



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I - CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE-CCBS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

LARISSA SILVA OLIVEIRA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DO CONTROLE DE HIGIENE ORAL EM
PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

**CAMPINA GRANDE – PB
2013**

LARISSA SILVA OLIVEIRA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DO CONTROLE DE HIGIENE ORAL EM
PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do título de Bacharel em
Odontologia.

Orientador : Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins
Bezerra Cavalcanti

CAMPINA GRANDE – PB
2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

O48c

Oliveira, Larissa Silva.

Conhecimento e prática do controle de higiene oral em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva [manuscrito] / Larissa Silva Oliveira. – 2013.

35 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.

“Orientação: Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti, Departamento de Odontologia”.

1. Higiene bucal. 2. Cirurgião-dentista. 3. Atuação profissional. 4. Doença periodontal. I. Título.

21. ed. CDD 617.632

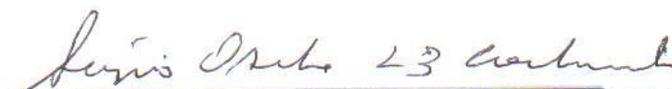
LARISSA SILVA OLIVEIRA

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DO CONTROLE DE HIGIENE ORAL EM
PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Odontologia da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Odontologia.

Orientador : Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins
Bezerra Cavalcanti

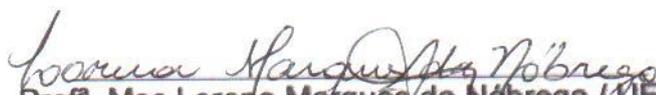
Aprovada em 10/09/2013



Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti / UEPB
Orientador



Prof.ª Msc. Maria Betânia Lins Siqueira / UEPB
Examinadora



Prof.ª Msc. Lorena Marques da Nobrega / UEPB
Examinadora

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, Bebê (*in memoriam*), pelo apoio e pela expectativa da minha formação que, mesmo ausente fisicamente, se fez presente em todos os momentos da minha graduação, nas minhas lembranças e no meu coração, DEDICO.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Deus, por estar sempre presente em minha vida.

Aos meus pais, que mesmo passando por momentos difíceis e financeiros, renunciaram muitas coisas, assim como tia Lígia, para tornar possível meu sonho de cursar Odontologia. Obrigada por terem me ensinado nesses momentos de dificuldade, me dando coragem para lutar e enfrentar isso junto com vocês. Espero que um dia eu possa retribuir todos esses esforços.

À Gibran, que me acompanhou por diversas vezes nas idas aos hospitais, tornando possível a realização da pesquisa. Obrigada pela paciência, pelo incentivo e companhia.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti, por ter me aceitado como orientanda e ter me mostrado sempre o caminho certo a ser seguido. Pela paciência, dedicação, confiança e, principalmente pelas sugestões e críticas ao longo dessa orientação.

Aos professores do Curso de Odontologia da UEPB, que contribuíram ao longo desses anos para minha formação tanto pessoal quanto profissional.

Aos colegas de classe, que me acolheram de forma admirável, assim como receberam os outros alunos transferidos, proporcionando momentos inesquecíveis que me ajudaram a chegar até aqui.

À minha dupla de clínica, Bruna Sales, que esteve comigo desde o início do curso, pela amizade e pelo aprendizado mútuo.

Aos participantes da pesquisa, por terem dedicado seus preciosos minutos voluntariamente, pelo interesse, pelo apoio e pela confiança depositada.

SUMÁRIO

CAPA DO ARTIGO

RESUMO

1	INTRODUÇÃO	9
2	MATERIAL E MÉTODOS	12
3	RESULTADOS	13
4	DISCUSSÃO	18
5	CONCLUSÃO	22
	REFERÊNCIAS	23
	ABSTRACT	30
	APÊNDICES	31
	ANEXOS	33

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DO CONTROLE DE HIGIENE ORAL EM
PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**
KNOWLEDGE AND PRACTICE OF ORAL HYGIENE CONTROL IN HOSPITALIZED
PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS

OLIVEIRA, Larissa Silva ¹

CAVALCANTI, Sérgio d'Avila Lins Bezerra ²

Considerações Iniciais: Esse artigo será submetido à Revista Abeno e, portanto, foi formatado de acordo com as normas da revista.

Endereço para correspondência:

Sérgio d'Avila Lins Bezerra Cavalcanti

Av. Das baraúnas, 351

Fone: (083) 3315.3326

Email: davila2407@hotmail.com

Larissa Silva Oliveira

Rua Acrísio Borges, 370, Ed. Itaguaí - apt 202 - Brisamar

CEP:58033-180

Fone: (83) 88264812

Email: larissa.oliv@yahoo.com.br

¹ Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

² Professor pós doutor do Departamento de Odontologia Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

CONHECIMENTO E PRÁTICA DO CONTROLE DE HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

OLIVEIRA, Larissa Silva ¹

CAVALCANTI, Sérgio d'Avila Lins Bezerra ²

RESUMO

O paciente hospitalizado frequentemente apresenta sua saúde debilitada, sua recuperação está diretamente relacionada à atuação de uma equipe multiprofissional que impede a propagação de infecções para outros órgãos e sistemas. Embora a literatura comprove que as alterações orais podem gerar alterações sistêmicas, nem todas as equipes hospitalares dispõem de um cirurgião-dentista. Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar o conhecimento e prática da higiene oral realizada nos pacientes internados em UTIs. Foi realizado um estudo transversal com 60 profissionais, que atuam em hospitais do Distrito Sanitário II, que responderam a um questionário composto de dados sociodemográficos e questões sobre a higiene oral de pacientes hospitalizados. Com base nos dados obtidos, verificou-se que há um profissional responsável pela higiene oral dentro das UTIs dos hospitais avaliados, contudo, nenhum hospital contava com a presença do cirurgião-dentista. Apesar de ser relatado como um procedimento de rotina realizado três vezes ao dia, foi verificado que não há protocolo de higiene oral. Além disso, a maior parte dos profissionais afirmou não ter realizado treinamento ou curso quanto à higiene oral, apesar da maioria dos participantes se sentir capaz e/ou seguro de realizá-la. Diante desses fatos, evidencia-se a importância da inclusão do dentista na equipe multidisciplinar em UTIs, contribuindo para o bem estar e dignidade do paciente, com a inclusão de protocolos de higiene oral, como também na melhoria da qualidade assistencial.

DESCRITORES: Higiene bucal. Saúde bucal. Unidade de Terapia Intensiva. Equipe hospitalar de Odontologia.

¹ Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

² Professor pós doutor do Departamento de Odontologia Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

1 INTRODUÇÃO

Pacientes hospitalizados, frequentemente, apresentam saúde debilitada, demandando maior dedicação da equipe profissional.³⁴ A condição oral altera a evolução e a resposta ao tratamento médico de doenças sistêmicas e, em sentido inverso, as doenças sistêmicas comprometem a saúde oral por vários fatores, necessitando o paciente do permanente acompanhamento do cirurgião-dentista.⁷

No ambiente hospitalar os cuidados diários de higiene geral e oral são atribuições da equipe de enfermagem. O cirurgião-dentista tem um importante papel na capacitação da equipe auxiliar hospitalar para a realização de uma higiene oral eficaz e adequada às particularidades apresentadas por cada paciente. Cabe também ao dentista, o monitoramento e avaliação das medidas preventivas instituídas como rotina hospitalar.¹³

Dentre os profissionais que atuam em terapia intensiva, os profissionais de enfermagem exercem funções importantes no atendimento direto e na recuperação dos pacientes internados. Por não serem priorizadas no cotidiano destes profissionais, protocolos de saúde oral e a implementação de cuidados nesta área têm sido estudados e discutidos em muitos países, visando prevenir o aparecimento de infecção na cavidade oral.⁴³

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) os pacientes têm um aumento do risco de contrair infecção por estarem com o estado clínico comprometido, ou seja, apresentam alterações no sistema imunológico.⁴⁹ O paciente entubado possui maiores riscos pois a cavidade oral está em contato com outros instrumentais como fitas, afastadores bucais, tubos, entre outros. A posição do tubo e dos outros materiais de suporte podem obstruir a visualização da cavidade oral e limitar o acesso influenciando negativamente no processo de higiene.⁵⁰

Com o grande progresso das pesquisas na área da saúde, um novo conceito, cada vez mais evidente, fortalece a inter-relação da doença periodontal com doenças sistêmicas.³⁹ A proximidade anatômica destas microfloras com a corrente sanguínea pode facilitar a propagação de bactérias.²⁸ A incidência de periodontite aumenta significativamente o risco de várias patologias, como a aterosclerose, enfarto cardíaco, derrame cerebral, complicações do diabetes, aumento do risco do feto nascer com baixo peso e endocardite bacteriana. E, em sentido inverso, a algumas patologias como diabetes, imunodeficiências, distúrbios renais e câncer

colocam o indivíduo em alto risco de doenças bucais como a cárie dental, gengivite, periodontites e mucosite devido a um aumento de suscetibilidade do paciente.⁷

Assim como o tratamento de doenças sistêmicas pode provocar efeitos indesejáveis na cavidade oral. Existem medicamentos que causam alteração do fluxo salivar como anti-histamínicos, hipotônicos, antidepressivos, tranquilizantes, anticolinérgicos, neurolépticos, reguladores de apetite, antiparkinsonianos, anti-hipertensivos e os diuréticos. Nesses casos, o cirurgião-dentista tem condições de alertar os pacientes e a equipe hospitalar sobre a ação dos medicamentos na cavidade oral, contribuindo para prevenções de enfermidades bucais.²⁹

Dentre as doenças sistêmicas, as que acumulam mais evidências científicas da sua relação com as periodontais, são as doenças respiratórias.³⁴ Muitas pesquisas afirmam que pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva têm maior prevalência de colonização de patógenos respiratórios em seus dentes e mucosa bucal que pacientes não hospitalizados. A falta de adequada higiene oral, nestes pacientes, otimiza as condições de crescimento bacteriano podendo promover interações bacterianas entre bactérias nativas da placa e patógenos respiratórios, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de doenças respiratórias.³

A cavidade oral tem sido considerada um potente reservatório para os patógenos respiratórios e a pneumonia nosocomial considerada a segunda infecção mais comum, representando aproximadamente de 10 a 15% do total de infecções adquiridas em hospitais, sendo que 20 a 50% dos pacientes afetados morrem por causa da infecção.⁴⁰

A pneumonia por aspiração é o tipo mais comum de pneumonia nosocomial, é uma infecção prevalente, de alto custo e representa uma significativa causa de morbidade e mortalidade. Esse tipo de pneumonia nosocomial tem como principal via de ocorrência a aspiração de conteúdos da orofaringe. A higiene oral é um importante fator no combate desse tipo de pneumonia nosocomial, pois a placa bacteriana pode atuar como reservatório de patógenos respiratórios.^{41,25}

A higiene oral atualmente prestada na UTI pode ser ineficaz em remoção da placa dental e patógenos respiratórios da orofaringe dos pacientes ventilados.⁵ Quando essa prática é realizada de maneira eficiente e em intervalos regulares é possível realizar a remoção mecânica de microorganismos, hidratar, higienizar e ativar a circulação da mucosa e tecidos da cavidade oral. As soluções usadas na

realização da técnica são pouco conhecidas e, sua importância pouco difundida aos profissionais da área que atuam diretamente na aplicação e realização de higiene oral.²

Portanto, os cuidados com o equilíbrio e a autorregulação do organismo de um indivíduo no meio hospitalar exigem o trabalho de profissionais de diversas áreas da saúde, inclusive do cirurgião-dentista. A Odontologia Hospitalar permite um melhor desempenho no compromisso de assistência ao paciente, uma vez que a prática visa os cuidados das alterações bucais que demandam intervenções de equipes multidisciplinares nos atendimentos de alta complexidade.^{17,1}

Apesar de estar claro na literatura científica sobre a importância da higiene oral para a saúde integral do organismo, a presença do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais das UTIs tem sido negligenciada.³²

A Odontologia Hospitalar é um assunto bastante atual, que vem sendo debatido desde 2008, após o surgimento do projeto de lei 2776/2008 na Câmara dos Deputados. Esse projeto, que encontrava-se na Comissão de Constituição de Justiça e de Cidadania (CCJC), recentemente teve o parecer aprovado e segue agora para o Senado e Sanção presidencial. O projeto tem como proposta tornar obrigatória a presença de um cirurgião-dentista nas unidades hospitalares.⁹

Estudos sobre o controle de infecção oral em pacientes hospitalizados podem contribuir para que o projeto de lei seja mais rapidamente sancionado, já que nesses são constatados que é indispensável à presença do cirurgião-dentista nas unidades hospitalares, atuando juntamente com a equipe multidisciplinar visando assim a melhoria da qualidade assistencial.

Entre as contribuições do projeto de lei podem ser destacadas a diminuição do tempo de internações, diminuição do uso de medicamentos, aumento do número de vagas disponíveis nas UTIs, aumento do mercado de trabalho da Odontologia, diminuição de custo e bem-estar do paciente.⁹

A elaboração desse estudo se faz necessária devido à existência de poucos trabalhos acadêmicos que abordem essa temática. Analisar e pesquisar sobre esse tema possibilita uma reflexão maior sobre a importância da introdução desses cirurgiões-dentistas em ambientes hospitalares, resultando assim na contratação desses profissionais mesmo antes do projeto de lei ser sancionado e na

conscientização da classe médica da importância dessa contratação para saúde dos seus pacientes.

Diante disso, o objetivo desse estudo foi avaliar o conhecimento e prática de higiene oral realizada em pacientes internados UTIs.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal com uma abordagem indutiva, com procedimento estatístico-descritivo, por meio de aplicação de questionários direcionados aos profissionais de saúde em hospitais que possuem UTIs.

O município conta com uma população de 385.213 habitantes, tem uma área total de 594,182 km² e segundo dados da Secretaria de Saúde, possui 14 hospitais, sendo que destes 4 são públicos e 10 privados.^{24,33} O município é dividido em 6 distritos sanitários, destes o distrito II é o que apresenta o maior número de hospitais (09 hospitais: 06 privados e 03 públicos).

Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba - COREN o município apresenta 4.682 profissionais inscritos, sendo 1.258 enfermeiros e 2.637 técnicos.

O Distrito Sanitário II é composto por 09 hospitais, sendo 06 privados e 03 públicos. Por não possuírem UTI, 02 hospitais não fizeram parte da pesquisa. Dos 07 hospitais restantes, 04 concordaram em participar através do Termo de Autorização Institucional. Dessa forma, 04 hospitais (03 públicos e 01 privado) assinaram o termo de autorização institucional e foram incluídos no estudo.

Do universo composto por 60 profissionais de enfermagem (11 enfermeiros e 49 técnicos), 41 concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Previamente à coleta de dados, foi testado o instrumento de pesquisa por meio de um estudo piloto, com 10 % da amostra, objetivando testar a metodologia do instrumento de coleta dos dados.

Foram seguidas as determinações da Resolução CNS/MS 196/96, a qual regulamenta a ética na pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba.

Após a coleta de dados, esses foram processados através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 22.0, no qual foram obtidos as distribuições absolutas e percentuais.

3 RESULTADOS

Foram registradas 19 perdas (31,66%) por recusa, assim, a análise dos resultados foi feita com base em 68,33%(N=41) dos profissionais.

Dentre os profissionais avaliados, 19,5% (n=8) são enfermeiros e 80,5%(N=33) técnicos de enfermagem. Como mostra a Tabela 1, 36,6% (N=15) dos profissionais que responderam ao questionário tinham idade entre 30 e 39 anos. Dentre os profissionais, 90,2% eram do sexo feminino. Além disso, a maior frequência de experiência profissional encontrada foi a de (58,5%) profissionais de enfermagem que trabalham há mais de 10 anos.

Tabela 1. Características sociodemográfica dos profissionais de enfermagem.

Variável	N(%)
Idade	
18 a 29 anos	8 (19,5)
30 a 39 anos	15 (36,6)
40 a 49 anos	14 (34,1)
50 a 59 anos	3 (7,3)
60 anos ou mais	1 (2,4)
Sexo	
Feminino	37 (90,2)
Masculino	3 (7,3)
Não registrado	1 (2,4)
Profissão	
Enfermeira(o)	8 (19,5)
Técnico(a)	33 (80,5)
Experiência	
De 1 a 5 anos	9 (22,0)
De 5 a 10 anos	8 (19,5)
Mais de 10 anos	24 (58,5)
Total	41 (100,0)

Tabela 2.Características do Hospital quanto ao tipo, presença do Cirurgião-dentista em âmbito hospitalar e a realização de higiene oral.

Variável	N(%)
Tipo de hospital	
Privada	5 (12,2)
Pública	36 (87,8)
Existe um cirurgião-dentista responsável pela saúde oral dos pacientes?	
Sim	0 (0)
Não	38 (92,7)
Não sei	3 (7,3)
Quem é o profissional responsável pela higiene oral dos pacientes em UTI?	
Enfermeiro(a)	0 (0)
Técnico(a)	41 (100,0)
Existe um protocolo de higiene oral?	
Sim	11 (26,8)
Não	26 (63,4)
Não sei	4 (9,8)
É fornecido material para a sua realização?	
Sim	25 (61,0)
Não	14 (34,1)
Não sei	2 (4,9)
Qual a substância utilizada?	
Gluconato de clorexidina a 0,12%	12 (29,3)
Triclosan	3 (7,3)
Nenhum, somente gaze	8 (19,5)
Outro	17 (41,5)
Não registrado	9 (2,4)
Com que frequência se executa a higiene oral dos pacientes em UTI?	
Uma vez ao dia	1 (2,4)
Duas vezes ao dia	9 (22,0)
Três vezes ao dia	25 (61,0)
Outro	6 (14,6)
Total	41 (100,0)

Conforme mostra a Tabela 2, a maioria, 87,8% (n=36) trabalham em hospitais públicos. Com relação à presença de um Cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar, que 92,68% dos profissionais responderam não dispõem de

cirurgião-dentista. Contudo, todos os profissionais (100%) afirmaram que havia um profissional responsável pelo controle de infecção oral dentro dos hospitais avaliados, sendo ele o técnico de enfermagem.

Variável	N(%)
Você realizou algum curso ou treinamento para realizar essa higiene?	
Sim	7 (17,1)
Não	33 (80,5)
Não registrado	1 (2,4)
Você se sente seguro/capaz para exercer tal função?	
Sim	33 (80,5)
Não	7 (17,1)
Não registrado	1 (2,4)
Você acha necessário a existência de um protocolo de higiene oral em hospitais?	
Sim	39 (95,1)
Não	1 (2,4)
Não registrado	1 (2,4)
Você considera a saúde oral do paciente importante para a sua recuperação?	
Sim	40 (97,6)
Não	0 (0)
Não registrado	1 (2,4)
Total	41 (100,0)

Os participantes foram questionados se a unidade em que trabalhavam tinha um protocolo de higiene oral a ser seguido. Como apresenta a Tabela 2, 63,4%(N=26) afirmaram que não existia protocolo de higiene oral disponível.

Dos entrevistados, 61% (N=25) afirmaram existir no hospital material disponível para a realização da higiene oral nos pacientes. Dentre os profissionais de enfermagem, 41,5% (N=17) afirmaram que utilizavam outras substâncias para realizar a higiene oral, entre eles o cloreto de cetilpridínio (Cepacol®) e o soro fisiológico. Quanto à frequência de higiene oral foi visto que 61% dos participantes afirmaram que realizavam a intervenção oral três vezes ao dia.

Quando questionados sobre as situações as quais levariam o profissional a realizar uma intervenção oral, a maioria dos profissionais (82,9%) responderam que realizavam sempre, não havendo uma situação específica. Logo em seguida, 14,6%

dos profissionais responderam que realizavam intervenção oral quando havia alguma alteração visual e 14,6% quando havia necessidade de suporte ventilatório (Gráfico 1).

Na avaliação dos conhecimentos em relação à saúde oral, 80,5% (N=33) afirmaram não ter recebido informações sobre saúde oral (Tabela 3). Quando questionados, 80,5%(N=33) dos participantes afirmaram se sentir seguros/capazes de realizar tal função. A necessidade da existência de um protocolo de higiene oral no hospital, foi reconhecida por 95,1%(N=39) dos profissionais. Para 97,6%(N=40) da equipe de enfermagem, a saúde oral influencia na saúde sistêmica do paciente, sendo muito importante para sua recuperação.

Foi identificado que 34,1%(N=14) julgam importante a presença do Cirurgião-dentista em ambientes hospitalares, pois poderia atuar de forma mais específica, conforme ilustra o Gráfico 2.

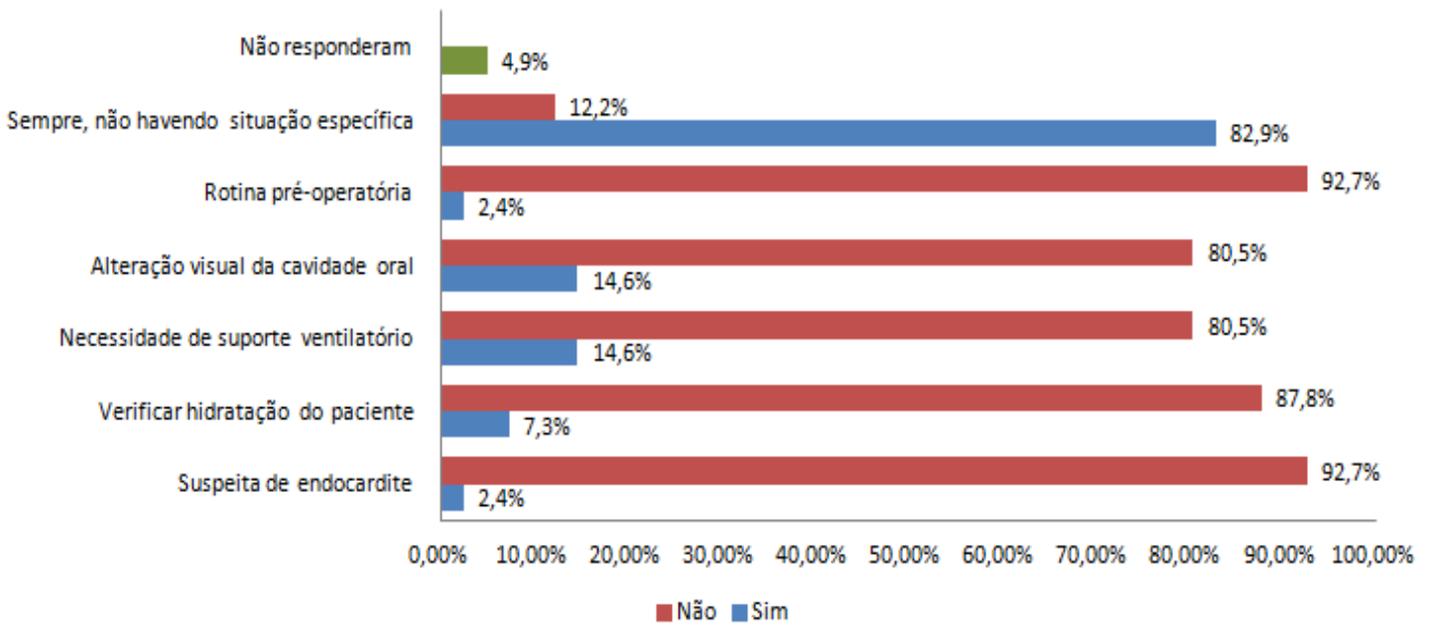


Gráfico 1. Situações as quais levariam a realizar intervenção oral nos pacientes.

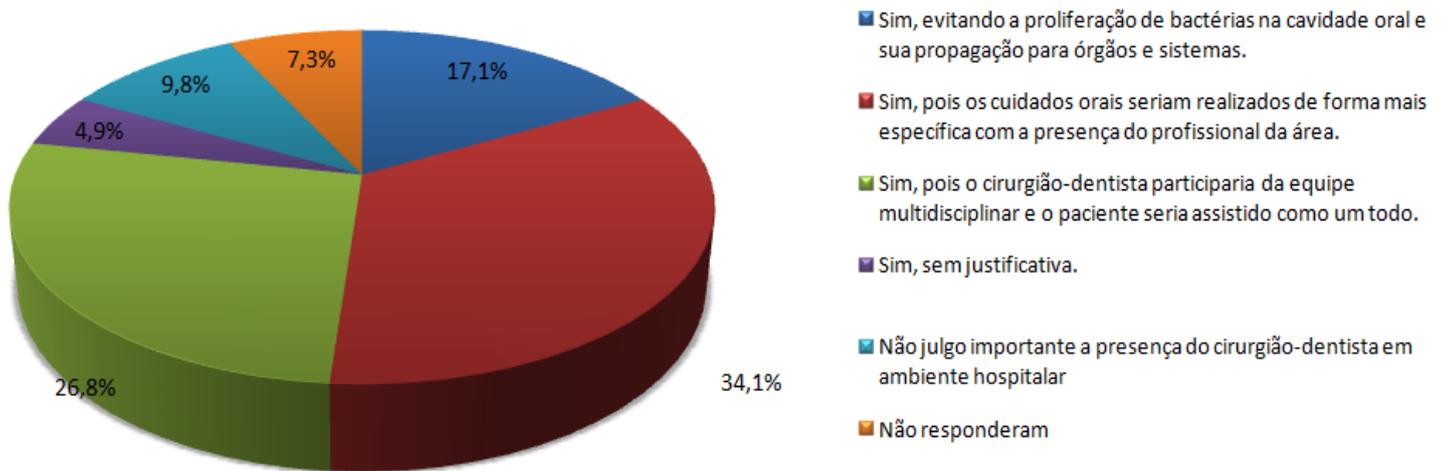


Gráfico 2. Percentual de profissionais, segundo a importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar.

4 DISCUSSÃO

Embora a presença do cirurgião-dentista seja considerada importante pela maioria dos entrevistados (82,9%), todos os participantes relataram que esse profissional não se encontra presente nas unidades hospitalares. Semelhante ao estudo realizado por Araújo *et al.*² (2009). A importância da presença do cirurgião-dentista em hospitais é evidente em uma pesquisa no qual as práticas de higiene oral realizada por enfermeiros foram relatadas como inconsistente e altamente variável.⁵⁰

A higiene oral é uma atribuição da equipe de enfermagem, é dela a responsabilidade de garantir o cuidado diário de higiene, inclusive a higiene oral.¹⁰ Nesse estudo, todos os participantes afirmaram que a higiene oral era responsabilidade do técnico de enfermagem. Deve-se ressaltar que atualmente existe a profissão dos técnicos em saúde oral (TSB), que poderiam exercer esta função, diminuindo a sobrecarga das atividades da equipe de enfermagem.¹³

Apesar de alguns participantes afirmarem que existe um protocolo de higiene oral no hospital em que trabalham, foi observado, que tanto o tipo de substância utilizada quanto a frequência das intervenções orais variou entre os participantes da mesma instituição. Assim como Soh *et al.*⁴⁵ (2012) relatou que a frequência e o método de higiene oral variou entre os enfermeiros na mesma unidade. Sugere-se que as várias práticas entre enfermeiros demonstram que há uma necessidade de se ter um protocolo de higiene oral padronizado pelo menos entre os profissionais de uma mesma instituição.

Cutler *et al.*¹¹ (2005) constatou que houve um aumento na frequência do cuidado oral após a implementação de um protocolo de higiene oral. Logo, a falta de protocolos padronizados faz com que a higiene oral dos pacientes seja realizada com menor frequência e os enfermeiros realizem a higiene oral de acordo com as suas preferências particulares.^{35,11}

A maior parte dos profissionais de enfermagem (61%) afirmou que o hospital fornece material para realização de higiene oral, corroborando com um estudo realizado por Binkley *et al.*⁵ (2004). Em contrapartida, no estudo realizado por Munro *et al.*³⁶ (2004), mais da metade dos profissionais afirmaram que o hospital não fornece material para realização da intervenção oral. Deste modo, é importante considerar que a disponibilidade de materiais e equipamentos para o atendimento ao

paciente podem afetar significativamente a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.³⁶

Quanto à substância utilizada na realização da higiene oral em UTI, apenas 29,3% afirmaram utilizar gluconato de clorexidina a 0,12%. Diferente de autores, que relataram na literatura, que o gluconato de clorexidina foi utilizado pela maioria (61%) dos enfermeiros entrevistados.¹⁴

Embora haja uma falta de orientações específicas que abordem a higiene oral adequada, a literatura científica contém muitos comentários e relatórios que sugerem as intervenções baseadas em evidências de impacto nos resultados dos pacientes.⁴⁷ De acordo com estudos^{16,19,30,31,38,42,48}, a clorexidina vem sendo eleita como o antisséptico de escolha em protocolos de higiene oral em UTIs. A clorexidina é um potente antimicrobiano, possui amplo espectro de ação, alta substantividade, mecanismo de ação não específico, não possui toxicidade sistêmica e nem efeitos teratogênicos. Além do mais, Fourrier et al.¹⁵ (2000) relatou que a descontaminação com a clorexidina diminuiu em 70% o crescimento do biofilme dental.

Dentre as pesquisas, em relação a concentração da clorexidina utilizada, alguns autores^{12,19,23,44,6,46,42} escolheram como droga experimental em seus estudos a clorexidina a 0,12%, entretanto, outros^{15,16,37} preferiram o uso de clorexidina a 0,2% e apenas alguns estudos^{27,48} optaram pela concentração a 2%. Dados sugerem que o uso da clorexidina em altas concentrações apresenta maior possibilidade de ocorrer reações adversas^{30, 22,31}.

A efetividade da solução oral de gluconato de clorexidina a 0,12%, comparado ao Listerine (mistura fenólica), foi testada como meio de diminuir a colonização bacteriana do trato respiratório, a taxa de pneumonia foi 71% menor no grupo de pacientes em que foi utilizado o gluconato de clorexidina para limpeza das superfícies da cavidade oral no pré e pós-operatório.²³

Apesar menos de 10% dos profissionais afirmarem utilizar o triclosan como substância no momento da higiene oral, é visto, na literatura, que o mesmo possui efeitos colaterais constatados como mancha nos dentes, gosto amargo na boca, sensação de queimação e injúrias ao tecido bucal.¹⁸

Os antissépticos tópicos são o método de escolha na higienização desses pacientes, porque ao contrário dos antibióticos, não há preocupação com o desenvolvimento de resistência microbiana e/ou mudanças na microflora oral, além

disso, por sua não especificidade agem rapidamente em variados sítios de ação^{5,6,19} Entretanto, investigações futuras são necessárias para determinar a concentração ideal de uso, forma de apresentação, frequência e técnica de aplicação mais adequadas.⁴

Viana *et al.*⁵¹ (2010) sugere que a opção por determinado produto, intervenção e técnica aplicada encontra-se baseada no conhecimento empírico e na disponibilidade momentânea de material na instituição do que em evidências científicas, avaliação e individualização do cuidado ao paciente.

Quanto a frequência do controle de infecção oral em pacientes em UTI, a maior porcentagem encontrada foi a de 61% dos profissionais que afirmaram realizar a higiene oral três vezes ao dia. Já Grap *et al.*²⁰ (2003) relataram que a maioria dos entrevistados (75%) afirmaram realizar higiene oral duas ou três vezes por dia para pacientes não entubados e 72% afirmaram realizar de 5 vezes por dia ou mais em pacientes entubados.

Com relação às situações levariam os profissionais de enfermagem a realizar a intervenção oral, a maioria (82,9%) respondeu que realizava sempre, não havendo uma situação específica, o que mostra que é uma atividade de rotina na UTI.

Quando questionados sobre realização de algum curso ou treinamento para realização da higiene, um expressivo percentual de profissionais (80,5%) afirmaram que não receberam informações sobre higiene oral. Resultados semelhantes foram encontrados, em uma pesquisa, em que a maioria dos auxiliares de enfermagem alegou não ter recebido instruções sobre os cuidados com a higiene oral nos pacientes.⁸ Já no estudo realizado por Araújo *et al.*² (2009), foi relatado que 42% dos profissionais receberam algum certo conhecimento a respeito do assunto.

Apesar da maior parte dos profissionais não terem realizado curso ou treinamento quanto a higiene oral, apenas 17,1% se sentem inseguros ou incapazes de realizar tal função. Diferindo do que é encontrado literatura, em que 91,4% dos auxiliares de enfermagem assumiram necessitar de mais informações sobre cuidados específicos com a saúde oral, o que sugeriu que as disciplinas específicas sobre odontologia nos cursos preparatórios dos auxiliares de enfermagem são insuficientes.¹³

Com relação à importância da saúde oral para saúde sistêmica, 97,6% consideraram a higiene oral importante para recuperação do paciente. Sabe-se que

a saúde oral é parte integrante da saúde geral e a ausência de uma condição de normalidade oral pode ocasionar complicações futuras para pacientes debilitados em ambientes hospitalares.²¹ No que diz respeito ao conhecimento da relação saúde oral/saúde-geral, o estudo realizado por Araújo *et al.*² (2009) evidencia que os profissionais de enfermagem tem conhecimento sobre essa inter-relação, pois 99% dos entrevistados concordaram com a afirmativa de que uma infecção na boca pode fazer com que a saúde do resto do corpo seja prejudicada.²

É necessário que a integração entre os profissionais da saúde seja uma realidade dentro dos hospitais e que os conhecimentos, antes restritos a uma especialidade da saúde, sejam debatidos e discutidos com todos os profissionais que compõem a equipe de assistência ao paciente, levando em conta que este será o mais favorecido.

Este estudo apresentou como limitação a recusa imediata de alguns hospitais que possivelmente tiveram receio de expor os métodos de higiene oral utilizados na UTI do estabelecimento ou, até mesmo, por falta de interesse quanto ao assunto proposto. Aqueles que não recusaram a realização do projeto de imediato, se mostraram relutantes na sua análise, solicitando mudanças e prolongando o prazo da análise do projeto, tornando impossível sua participação na pesquisa. Além disso, no momento da aplicação dos questionários, alguns profissionais de enfermagem se mostraram receosos, não preenchendo o questionário completo ou os campos em que fazia referência a dados pessoais e ao estabelecimento.

Diante dos resultados encontrados e considerando as limitações do estudo, é sugerido que sejam realizadas outras pesquisas com uma abordagem qualitativa e estudos longitudinais para evidenciar uma avaliação mais precisa das percepções dos profissionais de enfermagem quanto à saúde oral de seus pacientes.

Com base nos dados obtidos, pode-se concluir que o conhecimento sobre a cavidade oral e sua relação com a saúde sistêmica encontra-se bem difundido entre a classe de enfermagem. Verificou-se haver uma pessoa responsável pelo controle de infecção oral dentro dos hospitais avaliados, contudo, nenhum hospital contava com a presença do cirurgião-dentista para realização ou inspeção dessa função.

Foi visto que a higiene oral é um procedimento de rotina nos hospitais, no entanto, foi verificado a não existência de qualquer protocolo de higiene oral nessas unidades, pois os profissionais que trabalhavam na mesma instituição tinham

respostas divergentes quanto a substância utilizada e a frequência de execução. A existência de várias práticas de higiene oral em UTI, implica que há necessidade da implantação de protocolos de higiene padronizados nas UTIs, com técnicas e ferramentas adequadas para a realização dos cuidados orais.

Para manter a saúde oral em níveis satisfatórios, são necessárias modificações nos cuidados realizados pelas equipes de enfermagem. Diante desses fatos, evidencia-se a importância da inclusão do dentista na equipe multiprofissional hospitalar, pois além de implantar um protocolo a ser seguido, os pacientes seriam assistidos de forma geral e específica. Faz-se necessário a conscientização da classe médica quanto aos benefícios advindos da incorporação deste profissional à equipe hospitalar.

5 CONCLUSÃO

Levando em consideração a metodologia empregada no estudo e os resultados obtidos, pôde-se concluir:

- Os profissionais tem conhecimento sobre a relação da higiene oral com a condição sistêmica mas realizam técnicas de acordo com suas preferências e disponibilidade de material.
- O técnico de enfermagem é o profissional responsável pela higiene oral nas UTIs dos hospitais avaliados.
- Nenhum hospital dispõe de cirurgião-dentista para realização ou inspeção dessa função.
- A maior parte dos profissionais relataram que realizam a higiene oral três vezes ao dia, utilizando Cepacol ou soro fisiológico.
- Não existe um protocolo de higiene oral nessas unidades.
- A maioria dos participantes se sentem capazes e/ou seguros de realizar a higiene oral.

REFERÊNCIAS

1. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Junior IRG. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev. bras. odontol. [internet]. 2012 jan/jun [acesso em 02 dez 2012]; 69(1):90-3. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/269/282>
2. Araújo RJGD, Oliveira LCGD, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. Rev. bras. ter. intensiva. [internet] 2009. [acesso em 02 dez 2012]; 21(1):38-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100006
3. Araújo RJGD, Vinagre NPL, Sampaio JMS. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. Acta Scientiarum. Health Sciences [internet] 2009. [acesso em 15 abr 2013]; 31(2): 153-157. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/6181/6181>.
4. Beraldo CC, Andrade D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. J Bras Pneumol [internet] 2008. [acesso em 15 abr 2013]; 34(9):707-714. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000900012
5. Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. American journal of infection control [internet] 2004. [acesso em 22 mai 2013]; 32(3):161-169. Disponível em: http://ohnep.org/sites/default/files/publications/Brinkley_Furr_Carrico_McCurren_Survey%20of%20Oral%20Care%20Practices%20in%20US%20intensive%20Care%20Units.pdf
6. Bopp M, Darby M, Loftin KC, Broscious S. Effects of Daily Oral Care with 0.12% Chlorhexidine Gluconate and a Standard Oral Care Protocol on the Development

- of Nosocomial Pneumonia in Intubated Patients: A Pilot Study. *J of Dent Hyg.* 2006; 80(3):1-13.
7. Camargo E. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia bucomaxilofacial. *Jornal do site-odonto.* [internet] 2005 mai. [acesso em 02 fev 2013]; 7(98). Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>
 8. Chung JP, Mojon P, Budtz-Jorgensen E. Dental care of elderly in nursing homes: perceptions of managers, nurses, and physicians. *Spec Care Dent.* 2000;20(1):12-7.
 9. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados (Brasil). Projeto de Lei 2776/2008. [acesso em 17 abr 2013] Autor: Neilton Mulim- PR/RJ. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>
 10. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Lei n.º 7498/86 de 1986 art. 13, regulamentação do exercício de enfermagem e de outras providências. [acesso em 02 dez 2012]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.
 11. Cutler CJ, Davis N. Improving oral care in patients receiving mechanical ventilation. *American Journal of Critical Care.* 2005;14(5):389-394.
 12. Deriso AJ, Ladowski JS, Dillon TA, Justice JW, Peterson AC. Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. *CHEST Journal.* 1996; 109(6):1556-1561.
 13. Faiçal AMB, Mesas AE. Cuidados com a saúde bucal de pacientes hospitalizados: conhecimento e práticas dos auxiliares de enfermagem. *Espaço saúde* [internet] 2008. [acesso em 12 abr 2013];10(1):1-6. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v10n1/Artigo%201%20-%20referente%20ao%2063-%202008.pdf>.

14. Feider LL, Mitchell P, Bridges E. Oral Care Practices for Orally Intubated Critically Ill Adults. *American Journal of critical care*. 2010;19(2).
15. Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive care medicine*. 2000;26(9):1239-1247.
16. Fourrier F, Dubois D, Pronnier P, Herbecq P, Leroy O, et al. Effect of gingival and dental plaque antiseptic decontamination on nosocomial infections acquired in the intensive care unit: a double-blind placebo-controlled multicenter study. *Critical care medicine*. 2005;33(8):1728-1735.
17. França S. A participação do cirurgião-dentista nos centros hospitalares. *Revista APCD*. [internet] São Paulo, 2011. [acesso em 02 dez 2012]; 65(5):326-331. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/anexos/revista/r65-5.pdf>
18. Gebran MP, Gebert AP. Controle químico e mecânico de placa bacteriana. *Tuiuti Ciência e Cultura*. [internet] 2002. [acesso em 20 jul 2013]; 26(3):45-57. Disponível em: http://utp.br/tuiuticienciaecultura/ciclo_2/FCBS/FCBS%2026/PDF/art%2005.pdf.
19. Genuit T, Bochicchio G, Napolitano LM, McCarter RJ, Roghman MC. Prophylactic chlorhexidine oral rinse decreases ventilator-associated pneumonia in surgical ICU patients. *Surgical infections*. 2001; 2(1):5-18.
20. Grap MJ, Munro CL, Ashtiani B, Bryant S. Oral Care Interventions in Critical Care: Frequency and Documentation. *American Journal of critical care*. 2003;12(2).
21. Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes melitus: a two way relationship. *Annals of Periodontology*. 1998;3(1):51-61.
22. Herrera BS, Mendes GIAC, Porto RM, Rigato HM, Moreira LD, Muscará MN, et al. O Papel da Clorexidina no Tratamento de Pacientes com Gengivite no Distrito de São Carlos do Jamari – RO. *Rev. Periodontia*. 2007;17(4):60-64.

23. Houston S, Hougland P, Anderson JJ, LaRocco M, Kennedy V, Gentry LO. Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *American Journal of Critical Care*. 2002;11(6):567-570.
24. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [internet] Censo demográfico 2010. [acesso em 01 mai 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
25. Kahn S, Sardenberg E, Silva LR, Machado WAS, Alves J. Pneumonia por aspiração associada à doença periodontal; Aspiration pneumonia associated with periodontal disease. *Rev. bras. odontol*. 2003;60(4):244-6.
26. Kite K. Changing mouth care practice in intensive care: Implications of the clinical care setting context. *Intensive Crit Care Nurs*. 1995;11(4):203-209.
27. Koeman M, Van der ven AJ, Hak E, Joore HC, Kassjager KS, Boten MJ. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. Países Baixos, 2006; 173: 1348-1355.
28. Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clinical Microbiology Reviews* [internet]. 2000 [acesso em 13 jan 2013]; 13(4):547-558. Disponível em: <http://cmr.asm.org/content/13/4/547.long>
29. Lima LS. Fatores associados à condição de saúde bucal de pacientes internados em hospitais públicos do município de Natal-RN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2009. Programa de pós-graduação em odontologia.
30. Lindhe J. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 3ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
31. Marinho BVS, Araújo ACS. O Uso dos Enxaguatórios Bucais sobre a Gengivite e o Biofilme Dental. *Inter J of Dentistry*. Recife, 2007;6(4):124-131.
32. Martins MTF. *Odontologia Hospitalar Intensiva: Interdisciplinaridade e Desafios*. Sociedade Mineira de Terapia Intensiva.[internet] 2009.[acesso em 02 dez 2012]

- Disponível em:
http://www.somiti.org.br/pesquisa/17_Odontologia%20nas%20UTIsok.pdf.
33. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande. Lista de Hospitais de Campina Grande, 2013.
34. Morais TMND, Silva AD, Avi ALRO, Souza PHRD, Knobel E, Camargo LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Ter Intensiva. [internet] 2006. [acesso em 13 mai 2013];18(4):412-417. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/16>
35. Moss J. New oral care routine eliminates VAP at Florida hospital. ICP rep. [internet] 2004. [acesso em 20 jul 2013];9(1). Disponível em: http://www.sageproducts.com/documents/pdf/education/studies_articles/vap/ICP_New_Oral_Care_Routine_Eliminates_VAP_at_Florida_Hospital.pdf
36. Munro CL, Grap MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. American Journal of critical care. [internet] 2004. [acesso em 23 jul 2013]; 13(1):25-34. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/13/1/25.full>
37. Panchabhai TS, Dangayach NS, Krishnan A, Kothari VM, Karnad DR. Oropharyngeal Cleansing with 0.2% Chlorhexidine for Prevention of Nosocomial Pneumonia in Critically Ill Patients. An Open-Label Randomized Trial With 0.01% Potassium Permanganate as Control. Chest Journal. 2009;135(5):1150-1156.
38. Pineda LA, Saliba RG, El Solh AA. Effect of oral decontamination with chlorhexidine on the incidence of nosocomial pneumonia: a meta-analysis. Critical Care. [internet] 2006. [acesso em 23 jul 2013]; 10(1):35. Disponível em: <http://ccforum.com/content/10/1/R35>.
39. Rose LE, Genco RJ, Mealey BL, Cohen DW. Medicina Periodontal. 1. ed. São Paulo: Santos, 2002.
40. Sannapieco F. Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias. Rose LE, Genco RJ, Mealey BL, Cohen DW. Medicina Periodontal. 1. ed. São Paulo: Santos, 2002.

41. Scannapieco F, Mylotte J. Relationships between periodontal disease and bacterial pneumonia. *Journal of periodontology*. 1996. 67(10):1114-1122.
42. Scannapieco F, Yu J, Raghavendran K, Vacanti A, Owens S, Wood K, et al. A randomized trial of chlorhexidine gluconate on oral bacterial pathogens in mechanically ventilated patients. *Crit Care*, Buffalo NY. 2009;13(4):1-12.
43. Schneid JL, Berzoini LP, Flores O, Cordon JAP. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. *Comun. ciênc. saúde*. [internet] 2007. [acesso em 05 jul 2013];18(4):297-306. Disponível em: http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_4art04.pdf.
44. Segers P, Speekenbrink RG, Ubbink DT, Van Ogtrop ML, Bas A. Prevention of Nosocomial Infection in Cardiac Surger by Decontamination of the Nasopharynx and Oropharynx with Chlorhexidine Gluconate: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, Países Baixos. 2006;296(20):2460-2466.
45. Soh KL, Ghazali SS, Soh KG, Raman RA, Abdullah SSS, Ong SL. Oral care practice for the ventilated patients in intensive care units: a pilot survey, *The Journal of Infect Dev Ctries* 2012; 6(4):333-339.
46. Sona CS, Zack JE, Schallom ME, McSweeney M, McMullen K, Thomas J, et al. The impact of a simple, low cost oral care protocol on ventilator-associated pneumonia rates in a surgical intensive care unit. *J Intens Care Med*. 2009; 24(1):54-62.
47. Stiefel KA, Damron S, Sowers NJ, Velez L. Improving oral hygiene for the seriously ill patient: implementing research-based practice. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2000; 9(1):40-3.
48. Tantipong H, Morkchareonpong C, Songyod J, Visanu T. Randomized controlled trial and meta-analysis of oral decontamination with chlorhexidine solution for the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Infect Control Hosp Epidemiol*. Tailândia, 2008; 29(2):131-136.
49. Toledo GB, Cruz ICD. The importance of the oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection - Systematic Literature Review.

Journal of Specialized Nursing Care [internet] 2009. [acesso em 20 mai 2013];2(1). Disponível em:
<http://www.uff.br/jsncare/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2009.2047/453>

50. Treloar DM, Stechmiller JK. Use of a clinical assessment tool for orally intubated patients. American Journal of Critical Care. 1995;4(5):355-360.
51. Viana RA, Whitaker IY. Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências. Grupo A, 2010.

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF ORAL HYGIENE CONTROL IN HOSPITALIZED PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNITS

OLIVEIRA, Larissa Silva¹

CAVALCANTI, Sérgio d'Avila Lins Bezerra²

ABSTRACT

The hospitalized patient often presents an impaired health, requiring special care, his recovery is directly related to the work of a multidisciplinary team that prevents the spread of infection to other organs and systems. Although the literature confirms that the oral changes could generate systemic changes, not all hospital teams have a dentist. Therefore, the aim of this study was to evaluate the knowledge and practice of oral hygiene performed in ICUs patients. Was made a cross-sectional study with 60 professionals, who act in hospitals of the second sanitary district, and answered a questionnaire consisting of demographic data and questions about oral hygiene of patients hospitalized. Based on the data obtained, it was found to have a professional responsible for oral infection control in the evaluated hospitals, however, no hospital had the dentist. Despite being reported as a routine procedure performed three times a day, it was verified that there is not oral hygiene protocol. Furthermore, most of the professionals reported not having done a training or course about oral hygiene, although most participants feel able and/or safe to perform it. Given these facts, it is clear the importance of the inclusion of the dentist in multidisciplinary ICUs, contributing to the welfare and dignity of the patient, with the inclusion of oral hygiene protocols, and also in improving quality of care.

DESCRIPTORS: Oral hygiene. Oral Healthy. Intensive Care Units. Hospital Dental Staff.

¹ Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba.

² Professor pós doutor do Departamento de Odontologia Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

APÊNDICE A - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, RG nº _____ em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Conhecimento e prática do controle de infecção oral nos pacientes internados em unidades de terapia intensiva de Campina Grande”. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho terá como objetivo geral avaliar o conhecimento e prática dos profissionais que realizam a higiene oral nos pacientes internados em UTIs nos hospitais.
- Ao voluntário só caberá a autorização para responder o questionário e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Contatos: (083) 3315.3326 - Prof. Dr. Sérgio d’Avila L.B. Cavalcanti
(083) 8826.4812 - larissa.oliv@yahoo.com.br - Larissa Silva Oliveira

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

			UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA	QUESTIONÁRIO N° ____
INFORMACÕES GERAIS				
1. Idade <input type="checkbox"/> 1- 18a 29 anos <input type="checkbox"/> 2- 30 a 39 anos <input type="checkbox"/> 3- 40 a 49 anos <input type="checkbox"/> 4- 50 a 59 anos <input type="checkbox"/> 5- 60 ou mais	2. Gênero <input type="checkbox"/> 1- Feminino <input type="checkbox"/> 2- Masculino	3. Profissão <input type="checkbox"/> 1- Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/> 2- Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> 3- Outra. Qual? _____	4. Tempo de Profissão <input type="checkbox"/> 1- Menos de 01 ano. <input type="checkbox"/> 2- Entre 01-05 anos. <input type="checkbox"/> 3- Entre 5-10 anos. <input type="checkbox"/> 4- Mais de 10 anos.	
NESSE HOSPITAL...				
4. Existe um cirurgião-dentista responsável pela saúde oral dos pacientes? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Não Sei	5. Quem é o profissional responsável pela higiene oral dos pacientes em UTI? <input type="checkbox"/> 1- Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2- Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 3- Cirurgião-dentista	6. Existe um protocolo de higiene oral? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Não Sei	7. É fornecido material para a sua realização? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Não Sei	
8. Qual a substância utilizada? <input type="checkbox"/> 1- Gluconato de clorexidina a 0,12% <input type="checkbox"/> 2- Triclosan <input type="checkbox"/> 3- Nenhuma, somente gaze. <input type="checkbox"/> 4- Outra. Qual(is)? _____	9. Com que frequência se executa a higiene oral dos pacientes em UTI? <input type="checkbox"/> 1- Uma vez ao dia <input type="checkbox"/> 2- Duas vezes ao dia <input type="checkbox"/> 3- Três vezes ao dia <input type="checkbox"/> 4- Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 5- Nenhuma vez <input type="checkbox"/> 6- Outro. _____	10. Marque a(s) situação(ões) em que é(são) realizada(s) intervenção oral nos pacientes internados? <input type="checkbox"/> Suspeita de endocardite <input type="checkbox"/> Verificar hidratação do paciente <input type="checkbox"/> Necessidade de suporte ventilatório <input type="checkbox"/> Alteração visual na cavidade oral <input type="checkbox"/> Rotina pré-operatórios <input type="checkbox"/> Sempre, não havendo uma situação específica.		
EXPERIÊNCIA E OPINIÃO				
11. Você realizou algum curso ou treinamento para realizar essa higiene? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	12. Você se sente seguro/capaz para exercer tal função? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não			
13. Você acha necessário a existência de um protocolo de higiene oral em hospitais? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	14. Você considera a saúde oral do paciente importante para a sua recuperação? <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não			
15. Você julga importante a presença do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar? Por que? _____ _____ _____ _____				

ANEXO A - NORMAS DA REVISTA

I. Missão - A Revista da ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico é uma publicação semestral que tem como missão primordial contribuir para a obtenção de indicadores de qualidade do ensino Odontológico, respeitando os desejos de formação discente e capacitação docente, com vistas a assegurar o contínuo progresso da formação profissional e produzir benefícios diretamente obtidos para a coletividade. Visa também produzir junto aos especialistas a reflexão e análise crítica dos assuntos da área em nível local, regional, nacional e internacional.

II. Originais - Os originais deverão ser redigidos em português ou inglês e digitados na fonte Arial tamanho 12, em página tamanho A4, com espaço 1,5 e margem de 3 cm de cada um dos lados, perfazendo o total de no máximo 17 páginas, incluindo quadros, tabelas e ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) ou no máximo 25.000 caracteres contando os espaços.

III. Ilustrações - As ilustrações (gráficos, desenhos, esquemas, fotografias etc.) deverão ser limitadas ao mínimo indispensável, apresentadas em páginas separadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. As respectivas legendas deverão ser concisas e localizadas abaixo e precedidas da numeração correspondente. Nas tabelas e nos quadros a legenda deverá ser colocada na parte superior. As fotografias deverão ser fornecidas em mídia digital, em formato tif ou jpg, tamanho 10 x 15 cm, em no mínimo 300 dpi. Não serão aceitas fotografias em Word ou Power Point. Deverão ser indicados os locais no texto para inserção das ilustrações e de suas citações.

IV. Encaminhamento de originais - Solicita-se o encaminhamento dos originais de acordo com as especificações descritas no item II para o endereço eletrônico www.abeno.org.br. A submissão "on-line" é simples e segura pelo padrão informatizado disponível no site, no ícone "Revista Online". Somente opte pelo encaminhamento pelo correio diante da necessidade de publicação de ilustrações em formato tif/jpg e alta resolução (veja especificações no item III). Endereço: REVISTA DA ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico - ABENO Nacional - Rua Pernambuco, 540 - 10 andar - Clínica Odontológica da UEL - Centro - Londrina - PR - CEP: 86020-120

V. A estrutura do original

1. Cabeçalho: Quando os artigos forem em português, colocar título e subtítulo em português e inglês; quando os artigos forem em inglês, colocar título e subtítulo em inglês e português. O título deve ser breve e indicativo da exata finalidade do trabalho e o subtítulo deve contemplar um aspecto importante do trabalho.

2. Autores: Indicação de apenas um título universitário e/ou uma vinculação à instituição de ensino ou pesquisa que indique a sua autoridade em relação ao assunto.

3. Resumo: Representa a condensação do conteúdo, expondo metodologia, resultados e conclusões, não excedendo 250 palavras e em um único parágrafo.

4. Descritores: Palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).

5. Texto: Deverá seguir, dentro do possível, a seguinte estrutura:

a) Introdução: Introdução: deve apresentar com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com os outros trabalhos na mesma linha ou área. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e quando possível substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, onde certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados. Lembre-se que trabalhos e resumos de teses devem sofrer modificações de forma a se apresentarem adequadamente para a publicação na Revista, seguindo e rigorosamente as normas aqui publicadas.

b) Material e métodos: a descrição dos métodos usados deve ser suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição do trabalho, não sendo extensa. Técnicas já publicadas, a menos que tenham sido modificadas, devem ser apenas citadas (obrigatoriamente).

c) Resultados: deverão ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

d) Discussão: deve ser restrita ao significado dos dados obtidos, resultados alcançados, relação do conhecimento já existente, sendo evitadas hipóteses não fundamentadas nos resultados.

e) Conclusões: devem estar baseadas no próprio texto.

f) Referências bibliográficas;

g) Agradecimentos (quando houver).

6. Abstract: Resumo do texto em inglês. Sua redação deve ser paralela à do resumo em português.

7. Descriptors: Versão dos descritores para o inglês. Para sua determinação, consultar a lista de “Descritores em Ciências da Saúde - DeCS” (<http://decs.bvs.br>) (no máximo 5).

8. Referências bibliográficas: Devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normatizadas de acordo com o Estilo Vancouver, conforme orientações publicadas no site da “National Library of Medicine” (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Para as citações no corpo do texto deve-se utilizar o sistema numérico, no qual são indicados no texto somente os números-índices na forma sobrescrita. A citação de nomes de autores só é permitida quando estritamente necessária e deve ser acompanhada de número-índice e ano de publicação entre parênteses. Todas as citações devem ser acompanhadas de sua referência bibliográfica completa e todas as referências devem estar citadas no corpo do texto. As abreviaturas dos títulos dos periódicos deverão estar de acordo com o “List of Journals Indexed in Index Medicus” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>). A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores.

VI. Endereço: E-mail, telefone e fax de todos os autores. Obs.: Qualquer alteração de endereço, telefone ou e-mail deve ser imediatamente comunicada à Revista.

UNIVERSIDADE ESTADUAL
DA PARAÍBA - UEPB / PRÓ-
REITORIA DE PÓS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Conhecimento e prática do controle de higiene oral nos pacientes internados em unidades de terapia intensiva de Campina Grande-Pb

Pesquisador: SERGIO DAVILA LINS BEZERRA CAVALCANTI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17422613.4.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB / Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 343.694

Data da Relatoria: 05/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto é intitulado: ζ CONHECIMENTO E PRÁTICA DO CONTROLE DE HIGIENE ORAL NOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE CAMPINA GRANDE-PB ζ . O presente estudo é para fins de desenvolvimento da pesquisa e elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. Será realizado um estudo transversal. Utilizar-se-á uma abordagem indutiva, com procedimento estatístico-descritivo, através da observação direta, por meio de aplicação de questionários direcionados aos profissionais que trabalham em UTIs de hospitais públicos e privados no município de Campina Grande. Esta pesquisa será realizada por meio de um questionário especificamente elaborado para anotação de dados relativos ao estudo, contendo duas partes: uma contendo os dados sócio-demográficos dos respondentes e a outra informações sobre a realização de higiene bucal dos hospitalizados.

Objetivo da Pesquisa:

Tem como objetivo geral "Avaliar o conhecimento e prática dos profissionais que realizam a higiene oral nos pacientes internados em UTIs nos hospitais ζ

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

presente estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa; por outro lado, do ponto de vista

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL
DA PARAÍBA - UEPB / PRÓ-
REITORIA DE PÓS



Continuação do Parecer: 343.694

político, social e científico, vislumbramos várias perspectivas de benefícios que poderão advir a partir dos resultados obtidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente proposta de estudo é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente Pesquisa de Iniciação Científica, estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade-competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Odontologia, dentre outras áreas afins do saber científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação solicitada foi anexada.

Recomendações:

Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador e Colegiado. Diante do exposto, não necessita de recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Atende a todas as exigências protocolares do CEP mediante Avaliador e Colegiado.

CAMPINA GRANDE, 30 de Julho de 2013

**Assinador por: Doralúcia
Pedrosa de Araújo
(Coordenador)**

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

