muitas vezes dificuldade de realizar a higiene bucal, sendo que orientá-los a realizar a higiene com alta frequência, não está indicado. Tem-se que pensar em métodos que sejam efetivos na remoção da placa bacteriana e que não sejam um transtorno ao paciente queimado. Segundo Maltz (1996) seria interessante pelo menos duas ocasiões diárias para se realizar o controle de placa (higiene bucal efetiva).

Outra situação comum aos pacientes queimados é a necessidade de anestesia geral, e nestes casos, é preciso que os mesmos permaneçam em jejum, o que também, segundo os entrevistados, causa mau hálito nas crianças internadas.

Esta preocupação com o mau hálito revelou que a higiene bucal, para alguns entrevistados, é importante principalmente para melhorar o hálito, ressaltando sua preocupação com crianças pequenas. Considerando esta questão, seria interessante que os produtos utilizados para a realização da higiene bucal desses pacientes tenham também a função de melhorar o odor da cavidade bucal.

Observou-se que a dieta dos pacientes queimados era rica em carboidratos e servida em alta frequência, e salienta-se que esta questão não foi comentada pelos entrevistados. Esse fato favorece o acúmulo de placa bacteriana e de microrganismos, responsáveis pelas principais doenças bucais. Parece que a relação entre alimentação e cárie dentária não está clara para os entrevistados, que

assim como a maioria das pessoas considera que apenas alimentos doces podem causar cárie dentária.

O aspecto da transmissão de microrganismos dos familiares e funcionários também foi abordado quando um entrevistado falou: “[...] eles são crianças então você passa teus bichinhos para eles”. Isso mostra que alguns têm o conhecimento da transmissibilidade de microrganismos, levando a entender que a higiene bucal deve ser realizada não só pela criança queimada, mas por todos que estão em contato direto com a mesma.

Uma característica relevante do quadro apresentado pelo paciente queimado é um estado de imunossupressão decorrente da própria queimadura, o que favorece a ocorrência de infecções, principalmente em crianças jovens, com lesões mais extensas e profundas (DEMLING; WAY, 1993).

Os microrganismos causadores de infecções no paciente queimado são provenientes, na maioria das vezes, do próprio paciente (VINDENES; BJERKNES 1995). Isso faz com que os cuidados com a higiene geral desses pacientes devam ser ainda mais rigorosos. Na unidade de queimados os procedimentos de biossegurança são seriamente observados, assim como, a solicitação aos acompanhantes/pais a realização de cuidados relativos a sua própria higiene. O HIJG dispõe de local apropriado para refeições e realização de higiene pessoal para acompanhantes e, na unidade de queimados existem normas pré-estabelecidas que não permitem a entrada de alimentos, utensílios e roupas nos quartos.

Um outro aspecto salientado pelos entrevistados foi a realização da higiene bucal em função da estética. Evidenciado nestas citações: “A higiene bucal é muito importante porque é a saúde bucal [...] são os dentes [...] porque como a pessoa mais se apresenta é a boca, os dentes”; “[...] boa aparência também é importante, os

nossos dentes [...] é o cartão postal do nosso rosto, não adianta ter um rosto bonito, mas sim dentes bonitos, quando sorri [...]; “[...] para tudo, a gente fala com a boca e ela sempre está aberta, saindo palavras e os dentes têm que ser bonitos”.

Além do bem estar físico, existe uma preocupação com o aspecto emocional e a reintegração social do paciente. Segundo Russo (1976), mesmo com os avanços da cirurgia plástica reparadora, muitas deformidades não são corrigidas completamente, constituindo um empecilho no aprendizado profissional do indivíduo e sua integração na sociedade. Esse aspecto é bem trabalhado com o paciente queimado internado na unidade de queimados, através de assistência psicológica, visto que, as queimaduras além de danos imediatos causam seqüelas físicas e psicológicas no paciente e sua família, que permanecem por toda vida (KENT; KING; COCHRANE, 2000).

O relato dos entrevistados a respeito das crianças que internam com dentes estragados ou com piolhos, evidenciou o envolvimento da questão social. A higiene bucal é tão importante, quanto outros cuidados, como o tratamento para piolhos. Esse fato ficou evidente quando vários funcionários disseram que a higiene bucal é tão importantes quanto outros cuidados: *“Eu acho tudo de importante, porque higiene, não precisa nem estar queimado para a gente fazer a higiene. A gente mesmo tem que fazer todos os dias a higiene”*.

Durante o período de observação na unidade de queimados, notou-se que alguns pais apresentavam uma condição bucal desfavorável, através da visão direta quando de conversa com os mesmos, sem, no entanto, efetuar exame clínico. Quando sorriam, notava-se a falta de elementos dentais anteriores ou a presença de lesões extensas de cárie. Também foi observado o pedido de medicamentos para dor de origem dentária aos funcionários, evidenciando a necessidade de cuidados

relativos à saúde bucal nos pais ou acompanhantes das crianças queimadas internadas. A presença da doença cárie nos pais pode indicar tanto o desconhecimento em relação aos fatores que acarretam a doença, como o descaso com sua própria saúde. Provavelmente, quem não tem autocuidado, por desconhecimento ou por falta de motivação, também não saberá cuidar de outra pessoa.

Fatores biológicos, condições socioeconômicas, comportamentais, psicológicas e culturais, além do interesse dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos, devem ser consideradas, talvez assim seja possível alcançar uma efetiva mudança de atitude em relação à saúde bucal (CASTRO; TEIXEIRA; MODESTO, 2002).

Outro aspecto ressaltado foi a associação entre higiene bucal e o uso de antibióticos, manifestada pela preocupação de alguns entrevistados com a utilização do medicamento e sua relação com o desenvolvimento da cárie dentária. Embora esse fato seja um mito, constitui um motivo para que a higiene bucal seja realizada, sendo também um ponto a ser esclarecido posteriormente.

Deve ser também considerada a região atingida pela queimadura. Crianças que sofreram queimaduras na face, membros superiores e mãos, podem apresentar dificuldade na realização da higiene bucal em decorrência de deficiências motoras, como destacado por um entrevistado, quando diz:

“Olha pra mim a escovação deles, é uma coisa importantíssima, porque muitas vezes a gente tem que ajudar a criança a escovar os dentinhos, porque ela por si próprio não tem o hábito assim de escovar, então tem uma certa dificuldade, principalmente quando o paciente está com a área dos bracinhos ou a mão queimada”.

Pode-se esperar que grande parte das crianças queimada apresente dificuldades na realização da higiene bucal, tendo em vista a observação dos dados encontrados na literatura que citam os membros, superiores, mãos e face, como superfícies freqüentemente atingidas no trauma de queimadura (KENT; KING; COCHRANE, 2000, YING; HO, 2001).

Frente à situação da criança queimada, existe uma grande preocupação com o risco de morte do paciente e com as seqüelas que poderão ocorrer, é de se esperar com isso que tanto os pais como os funcionários estejam mais preocupados com os cuidados relacionados diretamente com a queimadura. É compreensível que pais e funcionários, muitas vezes esqueçam de realizar a higiene bucal da criança.

Segundo a percepção dos entrevistados, a higiene bucal é importante para alguns pais, sendo destacado que os pais que manifestam preocupação com a higiene bucal da criança são aqueles mais esclarecidos, que tem o hábito de realizar a higiene bucal em casa.

A percepção de que os pais consideram os funcionários competentes, por eles se preocuparem também com a higiene bucal do paciente. Considerou-se também, que muitos pais ficam atentos e preocupados e pensam que se for para o bem do seu filho, fazem tudo “certinho”.

Ainda em relação à percepção dos entrevistados quanto ao sentimento dos pais sobre a higiene bucal das crianças, surgiu um comentário interessante, diferente de todos: o entrevistado achava que os pais faziam a higiene bucal da criança com amor, como uma forma de compensar a criança por ela estar queimada.

Embora os entrevistados percebam a importância da higiene bucal, percebeu-se a existência de um discurso pronto a ser dito para o dentista, porém, na prática, esse discurso parece não estar sendo aplicado.

Os entrevistados perceberam também que alguns pais não se preocupam com a higiene bucal da criança, apontando aspectos como a falta de conhecimento, o fator sócio-econômico-cultural e a preocupação com a queimadura, como justificativas para a falta de interesse com a higiene bucal das crianças.

O baixo poder sócio-econômico-cultural também pode favorecer a falta de cuidados com a higiene bucal das crianças queimadas. Como salientado na literatura, o risco de queimaduras se agrava em famílias menos favorecidas (COSTA et al., 1994), sendo esperado que a maior parte dos pacientes internados na unidade de queimados faça parte desse grupo menos favorecido econômico e socialmente.

O comentário de um entrevistado sobre crianças pequenas, de 1 ou 2 anos de idade ficarem sob cuidados de irmãos mais velhos, com 5, 6, 10 anos, reflete essa realidade, onde os pais não conseguem cuidar adequadamente de seus filhos, facilitando a ocorrência de acidentes como queimaduras. Logo, se os pais são obrigados a enfrentar situações como essas, parece pouco provável que, para eles, a higiene bucal seja um fator importante, ou pelo menos um hábito rotineiro. Segundo relato do mesmo entrevistado:

“[...] os pais não têm tempo de ficar em casa orientando os filhos sobre higiene bucal, porque as pessoas realmente não têm tempo [...] a vida é uma turbulência, a gente vive assim, que não tem tempo [...] por isso que às vezes as crianças se queimam, porque o pai não estava em casa, estava trabalhando e deixou o guri de dez anos cuidando de outros menores [...]”.

Notou-se que os fatores sociais, econômicos e também culturais estão envolvidos na etiologia tanto da doença cárie como no trauma por queimadura, ressaltando que o problema que está sendo investigado é muito mais abrangente e difícil de ser resolvido.

A falta de preocupação com a higiene bucal, não considerando este procedimento como algo importante foi percebida pelos entrevistados, em alguns pais. Quando os entrevistados dizem: *“Têm mães que não são muito ligadas pelos filhos em relação ao hábito de escovar os dentinhos, nem todas as mães se preocupam com os dentes das crianças”*, enfatizam que a higiene bucal deve estar em terceiro plano para os pais. Outra citação interessante que reflete este aspecto é: *“Acho que o pai pensa: ‘Estou preocupado com a queimadura do meu filho, não com a boca dele agora’ [...] eu pelo menos vejo assim, porque existe na maioria dos casos da criança internada, um sentimento de culpa dos pais, então eles querem ver logo o resultado da queimadura, eles acham que o problema dos dentes é o de menos. ‘Vamos primeiro curar a queimadura’ [...] nesse momento eles não estão preocupados com a escovação”*.

Outro entrevistado falou que os pais reclamam, que não é preciso realizar a higiene bucal. Relatos como o que segue, também indicam uma falta de cuidado dos pais com sua própria higiene bucal.

“Tem mãe, pai que não escovam os dentes, a gente logo vê quando eles não escovam os dentes. Tem dentes estragados, são mais pessoas do interior, que não tem tanta higiene, tem higiene talvez do corpo, mas a boca eles não dão tanta importância”.

Quando se questionou se a enfermagem tem alguma atribuição em relação à higiene bucal do paciente queimado, um entrevistado percebeu o serviço de enfermagem totalmente dissociado da odontologia, destacando que quem deve cuidar da higiene bucal é o dentista; embora a maioria tenha relacionado a higiene bucal como parte integrante da assistência geral ao paciente. Como o paciente deve ser tratado como um todo, a enfermagem pode e deve orientar e até mesmo, quando

necessário, realizar a higiene bucal de pacientes, principalmente quando estes estão com dificuldades para realizá-la sozinhos.

Como verificado na literatura, as crianças menores de 9 anos de idade devem ter sua higiene bucal supervisionada por um adulto e nas menores de 6 anos, a mesma deve ser realizada por alguém responsável (KRAMER; FELDENS; ROMANO, 1997), logo, se os pais não realizarem a higiene bucal das crianças, os funcionários da unidade poderão fazê-la.

Outro aspecto ressaltado é que o hábito da higiene bucal deveria ser adquirido em casa, sendo um hábito adquirido no ambiente familiar, como citado por alguns entrevistados: *“Eu acho que na verdade não é assim nosso dever, eu acho que isso ai já vem de casa, a criança já vem com aquele incentivo de escovar os dentes”*; e *“Determinados pais, a gente vê que estão habituados a fazer isso em casa, então para eles, isso é uma rotina, é norma”*.

A função de orientar os pacientes e seus pais sobre a higiene bucal também foi considerada como uma atribuição da enfermagem, sendo que o termo “porta-voz” foi utilizado, salientando que os pacientes e acompanhantes recebem informações provenientes principalmente dos funcionários da unidade.

A necessidade de confortar o paciente também ficou evidente, fato esse que revela o que se espera da equipe de enfermagem. A enfermagem não se restringe somente aos aspectos técnicos da assistência, de compreender uma abordagem que envolve diagnóstico, a terapêutica, a afetividade, a emoção, o lazer, e comunicação com os familiares (ROCHA et al., 1998).

A necessidade de o paciente ser tratado em sua totalidade foi abordada pela maioria dos entrevistados, evidenciando o aspecto de atenção geral, envolvendo fatores físicos, psíquicos e sociais, porém é questionado se a higiene bucal faz parte

desse universo. Ao se considerar as respostas, pode-se dizer que sim, embora não tenham sido abordados detalhes de como esse processo ocorre.

“[...] se ele está queimado e tem piolho, tem que tratar do piolho também, na boca a gente sabe que é interessante uma saúde bucal sem bactérias, também por isso que eu digo: ‘Saber fazer a higiene total, olhar o paciente todo’”.

Foi ressaltado que quando o paciente se interna deve ser tratado como um todo, reforçando que além da queimadura, foco principal da unidade, deve ser também realizada a limpeza da cabeça, higiene do rosto, nariz e boca, banhos e curativos.

Quando se buscou o sentimento dos entrevistados frente às orientações dispensadas aos pacientes e pais/acompanhantes, durante o tempo de permanência dos mesmos na unidade, os entrevistados manifestaram sentimentos como realização, e responsabilidade.

Os depoimentos dos entrevistados revelaram que, independente de estarem trabalhando em um local onde cenas tristes ocorrem diariamente, existe sempre a satisfação quando se faz o que gosta. Ficando claro esse aspecto, nas citações que seguem: *“Sinto-me realizada porque se o pai entendeu como e porque ele deve fazer [...] é a sensação [...] (realização) que eu sinto [...]”*; *“Ah! Eu gosto de orientar [...] eu acho que não só o gostar, mas a gente precisa orientar [...] a gente está aqui para isso; não só para cuidar das crianças, mas para orientar o que precisa fazer, o que não pode fazer”*.

Durante o período de observação da unidade de queimados notou-se o carinho com que os funcionários tratavam os pacientes e como se preocupavam com o bem estar dos pais/acompanhantes, mesmo em momentos de grande

estresse, como durante as trocas dos curativos, revelando que realmente gostam do trabalho que realizam.

Quando foi necessário o esclarecimento de dúvidas sobre a unidade de queimados, todos falavam orgulhosos sobre seu lugar de trabalho; fazendo com que o pesquisador apresentasse também um sentimento agradável quando freqüentava a unidade. Também se conseguiu manter uma relação de cordialidade e de amizade com alguns funcionários, fato esse que facilitou o acesso aos entrevistados para a realização da pesquisa.

Foram feitas várias sugestões para transmitir informações sobre higiene bucal, sendo que a maioria dos entrevistados sugeriu passar fitas de vídeos. Esse fato pode ter sido influenciado pela recente aquisição de um televisor e um vídeo cassete pela unidade de queimados. Entretanto foi uma sugestão bem interessante, na medida em que se ressalta a importância de ver e ouvir simultaneamente, o que facilitaria a assimilação das informações.

Quando sugeriram explicações e palestras, foi interessante que os próprios funcionários solicitaram mais informações sobre o tema higiene bucal, para que pudessem repassar esses conhecimentos com maior segurança e precisão. A preocupação com atividades que apresentem continuidade e reforço constante também foi manifestada.

É importante lembrar que a falta de informações ou equívocos quanto à etiologia, forma de prevenção e, tratamento da doença cárie pode levar a resultados negativos, comprometendo ações educativas e preventivas (REISINE; DOUGLAS, 1998). Sendo assim, são importantes as sugestões dos entrevistados quando buscam mais esclarecimentos.

A participação dos pais é fundamental no processo de conscientização da necessidade de realizar a higiene bucal, sendo que a sugestão de palestras nas reuniões semanais com os pais, mostra que essa também é uma preocupação dos entrevistados. Eles percebem que os pais precisam de mais informações, pois desconhecem, ou não tem hábito de aplicar os conhecimentos que receberam, pois Castro; Teixeira; Modesto (2002) consideram que o interesse dos pais a respeito da saúde bucal de seus filhos é fundamental para uma mudança de atitude em relação à saúde bucal.

A motivação dos funcionários, pais e pacientes é essencial, porque de acordo com Saiani; Kanaan (2001), as técnicas de controle de placa bacteriana são consideradas difíceis, exigindo tempo e destreza. Essa motivação pode ser iniciada nas palestras, explicações e também através da apresentação de vídeos, que devem ser realizadas de maneira contínua, reforçando sempre a importância das informações dispensadas.

Neste tipo de pesquisa é possível analisar dados que primariamente não se esperava encontrar, esse fato significa que, com a pesquisa qualitativa abrem-se novos horizontes, que podem se revelar muito importantes para serem explorados. Nesta pesquisa emergiram três pontos distintos: o sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados, o aspecto sócio-econômico-cultural que envolve o paciente queimado e o sentimento de culpa apresentado pelos pais, segundo a percepção dos entrevistados.

Embora o aspecto do sofrimento do funcionário que atua na unidade de queimados tenha sido abordado por apenas um dos entrevistado, julgou-se de extrema importância descrevê-lo e analisá-lo. Notou-se, no momento da entrevista, que o funcionário relatou o sofrimento que pode ocorrer frente à situação do

paciente queimado, com um semblante de angústia, como se estivesse lembrando fatos que lhe causaram sofrimento. Seu depoimento marcante produziu no pesquisador uma certa emoção, que não havia ocorrido em nenhuma outra entrevista.

A questão de sofrimento, de ter que conviver com situações tristes, com crianças queimadas e pais sofrendo, sem perspectiva de tempo de recuperação, a probabilidade de seqüelas e preocupações com a dor que o paciente sente, é rotina na unidade de queimados. Conseqüentemente, com tantas preocupações relevantes e que trazem tantas angústias, será que realmente os pacientes, seus pais e até mesmo os funcionários param para pensar na higiene bucal? Provavelmente não. Porém, se a higiene bucal fosse um hábito estabelecido, em nada interferiria no processo de internação do paciente, ou não seria algo que atrapalhasse pais ou funcionários.

O fator sócio-econômico-cultural que envolve o paciente queimado foi de uma maneira ou de outra, abordado por todos os entrevistados, relacionado principalmente à falta de preocupação com a higiene bucal. Foi citado nas entrevistas que a maioria dos pacientes não apresentam determinados conhecimentos e hábitos devido também à falta de cultura. A necessidade que faz os pais trabalharem fora e não terem com quem deixar os filhos, de morarem em lugares inadequados, sem infra-estrutura facilita a ocorrência de acidentes como as queimaduras. O que é compatível com a literatura, onde se coloca que a freqüência das queimaduras se deve principalmente e a três fatores: econômico, material e humano (RUSSO, 1976).

Geralmente as pessoas economicamente menos favorecidas vivem em casas com poucos e pequenos cômodos e com grande número de moradores.

Conseqüentemente, as mães quando ficam em casa mantêm seus filhos na cozinha, pela facilidade de cuidá-los. A cozinha é o local onde ocorre a maior parte dos acidentes de queimaduras em crianças mais jovens, que geralmente se queimam com alimentos aquecidos (sopas, mingaus, leite, café, água) (RUSSO, 1976).

O fator material se caracteriza pelo defeito de alguns equipamentos e utensílios utilizado na produção e uso de calor doméstico, além de defeitos de tubulações a gás e rede elétrica. Porém, o principal fator é o humano. Nas crianças, a impaciência e curiosidade típicas da idade aliadas a falta de discernimento e medo de maioria delas, somadas à falta de cuidados por um adulto responsável, causa vários acidentes com queimaduras (RUSSO, 1976).

Durante o período de observação na unidade de queimados, o pesquisador pode constatar a veracidade destes fatos, ao ouvir as histórias dos pacientes e de como haviam se queimado. Observando o fator sócio-econômico-cultural, fica de certa maneira compreensível a falta de cuidados com a higiene bucal do paciente queimado. As pessoas que têm seus filhos internados na unidade de queimados, na sua maioria não têm conhecimento sobre saúde bucal, conseqüentemente, apresentam problemas relacionados com a mesma. Como fazer com que pais se preocupem com os dentes dos filhos, principalmente, quando a criança se encontra hospitalizada? Se forem considerados os fatores envolvidos, para eles isso não é importante, as preocupações são com o emprego que não estão podendo freqüentar, os outros filhos que ficara em casa, a falta de dinheiro entre outras.

Associado ao problema social, ressalta-se a questão da culpa sentida pelos pais, segundo a percepção dos funcionários. Embora, na maioria dos casos, os pais não tenham sido diretamente responsáveis pela queimadura do filho, segundo os funcionários, pais sempre sentem culpa. A citação de um entrevistado evidencia

esse aspecto: “[...] o pai, quando tem o filho queimado, ele se sente um pouco culpado [...]”; o entrevistado imagina que o pai pense assim: ‘ Meu filho agora está nesta situação, eu estou escovando os dentinhos dele, porque ele necessita da minha ajuda, numa situação que não foi criada por mim, mas que aconteceu’.

Outro entrevistado citou que existe, na maioria dos casos da criança internada nesta unidade, um sentimento de culpa dos pais, então eles querem ver logo o resultado do tratamento da queimadura, não se importando com o problema dos dentes, que é o “de menos”. Esse aspecto também foi observado pelo pesquisador, quando conversava com os pais, que procuravam encontrar explicações para o acidente acontecido com seus filhos, e na maioria das vezes, achavam que poderia ter sido evitado, de uma maneira ou de outra. Em alguns casos, os pais nem mesmo sabiam como o acidente tinha ocorrido.

Constata-se, com base na análise desses dados, a dificuldade de conseguir mobilizar os funcionários para os cuidados com a higiene bucal de crianças, quando estão passando por momentos ímpares e estressantes devido o estado em que se encontram.

Apesar da complexidade de se buscar conhecer percepções de indivíduos e analisá-las, a realização deste trabalho revelou-se muito enriquecedora, abrindo caminho para muitas reflexões e questionamentos, que poderão ser pesquisados.

7 REFLEXÕES FINAIS

Considerando os pressupostos estabelecidos no início desta pesquisa, procurou-se, no desenvolvimento do trabalho, relacioná-los com os dados que foram aparecendo.

A utilização da metodologia qualitativa, guiada através do princípio da abordagem Holístico-Ecológico, permitiu que os objetivos fossem alcançados; enquanto que, se um método quantitativo fosse utilizado, não seria possível apresentar toda a riqueza dos dados que emergiram.

Com a metodologia qualitativa, observaram-se nuances que encantaram o pesquisador, pois salientaram o lado humano, os aspectos pessoais e principalmente o desenvolvimento de uma inter-relação com os sujeitos que compuseram a amostra da pesquisa, de uma maneira muito próxima, tornando o trabalho prazeroso e instigante.

As dificuldades encontradas durante a coleta dos dados e durante o processo de análise, serviram para estimular ainda mais o estudo da metodologia qualitativa. Em relação aos dados que emergiram, tentou-se explorar os mais significantes e relacionados aos objetivos propostos no início da pesquisa, tendo em vista a impossibilidade de esgotar todos os aspectos relacionados com o assunto abordado.

Dos temas explorados, os que foram considerados mais importantes são: o aspecto sócio-econômico-cultural que envolve o paciente queimado, juntamente com a percepção que os funcionários têm sobre a higiene bucal. Qualquer projeto a ser desenvolvido nesta unidade deve levar em consideração estes fatores conjugados, pois se acredita serem indissociáveis.

Tendo em vista que os funcionários percebem a higiene bucal como um procedimento importante e indispensável, falta talvez estimulá-los para que o façam como rotina na unidade de queimados. Também, faz-se necessária uma maior atenção aos pais que acompanham as crianças para que participem efetivamente dos cuidados com a criança.

Acredita-se que esta tarefa não seja fácil de ser realizada, porém, um primeiro passo foi dado, ao esclarecer pontos fundamentais na percepção dos funcionários, destacando-se a falta de informações sobre higiene bucal, o aspecto sócio-econômico-cultural das famílias que internam na unidade, o mau hálito apresentado pelas crianças internadas, entre outros. Como citado na discussão, esses fatores são complexos quando considerados integrados, sendo que não é possível dissociá-los. Deve-se buscar então, trabalhar em conjunto com a equipe que ali atua, para identificar as melhores estratégias, buscando instituir o hábito de higiene bucal nos pacientes internados nesta unidade de queimados.

As sugestões apresentadas a seguir surgiram da observação de fatos ocorridos e da discussão dos aspectos abordados pelos entrevistados, e relacionados com o conhecimento adquirido pela análise da literatura:

- a) determinação de horários para realização da higiene bucal dos pacientes internados;
- b) inclusão de soluções antimicrobianas contendo sabor e aroma, para incentivar a utilização pelos pacientes, e melhorar o odor da cavidade bucal;
- c) treinamento dos funcionários sobre técnicas de higiene bucal para crianças em diferentes idades e limitações;

- d) inclusão da unidade de queimados em um programa de prevenção em saúde bucal, orientado por um cirurgião dentista;
- e) elaboração de folhetos explicativos sobre etiologia, prevenção e controle das principais doenças bucais;
- f) realização de palestras para pacientes, pais/ acompanhantes sobre o tema higiene bucal;
- g) confecção de painel com informações sobre escovação dentária, uso de fio dental, para que fique exposto na unidade;
- h) realização de outras pesquisas utilizando metodologias qualitativas, buscando conhecer como os pais percebem a higiene bucal das crianças.

Espera-se que estas sugestões contribuam com os trabalhos realizados na unidade de queimados do HIJG, melhorando conseqüentemente, a qualidade de vida das pessoas que em algum momento, venham a freqüentar esta unidade.

REFERÊNCIA²

ABRAMOVICI, S.; SOUZA, R.L. Abordagem em crianças politraumatizadas. **J Pediatr.** Rio de Janeiro, v.75, supl.2, p.268-278. 1999.

BARCO, C.T. Prevention of infective endocarditis: review of the medical and dental literature. **J. Periodontol.**, Chicago, v.62, p.510-523, 1991.

BELLINI, H.T.; ARNEBERG, P.; FEHR, F. vnder. Oral Hygiene and caries. **Acta. Odontol. Scand.**, Oslo, v.39, p.257-263. 1981.

BUISCHI, Y.P.; AXELSSON, P. Controle mecânico da placa dental realizado pelo paciente. In: KRIGER, L (Coord.). **Promoção de saúde bucal.** São Paulo: Artes Médicas, 1997. 475p. Cap.6. p.113-127.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital:** uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CASTRO, L.A.; TEIXEIRA, D.L.S.; MODESTO, A. A influência do perfil materno na saúde bucal da criança: relato de caso. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê.**, Curitiba, v.5, n.23, p.70-74, jan. /fev. 2002.

COSTA, D.M. et al. Estudo retrospectivo de queimaduras na infância e adolescência. **Rev. Méd. Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.4, n.2, p.102-104, abr. /jun. 1994.

COSTA, E.M.M.B. et al. Projeto odontologia médica: conhecimentos e práticas de saúde bucal para crianças hospitalizadas. **R. Cent. Est. Fac. Odontologia UERJ**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.59-63, 2000.

DAWES, C.; JENKINS, G.N.; TONGE, C.H. The nomenclature of the integuments of the enamel surface of the teeth. **Br. Dent. J.**, London, v. 115, p.65-68, July. 1963.

DELMING, R.H.; WAY, L.W. Queimaduras e outras lesões térmicas. In: WAY, L.W. (Ed). **Cirurgia diagnóstico e tratamento.** 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 959p. p.170-180.

GOMES, D.R.; SERRA, M.C.; MACIEIRA, L.Jr. (Ed). **Condutas atuais em queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter. 2001. 158p. p.1-3.

GOMES, D.R.; SERRA, M.C.; PELLON, M.A. (Ed). **Queimaduras**. Rio de Janeiro: Revinter.1995. 305p.

GROSSEMAN, S. **Satisfação com o trabalho**: do desejo à realidade de ser médico. 2001. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Pós-Graduação e Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

HAGUETE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 224p. cap. 8 –10, p. 86-105.

HEIMDAHL, A. et al. The oral cavity as a port of entry for early infections in patients treated with bone marrow transplantation. **Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.**, St. Louis, v.68, p.711-716, Dec.1989.

KENT, L.; KING, H.; COCHRANE, R. Maternal and child psychological sequelae in paediatric burn injuries. **Burns.**, Oxford, v.26, n.4, p.317-322, June, 2000.

KRAMER, P.F.; FELDENS, C.A.; ROMANO, A.R. **Tratamento não invasivo**. In: _____ . Promoção de saúde bucal em odontopediatria: diagnóstico, prevenção e tratamento da cárie oclusal. São Paulo: Artes Médicas. 1997,144p. Cap.6. p.89-128.

LEAL, M. Análise de 573 crianças com queimaduras internadas no hospital Infantil Joana de Gusmão- Florianópolis- SC. 2001.41f. Monografia (Trabalho de conclusão de curso)- Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Medicina. Florianópolis.

LIMA, R.A.G. et al. Assistência al niño hospitalizado em el Brasil: reflexiones acerca de la participación de los padres. In: **CONFERÊNCIA DE ENFERMARIA FAMILIAR** 4, 1997, Valdívía. Resumos... Valdívía, 1997.

LUND, C.C.; BROWNDER, N.C. Skin estimation of burns. **Surg. Ginecol, Obstetri.** v. 69, p.352-360, 1944.

MALTZ, M. Prevenção das doenças cárie e periodontal. In: TOLEDO, O. A. **Odontopediatria**: fundamentos para prática clínica. 2.ed. São Paulo: Premier. 1996. 344p. Cap.6.

MAYAN, M.J. Una introducción a los métodos qualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. 2001. Qual Institute Press.. Disponível em: <<http://www.ualborta.ca/~iigm//pdfs/introduccion.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. Rio de Janeiro – HUCITEC, 1999. cap. 4, p.197-247.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Publ.**, Rio de Janeiro, v.3, n.9, p.239-348, 1993.

MINAYO, M.C.S (Org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 21.ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002. 80p. cap. 1, 3. p.9-29, 51-66.

MORSE, J.M. Qualitative inquiry is not systematic. **Qual. Health Res.**, v.9, n.5, p.573, 1999.

MORSE, J.M. Determining sample size. **Qual. Health Res.**, v. 10, n.1, p.3-5. Jan., 2000.

MOUSA, H.A.; AL-BADER, S.M. Yeast infection burns. **Mycoses**, Berlin, v.44, n.5, p.147-149. 2001.

ONCAG, O.; ALPOZ, A.R.; ERONAT, C. Salivary *Streptococcus mutans*, *Lactobacilli* levels and buffer capacity in children with esophageal burns. **J. Clin. Pediatr. Dent.**, Birmingham, v.24, n.2, p.147-151, Winter 2000.

PATRÍCIO, Z.M. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável**: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. 1995. 251f. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/ Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PATRÍCIO, Z.M.; CASAGRANDE, J.L.; ARAÚJO, M.F. (Org.). **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PEREIRA, M.S. et al. Assistência hospitalar ao paciente portador de queimaduras na perspectiva do controle de infecção: estudo de um caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.4, n.1, p.40-50, 2002. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 1 de julho de 2003.

REISINE, S.; DOUGLAS, J.M. Psychosocial and behavioral, issues in early childhood caries. **Community Dent. Oral Epidemiol.**, Copenhagen, v.26, p.32-44, 1998. Supplement 1.

RIVARA, F.P; AITKEN, M. Prevention injuries to children and adolescents. **Adv. Pediatr.**, Chicago, v.45, p.37-72, 1998.

ROCHA, S.M.M. et al. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. **Rev. latino am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.6, n.5, p.5-15. dez. 1998.

ROSSI, K.J. et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto, **Rev. Panam. Salud Publica.**, Washington, v.4 n.6, p.478-483, 1998.

RUSSO, A.C. **Tratamento das queimaduras**. 2 ed. São Paulo: Sarvier. 1976. 249p. Cap.1.

SAIANI, R.A.S.; KANAAN, D.D.M. Avaliação comparativa entre três métodos de motivação em relação à higiene bucal, aplicados em crianças de 7 e 8 anos de idade. **J. bras. Odontopediatr. Odontol. Bebe.**, Curitiba, v.4, n.20, p 298-303, 2001.

SELLTIZ, C et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: EPU, 1987, vol.1. cap. 1-4, 6. p. 1-56, 67-80.

THYLSTRUP, A.; FEJERSKOV, O. **Cariologia clínica**. 2.ed. São Paulo:Santos. 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa qualitativa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas. 1987. 175p.

VINDENES, H.; BJERKNESS, R. Microbial colonization of large wounds. **Burns**, Oxford, v.21, n.8, p.575-579, Dec., 1995.

YING, S.Y.; HO, W.S. Playing with fire – a significant cause of burn injury in children. **Burns**, Oxford, v.27, n.1, p.39-41, Feb., 2001.

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLÓGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Claudia de Abreu Busato e estou desenvolvendo a pesquisa “PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE QUEIMADOS EM RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL DOS INTERNADOS PACIENTE”, com o objetivo de conhecer a percepção dos funcionários que atuam nesta unidade, em relação à higiene bucal dos pacientes queimados. Este estudo é necessário porque permitirá futuramente, a elaboração um programa de higiene bucal para os pacientes queimados, contanto com a participação da equipe de saúde desta unidade, visando à melhoria da qualidade de vida desses pacientes. Será realizada uma entrevista individual com a utilização de aparelho gravador de áudio. Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato comigo, pelos telefones (048) 234 2903 ou (048) 331 9920, ou por e-mail cabusato@bol.com.br. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas nesse trabalho.

Pesquisador principal: Claudia de Abreu Busato

Assinatura:

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Bosco

Eu, _____, fui esclarecido sobre a pesquisa “PERCEPÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS DE UMA UNIDADE DE QUEIMADOS EM RELAÇÃO À HIGIENE BUCAL DOS PACIENTES INTERNADOS” e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, de _____ de 2003.

Assinatura: _____ R.G.: _____

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista nº: _____

_____ Encontro

Local: _____

Participante (codinome): _____

Data: _____

Hora: _____

1. Características do sujeito

Sexo: _____

Idade: _____ anos

Data nascimento: _____

Procedência: _____

Estado civil: _____

Nº de filhos: _____

Formação profissional: _____

Tempo de formação: _____

Tempo que atua na unidade de queimados: _____

Locais de trabalho: _____

Horários e rotina de trabalho: _____

Questões norteadoras:

1. O que você pensa sobre a higiene bucal das crianças internadas nesta unidade?
2. O que você acha que seu o serviço tem a ver com a higiene bucal dos pacientes queimados?
3. O que você acha que os pais sentem quando fazem a higiene bucal das crianças?
4. O que você sente ou pensa em relação à orientação das crianças e dos pais quanto à higiene bucal?
5. O que você sugere para facilitar a passagem de informação sobre higiene bucal para os pais e para as crianças?

Gostaria de fazer algum comentário sobre a entrevista?

Ficha Catalográfica

Busato, Claudia de Abreu

Percepção dos funcionários de uma unidade de queimados em relação à higiene bucal dos pacientes internados. Florianópolis, 2003. 90p.

Dissertação (Mestrado em Odontologia. Área de concentração: Odontopediatria) – Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Odontologia.

1. Percepção da equipe de enfermagem 2. Higiene bucal 3. Criança queimada.