



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

JÉSSICA ANTONIANA LIRA E SILVA

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
QUANTO A DOENÇA PERIODONTAL E SUA INTERRELAÇÃO COM ALTERAÇÕES
SISTÊMICAS

CAMPINA GRANDE-PB

2014

JÉSSICA ANTONIANA LIRA E SILVA

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
QUANTO A DOENÇA PERIODONTAL E SUA INTERRELAÇÃO COM ALTERAÇÕES
SISTÊMICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de graduação em Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba (Campus I)
em cumprimento às exigências para a obtenção
do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Renata de Souza
Coelho Soares

CAMPINA GRANDE-PB

2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586c Silva, Jéssica Antoniana Lira e.
Conhecimento de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto a doença periodontal e sua interrelação com alterações sistêmicas [manuscrito] / Jessica Antoniana Lira e Silva. - 2014.
54 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.
"Orientação: Profa. Dra. Renata de Souza Coelho Soares, Departamento de Odontologia".

1. Periodontia. 2. Unidades de Terapia Intensiva. 3. Infecções Respiratórias. I. Título.

21. ed. CDD 617.632

JÉSSICA ANTONIANA LIRA E SILVA

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
QUANTO A DOENÇA PERIODONTAL E SUA INTERRELAÇÃO COM ALTERAÇÕES
SISTÊMICAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de graduação em Odontologia da
Universidade Estadual da Paraíba (Campus I)
em cumprimento às exigências para a obtenção
do grau de bacharel em Odontologia.

Aprovado em: 22/07/2014

BANCA EXAMINADORA

Renata de S. Coelho Soares

Prof.ª Dra. Renata de Souza Coelho Soares - UEPB
Orientadora

Carlos Frederico de Moraes Sarmiento

Prof. Dr. Carlos Frederico de Moraes Sarmiento - UEPB
Banca Examinadora

Carmem Dolores de Sá Catão

Prof.ª Dra. Carmem Dolores de Sá Catão - UFCG
Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico esta, bem como todas as minhas demais conquistas, aos meus amados pais Auricélia e Gregório, e aos meus irmãos Bruno e Emanuel.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida, sabedoria, saúde, coragem e fé.

Aos meus pais, **Auricélia e Gregório**, pois deles recebi o dom mais precioso do universo: a vida. Por isso já seria infinitamente grata, porém, eles não se contentaram em presentear-me apenas com ela, revestiram-se de amor, carinho e dedicação que me transformaram na pessoa que sou hoje e abriram as portas do meu futuro com o estudo. Muito obrigada por serem os meus exemplos de dignidade, perseverança e respeito e por me ensinarem o que é família. Vocês que sempre me fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente. Se pudesse fazê-los eternos, eternos os faria. Minha imensa gratidão vai além de um muito obrigado, amo-os imensuravelmente! Essa vitória é principalmente de vocês.

Ao meu esposo, **Wallace**, por compartilhar comigo as alegrias e os momentos difíceis, pelo carinho, apoio, paciência e incentivo que me dispensou em todos os momentos.

À minha querida professora orientadora **Renata** pelo apoio, amizade, compreensão, dedicação, por todo o conhecimento adquirido, pela oportunidade, paciência e confiança em mim depositada. Obrigada pelos ensinamentos científicos e orientação que me fizeram crescer pessoalmente e profissionalmente.

À **Universidade Estadual da Paraíba, à coordenação e aos funcionários do departamento de Odontologia** pela generosidade, auxílio, confiança e dedicação. Em especial a professora **Denise** e ao funcionário **Alexandre**, o muito obrigado é pouco por tamanha competência. Guardarei com carinho essa “escola” que me ensinou mais do que a Odontologia.

A todos os professores que contribuíram e enriqueceram meus conhecimentos durante esses anos, pela competência e por serem exemplos de profissionais e mestres.

Ao meu companheiro de pesquisa, **Ernani**, sem o qual este trabalho não teria sido realizado.

Aos meus colegas de trabalho **Iris, Luciana, Ricardo, Ivan, Auxiliadora, Ernandez, Joseval e Adeilton** por serem compreensivos, escutarem minhas angústias, medos, planos e me incentivarem sempre.

EPÍGRAFE

“Tenho a impressão de ter sido uma criança brincando à beira-mar, divertindo-me em descobrir uma pedrinha mais lisa ou uma concha mais bonita que as outras, enquanto o imenso oceano da verdade continua misterioso diante de meus olhos”. (Isaac Newton)

RESUMO

Pesquisas científicas têm evidenciado a relação entre doença periodontal (DP) e alterações sistêmicas, como doenças respiratórias. O objetivo desta pesquisa foi avaliar o conhecimento de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) quanto à doença periodontal e sua relação com alterações sistêmicas, principalmente infecções respiratórias. A pesquisa foi realizada com 225 profissionais de quatro hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde da cidade de Campina Grande-PB. Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário estruturado contendo dados biodemográficos e informações acerca da doença periodontal (DP) e sua relação com alterações sistêmicas. O tamanho da amostra foi calculado utilizando-se um erro de 5% e intervalo de confiança de 95%. Após obtenção do universo amostral (242 profissionais), uma amostra mínima de 216 indivíduos foi calculada, participando, ao final da pesquisa, um total de 225 profissionais. Os dados foram registrados no SPSS 20.0 e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, considerando-se um nível de significância de 5%. Os resultados evidenciaram que, quanto aos fatores de risco da DP, 89,7% da amostra citou que a má higiene bucal está relacionada à ocorrência da DP; a presença de bactérias e a cárie dentária foram citadas por 81,7% e 67,1%, respectivamente. O único fator que apresentou diferença estatisticamente significativa foi o fator bactérias ($p=0,001$). O fator genético foi considerado fator de risco da DP por 34,2%. Ao serem questionados se a placa bacteriana de pacientes internados em UTI poderia ser reservatório para microrganismos associados à pneumonia hospitalar, 16,9% discordaram ou não sabiam responder, o restante concordou sendo que 70,2% concordaram totalmente. 23,6% concordaram que há associação entre DP e parto prematuro. Quanto à interrelação entre DP e diabetes, houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p=0,000$), dos que concordaram a maior porcentagem foi de médicos (82,4%). O conhecimento da amostra foi parcialmente satisfatório, sendo necessário que estes profissionais recebam orientações quanto a DP, bem como sua relação com as alterações sistêmicas.

Palavras-chave: Periodontia; Unidades de Terapia Intensiva; Infecções Respiratórias.

ABSTRACT

Scientific studies have shown the relationship between periodontal disease (PD) and systemic changes, such as respiratory diseases. The objective of this research was to evaluate the knowledge of professionals Intensive Care Units (ICUs) and periodontal disease and its relationship to systemic changes, especially respiratory infections. The survey was conducted with 225 four professionals under the Unified Health System of Campina Grande-PB hospitals. To collect the data we used a structured questionnaire containing Biodemographic data and information about periodontal disease (PD) and its relationship to systemic changes. The sample size was calculated with an error of 5% and a confidence interval of 95%. After obtaining (242 professionals) sample universe, a minimum sample of 216 individuals was calculated by taking part at the end of the survey, a total of 225 professionals. Data were recorded in SPSS 20.0 and analyzed using descriptive and inferential statistics, considering a significance level of 5%. The results showed that, with respect to risk factors for PD, 89.7% of the sample cited that poor oral hygiene is related to the occurrence of PD; the presence of bacteria and tooth decay were cited by 81.7% and 67.1%, respectively. The only factor that showed a statistically significant difference was the bacterial factor ($p = 0.001$). The genetic factor has been considered a risk factor for 34.2% of PD. When asked if the plaque in ICU patients could be a reservoir for microorganisms associated with nosocomial pneumonia, 16.9% disagreed or did not know how to answer, the rest being agreed that 70.2% agreed completely. 23.6% agreed that there is an association between periodontal disease and preterm birth. Regarding the interrelation between PD and diabetes, a statistically significant difference between categories ($p = 0.000$), of which the largest percentage was agreed to physicians (82.4%). The knowledge of the sample was partially satisfactory, it is necessary that they receive professional guidance PD and their relationship to systemic changes.

Keywords: Periodontics; Intensive Care Units; Respiratory Infections.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição absoluta e percentual segundo as características sócio demográficas dos profissionais participantes do estudo.....	21
TABELA 2- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a questão: Você sabe o que é Doença Periodontal?.....	22
TABELA 3- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a questão: Gingivite e periodontite são estágios diferentes da doença periodontal. Que condição é mais séria?.....	23
TABELA 4- Distribuição absoluta e percentual dos fatores citados pelos profissionais que estão relacionados à ocorrência da doença periodontal (DP).....	24
TABELA 5- Avaliação do nível de conhecimento dos profissionais considerando o somatório (valor mínimo e máximo) das 7 assertivas apresentadas no questionário.....	28
TABELA 6- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: Sangramento gengival e mobilidade dental são sinais de doença periodontal.....	29
TABELA 7- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: Uma boa condição periodontal é importante para a saúde geral.....	30
TABELA 8- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: Escovar os dentes e usar fio dental diariamente é essencial para a manutenção da saúde periodontal.....	31

TABELA 9- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: A placa bacteriana de pacientes internados em UTI pode servir de reservatório para microrganismos associados à pneumonia bacteriana.....32

TABELA 10- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: Pacientes hospitalizados portadores de doença periodontal apresentam risco aumentado de desenvolverem pneumonia hospitalar.....33

TABELA 11- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: Existe associação entre doença periodontal e parto prematuro.....35

TABELA 12- Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: O tratamento da doença periodontal contribui para o melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos.....37

LISTA DE SIGLAS E SÍMBOLOS

DP: Doença Periodontal

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

VM: Ventilação Mecânica

PN: Pneumonia Nosocomial

PAVM: Pneumonia Aspirativa por Ventilação Mecânica

HUAC: Hospital Universitário Alcides Carneiro

FAP: Fundação Assistencial da Paraíba

PPT: Parto Pré-Termo

DM: Diabetes Mellitus

‰: Porcento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA.....	18
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
4 CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ..	45
APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO	47
ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	49
ANEXO B- AUTORIZAÇÕES INSTITUCIONAIS DOS HOSPITAIS	51

1 INTRODUÇÃO

A doença periodontal (DP) é uma afecção bucal de natureza infecciosa-inflamatória e etiologia multifatorial, associada a um fator determinante, o biofilme dental, e a fatores predisponentes e modificadores, sendo caracterizada como uma doença indivíduo e sítio-específica, que evolui continuamente com períodos de exacerbação e remissão. Além disso, a resposta do hospedeiro apresenta um papel fundamental na instalação e progressão da doença, podendo ser influenciada por fatores de risco, biológicos e comportamentais (ALMEIDA et al, 2006; BARILLI et al, 2006).

A possível associação entre doença periodontal e doenças sistêmicas foi postulada há mais de 100 anos e muitos estudos foram realizados depois, porém, somente nas últimas décadas tem sido evidenciada uma relação significativa entre ambas (SOUZA; ANDRADE; OLIVEIRA, 2012).

As pesquisas em medicina periodontal têm alcançado alguns resultados que confirmam a associação entre doença periodontal e alterações sistêmicas; o que evidencia a importância do diagnóstico precoce e tratamento imediato das doenças periodontais evitando progressão das mesmas com prejuízo à saúde geral dos pacientes (WESTPHAL, 2008).

Apesar das duas doenças bucais mais comuns – cárie dentária e DP – serem de natureza infecciosa, a possibilidade de bacteremias nas periodontopatias é maior, devido à proximidade dos agentes infecciosos e de seus subprodutos ao tecido conjuntivo e seus componentes vasculares. Evidências das últimas décadas comprovam que a DP pode levar à disseminação sistêmica das bactérias orais e de mediadores inflamatórios, sendo estes mediadores capazes de iniciar ou manter os mecanismos associados ao desenvolvimento de doenças sistêmicas crônicas (KARNOUTSOS et al., 2008).

As manifestações clínicas da doença periodontal são dependentes das propriedades agressoras dos microrganismos e da capacidade do hospedeiro em resistir à agressão. Estudos relacionados à patogênese da DP têm verificado que a agressão microbiana proveniente do biofilme dental é capaz de produzir uma resposta imune imediata no hospedeiro, levando a alterações inflamatórias iniciais e a liberação de citocinas inflamatórias, e de proteínas de fase aguda. Portanto, aparentemente, o principal mecanismo pelos quais os periodontopatógenos influenciam outras doenças no organismo é o próprio quadro inflamatório sistêmico decorrente da infecção periodontal crônica (ALMEIDA et al, 2006; WESTPHAL, 2008).

A Odontologia tem direcionando seus estudos visando avaliar a influência da doença periodontal sobre alterações como doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e intercorrências gestacionais (parto pré-termo e nascimento de bebês de baixo peso), entre outras (KAHN et al, 2010; LIMA et al, 2011). Com essa visão à luz da medicina periodontal, os avanços científicos trazem subsídios para acreditar na contribuição significativa do tratamento odontológico, especificamente a intervenção periodontal, na prevenção e/ou melhoria da condição sistêmica principalmente no paciente crítico (GADELHA, ARAÚJO, 2011).

Frequentemente os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), encontram-se sob ventilação mecânica (VM) com intubação orotraqueal, modalidade esta, em que o paciente permanece com a boca aberta, provocando a secura da mesma (xerostomia), e favorecendo o aumento da saburra lingual e do biofilme sobre os dentes. Quando pacientes são entubados pela boca, o tubo tem acesso direto às vias respiratórias inferiores, proporcionando a entrada mecânica das bactérias da boca para os pulmões, podendo causar pneumonia (SCHLESENER; ROSA; RAUPP, 2012).

Os fatores de risco para a pneumonia nosocomial (PN) incluem idade superior a 70 anos, intubação orotraqueal e/ou ventilação mecânica, depressão do nível de consciência, broncoaspiração de microrganismos da orofaringe, macro e microaspiração de secreção traqueobrônquica, uso de sondas ou de cânula nasogástrica, traqueostomia, permanência em posição supina, manipulação e transporte do paciente pela equipe hospitalar. Salienta-se que pacientes internados apresentam quadros clínicos como imunocomprometimento, diminuição do fluxo salivar, decréscimo do reflexo da tosse e deficiência na capacidade de higiene bucal e corporal (PINHEIRO et al, 2007; AMARAL, CORTÊS, PIRES, 2009).

Um dos fatores de risco mais importantes para a pneumonia aspirativa por ventilação mecânica (PAVM) é a colonização microbiana da orofaringe. Os tubos endotraqueais atravessam a cavidade oral durante a intubação, podendo proporcionar um percurso contínuo de bactérias orais para dentro do pulmão (MUNRO; GRAP, 2004). Desta forma, o tubo endotraqueal cria um ambiente único para a dispersão de bactérias patogênicas. O posicionamento do dispositivo através da boca e na traquéia, não só compromete os mecanismos de defesa, mas também inadvertidamente cria um canal direto para os microrganismos da orofaringe a via aérea inferior (ISAKOW; KOLLEF, 2006).

Considerando que o biofilme dental é um reservatório permanente de microrganismos patogênicos, a DP é capaz de agravar uma condição sistêmica pré-existente e influenciar o

curso de infecções respiratórias (como as pneumonias). A aspiração de microrganismos da cavidade bucal e da orofaringe para o trato respiratório inferior é a via mais comum de infecção respiratória, e quando associada à deficiência no sistema imune do hospedeiro para eliminar as bactérias infectantes, resulta em elevadas taxas de morbidade e mortalidade (AMARAL, CORTÊS, PIRES, 2009; GADELHA, ARAÚJO, 2011).

Muitos mecanismos de plausibilidade biológica têm sido descritos para estabelecer uma relação entre os microrganismos bucais e a patogênese das pneumonias (WESTPHAL, 2008). Os vírus, organismos atípicos, micobactérias, ou fungos patogênicos entram no trato respiratório através da inalação, porém a infecção provocada por bactérias ocorrem normalmente pela aspiração de microrganismos patogênicos com subsequente colonização no trato respiratório inferior (GARCIA, 2005).

Considerando as doenças pulmonares crônicas e sua relação com a doença periodontal, destaca-se que ambas possuem os microrganismos anaeróbios Gram-negativos como fator etiológico determinante, levando a uma resposta imunológica e inflamatória com consequente liberação de substâncias biológicas ativas pelo hospedeiro (MACEDO et al, 2010).

Para Sato (2009) alguns mecanismos propostos para correlacionar a condição bucal associada à DP com a patogênese das infecções respiratórias são: a aspiração de patógenos orais para o pulmão; a atuação de enzimas associadas à DP produzindo modificações na superfície da mucosa, com consequente adesão e colonização de patógenos respiratórios; a destruição da película salivar protetora contra bactérias patogênicas frente à atividade das enzimas associadas a DP; e por fim, propõe-se que citocinas originadas da DP podem produzir alterações no epitélio respiratório, promovendo consequentemente a infecção pelos patógenos respiratórios.

O início da pneumonia bacteriana é influenciado pela colonização da cavidade oral e orofaringe por potenciais patógenos respiratórios. A aspiração de reduzidas quantidades de saliva é um mecanismo fisiológico normal; no entanto, pacientes com alteração de consciência realizam-no mais frequentemente e em maiores quantidades (ALMEIDA et al, 2006).

Os pacientes hospitalizados portadores de afecções sistêmicas muitas vezes se encontram totalmente dependentes de cuidados, portanto, impossibilitados de manter uma higienização bucal adequada, necessitando do suporte de profissionais da saúde para esta e outros tipos de tarefas. A aquisição e manutenção da saúde bucal, além de uma maior integração da odontologia e da medicina visando o tratamento global dos pacientes, se fazem

necessárias em virtude da interferência direta da recuperação total do paciente (GOMES; ESTEVES, 2012).

Craven (2000) relata que em pacientes de UTI, a orofaringe torna-se mais suscetível à colonização devido à exposição aos microrganismos resistentes, tratamento com antibióticos, redução da secreção salivar, ressecamento da mucosa bucal, diminuição da IgA salivar, mucosites e o acúmulo de secreções causadas pela existência do tubo endotraqueal e/ou nasogástrica. Munro e Grap (2004) destacam que os mecanismos imunes que podem desempenhar um papel no aumento da susceptibilidade à infecção da mucosa oral em pessoas imunocomprometidas incluem diminuição dos níveis de IgA e lactoferrina.

A higiene oral em UTI é considerada um procedimento básico e indispensável, cujo objetivo é manter a cavidade bucal dos pacientes saudável. Cuidados orais são necessários para obter e manter a limpeza, prevenir infecções e estomatites, manter a mucosa oral úmida e promover conforto ao paciente. Deste modo, é de suma relevância a realização de higiene bucal antes de iniciar as manobras de intubação e também a sua manutenção durante o período em que o paciente estiver sob VM, devendo-se realizar treinamentos com os profissionais que atuam nas UTIs para execução correta dos protocolos de higiene, que devem, ao menos, atender a eficaz limpeza dos dentes, gengiva, bochecha e língua, com material apropriado, zelando pela saúde dos pacientes e prevenindo deste modo o desenvolvimento de infecções (SCHLESENER; ROSA; RAUPP, 2012).

A difusão dos conhecimentos de odontologia preventiva e o uso de recursos específicos de higiene bucal são medidas sugeridas como tentativas de solucionar as dificuldades na manutenção da saúde bucal e no tratamento das doenças bucais que afetam a saúde geral dos pacientes hospitalizados, bem como são essenciais para reduzir o tempo de permanência hospitalar do paciente (BRITO, VARGAS, LEAL, 2007; AMARAL, CORTÊS, PIRES, 2009; ARAÚJO et al., 2009; GOMES, ESTEVES, 2012).

A literatura sobre a odontologia na prática interdisciplinar, especificamente em UTIs, é recente no Brasil havendo restritas menções de dentistas atuando nesse setor, em contradição com muitos outros países. Entretanto, em virtude do crescimento do número de pesquisas científicas no ramo da odontologia relacionando alterações bucais com tantas outras alterações orgânicas, ocorre um concomitante aumento de interesse pela chamada “odontologia hospitalar” (ARAÚJO et al, 2009).

A odontologia cada vez mais se insere como um fator de importância fundamental, principalmente quando se trata da melhora da saúde sistêmica do paciente, através de uma

atuação em conjunto com uma equipe multidisciplinar, devido ao entendimento de que uma boa saúde começa e se mantém pela boca (SOUZA; ANDRADE; OLIVEIRA, 2012). Esta se faz necessária na avaliação da presença de biofilme bucal, doença periodontal, presença de cáries, lesões bucais precursoras de infecções virais e fúngicas sistêmicas, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados (RABELO; QUEIROZ; SANTOS, 2010). É de extrema importância a participação de um profissional dentista na equipe multiprofissional de uma UTI, para avaliar e acompanhar o acometimento da saúde bucal dos pacientes, em especial os pacientes em modalidade de VM (SCHLESENER; ROSA; RAUPP, 2012).

O projeto de lei n.º 2.776-B, de 2008, estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das UTIs para os cuidados da saúde bucal do paciente e dá outras providências (BRASIL, 2008). Teve sua redação aperfeiçoada pela Comissão de Seguridade Social e Família através do Projeto de Lei nº 363, de 2011, com alterações mínimas e foi aprovado unanimemente por esta comissão. A Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania considerou o projeto constitucional, jurídico e de boa técnica legislativa. Atualmente este se encontra aguardando retorno do Senado Federal.

Considerando a relevância do tema exposto, a presente pesquisa teve como objetivo avaliar o conhecimento de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em UTIs de hospitais do município de Campina Grande-PB quanto à doença periodontal e a sua interrelação com alterações sistêmicas, principalmente infecções respiratórias.

2 METODOLOGIA

Esta pesquisa caracterizou-se como um estudo do tipo transversal, desenvolvido através da aplicação de questionários nas UTIs de quatro hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde no município de Campina Grande-PB (Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Hospital Universitário Alcides Carneiro, Hospital Antônio Targino e Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba).

O universo compreendeu profissionais de saúde que atuavam em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), incluindo médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e auxiliares/ técnicos de enfermagem dos hospitais mencionados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: ser profissional de saúde enquadrado em alguma das categorias citadas e que atuassem em UTIs adulto dos hospitais e que concordassem em participar da pesquisa, lendo e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Foram adotados como critério de exclusão os profissionais que não se enquadrassem nas categorias profissionais mencionadas e que não atuassem em UTIs adulto dos hospitais participantes do estudo.

A amostra foi obtida através de um cálculo amostral após levantamento do universo (n= 242) de profissionais atuantes nas UTIs desses hospitais.

Para o cálculo amostral utilizou-se a seguinte fórmula (ALVES, 2006):

$$n_0 = \frac{P \cdot (1 - P)}{\left(\frac{d}{z}\right)^2} \cdot deff$$

Onde:

n_0 = tamanho da amostra; P = proporção de indivíduos a ser estimada; d = erro de amostragem; z = valor na curva normal reduzida correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação de P; $deff$ = efeito do delineamento.

Desta maneira, destacam-se os seguintes esclarecimentos:

A proporção (P) estimada nos subgrupos populacionais foi de 50% (P=0,50) por ser a variabilidade máxima para a obtenção de tamanhos de amostras conservadoras; o erro de amostragem (d) admitido foi de 5% (d=0,05); o nível de confiança aplicado foi de 95%, aplicou-se o valor (z) de 1,96; o efeito do delineamento $deff$ foi igual a 2,0.

Ao tamanho amostral ideal obtido (n_0) foi acrescido 20% para compensar possíveis perdas, obtendo-se um valor de 216 profissionais.

Em relação aos aspectos éticos, por envolver seres humanos, este estudo seguiu a norma 196/96 do CNS (Conselho Nacional de Saúde) que regulamenta a pesquisa em humanos. Para que pudesse ser realizado, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), sob CAAE nº 22807813.7.0000.5187 (ANEXO A).

A coleta de dados ocorreu após obtenção das autorizações institucionais (ANEXO B), onde os diretores dos hospitais firmavam ciência, concordância e autorização para a realização da pesquisa no âmbito de cada uma das instituições participantes. Após esta etapa, a equipe de pesquisadores dirigiu-se às unidades hospitalares devidamente identificados, portando a documentação de identificação legal da pesquisa, a carta de autorização da direção da instituição e os questionários para a realização da pesquisa.

Inicialmente foi realizado um estudo piloto (novembro de 2013) com 24 profissionais, referentes a 10% da amostra com o intuito de verificar se a metodologia empregada para a pesquisa tinha sido elaborada de forma satisfatória aos objetivos do estudo, e verificar se seria necessária a realização da adequação das técnicas utilizadas, além de treinar os pesquisadores para uma melhor obtenção dos resultados.

Após essa etapa, procedeu-se à coleta dos dados para a pesquisa, a qual foi realizada entre os meses de dezembro de 2013 a abril de 2014, por meio da aplicação de um questionário adaptado a partir dos instrumentos utilizados nas pesquisas realizadas por FAIÇAL, MESAS (2008), AMARAL et al. (2009), BASTOS et al. (2011) e OWENS et al. (2011). O questionário foi formulado procurando-se fazer menção aos assuntos mais significativos para o desenvolvimento deste estudo, uma vez que os profissionais estariam em seu horário de trabalho e não disponibilizariam muito tempo para responder ao documento em questão (APÊNDICE B).

O instrumento de pesquisa apresentava perguntas dispostas em três partes distribuídas de forma sequencial, sendo que a primeira relacionava-se a informações biodemográficas como sexo, idade, profissão e local de trabalho. A segunda parte abordava informações específicas, acerca do conhecimento dos profissionais quanto aos fatores etiológicos da DP e quanto à existência de um protocolo de higiene bucal na instituição na qual trabalhavam.

A última parte consistia em sete assertivas sobre a condição periodontal e sua relação com alterações sistêmicas, com alternativas de resposta dispostas em escala tipo *Likert*. Esta escala apresentava cinco alternativas de respostas: *concordo totalmente, concordo parcialmente, estou indeciso ou não sei, discordo parcialmente e discordo totalmente*.

Semelhante a pesquisa de Araújo (2009), aguardava-se que o profissional respondesse às questões e as eventuais dúvidas eram solucionadas pelo entrevistador, assegurando respostas conscientes e seguras dos entrevistados. As visitas aos hospitais ocorreram em todos os turnos (manhã, tarde e noite), seguindo escalas de trabalho estabelecidas por cada instituição hospitalar.

A análise dos dados ocorreu através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA) versão 20.0. Os resultados estão apresentados por meio das estatísticas descritivas (frequências absolutas e percentuais) e inferenciais. As análises inferenciais, por sua vez, foram realizadas por meio do teste Qui-Quadrado. Para a interpretação das informações, foi adotado um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente estudo, uma amostra mínima de 216 indivíduos foi calculada, participando, o final da pesquisa, um total de 225 profissionais. A idade da amostra variou de 20 a 64 anos, com média de 35,85 e desvio padrão de 8,8. Houve um predomínio da faixa etária dos 31-59 anos de idade (66,7%). Dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino (72,9%). Quanto ao local de trabalho, 50,2% dos indivíduos foram abordados no Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, 20,4% no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), 18,2% no Hospital Antônio Targino e 11,1% eram do Hospital da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). Quanto à profissão, 113 (50,2%) eram técnicos ou auxiliares de enfermagem, 41(18,2%) eram fisioterapeutas, 37 eram enfermeiros (16,4%) e 34 (15,2%) eram médicos (**Tabela 1**). As poucas perdas (n= 3) que ocorreram foram pelo fato de alguns profissionais se recusarem em participar da pesquisa.

Não foram encontrados cirurgiões-dentistas efetivos na equipe multidisciplinar de nenhuma das UTIs visitadas, este fato também foi observado na pesquisa de Araújo et al (2009) em que quase a totalidade dos entrevistados respondeu que as equipes das quais faziam parte não dispunham de cirurgião-dentista.

Tabela 1: Distribuição absoluta e percentual segundo as características sócio demográficas dos profissionais participantes do estudo. (Campina Grande-PB, 2014)

Variáveis	n	%
Profissão		
Médico	34	15,2
Enfermeiro	37	16,4
Fisioterapeuta	41	18,2
Técnico ou auxiliar de Enfermagem	113	50,2
Sexo		
Masculino	61	27,1
Feminino	164	72,9
Idade		
18 a 30 anos	70	31,1
31 a 59 anos	150	66,7
60 anos ou mais	5	2,2
Local de trabalho		
Hospital de Trauma	113	50,2
HUAC	46	20,5
Hospital da FAP	25	11,1
Hospital Antonio Targino	41	18,2

Do total da amostra, 79,5% dos profissionais responderam positivamente quando questionados se sabiam o que era a doença periodontal. Quase a totalidade (97,0%) dos médicos e mais de 90,0% dos enfermeiros afirmaram que sabiam o que era a doença periodontal, todavia um elevado número de auxiliares e técnicos de enfermagem não sabiam (30,0%) ($p=0,001$) (**Tabela 2**).

Tabela 2: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a questão: “Você sabe o que é Doença Periodontal?” (Campina Grande-PB, 2014)

Categoria Profissional					
Você sabe o que é Doença Periodontal?	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	Total N (%)
Sim	33 (97,0)	34 (91,9)	33 (80,5)	79 (70,0)	179 (79,5)
Não	1 (3,0)	3 (8,1)	8 (19,5)	34 (30,0)	46 (20,5)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de $p=0,001$

Segundo Botero e Bedoya (2010) gengivite é a inflamação da gengiva em diferentes níveis de intensidade, sem afetar os tecidos de suporte (ligamento, cemento, osso), não ocorre formação de bolsa periodontal, nem perda de inserção e de suporte ósseo. Já na periodontite, as estruturas de suporte (tecido conjuntivo, ligamento periodontal, cemento e osso) são afetadas de forma significativa. São características patognomônicas da periodontite: formação de bolsa periodontal, perda de inserção e perda óssea. Estes sinais devem ser observados para diferenciar a gengivite e a periodontite. Podem haver também recessões, supuração, mobilidade aumentada, migração dental patológica e dor.

Quando os profissionais foram questionados sobre qual condição era mais grave, gengivite ou periodontite, 64,4% dos profissionais responderam periodontite, 8,5% responderam gengivite e 27,1% não sabiam. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias profissionais ($p= 0,076$) (**Tabela 3**).

No estudo de Owens et al. (2011), que objetivou investigar conhecimentos, comportamentos e atitudes de internos e endocrinologistas em relação a DP e DM, ao descrever a gengivite, 92% dos profissionais referiram como uma vermelhidão reversível e/

ou inflamação das gengivas, 67% referiram uma infecção das gengivas e 65% referiram sangramento das gengivas. Já no estudo de Matos et al (2013), cerca de 93% dos profissionais do estudo desconheciam a forma adequada de diagnosticar a doença periodontal.

Tabela 3: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a questão: “Gengivite e periodontite são estágios diferentes da doença periodontal. Que condição é mais séria?” (Campina Grande-PB, 2014)

	Categoria Profissional				Total N (%)
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	
Gengivite	2 (5,9)	4 (10,8)	3 (7,3)	10 (8,9)	19 (8,5)
Periodontite	30 (88,2)	22 (59,5)	27 (65,9)	66 (58,4)	145 (64,4)
Não sei	2 (5,9)	11 (29,7)	11 (26,8)	37 (32,7)	61 (27,1)
Total de profissionais	34(100,0)	37(100,0)	41(100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de $p=0,076$

Souza, Andrade e Oliveira (2012) relatam que a etiologia primária da doença periodontal deve-se à presença do biofilme que se acumula nos tecidos dentários. O estabelecimento e o crescimento deste a partir do sulco gengival resultam em um aprofundamento patológico deste sulco através da migração apical do epitélio juncional, destruição das fibras conjuntivas do ligamento periodontal e do osso alveolar.

Dentre os fatores relacionados à ocorrência da doença periodontal, os mais citados foram má higiene bucal (89,7%) e bactérias (81,7%), já o menos citado foi o fator genético (34,2%) (**Tabela 4**). O único fator que apresentou diferença estatisticamente significativa foi o fator bactérias ($p \leq 0,05$). Considerando que o biofilme é um reservatório de bactérias patogênicas, verificou-se que os médicos, enfermeiros e fisioterapeutas (100%, 91,1% e 87,8%, respectivamente) conseguiram relacionar as bactérias com a ocorrência da doença periodontal, um menor percentual de auxiliares e técnicos de enfermagem (70,8%) constataram essa relação.

Tabela 4: Distribuição absoluta e percentual dos fatores citados pelos profissionais que estão relacionados à ocorrência da doença periodontal (DP). (Campina Grande-PB, 2014)

Categoria Profissional						
Fatores relacionados à DP**	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	Total N (%)	Valor p
Bactérias	34 (100,0)	34 (91,1)	36 (87,8)	80 (70,8)	184 (81,7)	p=0,001*
Cárie Dentária	28 (82,3)	26 (70,3)	25 (60,9)	72 (63,7)	151 (67,1)	p=0,077
Má higiene bucal	33 (97,0)	35 (94,6)	39 (95,1)	95 (84,0)	202 (89,7)	p=0,141
Fatores genéticos	16 (47,0)	10 (27,0)	16 (39,0)	35 (30,9)	77 (34,2)	p=0,586
Dieta	20 (58,8)	20 (54,0)	25 (60,9)	61 (53,9)	126 (56,0)	p=0,498
Total de profissionais	34 (100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113 (100,0)	225 (100,0)	

(*) – Diferença significativa a 5,0%.

(**) – Considerando que o profissional poderia marcar mais de um fator relacionado à ocorrência da doença

Ainda no estudo de Owens et al (2011) verificou-se que 86% dos profissionais participantes estavam cientes de que as bactérias são a causa da DP, entretanto 30% relataram a cárie dentária como um sinal de periodontite. 77% mencionaram que na periodontite ocorre perda óssea ao redor dos dentes, porém 66% afirmaram que o primeiro sinal de periodontite é o sangramento gengival.

Westphal (2008) avaliou o conhecimento e as atitudes de médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem, de quatro Unidades de Terapia Intensiva da cidade de Manaus-AM sobre a relação entre a higiene bucal, doença periodontal e pneumonia. Quando estes profissionais foram questionados sobre a importância da correta higiene bucal 98,2% dos médicos, 100% dos enfermeiros e 98,5% dos técnicos e auxiliares de enfermagem responderam positivamente. A correta higiene bucal é importante porque elimina e/ou desorganiza o biofilme e as bactérias patogênicas que nele se encontram, contribuindo dessa forma para a prevenção da doença periodontal. Corroborando com a presente pesquisa, em estudo realizado por Araújo et al (2009), 99,2% da equipe de enfermagem acredita que a higienização da boca é importante durante a estada no hospital.

Entre os entrevistados nos hospitais de Campina Grande-PB, 97,0% dos médicos, 94,6% dos enfermeiros, 95,1% dos fisioterapeutas e 84,0% dos auxiliares e técnicos de

enfermagem relacionaram a má higiene bucal com a ocorrência da doença periodontal. No estudo de Westphal (2008), a relação entre o biofilme dental e a doença periodontal foi mencionada por 96,4% dos médicos, 81,8% dos enfermeiros e 57,8% dos técnico/auxiliares de enfermagem. Considerando a presente pesquisa e a de Westphal (2008), observa-se que a categoria dos médicos demonstrou uma maior capacidade e a categoria dos auxiliares e técnicos uma menor capacidade de relacionar o biofilme (bactérias) e a má higiene bucal com a ocorrência da doença periodontal.

Quanto aos fatores genéticos, apenas 34,2% dos profissionais os relacionaram com a ocorrência da DP. Vieira e Albandar (2014) relataram que os fatores genéticos e ambientais têm um papel importante no desenvolvimento de doenças crônicas, algumas das doenças crônicas mais comuns, tais como doença cardíaca, diabetes mellitus e doença de Alzheimer, estão associados com mutações em vários genes, combinada com efeitos ambientais. Estes autores sugerem que, da mesma forma que estas doenças crônicas comuns, periodontite crônica e periodontite agressiva também são causados pelos efeitos combinados de fatores ambientais e genéticos.

Ao serem questionados se profissionais de saúde deveriam receber orientações sobre a doença periodontal, a maioria dos profissionais (99,1%) respondeu positivamente a essa questão, enquanto que 0,9% achavam não ser necessário. No estudo de Owens et al. (2011), a maioria dos profissionais entrevistados também concordaram que os profissionais de saúde devem ser ensinados sobre DP (88%).

Estudos têm demonstrado a eficácia da implementação de protocolos de higiene bucal na redução do número de episódios de PN, bem como são concordantes em destacar que a adesão e a colaboração da equipe responsável pelos cuidados bucais nesses pacientes são importantes para o sucesso das ações preventivas (FOURRIER et al, 2005; KOEMAN et al, 2006; AMARAL, CORTÊS, PIRES, 2009; HORTENSE et al, 2010). Os profissionais do presente estudo foram questionados quanto à existência de um protocolo de higiene bucal, utilizado na instituição na qual trabalham, para pacientes incapazes de fazer sua higiene bucal (pacientes com deficiência na coordenação motora, pacientes internados e/ou entubados em UTI). Do total da amostra, 26,2% afirmaram que existe um protocolo, 71,6% que não existe e 2,2% não souberam responder.

Kahn et al (2008) avaliaram a existência de um protocolo de controle de infecção oral destinado dos pacientes internados nas UTI nos hospitais do estado do Rio de Janeiro, verificando que 39% dos hospitais pesquisados apresentavam tal protocolo, 48% não

apresentavam e 13% não responderam. Comparando o presente estudo ao de Kahn et al (2008) pode-se concluir que na maioria das instituições não há protocolo de higiene bucal para pacientes criticamente enfermos, evidenciou-se que o percentual de profissionais que não sabem se este protocolo existe foi consideravelmente menor neste trabalho (2,2%), quando comparado com a pesquisa de Kahn et al (2008) (13%). Já Araújo et al (2009) relataram que nenhuma das equipes observadas na sua pesquisa obedecia algum tipo de protocolo individual referente à higienização bucal.

Quando os profissionais do estudo de Westphal (2008) foram questionados quanto à existência de um protocolo para a higiene bucal de pacientes internados nas UTIs nas instituições em que trabalhavam, 45,8% profissionais da rede pública e 39% da privada, responderam positivamente ao questionamento. Já quanto à existência de um protocolo para os pacientes intubados observou-se que este número é reduzido tanto para das instituições públicas (34,7%), quanto para hospitais privados (36,6%). Para este autor, uma das formas de interferir na prevenção da PN é o investimento na capacitação dos recursos humanos, sendo importante a avaliação do conhecimento dos profissionais sobre a relação entre higiene bucal, DP e a pneumonia, para posterior implementação de programas educacionais e protocolo de higiene bucal na rotina das UTIs.

Ao avaliar o conhecimento de médicos de Cuiabá quanto a saúde bucal de pacientes internados, Matos et al (2013) revelaram que 52% dos profissionais pesquisados afirmaram não existir um controle de infecção bucal nos hospitais visitados, inclusive na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Segundo Schlesener, Rosa e Raupp (2012), com toda a tecnologia utilizada nas UTIs, procedimentos simples e de baixo custo são pouco valorizados, ou até subestimados pelos profissionais, como a higiene bucal. Por esta razão, torna-se fundamental a implantação de protocolos de higiene no ambiente hospitalar, principalmente em UTIs, com técnicas e ferramentas adequadas, bem como a implantação de um método de avaliação das condições da cavidade bucal no momento da internação, para que se tenham parâmetros de evolução da mesma.

Orlandini e Lazzari (2012) avaliaram o conhecimento dos profissionais de enfermagem que atuavam em UTIs de Porto Alegre, e que realizavam ou supervisionavam os cuidados de higiene oral em pacientes críticos. Os referidos autores também afirmaram que devem ser adotadas técnicas e produtos que exigem do profissional conhecimento teórico e

prático, o qual deve ser compartilhado com toda equipe, para que o cuidado com a cavidade oral tenha a sua importância associada também à prevenção de infecção.

Schleder, Stott e Lloyd (2002) realizaram um estudo de revisão da literatura dos protocolos de higiene bucal publicados, onde identificaram que as melhores condutas para pacientes de UTI com PAVM são: a) avaliações diárias para determinar o nível de saúde bucal; b) utilização de uma escova dentária a cada duas a quatro horas para remover o biofilme; c) utilização do colutório (anti-séptico bucal) sem álcool, para diminuir a colonização da orofaringe; d) aspiração da subglote; e) uso de hidratante a base de água para manter a integridade do tecido.

No presente questionário, algumas assertivas foram apresentadas aos profissionais, cujas respostas foram dispostas utilizando uma escala tipo Likert, a fim de avaliar o conhecimento dos profissionais sobre as características clínicas da DP, a manutenção da saúde periodontal e a interrelação entre DP e alterações sistêmicas, especialmente a pneumonia nosocomial.

Como já citado, a escala de Likert apresentava as alternativas de respostas: *concordo totalmente, concordo parcialmente, estou indeciso ou não sei, discordo parcialmente e discordo totalmente*. Durante a análise dos dados, essas alternativas foram transformadas em escores, que variaram de um a cinco pontos. Como todas as afirmativas eram verdadeiras, marcava cinco pontos o participante que concordasse totalmente com a afirmativa, quatro pontos aquele que concordasse parcialmente, três pontos o que ficasse indeciso ou não soubesse responder, dois pontos aquele que discordasse parcialmente e um ponto aquele que discordasse totalmente. Portanto, o valor máximo que poderia ser atingido caso o profissional acertasse todas as respostas seria 35, e o mínimo, caso o profissional errasse todas as respostas, seria 7.

Na **tabela 5**, observamos que pelo menos um profissional de cada categoria acertou todas as questões e o menor número de acertos foi encontrado na categoria dos auxiliares/técnicos de enfermagem correspondendo ao somatório 19. A categoria com a maior média de acertos foi a dos médicos, seguida dos fisioterapeutas com as médias de 31,79 e 30,37, respectivamente.

Tabela 5: Avaliação do nível de conhecimento dos profissionais considerando o somatório (valor mínimo e máximo) das 7 assertivas apresentadas no questionário. (Campina Grande-PB, 2014)

CATEGORIA PROFISSIONAL				
	Médico	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Aux./Tec. Enferm.
SOMATÓRIO				
Valor mínimo	26	21	24	19
Valor máximo	35	35	35	35
Média	31,79(±2,37)	29,14(±3,13)	30,37(±2,61)	28,58(±3,46)

As tabelas de 6 a 12 descrevem o nível de concordância dos profissionais, por categoria.

A primeira afirmação da escala Likert foi: “Sangramento gengival e mobilidade dental são sinais de doença periodontal”. Do total de profissionais a maioria 166 (73,8%) concordou (parcial ou totalmente). Nenhum dos médicos ou fisioterapeutas discordou e a maior porcentagem dos que concordaram totalmente foi de médicos (70,6%) (**Tabela 6**).

No estudo de Araújo et al (2009), 29% dos profissionais de enfermagem afirmam não reconhecerem as características mais comuns das doenças da cavidade bucal, como cárie dental, gengivite, periodontite e candidíase. Comparando ao presente resultado, 27% dos enfermeiros e 35,4% dos auxiliares/técnicos de enfermagem não souberam reconhecer os sinais da doença periodontal.

Segundo Botero e Bedoya (2010), os sinais da gengivite incluem inflamação e sangramento a sondagem, podendo ocorrer também edema que resulta em deslocamento coronal da margem gengival em relação a junção cimento-esmalte. Quanto à mobilidade dental, os autores relatam que quando os dentes não estão em contato direto com o osso alveolar, estes apresentam movimento fisiológico, devido à presença de ligamento periodontal. A mobilidade patológica pode ser resultado da doença periodontal, mas esta não é a única causa, trauma oclusal e os movimentos ortodônticos também podem ocasionar aumento da mobilidade dos dentes. Ao contrário da mobilidade causada por trauma oclusal ou tratamento ortodôntico, a que é causada pela periodontite aumenta com o tempo e não é reversível a uma mobilidade fisiológica.

Tabela 6: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “Sangramento gengival e mobilidade dental são sinais de doença periodontal”. (Campina Grande-PB, 2014)

	Categoria Profissional				Total N (%)
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	
Discordo totalmente	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	1 (0,9)	2 (0,9)
Discordo parcialmente	0 (0,0)	2 (5,4)	0 (0,0)	5 (4,4)	7 (3,1)
Estou indeciso/ Não sei	1 (2,9)	7 (18,9)	8 (19,5)	34 (30,1)	50 (22,2)
Concordo parcialmente	9 (26,5)	8 (21,6)	11 (26,8)	18 (15,9)	46 (20,5)
Concordo totalmente	24 (70,6)	19 (51,4)	22 (53,7)	55 (48,7)	120 (53,3)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de $p= 0,072$

A segunda proposição foi: “Uma boa condição periodontal é importante para a saúde geral”. Nenhum dos profissionais discordou e 94,7% concordaram (parcial ou totalmente). Considerando as categorias, todos os médicos e fisioterapeutas concordaram e os 5,3% que ficaram indecisos ou não souberam responder eram enfermeiros ou auxiliares/ técnicos de enfermagem ($p= 0,054$) (**Tabela 7**).

Schlesener, Rosa e Raupp (2012) salientaram que a saúde bucal é essencial para a qualidade de vida do indivíduo e que é preciso analisar as pessoas como um todo, sem separar a boca do resto do corpo, visto que é comprovada a relação entre o estado de saúde bucal e a saúde geral.

Araújo et al (2009) buscou estabelecer um perfil da percepção e realização dos cuidados em saúde bucal prestados a pacientes internados em UTI por equipes de enfermagem. No que diz respeito ao conhecimento da relação entre saúde bucal e saúde geral, 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, número superior ao da presente pesquisa em relação aos profissionais de enfermagem.

Brito, Vargas e Leal (2007) verificaram que os enfermeiros do seu estudo não relacionavam o cuidado com a higiene bucal para além das possíveis complicações na própria cavidade oral, ou seja, não associaram a não realização da higiene bucal com as complicações sistêmicas.

De acordo com Bertolini et al (2007) a agressão causada por microrganismos gram-negativos anaeróbios presentes no biofilme bacteriano, na região do sulco gengival, leva a uma resposta inflamatória e imunológica nos tecidos periodontais, que pode influenciar e ser influenciada por condições sistêmicas dos pacientes.

Tabela 7: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “Uma boa condição periodontal é importante para a saúde geral”. (Campina Grande-PB, 2014)

Categoria Profissional					
	Médico	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Aux./Tec. Enferm.	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Discordo totalmente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0(0,0)
Discordo parcialmente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Estou indeciso/ Não sei	0 (0,0)	3 (8,1)	0 (0,0)	9 (7,9)	12 (5,3)
Concordo parcialmente	1 (2,9)	0 (0,0)	4 (9,8)	12 (10,7)	17 (7,6)
Concordo totalmente	33 (97,1)	34 (91,9)	37 (90,2)	92 (81,4)	196 (87,1)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de p= 0,054

Em resposta à terceira afirmação: “Escovar os dentes e usar fio dental diariamente é essencial para a manutenção da saúde periodontal”, apenas 1,3% dos profissionais deste estudo discordaram (total ou parcialmente), 2,2% ficaram indecisos ou não souberam responder e 96,5% concordaram (total ou parcialmente) (**Tabela 8**).

Tabela 8: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “Escovar os dentes e usar fio dental diariamente é essencial para a manutenção da saúde periodontal”. (Campina Grande-PB, 2014)

	Categoria Profissional				Total N (%)
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	
Discordo totalmente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	1 (0,4)
Discordo parcialmente	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (2,4)	0 (0,0)	2 (0,9)
Estou indeciso/ Não sei	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	4 (3,5)	5 (2,2)
Concordo parcialmente	2 (5,9)	2 (5,4)	2 (4,9)	7 (6,2)	13 (5,8)
Concordo totalmente	31 (91,2)	34 (91,9)	38 (92,7)	101 (89,4)	204 (90,7)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de $p=0,802$

Considerando que a etiologia da DP é principalmente infecciosa, o tratamento deve ser focado principalmente no controle da infecção e redução da inflamação (BOTERO; BEDOYA, 2010). O controle mecânico (método mais eficiente e de baixo custo) do biofilme dental é basicamente realizado pelo próprio paciente com escova de dente e uso do fio dental. A remoção freqüente do biofilme pelo próprio indivíduo é o meio mais eficiente de evitar a instalação e a progressão da cárie e da doença periodontal. Percebe-se, então, a importância do controle do biofilme dental seja por meios mecânicos e/ou químicos, a fim de impedir a instalação e desenvolvimento dessas patologias orais (OLIVEIRA, 2003).

A quarta afirmação foi: “A placa bacteriana de pacientes internados em UTI pode servir de reservatório para microrganismos associados à pneumonia bacteriana”. Nenhum profissional discordou totalmente, 1,8% discordaram parcialmente, 15,1% ficaram indecisos ou não souberam responder e 83,1% concordaram (parcial ou totalmente) ($p=0,018$) (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “A placa bacteriana de pacientes internados em UTI pode servir de reservatório para microrganismos associados à pneumonia bacteriana”. (Campina Grande-PB, 2014)

Categoria Profissional					
	Médico	Enfermeiro	Fisioterapeuta	Aux./Tec. Enferm.	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Discordo totalmente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0(0,0)
Discordo parcialmente	0 (0,0)	1 (2,7)	1 (2,4)	2 (1,8)	4 (1,8)
Estou indeciso/ Não sei	0 (0,0)	8 (21,6)	1 (2,4)	25 (22,1)	34 (15,1)
Concordo parcialmente	3 (8,8)	6 (16,2)	6 (14,7)	14 (12,4)	29 (12,9)
Concordo totalmente	31 (91,2)	22 (59,5)	33 (80,5)	72 (63,7)	158 (70,2)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de $p=0,018$

Morais et al (2006) mencionaram que a higiene bucal deficiente é comum em pacientes internados em UTI, o que propicia a colonização do biofilme bucal por microrganismos patogênicos, especialmente por patógenos respiratórios. Afirmaram ainda que pesquisas tem mostrado claramente que a quantidade de biofilme bucal em pacientes de UTI aumenta com o tempo de internação, paralelamente também ocorre aumento de patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal, sendo esse um reservatório importante de patógenos.

As bactérias envolvidas com a doença periodontal são espécies Gram-negativas representadas por: *Agregatibacter actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivalise* e *Tanerella forsythensis*. Essas bactérias também têm sido identificadas em infecções extra bucais como: endocardite infecciosa, bacteremia, sepse e infecções respiratórias. A instalação da pneumonia nosocomial ocorre com a invasão bacteriana, especialmente bastonetes Gram-negativos, no trato respiratório inferior por meio da aspiração de secreção presente na orofaringe, por inalação de aerossóis contaminados ou, menos frequentemente, por disseminação hematogênica originada de um foco à distância (MORAIS et al, 2006).

Oliveira et al (2007) investigaram a presença de patógenos respiratórios na cavidade bucal em pacientes em UTI. Das 12 bactérias identificadas, 10 foram responsáveis pelo desenvolvimento da PN nos pacientes. Barbosa et al. (2010) destacaram ainda que patógenos potencialmente respiratórios – como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* e alguns bacilos gram-negativos – podem colonizar o biofilme bucal, pode-se ressaltar que os cuidados odontológicos em pacientes sob terapia intensiva são essenciais como parte integrante da saúde geral, evitando agravos sistêmicos.

A quinta assertiva da escala de Likert foi: “Pacientes hospitalizados portadores de doença periodontal apresentam risco aumentado de desenvolverem pneumonia hospitalar”. Dos participantes, 70,6% dos profissionais concordaram (parcial ou totalmente) e um número significativo de 24,5% ficaram indecisos ou não souberam responder, 4,9% discordaram (parcial ou totalmente). A maior porcentagem dos que concordaram foram médicos (91,2%) e dos que discordam a maior porcentagem foram auxiliares/ técnicos de enfermagem (7,1%) ($p < 0,05$) (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “Pacientes hospitalizados portadores de doença periodontal apresentam risco aumentado de desenvolverem pneumonia hospitalar”. (Campina Grande-PB, 2014)

	Categoria Profissional				Total N (%)
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	
Discordo totalmente	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	2 (1,8)	3 (1,3)
Discordo parcialmente	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (2,4)	6 (5,3)	8 (3,6)
Estou indeciso/ Não sei	2 (5,9)	10 (27,0)	4 (9,8)	39 (34,5)	55 (24,5)
Concordo parcialmente	5 (14,7)	2 (5,4)	5 (12,2)	16 (14,2)	28 (12,4)
Concordo totalmente	26 (76,5)	24 (64,9)	31 (75,6)	50 (44,2)	131 (58,2)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de $p = 0,007$

Morais et al (2006) afirmaram que entre as doenças sistêmicas, aquelas que acumulam mais evidências científicas da sua relação com as periodontais, são as doenças respiratórias, como as pneumonias. Em UTI a pneumonia nosocomial é responsável por altas taxas de morbidade, mortalidade e aumento expressivo dos custos hospitalares, sendo que seu estabelecimento se dá mais comumente pela aspiração do conteúdo presente na boca e faringe.

Ao avaliar o conhecimento das equipes de enfermagem que atuavam na clínica geral ou em setores pós-cirúrgicos no controle de infecções orais, durante os cuidados dos pacientes internados, Loureiro (2006) verificou que 57% dos enfermeiros afirmaram que uma higiene oral deficiente poderia se relacionar com a pneumonia nosocomial, entretanto 43% afirmaram que não existe essa relação.

No estudo de Westphal (2008), a relação entre biofilme dental e pneumonia foi citada por 34,5% dos médicos, 6,1% dos enfermeiros e 9,1% dos auxiliares/técnicos de enfermagem. Orlandini e Lazzari (2012) apontaram que 50% dos enfermeiros e 28,2% da equipe de técnicos de enfermagem afirmaram que a higiene oral é importante para a prevenção de PAVM ou alguma outra infecção. Os presentes resultados mostraram que uma porcentagem consideravelmente maior de profissionais reportaram a relação entre DP e pneumonia hospitalar, sendo 91,2% dos médicos, 70,3% dos enfermeiros e 58,4% dos auxiliares/técnicos de enfermagem.

Pombo, Almeida e Rodrigues (2010) avaliaram o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevenção da PAVM, em duas UTI de dois hospitais públicos de Fortaleza (CE). Os resultados obtidos sugeriram que o conhecimento dos profissionais participantes a respeito da prevenção da PAVM se mostrou insuficiente. Estes autores concluíram que, de maneira geral, independentemente da categoria profissional, o conhecimento sobre a PAVM e fatores de risco a ela associados foi apenas regular e que a preparação dos profissionais estava abaixo do esperado, sendo em algumas situações bastante preocupante.

Diversamente, Almeida et al (2006) afirmaram que apesar de algumas publicações sugerirem uma associação entre a DP e as infecções respiratórias, não é possível prová-la com exatidão. Os mecanismos que podem estar na base desta possível associação são a aspiração de patógenos orais para os pulmões e a ação de enzimas associadas à DP que promovem a adesão e colonização por bactérias passíveis de causar doenças respiratórias. Sharma e Shamsuddin (2011) defendem que o acúmulo de placa ou a doença periodontal não causa diretamente a doença sistêmica respiratória ou outra. Entretanto, podem, de fato, agravar

estas doenças sistêmicas em indivíduos suscetíveis e de alto risco. Justificando dessa forma a necessidade de controle de placa e tratamento de infecções orais, particularmente em pacientes críticos.

De Marco et al (2013) avaliaram as condições orais de pacientes críticos e a correlação da condição oral com a presença de PAVM. Conforme seus resultados não houve diferença estatisticamente significativa na incidência da doença periodontal em relação à PAVM, mas o número de dentes e superfícies com perda de inserção acima de 4 mm sempre foi maior em pacientes com PAVM. Portanto, eles concluíram que a extensão da doença periodontal pode contribuir para o aparecimento de pneumonia associada à ventilação mecânica. No entanto, sua amostra constitui-se de apenas 23 pacientes e eles sugerem outros estudos com uma amostra maior para validar essa relação.

A sexta afirmação foi: “Existe associação entre doença periodontal e parto prematuro”. A relação entre a DP e a incidência de partos prematuros, cujo nome obstétrico é parto pré-termo (PPT), tem sido cada vez mais investigada e evidenciada nos últimos anos (SOUZA; ANDRADE; OLIVEIRA, 2012). Conforme descrito na **Tabela 11**, apenas 23,6% dos profissionais concordaram (total ou parcialmente) que há associação entre a DP e o PPT, a maioria (68,9%) ficou indeciso ou não soube responder e 7,5% discordaram (total ou parcialmente).

Tabela 11: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “Existe associação entre doença periodontal e parto prematuro”. (Campina Grande-PB, 2014)

	Categoria Profissional				Total N (%)
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	
Discordo totalmente	0 (0,0)	3 (8,1)	0 (0,0)	7 (6,2)	10 (4,4)
Discordo parcialmente	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,9)	5 (4,4)	7 (3,1)
Estou indeciso/ Não sei	25 (73,5)	24 (64,9)	29 (70,7)	77 (68,1)	155 (68,9)
Concordo parcialmente	4 (11,8)	4 (10,8)	3 (7,3)	9 (8,0)	20 (8,9)
Concordo totalmente	5 (14,7)	6 (16,2)	7 (17,1)	15 (13,3)	33 (14,7)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Segundo Bertolini et al. (2007), a doença periodontal é caracterizada por um processo infeccioso e inflamatório crônico, e sua presença na paciente gestante é apontada como um fator de risco para a ocorrência de parto prematuro e nascimento de bebês de baixo peso.

Al-Habashneh, Aljundi e Alwaeli (2008) avaliaram o conhecimento de médicos que atuam em hospitais e centros de saúde no norte da Jordânia quanto à relação entre saúde bucal e gravidez. Em seus resultados, 81% dos médicos afirmaram que a gravidez aumenta a tendência a ter inflamação gengival e 54% afirmaram que a saúde bucal pode influenciar os resultados da gravidez, no entanto, 88% dos médicos aconselharam postergar o tratamento odontológico até após a gravidez e 68% não costumam aconselhar as gestantes a incluir uma avaliação periodontal como parte do pré-natal. Estes autores sugerem que os profissionais de saúde devem ser estimulados a orientar as gestantes sobre a necessidade de cuidados com a saúde bucal antes e durante a gravidez.

Gomes Filho et al (2009) realizaram um estudo de coorte em uma amostra que consistiu de 198 gestantes com o objetivo de avaliar se a doença periodontal em gestantes está associada ao baixo peso ao nascer. A frequência do baixo peso ao nascer no grupo de mulheres com periodontite foi de 24,53%, enquanto no grupo sem a referida doença foi de 13,10%. Assim, esses achados sugerem que a doença periodontal é um fator de risco para o baixo peso ao nascer.

Mendes et al (2010) relatam que a doença periodontal pode ser incluída como possível indicador de risco para o mecanismo de indução do nascimento prematuro de crianças de baixo peso; portanto a terapia periodontal e a manutenção de boa higiene bucal são essenciais para prevenir complicações futuras em mulheres grávidas, particularmente àquelas com periodontite. Além dos indicadores de risco para o nascimento prematuro e de crianças com baixo peso conhecidos como infecções bacterianas intrauterinas e urogenitais da mãe, infecções por Gram-negativos anaeróbios, podem produzir infecção local e sistêmica, sugerindo possível associação entre periodontite e resultados adversos na gravidez. A presença de células inflamatórias durante a inflamação periodontal elevando as concentrações de prostaglandina, enzimas proteolíticas e citocinas pró inflamatórias, podem funcionar como importante indicador de risco para o nascimento prematuro de crianças com baixo peso.

A sétima assertiva apresentada foi: “O tratamento da doença periodontal contribui para o melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos”. De acordo com Bascones Martinez et al (2011), a principal evidência que tem sido encontrada na relação da DP com a diabetes mellitus (DM) é que um adequado controle glicêmico pode contribuir para um tratamento

mais favorável da DP e, no sentido inverso, quando ocorre uma estabilização da DP, também pode ser observado um melhor controle glicêmico nos pacientes com DM, principalmente naqueles pacientes com DM do tipo 2.

A **Tabela 12** mostra que a maioria dos profissionais (51,6%) encontrou-se indeciso ou não sabia responder se o tratamento da doença periodontal contribui para o melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos. Houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias. Dos que concordaram a maior porcentagem foi de médicos (82,4%) e as outras categorias ficaram em torno de 30%, sendo 32,4% dos enfermeiros, 31,7% dos fisioterapeutas e 36,3% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem. Apenas 14,7% dos médicos ficaram indecisos ou não souberam responder em contraste com 56,8% dos enfermeiros, 65,9% dos fisioterapeutas e 55,8% dos auxiliares/ técnicos de enfermagem.

Tabela 12: Distribuição absoluta e percentual da resposta dos profissionais para a afirmativa: “O tratamento da doença periodontal contribui para o melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos”. (Campina Grande-PB, 2014)

	Categoria Profissional				Total N (%)
	Médico N (%)	Enfermeiro N (%)	Fisioterapeuta N (%)	Aux./Tec. Enferm. N (%)	
Discordo totalmente	1 (2,9)	3 (8,1)	1 (2,4)	4 (3,5)	9 (4,0)
Discordo parcialmente	0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	5 (4,4)	6 (2,7)
Estou indeciso/ Não sei	5 (14,7)	21 (56,8)	27 (65,9)	63 (55,8)	116 (51,6)
Concordo parcialmente	9 (26,5)	3 (8,1)	8 (19,5)	17 (15,1)	37 (16,4)
Concordo totalmente	19 (55,9)	9 (24,3)	5 (12,2)	24 (21,2)	57 (25,3)
Total de profissionais	34(100,0)	37 (100,0)	41 (100,0)	113(100,0)	225(100,0)

Valor de p= 0,000

Castro et al (2009) compararam a condição periodontal em indivíduos diabéticos (casos) e não diabéticos (controles). Os resultados do seu estudo indicam que os indivíduos com diabetes mellitus apresentaram pior condição periodontal do que os sujeitos sem diabetes.

Em estudo realizado por Loureiro (2006), 36% das equipes de enfermagem avaliadas, relacionaram a diabetes mellitus e o parto pré-termo com a higiene oral deficiente. Dos

participantes, 64% afirmaram não haver relação entre essas duas condições e a higiene oral deficiente. Este autor constatou que, entre os profissionais responsáveis pela higienização dos pacientes internados nas unidades hospitalares que ele visitou, há em geral uma falta significativa de conhecimento relacionado à saúde oral.

No estudo já citado de Kahn et al (2010), 43,6% dos profissionais avaliados mencionaram uma associação positiva entre doenças orais e DM. Já Owens et al (2011) avaliaram o conhecimento de endocrinologistas sobre a inter-relação entre DP e diabetes. De toda a amostra a maioria (78%) concordou que os pacientes diabéticos têm um risco aumentado para a DP grave, 82% afirmaram que os pacientes com controle glicêmico inadequado são mais propensos a DP e 49% concordaram que o tratamento de DP pode melhorar o controle glicêmico.

Os resultados relativos ao conhecimento dos fisioterapeutas do presente estudo não puderam ser comparados com a literatura devido à carência de estudos científicos envolvendo esta categoria profissional nesta temática.

Este estudo trouxe contribuições significativas para estes profissionais, pois objetivou-se despertá-los para o interesse pela busca de informações acerca da relação entre doença periodontal e complicações sistêmicas; os profissionais participantes foram alertados sobre a importância do controle de biofilme dental e da doença periodontal na melhoria e/ou manutenção do estado de saúde geral; foram estimulados a incluírem a avaliação da saúde bucal dos pacientes e foi recomendado o estabelecimento de protocolos de higiene bucal no atendimento aos pacientes críticos.

4 CONCLUSÃO

O conhecimento dos profissionais atuantes nas UTIs dos hospitais conveniados ao SUS do município de Campina Grande-PB em relação à etiologia e características clínicas da DP, manutenção da saúde periodontal e a inter-relação entre DP e alterações sistêmicas, foi parcialmente satisfatório. A categoria com a maior média de acertos foi a dos médicos e o menor número de acertos ocorreu entre os técnicos/auxiliares de enfermagem.

Ressalta-se a necessidade destes profissionais participarem de programas de aperfeiçoamento e capacitação, no intuito de se tornarem aptos a lidar adequadamente com o controle do biofilme oral de pacientes críticos.

Neste estudo um pequeno número de profissionais afirmou ter conhecimento quanto à existência de protocolos de higiene bucal para pacientes críticos utilizado nas UTIs da instituição na qual trabalhavam. Recomenda-se que os cuidados em relação a saúde bucal dos pacientes críticos sejam considerados, em benefício desses. É de extrema importância que sejam formulados protocolos para padronizar as orientações e os cuidados com saúde bucal e controle da doença periodontal nas UTIs dos hospitais avaliados no município de Campina Grande-PB.

REFERÊNCIAS

- AL-HABASHNEH, R.; ALJUNDI, S.H.; ALWAEELI, H.A. Survey of medical doctors attitudes and knowledge of the association between oral health and pregnancy outcomes. **International Journal of Dental Hygiene**, Malden, v. 6, p. 214–220, 2008.
- ALMEIDA, R.F. et al. Associação entre doença periodontal e patologias sistêmicas. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, Lisboa, v. 22, p. 379-390, 2006.
- ALVES, M.C.G.P. **ISA-Capital- Plano de amostragem**, 2006. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/isa-sp/pdf/planoamostralisacapital.pdf>> Acesso em: 16/09/2013.
- AMARAL, S.M.; CORTÊS, A.Q.; PIRES, F.R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.
- ARAÚJO, R.J.G. et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 38-44, 2009.
- BARBOSA, J.C.de S. et al. Perfil dos pacientes sob terapia intensiva com pneumonia nosocomial: principais agentes etiológicos. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 39, n. 4, p. 201-206, 2010.
- BARILLI, A.L.A. et al. Doenças periodontais em pacientes com doença isquêmica coronariana aterosclerótica em hospital universitário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 6, p. 695-700, 2006.
- BASCONES-MARTINEZ, A. et al. Periodontal disease and diabetes- review of the Literature. **Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal**, [s.l.], v. 16, n. 6, p. 722-729, 2011.
- BASTOS, J. A. et al. Avaliação do conhecimento sobre doença periodontal em uma amostra de nefrologistas e enfermeiros que atuam com doença renal crônica pré-dialítica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 431-435, 2011.

BERTOLINI, P.F.R. et al. Medicina periodontal e a mulher: a importância do seu conhecimento para uma abordagem preventiva por ginecologistas/obstetras e cirurgiões-dentistas. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 175-185, 2007.

BOTERO, J.E.; BEDOYA, E. Determinantes del diagnóstico periodontal. **Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral**, Santiago, v. 3, n. 2, p. 94-99, 2010.

BRASIL. **Projeto de lei n.º 2.776-B, de 13 de fevereiro de 2008**. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Câmara dos Deputados, Poder Legislativo, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filename=Avulso+PL+2776/2008> Acesso em: 06/07/2014.

BRITO, L.F.S.; VARGAS, M.A.O.; LEAL, S.M.C. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 359-367, 2007.

CASTRO, G.D. et al. Avaliação da condição periodontal em indivíduos diabéticos e não diabéticos. **Revista Periodontia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 104-110, 2009.

CRAVEN, D.E. Epidemiology of ventilator-associated pneumonia. **Chest Journal**, Glenview, v. 17, p. 186-187, 2000.

DE MARCO, A.C. et al. Oral condition of critical patients and its correlation with ventilator-associated pneumonia: a pilot study. **Revista de Odontologia da UNESP**, Araraquara, v. 42, n. 3, p. 182-187, 2013.

FAIÇAL, A.M.B.; MESAS, A.E. Cuidados com a saúde bucal de pacientes hospitalizados: conhecimento e práticas dos auxiliares de enfermagem. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 10, n. 1, p. 01-06, 2008.

FOURRIER, F. 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**, Baltimore, v.33, n. 8, p. 1728-1735, 2005.

GADELHA, R.L.; ARAÚJO, J.M.S. Relação entre a presença de microrganismos patogênicos respiratórios no biofilme dental e pneumonia nosocomial em pacientes em unidade de terapia

intensiva: revisão de literatura. **Revista Saúde & Ciência**, Campina Grande, v. 2, n. 1, p. 95-104, 2011.

GARCIA, R. A review of the possible role of oral and dental colonization on the occurrence of health care-associated pneumonia: underappreciated risk and a call for interventions. **American Journal of Infection Control**, New York, v. 33, n. 9, p. 527-541, 2005.

GOMES, S.F.; ESTEVES, M.C.L. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70, 2012.

GOMES-FILHO, I.S. et al. Avaliação prospectiva da periodontite materna e baixo peso ao nascer. **Revista Periodontia**, Belo Horizonte, v. 19, n. 4, p. 121-128, 2009.

HORTENSE, S.R. et al. Uso de clorexidina como agente preventivo e terapêutico na odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 178-184, 2010.

ISAKOW, W.; KOLLEF, M.H. Preventing ventilator-associated pneumonia: an evidence based approach of modifiable risk factors. **Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 5-17, 2006.

KAHN, S. et al. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p.1825-1831, 2008.

____. Controle de infecção oral em pacientes internados: uma abordagem direcionada aos médicos intensivistas e cardiologistas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl 1), p. 1819-1826, 2010.

KARNOUTSOS, K. et al. Periodontitis as a risk factor for cardiovascular disease: the role of antiphosphorylcholine and anti-cardiolipin antibodies. **Hippokratia Medical Journal**, Thessaloniki, v. 12, n. 3, p.144-149, 2008.

KOEMAN, M. et al. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, New York, v. 173, n. 12, p. 1348-1355, 2006.

LIMA, D.C. et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16 (supl 1), p. 1173-1180, 2011.

LOUREIRO, L.L. **Avaliação do grau de conhecimento sobre o controle de infecção oral realizado por enfermeiros em pacientes hospitalizados**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro. 2006.

MACEDO, F. R. et al. Associação entre periodontite e doença pulmonar. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 47-53, 2010.

MATOS, F.Z. et al. Conhecimento do médico hospitalar referente à higiene e as manifestações bucais de pacientes internados. **Revista Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 239-243, 2013.

MENDES, Y.B.E. et al. A influência da doença periodontal sobre nascimentos de crianças prematuras e de baixo peso. **Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 19-24, 2010.

MORAIS, T.M.N. et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 412-417, 2006.

MUNRO, C.L.; GRAP, M.J. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. **American Journal of Critical Care**, [s.l.], v. 13, p. 25-34, 2004.

OLIVEIRA, L.C.B.S. de et al. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 428-433, 2007.

OLIVEIRA, M.L. de. **Controle Químico e Mecânico do Biofilme Dental**. 2003. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2003.

ORLANDINI, GM; LAZZARI, C.M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre higiene oral em pacientes criticamente enfermos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 34-41, 2012.

OWENS, J. B. et al. North Carolina internists and endocrinologists knowledge, opinions, and behaviors regarding periodontal disease and diabetes: need and opportunity for interprofessional education. **Journal of Dental Education**, Washington, v. 75, n. 3, p. 329-338, 2011.

PINHEIRO, P.G. et al. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. **Revista Periodontia**, Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 67-72, 2007.

POMBO, C.M.N.; ALMEIDA, P.C.de; RODRIGUES, J.L.N. Conhecimento dos profissionais de saúde na Unidade de Terapia Intensiva sobre prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15 (supl 1), p. 1061-1072, 2010.

RABELO, G.D.; QUEIROZ, C.I.; SANTOS, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 67-70, 2010.

SATO, L.Y.M. **Higiene bucal com clorexidina na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica**. 2009. 58 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2009.

SCHLEDER, B.; STOTT, K.; LLOYD, R. The effect of a comprehensive oral care protocol on patients at risk for ventilator-associated pneumonia. **Journal Advocate Health Care**, [s.l.], v. 4, p. 27-30, 2002.

SCHLESENER, V.R.F.; ROSA, U.D.; RAUPP, S.M.M. Cuidado com a saúde bucal de pacientes em UTI. **Revista Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 13, n. 1, p. 73-77, 2012.

SHARMA, N.; SHAMSUDDIN, H. Association between respiratory disease in hospitalized patients and periodontal disease: a cross-sectional study. **Journal of Periodontology**, [s.l.], v. 82, n. 8, p.1155-1160, 2011.

SOUZA, R.D.; ANDRADE, K.K. de ; OLIVEIRA, L. R. Envolvimento sistêmico da doença periodontal – Quais as consequências?. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 86-94, 2012.

VIEIRA, A.R.; ALBANDAR, J.M. Role of genetic factors in the pathogenesis of aggressive periodontitis. **Periodontology 2000**, Singapore, v. 65, p. 92–106, 2014.

WESTPHAL, M. R. A. **Avaliação do conhecimento e atitudes dos profissionais das unidades de terapia intensiva sobre a relação entre higiene bucal, doença periodontal e pneumonia**. 2008.141 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia)- Centro de pós-graduação CPO São Leopoldo Mandic, Campinas. 2008.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(OBSERVAÇÃO: Para o caso de pessoas maiores de 18 anos e não incluídas no grupo de vulneráveis)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Avaliação do conhecimento e práticas de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto a ocorrência da doença periodontal e a interrelação com infecções respiratórias”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

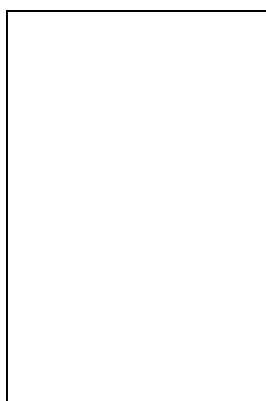
O trabalho “Avaliação do conhecimento e práticas de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto a ocorrência da doença periodontal e a interrelação com infecções respiratórias” terá como objetivo geral o conhecimento e as práticas de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais do município de Campina Grande-PB quanto a doença periodontal e a interrelação com infecções respiratórias. Ao voluntário só caberá a autorização para responder um questionário autoaplicável 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.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) **3315-3326** falar com Profa. Dra. **Renata de Souza Coelho Soares**.
- 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.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE PESQUISA

INFORMAÇÕES GERAIS - PARTE 1

Número de Identificação: _____
 Idade: _____ Sexo: 1() M 2 () F
 Ano em que se formou: _____
 Profissão:
 1() Médico
 2() Enfermeiro
 3() Fisioterapeuta
 4() Técnico ou Auxiliar de Enfermagem
 Local de Trabalho:
 1() Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
 2() Hospital Universitário Alcides Carneiro
 3() Hospital da FAP (Fundação Assistencial da Paraíba)
 4() Hospital Antônio Targino

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS - PARTE 2

1. Você sabe o que é Doença Periodontal?
 () Sim () Não () Não sei
2. As bactérias estão relacionadas à ocorrência da doença periodontal?
 () Sim () Não () Não sei
3. A cárie dentária está relacionada à ocorrência da doença periodontal?
 () Sim () Não () Não sei
4. A má higiene bucal está relacionada à ocorrência da doença periodontal?
 () Sim () Não () Não sei
5. Dieta rica em açúcar está relacionada à ocorrência da doença periodontal?
 () Sim () Não () Não sei
6. Fatores genéticos estão relacionados à ocorrência da doença periodontal?
 () Sim () Não () Não sei
7. Gengivite e periodontite são estágios diferentes da doença periodontal. Que condição é mais séria?
 () Gengivite () Periodontite () Não sei
8. Profissionais de saúde deveriam ser ensinados sobre a doença periodontal?
 () Sim () Não
9. Profissionais de saúde deveriam receber orientação sobre como realizar a higiene bucal de pacientes hospitalizados?
 () Sim () Não

10. Existe algum protocolo de higiene bucal utilizado na Instituição em que você trabalha para pacientes incapazes de fazer sua higiene bucal (por exemplo: pacientes com deficiência na coordenação motora, pacientes internados e/ou intubados em UTI, etc)?

() Sim () Não () Não sei

INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS - PARTE 3
--

DAS ASSERTIVAS ABAIXO RELACIONADAS ASSINALE UM "X" NA CATEGORIA DE RESPOSTA QUE MELHOR EXPRESSA SUA OPINIÃO/NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE CADA UMA DELAS

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Estou indeciso / não sei	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
Sangramento gengival e mobilidade dental são sinais de doença periodontal					
Uma boa condição periodontal é importante para a saúde geral					
Escovar os dentes e usar fio dental diariamente é essencial para a manutenção da saúde periodontal					
A placa bacteriana de pacientes internados em UTI pode servir de reservatório para microrganismos associados à pneumonia hospitalar					
Pacientes hospitalizados portadores de doença periodontal apresentam risco aumentado de desenvolverem pneumonia hospitalar					
Existe associação entre doença periodontal e parto prematuro					
O tratamento da doença periodontal contribui para o melhor controle glicêmico nos pacientes diabéticos					

ANEXO A
PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Donúcia Pedrosa de Araújo
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (09)

Número do Protocolo: 228.078.13.7.0000.5187

Data da 1ª relatoria PARECER DO AVALIADOR: 16 de outubro de 2013.

Pesquisador(a) Responsável: Renata de Souza Coelho Soares

Apresentação do Projeto: O projeto é intitulado: "AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA QUANTO A OCORRÊNCIA DA DOENÇA PERIODONTAL E A INTERRELAÇÃO COM PNEUMONIA NOSOCOMIAL". O presente estudo é para fins de desenvolvimento do projeto PIBIC/CNPq Cota 2013/2014 do Curso de Odontologia da UEPB. A população desta pesquisa compreenderá os profissionais de saúde que atuam nas UTIs dos hospitais próprios e conveniados ao SUS do município de Campina Grande, incluindo: médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem. O cálculo da amostra da presente pesquisa será realizado após levantamento do universo de profissionais atuantes nas UTIs dos hospitais próprios e conveniados ao SUS do município de Campina Grande. Para a coleta de dados, será aplicado um questionário adaptado a partir dos instrumentos utilizados nas pesquisas realizadas por FAIÇAL, MESAS (2008), AMARAL et al. (2009), BASTOS et al. (2011) e OWENS et al. (2011). O referido questionário apresenta perguntas dispostas em 3 partes e distribuídas de forma seqüencial, facilitando assim sua compreensão. A primeira parte será composta por dados biodemográficos como sexo, idade, profissão, local de trabalho, entre outros. A segunda parte conterá perguntas sobre doença periodontal e o cuidado em saúde bucal de pacientes hospitalizados. Por fim, na terceira parte, utilizando a escala de Likert, será avaliado o conhecimento dos profissionais quanto a etiologia e apresentação clínica da doença periodontal, bem como sua relação com alterações ou doenças sistêmicas, mais especificamente, infecções respiratórias. A escala de Likert apresenta cinco alternativas de respostas: concordo totalmente, concordo parcialmente, estou indeciso ou não sei, discordo parcialmente e discordo totalmente. Durante a análise dos dados, essas alternativas serão transformadas em escores, que variam de um a cinco pontos. Quando a afirmativa for verdadeira, marcará cinco pontos o participante que concordar totalmente com a afirmativa, quatro pontos aquele que concordar parcialmente, três pontos o que ficar indeciso ou não souber responder, dois pontos aquele que discordar parcialmente e

um ponto aquela que discordar totalmente. No caso de a afirmação ser falsa, a pontuação será invertida (OPPENHEIM, 1988). Os pesquisadores envolvidos irão dirigir-se às unidades hospitalares citadas devidamente identificados, portando a documentação necessária de identificação legal da pesquisa e dos pesquisadores, bem como a carta de autorização da direção da instituição. Após esta autorização os profissionais de saúde que atuam nas UTI deverão ser contactados e informados a respeito da pesquisa. Previamente será realizado um estudo piloto, com o intuito de verificar se a metodologia foi elaborada de forma que seja satisfatória ao objetivo do estudo, e assim, diminuir possíveis erros nos resultados finais, através da adequação das técnicas utilizadas, além de treinar os pesquisadores para uma melhor obtenção dos resultados.

Objetivo da Pesquisa: Tem como Objetivo Geral: "Avaliar o conhecimento e as práticas de médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, auxiliares e técnicos de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva de hospitais do município de Campina Grande-PB quanto a doença periodontal e a inter-relação com infecções respiratórias".

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos: A presente pesquisa apresenta risco mínimo de acordo com a Resolução CNS 488/12, havendo a necessidade de se obter um termo de consentimento por parte do sujeito ou responsável. Benefícios: Quanto aos benefícios do presente estudo, este poderá trazer contribuições significativas aos profissionais de saúde que atuam em UTIs, pois ao analisar o grau de conhecimento destes quanto a relação das afecções periodontais e doenças sistêmicas como as infecções respiratórias destaca a importância do controle do biofilme dental e da doença periodontal na manutenção do estado de saúde sistêmica de pacientes hospitalizados, especialmente na prevenção da pneumonia nosocomial. Se for constatado que o grau de conhecimento, atitudes e práticas dos entrevistados é insatisfatório, os pesquisadores evidenciarão a necessidade da realização de programas educacionais e a implantação de protocolos de higiene bucal nas Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais do município de Campina Grande.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: O estudo encontra-se com uma fundamentação teórica estruturada atendendo as exigências protocolares do CEP-UEPB mediante a Resolução 488/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e RESOLUÇÃO/UEPB/CONSEPE/10/2001 que rege e disciplina este CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória e Parecer do Avaliador: Encontram-se anexados os termos de autorização necessários para o estudo. Diante do exposto, somos pela aprovação do referido projeto. Salvo melhor juízo.

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: O presente estudo encontra-se completo sem pendências ou inadequações, devendo o mesmo prosseguir com a execução na íntegra de seu cronograma de atividades.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Donádia Pedreira de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

Situação do parecer: Aprovado(X)


ANEXO B
TERMOS DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto de pesquisa, intitulado: **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA QUANTO A OCORRÊNCIA DA DOENÇA PERIODONTAL E A INTERRELAÇÃO COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS**, elaborado pela pesquisadora: **RENATA DE SOUZA COELHO SOARES**. Salientamos que o processo para a coleta de dados nesta instituição cumprirá a RESOLUÇÃO 196/96, e só terá início mediante parecer positivo do comitê de ética, ao qual o referido projeto será submetido, caso envolva seres humanos.

Campina Grande PB, 01/10/2013


DR. FLAWBER ANTÔNIO CRUZ
DIRETOR TÉCNICO

HEYOLGE
Dr. Flawber Antônio Cruz
DIRETOR TÉCNICO MAT 160.014 D
RPE-027.136.014 DZ CRM 5122

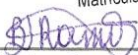
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC
CNPJ: 05055128000257
Rua Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande, PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "Avaliação do conhecimento e práticas de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto a ocorrência da doença periodontal e a interrelação com infecções respiratórias" desenvolvido pelos alunos Ermani Canuto Figueiredo Junior e Jéssica Antoniana Lira e Silva do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Renata de Souza Coelho Soares.

Campina Grande, 01 / 10 / 13

Dra. Berenice Ferreira Ramos
Diretora Geral - HUAC/UECG
Matricula SIAPE 16803513



Assinatura e carimbo do responsável institucional

HOSPITAL ESCOLA DA FAP
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA
CNPJ: 08841421000157
Rua Dr. Francisco Pinto, s/n, Bodocongó. Campina Grande, PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "Avaliação do conhecimento e práticas de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto a ocorrência da doença periodontal e a interrelação com infecções respiratórias" desenvolvido pelos alunos Ernani Canuto Figueiredo Junior e Jéssica Antoniana Lira e Silva do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Renata de Souza Coelho Soares.

Campina Grande, 02 / 10 /13

Adriane de Araújo Silva Queiroga
CNPJ: 08841421000157

Assinatura e carimbo do responsável institucional

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
CNPJ: 08834137000153
Rua Delmiro Gouveia, 442, Centenário. Campina Grande PB

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado "Avaliação do conhecimento e práticas de profissionais de Unidades de Terapia Intensiva quanto a ocorrência da doença periodontal e a interrelação com infecções respiratórias" desenvolvido pelos alunos Ernani Canuto Figueiredo Junior e Jéssica Antoniana Lira e Silva do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob a orientação da professora Dra. Renata de Souza Coelho Soares.

Campina Grande, 07 / 11 /13

Assinatura e carimbo do responsável institucional