



AMANDA RODRIGUEZ TATO GAMA CUSTÓDIO

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES
DE SAÚDE BUCAL E SISTÊMICA DE PACIENTES EM
ÂMBITO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA
SANTISTA**

SANTOS

2024

AMANDA RODRIGUEZ TATO GAMA CUSTÓDIO

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DAS CONDIÇÕES
DE SAÚDE BUCAL E SISTÊMICA DE PACIENTES EM
ÂMBITO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE TERAPIA
INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA
SANTISTA**

Dissertação de Mestrado Profissional
apresentada ao Programa de Stricto
Sensu de Saúde e Meio Ambiente da
Universidade Metropolitana de Santos,
para obtenção de título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO DUARTE MENDES

SANTOS

2024

FICHA CATALOGRÁFICA - BIBLIOTECA DA UNIMES

Bibliotecário: xxxxxxxxxxxx – CRB-xxxxxxx

XXXXXX Rodriguez Tato Gama Custódio, Amanda
Levantamento Epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva na região portuária da Baixada Santista./ Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio. Santos, SP: [s.n.], 2024.

Orientador : Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes
Dissertação (Mestrado Profissional) Universidade Metropolitana de Santos.

1. Unidade de Terapia Intensiva. 2. Odontologia Hospitalar. 3. Higiene Oral I. Duarte Mendes, Gustavo. II. Universidade Metropolitana de Santos. III. Levantamento Epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva na região portuária da Baixada Santista.

Título em inglês: Epidemiological survey of oral and systemic health conditions of patients in hospital scope in intensive care units in the port region of baixada santista

Keywords: Intensive Care Unit

Hospital Dentistry

Oral Hygiene

Titulação: Mestrado Profissional em Saúde e Meio Ambiente

Banca examinadora: Prof Dr. Gustavo Duarte Mendes

Prof Dr. José Cássio de Almeida Magalhães

Prof Dr. Andre Rennó

Data da defesa: **27/06/2024**

Universidade Metropolitana de Santos
Mantida pelo Centro de Estudos Unificados Bandeirante

FUNDADORA

Prof^a. Rosinha Garcia de Siqueira Viegas

MANTENEDOR

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas

REITORIA

Prof^a. Renata Garcia de Siqueira Viegas

Reitora

Prof^a. Elaine Marcílio Santos

Pró-Reitora Acadêmica

Prof. Rubens Flávio de Siqueira Viegas Júnior

Pró-Reitor Administrativo

Prof. Gustavo Duarte Mendes

Direção Acadêmica

Coordenador do Programa de Mestrado de Saúde e Meio Ambiente

**PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA
UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS**

**BANCA EXAMINADORA E ATA DE DEFESA DA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL**

A sessão pública de defesa da dissertação de mestrado profissional intitulada de “Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas unidades de terapia intensiva na região portuária da baixada santista” da discente Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio orientada pelo Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes, foi realizada na data abaixo informada no anfiteatro do Programa de Stricto Sensu da Universidade Metropolitana de Santos, tendo a candidata cumprido, previamente, todas as exigências regimentais do Programa de Stricto Sensu de Saúde e Meio Ambiente, de acordo com a secretaria de pós-graduação da instituição. Realizada a apresentação da dissertação e arguição do publica da candidata, os membros da banca em reunião fechada deliberaram e emitiram parecer abaixo.

Banca examinadora:	Resultado:	Assinatura
Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado	
Prof. Dr. José Cássio de Almeida Magalhães	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado	
Prof. Dr, André Reno	<input type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> Reprovado	

Homologação do resultado pelo presidente da banca examinadora:

Aprovado Reprovado

Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes
Presidente da banca examinadora

Data da defesa: 27/06/2024

**PROGRAMA DE STRICTO SENSU EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE DA
UNIVERSIDADE METROPOLITANA DE SANTOS**

**FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DO
PRODUTO**

Título da dissertação: Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas unidades de terapia intensiva na região portuária da baixada santista

Linha de Pesquisa: **Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Doenças em Cidades Litorâneas com atividade portuária e petroquímica; Estratégias de Saúde e Meio Ambiente na qualidade de vida em regiões portuárias**

Projeto de Pesquisa do Orientador: Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes

Produto(s) gerado(s): Capacitação em Odontologia Hospitalar na Universidade de Chieti, localizada na Itália; Capacitação de protocolo de higiene oral para pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva para equipe de enfermagem; Publicação do artigo científico; Produção de protocolo de higiene oral para pacientes internados nas UTI's.

DEDICATÓRIA

Á minha mãe Renata

Aos meus avós, Luis e Irene

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a Deus, pelo dom da vida.

Quero agradecer a minha família, em especial minha mãe Renata, meu maior orgulho, minha melhor amiga.

Quero agradecer meus avós Luis e Irene, por me proporcionarem esse horroroso título de Mestre. Família eu amo vocês.

Quero agradecer minha amiga e ex professora de matemática, Célia Carucci, na qual tenho o imenso carinho.

Quero agradecer meus professores, em especial ao meu orientador Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes, e aos meus professores que me acompanham desde a graduação Prof^a. Dra. Gabriela Traldi Zaffalon, Prof. Dr. José Cássio Almeida Magalhães, Prof. Dr. Keller de Martini, obrigada pelo todo aprendizado.

Quero agradecer aos queridos pacientes, na qual participaram deste estudo.

Quero agradecer toda a equipe médica e equipe do núcleo de ensino e pesquisa do Hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos, pelo apoio e acolhimento durante esta pesquisa.

FICHA CATALOGRÁFICA - BIBLIOTECA DA UNIMES	3
BANCA EXAMINADORA E ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado PROFISSIONAL	5
FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DA DISSERTAÇÃO E DO PRODUTO	7
AGRADECIMENTOS	9
SUMÁRIO.....	10
LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	12
LISTA DE TABELAS.....	13
LISTA DE GRÁFICOS.....	14
RESUMO.....	16
ABSTRACT	17
1. INTRODUÇÃO.....	18
2. REVISÃO DE LITERATURA	19
3. OBJETIVOS	28
4. HIPÓTESE	28
5. METODOLOGIA.....	29
5.1. DECLARAÇÃO QUANTO À ADERÊNCIA DO ESTUDO AO PROTOCOLO, BPC e REQUISITOS LEGAIS APLICÁVEIS.....	31
5.2. DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	31
5.3. DESCRIÇÃO DO TIPO/DESENHO DO ESTUDO A SER CONDUZIDO.....	31
5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO VOLUNTÁRIO	32
5.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	32
5.7. CRITÉRIOS DE RETIRADA	32
5.8. TRATAMENTO DOS PARTICIPANTES	33

5.9.	AVALIAÇÃO DAS METAS PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA	33
5.10.	COLETA DE DADOS	33
5.11.	DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS ESTATÍSTICOS E CRITÉRIOS.....	34
6.	RESULTADOS	36
7.	DISCUSSÃO	68
8.	CONCLUSÃO.....	71
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
	ANEXOS	77
	ANEXO I - AVALIAÇÃO BUCAL, EXAME CLÍNICO EM PACIENTES INTERNADOS EM ÂMBITO HOSPITALAR NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA NO HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS.....	77
	ANEXO II – APROVAÇÃO DO CEP – UNIMES	80
	ANEXO VI - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE).....	96
	ANEXO VII - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DADOS E INFRAESTUTURA	101

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

OH: Odontologia Hospitalar

CD: Cirurgião Dentista

ABRAOH: Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PAVM: pneumonia associada à ventilação mecânica

VM: ventilação mecânica

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Página 37 - Relação dos pacientes homens e mulheres nas diversas UTI

Tabela 2 – Página 40 Relação de Pacientes homens e mulheres com Alergias

Tabela 3 – Página 44 - Alergias de maiores prevalências na UTI

Tabela 4 - Página 46 – Escala de Glasgow dos pacientes na UTI

Tabela 5 - Página 46 – Escala de Glasgow dos pacientes na UTI

Tabela 6 - Página 48 - Pacientes homens e mulheres com e sem necessidade de suplementação de Oxigênio na UTI

Tabela 7 - Página 49 – Pacientes homens e mulheres com ou sem a necessidade do tubo endotraqueal na UTI

Tabela 8 - Página 54 – Tipo de Alimentação dos pacientes homens e mulheres na UTI

Tabela 9 - Página 56 – Dados Biométricos de pacientes homens e mulheres na UTI

Tabela 10 – Página 66 – Avaliação da face de pacientes homens e mulheres na UTI

Tabela 11 - Página 65 – Edentulismo Superior e Inferior de Pacientes homens e mulheres na UTI

Tabela 12 – Página 67 – Condição Dentária dos pacientes homens e mulheres na UTI

Tabela 13 – Página 71 – Avaliação Intrabucal dos pacientes homens e mulheres na UTI

Tabela 14 - Página 73 – Avaliação Intrabucal dos pacientes do sexo masculino na UTI

Tabela 15 - Página 76 – Avaliação Intrabucal dos pacientes do sexo feminino na UTI

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Página 38 - Distribuição dos pacientes homens e mulheres por UTI

Gráfico 2 – Página 38– Distribuição dos pacientes do sexo masculino por UTI

Gráfico 3 – Página 39 – Distribuição dos pacientes do sexo feminino por UTI

Gráfico 4 - Página 39 – Ocupação da UTI por gênero

Gráfico 5 – Página 40 – Distribuição dos pacientes em UTI por gênero

Gráfico 6 – Página 41 – Alergia de pacientes homens e mulheres na UTI

Gráfico 7 – Página 41 – Alergia de pacientes do sexo feminino na UTI

Gráfico 8 – Página 42 – Alergia de pacientes do sexo masculino na UTI

Gráfico 9 – Página 45 – Alergias de maiores prevalências na UTI

Gráfico 10 – Página 47 – Pacientes homens e mulheres com e sem necessidade de Suplementação de Oxigênio na UTI

Gráfico 11 – Página 47 – Pacientes do sexo masculino com e sem necessidade de Suplementação de Oxigênio na UTI

Gráfico 12 – Página 48 – Pacientes do sexo feminino com e sem necessidade de suplementação de Oxigênio na UTI

Gráfico 13 - Página 49 – Pacientes homens e mulheres com e sem necessidade do tubo endotraqueal na UTI

Gráfico 14 – Página 51 - Pacientes do sexo feminino com e sem necessidade de ventilação mecânica na UTI

Gráfico 15 – Página 52 – Pacientes do sexo masculino com e sem necessidade de ventilação mecânica na UTI

Gráfico 16 – Página 52– Tipo de alimentação de pacientes homens e mulheres na UTI

Gráfico 17 – Página 18 – Tipo de alimentação dos pacientes do sexo masculino na UTI

Gráfico 18 – Página 19 – Tipo de alimentação dos pacientes do sexo feminino na UTI

Gráfico 19 – Página 55– Dados biométricos de pacientes homens e mulheres na UTI

Gráfico 20 – Página 59 – Dados biométricos dos pacientes do sexo feminino na UTI

Gráfico 21 – Página 59 - Dados biométricos dos pacientes do sexo masculino na UTI

Gráfico 22 – Página 61 – Avaliação da face de paciente homens e mulheres na UTI

Gráfico 23 – Página 63 – Avaliação da face dos pacientes do sexo masculino na UTI

Gráfico 24 – Página 64 – Avaliação da face dos pacientes do sexo feminino na UTI

Gráfico 25 – Página 65 – Pacientes homens e mulheres desdentados total na UTI

Gráfico 26 – Página 66 – Pacientes desdentados total do sexo masculino na UTI

Gráfico 27 – Página 66– Pacientes desdentados total do sexo feminino na UTI

Gráfico 28 Página 67 – Condição dentária de pacientes homens e mulheres na UTI

Gráfico 29 – Página 68 – Condição dentária dos pacientes do sexo masculino na UTI

Gráfico 30 - Página 69 – Condição dentária dos pacientes do sexo feminino na UTI

Gráfico 31 – Página 72– Avaliação intrabucal de pacientes homens e mulheres na UTI

Gráfico 32 – Página 74 – Avaliação intrabucal de pacientes do sexo masculino na UTI

Gráfico 33 – Página 75– Avaliação intrabucal de pacientes do sexo feminino na UTI

A piora das condições de saúde bucal, com déficit do cuidado com a higiene bucal e ausência de cuidado diário para com o paciente hospitalizado, fazem do cirurgião dentista um profissional extremamente importante em nível hospitalar não apenas na intervenção curativa, mas acima de tudo preventiva. O cirurgião dentista no ambiente hospitalar atua na concretização do conceito de saúde integral e promoção da saúde. Estudos demonstram que a condição bucal influencia na evolução do quadro dos pacientes internados. O objetivo deste estudo foi realizar um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas unidades de terapia intensiva na região portuária da baixada santista. Foi um estudo de análise descritiva, utilizando prontuários e avaliações dos pacientes atendidos pela equipe de Odontologia Hospitalar no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP. Durante as consultas, foram coletadas informações referentes a saúde bucal e sobre a saúde sistêmica dos pacientes. O estudo teve duração de 4 meses, com participação de pacientes de todas as idades, gênero e raças internados no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizada na região portuária da Baixada Santista, localizada na cidade de Santos. Tendo em vista, o número de leitos da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos, foram avaliados 500 pacientes. Os resultados apresentados em tabelas e gráficos com seleção das frequências e percentuais de todas as variáveis. Foi-se realizado teste Qui-quadrado de Pearson e teste de Fisher. O nível de significância de 5%. A análise dos prontuários de 499 pacientes do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos revelou uma prevalência significativa de condições bucais desfavoráveis que podem impactar negativamente a saúde sistêmicas dos pacientes. Este estudo evidencia a importância de cuidados com saúde bucal em pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva (UTI). Assim, é importante implementar um protocolo de higiene oral específico para pacientes internados em UTI, visando a melhoria da qualidade do atendimento odontológico hospitalar.

Palavras chaves: Unidade de Terapia Intensiva, Odontologia Hospitalar, higiene bucal.

The worsening of oral health conditions, with a deficit in oral hygiene care and the absence of daily care for hospitalized patients, make the dental surgeon an extremely important professional at the hospital level, not only in curative intervention, but above all in preventive intervention. The dental surgeon in the hospital environment works in the realization of the concept of integral health and health promotion. Studies show that oral condition influences the evolution of hospitalized patients. The objective of this study was to carry out an epidemiological survey of the oral and systemic health conditions of patients in hospitals in intensive care units in the port region of Baixada Santista. This was a descriptive analysis study, using medical records and evaluations of patients treated by the Hospital Dentistry team at the Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP. During the consultations, information regarding the oral health and systemic health of the patients was collected. The study lasted 4 months, with the participation of patients of all ages, genders and races hospitalized at the Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, located in the port region of Baixada Santista, located in the city of Santos. In view of the number of beds at the Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos, 500 patients were evaluated. The results are presented in tables and graphs with a selection of frequencies and percentages of all variables. Pearson's chi-square test and Fisher's test were performed. The significance level was 5%. The analysis of the medical records of 499 patients at the Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos revealed a significant prevalence of unfavorable oral conditions that can negatively impact the systemic health of patients. This study highlights the importance of oral health care in patients hospitalized in intensive care units (ICU).

Keywords: Oral Health, ICU, Hospital Dentistry, Prevalence, Baixada Santista.

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a cavidade oral tem relatos desde Hipócrates (460- 377 a.C.), que já anunciavam sobre a importância de se remover os depósitos de sujidade da superfície dentária, para a manutenção da saúde bucal. Segundo Camargo (2005) a Odontologia hospitalar pode ser definida como uma prática que visa os cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente. A saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da cavidade oral, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, de saúde geral do indivíduo ^{1,2}.

As primeiras citações científicas que retratam a possibilidade da relação entre alterações bucais e doenças sistêmicas são datadas de 2.100 a.C ³.

A aquisição e manutenção da saúde bucal, além de uma maior integração da Odontologia e da Medicina visa o tratamento global dos pacientes ⁴.

Os avanços científicos trazem subsídios para acreditar na contribuição significativa do tratamento odontológico, especificamente a intervenção periodontal, na prevenção e ou melhora da condição sistêmica, principalmente no paciente crítico ^{5,6}.

O objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes nas unidades de terapia intensiva na região portuária da baixada santista.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Odontologia Hospitalar

A Odontologia Hospitalar é definida na literatura como um conjunto de práticas seja em baixa, média ou alta complexidade, que visa o tratamento e prevenção de enfermidades por meio de procedimentos odontológicos em nível hospitalar cujo foco principal é o cuidado de pacientes críticos que necessitam de tratamentos especiais ⁸.

Esta especialidade abrange ações que vão além das proporções imaginadas e atribuídas pela população, uma vez que os procedimentos realizados não dizem respeito somente às intervenções cirúrgicas ⁹.

A partir da metade do século XIX começou o desenvolvimento da Odontologia Hospitalar na América, com empenho dos Drs. Simon Hullihen e James Garrestson. Foi necessário um grande esforço para que a Odontologia Hospitalar fosse reconhecida. Posteriormente, a Odontologia Hospitalar viria ter apoio da Associação Dental Americana e o respeito da comunidade médica ¹⁰.

A Odontologia Hospitalar é uma modalidade de trabalho que permite ao cirurgião dentista a ampliação da sua área de atuação. No Brasil, a especialidade já existe há muitas décadas, representadas por profissionais isolados ou instituições, mas sua consolidação formal teve início após a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH) em 2004, além de diversas legislações e especificações sobre o exercício da odontologia em ambiente hospitalar. Embora existam tais estratégias que introduzem o cirurgião dentista no ambiente hospitalar ainda há uma ausência de fiscalização por parte dos governantes ¹¹.

Diante disso, torna-se relevante apresentar a trajetória da Odontologia Hospitalar no Brasil, verificar seu panorama atual e discorrer sobre a importância dessa especialidade na equipe multidisciplinar dos hospitais ¹².

2.2 Odontologia Hospitalar no cenário Brasileiro

As Unidades de Tratamentos Intensivos (UTIs) foram criadas no Brasil, em 1971, com o intuito de intensificar os cuidados a pacientes graves ¹³.

Com o passar do tempo, verificou-se a necessidade de ampliação dos cuidados especializados aos pacientes, surgindo assim a implementação do profissional cirurgião dentista nesse ambiente ⁴.

Diante disso e devido às diversas complicações que a falta de cuidados bucais pode causar aos pacientes críticos, a presença de um profissional especializado nesses centros de internação, vem sendo cada vez mais solicitada ¹².

Em fevereiro de 2010, foi elaborado pela ANVISA a Resolução da Diretoria Colegiada nº 7 (RDC-07), que determina as condições básicas para funcionamento de UTIs. Nela inclui a assistência odontológica a beira leito, deixando subentendido que o cirurgião dentista faz parte da equipe multidisciplinar. Essa resolução entrou em vigor três anos após sua publicação, mas não especifica a carga horária mínima para este profissional ¹⁷.

A Odontologia Hospitalar enquanto uma Habilitação Odontológica, foi regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), através da resolução CFO-162/2015. As áreas de atuação do cirurgião habilitado em Odontologia Hospitalar incluem inserção deste profissional em ambiente hospitalar, prestação de assistência odontológica a paciente internado, home care e em serviços de urgência e emergência. Compreende ainda, atuar em suporte básico de vida, realizar pesquisas para melhora de diagnósticos, prevenção e tratamento além, de avaliação epidemiológica em ambiente hospitalar ¹⁸.

2.3 Unidade de Terapia Intensiva

As unidades de terapia intensiva (UTIs) foram criadas a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros e da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, mas tidos ainda como recuperáveis, e da necessidade de observação constante, centralizando os pacientes em um núcleo especializado¹⁹.

Equipes interdisciplinares e multidisciplinares fazem parte do dia a dia destas unidades ¹³.

Nascimento e Trentini (2004) pontuaram que a internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do sujeito, incluindo suas relações, seus papéis e a sua identidade fica fortemente afetada. Devido a severidade do seu estado, o paciente não é considerado atuante de suas escolhas e geralmente não exercem a autonomia em coisas simples como a higiene pessoal, alimentação e excreção ²⁰.

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas a doença física. A essência da multidisciplinaridade atuando sobre um mesmo paciente em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas, psicológicas dos pacientes e novas terapias. O paciente na UTI encontra-se em meio a uma situação que abrange dificuldades familiares e psicossociais que podem agravar o quadro clínico, assim, o cuidado de caráter multidisciplinar é muito importante ¹³.

O cuidado para com o paciente internado deve ser avaliado de forma integral, envolvendo as áreas multidisciplinares da saúde. Deve ser prezado o bem-estar geral de um paciente em cuidados intensivos. Uma sensação de conforto adequada é fundamental para melhorar a sobrevivência desses pacientes, porém, é de extrema dificuldade promover a qualidade de vida em um ambiente onde a preocupação mais eminente é a luta contra a morte ¹¹.

2.4 Microbiota Bucal Vs. Unidades de Terapia Intensiva

A falta de adequada higiene bucal propicia condições de crescimento bacteriano. Uma maior quantidade e diferenciação do biofilme dental pode promover interações entre bactérias nativas e patógenos respiratórios, contribuindo para o desenvolvimento de doenças como a pneumonia ²¹.

Araújo, Vinagre e Sampaio em 2009 ¹¹ relataram que indivíduos hospitalizados tendem a apresentar má higiene bucal e que essa ausência de atenção resulta no aumento e complexidade do biofilme dental.

Em aproximadamente 24 horas sem limpeza da cavidade oral é possível detectar clinicamente uma camada de biofilme dental. E a ausência ou a técnica de higiene bucal adotada será intimamente ligada ao número e a espécie de microrganismo encontrado na cavidade oral²².

Condições de deficiência da higiene bucal são muito comuns em pacientes hospitalizados, que frequentemente permanecem com a boca aberta devido a intubação traqueal. Isso promove a desidratação da mucosa e leva à diminuição do fluxo salivar, permitindo maior colonização de bactérias levando ao desenvolvimento da doença periodontal e outros possíveis focos de infecção ²³.

A presença de biofilme interfere no agravamento e desenvolvimento de alterações bucais presentes no paciente, tais como doença cárie, doença periodontal, necrose pulpar, entre outros. Estas alterações repercutem tanto na terapêutica médica quanto no estado geral do paciente e devem ser controladas ²⁴.

A higiene oral em UTIs é considerada um procedimento básico, indispensável, cujo objetivo é manter a cavidade do paciente saudável. Tais procedimentos são necessários para: obter e manter limpeza; prevenir infecções/estomatites; manter a mucosa oral úmida; promover conforto ao paciente ^{25,26}.

Para que as alterações bucais não tragam consequências sistêmicas, é de extrema importância a presença de um cirurgião dentista no âmbito hospitalar para que possa ser feito o diagnóstico das alterações bucais e consequente auxílio da terapêutica médica; sejam em procedimentos de emergência como traumas ou abscessos, procedimentos que previnam o agravamento da doença sistêmica ou estabelecimento de uma infecção hospitalar e procedimentos curativos, como a adequação do meio bucal do paciente crítico ²⁴.

Além disso, cabe ao cirurgião dentista preparar uma equipe de Odontologia Hospitalar especializada, organizando procedimentos e equipamentos, materiais e instrumentais adequados ao atendimento²⁷.

2.5 Fontes de infecção e patógenos comumente observados em UTI

Pacientes hospitalizados frequentemente apresentam saúde debilitada, demandando maior dedicação da equipe profissional ^{4,28}.

A cavidade bucal tem sido considerada um potente reservatório para os patógenos respiratórios. A falta de adequada de higiene bucal, nestes pacientes, favorece as condições de crescimento bacteriano podendo promover interações bacterianas entre bactérias nativas do biofilme e patógenos respiratórios, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de doenças respiratórias ^{11,29}.

A cavidade bucal representa o maior meio de comunicação do meio ambiente com o organismo, tendo cerca de 500 diferentes tipos de microrganismos colonizando a área. Com o imunocomprometimento do paciente, muitos destes microrganismos apresentam seu potencial patogênico aumentado, levando a doença periodontal severa e candidíase. Entre as doenças sistêmicas com fator de risco para doença periodontal estão a diabetes, que nestes pacientes se manifesta de forma mais severa devido a fatores metabólicos e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida que, por conta da deficiência imunológica, traz consigo uma série de infecções por fungos, vírus e bactérias ao paciente ³⁰.

A doença periodontal e a má condição de saúde bucal são fatores de risco para a doença cardíaca. O aumento do número de bactérias no interior do epitélio juncional pode resultar na penetração das bactérias e seus subprodutos no periodonto causando um processo inflamatório e todas as consequências deste. Oliveira et al. ⁽³¹⁾ relataram em seu estudo que a presença de bactérias periodontais expõe o hospedeiro a uma variedade de eventos nocivos os quais podem predispor a doenças cardiovasculares ³¹.

Os mecanismos que ligam a doença cardiovascular a doença periodontal ainda não são totalmente esclarecidos. As pesquisas têm sugerido que fatores genéticos e ambientais podem estar envolvidos nesta associação. O aumento do número de bactérias periodontais resulta na penetração de bactérias e seus produtos no tecido periodontal,

provocando uma resposta inflamatória com produção de mediadores inflamatórios, aumento do número de células sanguíneas brancas entre outras reações ³².

A manutenção de um controle rigoroso da higiene bucal de pacientes admitidos em UTI visa controlar o desenvolvimento e a maturação de um biofilme de maior patogenicidade nos diversos sítios da cavidade bucal, não só dentes, mas também mucosa de revestimento, língua e dispositivos protéticos fixos. Bactérias gram-positivas são comumente encontradas na cavidade bucal, mas, à medida que o biofilme desenvolve, podem ocorrer associações com bactérias anaeróbicas gram-negativas e fungos, tornando este biofilme mais patogênico e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações sistêmicas ²³.

A adesão de microrganismos e o desenvolvimento do biofilme nas superfícies presentes na cavidade bucal ocorrem de maneira relativamente rápida. A quantidade e a patogenicidade deste biofilme formado aumentam de acordo com o passar do tempo de internação, que, associada à falta da higiene bucal pode acarretar vários problemas como: o aumento de patógenos respiratórios presentes no biofilme, instalação ou agravamento de doença periodontal, disseminação de bactérias e estabelecimento de infecções ^{32,33}.

Os microrganismos que colonizam as superfícies da cavidade bucal podem ser disseminados para outras partes do organismo por meio dos procedimentos hospitalares de rotina na UTI, como a intubação sob ventilação mecânica, que pode transportar bactérias presentes na cavidade bucal e da orofaringe até os pulmões ^{34,35}.

Assim, favorecendo a instalação da pneumonia nosocomial, a qual está relacionada com aumento do tempo de hospitalização dos pacientes, onerando o tratamento ou, então, causando o óbito ³⁶⁻³⁷.

A colonização da cavidade bucal envolve um processo de interação bacteriana e receptores tissulares, contribuindo para manutenção de uma microbiota abundante e diversificada ^{38,39}.

O número de espécies que compõem o biofilme bucal é vasto, sendo contabilizado aproximadamente 10^8 a 10^{11} bactérias/ml de biofilme ^{40,41}.

A microbiota oral, normalmente, mantém uma relação harmônica com o hospedeiro, embora sua composição possa ser modificada e se tornar patogênica diante das alterações de PH, do potencial de oxirredução, da disponibilidade de nutrientes e água, da anatomia das estruturas bucais, do fluxo salivar e das substâncias antimicrobianas presentes na saliva ⁴².

Há ainda considerações relevantes relacionadas à higienização bucal inadequada associada às más condições dentárias, funcionando como abrigo às colônias patogênicas, potencializando assim, o risco de complicações locais e sistêmicas ^{43,4,31}.

2.6 Atuação do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva

Há muito tempo que a equipe de profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) está estruturada e é composta por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos em enfermagem. Entretanto, a literatura é unânime em mostrar que a equipe não está completa, pois falta a presença do cirurgião-dentista para que ocorra de fato promoção da saúde integral de pacientes internados em UTIs ⁴.

Os Projetos de Lei (PL): nº 2.776/2008 e PL 363/2011, ambos aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, estabelecem a obrigatoriedade da presença de profissionais da Odontologia em hospitais públicos e privados em que existam pacientes internados em UTI ou enfermarias. Essa medida objetiva aprimorar os cuidados prestados aos pacientes, defender e apoiar a prestação de assistência integral à saúde, que na verdade consiste em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), expresso na Constituição Federal ⁴⁴.

A presença de um cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois estes pacientes necessitam de cuidados rigorosos devido a um quadro clínico caracterizado por imunodeficiência, fato que os tornam mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral ¹³.

Na maioria dos casos, pacientes hospitalizados em UTI encontram-se totalmente dependentes para a realização da higiene bucal adequada e eficiente, necessitando, assim, do suporte profissional devidamente capacitado ou bem orientado para adequação ou reestabelecimento da qualidade do meio bucal destes pacientes ⁴⁵.

Algumas pesquisas documentaram ^{4,46} que pacientes admitidos em UTI possuem higiene bucal comprometida, possivelmente pela ausência de supervisão e relacionamento interprofissional Odontologia e Enfermagem, visto que uma das funções do cirurgião-dentista em UTI é a de supervisionar e orientar adequadamente os técnicos de enfermagem para a realização de uma higiene bucal satisfatória e eficaz.

Apesar da importância dos cuidados com higiene oral em pacientes internados em UTI, estudos e revisões sistemáticas mostram que esta prática ainda é escassa. A presença do biofilme na cavidade oral pode influenciar as terapêuticas médicas, devido aos fatores de virulência dos micro-organismos que nela se encontram, os quais podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como a doença periodontal, lesões de cárie, necrose pulpar, lesões em mucosas, dentes fraturados ou infectados, traumas provocados por próteses fixas ou móveis que podem trazer para o paciente repercussões na sua condição sistêmica. Para estas condições serem adequadamente tratadas, é importante a presença de um cirurgião-dentista em âmbito hospitalar como suporte no diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na terapêutica médica; seja na atuação em procedimentos emergenciais frente aos traumas, em procedimentos preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, procedimentos curativos e restauradores na adequação do meio bucal e maior conforto ao paciente ⁷.

Atualmente a atuação do cirurgião-dentista é escassa pelo profissional nem sempre fazer parte da equipe multidisciplinar. Entretanto, a literatura tem demonstrado, de maneira clara e vigorosa, a influência da condição bucal na evolução do quadro dos pacientes internados ⁴.

2.7. Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica e a Higienização Oral nas Unidades de Terapia Intensiva

As infecções associadas aos cuidados de saúde são efeitos adversos graves que afetam pacientes hospitalizados, principalmente na unidade intensiva Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Entre eles, pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), sendo definida pela Política Nacional de Saúde Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA) como pneumonia associada a critérios clínicos, radiológicos e laboratoriais evidenciados 48 horas após o início da ventilação mecânica (VM) ⁴⁶.

Diversas razões colocam os pacientes em maior risco associados à PAVM, como a presença do tubo endotraqueal, posição corporal, possível aspiração de secreções contaminadas da orofaringe ou gastrointestinais trato respiratório e boca aberta e seca. A associação direta com infecções pulmonares e saúde bucal tem sido explorada em diversos estudos⁴⁷.

Os pacientes em ventilação mecânica (VM) utilizam medicamentos como antipsicóticos e anticolinérgicos, e suas bocas são mantidas com tubo de intubação aberto. Assim, há quebra do equilíbrio da cavidade oral, diminuição da produção de saliva e colonização de bactérias⁴⁸.

Uma estratégia de sucesso no controle das infecções relacionadas a saúde sistêmica refere-se à adoção de intervenção ou pacotes de melhores práticas. A metodologia da estratégia do pacote requer a implementação de intervenções em conjunto, uma vez que esta prática provou ser mais eficaz que a aplicação de medidas isoladas⁴⁹.

A maior parte dos cuidados do pacote PAVM inclui estratégias como higiene, equipamentos de proteção individual, limpeza ambiental, limpeza do equipamento, posição na cama evitando posição supina, drenagem de secreção subglótica e cuidados bucais^{50,51}.

A clorexidina é um antisséptico de amplo espectro utilizado em saúde em todo o mundo (OMS, 2017), que atua interrompendo a membrana celular de bactérias gram-negativas e gram-positivas causando alterações metabólicas dentro da célula que efetivamente a destrói. É comumente usada como enxaguatório bucal que desorganiza o biofilme bucal e gerência colonizações^{52,53}

2.8 A OH como especialidade odontológica

De acordo com o CFO (Conselho Federal de Odontologia) em assembleia conjunta entre o Conselho Federal de Odontologia e os Conselhos Regionais de Odontologia realizada em Palmas-To, na quarta-feira, 23 de agosto, foi divulgada a nova especialidade para a Odontologia brasileira, a Odontologia Hospitalar, sendo aprovada por unanimidade.

“A odontologia hospitalar conquistou um espaço significativo na saúde de toda a população e deu enorme contribuição no combate ao COVID colocando mais uma vez os cirurgiões dentistas e a Odontologia em evidência. Entendendo a importância da presença do cirurgião dentista para os pacientes em unidade de terapia intensiva, o sistema conselhos de odontologia uniu forças para transformar a Odontologia Hospitalar uma especialidade. E a partir de agora, a maior e melhor odontologia do mundo, passa a contar com mais uma especialidade, a Odontologia Hospitalar, cujos especialistas estão preparados para atuar no ambiente hospitalar, garantindo mais saúde e bem estar aos pacientes”, de acordo com CFO¹⁵

3. OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo é realizar um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na região portuária da Baixada Santista. Este levantamento busca identificar a prevalência de condições desfavoráveis que possam impactar a saúde sistêmica dos pacientes.

Além disso, o objetivo do produto gerado por este estudo é desenvolver e implementar um protocolo de higiene oral específico para pacientes internados em UTI, visando a melhoria da qualidade do atendimento odontológico hospitalar. Esse protocolo poderá ser inicialmente experimental, sem um foco de aplicação definido, mas com o potencial de ser uma solução para problemas previamente identificados em cuidados bucais de pacientes críticos.

4. HIPÓTESE

A hipótese científica que norteia este estudo é a de que a má condição de saúde bucal em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) contribui significativamente para o agravamento de condições sistêmicas, influenciando negativamente o prognóstico desses pacientes.

A partir do levantamento epidemiológico é importante implementar um protocolo de higiene oral específico para pacientes internados em UTI, visando a melhoria da qualidade do atendimento odontológico hospitalar.

5. METODOLOGIA

Este estudo foi conduzido como um levantamento epidemiológico descritivo, com foco na avaliação das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizado na Baixada Santista.

Planejamento do Processo de Pesquisa

Tipo de Estudo: Levantamento epidemiológico e descritivo baseado em dados coletados de prontuários médicos e avaliações clínicas diretas dos pacientes.

Tamanho da Amostra: A amostra consistiu em 499 pacientes internados nas diferentes UTIs do hospital durante um período de 4 meses. A amostra foi selecionada para incluir pacientes de todas as idades, gêneros e raças, internados nas seguintes UTIs:

- UTI Geral
- UTI Coronariana
- UTI Cardíaca
- UTI Neurológica
- UTI Pediátrica

A justificativa para o tamanho da amostra baseou-se no número total de leitos disponíveis e na necessidade de alcançar uma representatividade suficiente para análise estatística.

CrITÉrios de Inclusão:

- Pacientes internados nas UTIs do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos.
- Consentimento informado e voluntário dos pacientes ou de seus responsáveis legais.

Crêterios de Exclusão:

- Pacientes ou responsáveis legais que se recusaram a participar do estudo.
- Pacientes que, por qualquer motivo clínico ou de julgamento do pesquisador, foram considerados inaptos para participar.

Riscos e Benefícios:

- **Riscos:** Nenhum procedimento invasivo foi realizado, e o principal risco envolvido foi o desconforto durante a coleta de dados clínicos. Todos os cuidados foram tomados para minimizar qualquer desconforto.
- **Benefícios:** A identifica o precoce de problemas bucais que poderiam impactar a saúde sistêmica dos pacientes, contribuindo para um melhor planejamento do cuidado interdisciplinar em UTIs.

Cumprimento dos Princípios  ticos:

- Este estudo cumpriu rigorosamente os princípios da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela Resolu o 466/12 da Comissão Nacional de  tica em Pesquisa (CONEP) e pela Declara o de Helsinki.
- Todos os participantes ou seus responsáveis legais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes de serem incluídos no estudo.
- O estudo foi aprovado pelo Comitê de  tica em Pesquisa da Universidade Metropolitana de Santos e do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, sob os protocolos CAAE: 69348323.6.0000.5509 e CAAE: 69348323.6.3001.0139.

5.1. DECLARAÇÃO QUANTO À ADERÊNCIA DO ESTUDO AO PROTOCOLO, BPC e REQUISITOS LEGAIS APLICÁVEIS

Este estudo foi conduzido de acordo com as Boas Práticas Clínicas (BCP) e demais recomendações estabelecidas pela ICH, bem como em conformidade com as Resoluções 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde e Resoluções complementares.

5.2. DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A população estudada foram pacientes de todas as idades, gênero e raças internados no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, nas Unidades de Terapia Intensiva localizada na região portuária da Baixada Santista.

5.3. DESCRIÇÃO DO TIPO/DESENHO DO ESTUDO A SER CONDUZIDO

Este trabalho tratou-se de um estudo levantamento epidemiológico por análise descritiva, a partir da avaliação da anamnese e exame clínico (ANEXO I) da condição bucal dos pacientes internados no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos durante o período de 4 meses.

5.4. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO PROJETO

O estudo foi realizado no Hospital Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, nas Unidades de Terapia Intensiva disponíveis e autorizadas o acesso pela instituição.

5.5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO VOLUNTÁRIO

Os seguintes critérios foram satisfeitos para participar do estudo:

1. O participante ou responsável legal foi capaz de compreender a natureza e objetivo do estudo, inclusive os riscos e com intenção de cooperar com o pesquisador, agindo de acordo com os requerimentos da pesquisa, o que vem a ser confirmado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO III) e/ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV);
2. Ser paciente internado nas unidades de terapia intensiva do Hospital Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos;
3. Aceitar participar de forma voluntária da anamnese e exame clínico;
4. Aos pacientes menores de 18 anos e pacientes paliativos foi solicitado aos seus responsáveis autorização para participação na pesquisa.

5.6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

A resposta positiva a qualquer um dos seguintes critérios, excluiu o paciente do estudo:

1. O participante ou seu responsável legal não ter interesse de participar da pesquisa.
2. O participante ter qualquer condição que o impede de participar do estudo pelo julgamento do pesquisador;

5.7. CRITÉRIOS DE RETIRADA

O participante ficou livre para solicitar sua retirada do estudo a qualquer momento:

1. O participante que não desejou continuar no estudo por razões pessoais (ou mesmo sem razão);

2. O representante legal que manifestou não mais a participação de seu representado no estudo por razões pessoais (ou mesmo sem razão);
3. Resposta positiva a reavaliação de qualquer um dos critérios de exclusão, no momento da admissão ao estudo ou em ocasião subsequente;
4. Qualquer outra condição que, a juízo do pesquisador, seja do interesse para manutenção da saúde do participante;

5.8. TRATAMENTO DOS PARTICIPANTES

Neste estudo não se foi administrado nenhum medicamento, exceto a higienização bucal com clorexidina (0.12%) dos pacientes.

5.9. AVALIAÇÃO DAS METAS PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA

Como critério de avaliação primária foram realizados a anamnese, exame clínico oral e o levantamento de todas as fichas de anamnese e desenvolvimento dos pacientes. Como critério de avaliação secundária foi realizado um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva na região portuária da Baixada Santista

5.10. COLETA DE DADOS

Tendo em vista, o número de leitos da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos. O estudo teve duração de 4 meses, na qual foram coletadas história médica e realizado exame clínico bucal. O estudo foi finalizado com 499 pacientes; 1 paciente desistiu a participação.

5.11. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS ESTATÍSTICOS E CRITÉRIOS

As análises estatísticas foram conduzidas na qual a entrada de dados e o processamento inicial foram obtidos através de arquivos MS Excel, com base nos dados derivados dos equipamentos de análise. Os dados brutos bem como os resultados das avaliações e estatísticas estão disponíveis em papel e em meio eletrônico.

A análise foi realizada com o emprego dos seguintes programas de computador: Qui-quadrado de Pearson e teste de Fisher. O nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa, com o protocolo experimental e o termo de consentimento, foram submetidos ao Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES (Av. Gen. Francisco Glicério, 8 - Encruzilhada, Santos - SP, 11045-002, [Telefone: \(13\) 3228-3400](tel:(13)3228-3400)), credenciado pelo CONEP - Conselho Nacional de Saúde/MS.

O ensaio foi somente realizado após a existência do Protocolo escrito e aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE: 69348323.6.0000.5509). O pesquisador foi responsável por obter aprovação do Protocolo de Estudo pelo Comitê de Ética.

O Estudo foi conduzido de acordo com a Declaração de Helsinque (1964) e as revisões de Tóquio (1975), Veneza (1983), Hong Kong (1989), Somerset Oeste (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tóquio (2004), Seoul (2008) e Fortaleza (2013) assim como as regulamentações locais (das Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS-MS) e Resoluções complementares.

O Pesquisador foi responsável por conduzir o estudo em estrita observação ao Protocolo aprovado.

Os participantes receberam uma explanação da natureza e dos objetivos do estudo. Foi enfatizado que o estudo possui a finalidade realizar um levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes em âmbito hospitalar nas unidades de terapia intensiva na região portuária da Baixada Santista. O participante também entendeu que era livre para se retirar a qualquer momento do estudo sem ser obrigado a fornecer o motivo de fazê-lo e sem que isto cause qualquer prejuízo.

A participação dos voluntários nas atividades de recrutamento e seleção foram acompanhadas de autorização prévia conforme o Termo de Recrutamento em anexo. Uma vez aprovada a participação do participante no estudo, foi solicitado a cada participante que, caso concordasse, assinasse o Termo de Consentimento para participar no estudo, antes da admissão no primeiro período. Foi de responsabilidade do Pesquisador (diretamente ou através de sua equipe) a obtenção da assinatura do Termo de Consentimento.

Se, a juízo do Pesquisador, uma emenda ao Protocolo alterasse substancialmente o desenho do estudo ou o risco a que os participantes estariam submetidos, os participantes seriam informados e assinariam um novo consentimento relativo à decisão de continuar a participar no estudo.

Toda a informação obtida durante o estudo referente ao estado de saúde do participante estava disponível ao pesquisador, cuja obrigatoriedade de manutenção do sigilo é inerente a sua função.

Não teve previsão no estudo de ressarcimento aos participantes.

O Pesquisador manteve todos os documentos relacionados a este estudo pelo tempo definido nas diretrizes ICH-GCP. Todos os dados e documentos estarão disponíveis caso seja solicitado pelas autoridades. Os documentos serão conservados por um período mínimo de 10 anos.

6. RESULTADOS

O estudo realizado visou a avaliação das condições de saúde bucal e sistêmica de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) na região portuária da Baixada Santista. Durante o período de 4 meses, foram avaliados 499 pacientes no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos, destacando a frequência e os percentuais de várias condições e características dos pacientes.

Em todas as Unidades de Terapia Intensiva foram avaliados 499 pacientes (100%); na uti geral, foram avaliados 159 (60,23%) homens e 86 (36,60%) mulheres, totalizando 245 pacientes; na uti coronariana foram avaliados 21 (7,95%) homens e 88 (37,45%) mulheres, totalizando 109 (21,84%) pacientes avaliados; na uti neurológica foram avaliados 60 (22,73%) homens e 14 (5,96%) mulheres, totalizando 74 pacientes; na uti pediátrica foram avaliados 3 homens (1,14%) e 0 mulheres (0,00%), totalizando 3 (0,60%) avaliados; na uti cardíaca foram avaliados 21 (7,95%) homens e 47 (20,00%) mulheres, totalizando 68 (13,63%) pacientes. No total foram avaliados 264 pacientes homens e 235 pacientes mulheres (Tabela 1).

Tabela 1 – Relação dos pacientes homens e mulheres nas diversas UTI

	Homens		Mulheres		Todos os pacientes	
	N	%	N	%	N	%
Geral	159	60,23%	86	36,60%	245	49,10%
Coronariana	21	7,95%	88	37,45%	109	21,84%
Neurológica	60	22,73%	14	5,96%	74	14,83%
Pediátrica	3	1,14%	0	0,00%	3	0,60%
Cardíaca	21	7,95%	47	20,00%	68	13,63%
Total	264	100,00%	235	100,00%	499	100,00%

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes homens e mulheres por UTI

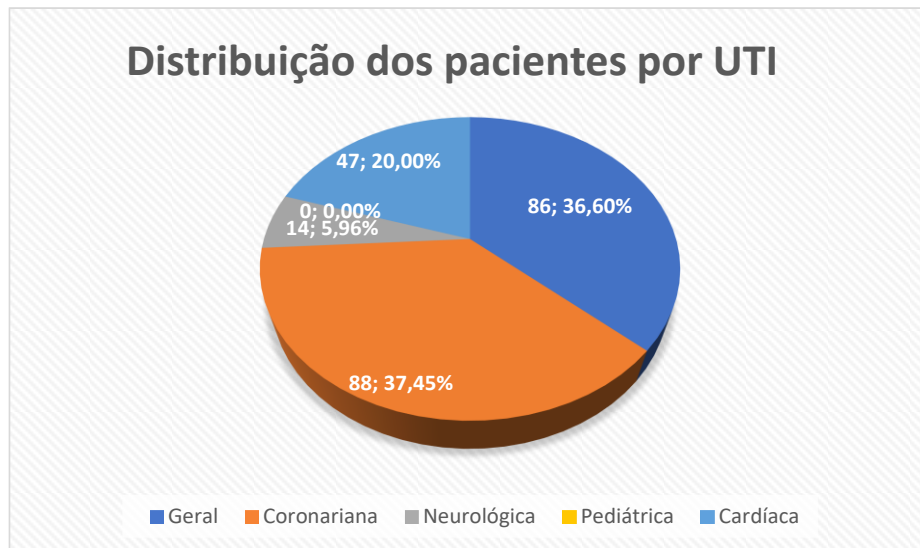


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes do sexo masculino por UTI

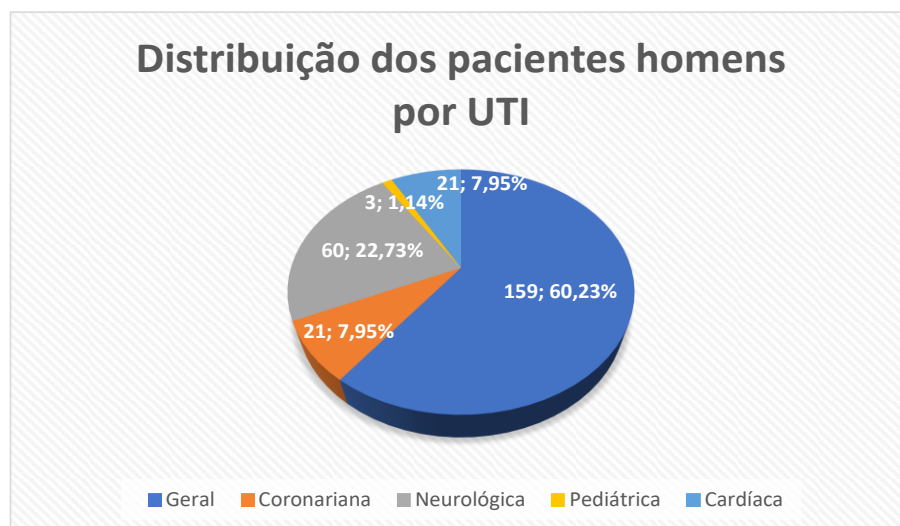


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes do sexo feminino por UTI

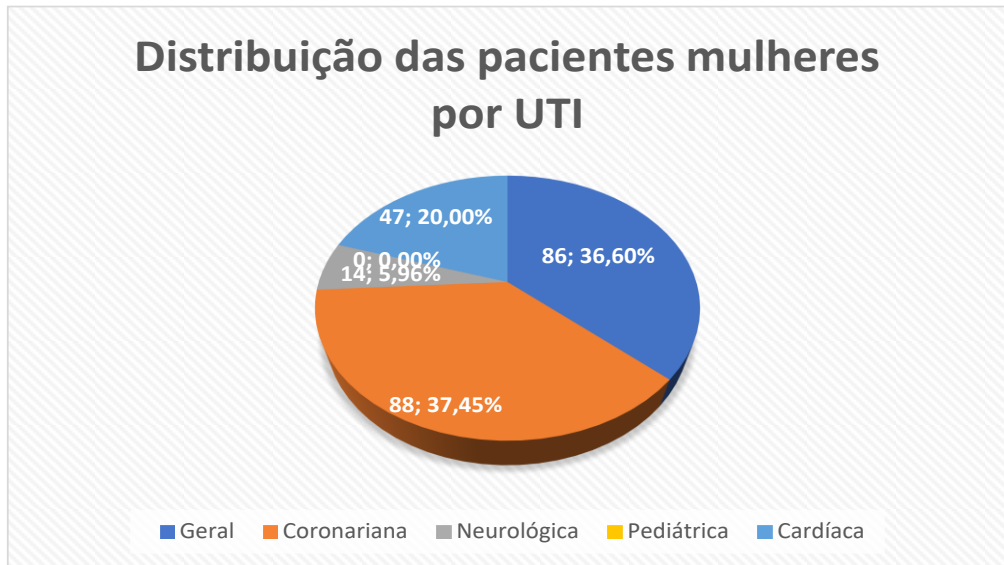


Gráfico 4 – Ocupação da UTI por gênero

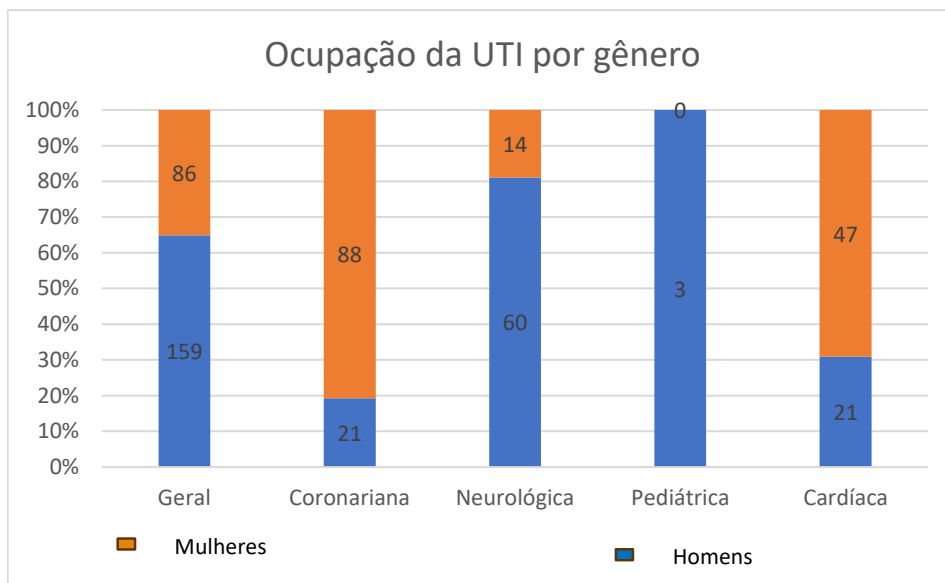
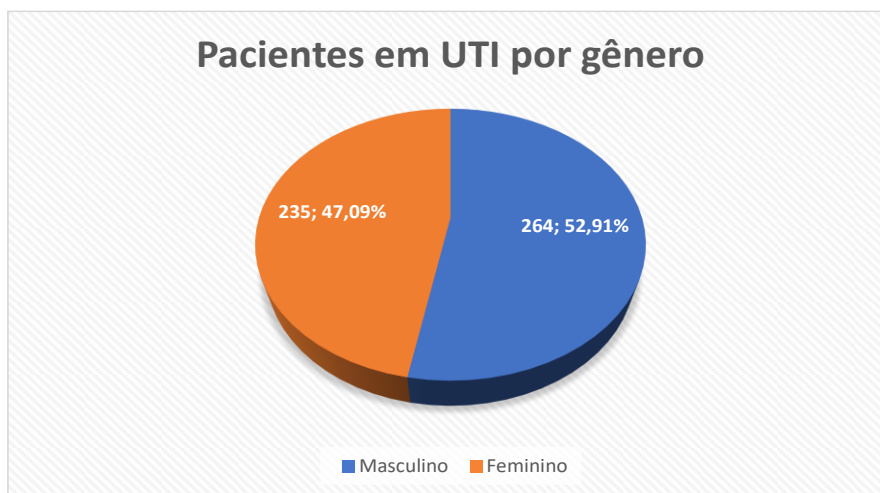


Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes em UTI por gênero



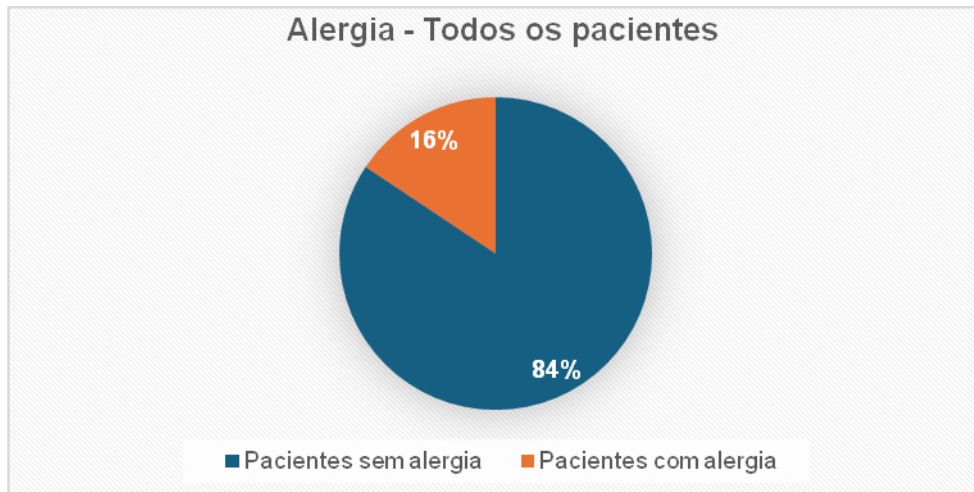
De todos os pacientes avaliados, entre homens e mulheres, 421 (84,4%) não apresentavam nenhum tipo de alergia, sendo 232 (87,9%) homens e 189 (80,4%) mulheres. Setenta e oito pacientes apresentavam algum tipo de alergia, incluindo medicamentos, produtos hospitalares e alergia alimentar, sendo 32 (12,1%) homens e 46 (19,6%) mulheres (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação de Pacientes homens e mulheres com Alergias

Alergia	Todos os participantes		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Pacientes sem alergia	421	84,4%	232	87,9%	189	80,4%
Pacientes com alergia	78	15,6%	32	12,1%	46	19,6%
Total	499	100,0%	264	100,0%	235	100,0%

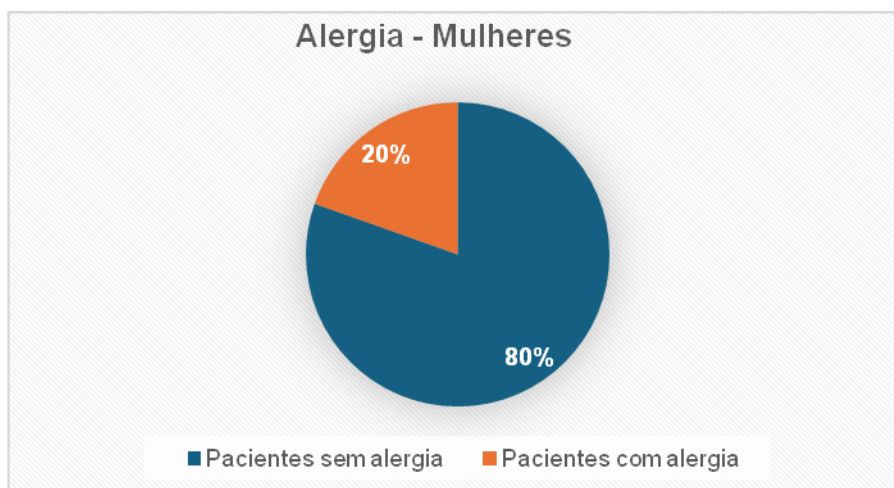
Do total de pacientes, 16% apresentavam algum tipo de alergia (incluindo medicamentos, produtos hospitalares e alergia alimentar) e 84% não apresentam nenhum tipo de alergia (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Alergia de pacientes homens e mulheres na UTI



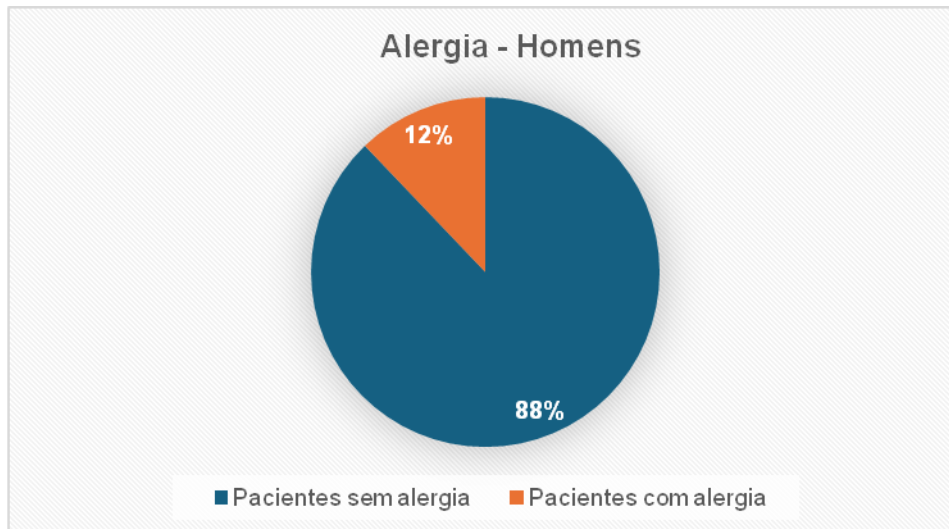
Do total de pacientes do sexo feminino 20% apresentavam algum tipo de alergia (incluindo medicamentos, produtos hospitalares e alergia alimentar) e 80% não (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Alergia de pacientes do sexo feminino na UTI



Do total de pacientes do sexo masculino 12% não apresentaram algum tipo de alergia (incluindo medicamentos, produtos hospitalares e alergia alimentar) e 88% não apresentaram nenhum tipo de alergia (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Alergia de pacientes do sexo masculino na UTI



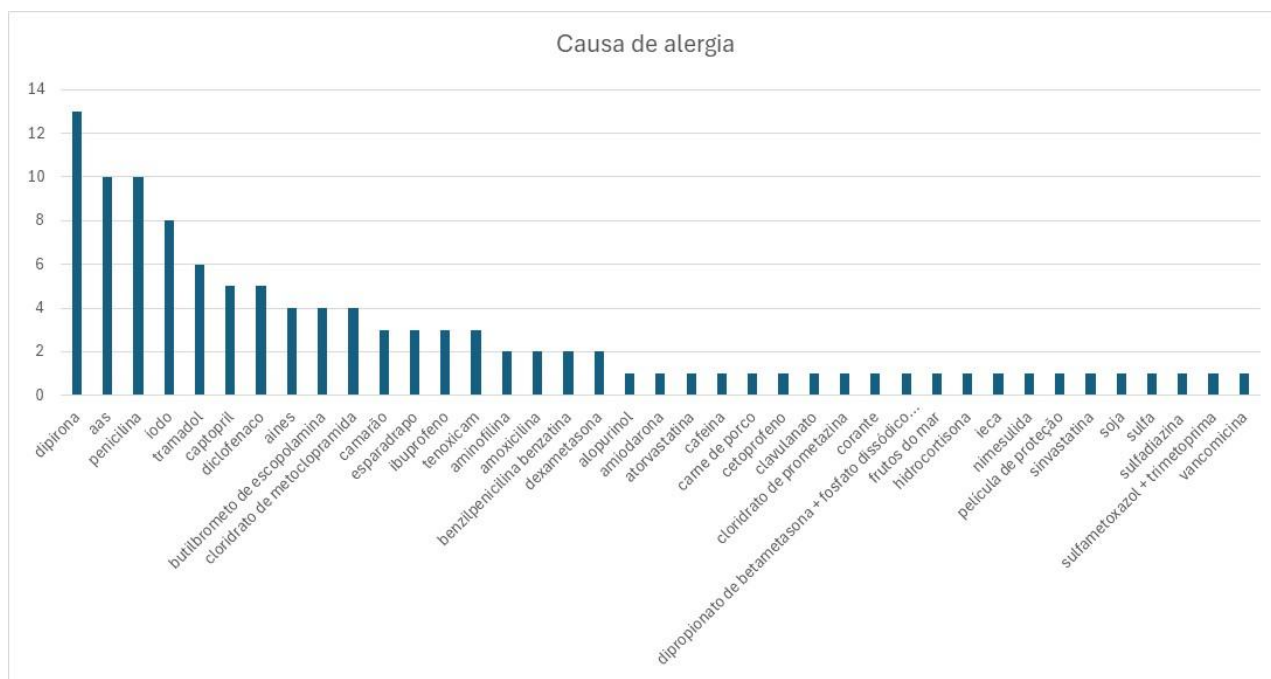
Com relação aos tipos de alergias mais prevalentes nas UTIs seguem as informações referentes ao número de pacientes e sua porcentagem, em ordem decrescente do total: dipirona 13 (11,8%), ácido acetil salicílico e penicilina 10 (9,1%), iodo 8 (7,3%), tramadol 6 (5,5%), captopril 6 (4,5%), diclofenaco 5 (4,5%), aines 4 (3,6%), butilbrometo de escopolamina 4 (3,6%), cloridrato de metoclopramida 4 (3,6%), camarão, esparadrapo, ibuprofeno, e tenoxicam 3 (2,7%), aminofilina, amoxicilina, benzilpenicilina benzatina e dexametasona 2 (1,8%), alopurinol, amiodarona, atorvastatina, cafeína, carne de porco, cetoprofeno, clavulanato, cloridrato de prometazina, corante, dipropionato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona, frutos do mar, hidrocortisona, ieca, nimesulida, película de proteção, sinvastatina, soja, sulfa, sulfadiazina, sulfametoxazol + trimetoprima e vancomicina, com apenas uma incidência cada, sendo uma porcentagem de 0,9% (Tabela 3 e Gráfico 9).

Tabela 3 – Alergias de maiores prevalências na UTI

Causa	Número	Porcentagem
dipirona	13	11,8%
aas	10	9,1%
penicilina	10	9,1%
iodo	8	7,3%
tramadol	6	5,5%
captopril	5	4,5%
diclofenaco	5	4,5%
aines	4	3,6%
butilbrometo de escopolamina	4	3,6%
cloridrato de metoclopramida	4	3,6%
camarão	3	2,7%
esparadrapo	3	2,7%
ibuprofeno	3	2,7%
tenoxicam	3	2,7%
aminofilina	2	1,8%
amoxicilina	2	1,8%
benzilpenicilina benzatina	2	1,8%
dexametasona	2	1,8%
alopurinol	1	0,9%
amiodarona	1	0,9%
atorvastatina	1	0,9%
cafeina	1	0,9%
carne de porco	1	0,9%
cetoprofeno	1	0,9%
clavulanato	1	0,9%
cloridrato de prometazina	1	0,9%
corante	1	0,9%
dipropionato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	1	0,9%
frutos do mar	1	0,9%
hidrocortisona	1	0,9%
ieca	1	0,9%
nimesulida	1	0,9%

película de proteção	1	0,9%
sinvastatina	1	0,9%
soja	1	0,9%
sulfa	1	0,9%
sulfadiazina	1	0,9%
sulfametoxazol + trimetoprima	1	0,9%
vancomicina	1	0,9%
Total	110	100,0%

Gráfico 9 – Alergias de maiores prevalências na UTI



A mediana da Escala de Coma de Glasgow foi 15 para todos os participantes tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino. O valor mínimo observado no sexo feminino e masculino foi 3, enquanto o máximo foi 15 para todos os grupos. O desvio padrão (SD) para todos os participantes foi 4,8, sendo 5,2 para homens e 4,0 para mulheres (Tabela 4).

Tabela 4 – Escala de Glasgow dos pacientes na UTI

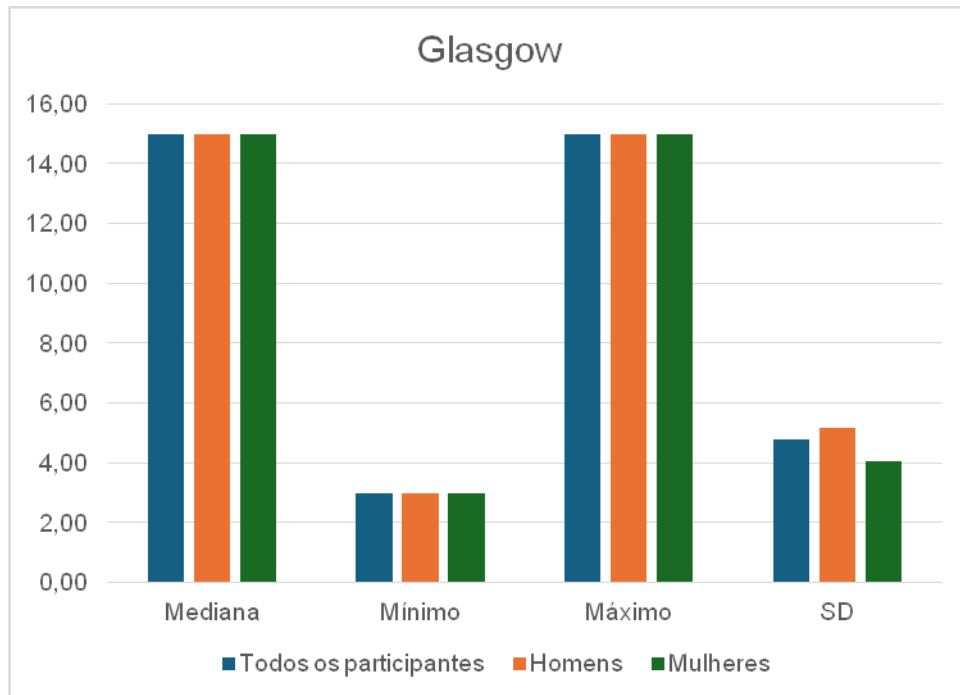
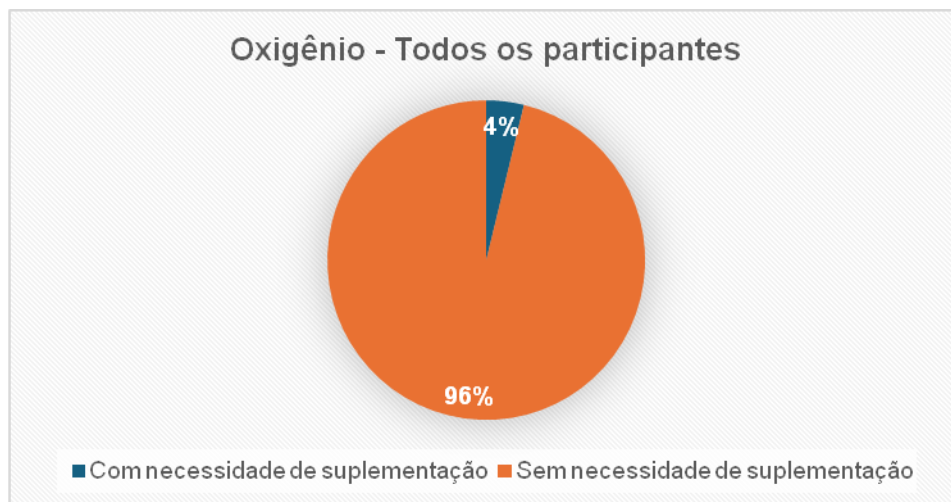


Tabela 5 – Escala de Glasgow dos pacientes na UTI

Glasgow	Todos os participantes	Homens	Mulheres
Mediana	15	15	15
Mínimo	3	3	3
Máximo	15	15	15
SD	4,8	5,2	4,0

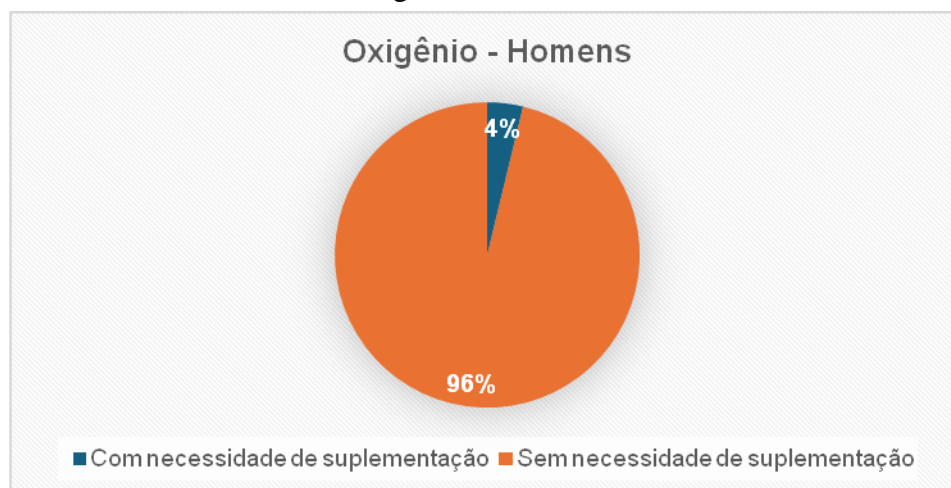
Dos pacientes avaliados, sendo homens e mulheres 4% apresentaram-se com necessidade de suplementação de oxigênio e 96% não havia necessidade de suplementação de oxigênio (Gráfico 10).

Gráfico 10 – Pacientes homens e mulheres com e sem necessidade de Suplementação de Oxigênio na UTI



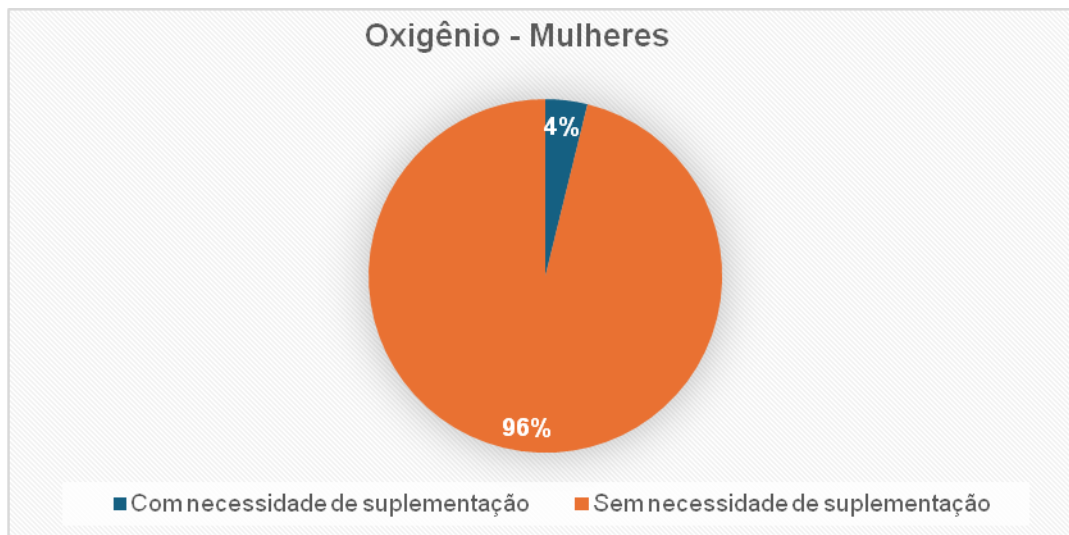
Dos pacientes avaliados do sexo masculino 4% apresentaram necessidade de suplementação de oxigênio (Gráfico 11).

Gráfico 11 – Pacientes do sexo masculino com e sem necessidade de Suplementação de Oxigênio na UTI



Dos pacientes avaliados do sexo feminino 4% apresentaram necessidade de suplementação de oxigênio (Gráfico 12).

Gráfico 12 – Pacientes do sexo feminino com e sem necessidade de Suplementação de Oxigênio na UTI



Do total dos pacientes (sexo feminino e masculino) 19 (3,81%), sendo 10 (3,79%) homens e 9 (3,83%) mulheres, estavam com suplementação de oxigênio (Tabela 6).

Tabela 6 - Pacientes homens e mulheres com e sem necessidade de suplementação de Oxigênio na UTI

Oxigênio (O2)	Todos os participantes		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Com necessidade de suplementação	19	3,81%	10	3,79%	9	3,83%
Sem necessidade de suplementação	480	96,19%	254	96,21%	226	96,17%
Total	499	100,00%	264	100,00%	235	100,00%

O total de 106 (21,24%) pacientes incluindo homens e mulheres estavam com tubo endotraqueal; 63 (23,86%) homens e 34 (14,47%) mulheres.

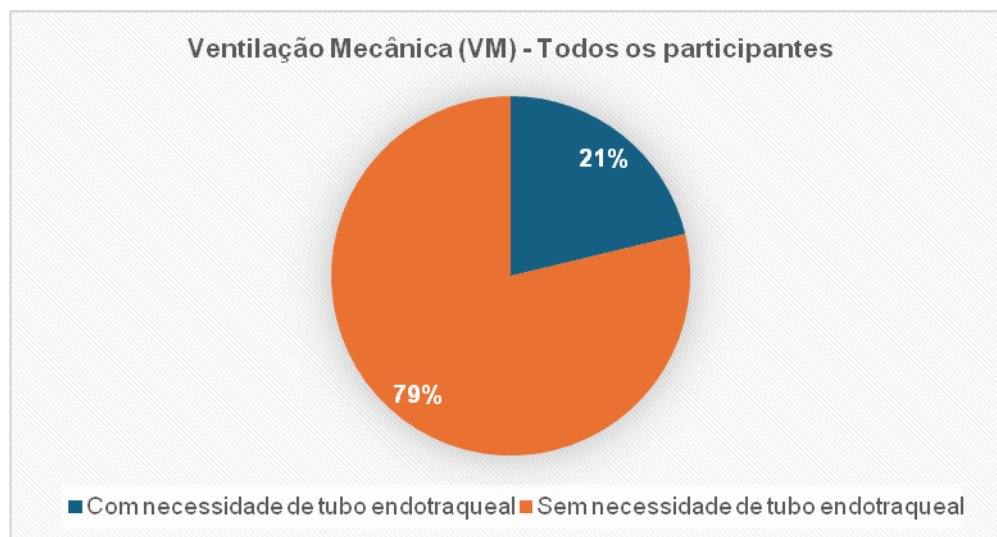
O total de 393 (78,76%) pacientes incluindo homens e mulheres não estavam com tubo endotraqueal, sendo 201 (76,14%) homens e 201 (85,53%) mulheres.

Do total de pacientes avaliados do sexo feminino e masculino, 21% dos pacientes estavam com tubo endotraqueal e 79% não havia necessidade do tubo endotraqueal (Tabela 7).

Tabela 7– Pacientes homens e mulheres com ou sem a necessidade do tubo endotraqueal na UTI

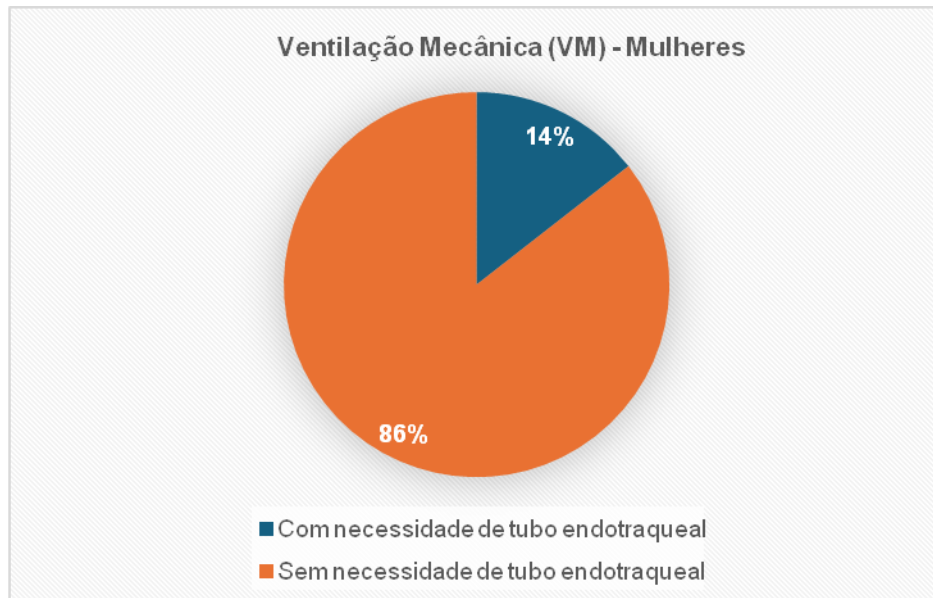
Ventilação Mecânica	Todos os participantes		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Com necessidade de tubo endotraqueal	106	21,24%	63	23,86%	34	14,47%
Sem necessidade de tubo endotraqueal	393	78,76%	201	76,14%	201	85,53%
Total	499	100,00%	264	100,00%	235	100,00%

Gráfico 13 – Pacientes homens e mulheres com e sem necessidade do tubo endotraqueal na UTI



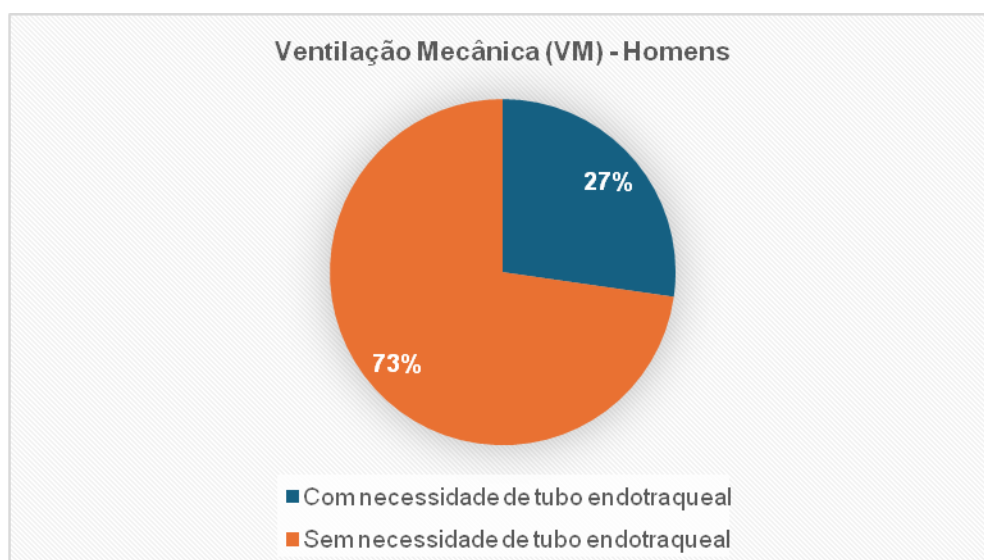
Do total de pacientes avaliados do sexo feminino 14% estavam com tubo endotraqueal e 86% não (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Pacientes do sexo feminino com e sem necessidade de ventilação mecânica na UTI



Do total de pacientes avaliados do sexo masculino 27% estavam com tubo endotraqueal e 73% não (Gráfico 15).

Gráfico 15 - Pacientes do sexo masculino com e sem necessidade de ventilação mecânica na UTI



A distribuição do tipo de alimentação entre os 499 pacientes foi a seguinte: a maioria dos pacientes se alimentou por via oral, totalizando 330 indivíduos (66,13%), dos quais 156 eram homens (59,09%) e 173 eram mulheres (73,93%). Um número significativo utilizou alimentação enteral, um total de 85 pacientes (17,03%), sendo 60 homens (22,73%) e 25 mulheres (10,68%). Uma pequena porcentagem teve alimentação sólida (4 participantes, 0,80%) ou teve restrição hídrica (1 participante, 0,20%). Setenta e nove pacientes (15,83%) não receberam alimentação durante o período considerado (Gráfico 16 e Tabela 8).

Gráfico 16 – Tipo de Alimentação de pacientes homens e mulheres na UTI

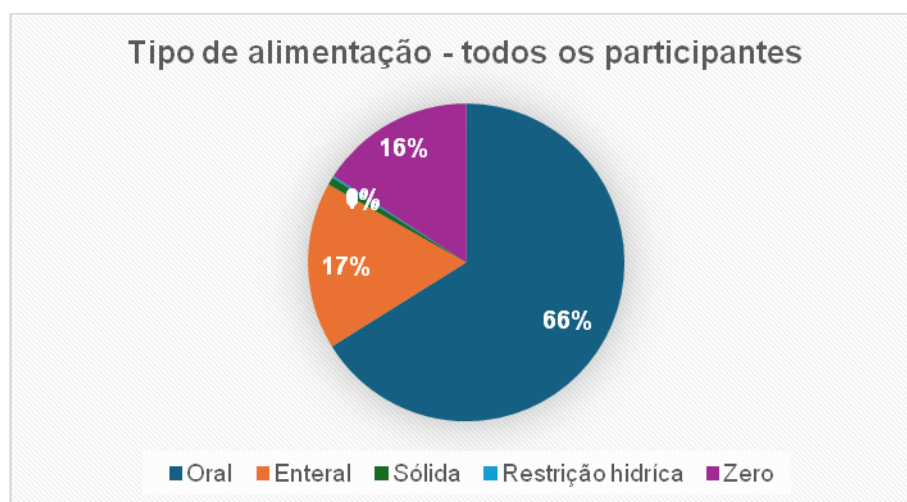


Gráfico 17 – Tipo de Alimentação dos pacientes do sexo masculino na UTI

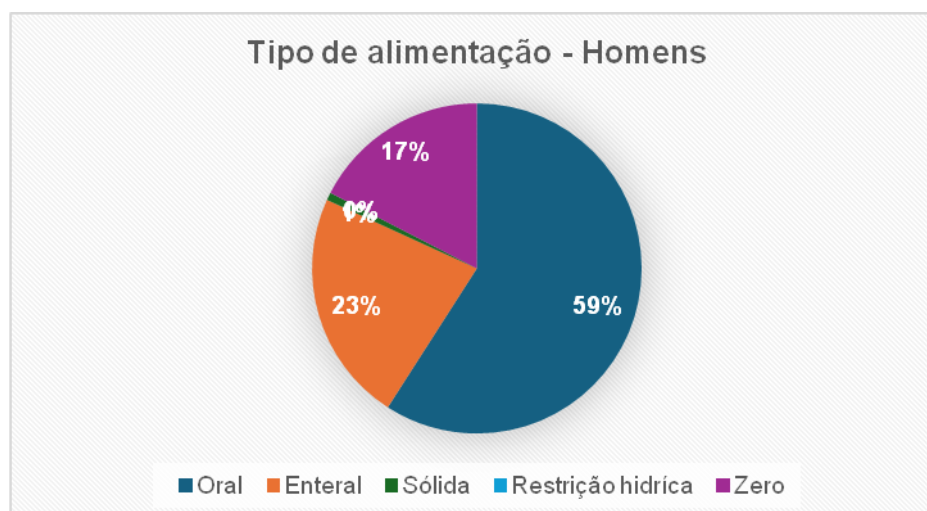


Gráfico 18 – Tipo de Alimentação dos pacientes do sexo feminino na UTI

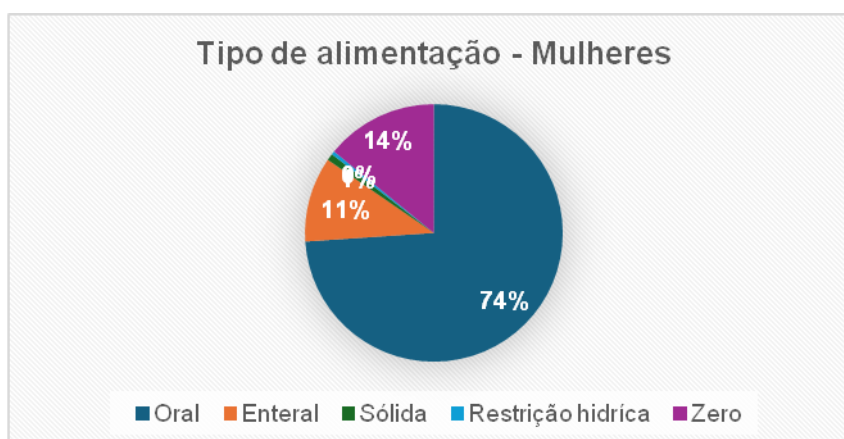


Tabela 8 – Tipo de Alimentação dos pacientes homens e mulheres na UTI

Tipo de alimentação	Todos os participantes		Homens		Mulheres	
	N	%	N	%	N	%
Oral	330	66,13%	156	59,09%	173	73,93%
Enteral	85	17,03%	60	22,73%	25	10,68%
Sólida	4	0,80%	2	0,76%	2	0,85%
Restrição hídrica	1	0,20%	0	0,00%	1	0,43%
Zero	79	15,83%	46	17,42%	33	14,10%
Total	499	100,00%	264	100,00%	234	100,00%

Os dados fornecem uma visão detalhada das medidas de temperatura corporal, saturação de oxigênio e pressão arterial dos pacientes do estudo.

Seguem as médias dos dados biométricos para todos os participantes: a média de temperatura foi de 36,4 oC, variando de um mínimo de 30,0 oC a um máximo de 39,4 oC. O desvio padrão foi de 1,2 oC.; a média de saturação foi de 95,2%, variando de um mínimo de 74,0% a um máximo de 100,0%. O desvio padrão foi de 3,6%; a média da pressão sistólica foi de 126,2 mmHg, variando de um mínimo de 46,0 mmHg a um máximo de 222,0 mmHg. O desvio padrão foi de 23,1 mmHg; a média da pressão distólica foi de 74,5 mmHg, variando de

um mínimo de 32,0 mmHg a um máximo de 121,0 mmHg. O desvio padrão foi de 14,6 mmHg (Gráfico 19 e Tabela 9).

Gráfico 19 – Dados Biométricos de pacientes homens e mulheres na UTI

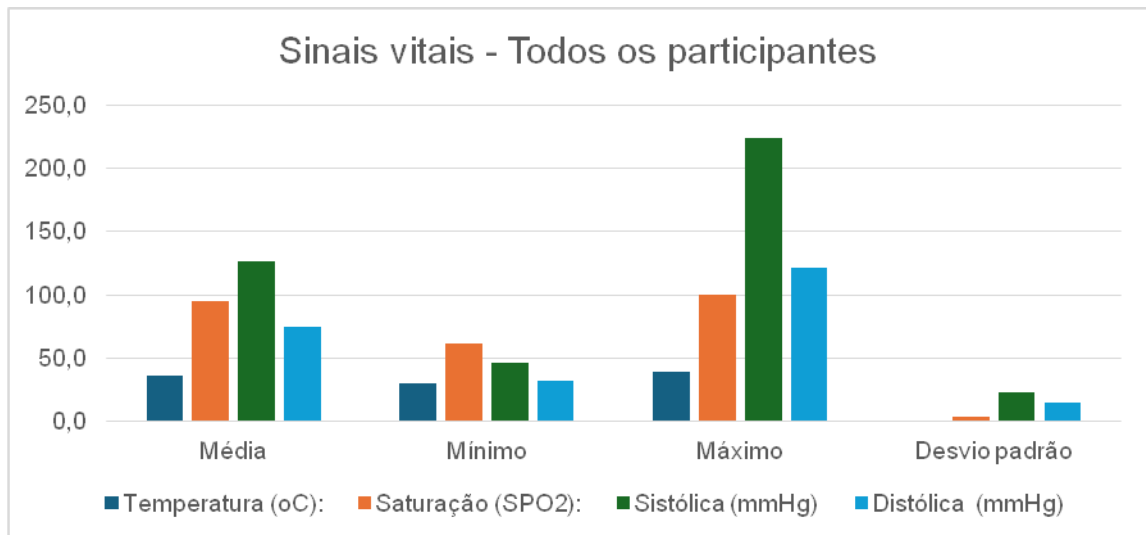
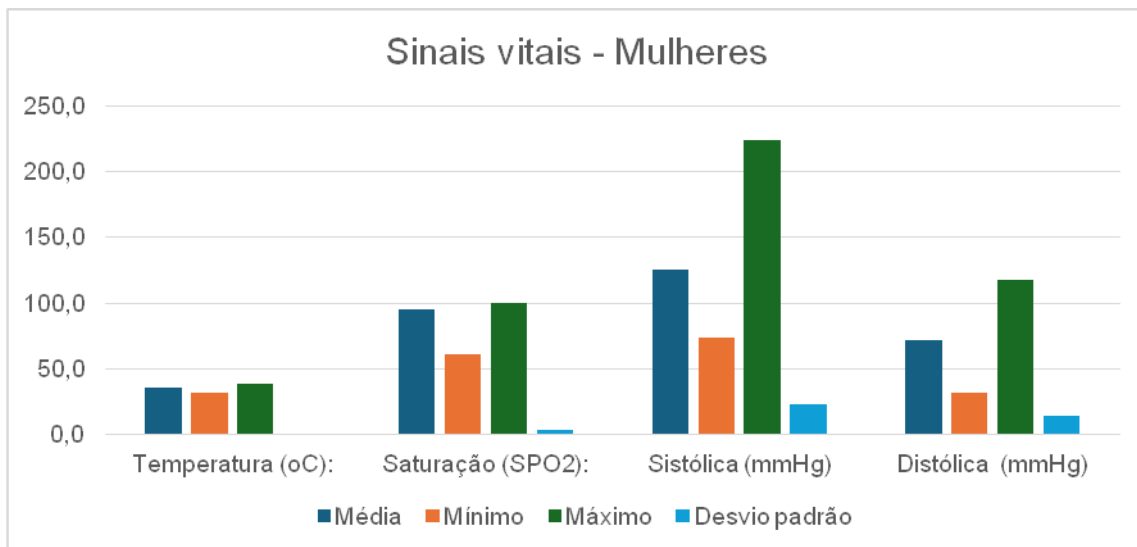


Tabela 9 – Dados Biométricos de pacientes homens e mulheres na UTI.

Todos os participantes	Temperatura (°C)	Saturação (SPO2)	Sistólica (mmHg)	Distólica (mmHg)
Média	36,4	95,2	126,2	74,5
Mínimo	30,0	74,0	46,0	32,0
Máximo	39,4	100,0	222,0	121,0
Desvio padrão	1,2	3,6	23,1	14,6
Mulheres	Temperatura (°C)	Saturação (SPO2)	Sistólica (mmHg)	Distólica (mmHg)
Média	35,8	95,2	125,7	71,7
Mínimo	32,2	61,0	74,0	32,0
Máximo	38,4	100,0	224,0	118,0
Desvio padrão	0,9	3,9	23,1	14,5
Homens	Temperatura (°C)	Saturação (SPO2)	Sistólica (mmHg)	Distólica (mmHg)
Média	36,4	95,2	126,2	74,5
Mínimo	30,0	74,0	46,0	32,0
Máximo	39,4	100,0	222,0	121,0
Desvio padrão	1,2	3,6	23,1	14,6

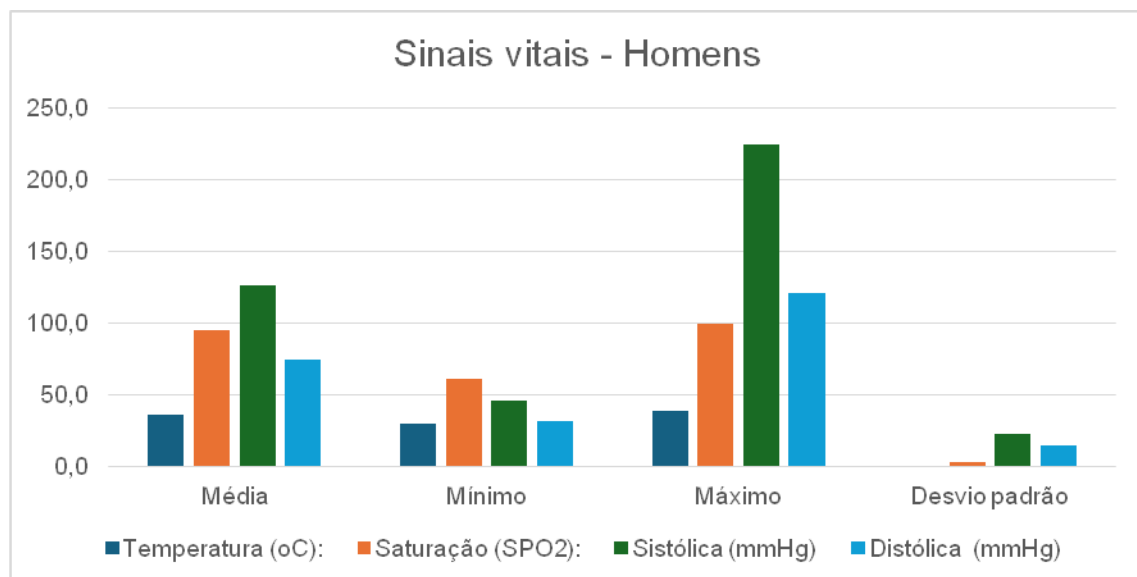
Seguem as médias dos dados biométricos dos pacientes do sexo feminino: a média da temperatura (oC) foi de 35,8; saturação (SPO2) de 95,2; pressão sistólica (mmHg) de 125,7 e pressão distólica (mmHg) de 71,7. O mínimo da temperatura (oC) foi de 32,3 ; saturação (SPO2) 61,0; pressão sistólica (mmHg) de 74,0 e pressão distólica (mmHg) de 32,0. O máximo da temperatura (oC) foi de 38,4; de saturação (SPO2) 100,0; pressão sistólica (mmHg) de 224,0 e pressão distólica (mmHg) de 118,0. O desvio padrão de temperatura (oC) foi de 0,9; saturação (SPO2) de 3,9; pressão sistólica (mmHg) de 23,1 e pressão distólica (mmHg) de 14,5 (Gráfico 20).

Gráfico 20 – Dados Biométricos dos pacientes do sexo feminino na UTI



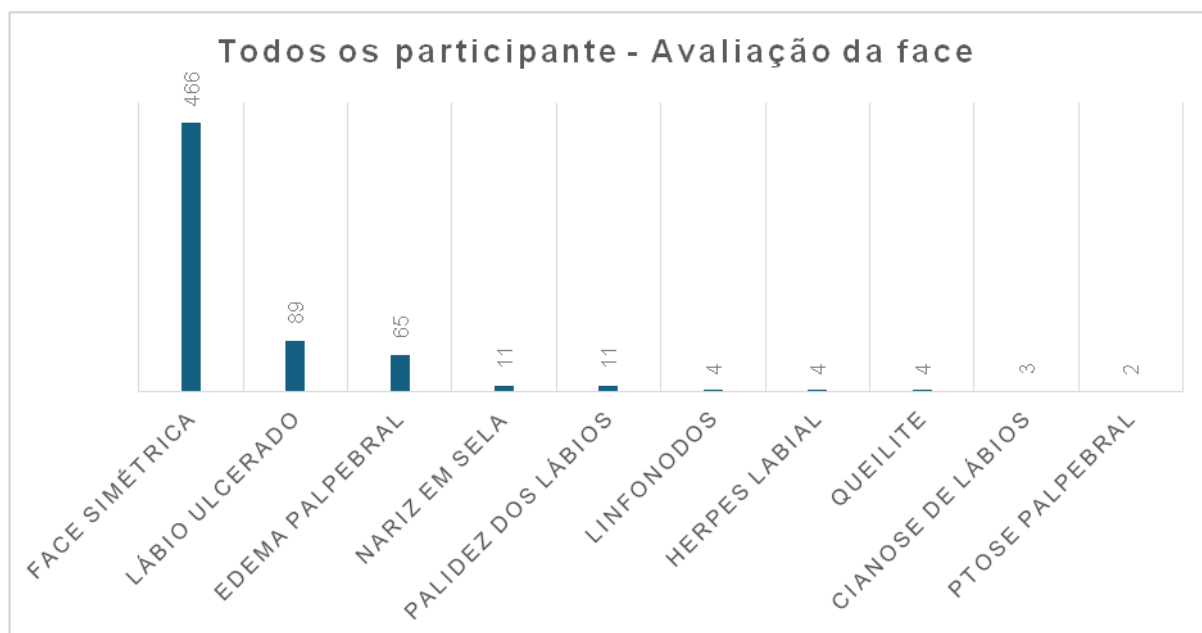
Seguem as médias dos dados biométricos dos pacientes do sexo masculino: a média da temperatura (oC) foi de 36,4; saturação (SPO2) de 95,2; pressão sistólica (mmHg) de 126, e pressão distólica (mmHg) de 74,5. O mínimo da temperatura (oC) foi de 30,0; saturação (SPO2) de 74,0; pressão sistólica (mmHg) de 222,0 e pressão distólica (mmHg) de 121,0. O desvio padrão de temperatura (oC) foi de: 1,2; saturação (SPO2) de 3,6; pressão sistólica (mmHg) de 23,1 e pressão distólica (mmHg) de 14,6 (Gráfico 21).

Gráfico 21 – Dados Biométricos dos pacientes do sexo masculino na UTI



Com relação a avaliação da face de para todos os pacientes, seguem os achados: 466 pacientes (93,4%) apresentaram simetria facial, enquanto 33 pacientes (6,6%) não apresentaram; 89 pacientes (17,8%) apresentaram-se com lábio ulcerado, enquanto 410 pacientes (82,2%) não; 65 pacientes (13,0%) apresentaram edema palpebral, enquanto 434 pacientes (87,0%) não apresentaram; 11 pacientes (2,2%) apresentaram nariz em sela, enquanto 488 pacientes (97,8%) não; 11 pacientes (2,2%) apresentaram palidez nos lábios, enquanto 488 pacientes (97,8%) não apresentaram; 4 pacientes (0,8%) tinham aumento de linfonodos, enquanto 495 pacientes (99,2%) não; em 4 pacientes (0,8%) foi observada herpes labial, enquanto 495 pacientes (99,2%) não; 4 pacientes (0,8%) tinham queilite, enquanto 495 pacientes (99,2%) não; 3 pacientes (0,6%) apresentaram-se com cianose nos lábios, enquanto 496 pacientes (99,4%) não apresentaram; 2 pacientes (0,4%) tinham ptose palpebral, enquanto 497 pacientes (99,6%) não (Gráfico 22).

Gráfico 22 – Avaliação da face de pacientes homens e mulheres na UTI



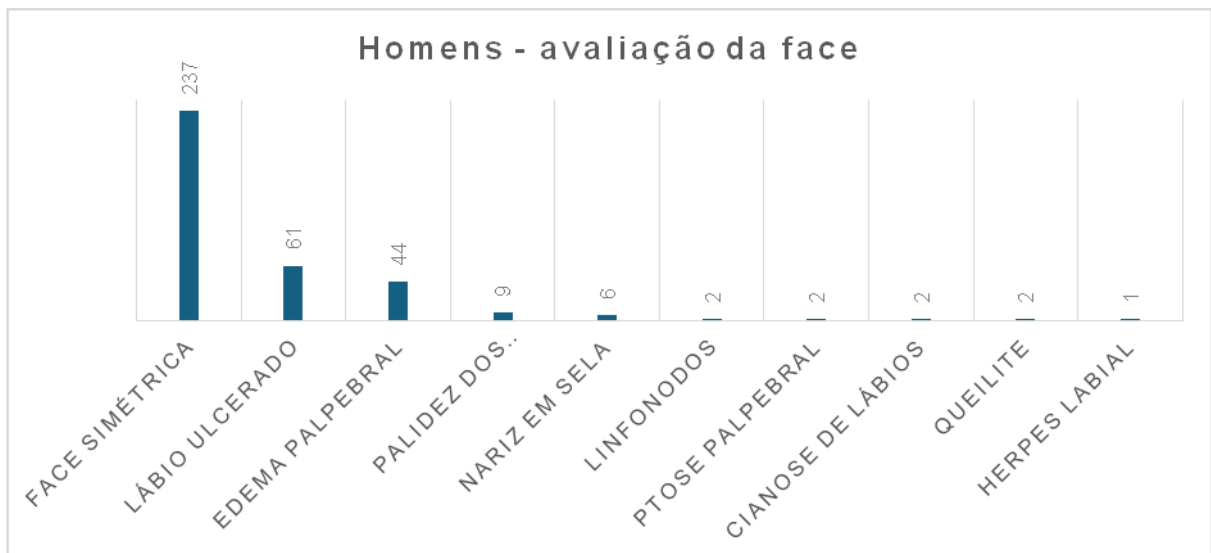
Com relação aos achados na avaliação da face dos pacientes do sexo masculino, 27 homens (10,2%) não apresentaram simetria facial; 61 homens (23,1%) apresentaram-se com lábio ulcerado; 44 homens (16,7%) apresentaram edema palpebral; 9 homens (3,4%) apresentaram palidez nos lábios; 6 homens (2,3%) tinham nariz em sela; 2 homens (0,8%) apresntaram aumento de linfonodos; 2 homens (0,8%) apresentaram ptose palpebral, 2 homens

(0,8%) tinham cianose nos lábios; 2 homens (0,8%) apresentaram queilite angular; 1 homem (0,4%) apresentou herpes labial (Gráfico 23 e Tabela 10).

Tabela 10 – Avaliação da face de pacientes homens e mulheres na UTI

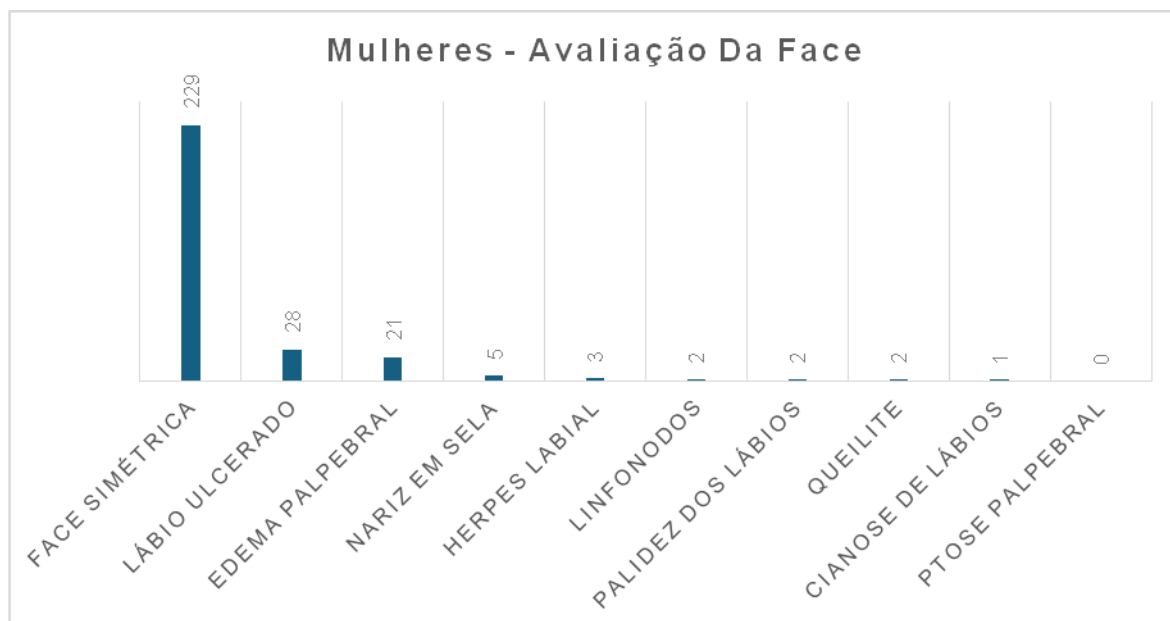
Todos os participantes				
Avaliação da Face	Sim	%	Não	%
Face Simétrica	466	93,4%	33	6,6%
Lábio Ulcerado	89	17,8%	410	82,2%
Edema Palpebral	65	13,0%	434	87,0%
Nariz em sela	11	2,2%	488	97,8%
Palidez dos lábios	11	2,2%	488	97,8%
Linfonodos	4	0,8%	495	99,2%
Herpes Labial	4	0,8%	495	99,2%
Queilite	4	0,8%	495	99,2%
Cianose de Lábios	3	0,6%	496	99,4%
Ptose Palpebral	2	0,4%	497	99,6%
Mulheres				
Avaliação externa	Sim	%	Não	%
Face Simétrica	229	45,9%	6	54,1%
Lábio Ulcerado	28	5,6%	207	94,4%
Edema Palpebral	21	4,2%	214	95,8%
Nariz em sela	5	1,0%	230	99,0%
Herpes Labial	3	0,6%	232	99,4%
Linfonodos	2	0,4%	233	99,6%
Palidez dos lábios	2	0,4%	233	99,6%
Queilite	2	0,4%	233	99,6%
Cianose de Lábios	1	0,2%	234	99,8%
Ptose Palpebral	0	0,0%	235	100,0%
Homens				
Avaliação externa	Sim	%	Não	%
Face Simétrica	237	89,8%	27	10,2%
Lábio Ulcerado	61	23,1%	203	76,9%
Edema Palpebral	44	16,7%	220	83,3%
Palidez dos lábios	9	3,4%	255	96,6%
Nariz em sela	6	2,3%	258	97,7%
Linfonodos	2	0,8%	262	99,2%
Ptose Palpebral	2	0,8%	262	99,2%
Cianose de Lábios	2	0,8%	262	99,2%
Queilite	2	0,8%	262	99,2%
Herpes Labial	1	0,4%	263	99,6%

Gráfico 23 – Avaliação da face dos pacientes do sexo masculino na UTI



Com relação aos achados na avaliação da face dos pacientes do sexo feminino: 6 mulheres (54,1%) não apresentaram simetria facial; 28 mulheres (5,6%) apresentaram lábio ulcerado; 21 mulheres (4,2%) apresentaram edema palpebral; 5 mulheres (1,0%) apresentaram-se com nariz em sela; 3 mulheres (0,6%) tinham herpes labial; 2 mulheres (0,4%) apresentaram-se com aumento de linfonodos; 2 mulheres (0,4%) tinham palidez nos lábios; 2 mulheres (0,4%) apresentaram queilite angular; 1 mulher (0,2%) apresentou cianose nos lábios; nenhuma mulher (0,0%) apresentou ptose palpebral (Gráfico 24).

Gráfico 24 – Avaliação da face dos pacientes do sexo feminino na UTI

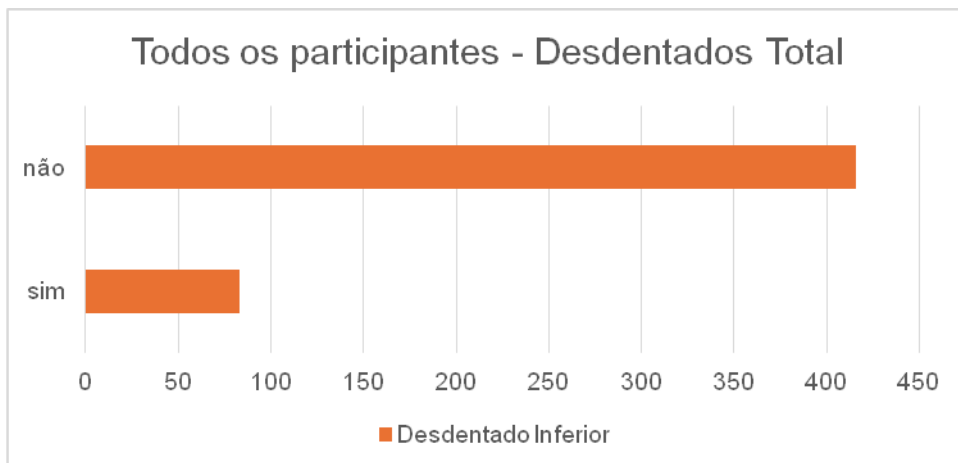


Com relação ao edentulismo para todos os participantes: 132 participantes (26,5%) apresentaram-se edentulismo total na arcada superior e 83 participantes (16,6%) apresentaram-se edentulismo total na arcada inferior (TABELA 11).

Tabela 11 – Edentulismo Superior e Inferior de Pacientes homens e mulheres na UTI

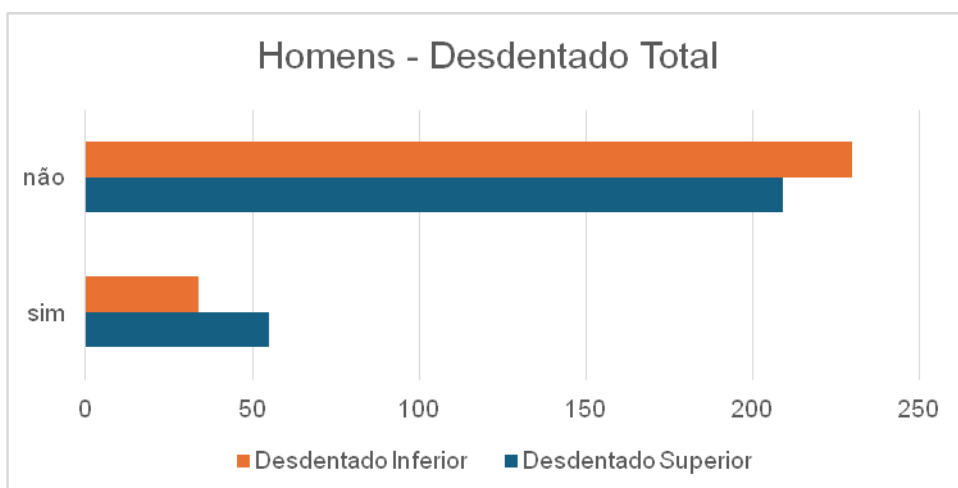
Todos os participantes	sim	%	não	%
Desdentado Superior	132	26,5%	367	73,5%
Desdentado Inferior	83	16,6%	416	83,4%
Mulheres	sim	%	não	%
Desdentado Superior	77	32,8%	158	67,2%
Desdentado Inferior	49	20,9%	186	79,1%
Homens	sim	%	não	%
Desdentado Superior	55	20,8%	209	79,2%
Desdentado Inferior	34	12,9%	230	87,1%

Gráfico 25 – Pacientes homens e mulheres desdentados total na UTI



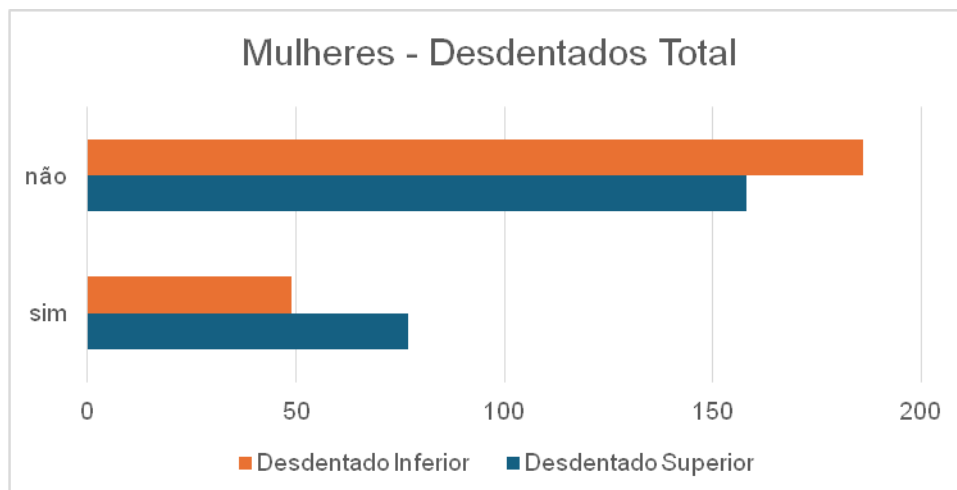
Com relação ao edentulismo para os participantes do sexo masculino: 55 homens (20,8%) apresentaram-se edentulismo total na arcada superior e 34 homens (12,9%) na arcada inferior (Gráfico 26).

Gráfico 26 – Pacientes desdentados total do sexo masculino na UTI



Com relação ao edentulismo para os participantes do sexo feminino: 77 mulheres (32,8%) apresentaram edentulismo total na arcada superior e, 49 mulheres (20,9%) apresentaram edentulismo total na arcada inferior (Gráfico 27).

Gráfico 27 – Pacientes desdentados total do sexo feminino na UTI



Com relação a condição dentária (dentes presentes, dentes cariados e dentes com extrações indicadas) para todos os pacientes do estudo, seguem os achados: a média de dentes presentes foi de 17,4, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 32,0. O desvio padrão foi de 10,5; a média de dentes cariados foi de 0,6, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 17,0. O desvio padrão foi de 1,5; a média de extrações indicadas foi de 0,8, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 17,0. O desvio padrão foi de 2,0 (Gráfico 28 e Tabela 12).

Gráfico 28 – Condição Dentária de pacientes homens e mulheres na UTI

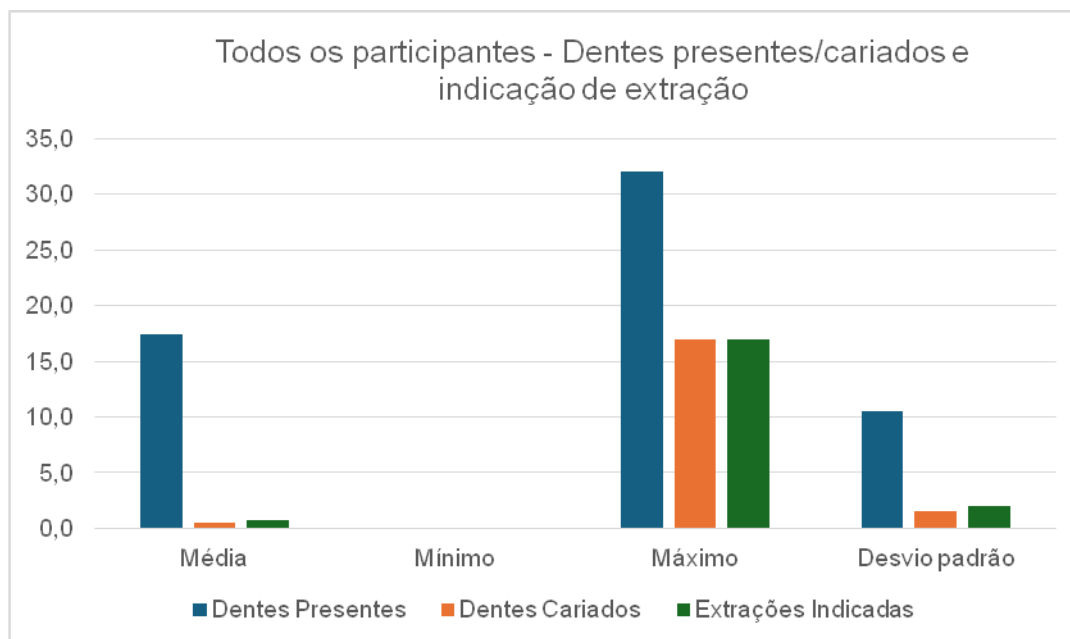
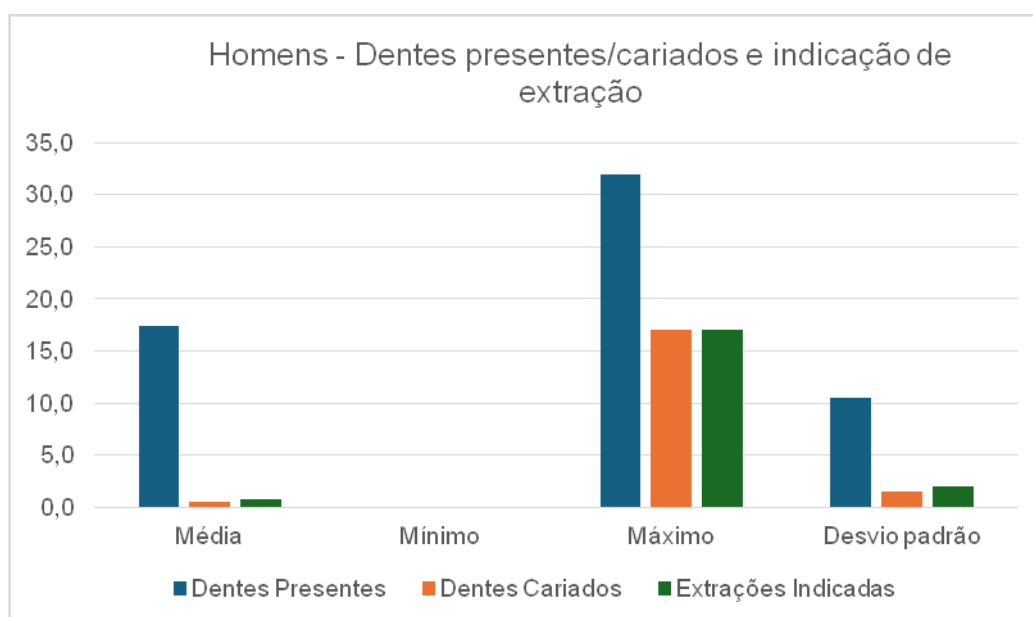


Tabela 12 – Condição Dentária dos pacientes homens e mulheres na UTI

Todos os participantes	Dentes Presentes	Dentes Cariados	Extrações Indicadas
Média	17,4	0,6	0,8
Mínimo	0,0	0,0	0,0
Máximo	32,0	17,0	17,0
Desvio padrão	10,5	1,5	2,0
Homens	Dentes Presentes	Dentes Cariados	Extrações Indicadas
Média	19,3	0,5	0,8
Mínimo	0,0	0,0	0,0
Máximo	32,0	11,0	15,0
Desvio padrão	10,5	1,5	2,0
Mulheres	Dentes Presentes	Dentes Cariados	Extrações Indicadas
Média	15,5	0,6	0,7
Mínimo	0,0	0,0	0,0
Máximo	32,0	17,0	8,0
Desvio padrão	11,4	1,8	1,4

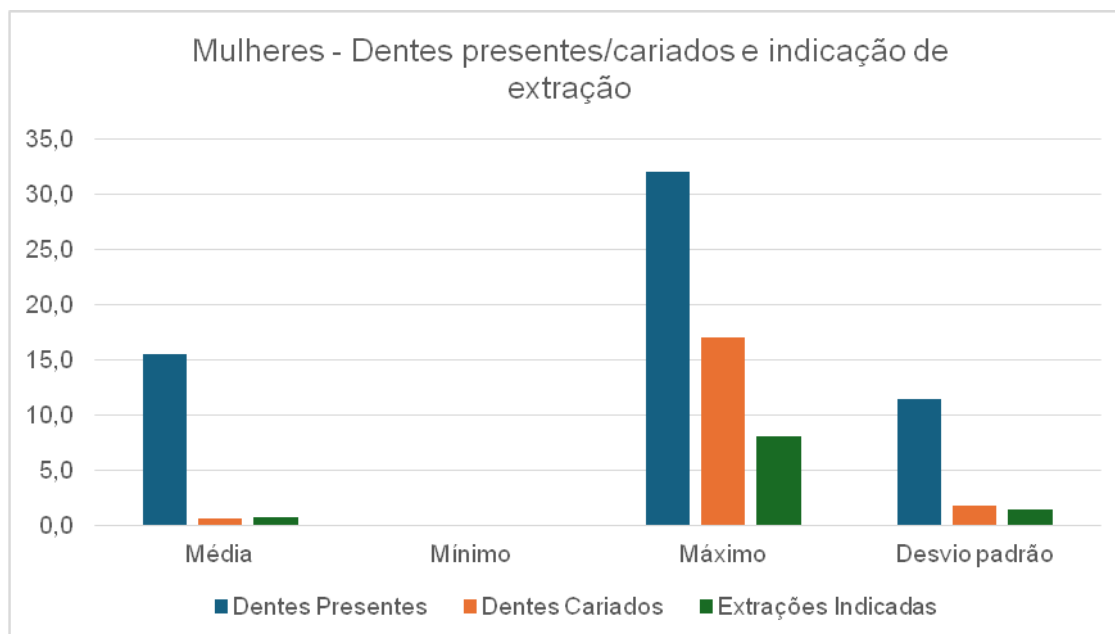
Com relação a condição dentária (dentes presentes, dentes cariados e dentes com extrações indicadas) para todos os pacientes do sexo masculino, seguem os achados: a média de dentes presentes foi de 19,3, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 32,0. O desvio padrão foi de 10,5; a média de dentes cariados foi de 0,5, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 11,0. O desvio padrão foi de 1,5; a média de extrações indicadas foi de 0,8, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 15,0. O desvio padrão foi de 2,0 (Gráfico 29).

Gráfico 29 – Condição Dentária dos pacientes do sexo masculino na UTI



Com relação a condição dentária (dentes presentes, dentes cariados e dentes com extrações indicadas) para todos os pacientes do sexo masculino, seguem os achados: a média de dentes presentes foi de 15,5, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 32,0. O desvio padrão foi de 11,4; a média de dentes cariados foi de 0,6, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 17,0. O desvio padrão foi de 1,8; a média de extrações indicadas foi de 0,7, variando de um mínimo de 0,0 a um máximo de 8,0. O desvio padrão foi de 1,4 (Gráfico 30).

Gráfico 30 – Condição Dentária dos pacientes do sexo feminino na UTI

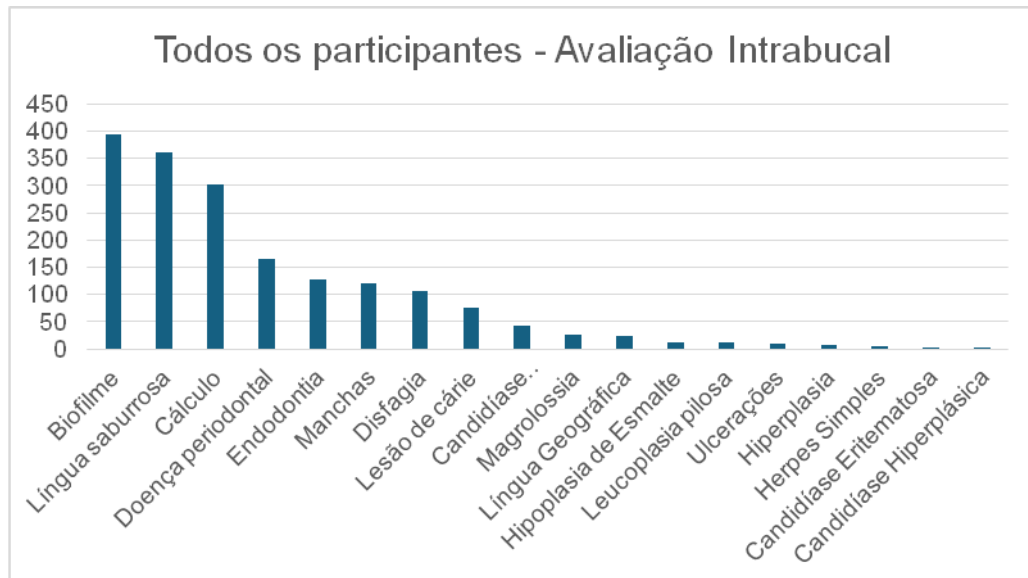


Com relação a avaliação intrabucal de todos os participantes seguem os resultados: 395 (79,2%) apresentaram biofilme; 360 (72,1%) apresentaram língua saburrosa; 301 (60,3%) apresentaram cálculo dental; 166 participantes (33,3%) apresentaram doença periodontal; 128 (25,7%) passaram por indicação de exodontia; 121 (24,2%) apresentaram manchas; 107 (21,4%) apresentaram disfagia; 76 (15,2%) apresentaram lesão de cárie; 43 (8,6%) apresentaram candidíase pseudomembranosa; 26 (5,2%) apresentaram magrolossia; 25 participantes (5,0%) apresentaram língua geográfica; 13 (2,6%) apresentaram hipoplasia de esmalte; 13 (2,6%) apresentaram leucoplasia pilosa; 10 participantes (2,0%) apresentaram úlceras bucais; 7 (1,4%) apresentaram hiperplasia; 5 (1,0%) apresentaram herpes simples; 4 (0,8%) apresentaram candidíase eritematosa; 2 participantes (0,4%) apresentaram candidíase hiperplásica (Tabela 13).

Tabela 13 – Avaliação Intrabucal dos pacientes homens e mulheres na UTI.

Todos os participantes	Presença		Ausência	
	N	%	N	%
Biofilme	395	79,2%	104	20,8%
Língua saburrosa	360	72,1%	139	27,9%
Cálculo	301	60,3%	198	39,7%
Doença periodontal	166	33,3%	333	66,7%
Indicação de Exodontia	128	25,7%	371	74,3%
Manchas	121	24,2%	378	75,8%
Disfagia	107	21,4%	392	78,6%
Lesão de cárie	76	15,2%	423	84,8%
Candidíase pseudomembranosa	43	8,6%	456	91,4%
Magrolossia	26	5,2%	473	94,8%
Língua Geográfica	25	5,0%	474	95,0%
Hipoplasia de Esmalte	13	2,6%	486	97,4%
Leucoplasia pilosa	13	2,6%	486	97,4%
Ulcerações	10	2,0%	489	98,0%
Hiperplasia	7	1,4%	492	98,6%
Herpes Simples	5	1,0%	494	99,0%
Candidíase Eritematosa	4	0,8%	495	99,2%
Candidíase Hiperplásica	2	0,4%	497	99,6%

Gráfico 31 – Avaliação Intrabucal de pacientes homens e mulheres na UTI

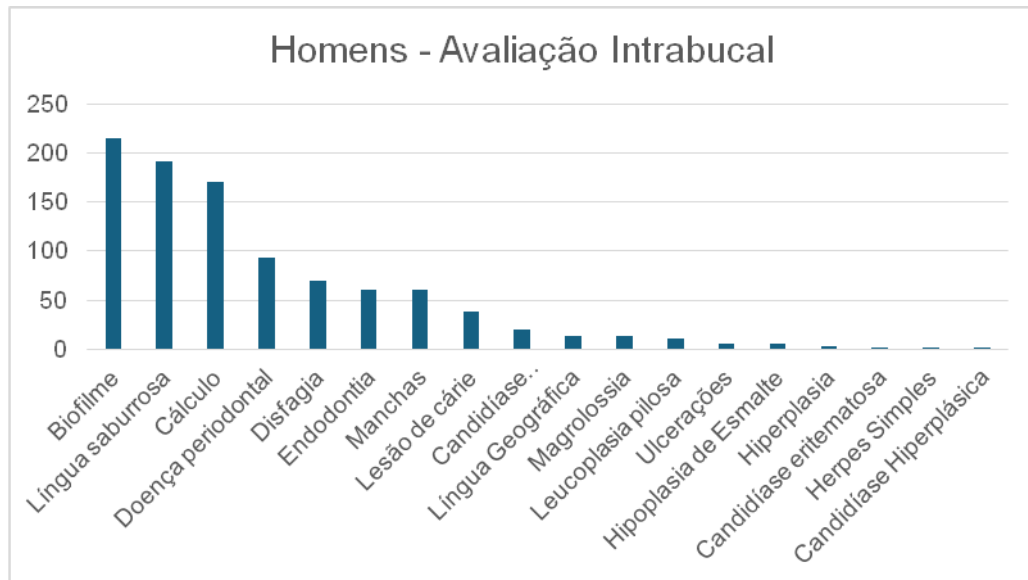


Com relação a avaliação intrabucal dos participantes do sexo masculino seguem os resultados: 215 (91,5%) apresentaram biofilme; 192 (81,7%) apresentaram língua saburrosa; 170 (72,3%) apresentaram cálculo; 93 (39,6%) apresentaram doença periodontal; 70 (29,8%) apresentaram disfagia; 61 (26,0%) passaram por indicação de exodontia; 61 (26,0%) apresentaram manchas; 38 (16,2%) apresentaram lesão de cárie; 20 (8,5%) apresentaram candidíase pseudomembranosa; 14 (6,0%) apresentaram língua geográfica; 13 homens (5,5%) apresentaram magrolossia; 11 homens (4,7%) apresentaram leucoplasia pilosa; 6 (2,6%) apresentaram úlceras bucais; 6 (2,6%) apresentaram hipoplasia de esmalte; 3 (1,3%) apresentaram hiperplasia; 2 (0,9%) apresentaram herpes simples; 2 (0,9%) apresentaram candidíase eritematosa; 1 (0,4%) apresentou candidíase hiperplásica (Tabela 14 e Gráfico 32).

Tabela 14 – Avaliação Intrabucal dos pacientes do sexo masculino na UTI

Homens	Presença		Ausência	
	N	%	N	%
Biofilme	215	91,5%	49	8,5%
Língua saburrosa	192	81,7%	72	18,3%
Cálculo	170	72,3%	94	27,7%
Doença periodontal	93	39,6%	171	60,4%
Disfagia	70	29,8%	194	70,2%
Indicação de Exodontia	61	26,0%	203	74,0%
Manchas	61	26,0%	203	74,0%
Lesão de cárie	38	16,2%	226	83,8%
Candidíase pseudomembranosa	20	8,5%	244	91,5%
Língua Geográfica	14	6,0%	250	94,0%
Magrolossia	13	5,5%	251	94,5%
Leucoplasia pilosa	11	4,7%	253	95,3%
Ulcerações	6	2,6%	258	97,4%
Hipoplasia de Esmalte	6	2,6%	258	97,4%
Hiperplasia	3	1,3%	261	98,7%
Candidíase eritematosa	2	0,9%	262	99,1%
Herpes Simples	2	0,9%	262	99,1%
Candidíase Hiperplásica	1	0,4%	263	99,6%

Gráfico 32 – Avaliação Intrabucal dos pacientes do sexo masculino na UTI



Com relação a avaliação intrabucal dos participantes do sexo feminino seguem os resultados: 180 (76,6%) apresentaram biofilme; 168 (71,5%) apresentaram língua saburrosa; 131 (55,7%) apresentaram cálculo dental; 63 (31,1%) apresentaram doença periodontal; 67 (28,5%) apresentaram indicação de exodontia; 60 (25,5%) apresentaram manchas; 38 (16,2%) apresentaram lesão de cárie; 37 (15,7%) apresentaram disfagia; 23 (9,8%) candidíase pseudomembranosa; 13 (5,5%) magrolossia; 11 (4,7%) apresentaram língua geográfica; 7 (3%) hipoplasia de esmalte; 4 (1,7%) apresentaram ulcerações; 4 (1,7%) hiperplasia; 3 (1,3%) herpes simples; 2 (0,9%) leucoplasia pilosa; 1 (0,4%) candidíase hiperplásica.

Gráfico 33 – Avaliação Intrabucal dos pacientes do sexo feminino na UTI

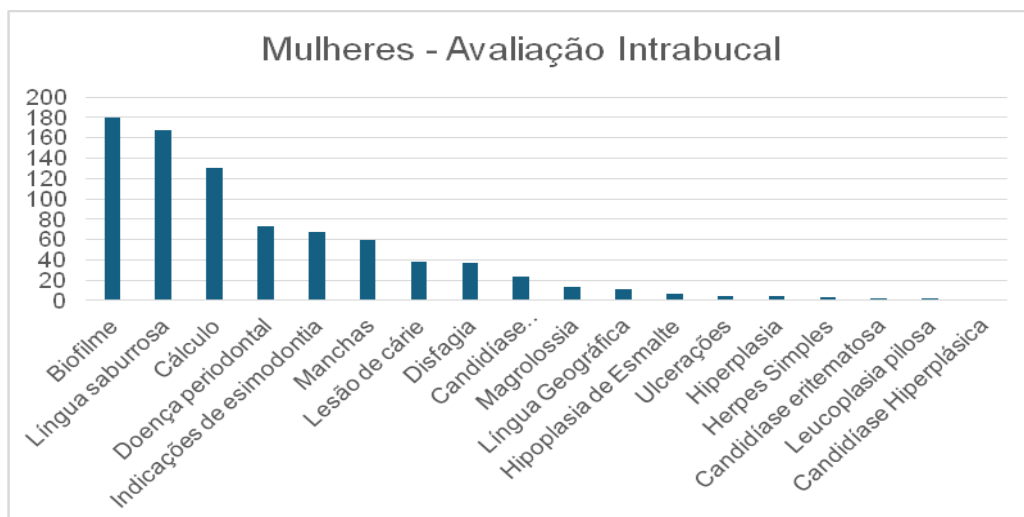


Tabela 15 – Avaliação Intrabucal dos pacientes do sexo feminino na UTI

Mulheres	Presença		Ausência	
	N	%	N	%
Biofilme	180	76,6%	55	23,4%
Língua saburrosa	168	71,5%	67	28,5%
Cálculo	131	55,7%	104	44,3%
Doença periodontal	73	31,1%	162	68,9%
Indicação de Exodontia	67	28,5%	168	71,5%
Manchas	60	25,5%	175	74,5%
Lesão de cárie	38	16,2%	197	83,8%
Disfagia	37	15,7%	198	84,3%
Candidíase pseudomembranosa	23	9,8%	212	90,2%
Magrolossia	13	5,5%	222	94,5%
Língua Geográfica	11	4,7%	224	95,3%
Hipoplasia de Esmalte	7	3,0%	228	97,0%
Ulcerações	4	1,7%	231	98,3%
Hiperplasia	4	1,7%	231	98,3%
Herpes Simples	3	1,3%	232	98,7%
Candidíase eritematosa	2	0,9%	233	99,1%
Leucoplasia pilosa	2	0,9%	233	99,1%
Candidíase Hiperplásica	1	0,4%	234	99,6%

7. DISCUSSÃO

A Odontologia Hospitalar desempenha um papel crucial na manutenção e melhoria da saúde bucal e sistêmica de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTIs). Este estudo teve como objetivo avaliar as condições de saúde bucal e sistêmica dos pacientes hospitalizados em UTIs na região portuária da Baixada Santista, fornecendo um panorama epidemiológico relevante para a formulação de políticas e práticas odontológicas hospitalares.

Condições de deficiência da higiene bucal são muito comuns em pacientes hospitalizados, que frequentemente permanecem com a boca aberta devido a intubação traqueal. Isso promove a desidratação da mucosa e leva à diminuição do fluxo salivar, permitindo maior colonização de bactérias levando ao desenvolvimento da doença periodontal e outros possíveis focos de infecção ²³.

Os dados coletados neste estudo mostraram uma alta prevalência de condições bucais adversas entre os pacientes internados nas UTIs avaliadas. A presença de biofilme dental foi significativamente elevada, conseqüentemente, presença elevada de lesões de cárie e doença periodontal, corroborando estudos anteriores que indicam a deterioração rápida da saúde bucal em ambientes hospitalares devido a diminuição da higiene oral e a imunossupressão dos pacientes ^{23,24}.

Em aproximadamente 24 horas sem limpeza da cavidade oral é possível detectar clinicamente uma camada de biofilme dental. E a ausência ou a técnica de higiene bucal adotada será intimamente ligada ao número e a espécie de microrganismo encontrado na cavidade oral. O biofilme dentário pode desempenhar um papel significativo na ocorrência de infecções respiratórias em pacientes submetidos à ventilação mecânica em UTIs ^{22,54}.

A presença de biofilme interfere no agravamento e desenvolvimento de alterações bucais presentes no paciente, tais como doença cárie, doença periodontal, necrose pulpar, entre outros. Estas alterações repercutem tanto na terapêutica médica quanto no estado geral do paciente e devem ser controladas ²⁴.

Diversos estudos têm ressaltado a importância da odontologia hospitalar na prevenção de infecções sistêmicas. A pesquisa de Scannapieco e Mylotte (1996)³¹ foi pioneira ao estabelecer

a relação entre saúde bucal e PAV. Recentemente, protocolos de higiene bucal em UTIs têm mostrado redução nas taxas de infecção⁶. Os resultados deste estudo estão alinhados com essas pesquisas, sugerindo que a implementação de rotinas de cuidado odontológico pode significativamente reduzir as complicações sistêmicas em pacientes críticos.

Além disso, a literatura aponta para a necessidade de formação especializada de cirurgiões-dentistas para atuação em ambiente hospitalar. A odontologia hospitalar ainda é uma área em desenvolvimento no Brasil, com legislação e regulamentação sendo aprimoradas. A inclusão de odontólogos nas equipes multidisciplinares de saúde pode proporcionar um cuidado mais holístico e eficaz, melhorando os desfechos clínicos dos pacientes²⁵.

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia, segundo sua resolução CFO-162/2015, as implicações clínicas deste estudo são claras: a inclusão de profissionais de odontologia nas equipes de saúde das UTIs pode melhorar significativamente a saúde bucal e sistêmica dos pacientes. Protocolos de higiene oral, treinamentos regulares para a equipe de enfermagem sobre cuidados bucais e a presença constante de um odontólogo podem diminuir a incidência de infecções nosocomiais, reduzindo, assim, a morbidade e mortalidade associadas.

Neste trabalho foram avaliados pacientes em ventilação mecânica. Do total de 499 pacientes avaliados, 21,24% (homens e mulheres) estavam com tubo endotraqueal; destes 106 pacientes 63 (23,86%) eram homens e 34 (14,47) eram mulheres, um número significativo para a justificar a implementação do cirurgião dentista nas Unidades de Terapia Intensiva. Os pacientes necessitam de atendimento e avaliação minuciosa, pois, o tubo pode causar pneumonia associada a ventilação mecânica, ou seja, levar esses indivíduos a óbito, caso, não sejam realizadas as condutas corretas de higienização oral.

Diversas razões colocam os pacientes em maior risco associados à PAVM, como a presença do tubo endotraqueal, posição corporal, possível aspiração de secreções contaminadas da orofaringe ou gastrointestinais trato respiratório e boca aberta e seca. A associação direta com infecções pulmonares e saúde bucal tem sido explorada em diversos estudos⁴⁷.

A implementação de um protocolo de higiene bucal associada a um programa de treinamento contínuo dos profissionais é determinante para redução das taxas de PAVM, pois

a falta de esclarecimento sobre a importância desse cuidado repercute em uma baixa adesão pela equipe de enfermagem^{55,56}.

Além disso, o estudo de Lotufo e Pannuti (2004)³⁸ destaca a necessidade de políticas públicas que integrem a odontologia no ambiente hospitalar. A capacitação de mais profissionais e a conscientização sobre a importância da saúde bucal em pacientes críticos devem ser prioridades. Programas de prevenção e promoção da saúde bucal podem ser incorporados nas rotinas hospitalares, promovendo uma abordagem preventiva em vez de reativa.

Na maioria das UTIs o cuidado com a higiene oral é realizado por enfermeiros e, embora esses profissionais tenham um papel importante na promoção de saúde, eles não têm treinamento suficiente ou permissão legal para tratar lesões de cárie, remover cálculos, drenar abscessos intraorais ou realizar extrações dentárias, em pacientes críticos durante a internação em UTIs⁵⁶.

Embora este estudo forneça dados valiosos, ele possui algumas limitações. A amostra foi restrita a uma única região geográfica, o que pode levar a generalização dos resultados. Além disso, o período de coleta de dados foi relativamente curto, e estudos longitudinais poderiam fornecer uma compreensão mais profunda das mudanças nas condições de saúde bucal ao longo do tempo em ambientes hospitalares.

Outra limitação é a dependência de registros médicos e prontuários, que podem variar em precisão e detalhamento. Futuros estudos poderiam beneficiar-se de uma coleta de dados mais padronizada e detalhada, incluindo avaliações clínicas regulares e sistemáticas

8. CONCLUSÃO

Este estudo evidencia a importância da saúde bucal em pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva (UTI). A análise dos prontuários de 499 pacientes do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos revelou uma prevalência significativa de condições bucais desfavoráveis que podem impactar negativamente a saúde sistêmicas dos pacientes. A falta de adequada higiene bucal em UTIs facilita o crescimento bacteriano, promovendo interações entre bactérias nativas da placa dental e patógenos respiratórios, o que pode contribuir para o desenvolvimento de infecções respiratórias, incluindo a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Portanto, a atuação do cirurgião-dentista é crucial no ambiente hospitalar, especialmente em UTIs, para realizar intervenções preventivas e terapêuticas que visem à manutenção da saúde bucal e, conseqüentemente, à melhoria da saúde geral dos pacientes. Assim, é importante implementar um protocolo de higiene oral específico para pacientes internados em UTI, visando a melhoria da qualidade do atendimento odontológico hospitalar.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camargo EC. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia bucomaxilofacial. *Jornal do Site*. 2005; ano VI(98). Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>. Acesso em 12/08/2011.
2. Queluz DP, Palumbro A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. *J Assess Prest Serv Odontol*. 2000;3(19):40-6.
3. Relly PG, Glaffey NM. História da sepsia bucal como causa de doenças. In: Williams RC, Offenbacher S, eds. *Periodontologia 2000*. São Paulo: Santos; 2005. p. 98-118.
4. Morais TNM, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobel E, Camargo LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18:412-7.
5. De Riso AJ, Ladowski JS, Dillon TA, et al. Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. *Chest*. 1996;109:1556-61.
6. Yoneyama T, Yoshida M, Ohru T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50:430-3.
7. Rabelo GD, Queiroz CIS, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010;55(2):67-7.
8. Assis C. Atendimento odontológico nas UTI's. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(1):72-5.
9. Godoi et al. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2009;38(2):105-9.
10. Cillo JE. The development of hospital dentistry in America: the first one hundred years (1850-1950). *J Dent*. 1996;44:105-9.
11. Araújo RJG, Vinagre NL, Montoril J, Sampaio S. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. *Acta Sci Health Sci*. 2009;31(2):153-7.
12. Silva GEMS, et al. Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos? Uma análise do cenário dos últimos anos. *Rev Fac Odontol Porto Alegre*. 2020;61(1)

13. Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(1):38-44.
14. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 7 de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 21 de agosto de 2006.
15. Conselho Federal de Odontologia. Resolução nº CFO-162 de 09 de novembro de 2015. Conceitua a odontologia hospitalar e define a atuação do cirurgião-dentista habilitado a exercê-la. *Diário Oficial da União*. 6 de novembro de 2015.
16. Abidia RF. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract*. 2007;8(1):76-82.
17. Sannapieco FA. Relação entre doença periodontal e doenças respiratórias. In: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL, et al., eds. *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos; 2002. p. 83-9.
18. Willis PJ. The role of Dentistry in the hospital. *J Am Dent Soc Anesthesiol*. 1965;12(1):40-4.
19. Lindhe J. *Tratado de periodontia clínica e implantodontia oral*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
20. Santos PSS, Mello WR, Wakim RCS, et al. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;20(2):154-9.
21. Pasetti LA, Carneiro Leão MT, Araki LT, et al. Odontologia Hospitalar: A importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva. *Rev Odontol (ATO)*. 2013;13(4):211-26.
22. Kite K, Pearson L. A rationale for mouth care: the integration of theory with practice. *Intensive Crit Care Nurs*. 1995;11(2):71-6.
23. Berry AM, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(6):318-28.
24. Doro GM, Fialho LM, Losekann M, Pfeiff DN. Projeto “Odontologia Hospitalar”: Aperfeiçoamento do conhecimento técnico necessário em situações de risco à vida do

- paciente e levantamento das condições de saúde bucal de pacientes hospitalizados. *Rev ABENO*. 2006;6(1):49-53.
25. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, et al. Qual a importância da odontologia hospitalar? *Rev Bras Odontol*. 2012;69(1):90-3.
 26. Koeman M, Van der Ven AJ, Hak E, et al. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:1348-55.
 27. De Souza ELB, Lopes JCA, Júnior AAG, et al. A doença periodontal como fator de risco para doenças cardiovasculares. *Int J Dent*. 2006;1(2).
 28. Oliveira LCBS, Carneiro PPM, Fischer RG, Tinoco EMB. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2007;19(4):428-33.
 29. Lindhe J, Karring T, Lang NP. *Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 80-104.
 30. Rose LE, Genco RJ, Mealy BL. *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos; 2002. p. 83-97.
 31. Scannapieco FA, Rossa Júnior C. Doenças periodontais versus doenças respiratórias. In: Brunetti MC, ed. *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC; 2004. p. 391-409.
 32. Saldanha KFD, et al. Doença periodontal e doenças cardiovasculares: revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2015;4(1):31-6.
 33. Raghavendran K, Mylotte JM, Scannapieco FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia, and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol* 2000. 44:164-77.
 34. Pinheiro PG, Salani R, Aguiar ASW, Pereira SLS. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. *Periodontia*. 2007;17(3):67-72.
 35. Scannapieco FA, Rethman MP. The relationship between periodontal diseases and respiratory diseases. *Dent Today*. 2003;22(8):79-83.
 36. Pace MA, Watanabe E, Facceto MP, Andrade D. *Staphylococcus* spp. na saliva de pacientes com intubação orotraqueal. *Rev Panam Infectol*. 2008;10(2):8-12.

37. Fernandes A, Fernandes MAV, Ribeiro NF. Infecções hospitalares e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000.
38. Lotufo RFM, Pannuti CM. Efeitos diretos dos patógenos bucais nas condições sistêmicas. In: Brunetti MC, ed. Periodontia Médica. São Paulo: SENAC; 2004. p. 42-57.
39. Safdar N, Crnich CJ, Maki DG. The pathogenesis of ventilator-associated pneumonia: its relevance to developing effective strategies of prevention. *Respir Care*. 2005;50(6):725-41.
40. Lima DC, Saliba NA, Garbin AJ, et al. The importance of oral health in the view of inpatients. *Cien Saude Colet*. 2011;16(Suppl 1):1173-80.
41. Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J Bras Pneumol*. 2009;35(11):1116-24.
42. Brasil. Câmara dos Deputados – Congresso Nacional. Projeto de Lei n.º 2.776-A, 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI [Internet]. Brasília DF; 2012 [acesso em 15 out 2012]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>.
43. Santos PS, Mello WR, Walkin RC, Paschoal MA. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. *RBTI*. 2008;20:154-9.
44. Niederman MS, Craven DE, Bonten MJ, Chastre J, Craig WA, Fagon JY, et al. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171:388–416.
45. Segers P, Speekenbrink RG, Ubbink DT, van Ogtrop ML, de Mol BA. Prevention of nosocomial infection in cardiac surgery by decontamination of the nasopharynx and oropharynx with chlorhexidine gluconate: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006;296:2460–6.
46. Fitch JA, Munro CL, Glass CA, Pellegrini JM. Oral care in the adult intensive care unit. *Am J Crit Care*. 1999;8:314–8.
47. Curley MAQ, Schwalenstocker E, Deshpande JK, Ganser CC, Bertoch D, Brandon J, et al. Tailoring the Institute for Health Care Improvement 100,000 Lives campaign to pediatric settings: the example of ventilator-associated pneumonia. *Pediatr Clin*

- North Am [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 7];53(6):1231–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2006.09.001>.
48. Pássaro L, Harbarth S, Landelle C. Prevention of hospital-acquired pneumonia in non-ventilated adult patients: a narrative review. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2016;5:43.
 49. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care settings. [Incomplete citation, needs completion.]
 50. Ellepola ANB, Joseph BK, Khan ZU. Cell surface hydrophobicity of oral *Candida dubliniensis* isolates following limited exposure to sub-therapeutic concentrations of chlorhexidine gluconate. *Mycoses*. 2013;56(1):82–8. <https://doi.org/10.1111/j.1439-0507.2012.02203.x>.
 51. Ellepola ANB, Samaranayake LP. The effect of brief exposure to subtherapeutic concentrations of chlorhexidine gluconate on the germ tube formation of oral *Candida albicans* and its relationship to post-antifungal effect. *Oral Dis*. 2000;6(3):166–71. <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2000.tb00328.x>.
 52. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. *Ann Periodontol*. 2003;8(1):54–69. <https://doi.org/10.1902/annals.2003.8.1.54>.
 53. Silva SG, Nascimento ERP, Salles RK. Pneumonia associada à ventilação mecânica: discursos de profissionais acerca da prevenção. *Esc Anna Nery*. 2014;18(2):290–5.
 54. Hillier B, Wilson C, Chamberlain D. Preventing ventilator-associated pneumonia through oral care product selection and application method: a literature review. *AACN Adv Crit Care*. 2013;24(1):38–58. [Accessed 2024 Jan 10].
 55. Lorente L, Lecuona M, Jiménez A, Palmero S, Pastor E, Lafuente N, et al. Ventilator-associated pneumonia with or without toothbrushing: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2012;31(10):2621–9. <https://doi.org/10.1007/s10096-012-1605-y>.
 56. Chacko R, Rajan A, Lionel P, Thilagavathi M, Yadav B, Premkumar J. Oral decontamination techniques and ventilator-associated pneumonia. *Br J Nurs*. 2017;26:594–9. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.11.594>.

ANEXOS

ANEXO I - AVALIAÇÃO BUCAL, EXAME CLÍNICO EM PACIENTES INTERNADOS EM ÂMBITO HOSPITALAR NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA NO HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SANTOS

1.0 Identificação do Pesquisador:

Nome: Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio/Gustavo Duarte Mendes

1.1 Código do Paciente Participante: _____ (Letra maiúscula do primeiro e do último nome + data de nascimento).

2.0 História da doença atual:

Exame dentário de rotina () Emergência () Urgência ()

Queixa Principal: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Comorbidades: _____

Alergia a medicamento:

Isolamento: _____

Glasgow: _____

Ramsay: _____

Oxigênio (O2): _____

Ventilação Mecânica (VM): _____

Tipo de Dieta: _____

Elevação do Leito: _____

3.0 Medicções Utilizadas:

Data	Droga Administrada	Via de Administração	Dose (mg/dose)	Período (dias)

4.0 Sinais Vitais

Temperatura (T): _____

Saturação (SPO2): _____

Pressão Arterial (PA): _____

5.0 Exame Físico

5.1 Exame Físico Extra Oral

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Face Simétrica | <input type="checkbox"/> Edema Palpebral | <input type="checkbox"/> Ptose Palpebral |
| <input type="checkbox"/> Nariz e sela | <input type="checkbox"/> Palidez dos lábios | <input type="checkbox"/> Cianose de Lábios |
| <input type="checkbox"/> Lábio Ulcerado | <input type="checkbox"/> Herpes Labial | <input type="checkbox"/> Queilite |
| <input type="checkbox"/> Linfonodos | | |

5.2 Exame Físico Intra Bucal

Desdentado Superior ()

Desdentado Inferior ()

Dentes Presentes: _____

Dentes Cariados: _____

Extrações Indicadas: _____

- () Língua saburrosa
- () Língua Geográfica
- () Magrollossia
- () Doença Periodontal
- () Candidíase eritematosa
- () Candidíase Hiperplásica
- () Candidíase pseudomembranosa
- () Ulcerações
- () Herpes Simples
- () Leucoplasia pilosa
- () Sarcoma de Kaposi
- () Lesão de cárie
- () Indicações de exodontia
- () Hipoplasia de Esmalte
- () Manchas
- () Hiperplasia
- () Cálculo
- () Disfagia
- () Biofilme

ANEXO II – APROVAÇÃO DO CEP – UNIMES

UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS
- UNIMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM ÂMBITO HOSPITALAR NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA

Pesquisador: GUSTAVO DUARTE MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69348323.6.0000.5509

Instituição Proponente: Universidade Metropolitana de Santos - UNIMES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.043.104

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas no item "Apresentação do projeto" foram extraídas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2122484.pdf" de 04/05/2023.

" A Odontologia Hospitalar visa os cuidados da microbiota bucal em pacientes que exigem cuidados de equipes multidisciplinares de alta complexidade. A importância do cirurgião dentista atualmente é escassa, porém estudos demonstram que a condição bucal influencia na evolução do quadro dos pacientes internados. O objetivo deste estudo é realizar o levantamento epidemiológico em unidades de terapia intensiva na região de terapia intensiva na região portuária da baixada santista. Realizar levantamento epidemiológico de

procedimento odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da baixada santista. Este trabalho tratará de um estudo de análise descritiva, por meio dos prontuários e avaliações dos pacientes atendidos pela equipe de Odontologia Hospitalar no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP. Durante as consultas, serão coletadas informações referentes a saúde bucal e sobre a saúde geral sistêmica dos pacientes, nos quais serão realizadas consultas odontológicas, durante 6 meses. A população a ser estudada serão pacientes de todas as idades, gênero, raças internadas no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos, localizada na região portuária da Baixada Santista, localizada na cidade de Santos. Tendo em vista, o número de leitos da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Santos, prevê se aproximadamente uma amostra de 500 pacientes. Os resultados serão apresentados em tabelas e gráficos com seleção das frequências e percentuais de todas as

Endereço: Av Conselheiro Nébias 536

Bairro: Encruzilhada

CEP: 11.045-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-3400

Fax: (13)3226-3400

E-mail: fernanda.agnelli@unimes.br

variáveis. Será realizado teste Qui- quadrado de Pearson e teste de Fisher. O nível de significância de 5%.”

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas no item “Objetivo da Pesquisa” foram extraídas do documento “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2122484.pdf” de 04/05/2023.

“ Objetivo Primário:

Realizar levantamento epidemiológico de procedimento odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da baixada santista.

Objetivo Secundário:

Desenvolvimento de aplicativo móvel para procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar. Desenvolvimento de ficha clínica odontológica específica para acompanhamento de paciente com comprometimento sistêmico em ambiente hospitalar. “

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas no item “Avaliação dos riscos e benefícios” foram extraídas do documento “PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2122484.pdf” de 04/05/2023.

“ Riscos:

O paciente em UTI tem quadro clínico inerente a condição patológica instalada. Os riscos relacionados a realização da pesquisa estão relacionados a realização de exame clínico bucal, que são mínimos, tendo em vista o paciente se encontra monitorado pela equipe na Unidade de Terapia Intensiva. Ao ser realizado o exame clínico com uso de gaze pode ocorrer sangramento espontâneo pela manipulação do tecido que é dependente da condição de saúde bucal do paciente. Este risco sempre pode ser minimizado pela

dependente da condição de saúde bucal do paciente. Este risco sempre pode ser minimizado pela realização da aspiração do sangue, caso esta situação venha ocorrer, o que é extremamente raro. Cumpre salientar que estão pacientes estão constante monitoramento pela equipe médica do hospital.

O risco relacionado a quebra de sigilo dos dados dos participantes será minimizado com a não identificação destes pacientes em relatórios e publicações.

Benefícios:

Os participantes terão como benefício avaliação odontológica e a realização de procedimento odontológico de higienização oral com uso de clorexidina (0,12%). Este procedimento visa minimizar a ocorrência infecção sistêmica que frequentemente acometem pacientes em UTI. “

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de análise descritiva, por meio dos prontuários e avaliações dos pacientes

Endereço: Av Conselheiro Nébias 536

Bairro: Encruzilhada

CEP: 11.045-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3228-3400

Fax: (13)3226-3400

E-mail: fernanda.agnelli@unimes.br

UNIVERSIDADE
METROPOLITANA DE SANTOS
- UNIMES



Continuação do Parecer: 6.043.104

atendidos pela equipe de Odontologia Hospitalar no Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP.

Serão realizadas avaliações odontológicas em pacientes internados no Hospital.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória, como TCLE, TALE, folha de rosto, projeto e a indicação da instituição co-participante, foram corretamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O estudo atende às exigências das resoluções 466/12 e 510/16.

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2122484.pdf	04/05/2023 22:27:06		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	04/05/2023 22:25:47	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Outros	ficha_clinica.pdf	13/04/2023 20:29:55	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.pdf	13/04/2023 20:29:33	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	13/04/2023 20:29:25	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_levantamento_SCMS.pdf	13/04/2023 20:27:11	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av Conselheiro Nébias 536**Bairro:** Encruzilhada**CEP:** 11.045-002**UF:** SP**Município:** SANTOS**Telefone:** (13)3228-3400**Fax:** (13)3226-3400**E-mail:** fernanda.agnelli@unimes.br

ANEXO III - APROVAÇÃO DO CEP – SCMS

IRMANDADE SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SANTOS -
ISCMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM ÂMBITO HOSPITALAR NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA

Pesquisador: GUSTAVO DUARTE MENDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69348323.6.3001.0139

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.160.825

Apresentação do Projeto:

Trata-se de primeira versão de projeto de pesquisa, previamente avaliado pela Universidade Metropolitana de Santos.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar levantamento epidemiológico de procedimento odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da baixada santista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefício os pesquisadores aponta que os participantes terão avaliação odontológica e a realização de procedimento odontológico de higienização oral com uso de clorexidina (0,12%). Este procedimento visa minimizar a ocorrência infecção sistêmica que frequentemente acometem pacientes em UTI.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.160.825

Apresentação do Projeto:

Trata-se de primeira versão de projeto de pesquisa, previamente avaliado pela Universidade Metropolitana de Santos.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar levantamento epidemiológico de procedimento odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da baixada santista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefício os pesquisadores aponta que os participantes terão avaliação odontológica e a realização de procedimento odontológico de higienização oral com uso de clorexidina (0,12%). Este procedimento visa minimizar a ocorrência infecção sistêmica que frequentemente acometem pacientes em UTI.

Já os riscos estão relacionados à realização de exame clínico bucal, que são mínimos, tendo em vista o paciente se encontra monitorado pela equipe na Unidade de Terapia Intensiva. Ao ser realizado o exame clínico com uso de gaze pode ocorrer sangramento espontâneo pela manipulação do tecido que é dependente da condição de saúde bucal do paciente. Este risco sempre pode ser minimizado pela realização da aspiração do sangue, caso esta situação venha ocorrer, o que é extremamente raro. Cumpre salientar que estão pacientes estão constante

Endereço: AV. Doutor Claudio Luis da Costa, nº 50

Bairro: JABAQUARA

CEP: 11.075-900

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3202-0600

E-mail: cep@scsantos.com.br

IRMANDADE SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SANTOS -
ISCMS



Continuação do Parecer: 6.160.825

monitoramento pela equipe médica do hospital. O risco relacionado a quebra de sigilo dos dados dos participantes será minimizado com a não identificação destes pacientes em relatórios e publicações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está de acordo com as normas de pesquisa com seres humanos, bem descrito e detalhado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não foram encontradas pendências nos termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Solicitamos que sejam enviados pareceres sobre o andamento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2136286.pdf	20/06/2023 11:33:44		Aceito
Outros	carta_resposta_20062023.pdf	20/06/2023 11:32:49	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	20/06/2023 11:28:07	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE1.pdf	20/06/2023 11:27:44	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Outros	cartaresposta2352023.pdf	01/06/2023 11:19:42	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Outros	DECLARAODEA.pdf	01/06/2023 11:14:40	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Outros	SOLICITAO_DE_AUTORIZAO_DE_USO_DOS_DADOS.pdf	01/06/2023 11:13:33	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_PESQUISADOR.pdf	01/06/2023 11:10:23	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito

Endereço: AV. Doutor Claudio Luis da Costa, n° 50
Bairro: JABAQUARA CEP: 11.075-900
UF: SP Município: SANTOS
Telefone: (13)3202-0600 E-mail: cep@scsantos.com.br

IRMANDADE SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE SANTOS -
ISCMS



Continuação do Parecer: 6.160.825

Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	23/05/2023 07:07:38	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_Anuencia_Gustavo_Duarte.pdf	08/05/2023 16:44:17	Náthally Medeiros de Mattos dos Santos	Aceito
Outros	ficha_clinica.pdf	13/04/2023 20:29:55	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tale.pdf	13/04/2023 20:29:33	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	13/04/2023 20:29:25	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_levantamento_SCMS.pdf	13/04/2023 20:27:11	GUSTAVO DUARTE MENDES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 04 de Julho de 2023

Assinado por:
RUBENS PALMA FILHO
(Coordenador(a))

ANEXO IV – CARTA DE ANUÊNCIA



IRMANDADE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE SANTOS

A primeira Santa Casa fundada no Brasil
Avenida Dr. Claudio Luiz da Costa, 50 – Santos – SP – CEP: 11075-900
www.santacasadesantos.org.br
CNPJ: 58.198.524.0001-19 – Tel (13)3202-0600

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: *Levantamento epidemiológico de procedimentos odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da Baixada Santista*, com a coleta de dados no período de maio a outubro de 2023, sob responsabilidade do(s) pesquisador(es) orientador(es): Prof^º Dr. Gustavo Duarte Mendes e do(s) pesquisador(es): Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio. Com objetivo da pesquisa: *Realizar levantamento epidemiológico de procedimento odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da baixada santista*, após parecer consubstanciado aprovado pelo CEP ao qual foi designado e entregue impresso ao CEP-SCS.

Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada neste hospital, conforme embasamento às Normas da Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Brasília.

Atenciosamente,



Dr. Carlos Vinetou Ayres

CRM 63.948

Coordenador de Pesquisa/SCMS

Data: 26/04/23

Núcleo de Ensino e Pesquisa
nucleo.ensino@scsantos.com.br
(13) 3202-0600 (Ramal 1181)

ANEXO V - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E SISTÊMICA DE PACIENTES EM ÂMBITO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa. Sua participação é importante, porém, sua participação é voluntária. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O participante, _____, data de nascimento / / _____, RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando do projeto de pesquisa supracitado. O abaixo-assinado está ciente que:

A pesquisa intitulada: LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA está sob a responsabilidade dos pesquisadores Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio, Profa. Dra. Elaine Marcílio Santos, Prof. Dr. José Cássio de Almeida Magalhães, Prof. Dr. Keller Martini, Profa. Dra. Gabriela Traldi Zaffalon De Almeida Magalhaes, Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes.

O objetivo da pesquisa é realizar levantamento epidemiológico de procedimento odontológicos em âmbito hospitalar na região portuária da baixada santista.

Os seguintes dados de anamnese e ficha clínica geral serão coletados no seu prontuário do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP. Serão explicitamente avaliados: História da doença atual (Exame dentário de rotina, Emergência, Urgência); Queixa Principal; Diagnóstico Clínico; Comorbidades; Alergia a medicamento; Isolamento; Glasgow; Ramsay; Oxigênio (O2); Ventilação Mecânica (VM); Tipo de Dieta; Elevação do Leito; Medicações Utilizadas (data, Droga Administrada, Via de Administração, Dose (mg/dose), Período (dias)); Sinais Vitais (Temperatura (T), Saturação (SPO2), Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca); Exame Físico Extra Oral (Face Simétrica, Edema Palpebral, Ptose Palpebral, Nariz e sela, Palidez dos lábios, Cianose de Lábios, Lábio Ulcerado, Herpes Labial, Queilite, Linfonodos); Exame Físico Intra Bucal (Desdentado Superior, Desdentado Inferior,

Dentes Presentes, Dentes Cariados, Extrações Indicadas);Patologias de manifestação bucal (Língua saburrosa, Língua Geográfica, Magrolossia, GUNA, Candidíase eritematosa, Candidíase Hiperplásica, Ulcerações, Herpes Simples, Leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi, Cárie, Periodontite necrosante, Cálculo, Indicações de exodontia, Candidíase pseudomembranosa, Hipoplasia de Esmalte, Manchas, Gengivite eritematosa linear, Hiperplasia, Cálculo, Disfagia e Biofilme).

Você precisa ser paciente internado nas unidades de terapia intensiva do Hospital Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

POSSÍVEIS RISCOS e BENEFÍCIOS

Benefícios: Você terá como benefício avaliação odontológica e a realização de procedimento odontológico de higienização oral com uso de clorexidina (0,12%). Este procedimento visa minimizar a ocorrência infecção sistêmica que frequentemente acometem pacientes em UTI.

Riscos: O paciente em UTI tem quadro clínico inerente a condição patológica instalada. Os riscos relacionados a realização da pesquisa estão relacionados a realização de exame clínico bucal, que são mínimos, tendo em vista que o paciente se encontra monitorado pela equipe na Unidade de Terapia Intensiva. Ao ser realizado o exame clínico com uso de gaze pode ocorrer sangramento espontâneo pela manipulação do tecido que é dependente da condição de saúde bucal do paciente. Este risco sempre pode ser minimizado pela realização da aspiração do sangue, caso esta situação venha ocorrer, o que é extremamente raro. Cumpre salientar que estão pacientes estão constante monitoramento pela equipe médica do hospital.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar. Neste caso, você deve informar imediatamente sua decisão ao pesquisador ou a um membro de sua equipe, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir no seu atendimento médico no hospital.

Obteve todas as informações e esclarecimentos necessários para poder decidir conscientemente sobre a sua participação no referido ensaio clínico.

Independentemente de seu desejo e consentimento, sua participação na pesquisa poderá ser interrompida, em função a) da ocorrência de qualquer doença que, a critério médico ou odontológica, prejudique a continuação de sua participação no estudo; b) do não cumprimento

das normas estabelecidas; c) de qualquer outro motivo que, a critério médico ou odontológico, seja do interesse de seu próprio bem estar ou dos demais participantes; d) da suspensão da pesquisa como um todo.

Os pesquisadores o manterão informado, em tempo oportuno, sempre que houver alguma informação adicional que possa influenciar seu desejo de continuar participando no estudo e prestará qualquer tipo de esclarecimento em relação ao progresso da pesquisa, conforme sua solicitação.

A interrupção não causará prejuízo ao seu atendimento, acompanhamento, cuidado e tratamento pela equipe médica do hospital

Os registros que possam identificar sua identidade serão mantidos em sigilo, a não ser que haja obrigação legal de divulgação. Os pesquisadores não identificarão o participante por ocasião da publicação dos resultados obtidos.

Contudo, o(s) monitor(es) do estudo, médico(s), membros do Comitê de Ética e Pesquisa, ou autoridades do(s) órgão(s) governamentais envolvido(s) na fiscalização e acompanhamento do estudo terão direito de ter acesso aos registros originais de dados clínicos de sua pessoa, coletados durante a pesquisa, na extensão em que for permitido pela Lei e regulamentações aplicáveis, com o propósito de verificar os procedimentos e dados da pesquisa, sem, no entanto, violar a condição de que tais informações são confidenciais. Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você está também autorizando tal acesso, mesmo se você se retirar do estudo.

Em nenhum momento o participante será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. O participante não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa.

O participante internado é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pelo(a) paciente, poderá entrar em contato com Gustavo D. Mendes, e-mail: mendesgd@yahoo.com.br, contato telefônico (19) 981258856 / (13) 981119035.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES: Av. Gen. Francisco Glicério, 8 - Encruzilhada, Santos - SP, 11045-002, [Telefone](tel:(13)3228-3400): (13) 3228-3400.

Se você concorda com o exposto acima leia e assine o documento abaixo:

Eu declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, sobre o estudo, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas e reafirmo estar livre e espontaneamente decidindo participar do estudo.

Ao assinar este Termo de Consentimento, eu também estou certificando que toda a informação prestada é verdadeira e correta até onde é de conhecimento, e declaro estar recebendo uma cópia assinada deste documento.

Ao assinar este Termo de Consentimento está autorizando o acesso às minhas informações, conforme explicitado anteriormente.

Ao assinar este Termo de Consentimento eu não renunciei qualquer direito legal que eu venha a ter ao participar desta pesquisa.

Santos, de de 2023.

NOME DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	DATA	Assinatura
PESSOA QUE ESTÁ OBTENDO O TERMO DE CONSENTIMENTO	DATA	Assinatura

TESTEMUNHA (Somente necessário se o participante ou responsável legatário não souber ler)	DATA	Assinatura

***Todas as páginas devem ser rubricadas.**

ANEXO VI - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E SISTÊMICA DE PACIENTES EM ÂMBITO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Os pesquisadores e seu responsável legal auxiliarão você na leitura das informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O participante, _____, data de nascimento / / , RG nº _____ declara que é de livre e espontânea vontade que está participando do projeto de pesquisa acima. O abaixo-assinado está ciente que:

O nome da pesquisa é LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA está sob a responsabilidade dos pesquisadores Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio, Profa. Dra. Elaine Marcílio Santos, Prof. Dr. José Cássio de Almeida Magalhães, Prof. Dr. Keller Martini, Profa. Dra. Gabriela Traldi Zaffalon De Almeida Magalhaes, Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes.

O objetivo da pesquisa é realizar levantamento de dados da saúde da sua boca e geral no hospital onde você está em atendimento por médicos e dentistas.

Os seguintes dados de anamnese e ficha clínica geral serão coletados no seu prontuário do Hospital Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos – SP. Com relação aos dados abaixo solicitados, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Serão explicitamente avaliados: História da doença atual (Exame dentário de rotina, Emergência, Urgência); Queixa Principal; Diagnóstico Clínico; Comorbidades; Alergia a medicamento; Isolamento; Glasgow; Ramsay; Oxigênio (O2); Ventilação Mecânica (VM); Tipo de Dieta; Elevação do Leito; Medicações Utilizadas (data, Droga Administrada, Via de Administração, Dose (mg/dose), Período (dias)); Sinais Vitais (Temperatura (T), Saturação (SPO2), Pressão Arterial (PA), Frequência Cardíaca); Exame Físico Extra Oral (Face Simétrica,

Edema Palpebral, Ptose Palpebral, Nariz e sela, Palidez dos lábios, Cianose de Lábios, Lábio Ulcerado, Herpes Labial, Queilite, Linfonodos); Exame Físico Intra Bucal (Desdentado Superior, Desdentado Inferior, Dentes Presentes, Dentes Cariados, Extrações Indicadas); Patologias de manifestação bucal (Língua saburrosa, Língua Geográfica, Magrolossia, GUNA, Candidíase eritematosa, Candidíase Hiperplásica, Ulcerações, Herpes Simples, Leucoplasia pilosa, Sarcoma de Kaposi, Cárie, Periodontite necrosante, Cálculo, Indicações de exodontia, Candidíase pseudomembranosa, Hipoplasia de Esmalte, Manchas, Gengivite eritematosa linear, Hiperplasia, Cálculo, Disfagia, Biofilme).

Você precisa ser paciente internado nas unidades de terapia intensiva do Hospital Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

POSSÍVEIS RISCOS e BENEFÍCIOS

Benefícios: Você terá como benefício avaliação odontológica e a realização de higienização da boca com solução de bochecho (clorexidina (0,12%)). Este procedimento visa eliminar microrganismos da sua boca.

Riscos: O paciente em UTI tem quadro clínico inerente a condição patológica instalada. Os riscos relacionados a realização da pesquisa estão relacionados a realização de exame clínico bucal, que são mínimos, tendo em vista que o paciente se encontra monitorado pela equipe na Unidade de Terapia Intensiva. Ao ser realizado o exame clínico com uso de gaze pode ocorrer sangramento espontâneo pela manipulação do tecido que é dependente da condição de saúde bucal do paciente. Este risco sempre pode ser minimizado pela realização de aspiração do sangue, caso esta situação venha ocorrer, o que é extremamente raro. Cumpre salientar que estão pacientes estão constante monitoramento pela equipe médica do hospital. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir ou interromper a participação neste estudo no momento que desejar. Neste caso, você deve informar imediatamente sua decisão ao pesquisador ou a um membro de sua equipe, sem necessidade de qualquer explicação e sem que isto venha interferir no seu atendimento médico no hospital. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Obteve todas as informações e esclarecimentos necessários para poder decidir conscientemente sobre a sua participação no referido ensaio clínico. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Independentemente de seu desejo e consentimento, sua participação na pesquisa poderá ser interrompida, em função a) da ocorrência de qualquer doença que, a critério médico ou odontológica, prejudique a continuação de sua participação no estudo; b) do não cumprimento das normas estabelecidas; c) de qualquer outro motivo que, a critério médico ou odontológico, seja do interesse de seu próprio bem estar ou dos demais participantes; d) da suspensão da pesquisa como um todo, e solicitação do seu responsável legal. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Os pesquisadores o manterão informado, em tempo oportuno, sempre que houver alguma informação adicional que possa influenciar seu desejo de continuar participando no estudo e prestará qualquer tipo de esclarecimento em relação ao progresso da pesquisa, conforme sua solicitação. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

A interrupção não causará prejuízo ao seu atendimento, cuidado e tratamento pela equipe médica do hospital. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Os registros que possam identificar sua identidade serão mantidos em sigilo, a não ser que haja obrigação legal de divulgação. Os pesquisadores não identificarão o participante por ocasião da publicação dos resultados obtidos. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Contudo, o(s) monitor(es) do estudo, médico(s), membros do Comitê de Ética e Pesquisa, ou autoridades do(s) órgão(s) governamentais envolvido(s) na fiscalização e acompanhamento do estudo terão direito de ter acesso aos registros originais de dados clínicos de sua pessoa, coletados durante a pesquisa, na extensão em que for permitido pela Lei e regulamentações aplicáveis, com o propósito de verificar os procedimentos e dados da pesquisa, sem, no entanto, violar a condição de que tais informações são confidenciais. Ao assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, você está também autorizando tal acesso, mesmo se você

se retirar do estudo. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

Em nenhum momento o participante será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim sua identidade será preservada. O participante não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar da pesquisa. Com relação a estas informações, você pode tirar as dúvidas com seu responsável legal e/ou com a equipe de pesquisa.

O participante internado é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o(a) senhor(a), responsável legal pelo(a) paciente, poderá entrar em contato com Gustavo D. Mendes; e-mail: mendesgd@yahoo.com.br, contato telefônico (19) 981258856 / (13) 981119035.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Metropolitana de Santos – UNIMES: Av. Gen. Francisco Glicério, 8 - Encruzilhada, Santos - SP, 11045-002, [Telefone](tel:(13)3228-3400): (13) 3228-3400. Seu responsável pode auxiliar você neste contato.

Se você concorda com o exposto acima leia e assine o documento abaixo:

Eu declaro que li cuidadosamente todo este documento denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após, tive nova oportunidade de fazer perguntas sobre o conteúdo do mesmo, sobre o estudo, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas e reafirmo estar livre e espontaneamente decidindo participar do estudo.

Ao assinar este Termo de Consentimento, eu também estou certificando que toda a informação prestada é verdadeira e correta até onde é de conhecimento, e declaro estar recebendo uma cópia assinada deste documento.

Ao assinar este Termo de Consentimento está autorizando o acesso às minhas informações, conforme explicitado anteriormente.

Ao assinar este Termo de Consentimento eu não renunciei qualquer direito legal que eu venha a ter ao participar desta pesquisa.

Santos, de de 2023.

NOME DO PARTICIPANTE OU RESPONSÁVEL LEGAL	DATA	Assinatura
PESSOA QUE ESTÁ OBTENDO O TERMO DE CONSENTIMENTO	DATA	Assinatura
TESTEMUNHA (Somente necessário se o participante ou responsável legal não souber ler)	DATA	Assinatura

***Todas as páginas devem ser rubricadas.**

ANEXO VII - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DADOS E INFRAESTUTURA

Declaro que a discente Amanda Rodriguez Tato Gama Custódio, orientada pelo Prof. Dr. Gustavo Duarte Mendes, para o projeto intitulado de “LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DE CONDIÇÕES SE SAÚDE BUCAL E SISTÊMICA DE PACIENTES EM ÂMBITO HOSPITALAR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NA REGIÃO PORTUÁRIA DA BAIXADA SANTISTA” tem autorização para utilização dos espaços institucionais (UTI) do Hospital Irmandade da Santa Casa de Santos e acervo (fichas clínicas, exames etc.), e estes estão de acordo com os regulamentos institucionais de cada setor envolvido.

A pesquisadora deverá manter o sigilo de todos os participantes durante a coleta de dados e divulgação de resultados de acordo com as recomendações éticas das Resoluções 466/12 e 510/16.

Nome do responsável

Instituição

**ANEXO VIII - PROJETO DE LEI N.º 2.776-B, DE 2008 (Do Sr. Neilton Mulim),
regulamenta a prestação de serviços odontológicos em âmbito hospitalar, nas UTIs**

Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências; tendo pareceres da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação deste, e do de nº 363/11, apensado, com substitutivo (relatora: DEP. ERIKA KOKAY) e da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, pela constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa deste e do de nº 363/11, apensado, nos termos do substitutivo da Comissão de Seguridade Social e Família (relator: DEP. OSMAR SERRAGLIO).

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva.

Art. 2º Em todas as unidades de terapia intensiva, bem como em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente.

Parágrafo único. Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) o profissional será um cirurgião-dentista, e nas demais unidades profissionais de odontologia com qualificação para atuar nessa área.

Art. 3º O descumprimento desta lei implicará nas penalidades legais aplicáveis pelos órgãos e entidades de controle social dessas atividades.

Art. 4º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

ANEXO IX – PRODUTO – CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE HIGIENE BUCAL NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.





