



Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas

**SUÉLEN MATARELI**

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BUCAIS EM PACIENTES  
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E DO NÍVEL DE  
INFORMAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS  
ORAIS**

BARRETOS

2011



Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas

**SUÉLEN MATARELI**

**AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS BUCAIS EM PACIENTES  
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E DO NÍVEL DE  
INFORMAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE OS CUIDADOS  
ORAIS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, para obtenção do título de Mestre em Periodontia.

Orientadora: Profa. Dra. Elizangela Partata Zuza

Co-Orientadora: Profa. Dra. Juliana Rico Pires

BARRETOS

2011

Matareli, Suélen.

Avaliação das características clínicas bucais em pacientes internados em unidade de terapia intensiva e do nível de informação da equipe de enfermagem sobre os cuidados orais / Suélen Matareli. – Barretos: [s.n.], 2011.

41 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos, Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas.

Orientadora: Profa. Dra. Elizangela Partata Zuza

1. Manifestações orais 2. Avaliação das necessidades  
3. Higiene oral 4. Conhecimento 5. Equipe de enfermagem  
I. Título

## **DADOS CURRICULARES**

### **SUÉLEN MATARELI**

Nascimento	05 de maio de 1987, São Paulo, Brasil
Filiação	Mauricio Matareli Zilda Buzeto Matareli
2005/2008	Curso de graduação em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Barretos - Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB).
2009/2011	Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas, área de concentração em Periodontia, Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos (UNIFEB).

## DEDICATÓRIA

*À Deus, pela vida e pelas oportunidades. A **Ele**, que com incomparável e inconfundível bondade, compreende os nossos anseios e nos dá a necessária coragem para atingirmos o nosso objetivo.*

*“Tudo posso naquele que me fortalece.”*

*Aos meus pais, **Maurício e Zilda**, por toda ajuda, dedicação, paciência e apoio. Por terem me ensinado o real valor do mundo e das pessoas ao meu redor, o amor pela vida e a vontade de sempre fazer mais e melhor. À vocês eu devo simplesmente tudo que sou hoje. Sem seu amor eu jamais teria conseguido vencer mais essa etapa da minha vida!!!! Vocês são minha vida!!!!*

*Aos meus sobrinhos **Guilherme e Giovana** (que ainda está vindo). A “TITI SU” promete assistir mais filmes com você agora Gui. Obrigada por existirem!! A vocês meu amor incondicional.*

*À minha irmã **Mariângela** e meu cunhado **Rogério**, pelo carinho. Amo você Tata!*

## **AGRADECIMENTOS**

*Ao Reitor do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos **Prof. Dr. Álvaro Fernandez Gomes** e ao Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa **Prof. Dr. Luiz Paulo Geraldo**.*

*Ao **Prof. Dr. Fernando Salimon Ribeiro**, “o chefinho malvado”, por toda dedicação em me ensinar, e por todas as broncas, hoje sei que todas elas eram para o meu crescimento. Adoro Você!!*

*A todos os demais Professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas: **Benedicto Egbert Corrêa de Toledo, Ana Emília Farias Fontes, Alex Tadeu Martins, Celso Eduardo Sakakura, Elcio Marcantonio Jr., Letícia Helena Theodoro, Raphael Carlos Comelli Lia, Rogério Margonar, Lizete Diniz Ribas Casagrande, Osvaldo Eduardo Aiello, Patrícia Amoroso de Andrade e Valdir Gouveia Garcia**.*

*A todos os colegas da pós- graduação, já que sem vocês não teria sido tão bom, em especial a: **Ana Luiza Ribeiro de Oliveira Avi, André Langherhorst, Túlio Luiz Durigan Basso** (6 anos me agüentando), **Mauro de Moura** (nosso “guinomo”) e **Regis Rodrigues Rocha Rezende** (pelas boas risadas).*

*“... que o sucesso seja para cada um, a ponta de um emaranhado de possibilidades, que já vimos surgir. E é certo que cada um deve a todos um tanto a agradecer...”*

*À nossas queridas secretárias **Sonia e Cleide**, por serem sempre atenciosas quando solicitada e terem tanta paciência com a turma (coisa que não foi fácil).*

*A todos os **Funcionários da Clínica de Odontologia da UNIFEB** pela competência, dedicação e dignidade com a qual exercem seu trabalho.*

*À **Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)** pelo apoio e auxílio financeiro.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*“Mestre não é aquele que ensina, mas que de repente aprende”*

Guimarães Rosa

*À minha orientadora **Dr<sup>a</sup>. Elizangela Partata Zuza**: orientadora e amiga, incansável, persistente, que sempre esteve presente para tudo e em todos os momentos necessários, compreendendo minhas dificuldades e ajudando para meu crescimento intelectual e moral, demonstrando a verdadeira alma do ser “Professor”. Só tenho um desejo: que eu possa um dia orientar alunos, assim como você me orientou. Sua determinação, coragem e princípios morais irão me influenciar sempre a partir deste momento. Muito obrigada por tudo!*

*A minha co-orientadora **Prof.<sup>a</sup> Juliana Rico Pires**, por toda paciência, incentivo e ajuda para que este trabalho fosse concluído. Obrigada!*

*À amiga **Ana Luiza Ribeiro de Oliveira Avi**, por toda ajuda, carinho e amizade sincera dedicada ao longo dos anos de convivência (além da faculdade) . Foi um grande prazer dividir as conquistas do período de mestrado com você.*

*À **Prof.<sup>a</sup>. Teresa Márcia Nascimento de Moraes**, pela disponibilidade em ajudar a qualquer momento e por abrir as portas da UTI para que esta pesquisa fosse realizada.*

*À amiga **Raquel Girarde**, que enfrentou comigo a “maratona” de avaliações e coletas sempre com muito bom humor e companheirismo. Eu não teria conseguido sem você.*

*Ao enfermeiro **Eder**, pela competência, dedicação e amizade. Você me ajudou muito para que este trabalho se concretizasse. Muito obrigada!*

*A toda equipe de enfermagem da UTI adulto da Santa Casa de Misericórdia de Barretos, que muitas vezes adiava e corria com suas atividades normais para poder nos ajudar. Meus sinceros agradecimentos!*

*A todos os familiares dos pacientes que mesmo estando em um momento de dor, permitiram a participação de seus entes queridos na pesquisa.*

*Aos queridos amigos Antonio Carlos (quantas idas e vindas pra faculdade heim fofo!), Laissa (neguinha), Rafael, Sr. Antonio, Dalva e Paulo (“people”) por me considerar como parte da família e me escutar e aconselhar em tantos momentos desta caminhada. Amo vocês!*



## SUMÁRIO

RESUMO .....	8
ABSTRACT .....	9
1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PROPOSIÇÃO .....	12
3 METODOLOGIA .....	13
4 RESULTADO .....	16
5 DISCUSSÃO.....	26
6 CONCLUSÃO.....	33
7- REFERÊNCIAS.....	34
8- ANEXOS.....	38
<i>Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética .....</i>	<i>38</i>
<i>Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</i>	<i>39</i>

## RESUMO

Matareli S. Avaliação das características clínicas bucais em pacientes internados em unidade de terapia intensiva e do nível de informação da equipe de enfermagem sobre os cuidados orais. [Dissertação de Mestrado]. Barretos: Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas da UNIFEB; 2011.

Uma higienização bucal inadequada em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs) ocasiona um grande acúmulo de microrganismos, podendo levar ao desenvolvimento de pneumonias nosocomiais, especialmente em pacientes com ventilação mecânica. O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas bucais em pacientes internados em UTI e o nível de conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados odontológicos necessários a esses pacientes. Foram avaliados 44 indivíduos internados na Santa Casa de Misericórdia de Barretos quanto à presença de acúmulo de placa bacteriana, lesões bucais e peribucais, hipossalivação, saburra lingual e uso de medicamentos. Avaliou-se simultaneamente, por meio de questionário, o conhecimento da equipe de enfermagem com relação aos cuidados bucais a pacientes críticos. Os resultados mostraram que as características bucais observadas foram: úlceras traumáticas (68,2%), hematoma de lábio e assoalho da boca (6,8%), hipossalivação (84,1%), acúmulo de biofilme (90,9%), saburra lingual (81,8%) e ressecamento labial (86,3%). Todos os pacientes faziam uso de medicamentos com efeitos xerogênicos. Quanto ao nível de informação da equipe de enfermagem, verificou-se que o conhecimento dos profissionais sobre os cuidados bucais apresentou-se satisfatório, porém os procedimentos de higienização não foram considerados como prioritários, não havendo nenhum protocolo de conduta clínica pré-estabelecido para higienização bucal. Diante dos resultados obtidos, pode-se concluir que os pacientes internados em UTI apresentam um risco elevado em desenvolver lesões bucais, havendo a necessidade de treinamento da equipe multidisciplinar e da supervisão de um Cirurgião-Dentista para diagnóstico precoce dessas lesões e conduta terapêutica adequada aos pacientes críticos.

**Palavras-chave:** Manifestações orais; avaliação das necessidades; higiene oral; conhecimento; equipe de enfermagem.

## ABSTRACT

Matareli S. Evaluation of oral clinical features in patients hospitalized in intensive care unit and knowledge of nursing staff for mouth care practices. [Dissertação de Mestrado]. Barretos: Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas da UNIFEB; 2011.

An inadequate oral hygiene in patients hospitalized in intensive care units (ICUs) leads to a large accumulation of microorganisms, and it may cause the development of nosocomial pneumonia, especially in patients with mechanical ventilation. The aim of this study was to evaluate the clinical oral features in patients hospitalized in ICU, and to evaluate the knowledge of the nursing staff for mouth care practice needed to these patients. Forty-four patients hospitalized at the Santa Casa de Misericórdia de Barretos were evaluated for the presence of plaque accumulation, oral and perioral lesions, hyposalivation, tongue coating and medication intake. Simultaneously, a questionnaire was applied to evaluate the knowledge of nursing staff in relation to oral care for critical patients. The results showed that the oral features verified were traumatic ulcer (68.2%), hematoma of the lip and floor of mouth (6.8%), hyposalivation (84.1%), biofilm accumulation (90.9%), tongue coating (81.8%) and lip dryness (86.3%). All patients were taking medications with xerogenic effects. The level of information from nursing staff was satisfactory, but the hygiene procedures were not considered as priorities, with no pre-established clinical protocol for cleaning mouth. Based on these results, it can be concluded that the patients hospitalized in ICU present higher risk of developing oral lesions, and that there is a need for multidisciplinary team training and supervision of a Dentist for early diagnosis of these lesions and appropriate treatment to critical patients.

**Keywords:** Oral manifestations; needs assessment; oral hygiene; knowledge; nursing staff.

## 1 INTRODUÇÃO

Estudos têm demonstrado a estreita relação entre as doenças bucais e sistêmicas (Reilly & Glaffey, 2005), indicando que os problemas bucais podem atuar como porta de entrada para microrganismos patogênicos, com efeito sistêmico metastático, principalmente em pacientes debilitados (Williams & Paquette, 2005). Pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) apresentam necessidades especiais, tanto em âmbito médico-hospitalar quanto em relação aos cuidados odontológicos. Apesar dos cuidados bucais serem considerados de menor prioridade, evidências comprovam os benefícios da implantação de adequada higienização bucal em pacientes de UTI (Scannapieco et al., 1992; Adams, 1996; Scannapieco, 2002; Abidia & Al-Faran, 2004).

A ocorrência de infecções bucais pode ocasionar o desenvolvimento de infecções nosocomiais (ou hospitalares), sendo que uma das principais delas é a pneumonia nosocomial (PNN) que corresponde de 10 a 15% de todas as infecções hospitalares, sendo responsáveis por 20 a 50% de todos os óbitos, tornando-se um problema de saúde pública (Lacerda, 2000). Todavia, se o paciente necessitar de ventilação mecânica (intubação), este procedimento favorece ainda mais o desenvolvimento das PNNs em 20% a 25% dos casos, apresentando uma taxa de mortalidade que pode se aproximar a 80% (PEREIRA ET AL., 2001).

Não só as PNNs são freqüentes em ambientes hospitalares mas alguns achados bucais também podem ser comumente encontrados em pacientes internados em UTIs, tais como úlceras, hematomas e ressecamento labial (Triantos, 2005), além de biofilme bacteriano, saburra lingual e hipossalivação (Scannapieco & Rossa Junior, 2004; Eveson, 2008). Pequena porcentagem de lesões bucais traumáticas em pacientes internados em UTIs foi relatada por Santos et al. (2008), no entanto, há escassez de estudos que tenham avaliado as condições bucais encontradas nesses pacientes. Infecções bucais por

microrganismos oportunistas, como as espécies de *Candida sp.*, também são freqüentes devido à falta de conhecimento e habilidade por parte da equipe de enfermagem em identificar este tipo de infecção (Abidia, 2007).

As más condições bucais verificadas nesses pacientes críticos podem ser eventualmente ocasionadas pela negligência da equipe de enfermagem nos cuidados com esses pacientes, considerando-se que vários conceitos incorretos sobre cuidados bucais podem ser observados nas equipes de enfermagem (Logan et al., 1991). Embora exista o conhecimento por parte da equipe sobre a freqüência e os materiais a serem utilizados para a realização de uma higienização bucal adequada nesses pacientes, a falta de um protocolo definido, de materiais necessários e de prioridade desse procedimento no ambiente hospitalar, afetam o desenvolvimento desta prática clínica (Grap et al., 2003). Outros autores ainda ressaltam que a prática de higienização bucal desenvolvida por enfermeiros é inconsistente e altamente variável (Treloar & Stechmiller, 1995). Daí a necessidade da realização de estudos observacionais, a fim de se verificar as condições bucais encontradas nesses pacientes críticos e, se traçar estratégias e protocolos para melhorar a condição bucal desses indivíduos, promovendo um melhor bem-estar para os mesmos. Diante de tais considerações, o objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas bucais nos pacientes hospitalizados em UTIs e verificar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados odontológicos necessários a esses pacientes.

## **2 PROPOSIÇÃO**

O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas bucais em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e verificar o nível de conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados orais necessários a esses pacientes.

### **3 METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos - UNIFEB (protocolo nº 007/09). Todos os participantes da pesquisa, representados pelos seus responsáveis, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido atestando sua participação voluntária.

#### ***SUJEITOS DO ESTUDO***

Durante trinta dias foram selecionados de maneira aleatória 100 pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da Santa Casa de Misericórdia de Barretos - SP. Destes 100 pacientes, 56 voluntários foram excluídos da pesquisa devido a não autorização dos exames clínicos pelas famílias, sendo que o estudo foi conduzido com uma amostra total de 44 indivíduos.

Além dos exames clínicos odontológicos realizados nos pacientes internados nas UTIs, a equipe de enfermagem também respondeu de forma voluntária a um questionário em que constavam questões referentes ao conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados odontológicos.

#### ***CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES***

Foram anotados em fichas especialmente elaboradas os dados demográficos, o número de dentes presentes, o tempo médio de internação, os motivos das internações, a prevalência de algumas condições relevantes, as características bucais encontradas e os medicamentos utilizados. Os pacientes foram acompanhados durante o período de suas internações, até no máximo 30 dias, a fim

de se verificar o aparecimento de lesões ou condições bucais decorrentes de sua estadia na UTI.

A prevalência de condições relevantes foi descrita por dados como intubação, traquiostomia, pneumonia nosocomial (PNN), número de óbitos totais e decorrentes por PNNs, número de altas ou permanência de internação após o período da pesquisa. Em relação às características bucais, verificou-se a presença de lesões de origens variadas localizadas em língua, assoalho de boca, palato mole e duro, lábios, rebordos e mucosas, hematomas, hipossalivação, ressecamento labial e bucal, acúmulo de biofilme nos dentes ou mucosas, saburra lingual e candidoses.

### ***EXAME CLÍNICO***

O exame clínico foi realizado no leito dos pacientes com auxílio de espátulas de madeira e gazes previamente esterilizadas. Toda a cavidade bucal foi examinada, incluindo dentes, gengivas, mucosas, palato, língua e assoalho de boca, sendo que, a presença de alterações da normalidade foi anotada em suas respectivas fichas clínicas. Esses exames foram realizados por um profissional da área de Odontologia, experiente para o diagnóstico das lesões e atendimento em ambiente hospitalar.

As lesões ulcerativas foram visualizadas clinicamente e descritas como lesões com rompimento da solução de continuidade do epitélio com exposição do tecido conjuntivo adjacente (Castro, 2004). Os hematomas foram descritos como lesões azulada-avermelhada-preta sob a pele/mucosa decorrente de um trauma seguido de extravasamento de sangue dos vasos sanguíneos e difusão para os tecidos (Castro, 2004).



A presença de hipossalivação (ou hiposialia) foi verificada por meio de utilização de uma espátula de madeira, a qual era colocada em contato com a mucosa jugal, apresentando aderência à mesma. Adicionalmente, o diagnóstico final de hipossalivação foi dado se o paciente não apresentasse acúmulo de saliva em qualquer região da boca (Pires, 2004). A presença de hipossalivação, biofilme nos dentes ou mucosas, de saburra lingual, de candidoses e de ressecamento labial foi caracterizada como presente ou ausente.

### ***QUESTIONÁRIO***

A equipe de enfermagem respondeu ao questionário de maneira voluntária, sendo que os dados de identificação pessoal foram preservados. Os questionários foram deixados no departamento de UTI com os enfermeiros chefes para serem distribuídos, de acordo com cada turno de trabalho, à equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros), sendo aplicado uma única vez. Dos 14 profissionais que atuavam diretamente nos cuidados gerais dos pacientes, 10 voluntários aceitaram participar da pesquisa e 4 não foram colaboradores. As questões estavam relacionadas com o conhecimento dos cuidados odontológicos aos pacientes hospitalizados, à frequência de higienização bucal sugerida pelos profissionais e aos produtos utilizados pela equipe de enfermagem para a higienização da cavidade bucal.

## 4 RESULTADO

As características gerais da população em estudo podem ser verificadas na tabela 1. Pode-se observar que houve uma equiparidade de participação entre os gêneros, sendo 23 homens e 21 mulheres. Dos 44 pacientes, a maioria (38,4%) era casada, apresentando idade média de 56,8 anos. Nove participantes (39%) eram totalmente edêntulos, e os dentados possuíam uma média de 17,5 dentes presentes. O tempo de internação geral foi em média de 17,1 dias.

**Tabela 1 – Características da população em estudo (n = 44)**

<i><b>CARACTERÍSTICAS</b></i>	<i><b>N</b></i>	<i><b>%</b></i>
Homem - n (%)	23	52,2%
Mulher - n (%)	21	47,7%
Idade - média ± DP	56,8 ± 17,1	-----
Estado civil - n (%)		
Casado	17	38,4%
Solteiro	6	13,6%
Viúvo	10	22,7%
Divorciados	11	25%
Número de dentes presentes - média ± DP	17,5 ± 10,2	-----
Pacientes edêntulos - n (%)	9	39%
Tempo médio de internação	17,1 dias	-----

As principais causas de internação dos pacientes na unidade de terapia intensiva (UTI) foram: acidente vascular cerebral hemorrágico (n= 13,6%), insuficiência respiratória aguda (n= 11,4%), doença pulmonar obstrutiva crônica (n= 9,1%), complicações do diabetes (n= 9,1%) e politrauma (n= 9,1%), tais resultados podem ser observados na tabela 2.

**Tabela 2 – Motivo das internações**

<i>Causas</i>	<i>Porcentagens</i>
Insuficiência respiratória aguda	11,4%
Doença pulmonar obstrutiva crônica	9,1%
Edema agudo de pulmão	2,3%
Laparotomia	2,3%
Pancreatite aguda	2,3%
Hipertensão	6,8%
Complicações do diabetes	9,1%
Politrauma	9,1%
Acidente vascular cerebral hemorrágico	13,6%
Aneurisma	2,3%
Parada cardiorrespiratória	4,5%
Arritmia cardíaca	2,3%
Drenagem de hematoma	2,3%
Trauma raquiomedular	2,3%
Trauma torácico	2,3%
Pneumonia	2,3%
Insuficiência respiratória crônica	2,3%
Pós- operatório	2,3%
Choque séptico	4,5%
Choque cardiogênico	2,3%
Aneurisma	2,3%
Insuficiência cardíaca	2,3%

De todos os pacientes do estudo (n= 44), 40 receberam o procedimento de intubação e 9 deles trocaram o tubo por traqueostomia devido a necessidade de receber ventilação mecânica por um longo período tempo. Dos 44 participantes, 19 vieram a óbito, 13 receberam alta até 30º dia de acompanhamento e 12 permaneceram internados além dos 30 dias (Tabela 3).

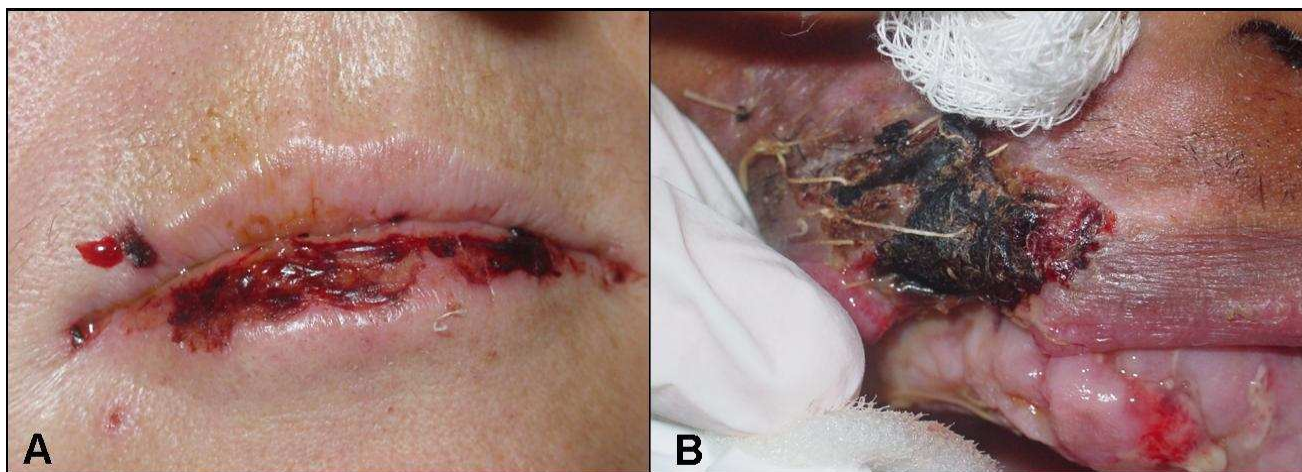
**Tabela 3 – Prevalência de algumas condições relevantes (n = 44)**

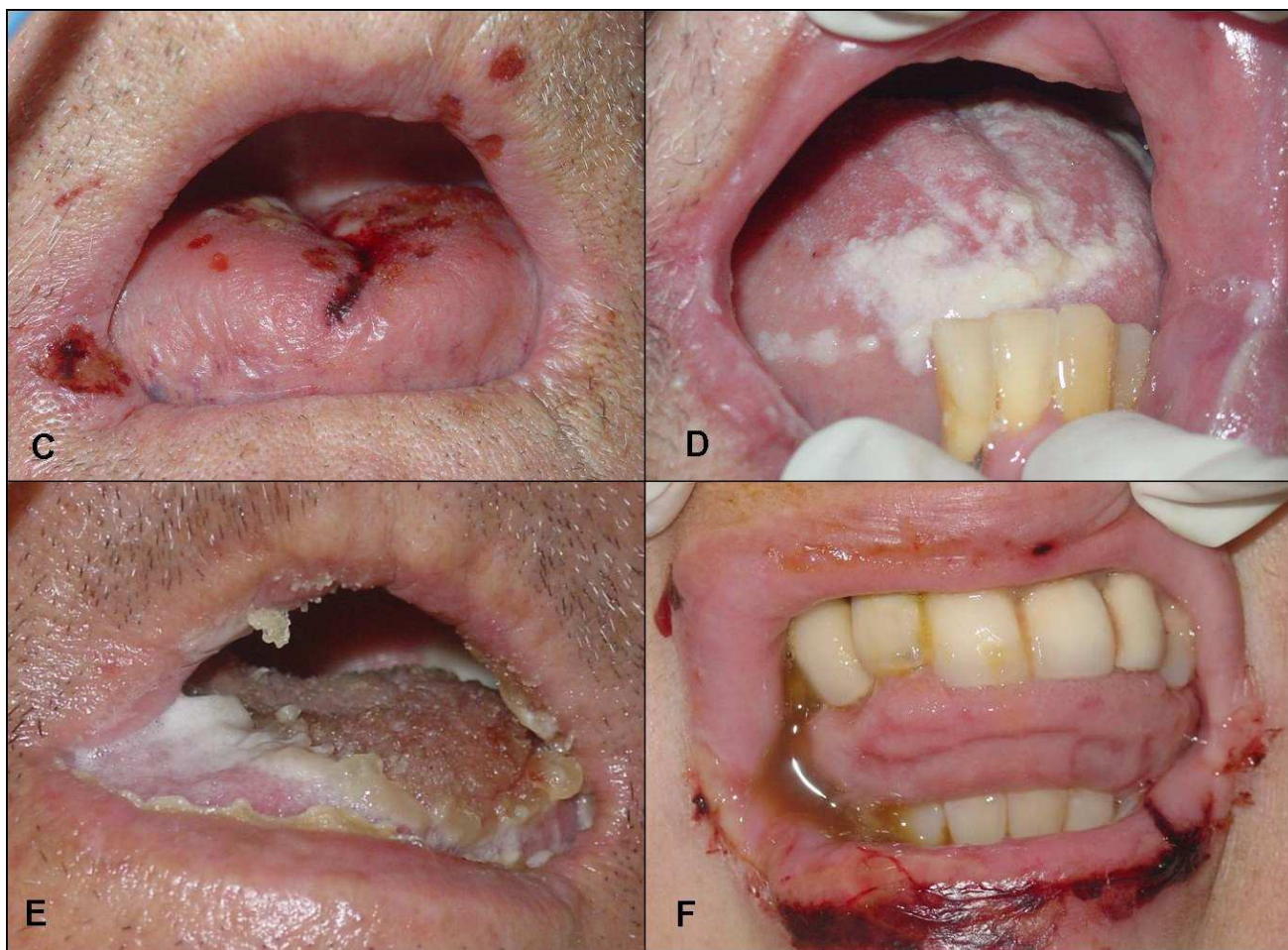
<i>Características</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
Pacientes intubados	40	90,9%
Pacientes não intubados	4	9,1%
Troca do tudo por traquiostomia	9	20,5%
Pneumonia nosocomial (PNN)	8	18,2%
Total de óbitos	19	43,1%
Óbitos por PNN	8	42,1%
Número de altas	13	29,5%
Internação além dos 30 dias do estudo	12	27,2%

Dos 44 pacientes, 30 (68,2%) apresentavam algum tipo de lesão na cavidade bucal. Os diferentes tipos de lesões encontradas podem ser verificados na tabela 4, sendo que a maioria dos indivíduos apresentava concomitantemente mais de um tipo de lesão. A prevalência de úlcera traumática labial sangrante foi de 29,5%, enquanto a ocorrência de úlcera não sangrante foi de 68,1%. Outras características também demonstraram alta prevalência de acometimento, tais como, hipossalivação (84,1%), saburra lingual (81,8%) e ressecamento labial (86,3%) (Figuras 1 e 2).

**Tabela 4 – Características bucais (n = 44)**

<i>Características</i>	<i>Número de pacientes</i>	<i>%</i>
Úlceras Traumáticas	30	68,2%
Úlcera traumática labial sangrante	13	29,5%
Úlcera traumática labial não sangrante	30	68,2%
Úlcera na comissura labial	15	34%
Hematoma de lábio e assoalho da boca	3	6,8%
Hiposalivação	37	84,1%
Acúmulo de biofilme bucal	40	90,9%
Saburra lingual	36	81,8%
Ressecamento labial	38	86,3%
Candidose	12	27,3%

**Figura 1.** Úlcera traumática labial sangrante (A) e não sangrante (B).



**Figura 2.** Enfoque na lesão traumática na comissura labial e outras regiões, hipossalivação e ressecamento labial (C); Saburra lingual (D); Biofilme bucal com suspeita de infecção secundária por fungos, hipossalivação e ressecamento labial (E); Aspecto do acúmulo do biofilme dental e lesões traumáticas (F).

A grande variabilidade de medicamentos xerogênicos administrados aos pacientes internados na UTI pode ser observada na tabela 5. Todos os 44 pacientes faziam uso de algum medicamento, com efeitos xerogênicos, no entanto, os medicamentos mais utilizados foram respectivamente os anticoagulantes (72,7%), os analgésicos (54,5%), os ansiolíticos (52,7%) e os analgésicos (43%).

Tabela 5 - Medicamentos xerogênicos utilizados na UTI

<b>CATEGORIA DOS AGENTES</b>	<b>MEDICAMENTO</b>	<b>NÚMERO DE PACIENTES (%)</b>	<b>TOTAL DE PACIENTES</b>
<b>ANTICOAGULANTES</b>	Enoxaparina sódica	32 (72.7%)	-----
<b>ANTIDEPRESSIVOS</b>	Cloridrato de fluoxetina	2 (2.1%)	4 (9.1%)
	Amitriptilina	2(4.5%)	
<b>ANTIPSIÓTICOS</b>	Haloperidol	4 (9.1%)	-----
<b>ANSIOLÍTICOS OU SEDATIVOS</b>	Diazepam	4 (9,1%)	11 (25%)
	Clonazepam	7(15.9%)	
<b>HIPNÓTICOS</b>	Midazolam	23 (52.2%)	-----
<b>ANTIEPILEPTICOS OU ANTICONVULSIVANTES</b>	Fenitoína	7(15.9%)	22(50%)
	Carbamazepina	4 (9.15)	
	Hidantal	11 (25%)	
<b>ANALGÉSICOS OPIÓIDES</b>	Fentanil	24 (54.5%)	43(97.7%)
	Tramadol	19 (43%)	
<b>ANTINFLAMATÓRIOS</b>	Cetoprofeno	11(25%)	-----
<b>ANTIHIPERTENSIVOS E DIURÉTICOS</b>	Nifedipina	7 (15.9%)	39(88.6%)
	Captopril	6 (13.6%)	
	Furosemida	4 (9.1%)	
	Clonidina	4 (9.1%)	
	Maleato de Enalapril	2 (4.5%)	
	Propranolol	2(4.5%)	
	Nimodipina	7(15.9%)	
	Manitol	7(15.9%)	
<b>AGENTES EXPECTORANTES</b>	Cloridrato de ambroxol	4(9.1%)	-----
<b>AGENTES REDUTORES DE COLESTEROL</b>	Sinvastatina	2(4.5%)	-----
<b>MIORRELAXANTES</b>	Carisoprodol	6(13.6%)	-----
<b>ANTIISTAMÍNICOS</b>	Fumanato de rupatadina	2 (4.50%)	-----
<b>ANTIMICROBIANO</b>	Cefepine	2 (4.5%)	-----
<b>HIPOVOLÊMICOS</b>	Voluven	16 (17.2%)	-----
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>	Atropina	4(9.1%)	-----
<b>ANTIARRÍTMICO</b>	Amiodarona	4(9.1%)	11(25%)
	Adenosina	7(15.9%)	
<b>AGENTES BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO</b>	Nimodipina	7 (15.9%)	-----
<b>ANTIFÚNGICOS</b>	Fucitosina	15 (34%)	-----

Com relação ao questionário aplicado aos enfermeiros, pode-se observar que quanto ao conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados odontológicos 90% declararam se sentirem capazes de cuidar da saúde bucal dos pacientes internados, entretanto, somente 50% considera a saúde bucal dos pacientes internados muito importante (tabela 6).

**Tabela 6** - Conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados odontológicos à pacientes hospitalizados (n = 10 = 100%)

<i>QUESTÃO</i>	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>
1- Os pacientes internados na sua instituição recebem cuidados quanto à saúde bucal?	60%	40%
2- Na sua instituição existe uma rotina definida de higienização bucal?	0%	100%
3- Você se sente capaz de cuidar da saúde bucal dos pacientes internados?	90%	10%
4- Dentro de sua rotina de procedimentos, você consideraria a saúde bucal dos pacientes internados muito importante?	50%	50%
5- Você usa algum produto para auxiliar na higienização bucal dos pacientes?	90%	10%
6- Você acha necessário ter um protocolo sobre higienização bucal para os pacientes internados?	70%	30%



Em relação à frequência de higienização bucal, 70% dos entrevistados relataram a opção de realização da higiene bucal sugerida ser a de 3 vezes ao dia (tabela 7).

**Tabela 7** - Frequência de higienização bucal dos pacientes internados sugerida pela equipe de enfermagem (n = 10 = 100%)

<i>OPÇÕES</i>	<i>% DE RESPOSTAS</i>
Diariamente (1x ao dia)	10%
Diariamente (2x ao dia)	20%
Diariamente (3x ao dia)	70%
Uma vez por semana	0%
Duas vezes por semana	0%
Três vezes por semana	0%
Sem rotina	0%

O Gluconato de clorexidina 0,12% foi o produto para higiene bucal mais utilizado pela equipe de enfermagem (60%) (tabela 8).

**Tabela 8** - Produtos utilizados pela equipe de enfermagem na higienização bucal dos pacientes (n = 10 = 100%)

<i>OPÇÕES</i>	<i>% DE RESPOSTAS</i>
Água oxigenada	10%
Malvona	0%
Gluconato de clorexidina 0,12%	60%
Gluconato de clorexidina 2%	0%
Creme dental	20%
Soro fisiológico	10%

## 5 DISCUSSÃO

Dos 44 pacientes que participaram de nosso estudo, 8 deles (18,2%) desenvolveram pneumonias nosocomiais (PNNs) e todos vieram a óbito. Verificou-se que uma grande porcentagem de mortalidade foi ocasionada pelas PNNs, equivalendo a 42,1% do total da amostra. Nossas proporções estão em concordância com as propostas por Oliveira et al. (2007), que relataram que as PNNs correspondem de 10 a 15% de todas as infecções hospitalares, sendo responsáveis por 20 a 50% dos óbitos. Esses autores ainda ressaltam que o risco de desenvolvimento das PNNs é de 10 a 20 vezes maior no ambiente de UTI do que no restante dos ambientes hospitalares.

A infecção hospitalar institucional ou nosocomial, segundo o Ministério da Saúde no Brasil (1998), é qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que possa se manifestar durante sua permanência no hospital ou mesmo após a alta, uma vez que pode estar relacionada com a hospitalização. De acordo com Lacerda (2000), a ocorrência dessas infecções vem sendo reconhecida no Brasil e no mundo, como um grave problema de saúde pública, sendo que nos países latino-americanos a taxa de incidência dessas infecções varia de 5 a 70%.

Todos os pacientes que desenvolveram PNNs apresentavam-se com ventilação mecânica (intubação) (Tabela 3). De acordo com o Consenso Brasileiro de Pneumonias em indivíduos Adultos Imunocompetentes (Pereira et al., 2001), o acometimento por PNNs nesses pacientes com ventilação mecânica é de 20% a 25%, o que está próximo à porcentagem obtida em nossos achados (18,2%). Outro fator importante a ser enfatizado é a alta taxa de mortalidade nos pacientes com PNNs,

podendo levar a óbito em até 80% dos casos (Pereira et al., 2001), dado este que também vai de encontro aos nossos resultados, que demonstraram prevalência de mortalidade em 100% dos indivíduos acometidos.

Além das PNNs, as alterações bucais são alguns dos achados mais comuns em pacientes internados em UTIs. Os nossos dados revelaram que os acúmulos de biofilme nos dentes e nas mucosas e de saburra lingual se mostraram achados importantes de infecção microbiana bucal, apresentando altos índices de prevalência (90,9% e 81,8%, respectivamente). É importante se ressaltar que nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), frequentemente, são encontrados quadros de infecções de origens diversas, os quais são responsáveis por um alto índice de mortalidade nos pacientes internados (Santos et al., 2008). Especialmente, os patógenos presentes na cavidade bucal são responsáveis pelo desenvolvimento da PNN, que é aquela desenvolvida 48 horas após a internação (Lode et al., 2000).

Alguns estudos demonstraram que quanto maior o período de internação, maior também é a quantidade de biofilme bacteriano presente, sendo que, paralelamente há um aumento dos patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal (Scannapieco & Rossa Júnior, 2004). Dessa forma, o acúmulo de patógenos orais pode alterar as condições ambientais da boca e facilitar a infecção das vias aéreas por novos patógenos, sendo que, a precária higienização bucal em pacientes internados em UTIs tem sido considerada como um fator determinante para o aumento de infecções (Scannapieco & Ho, 2001; Oliveira & Fischer, 2004) e, conseqüentemente, para um aumento do risco às pneumonias (Kahn et al., 2003).

Em nosso estudo, além do biofilme bucal (90,9%) e da saburra lingual (81,8%), que são condições diretamente relacionadas aos microrganismos bucais,

encontrou-se também em grandes porcentagens outras características clínicas, tais como, ressecamento labial (86,3%), hipossalivação (84,1%) e úlceras traumáticas (68,2%). Especialmente com relação à hipossalivação, o exame clínico foi o único meio utilizado para o seu diagnóstico, considerando-se que todos os pacientes encontravam-se internados na UTI. As limitações físicas destes pacientes dificultam a realização da medição do fluxo salivar (sialometria), sendo que o diagnóstico de xerostomia e/ou hipossalivação é quase sempre dado pelo exame clínico (Triantos 2005). Apesar do diagnóstico quantitativo da hipossalivação ser dado, sobretudo, por métodos específicos como a sialometria, alguns estudos reforçam a importância do exame clínico para seu diagnóstico, especialmente em pacientes hospitalizados, que apresentam diversos tipos de doenças sistêmicas e são polimedicados, predispondo-os a sinais e sintomas de xerostomia e hipossalivação (Fox et al. 1987; Berti, 2009; Longman et al. 2000; Donat, et al. 2004; Gupta, et al. 2006). Adicionalmente, Feito & Sapeta (2005) afirmaram que a sialometria é contra-indicada para pacientes com doença avançada e progressiva, o que justifica a ausência da medição salivar em nosso estudo.

A hipossalivação tem sido principalmente relacionada à ingestão de medicamentos xerogênicos que são administrados a esses pacientes como procedimentos de rotina nas UTIs. Todos os pacientes de nosso estudo faziam uso de pelo menos um medicamento xerogênico, sendo que as medicações utilizadas com maior frequência foram os antihipertensivos, antidepressivos, antiepiléticos e diuréticos (Tabela 5). Os estudos são claramente convergentes em relação à etiologia da xerostomia e/ou hipossalivação, associando-as principalmente ao uso de medicamentos xerogênicos, doenças auto-imunes e radioterapia de cabeça e pescoço

(Sreebny e Valdini, 1987; Guggenheimer e Moore 2003). Além de 400 medicações consideradas como xerogênicas, a sarcoidose, a desidratação e o diabetes não controlado também estão associados à xerostomia e hipossalivação (Eveson, 2008), bem como os problemas digestivos e as desordens emocionais (Locker, 1993).

A relação direta entre uso de medicamentos e hipossalivação e/ou xerostomia tem sido descrita por vários estudos (Janket et al., 2003; Donat et al., 2004; Thomson et al., 2006; Almeida et al., 2007). Janket et al. (2003) quantificaram os efeitos adversos do uso de medicações xerogênicas sobre os dentes, mucosa e doença periodontal, utilizando uma amostra de 345 pacientes. Os participantes responderam a um questionário e foram divididos em quatro grupos, de acordo com o número de medicamentos ingeridos (0, 1, 2, 3 ou mais). Dos medicamentos utilizados, 680 foram considerados xerogênicos. Os resultados mostraram que o consumo desses medicamentos estava associado ao aumento da inflamação das mucosas, especialmente na população idosa, e que o reforço nos cuidados com a higiene bucal poderia minimizar os efeitos deletérios do uso dessas medicações.

De acordo com Donat et al. (2004), o uso contínuo de diuréticos ou ingestão de polimedicamentos em idosos está diretamente relacionado à hipossalivação, entretanto, fatores como estresse e diabetes não controlados também podem ocasionar esta condição. Outro estudo que descreveu a incidência da xerostomia em uma população idosa foi o de Thomson et al. (2006). Neste estudo, os pacientes participaram de uma entrevista e de um exame odontológico nos períodos de 2, 5 e 11 anos. As informações sobre xerostomia e medicações utilizadas foram coletadas durante as entrevistas de 5 e 11 anos, verificando-se que a prevalência de xerostomia aumentou conforme os pacientes relataram o aumento no uso de medicações,

principalmente aspirina e diuréticos. A relação entre a diminuição do fluxo salivar com o uso de medicamentos também foi verificada no estudo de Almeida et al. (2008), que avaliaram a prevalência de xerostomia, através da medição do fluxo salivar, em usuários de psicotrópicos. A amostra foi constituída de 33 pacientes que foram divididos em quatro grupos, sendo um grupo controle sem uso de medicamentos e os outros grupos divididos de acordo com as medicações utilizadas. Os resultados mostraram que a xerostomia estava presente nos três grupos que faziam uso de medicamentos, sendo que o fluxo salivar mostrou-se significativamente afetado.

Além da hipossalivação, nossos achados também demonstraram alta prevalência de lesões traumáticas (68,2%), sendo condições que merecem um maior foco de atenção em um ambiente de UTI. Há escassez de estudos que tenham focado a avaliação das características bucais em pacientes internados em UTIs, porém um estudo encontrado na literatura relatou haver uma baixa prevalência de lesões bucais traumáticas (20%), com apenas dois casos (Santos et al., 2008), o que contraria nossos resultados de 68,2%. A controvérsia de achados tem demonstrado que a prevalência de lesões bucais traumáticas em pacientes de UTIs é variável, assim sendo, sugere-se que o aparecimento dessas lesões pode estar diretamente relacionado aos procedimentos executados pela equipe de enfermagem. Dessa forma, além de se avaliar as características clínicas bucais dos pacientes hospitalizados, procurou-se avaliar simultaneamente, o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre os cuidados odontológicos.

Nesse contexto, nossos resultados mostraram que não há uma rotina definida de higienização bucal na UTI pesquisada, sendo que 100% dos voluntários

responderam não seguir rotina alguma, entretanto, 90% dos profissionais se sentem capazes de cuidar da saúde bucal dos pacientes e 70% sentem necessidade de se estabelecer um protocolo de higienização bucal a ser seguido. Verificou-se que as lesões traumáticas foram provocadas principalmente pelo contato prolongado dos tubos e das respectivas amarrias, o que demonstra o despreparo da equipe de enfermagem com relação aos cuidados bucais. Um simples ato de lubrificação dos lábios poderia diminuir, por exemplo, a alta ocorrência de ressecamento labial encontrada (86,3%).

Não somente as lesões traumáticas merecem atenção devido ao despreparo da equipe de enfermagem, mas a grande ocorrência de biofilme em dentes e mucosas (90,9%), de saburra lingual (81,8%) e de candidoses (27,3%) também demonstra um comprovado despreparo da equipe de enfermagem, apesar de 90% da equipe se sentirem capacitados para realizarem os cuidados bucais necessários aos pacientes hospitalizados. Dessa forma, como não há um protocolo de higienização bucal estabelecido (100% das respostas), os produtos utilizados para a limpeza mecânica são variados, sendo utilizados gluconato de clorexidina 0,12% (60%), creme dental (20%), água oxigenada (10%) e soro fisiológico (10%). A maioria dos profissionais (70%) relatou realizar a higienização bucal 3 vezes ao dia nesses pacientes, porém a alta prevalência de biofilme bucal, saburra lingual e candidoses não condiz com a grande frequência de higienização relatada.

O que acontece muitas vezes é que a equipe de enfermagem até conhece os procedimentos para higienização bucal, porém não os colocam em prática, por não considerarem como cuidados prioritários aos pacientes internados; assim, a frequência de cuidados orais verificada pode ser bem menor do que a relatada pela



equipe de enfermagem (Grap et al., 2003). Esses achados vêm de encontro aos nossos resultados, os quais mostraram que, embora a equipe de enfermagem tenha demonstrado o conhecimento necessário para realizar de maneira adequada os cuidados orais dos pacientes (70% responderam realizar a higienização 3 vezes ao dia e 60% utilizavam o gluconato de clorexina 0,12% para esta finalidade) e se sintam capazes para esta finalidade (90%), essa prática é muitas vezes negligenciada.

Vários conceitos incorretos sobre práticas de cuidados bucais em pacientes hospitalizados por enfermeiros podem ser constatados (Logan et al., 1991). Nesse mesmo estudo de Logan et al. (1991), verificou-se que 30% dos entrevistados responderam que a condição bucal não era considerada como prioritária; porcentagem esta que se encontra inferior aos nossos achados, pois 50% dos profissionais da equipe de enfermagem consideram a saúde bucal dos pacientes como muito importante. Os nossos resultados demonstraram ainda que o produto mais utilizado para a limpeza bucal nos pacientes foi o gluconato de clorexidina (60%), o que vai de encontro aos resultados de Rello et al. (2007), que mostraram que a clorexidina foi o produto mais utilizado em 61% dos casos.

A falta de protocolos, equipamentos e da prioridade desses procedimentos nos ambientes hospitalares também afetam o tipo e a qualidade do cuidado bucal realizado pelos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (Sole et al., 2003). Em nosso estudo observou-se ausência de materiais disponíveis para a higienização bucal, uma vez que todos os materiais utilizados na UTI foram obtidos por doação. De acordo com Westphal & Leitão (2008), os dispositivos de higiene bucal (creme dental, escova dentária e colutórios) devem ser solicitados aos familiares dos

pacientes tanto nas UTIs públicas como nas privadas, pois a higiene bucal não faz parte dos procedimentos prioritários das instituições e dos convênios de saúde.

Diante da situação observada, a difusão dos conhecimentos sobre odontologia preventiva e o uso de recursos específicos de higiene bucal são medidas sugeridas na tentativa de solucionar ou minimizar as dificuldades apresentadas para a manutenção da saúde bucal e no tratamento das alterações bucais que afetam a saúde sistêmica de pacientes hospitalizados. Também se sugere que um Cirurgião-Dentista (CD) seja integrado na equipe multidisciplinar das UTIs, considerando que os profissionais com outras formações não dispensam à devida atenção aos cuidados bucais dos pacientes hospitalizados e, que a contaminação do ambiente bucal pode ocasionar maior morbidade e maior taxa de mortalidade, especialmente pela relação direta com as PNNs. Não só a integração de um CD na equipe de UTI faz-se necessária, mas também o estabelecimento de um protocolo de higienização bucal adequado e um treinamento constante da equipe de enfermagem sobre os cuidados odontológicos, para que haja um completo benefício e atendimento ao paciente crítico.

## **6 CONCLUSÃO**

Os cuidados bucais nos pacientes hospitalizados em UTIs são precários, com grande acúmulo de biofilme bacteriano e condições adquiridas, seja pela negligência de cuidados preventivos ou por conseqüências terapêuticas. A equipe de enfermagem possui conhecimentos satisfatórios para a realização da higienização bucal dos pacientes, porém há baixa prioridade em realizá-la, além da necessidade em se estabelecer protocolos e treinamentos. É necessário que haja maior ênfase nos cuidados bucais pela equipe de enfermagem ou que cirurgiões-dentistas integrem estas equipes multidisciplinares, a fim de promover uma menor morbidade e melhor qualidade de vida aos pacientes críticos.

## 7- REFERÊNCIAS

- Almeida Pdel V, Grégio AM, Brancher JA, Ignácio SA, Machado MA, de Lima AA, Azevedo LR. Effects of antidepressants and benzodiazepines on stimulated salivary flow rate and biochemistry composition of the saliva. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106: 58-65.
- Berti SA. Avaliação de critérios clínicos sugestivos de hipossalivação em pacientes hospitalizados. Faculdade de Odontologia. Mestrado em Estomatologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2009, 86 p.
- Chung JP, Mojon P, Budtz-Jorgensen E. Dental Care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses and physicians. *Spec Care Dentist.* 2000; 20: 12-7.
- Donat FJS, Jordá LM, Mihi VM. Tratamiento de la boca seca; puesta al día. *Med Oral* 2004; 9: 273-9.
- Eveson JW. Xerostomia. *Periodontol 2000.* 2008; 48:85-91.
- Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port.* 2005; 18: 459-66.
- Fox PC, Busch KA, Baum BJ. Subjective reports of xerostomia and objective measures of salivary gland performance. *J Am Dent Assoc* 1987; 115: 581-4
- Grap MJ, Munro CL, Ashtiani B, Bryant S. Oral care interventions in critical care: frequency and documentation. *Am J Crit Care* 2003; 12: 113-8.
- Guggenheimer J, Moore PA. Xerostomia- etiology, recognition and treatment. *J Am Dent Assoc.* 2003; 134:61-9.

- Gupta A, Epstein JB, Sroussi H. Hyposalivation in elderly patients. *J Can Dent Assoc.* 2006; 72: 841-6.
- Janket SJ, Jones JA, Rich S, Meurman J, Garcia R, Miller D. Xerostomic medications and oral health: the Veterans Dental Study (part I). *Gerodontology* 2003; 20: 41-9.
- Kahn S, Sardenberg E, Silva LR, Machado WAS, Alves J. Pneumonia por aspiração associada à doença periodontal. *Rev Bras Odontol.* 2003; 60: 244-6.
- Lacerda RA. O significado político-social das infecções hospitalares e seu controle para a saúde coletiva. In: Fernandes AT (org). *Infeção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.* São Paulo: Atheneu, 2000, p.1618-32.
- Locker D. Subjective reports of oral dryness in an older adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21:165-8.
- Lode H, Raffenberg M, Erbes R, Geerdes-Fenge H, Mauch H. Nosocomial pneumonia: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention. *Curr Opin Infect Dis* 2000; 13:377-84.
- Logan HL, Ettinger R, McLeran H, Casco R, Dal Secco D. Common misconceptions about oral health in the older adult: nursing practices. *Spec Care Dentist* 1991; 11: 243-7.
- Longman LP, McCracken CF, Higham SM, Field EA. The clinical assessment of oral dryness in a significant predictor of salivary gland hypofunction. *Oral Dis.* 2000; 6:366-70.
- Ministério da Saúde. Portaria ministerial Nº 2616, 12 de maio de 1998. Conceitos e critérios diagnósticos das infecções hospitalares. Anexo II. Disponível em: <http://www.ccih.med.br/portaria2616.html> [Acesso em 18 janeiro 2011].

- Oliveira LCBS, Fischer RG. A doença periodontal como fator de risco para pneumonia nosocomial. *R. Periodontia* 2004; 14: 25-9.
- Oliveira LCBS, Carneiro PPM, Fischer RG, Tinoco EMB. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev. Bras. Ter. Intensiva* 2007; 19:4: 428-33.
- Pereira CA, Carvalho CRR, Silva JLP, Dalcolmo MMP, Messeder OHC. Parte II - Pneumonia Nosocomial. Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes.. *J Pneumonol* 2001; 27: S22-S40.
- Pires JR. Avaliação clínica e microbiológica de pacientes portadores de diabetes mellitus do tipo 2. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Odontologia de Araraquara: Universidade Estadual Paulista, 2004. 117p.
- Rello J, Koulenti D, Blot S, Sierra R, Diaz E Waele JJ, Macor A, Agbaht K, Rodriguez A. Oral care practices in intensive care units: a survey of 59 Europeans ICUs. *Intensive Care Med.* 2007; 33:1066-70
- Santos PSS, Mello WR, Wakim RCS, Paschoal MAG. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008 20: 154-159.
- Scannapieco FA, Rossa Junior C. Doenças periodontais versus doenças respiratórias. In: Brunetti MC. *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC 2004; p.391-409.
- Scannapieco FA, Ho AW. Potential associations between chronic respiratory disease and periodontal disease: analysis of National Health and Nutrition Examination Survey III. *J Periodontol* 2001; 72:50-6.

- Sole ML, Byers JF, Ludy JE, Zhang Y, Banta CM, Brummel K. A multisite survey of suctioning techniques and airway management practices. *Am J Crit Care* 2003; 12:220-30.
- Sreebny LM, Valdini A. Xerostomia. A neglected symptom. *Arch Intern Med* 1987; 147:1333-7.
- Murray Thomson W, Chalmers JM, Spencer A, Slade GD, Carter KD. A longitudinal study of medication exposure and xerostomia among older people. *Gerodontology* 2006; 23:205-13.
- Triantos D. Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *J Oral Pathol Med*. 2005; 34: 577-82.
- Westphal MRA, Leitão NS. Avaliação dos protocolos de higiene bucal nas unidades de terapia intensiva de hospitais públicos e privados. *Revista Hugu* 2008; 7: 69-77.

## 8- ANEXO

### Anexo 1 – *Aprovação do Comitê de Ética*



Protocolo nº. 07/09  
Interessado(a): Profª. Prof. Msc Dra Juliana Rico Pires  
Projeto: "O papel do Cirurgião-Dentista no controle da infecção em unidades de terapia intensiva (UTIs)"

Despacho nº. 01 - Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

O projeto de pesquisa, "O papel do Cirurgião-Dentista no controle da infecção em unidades de terapia intensiva (UTIs)", encontra-se **adequado em conformidade** com as orientações constantes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Por essa razão, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos - CEP/Unifeb, em sessão de 25 de setembro de 2009, considerou o referido projeto estruturado dentro de padrões éticos e é de **Parecer Favorável** sua execução.

Lembramos V.S. da necessidade de entrega do relatório parcial ou final, o que deverá ser efetuado no prazo de 90 (noventa) dias.

Barretos, 30 de setembro de 2009.

  
Prof. Dr. Fábio Luiz Ferreira Scannavino  
Coordenador do CEP/Unifeb



## **Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Por esse instrumento particular declaro, para os devidos fins éticos e legais, que eu, (nome) \_\_\_\_\_, responsável por \_\_\_\_\_ (nacionalidade) \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_ Estado de \_\_\_\_\_, Cep: \_\_\_\_\_ Telefone:DDD (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, concordo com a participação do indivíduo referido acima, na pesquisa “O papel do Cirurgião-Dentista no controle da infecção em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)”.

#### **II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**

1. **TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:** “O papel do Cirurgião-Dentista no controle da infecção em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)”

2. **PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Juliana Rico Pires**

**CARGO/FUNÇÃO:** Cirurgiã-Dentista/ Pesquisadora; Professora Doutora em Periodontia do Curso de Mestrado em Ciências Odontológicas da UNIFEB.

**III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE (OU RESPONSÁVEL) DOS OBJETIVOS DA PESQUISA:** Fui esclarecido que o paciente que participar deste estudo, receberá adequada higienização bucal, com métodos seguros para remoção de bactérias que, porventura venham a ocasionar estados maléficis.

**PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS, INCLUINDO A IDENTIFICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS:** A princípio serão coletados dados demográficos das fichas clínicas de cada paciente, no intuito de averiguar o estado de morbidade do paciente. Com consentimento do paciente e/ou familiares, o estudo será iniciado com um ciclo de higienização bucal realizado por enfermeiros, e em segunda fase, por enfermeiros sob supervisão de um dentista, e a presença de bactérias serão avaliadas antes e após cada limpeza bucal.

**PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** A autorização para a participação na pesquisa não é obrigatória. Poderá desistir de participar a qualquer momento sem sofrer nenhum prejuízo. A pesquisadora responsável ficará à disposição para quaisquer esclarecimentos. As

informações colhidas serão confidenciais e tratadas com sigilo e com privacidade. O participante não receberá nenhuma compensação financeira pela participação nesta pesquisa.

**IV – INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASOS DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.**

**Pesquisadora:** Profa. Dra. Juliana Rico Pires (Professora. da Pós-Graduação em Periodontia do Centro Universitário da Fundação Educacional de Barretos.

**Endereço:** Av. Prof. Roberto Frade Monte, 389 (Mestrado em Ciências Odontológicas), Jardim Aeroporto, Barretos-SP. Telefones: (17)3321-6468

**V – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que tomei ciência e que fui esclarecido de maneira a não restarem quaisquer dúvidas sobre a participação do mesmo no estudo.

Barretos, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

**Assinatura do sujeito da pesquisa**

---

**Assinatura da pesquisadora responsável**

**Profa. Dra. Juliana Rico Pires**

Autorizo a reprodução deste trabalho.  
(Direitos de publicação reservados ao autor)

Barretos, 20 de Janeiro de 2011,  
Suélen Matareli.