



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

NIEBLA BEZERRA DE MELO

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS E PERIODONTAIS DE PACIENTES
INFANTOJUVENIS HOSPITALIZADOS**

Campina Grande – PB

2015

NIEBLA BEZERRA DE MELO

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS E PERIODONTAIS DE PACIENTES
INFANTOJUVENIS HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Odontologia pelo curso de Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba- UEPB.

Orientadora: Prof^ª. Francineide Guimarães Carneiro

Campina Grande – PB

2015

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.

M528a Melo, Niebla Bezerra de.
Avaliação das condições bucais e periodontais de pacientes infantojuvenis hospitalizados [manuscrito] / Niebla Bezerra de Melo. - 2015.
50 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Ma. Francineide Guimarães Carneiro, Departamento de Odontologia".

1. Serviço Hospitalar. 2. Criança. 3. Saúde Bucal. I. Título.
21. ed. CDD 617.63

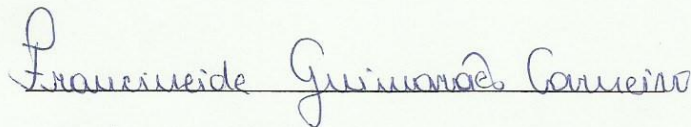
NIEBLA BEZERRA DE MELO

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES BUCAIS E PERIODONTAIS DE PACIENTES
INFATOJUVENIS HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Odontologia pelo curso de
Graduação em Odontologia da Universidade
Estadual da Paraíba – UEPB – Campus I.

Aprovada em: 15/06/2015.

BANCA EXAMINADORA



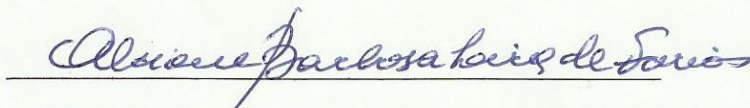
Prof.^a MSc. Francineide Guimarães Carneiro

Orientadora (UEPB)



Prof. Dr.^a Darlene Cristina Ramos Eloy Dantas

Examinadora (UEPB)



Prof.^a MSc. Alcione Barbosa Lira de Farias

Examinadora (UEPB)

Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus pais e ao meu irmão, pelo apoio e amor incondicional, essenciais para a realização desta etapa na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela a minha saúde, família e amigos e por guiar meus passos iluminando minhas escolhas e caminhos. À minha mãe, Claudia Gomes de Melo, por ser a melhor mãe, melhor amiga e companheira, pelo amor, carinho, cuidado e dedicação, por superar todas as dificuldades tendo como objetivo principal a felicidade dos filhos. Ao meu pai, Anaximandro Bezerra de Melo, pelo incentivo ao mundo do aprendizado. Ao meu irmão, Rígel Bezerra de Melo, por ser meu melhor amigo e parceiro, por me ajudar nas dificuldades e sempre está ao meu lado. Agradeço todos da minha família que torceram e acreditaram em mim.

À minha dupla, Thiago Santos de Oliveira, por tornar essa caminhada menos difícil com sua amizade, carinho, companheirismo e apoio em todas as situações. Aos meus colegas de turma, em especial aos amigos que fiz e certamente levarei para toda minha vida, Bruno Freire, José de Alencar Neto, Tiago Pereira, Moangella Alencar, Larissa Rodrigues e Carlos Alberis. A Linurdes Dias dos Santos e Lindores Dias dos Santos por toda ajuda, incentivo e carinho comigo e minha família.

À minha orientadora Prof^ª. MSc^ª. Francineide Guimarães Carneiro, por todo carinho quase que maternal, pela disponibilidade, por todo conhecimento passado, pelo incentivo e apoio. A Prof^ª. MSc. Alcione Barbosa de Lira e a Prof^ª Dr^ª. Darlene Cristina Eloy Dantas pela disponibilidade em compor a banca de apresentação e por todos os ensinamentos transferidos. A todos os professores que fizeram parte desta caminhada acadêmica e que foram fundamentais no processo de aprendizado.

Agradeço a direção e equipe técnica do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra De Carvalho pelo acolhimento e disponibilidade com o estudo.

A todos que de algum modo, nos momentos serenos ou apreensivos, contribuíram, de forma direta ou indiretamente, com a conclusão de mais um ciclo em minha vida, o meu muito obrigada.

“Nunca se afaste de seus sonhos, pois se eles se forem, você continuará vivendo, mas terá deixado de existir” (Charles Chaplin).

RESUMO

As condições de saúde bucal de crianças hospitalizadas são preocupantes em virtude do aumento da suscetibilidade de problemas bucais devido ao período de internação. O presente estudo avaliou as alterações estomatológicas e as condições periodontais de 51 pacientes, com idade entre 02 aos 17 anos, internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho, na cidade de Campina Grande/PB. O estudo foi do tipo clínico, transversal, quantitativo, descritivo-analítico e sob metodologia preconizada pela Organização Mundial de Saúde. Os dados foram coletados em duas etapas, sendo a primeira um formulário e a última um exame clínico. O formulário foi composto por questões fechadas, dicotômicas ou de múltipla escolha, aplicado ao responsável da criança hospitalizada. O exame clínico bucal foi realizado no próprio ambiente hospitalar, sob luz natural, utilizando espelho bucal e a sonda da Organização Mundial de Saúde, visando detectar a presença de sangramento gengival por meio do índice de Sangramento Gengival (ISG) e alterações de mucosa bucal. Os dados foram armazenados e processados no Google Spreadsheet, sendo submetidos à análise descritiva. Em relação à idade e ao sexo, 51% da amostra era do sexo masculino com idade entre 2 a 5 anos. Quanto à visita ao dentista, mais da metade das crianças 58,8% já haviam visitado o dentista. No tocante a higiene bucal e frequência de escovação, 98% afirmaram que escovavam os dentes. Em relação à frequência de escovação 36% relataram escovar duas vezes ao dia. Sobre a higienização no hospital, 43,1% afirmaram que não higienizavam, além disso, 98% das crianças internadas não recebiam orientação de higienização bucal no hospital. De acordo com as doenças diagnosticadas e o tempo de internação 57,5% das crianças e adolescentes estavam acometidas de doenças respiratórias e o tempo de internação mais prevalente foi de dois dias (31,4%). Os resultados revelaram um número elevado de pacientes acometidos por algum tipo de alteração bucal 64,7%, a língua foi o local mais atingido (63,4%), com alterações do tipo saburrosa 54,8%. Em relação ao ISG observou-se que a maioria (66,7%) das crianças apresentou sangramento gengival. Considerando a ausência de informação sobre higiene bucal no âmbito hospitalar conclui-se necessário a implantação de programas preventivos para melhoria da saúde bucal das crianças e adolescentes hospitalizados.

Descritores: Serviço Hospitalar; Criança; Saúde Bucal.

ABSTRACT

The oral health in hospitalized children is alarming due the increased risk of oral conditions because of the time under treatment. This study analyzed stomatological changes and periodontal conditions in 51 patients, aged 02 to 17 years old, hospitalized at Hospital Municipal da Criança e do Adolescente - Dr. Severino Bezerra de Carvalho, located in Campina Grande - PB. The study was clinical, transversal, quantitative, descriptive-analytical, and following World Health Organization's methodology. The data was collected in a two way process, consisting of a written survey and a clinical examination. The questionnaire composed of closed questions, dichotomous or multiple choice applied to the head of hospitalized children. The oral examination in their own hospital under natural light, using dental mirror and probe the WHO, to detect the presence of gingival bleeding through indict Bleeding Gum (ISG) and oral mucosal changes. Data were stored and analyzed in GoogleSpreadsheete submitted to descriptive analysis (absolute and percentage distribution). In relation to age and sex, 51% were male and had 02-5 years old. For the visit to the dentist, more than half of children 58.8% had visited the dentist. Regarding oral hygiene and frequency of brushing, 98% said they brushed their teeth with a frequency of twice daily 36%. With regard to the hospital hygiene, 43.1 stated that therehigienizavam Furthermore, 98% of the children not receiving oral hygiene orientation in the hospital. According to the diagnosed diseases and hospital stay, 57.5% of children and adolescents were affected from respiratory diseases and the most prevalent hospital stay was two days (31.4%). The results revealed a high number of patients affected by some type of oral lesion 64.7%, being the language the most affected place 63.4%, with changes in the type furred 54.8%. Regarding the ISG it was observed that most (66,7 %) children had gingival bleeding. Considering the lack of information on oral hygiene in hospitals concluded if necessary the implementation of preventive programs to improve the oral health of hospitalized children and adolescents.

Key-words: Hospital Service; Child; Oral Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 4.6.1	Representação esquemática do exame para avaliação do ISG (a) superfície gengival sem sangramento e (b) superfície gengival com sangramento.....	24
Figura 5.4.1	Distribuição da amostra de pacientes segundo as alterações de tecido mole. Campina Grande/PB, 2015.....	30

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 4.7.1	Descrição das variáveis estudadas.....	25
Tabela 5.1	Distribuição da amostra de pacientes segundo as alterações de tecido mole. Campina Grande/PB, 2015.....	27
Tabela 5.2	Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis educativo-preventivas. Campina Grande/PB, 2015.....	28
Tabela 5.3	Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis da saúde geral. Campina Grande/PB, 2015.....	29
Tabela 5.4	Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis do exame clínico. Campina Grande/PB, 2015.....	30

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CCBS – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Comissão Nacional de Saúde

ISG – Índice de Sangramento Gengival

OHRQoL - Oral Health-related Quality of Life

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TA – Termo de Assentimento

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEPB- Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DOENÇAS PERIODONTAIS.....	14
2.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE MANIFESTAÇÕES BUCAIS.....	16
2.3 IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA, NO AMBIENTE HOSPITALAR: (EQUIPES MULTIDISCIPLINARES)	18
3 OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GERAL	21
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 MÉTODO DE ABORDAGEM, DE PROCEDIMENTO E TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	22
4.3 ÁREA DO ESTUDO	22
4.4 POPULAÇÃO.....	22
4.5 ESTUDO PILOTO.....	23
4.7 COLETA DE DADOS	23
4.8 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	25
4.9 ANÁLISE DOS DADOS	26
5 RESULTADOS	27
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÕES	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	40
ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal está entre os aspectos fisiológicos de grande importância para o crescimento e desenvolvimento da criança. A odontologia no ambiente hospitalar tem como objetivo promover o acompanhamento do paciente nas questões que se refere às doenças da cavidade bucal e juntamente com uma equipe multidisciplinar, ajudar a minimizar as diferentes formas das infecções hospitalares que muitas vezes são exacerbadas na cavidade bucal (ARANEGA et al., 2012).

Na cavidade bucal existem mais de 300 espécies bacterianas responsáveis por patologias bucais como a cárie e doença periodontal e/ou sistêmicas quando atingem locais como coração, pulmões, articulações e sistema vascular periférico (SILVEIRA et al., 2014).

No ambiente hospitalar, as crianças internadas estão sujeitas a uma série de fatores que contribuem negativamente para a sua saúde bucal, aumentando o risco de desenvolvimento das doenças bucais, especialmente cárie e doença periodontal, focos de disseminação de microrganismos patogênicos capazes de desequilibrar a homeostasia do organismo e comprometer a saúde geral da criança. Sendo isso, em grande parte, porque a atenção da equipe médica e de enfermagem está voltada para o tratamento das doenças que levaram a criança à hospitalização. Em adição, a mudança extrema nos horários das refeições e nos hábitos alimentares, a introdução de medicamentos na rotina diária, o estresse pela hospitalização, a indisposição ocasionada pela doença e a estadia em um ambiente diferente do habitual levam à sub valorização dos cuidados bucais (SILVA et al., 2009).

Dessa forma, as alterações na saúde bucal também podem interferir na saúde geral do paciente, necessitando assim cuidados e orientações específicas as crianças hospitalizadas para as diferentes situações. Estudos apontam que crianças hospitalizadas apresentam debilidade sistêmica e, portanto, maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças bucais. (AMARAL; TENÓRIO; DANTAS; 2006).

A literatura aponta a correlação entre complicações decorrentes da falta de higiene bucal e o aumento da permanência hospitalar em 6, 8 a 30 dias, e que o controle mecânico da placa bacteriana, por meio da escovação e uso de fio dental, associado ao uso de substâncias químicas (clorexidina 0,12%) é fundamental (JABER et al., 2007). A partir de três dias, crianças hospitalizadas apresentam um índice de placa médio de 67,7%, em cinco dias, o valor chega a

100%, sendo que o ideal é que haja uma prevalência de até 10% (AMARAL; TENÓRIO; DANTAS, 2006; CRUZ et al., 2008).

A atenção a pacientes internados depende de uma equipe multiprofissional e pode se resumir na soma de pequenos cuidados parciais que vão se somando. Para um melhor desenvolvimento das atividades rotineiras dessa equipe deve-se incluir o cirurgião dentista, que será responsável por motivar e conscientizar funcionários sobre a saúde bucal e sua importância para o restabelecimento da saúde sistêmica do paciente. O cirurgião dentista pode oportunizar um vínculo entre a equipe de enfermagem e o paciente, para consolidar a tão desejada saúde integralizada (BARBOSA et al., 2010).

Em inúmeras situações, o atendimento hospitalar com o fim da realização de procedimentos dentários é favorável. Outros itens de suma importância, talvez os mais relevantes em relação à promoção de saúde bucal em pacientes hospitalizados, são os procedimentos simples, como profilaxia dentária, técnicas de escovação ou ainda aplicação tópica de flúor, pois eles ficam dificultados para pacientes internados (GAETTI-JARDIM et al., 2013). Contudo, muitas vezes há um negligenciamento desses cuidados em pacientes internados e da participação do profissional da Odontologia frente à atenção hospitalar nesse aspecto, como educador dos pais e/ou acompanhantes nesse processo (ALMEIDA et al., 2014).

Apesar dos avanços alcançados pela Odontologia, ainda não é suficiente o reconhecimento de que medidas odontológicas adotadas em pacientes infantis hospitalizados podem contribuir para o bem-estar dos mesmos (CHAPPER; GOLDANI, 2004). Dessa forma a odontologia ainda tem muito a amadurecer, crescer e muitos obstáculos a vencer no contexto hospitalar (MATTEVI, 2014).

Diante da importância do tema, justifica-se a realização desse estudo, que objetivou avaliar as alterações estomatológicas e condições periodontais de crianças internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra de Carvalho - Campina Grande/PB, a fim de dá subsídios para o planejamento e desenvolvimento de futuras ações voltadas à educação e prevenção em saúde bucal, buscando melhora nas condições gerais e bem-estar do paciente infantojuvenil hospitalizado, consolidando o papel do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE DOENÇAS PERIODONTAIS

As doenças periodontais consistem em processos inflamatórios de origem infecciosa que acometem os tecidos gengivais (gingivite) e/ou os tecidos de suporte dos dentes (periodontite). Ocorrem como consequência das reações inflamatórias e imunológicas nos tecidos periodontais induzidas pelos micro-organismos do biofilme dental (placa bacteriana), danificando o tecido conjuntivo e o osso alveolar (VIEIRA; PÉRET; PÉRET FILHO, 2010). Evidências sugerem que as doenças periodontais são importantes fatores modificadores na saúde sistêmica do indivíduo, podendo provocar ou agravar enfermidades preexistentes. Dessa forma, o tratamento periodontal pode acrescentar benefícios muito mais amplos do que a manutenção dos elementos dentários (SILVA et al., 2014).

A gengivite é considerada a mais comum das doenças periodontais, caracterizando-se por vermelhidão e eventuais sangramento da gengiva, sendo avaliada pelo Índice de Sangramento Gengival pós-sondagem – ISG. Apesar de não causar danos irreparáveis, a gengivite é um pré-requisito para o estabelecimento de um biofilme subgengival, que poderá levar à periodontite (VARGAS et al., 2013).

Estudos realizados por Barbosa; Gavião; Mialhe; (2015) demonstram que a presença de alterações periodontais, mais precisamente a gengivite, contribuem significativamente para uma piora na qualidade de vida dos indivíduos. Adolescentes que apresentavam sangramento gengival, após a escovação dos dentes foram quatro vezes mais propensos a relatar um impacto sobre a sua vida diária do que aqueles sem sangramento gengival. Outros estudos considerando uma variedade de formas da extensão da gengivite encontraram pior índice de qualidade de vida relacionado à saúde bucal (*Oral Health-related Quality of Life*) em uma ampla faixa-etária da população (crianças, adolescentes e os idosos).

Acreditava-se que a gengivite acometia somente os indivíduos a partir da adolescência, porém, a inflamação dos tecidos marginais pode ser encontrada em todas as idades, desde que a placa bacteriana se acumule por certo período de tempo nos dentes (IQUEJIRI; ZÁRATE-PEREIRA et al., 2005). No entanto, dados epidemiológicos revelaram que problemas periodontais aumentam com a idade (BRASIL, 2012).

Analisando a prevalência de gengivite e periodontite em crianças de 3 a 5 anos, Moraes et al. (2003) observaram, através do ISG, que 68,5% das crianças avaliadas apresentavam de 1 a 10% dos sítios gengivais sondados com sangramento, correspondendo a um quadro

inflamatório suave. A prevalência de gengivite foi elevada entre as crianças examinadas, na fase da dentição decídua, verificando-se o predomínio da gengivite leve em relação à moderada, não tendo sido registrados casos de inflamação gengival severa. A presença de gengivite mostrou-se associada ao acúmulo do biofilme, sendo as superfícies livres mais acometidas pela gengivite em relação às superfícies proximais.

De acordo com Panagakos e Scannapieco (2011) o acúmulo de placa dental leva à inflamação periodontal, sendo a gengivite a manifestação inicial deste processo. A placa dental inicial promove uma série de combinações químicas durante o metabolismo normal. Sendo esses produtos solúveis e penetram na camada superficial do epitélio sulcular. Essas substâncias produzem uma variedade de mediadores biologicamente ativos, os quais influenciam em inúmeros processos celulares. Isso inclui o recrutamento de neutrófilos para os sítios, com o aumento da permeabilidade dos vasos do tecido gengival, que resulta em um extravasamento de substâncias dos vasos sanguíneos para o tecido. Esse processo inflamatório na gengiva permite o deslocamento das bactérias para a corrente sanguínea, o que pode influenciar diretamente na saúde sistêmica do indivíduo.

A higiene bucal deficiente e o acúmulo de placa são os problemas mais evidentes encontrados durante o exame odontológico de pacientes hospitalizados. Em estudo realizado por Rodrigues et al. (2011), com objetivo de avaliar os hábitos de higiene bucal durante o período de internação hospitalar, verificou-se que 33% das crianças não realizaram procedimentos de higiene bucal durante o período de internação, revelando uma baixa adesão a essa prática. Verificou-se também que 92,3% dos cuidadores das crianças não haviam recebido orientação durante o período de internação e que nenhuma criança havia utilizado o fio dental durante esse período. Além disso, o estudo também apontou que 90,1% das crianças nunca foram atendidas por um cirurgião-dentista.

Amaral; Tenório; Dantas, (2006), em estudo realizado com 78 crianças hospitalizadas, constataram que após 3 dias de internação 42% das crianças apresentavam gengivite, 97,5% apresentavam alto índice de placa dental e esta, quantitativamente, era diretamente proporcional ao tempo de internação. Treloar; Stechmiller, (1995) constataram que em menos de dez dias de internação, os pacientes que não realizam higiene bucal desenvolvem gengivite. A presença desta inflamação está invariavelmente associada a significativo depósito de placa bacteriana e esta situação eleva relevantemente a possibilidade de ocorrer bacteremia (FRANKLIN et al., 2000).

Miñana et al. (2011) afirmaram que a higienização bucal com escova é o método mais comum para se alcançar uma boa higiene, pois promove a desorganização e remoção mecânica do biofilme dental, desestabilizando e impedindo a sequência de *Streptococcus mutans*, acontecimentos envolvidos na progressão da doença. Recomendaram escovar os dentes, no mínimo, duas vezes por dia, sendo considerados “escovadores regulares” aqueles que escovam até uma vez ao dia.

Tão importante quanto à frequência de escovação é a utilização de uma técnica adequada para cada faixa etária. Recomenda-se que a higienização bucal de crianças até os sete anos de idade deve ser realizada pelos pais (XIMENES, 2008). Mas trabalho multidisciplinar, voltado à educação para a saúde bucal, indispensável a um atendimento integral à criança, se faz necessário. Os pais têm papel fundamental nesse processo e devem estar orientados e conscientizados da responsabilidade com a saúde bucal de seus filhos (DARELA et al., 1999).

A ocorrência de alterações periodontais é observada com frequência em crianças e adolescentes com alterações sistêmicas (LAGERVALL; JANSSON; BERGSTROM, 2003). E estão relacionadas às deficiências imunológicas que interferem na resposta do hospedeiro frente à presença de patógenos periodontopatogênicos existentes no biofilme dental. O acompanhamento destes indivíduos por uma equipe multidisciplinar poderá reduzir os riscos de infecções, contribuindo para um efetivo controle sistêmico (VIEIRA; PÉRET; PÉRET FILHO, 2010).

2.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE MANIFESTAÇÕES BUCAIS

As manifestações bucais podem ser resultantes do comprometimento do sistema imunológico, podendo ser causadas por bactérias, fungos e vírus, ou serem de natureza neoplásica (MOTTA et al., 2014). A cavidade bucal é uma importante fonte de informações para o diagnóstico e o prognóstico de algumas doenças, como as associadas à infecção pelo vírus do HIV, diabetes mellitus, neoplasias, alterações cardiovasculares dentre outras.

Pacientes diabéticos, por exemplo, apresentam alta prevalência de alterações bucais como candidíase, xerostomia, halitose, cáries e periodontopatias. Durante a hospitalização de pacientes diabéticos é fundamental a implementação de cuidados bucais para evitar o surgimento de doenças locais e/ou sistêmicas decorrentes do acúmulo do biofilme dentário,

visto que algumas doenças bucais dificultam o processo de compensação do paciente diabético (MEIRA; OLIVEIRA; RAMOS, 2010).

Indivíduos gravemente imunossuprimidos, como os pacientes portadores do vírus HIV, apresentam deficiência do sistema imunológico, determinando o aparecimento de manifestações bucais (SOUZA et al., 2000). De uma forma geral, as principais manifestações bucais presentes em pacientes pediátricos infectados pelo HIV encontradas na literatura foram: cárie, candidose, queilite angular, eritema linear gengival, lesões na mucosa, patologias nas glândulas salivares, Sarcoma de Kaposi, Linfoma não Hodgkin, doenças fúngicas, doenças virais, doença periodontal, hipoplasia de esmalte e condiloma acuminado (TONELLI et al., 2013).

Em crianças submetidas ao tratamento oncológico, as complicações bucais são três vezes mais acentuadas do que em adultos em esquema terapêutico similar, pelo desenvolvimento e crescimento inerente à faixa etária (EPSTEIN, KLASSER, 2006; PETERSON, 1999). As complicações bucais são fatores principais e limitantes, as quais podem comprometer adversamente a sobrevida, elevar custos do tratamento e influenciar negativamente a qualidade de vida dos pacientes oncológicos (RABER-DURLACHER, 1999; SUTHERLAND, BROWMAN, 2001). Entre todas estas reações, a mucosite oral é a complicação aguda de maior frequência, adicionado ao desconforto, tal complicação representa uma porta de entrada para infecção local e sistêmica no paciente imunossuprimido (EPSTEIN, KLASSER, 2006).

Com intuito de avaliar manifestações bucais em crianças e adolescentes internos submetidos à terapia antineoplásica, Nascimento et al., (2013) mostrou que 80% dos pacientes avaliados apresentavam algum tipo de alteração, e ressaltaram que o mesmo paciente poderia apresentar diferentes alterações simultaneamente.

Tradicionalmente, a mucosa da cavidade bucal tem sido encarada como um reflexo do estado geral de saúde (JAHANBANI et al., 2009). Numerosas alterações da mucosa bucal podem ser encontradas em crianças, desse modo, profissionais da saúde devem ser capazes de detectá-las para o estabelecimento do diagnóstico correto e o tratamento adequado. As lesões mais frequentes consideradas pelos autores e que aparecem na maioria das vezes em diferentes estudos são: estomatite aftosa recorrente, herpes labial, língua fissurada, língua geográfica, candidíase oral e lesões traumáticas (CRESPO; DEL POZO; GARCIA, 2005).

Bessa et al. (2004), ao examinarem crianças de zero a 12 anos, verificou que 27% dos pacientes eram portadores de alterações de mucosa bucal. As lesões mais comuns encontradas

foram língua geográfica, lesões traumáticas em mucosa jugal e máculas melanóticas. A presença de candidíase foi associada à antibioticoterapia e uso de chupetas. Os autores concluíram que a frequência de alterações da mucosa em crianças é alta, aumentando com a idade e que algumas delas estão associadas a hábitos e história médica dos pacientes.

Com objetivo de identificar a prevalência de lesões bucais em um grande grupo de crianças (0 a 12 anos), Majorana et al. (2010) observaram que 28,9% das crianças avaliadas apresentavam lesões de mucosa oral, sendo as mais frequentes a candidíase oral, língua geográfica, lesões traumáticas, úlceras aftosas recorrentes, infecção por herpes simples e eritema multiforme.

A literatura aponta que crianças hospitalizadas apresentam debilidade sistêmica e, portanto, maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças bucais. Os efeitos das doenças bucais não são limitados, podendo levar a quadros infecciosos, resultando em comprometimento do quadro sistêmico (AMARAL; TENÓRIO; DANTAS, 2006).

Cruz et al. (2008) em pesquisa realizada com crianças hospitalizadas, observaram que 67,88% dos pacientes avaliados apresentavam algum tipo de alteração de mucosa bucal no momento do exame. Dentre as alterações observadas, os autores verificaram que as mais frequentes foram língua saburrosa, candidíase pseudomembranosa, infecção herpética recorrente e para a estomatite aftosa recorrente.

Crivelli et al. (1986) examinaram 308 crianças hospitalizadas de zero a 15 anos e constataram uma prevalência de 33,76% de crianças acometidas por 15 tipos de alterações de mucosa bucal, havendo uma alta prevalência de lesões de origem infecciosa, seguidas de alterações na língua. Os autores concluíram que a distribuição das doenças refletiu as características do baixo nível socioeconômico da população estudada.

De acordo com a literatura, acredita-se que o diagnóstico e o tratamento adequados de problemas de saúde bucal sejam importantes para tratar a saúde de forma integral. Dessa maneira, as equipes de saúde dos hospitais devem prestar atenção nas condições oral-sistêmica. O que vem a confirmar a importância da formação de equipes interdisciplinares para prover assistência aos pacientes internados sob regime de longa permanência (BERKEY; SCANNAPIECO, 2013).

2.3 IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA, NO AMBIENTE HOSPITALAR: (EQUIPES MULTIDISCIPLINARES)

Define-se Odontologia Hospitalar como uma prática que visa o cuidado das alterações bucais de baixa, média ou alta complexidade, realizado em ambiente hospitalar, cujo objetivo é melhorar a saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados. A abordagem integral do paciente é fundamental e depende da inter-relação de todos os membros da equipe multidisciplinar que assiste o paciente em ambiente hospitalar. Assim, a odontologia, especialidade da área da saúde, quando integrada ao hospital, permite melhor desempenho no compromisso de melhora da qualidade de vida do paciente internado (GAETTI-JARDIM et al., 2013).

No ambiente hospitalar, o paciente internado deve ser monitorado e os cirurgiões-dentistas têm o papel fundamental na avaliação da saúde bucal, reforçando a idéia de que estas avaliações são essenciais para os cuidados da saúde geral e no atendimento do paciente como um todo, pois diversas manifestações na cavidade bucal podem surgir a partir das condições sistêmicas (ARANEGA et al., 2012).

A equipe multidisciplinar deve compreender o quanto as infecções bucais representam em termos de riscos letais, e, concomitante a este processo, conscientizar os pacientes sobre a sua saúde bucal, orientando-os acerca da necessidade de higienização e realizando quando estes estiverem incapacitados de fazê-lo (ALMEIDA et al., 2014). Havendo assim um envolvimento de todas as áreas profissionais que compõem a equipe de saúde, tendo em vista que o processo saúde-doença tem origem e influência de diversos fatores, diretamente associados à noção de qualidade de vida (FACCIN; SEBOLD; CARCERERI, 2010).

O cirurgião dentista exerce importante função na equipe de saúde, trata-se de um profissional que qualifica o serviço hospitalar (MATTEVI, 2014). Devendo ser estimulada a formação de equipes multidisciplinares no ambiente hospitalar no intuito de enfatizar a adoção de medidas de promoção de saúde, incluindo a saúde bucal, na tentativa de auxiliar na melhoria do quadro de saúde durante a hospitalização, sendo essencial, durante esse processo, incluir todos os sujeitos envolvidos no seu cuidado: criança, cuidador e profissionais da saúde (RODRIGUES et al., 2011).

Segundo Arcêncio; Oliveira; Villa, (2007) e Lopes (1996) o indivíduo hospitalizado, preocupado mais com a doença atual, motivo pelo qual ele encontra-se internado, não se atém aos cuidados com sua saúde bucal. Por isso, é de grande importância que haja a inclusão do cirurgião-dentista à equipe multidisciplinar na realização de atividades curativas, preventivas e educativas para integração no contexto da promoção de saúde bucal e, conseqüentemente, a melhoria do quadro clínico geral do paciente.

A literatura relaciona as doenças bucais com o aparecimento de doenças sistêmicas como a endocardite bacteriana, aterosclerose, enfarte do miocárdio e eventos cerebrovasculares, trombos e isquemia coronária, abscesso cerebral, pneumonia bacteriana, doença pulmonar obstrutiva crônica e artrite reumatoide, desnutrição, infecções em artefatos ortopédicos e interferências no controle do diabetes mellitus. As consequências diretas dessas complicações sistêmicas são prolongamento do tempo de tratamento e retardo da recuperação, além da possibilidade de óbito do paciente (SILVA et al., 2009).

Diante da importância do aspecto, tanto a equipe de cirurgiões-dentistas como a de enfermagem devem estar comprometidas na higienização bucal do paciente, sobretudo aquele que possui déficit de autocuidado (GAETTI-JARDIM et al., 2013). Estudos relataram a necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados bucais de pacientes e concluem que treinamentos apropriados e a presença do dentista no ambiente hospitalar contribuem para o aperfeiçoamento dos conhecimentos e para melhor desempenho da enfermagem em relação à saúde bucal dos pacientes (ARAÚJO et al., 2009).

Torna-se necessária, a elaboração de um protocolo de higiene bucal voltado para este grupo populacional bem como a participação mais efetiva do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar dos hospitais, objetivando fornecer atenção integral e especializada ao paciente pediátrico, promovendo assim uma melhora na saúde geral do mesmo e evitando problemas sistêmicos mais graves. Ressalta-se ainda que toda a equipe de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos podem colaborar para os cuidados da saúde bucal deste paciente, desde que capacitados (ALMEIDA et al., 2014).

Quando se faz necessária, a hospitalização deve-se promover saúde, não podendo negligenciar a saúde bucal, uma vez que a cavidade bucal, como qualquer outra área do organismo, pode se converter em uma fonte de disseminação de micro-organismos patogênicos ou de seus produtos capazes de produzir manifestações mórbidas sistêmicas (XIMENES; ARAGÃO; COLARES; 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições bucais periodontais de crianças e adolescentes, com idade entre 2 aos 17 anos, internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra de Carvalho - Campina Grande/PB.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as crianças quanto ao sexo, cor, idade, doença diagnosticada, tempo de internação;
- Analisar as condições de saúde bucal das crianças avaliadas quanto:
 - Índice de sangramento gengival (ISG);
 - Alterações de tecido mole;
 - Hábitos de higiene bucal;
- Verificar as condições de saúde bucal com o tempo de internação da criança;

4 METODOLOGIA

4.1 MÉTODO DE ABORDAGEM, DE PROCEDIMENTO E TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um estudo clínico do tipo transversal, quantitativo, descritivo-analítico.

4.2 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, este projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba tendo como protocolo o nº 37237214.2.0000.5187 (ANEXO A). Para a execução dos trabalhos no hospital, foram obtidas as autorizações da Secretaria Municipal de Saúde – Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (ANEXO B) e do Hospital Municipal Dr. Severino Bezerra de Carvalho (ANEXO D). Previamente, os pais ou responsáveis pelos pacientes internados foram informados sobre os benefícios da pesquisa e o tipo de exame que seria realizado. Aqueles que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), bem como o Termo de Assentimento (APÊNDICE B) e quando oportuno o Termo de Autorização de uso de Imagens e Fotos (APÊNDICE C). Assim como os responsáveis, os pacientes também foram informados sobre o tipo de procedimento a que iria se submeter, bem como sobre o fato de sua participação ser voluntária.

4.3 ÁREA DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho, localizado na Av. Marechal Floriano Peixoto, São José, Campina Grande, PB.

4.4 POPULAÇÃO

A população do estudo compreendeu 51 crianças e adolescentes de 2 aos 17 anos de idade, internadas no hospital durante o período de janeiro a maio de 2015. Sendo excluídas deste estudo, as crianças em fase de observação, exames de revisão ou após tratamento e crianças acometidas de patologias infectocontagiosas.

4.5 ESTUDO PILOTO

Previamente à realização do experimento, foi realizado o estudo piloto, que consistiu na aplicação do formulário e realização de exame intra bucal em 10 pacientes internos, a fim de verificar a inexistência de erros ou falhas e proporcionar a calibração do pesquisador quanto à execução da pesquisa.

4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a maio de 2015, por meio de um formulário pré-elaborado (APÊNDICE D) onde foram colhidas informações sócio demográficas, educativo-preventivas e saúde geral do paciente. Houve a consulta aos prontuários médicos de cada paciente sempre que necessário. Além disso, foram realizados os exames intra bucais, a fim de se verificar lesões de tecido mole e Índice de Sangramento Gengival.

A metodologia utilizada foi a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Manual do Examinador SBBRASIL 2012. Os exames intra bucais foram realizados utilizando-se espelho bucal e sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador devidamente paramentado e a pessoa examinada sentada. A sequência de exames foi realizada partindo dos índices menos invasivos para os mais invasivos. Iniciou-se pelo lado superior direito, em seguida pelo lado superior esquerdo, depois pelo lado inferior esquerdo, terminando pelo lado inferior direito.

O sangramento gengival é considerado um dos principais indicadores clínicos de alterações gengivais, sendo mensurado através do Índice de Sangramento Gengival. A presença de sangramento gengival foi avaliada nos pacientes por meio de uma sonda periodontal (CPI), inserida levemente na entrada do sulco gengival, como mostram a Figura 4.7.1. (a e b), e percorrida por toda a extensão do dente seguindo a configuração anatômica da superfície da gengiva, contornando-o, de modo que todas as faces (vestibular, mesial, distal e palatina/lingual) fossem analisadas. Após esse procedimento, aguardava-se cerca de 10 a 30 segundos para a análise de presença ou ausência de sangramento da gengiva marginal (MORAES GRISI et al., 2005).

Os resultados foram anotados na ficha clínica específica, e registrados na forma de percentual de faces dentárias sangrantes em cada paciente. Os valores percentuais do ISG foram agrupados nos seguintes escores: sem sangramento (1); de 1 a 10% de faces com sangramento

(2); de 11 a 25% (3); de 26 a 50% (4); de 51 a 75% (5); acima de 75% de faces com sangramento (6). Considerou-se como gengivite leve as crianças enquadradas no escore 2, gengivite moderada aquelas com escore 3 e presença de gengivite severa escores superiores a 3 (MORAES; VALENÇA, 2003).



Figura (a)



Figura (b)

Fonte: Ministério da Saúde, 2000.

Figura 4.6.1. Representação esquemática do exame para avaliação do ISG (a) superfície gengival sem sangramento e (b) superfície gengival com sangramento.

As possíveis lesões de mucosa foram verificadas através de variáveis pré-estabelecidas, limitando o exame as seguintes alterações: lábio ressecado, língua geográfica, língua saburrosa, gengivite estomatite herpética aguda, lesões recorrentes causadas pelos vírus do herpes, candidíase pseudomembranosa, candidíase eritematosa, quelite angular e estomatite aftosa recorrente, por serem as lesões mais acometidas em pacientes debilitados (CRUZ et al., 2008). Os critérios clínicos de diagnóstico e a nomenclatura das alterações de mucosa que foram adotados neste trabalho foram propostos por Neville et al. (2004).

4.7 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Quadro 4.7.1 Descrição das variáveis estudadas

VARIÁVEIS	CATEGORIZAÇÃO
Sexo	Masculino / Feminino
Idade	2 a 5 anos/ 6 a 9 anos / 10 a 13 anos / 14 a 17 anos
Município	Município de procedência
Escolaridade do acompanhante	Nenhuma escolaridade/Ensino fundamental completo/Ensino fundamental incompleto/Ensino médio completo/Ensino médio incompleto/Superior completo/Superior incompleto.
Hábitos de Higiene	Escova os dentes; Frequência da escovação; Uso do Fio dental.
Programas Preventivos	Escovação no hospital; Orientação de higiene bucal no hospital;
Visita ao cirurgião-dentista	Sim / Não
Já tem diagnóstico	Sim / Não; Doença diagnosticada;
Tempo de internação	(Dias)
Realização de exame intrabucal	Exame Realizado/Exame não realizado por não ter sido autorizado pelo responsável/Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não permitiu/ Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não foi encontrada no momento do exame/ Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades organizativas da equipe da pesquisa ou da instituição de saúde responsável/Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades relacionadas ao local onde o exame seria feito ou à instituição que receberia a equipe/ Exame não realizado por outras razões;
Alterações de tecido mole	Sim/Não; Local: Lábio: Gengiva/Mucosa jugal/Mucosa vestibular/Palato duro/Palato Mole/Língua; Classificação: Lábio ressecado/Língua Fissurada/Língua geográfica/Língua saburrosa/Gengivite estomatite herpética aguda/Lesões recorrentes, causadas pelos vírus do herpes/Candidíase pseudomembranosa/Candidíase eritematosa/Quelite angular/ Estomatite aftosa recorrente;
ISG	Sem sangramento (Escore 1); de 1 a 10% de faces com sangramento (Escore 2); de 11 a 25% (Escore 3); de 26 a 50% (Escore 4); de 51 a 75% (Escore 5); acima de 75% de faces com sangramento (Escore 6).

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados com o auxílio do programa GoogleSpreadsheet, uma ferramenta de criação e análise de dados online. Através do programa os dados são coletadas de forma organizada e automática no Planilhas Google, e as informações de respostas e os gráficos são disponibilizados em tempo real. O programa pode ser acessado através do endereço: <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>. Também foram utilizadas técnicas de estatística descritiva por meio de distribuições absolutas e percentuais

5 RESULTADOS

A amostra constituiu de 51 crianças e adolescentes, distribuídas segundo as variáveis sócio demográficas conforme a Tabela 5.1. Em relação à idade e ao sexo, 51% dos pacientes tinham idade entre 2 a 5 anos e 51% pertenciam ao sexo masculino. Quanto ao município de procedência 58,8% residiam no município de Campina Grande/PB. Em relação à escolaridade do acompanhante 35,3% possuíam o fundamental incompleto.

Tabela 5.1. Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis sócio - demográficas. Campina Grande/PB, 2015.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Idade		
2 a 5	26	51
6 a 9	12	23,5
10 a 13	09	17,6
14 a 17	04	7,8
Total	51	100
Sexo		
Feminino	25	49
Masculino	26	51
Total	51	100
Município*		
Campina Grande	30	58,8
Outros	21	41,1
Total		100
Escolaridade do Acompanhante		
Nenhuma escolaridade	02	3,9
Fundamental Completo	06	11,8
Fundamental Incompleto	18	35,3
Médio Completo	17	33,3
Médio Incompleto	08	15,7
Total	51	100

*Todos do estado da Paraíba

Na Tabela 5.2 é possível verificar a distribuição dos pacientes segundo as variáveis educativo-preventivas: visita ao dentista, escovação dos dentes, frequência de escovação diária,

uso do fio dental, escovação dos dentes no hospital e orientação de higiene bucal no hospital. Observou-se que 58,8% da amostra já foi ao cirurgião-dentista. Com relação a escovação dentária, 98,1% afirmaram escovar os dentes diariamente, sendo que 36% escova duas vezes ao dia. Quanto ao uso do fio dental apenas 13,7% relatou utilizar dessa prática. Relativo à escovação dos dentes no hospital 43,1% da amostra declararam não escovarem os dentes durante a hospitalização. Sobre orientações de higiene bucal no período de hospitalização 98% dos acompanhantes alegaram não ter recebido nenhuma informação.

Tabela 5.2. Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis educativo-preventivas. Campina Grande/PB, 2015.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Visita ao dentista		
Sim	30	58,8
Não	21	41,2
Total	51	100
Escova os Dentes		
Sim	50	98
Não	01	2
Total	51	100
Frequência de escovação*		
1 vez	12	24
2 vezes	18	36
3 vezes	15	30
Mais de 3 vezes	05	10
Total	50	100
Uso do Fio dental		
Sim	07	13,7
Não	44	86,2
Total	51	100
Escovação no hospital		
Sim	29	56,9
Não	22	43,1
Total	51	100
Orientação de higiene bucal no hospital		
Sim	01	2
Não	50	98
Total	51	100

*Frequência diária

A Tabela 5.3 apresenta a distribuição das crianças e adolescentes segundo as variáveis relativas à da saúde geral, avaliada de acordo com presença de diagnóstico, doença diagnosticada e tempo de internação. Observa-se que 78,4% da amostra já possuíam o diagnóstico no momento da coleta, sendo desses 57,5% relativos a doenças respiratórias e que 31,4% dos pacientes estavam internados há dois dias.

Tabela 5.3. Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis da saúde geral. Campina Grande/PB, 2015.

Variáveis	Frequência	
	n	%
Possui diagnóstico		
Sim	40	78,4
Não	11	21,6
Total	51	100
Doença diagnosticada		
Doenças respiratórias	23	57,5
Infecções do trato urinário	6	15
Entero infecções/Desidratação	6	15
Afecções cutâneas	5	12,5
Total	40	
Tempo de internação		
1 dia	08	15,7
2 dias	16	31,4
3 dias	07	13,7
4 dias	10	19,6
5 dias	03	5,9
6 dias	02	3,9
8 dias	04	7,8
Não sabia	01	2
Total	51	100

Na Tabela 5.4 é possível verificar a distribuição dos pacientes segundo as variáveis relacionadas ao exame clínico. Observa-se que 86,3% dos pacientes permitiram a realização do exame de forma completa. Em relação a presença de alterações em tecido mole (bucal) verifica-se que 64,7% apresentava algum tipo de alteração. Sobre a presença de sangramento gengival constata-se que 61,36% da amostra apresentaram algum sítio gengival sangrante.

Tabela 5.4. Distribuição das crianças e adolescentes internadas segundo variáveis do exame clínico. Campina Grande/PB, 2015

Variáveis	Frequência	
	n	%
Realização de exame intrabucal		
Exame realizado Completo	44	86,3
Exame parcialmente realizado, porque a criança não permitiu	3	5,9
Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não permitiu	4	7,8
Total	51	100
Alterações de tecido mole		
Sim	33	64,7
Não	14	27,5
Exame não realizado	4	7,8
Total	51	100
Local das alterações de tecido mole		
Língua	26	63,4
Lábio	14	34,1
Mucosa Jugal	1	2,4
Total	41	100
Sangramento gengival		
Presença	27	61,3
Ausência	17	38,6
Total	44	100
Percentual de faces acometidas (ISG)		
1- Sem sangramento	17	38,6
2- Gengivite leve (1 a 10%)	16	36,3
3- Gengivite moderada (11 a 25%)	10	22,7
4- Gengivite severa (26 a 50%)	1	2,3
Total	44	100

Destaca-se na Figura 5.4.1 que a alteração de tecido mole mais frequente é a língua saburrosa com 54,8%.

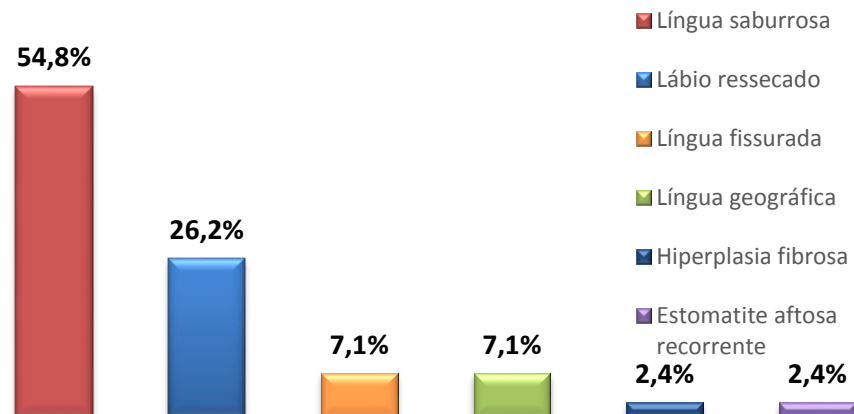


Figura 5.4.1 Distribuição da amostra de pacientes segundo as alterações de tecido mole. Campina Grande/PB, 2015.

6 DISCUSSÃO

Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são importantes instrumentos para identificar os agravos, principalmente os de caráter reversíveis, que são detectados precocemente, o que propicia a prática de ações assistenciais primárias (BRASIL, 2011). Dadas as características da população que habitualmente busca atendimento hospitalar pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria de baixa renda e de baixa escolaridade, e de acordo com levantamentos epidemiológicos, aquela em que há maior prevalência de doenças bucais, é esperado que haja demanda de necessidades odontológicas acumuladas nos pacientes internados (MATTEVI, 2014).

No tocante as características sócio-demográficas, em relação à idade, 51%, dos pacientes avaliados tinham idade entre 2 a 5 anos e apenas 7,8% entre 14 a 17 anos (Tabela 5.1), caracterizando uma prevalência do público infantil na pesquisa. Quanto ao sexo, os resultados mostram uma homogeneidade, visto que 51% das crianças e adolescentes estudados eram do sexo masculino e 49% do sexo feminino (Tabela 5.1). Fato semelhante encontrado nos estudos de Yilmaz et al. (2011) e Almeida et al. (2014), que ao avaliarem crianças hospitalizadas encontraram amostra de 51,5% para o gênero masculino e 48,5% para gênero feminino; 57,63% para o gênero masculino e 42,37% para gênero feminino, respectivamente. Não havendo assim discrepância entre os gêneros.

Em relação ao município de procedência, percebe-se que apesar do Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho está localizado na cidade de Campina Grande, há uma demanda significativa de atendimento a pacientes de outros municípios do estado da Paraíba, 41,1% da amostra (Tabela 5.1), demonstrando que o hospital é um importante serviço de referência e contra referência no estado. A respeito da escolaridade dos acompanhantes observou-se que a maioria, 35,3%, não havia finalizado o ensino fundamental (Tabela 5.1), discordando de Rodrigues et al. (2011) onde apenas 29,7% dos acompanhantes, avaliados em seu estudo, não haviam finalizado o ensino fundamental. Entretanto comparando os resultados dos acompanhantes que possuíam o ensino médio completo, 33,3%, observou-se semelhança com o mesmo estudo que encontrou a amostra de 36,3% para a mesma variável.

Quando formulário se as crianças e adolescentes já haviam recebido algum atendimento odontológico (visita ao cirurgião dentista), a maioria, 58,8%, respondeu que sim (Tabela 5.2),

discordando do estudo de Rodrigues et al. (2011) onde 90,1% das crianças avaliadas nunca haviam sido atendidas por um cirurgião-dentista. Sobre a questão de hábitos de higiene bucal quase a totalidade dos pacientes (98%) afirmou escovar os dentes, dentre eles apenas 30% revelou escovar três vezes ao dia, 10% mais de três vezes ao dia, 36% duas vezes ao dia, e 24% uma única vez ao dia (Tabela 5.2), corroborando com mesmo estudo, onde se puderam observar sobre essa prática que 42,6% da amostra relataram a ocorrência da higienização bucal três ou mais vezes ao dia, 36,1%, duas vezes, e 21,3%, apenas uma vez ao dia. No entanto, em relação a escovação dentária durante o período de internação percebeu-se que 43,1% dos internos não realizava o procedimento (Tabela 5.2), fato semelhante ao detectado pelo mesmo estudo, por Ximenes; Aragão; Colares; (2008) e Silveira et al. (2014) onde, respectivamente, 33%,36% e 45,5% dos pacientes avaliados não realizavam qualquer tipo de higiene bucal durante a hospitalização. Além do mais quanto à utilização do fio dental a pesquisa evidencia uma baixa adesão a essa prática, apenas 13,7%, apesar disso o resultado foi superior ao encontrado nos mesmos estudos, onde por Rodrigues et al. (2011) e Ximenes Aragão; Colares; (2008) não foi registrado o uso de fio dental pelos pacientes hospitalizados e apenas 1,69% e 3,8% dos pacientes afirmaram utilizar a prática no estudo de Almeida et al. (2014) e Silveira et al. (2014), respectivamente.

Miñana et al. (2011) afirmaram que a higienização oral com escova é o método mais comum para se alcançar uma boa higiene bucal, pois promove a desorganização e remoção mecânica do biofilme dental. Recomenda-se escovar os dentes, no mínimo, duas vezes por dia, sendo considerados “escovadores regulares” aqueles que escovam até uma vez ao dia. Segundo Gebran e Gebert (2002) a escova dental é o recurso mais universal e importante utilizada para higienização dental, porém em áreas interdentais é insuficiente, devendo-se contar com o auxílio dos meios de limpeza interproximais. De acordo com Alves et al. (2003), o fio dental é considerado um dispositivo de grande efetividade para suplementar a escovação.

Ainda analisando as variáveis educativo-preventivas (Tabela 5.2), sobre as orientações de saúde bucal obtidas durante a internação por profissionais da unidade, verifica-se que 98% dos entrevistados informaram que não haviam recebido orientação durante o período, coincidindo aos valores encontrados por Ximenes et al. (2008) e Rodrigues et al. (2011), que verificaram que 92% e 92,3%, respectivamente, dos acompanhantes não receberam qualquer informação sobre saúde bucal durante a internação. No entanto o resultado difere completamente dos achados de Silveira et al. (2014) onde 100% da amostra estudada afirmou receber orientações de saúde bucal. Isso se deve ao fato do hospital onde o estudo foi realizado conter a presença do cirurgião dentista, diferentemente do local desta pesquisa. Estes dados

reforçam a importância da função do cirurgião dentista na equipe de saúde, para diagnóstico e tratamento de doenças bucais e para que a realização da higiene bucal seja incentivada e orientações adequadas sejam fornecidas.

As informações obtidas sobre saúde geral das crianças e adolescentes internadas, de acordo com a Tabela 5.3, evidenciam que a maioria 78,4% possuíam diagnóstico sobre a patologia atual durante a pesquisa, e desses 57,5% tratavam-se de doenças respiratórias, concordando com Silveira et al. (2014) e Rodrigues et al. (2011) onde, respectivamente, 78% e 39,6% das crianças avaliadas encontravam-se internadas devido a doenças do aparelho respiratório. No entanto os resultados diferem dos encontrados por Almeida et al. (2014) e Cruz et al. (2008) que revelaram mais frequentes os motivos de hospitalização relacionados as intervenções cirúrgicas com 64,41% e 21,82%, respectivamente. Observando o tempo de hospitalização dos pacientes, durante a coleta, prevalece o período de dois dias com 31,4%, período bem menor quando comparado ao encontrado pelo mesmo estudo de Rodrigues et al. (2011) onde 72,5% dos pacientes encontravam-se hospitalizados a um período de até uma semana.

Examinando as possíveis alterações de tecido mole nos pacientes verificou-se a presença de algum tipo de lesão em 64,7% da população estudada (Tabela 5.4), indo de encontro com o estudo realizado por Cruz et al., (2008), que ao examinarem crianças hospitalizadas de três a doze anos, constataram em 67,88% das crianças algum tipo de alteração de mucosa bucal. Dentre as alterações observadas, a mais comum foi a língua saburrosa com de 54,8% dos casos, coincidindo também com o mesmo estudo, Cruz et al., (2008), onde a amostra registrada para essa lesão foi de 61,82%. Fato que difere ao encontrado por Yilmaz et al. (2011), Marjorana et al. (2010), Bessa et al. (2004) e Crivelli et al. (1986) que registraram lesões mais frequentes a candidíase oral (10.70%) e (28.4%), língua geográfica (9.8%) e lesões de origem infecciosa (53,84%), respectivamente. Ainda corroborando com Cruz et al. (2008) percebe-se que devido à recorrência de algumas lesões de mucosa bucal, sua verdadeira ocorrência pode ter sido declinada, uma vez que lesões ativas poderiam não estar presentes no momento do exame.

A língua saburrosa é formada basicamente por restos alimentares, células descamadas, fungos, bactérias e enzimas ativas que participam do processo da digestão. Estudos relatam a importância da realização da limpeza da língua para a remoção dessa saburra, também denominada biofilme lingual. Reforçando a orientação de higiene bucal no ambiente hospitalar (SANTOS et al., 2013).

Em relação ao ISG observou-se que a maioria (61,3%) das crianças apresentou sangramento gengival, corroborando com o estudo de Moraes; Valença; (2003) que ao avaliar

a prevalência de gengivite e periodontite em crianças de 3 a 5 anos verificaram sangramento gengival na maioria da amostra, 75,5%. Levando em consideração o contexto hospitalar o resultado difere um pouco do encontrado por Amaral; Tenório; Dantas; (2006) que em estudo realizado com 78 crianças hospitalizadas, constataram que após 3 dias de internação 42% das crianças apresentavam sangramento gengival, caracterizando quadro de gengivite, não deixando de ser uma amostra significativa.

Sobre o percentual de faces acometidas pela gengivite (escores de 1 ao 6 do ISG) entre os pacientes avaliados, constatou-se que a gengivite leve (escore 2) foi a segunda forma mais frequente encontrada (36,3%), sendo observada a ocorrência de 22,7% para gengivite moderada (escore 3) e 2,3% para a gengivite severa (escore 4), discordando dos resultados de Moraes et al. (2003), onde a forma de gengivite mais frequente encontrada foi a gengivite leve (escore 2) com 68,5% da amostra, apenas 7,0% foi registrado para a gengivite moderada (escore 3) e não foi observada ocorrência de gengivite severa. Essa discordância talvez ocorra devido a diferença de faixa etária entre os estudos. Dados do Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – SB Brasil 2010, em relação às condições periodontais, revelaram que problemas periodontais aumentam com a idade. Os resultados indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. Cálculo e sangramento apresentaram-se mais frequentes na idade de 12 anos e entre os adolescentes (BRASIL, 2012).

Foi constatada a deficiência das condições de saúde bucal das crianças e adolescentes avaliados, enfatizando dessa forma a necessidade da presença de um cirurgião dentista e de um protocolo de higiene bucal no ambiente hospitalar para melhores condições de saúde bucal das crianças internadas.

7 CONCLUSÕES

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que:

- ✓ A faixa etária mais prevalente foi dos 2 aos 9 anos de idade, não havendo diferença significativa entre os gêneros;
- ✓ Aproximadamente metade dos pacientes alegou nunca ter visitado o dentista;
- ✓ Em ambiente hospitalar observou-se que quase metade da amostra não realizam a escovação dos dentes;
- ✓ O motivo de hospitalização mais frequente foram os relacionados a patologias respiratórias. Sendo o período de dois dias de internação registrado com maior prevalência;
- ✓ Mais da metade das crianças examinadas apresentaram gengivite com sangramento gengival;
- ✓ Um elevado número de crianças possuía alterações em tecido mole, do tipo língua saburrosa;

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. F.; TORRES, A. S.; SILVA, R. A.; WANDERLEY, F. G. C.; FONSECA, E. M. **Avaliação dos cuidados de saúde bucal em pacientes pediátricos hospitalizados.** Rev. Ciênc. Méd. Biol., Salvador, v. 13, n. 1, p. 72-77, jan./abr. 2014.
- ALVES, D. D. M., SANTOS, A. A. D., SANTOS, T. J. D., BOMFIM, A. M. A., CALADO, A. A. **Avaliação da eficácia de uma escova e fita dentais alternativas utilizadas na higienização bucal em escolares da rede pública.** Odontol. clín.-cient,2(3), 191-195, 2003.
- AMARAL, K. C.; TENÓRIO, M. D. H.; DANTAS, A. B. **Condição de saúde bucal de crianças internas em hospitais da cidade de Maceió-AL.** Odontologia. Clín.- Científ, v.5, p. 267-273, 2006.
- ARANEGA, A. M.; BASSI, A. P. F.; PONZONI, D.; WAYAMA, M. T.; ESTEVES, J. C.; JUNIOR, I. R. G. **Qual a importância da Odontologia Hospitalar?** Rev. bras. odontol. Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 90-3, jan./jun. 2012.
- ARAÚJO, R. J. G.; OLIVEIRA, L. C. G.; HANNA, L. M. O; CORRÊA, A. M.; CARVALHO, H. V.; ALVARES, N. C. F. **Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo.** Rev. Bra. Ter intensiva. 2009. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/269/282>
- ARCÊNCIO, R. A.; OLIVEIRA, M. F.; VILLA, T. C. S. **Internações por tuberculose pulmonar no estado de São Paulo no ano de 2004.** Cien. Saúde Coletiva. v. 12, n. 2, p. 409-417, 2007.
- BARBOSA, A. M.; RIBEIRO D. M.; CALDO-TEIXEIRA A. S. **Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.1113-1122, 2010.
- BARBOSA, T. S.; GAVIÃO, M. B. D.; MIALHE, F. L. **Gingivitis and oral health-related quality of life: a systematic literature review.** Braz Dent Sci Jan/Mar; 18(1), 2015.
- BERKEY, D. B.; SCANNAPIECO, F. A. **Medical considerations relating to the oral health of older adults.** Spec Care Dentist, Malden, v. 33, n. 4, p. 164-176, Jul./Ago. 2013.
- BESSA, C. F. N.; SANTOS, P. J. B.; AGUIAR, M. C. F.; DO CARMO, M. A. V. **Prevalence of oral mucosal alterations in children from 0 to 12years old.** Journal of Oral Pathology & Medicine, v. 33, n. 1, p. 17-22, 2004.
- BRASIL.; Ministério da Saúde. SB Brasil. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. Resultados principais.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- CHAPPER, A.; GOLDANI, M. Z. **A participação de odontólogos em equipes multidisciplinares.** Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 45, p. 3-5, 2004.
- CRESPO, M. D. R. R., DEL POZO, P. P., & GARCÍA, R. R. **Epidemiología de la patología de la mucosa oral más frecuente en niños** **Epidemiology of the most common oral mucosal diseases in children.** Med Oral Patol Oral Cir Bucal, v. 10, p.376-8, 2005.
- CRIVELLI, M. R.; MUHLMANN, M.; ADLER, I.; CORNICELLI, J. C.; **Prevalência de patologia bucal em niños.** Rev. Assoc. Odontol Argent, v. 74, n. 3, p. 80, 1986.
- CRUZ, M. C. F. N.; VALOIS, E. M.; LIBÉRIO, S. A.; LOPES, F. F. **Avaliação clínica das alterações de mucosa bucal em crianças hospitalizadas de 3 a 12 anos** RGO, Porto Alegre, v. 56, n.2, p. 157-161, abr./jun. 2008.
- DARELA, A. et al. **Hábitos e Comportamentos Familiares e a Promoção da Saúde Bucal.** Rev. Paul. Ped. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 68-73, jun. 1999.
- EPSTEIN J. B.; KLASSER, G. D. **Emerging approaches for prophylaxis in cancer management of oropharyngeal mucositis in cancer therapy.** Expert. Opin. Emerg. Drugs.London, v. 11, n. 2, p. 353-373, 2006
- FACCIN, D.; SEBOLD R.; CARCERERI D. L. **Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade.** Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p.1643-1652, jun. 2010.
- FRANKLIN, D.; SENIOR, N.; JAMES, I.; ROBERTS, G. **Oral health status of children in a Pediatric intensive care unit.** Intensive Care Med, v. 26, p. 319-324, 2000.
- GAETTI-JARDIM, E.; SETTI, J. S.; CHEADE, M. F. M.; MENDONÇA, J. C. G. **Atenção Odontológica a Pacientes Hospitalizados: Revisão da Literatura e Proposta de Protocolo de Higiene Oral;** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, ano 11, n. 35, jan. /mar., 2013.
- GEBRAN, M., P.; GEBERT, A. P. O. **Controle químico e mecânico de placa bacteriana.** Tuiuti Ciência e Cultura, v. 26, n. 3, p. 45-57, 2002.
- IQUEJIRI, M. H.; ZÁRATE-PEREIRA, P. **Influência dos aspectos socioeconômicos na incidência da gengivite.** Rev. Int. Periodontia Clin; v. 2, n. 6/7, p. 107-14, 2005.
- JABER, K. Y.; FRANZI, A. S.; SASSI, L. M.; RAPOPORT, A.; GUEBUR, M. I.; DEDIVITIS, R. A. **Triclosan versus clorexidina no controle químico da placa e da gengivite em pacientes dentados com carcinoma espinocelular de boca, submetidos à radioterapia pós-operatória.** Rev. Bras. Cir. Cabeça e Pescoço. v. 36, n. 2, p. 75-9, 2007.
- JAHANBANI, J., SANDVIK, L., LYBERG, T., AHLFORS, E. **Evaluation of oral mucosal lesions in 598 referred Iranian patients.** The open dentistry journal, v. 3, p. 42, 2009.
Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2681169/>
- LAGERVALL, M.; JANSSON, L.; BERGSTRÖM, J. **Systemic disorders in patients with periodontal disease.** J ClinPeriodontol, v. 30, p. 293-9, 2003.
- LOPES, A. **A Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão do futuro ou um tema atual?** Rev. Odontol Univ. Santo Amaro. v. 1, n. 2, p.11-14, 1996.

MAJORANA, A., BARDELLINI, E., FLOCCHINI, P., AMADORI, F., CONTI, G., CAMPUS, G. **Oral mucosal lesions in children from 0 to 12 years old: ten years' experience.** Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, v. 110, n. 1, p. 13-18, 2010.

MATTEVI, G. S. **A atuação do cirurgião-dentista no contexto hospitalar: uma construção interdisciplinar.** Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/129167>.

MEIRA, S. C. R.; OLIVEIRA, C. A. S.; RAMOS, I. J. M. **A importância da participação do Cirurgião-Dentista na Equipe Multiprofissional Hospitalar:** Trabalho Vencedor na 9ª Edição do Prêmio Sinog de Odontologia 2010 categoria Estudante de Odontologia; Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva, de Belo Horizonte/MG, 2010.

MIÑANA, V.; GRUPO PREVINFAD/PAPPS INFANCIA Y ADOLESCENCIA. **Promocion de la salud buço dental.** Revista Pediatría de Atencion Primaria, v. 13, n. 51, p. 435 - 458, Jul./Set. 2011. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.phd?pid=S1139-76322011000300010&script=sci_arttext

MORAES, E. S.; VALENÇA, A. M. G. **Prevalência de gengivite e periodontite em crianças de 3 a 5 anos na cidade de Aracajú (SE).** Cienc.Odontol. Bras. v.6, n. 4, p. 87-94, 2003.

MORAES GRISI, M. F.; CORRÊA GRISI, D.; SOUZA, S. L. S.; MACEDO, G. O. **Exame Clínico em Periodontia.** Periodontia: A atuação clínica baseada em evidências científicas, cap. 4, p 51-55. São Paulo: Artes Médicas, 2005.

MOTTA, W. K. S; NÓBREGA, D. R. M; SANTOS, M. G. C; GOMES, D. Q. C; GODOY, G. P; PEREIRA, J. V. **Aspectos demográficos e manifestações clínicas bucais de pacientes soropositivos para o HIV/Aids.** Rev.Odontol.UNESP vol.43 no.1 Araraquara jan./fev. 2014.

NASCIMENTO, P. B. L. D., SANTOS, L. C. O. D., CARVALHO, C. N., ALVES, C. A. L., LIMA, S. M., & CABRAL, M. M. S. **Avaliação das Manifestações Oraís em Crianças e Adolescentes Internos em um Hospital Submetidos à Terapia Antineoplásica.** Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr. João Pessoa, v.13, n. 3, p. 279-85, jul./set., 2013.

NEVILLE, B. W. et al. **Patologia oral e maxilofacial.** 2 eds., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 798p.

PANAGAKOS, F. S.; SCANNAPIECO, F. **Periodontal Inflammation: from gingivitis t systemic disease** In: PANAGAKOS, F. S.; DAVIES, R. M. Gingival Disiases: their etiology, prevention and treatment. In Tech: Croácia, 230p, 2011.

PETERSON, D. **E Research Advances in oral mucositis.** Curr. Opin.Oncol., v.11, n.4, p.1-7. Jul. 1999.

RABER - DURLACHER, J. E. Current practices for management of oral mucosites in cancer patients. **Support Care Cancer**, Berlin, n.7, p.71-74, 1999.

RODRIGUES, V. P.; LOPES, F. F.; ABREU, T. Q.; NEVES, M. I. R.; CARDOSO, N. C. **Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças durante o período de internação hospitalar,** Odontol. Clín. Cient. Recife, v.10, n. 1, p. 49 - 55, jan./mar., 2011.

SANTOS, P. S. D. S., MARIANO, M., KALLAS, M. S., & VILELA, M. C. N. **Impact of tongue biofilm removal on mechanically ventilated patients.** Rev. Brasileira de terapia intensiva, v. 25, n. 1, p. 44-48, 2013.

SILVA, M. J. C. N.; COSTA, C. P. S.; SÁ, F. A. O.; BORGESLO, SAUÁIA, T. S. **Por que devemos nos preocupar com a saúde bucal de crianças hospitalizadas?** Interagir: pensando a extensão, Rio de Janeiro, n. 14, p. 17-20, jan. /dez. 2009.

SILVA, V. S., CORREIA, T. M., CUNHA-CORREIA, A. S., OKAMOTO, A. C., RANIERI, R. V., SCHWEITZER, C. M., & GAETTI-JARDIM JR, E. **Viva mais e melhor: o impacto do tratamento periodontal na saúde sistêmica.** Arch Health Invest, (SpecIss 3) p. 121-122, 2014.

SILVEIRA, E. R.; COSTA, F. S.; AZEVEDO, M. S.; SCHARDOSIN, L. R. **Perfil de saúde bucal de crianças internadas em Unidade de Pediatria de um Hospital Escola;** Pediatr. mod, 50(12), 2014. Disponível em:
http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5991

SOUZA, L. B.; PEREIRA PINTO, L.; MEDEIROS, A. M. C.; ARAÚJO Jr., R. F.; MESQUITA, O. J. X. **Manifestações orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira.** Pesq. Odont. Bras., v. 14, n. 1, p. 79-85, jan./mar. 2000.

SUTHERLAND, S. E.; BROWMAN, G. P. **Prophylaxis of oral mucositis in irradiated head –an –neck cancer patients: a proposed classification scheme of interventions and meta – analysis of randomized controlled trials.** Int J Radiation Oncology BiolPhys, Elmsford, v.49, n.4, p.917-930. 2001.

TONELLI, S. E. Q.; OLIVEIRA, W. F.; ARAÚJO, O. G.; POPOFF, D. A. V.; COELHO, M. Q.; BARBOSA JÚNIOR, E. S. **MANIFESTAÇÕES bucais em pacientes pediátricos infectados pelo HIV: uma revisão sistemática da literatura.** RFO, Passo Fundo, v. 18, n. 3, p. 365-372, set./dez. 2013. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5335/rfo.v18i3.3584>

TRELOAR, D. M.; STECHMILLER JR. **Use of a clinical assessment tool for orally intubated patients.** Am J CritCare; v. 4, p. 355-360, 1995.

VARGAS, A. C. P.; DE ABREU, M. H. N. G.; LEITE, L. O.; FONSECA, E. P.; FERREIRA, E. F.; PALMIER, A. C. **Condição gengival de adolescentes residentes no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.** Arq.Odontol., Belo Horizonte, v. 49, n. 2, p. 75-81, abr/jun, 2013.

VIEIRA, T. R.; PÉRET A. C. A.; PÉRET FILHO, L. A. **Alterações periodontais associadas às doenças sistêmicas em crianças e adolescentes.** Ver. Paul. Pediatr., v. 28, n. 2, p. 237-43, 2010.

XIMENES, R. C. C.; ARAGÃO, F. S. D.; COLARES, V. **Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas,** Rev. Fac. Odontol. Porto Alegre, v. 49, p. 21-25, 2008.

YILMAZ, A. E., GORPELIOGLU, C., SARIFAKIOGLU, E., DOGAN, D. G., BILICI, M.; CELIK, N. **Prevalence of oral mucosal lesions from birth to two years.** Nigerian journal of clinical practice, v.14, n. 3, p. 349-353, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A. Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus

direitos autorizo a participação do _____ de

_____ anos na Pesquisa: **Avaliação das Condições de Saúde Bucal das Crianças Internadas**

no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra De Carvalho -

Campina Grande/PB. Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O

trabalho “Avaliação das Condições de Saúde Bucal das Crianças Internadas no Hospital

Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra De Carvalho - Campina

Grande/PB” terá como objetivo geral Avaliar as condições de saúde bucal de crianças, com

idade entre 2 aos 17 anos, internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr.

Severino Bezerra de Carvalho, na cidade de Campina Grande/PB. Ao responsável legal pelo

(a) menor de idade só caberá a autorização para que seja iniciada a coleta de dados que será

realizada através da aplicação de formulário e exames intrabucais. O formulário será aplicado

com o responsável das crianças, e quando necessário será consultado os prontuários médicos

de cada paciente, a fim de se obter informações mais detalhadas. Logo após será realizado o

exame intrabucal nas crianças. A metodologia utilizada será a preconizada pela Organização

Mundial da Saúde (OMS), obedecendo assim às normas de segurança, onde as crianças serão

examinadas por avaliadores devidamente paramentados. A sequência de exames será realizada

partindo dos índices menos invasivos para os mais invasivos. Os exames serão realizados

utilizando-se espelho bucal e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos

epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. Os

diferentes espaços dentários serão abordados de um para o outro, sistematicamente. A presença

de sangramento gengival será avaliada nas crianças por meio de uma sonda periodontal (CPI),

que deverá ser inserida levemente na entrada do sulco gengival e percorrida por toda a extensão

do dente, contornando-o, de modo que todas as faces (vestibular, mesial, distal e

palatina/lingual) sejam analisadas. Após esse procedimento, aguardam-se cerca de 10 a 30

segundos para a análise de presença ou ausência de sangramento da gengiva marginal. Além

do índice o ISG também será verificado no exame intrabucal algumas outras informações, como

presença ou não de lesão de mucosa. 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 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da

Saúde. O Responsável legal do menor participante da pesquisa 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 acima 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 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) **87072646** com **FRANCINEIDE GUIMARÃES CARNEIRO** Ao

final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo

discutir os dados, como pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas

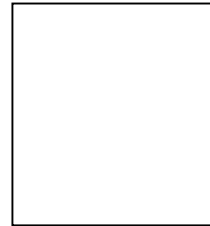
vias e uma delas ficará em minha posse. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais

esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do responsável _____
Legal pelo menor

Assinatura do menor de idade _____

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja
Possível a coleta da assinatura do participante da
Pesquisa).



Data ____/____/____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE B. Modelo do Termo de Assentimento

TERMO DE ASSENTIMENTO (TA)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **“Avaliação das Condições de Saúde Bucal das Crianças Internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra De Carvalho - Campina Grande/PB”**. Neste estudo pretendemos: **avaliar as condições de saúde bucal de crianças, com idade entre 2 aos 17 anos, internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho, na cidade de Campina Grande/PB.**

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é de dá subsídios para o planejamento e desenvolvimento de futuras ações voltadas à educação e prevenção em saúde bucal, bem como atuação curativa, buscando melhora nas condições gerais e bem-estar do paciente infantil hospitalizado, menor tempo de hospitalização com a redução de doenças oportunistas, consolidando o papel do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar.

Para este estudo adotaremos o (s) seguinte (s) procedimento (s): a coleta de dados será realizada através da aplicação de questionário e exames intrabucais. O questionário será aplicado com o responsável das crianças, e quando necessário será consultado os prontuários médicos de cada paciente, a fim de se obter informações mais detalhadas. Logo após será realizado o exame intrabucal nas crianças. A metodologia utilizada será a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), obedecendo assim às normas de segurança, onde as crianças serão examinadas por avaliadores devidamente paramentados. A sequência de exames será realizada partindo dos índices menos invasivos para os mais invasivos. Os exames serão realizados utilizando-se espelho bucal e a sonda da OMS (sonda CPI) para levantamentos epidemiológicos, sob luz natural, com o examinador e a pessoa examinada sentados. Os diferentes espaços dentários serão abordados de um para o outro, sistematicamente. A presença de sangramento gengival será avaliada nas crianças por meio de uma sonda periodontal (CPI), que deverá ser inserida levemente na entrada do sulco gengival e percorrida por toda a extensão do dente, contornando-o, de modo que todas as faces (vestibular, mesial, distal e palatina/lingual) sejam analisadas. Após esse procedimento, aguardam-se cerca de 10 a 30 segundos para a análise de presença ou ausência de sangramento da gengiva marginal. Além do índice ISG também serão verificados no exame intrabucal algumas outras informações, como presença ou não de lesão de mucosa, se o paciente. E não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido (a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Este estudo apresenta risco mínimo (ou risco maior que o mínimo, se for o caso); isto é, o mesmo risco existente e atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização, no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada, sendo que seu nome ou o material que indique sua participação será mantido em sigilo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este

termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você. Este termo foi elaborado em conformidade como Art.228 da Constituição Federal de 1988; Arts. 2º e 104 do Estatuto da Criança e do Adolescente; e Art. 27 do Código Penal Brasileiro; sem prejuízo dos Arts. 3º, 4º e 5º do Código Civil Brasileiro.

Eu, _____,
portador a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações junto ao pesquisador responsável listado abaixo ou com o acadêmico: Francineide Guimarães Carneiro telefone: 08387072646 ou ainda como Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, telefone (83)3315-3373. Estou ciente que o meu responsável poderá modificar a decisão da minha participação na pesquisa, se assim desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) menor ou impressão dactiloscópica.

Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja possível a coleta da assinatura do participante da Pesquisa).

Assinatura:


Nome legível:

Endereço:

RG.

Fone:

Data ____/____/____



Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

APÊNDICE C. Modelo do Termo de autorização para uso de imagens (fotos e vídeos)

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS E VÍDEOS)

Eu, _____, **AUTORIZO** a Profª. Francineide Guimarães Carneiro, coordenadora da pesquisa intitulada: Avaliação das Condições de Saúde Bucal das Crianças Internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra de Carvalho - Campina Grande/PB a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de fotos com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, jornais, congressos, entre outros eventos dessa natureza.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada, em observância ao Art. 5º, X e XXVIII, alínea “a” da Constituição Federal de 1988.

O pesquisador responsável Francineide Guimarães Carneiro, assegurou-me que os dados serão armazenados em mídia digital, sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Ademais, tais compromissos estão em conformidade com as diretrizes previstas na Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, _____/_____/_____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura e carimbo do pesquisador responsável

APÊNDICE D. Modelo do Formulário para Coleta dos Dados.

Nº da ficha: _____



Data: ____/____/____

FORMULÁRIO CLÍNICO

Avaliação das Condições de Saúde Bucal das Crianças Internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho - Campina Grande/PB

1. DADOS PESSOAIS		
Nome:		
Idade:	Data Nasc: ____/____/____	Sexo: ()M ()F
Endereço:		
Bairro:		
Município:	UF:	Telefone:
Escolaridade do Acompanhante: () Nenhuma escolaridade; () Ensino fundamental completo; () Ensino fundamental incompleto; () Ensino médio completo; () Ensino médio incompleto; () Superior completo; () Superior incompleto.		
2. ANAMNESE SAÚDE GERAL		
Motivo de hospitalização (SIP):		
Já tem Diagnóstico: () Sim () Não	Tempo de Internação atual (dias):	
Doença diagnosticada:		
3. ANAMNESE SAÚDE ORAL		
A criança já foi ao dentista alguma vez? () Sim () Não		
Executa a higiene oral: () Sim () Não	Frequência: () 1x ; () 2x; () 3x; () Mais de 3 vezes;	
Usa fio dental: () Sim () Não		
Realiza a higiene no hospital: () Sim () Não		
Recebeu alguma orientação quanto a higienização bucal adequada: () Sim () Não		
4. EXAME CLÍNICO – INTRA ORAL		
Alteração de tecido mole: () Sim () Não		
Local: () Lábio; () Gengiva; () Mucosa jugal; () Mucosa vestibular; () Palato duro; () Palato Mole; () Língua		
Descrição da lesão:		
Classificação: () Língua Fissurada () Língua geográfica; () Língua saburrosa; () Gengivite estomatite herpética aguda; () Lesões recorrentes causadas pelos vírus do herpes; () Candidíase pseudomembranosa; () Candidíase eritematosa; () Quelite angular; () Estomatite aftosa recorrente.		
Realização do exame: () Exame Realizado; () Exame não realizado por não ter sido autorizado pelo responsável; () Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não permitiu; () Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, porque a criança não foi encontrada no momento do exame; () Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades organizativas da equipe da pesquisa ou da instituição de saúde responsável; () Exame não realizado, embora autorizado pelo responsável, em decorrência de dificuldades relacionadas ao local onde o exame seria feito ou à instituição que receberia a equipe; () Exame não realizado por outras razões.		

4.1 REGISTRO SANGRAMENTO GENGIVAL APÓS SONDA GEM

Vestibular														
Dente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
Mesial														
Dente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
Distal														
Dente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		
Lingual/Palatina														
Dente	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65		
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75		

Percentual de dentes com sangramento gengival _____ %

ANEXOS

ANEXO A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB.

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. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (25)

Número do CAAE:37237214.2.0000.5187

Pesquisador: Francineide Guimarães Carneiro

Data da relatoria:23/10/2014

Situação do parecer: **Aprovado.**

Apresentação do Projeto: O projeto intitulado AVALIAÇÃO das condições de saúde bucal das crianças internadas no Hospital municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra de Carvalho - Campina Grande-PB. Projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba para análise e parecer, com fins de aprovação do mesmo para procedimento de pesquisa em campo do curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba. A população do estudo compreenderá crianças, de 5 aos 12 anos de idade, internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho, na cidade de Campina Grande/PB. A idade de 12 anos é especialmente importante, pois foi escolhida como a idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença (BRASIL, 2003).O instrumento de coleta de dados consistirá de formulário específico, compostos por questões fechadas, dicotômicas ou de múltipla escolha e questões abertas. A coleta só será realizada após a autorização dos pais e ou responsável legal no TCLE e da criança no TA.

Objetivo da Pesquisa: Avaliar as condições de saúde bucal de crianças, com idade entre 5 aos 12 anos, internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Dr. Severino Bezerra de Carvalho, na cidade de Campina Grande/PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Durante o exame intrabucal, pode haver risco de algum contágio entre pesquisador e pesquisado. No entanto esse risco será amenizado com o uso adequado dos equipamentos de proteção individuais e cuidados com a biossegurança. O estudo também contribuirá para o fortalecimento de uma linha de pesquisa em odontologia hospitalar, facilitando o conhecimento e elaborações de ações voltadas a melhoria na área.

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 466/12 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: Todos os termos necessários foram apresentados.

Recomendações: O projeto atende as exigências preconizadas pela Resolução 466/12 do CNS/MS. Entretanto, recomendamos que não esqueçam de anexar ao TCLE específico para os pais e ou responsáveis pelos menores participantes deste estudo, o Termo de Assentimento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências. Devendo o mesmo seguir seu cronograma de execução.

ANEXO B. Autorização da Secretaria Municipal de Saúde – Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Autorização

Campina Grande, 22 de Maio de 2014.

Estamos autorizando os estudantes do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB: **Niebla Bezerra de Melo e Thiago Santos de Oliveira**, a desenvolverem o projeto intitulado: **“Avaliar as condições de saúde bucal das crianças internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente – Severino Bezerra de Carvalho – Campina Grande/PB; o projeto será orientado pela Docente: Francineide Guimarães Carneiro. E só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética e de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2013.** Certo da importância da parceria ensino-serviço agradecemos o acolhimento.

Atenciosamente,

Raquel Lula
Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

**Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)**


CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinamérica (ao lado do INSS).

ANEXO C. Pedido de Autorização do Hospital

 
Universidade
ESTADUAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

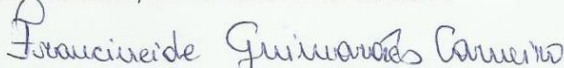
GEORGIANA ROSADO DE OLIVEIRA
Diretora Administrativa do Hospital Municipal Dr. Severino Bezerra de Carvalho





Francineide Guimarães Carneiro, professora, Mestre, lotada no Departamento de Odontologia, da Universidade Estadual da Paraíba requer a V. S^a a autorização para que os alunos da Iniciação Científica, do Curso de Odontologia, Niebla Bezerra de Melo e Thiago Santos de Oliveira possam realizar a pesquisa intitulada: AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DAS CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DR. SEVERINO BEZERRA DE CARVALHO – CAMPINA GRANDE/PB.

Nestes termos
Pede deferimento

Campina Grande, 24 de setembro de 2014


PROF^a.FRANCINEIDE GUIMARÃES CARNEIRO
Departamento de Odontologia da UEPB


Georgiana Rosado de Oliveira
DIRETORA ADMINISTRATIVA
Hospital Severino Bezerra de Carvalho



ANEXO D. Autorização do Hospital



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. SEVERINO BEZERRA DE CARVALHO



A Sua Senhoria a Senhora
Coordenadora de Educação na Saúde: Raquel Brito de F. Melo Lula
Secretaria Municipal de Saúde
Av. Assis Chateaubriand, 1376 - Liberdade - Campina Grande - PB.

Assunto: Solicitação de Pesquisa

Senhora Coordenadora,

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **Avaliação das condições de saúde bucal das crianças internadas no Hospital Municipal da Criança e do Adolescente Dr. Severino Bezerra de Carvalho - Campina Grande/PB** desenvolvida pelos alunos Thiago Santos de Oliveira e Niebla Bezerra de Melo do Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, sob orientação da professora Francineide Carneiro Guimarães.

Campina Grande, 26 de setembro de 2014


Georgiana Rosado de Oliveira
DIRETORA ADMINISTRATIVA
Hospital Severino Bezerra de Carvalho
Georgiana Rosado de Oliveira

Diretora Administrativa Hospital Municipal Dr. Severino Bezerra de Carvalho