



**PERFIL CLÍNICO-ODONTOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM
UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA**

**CLINICAL-DENTAL PROFILE OF PATIENTS TREATED IN A PEDIATRIC
INTENSIVE CARE UNIT**

José Eduardo Queiroz da SILVA
Centro Universitário (UNIESP)
E-mail: queirozjose744@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-6494-9925>

Cleo Decker ANACLETO
Centro Universitário (UNIESP)
E-mail: cleodecker@gmail.com
E-mail: cleo.anacleto@academico.ufpb.br
ORCID: <http://orcid.org/0009-0008-4721-4870>

Dielson Roque da COSTA
Centro Universitário (UNIESP)
E-mail: dielsoncosta123@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7796-333X>

Jordana Medeiros lira DECKER
Centro Universitário (UNIESP)
E-mail: Jordana_medeiros@hotmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0420-4313>

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são ambientes onde o monitoramento e os cuidados permanentes médicos e multidisciplinares são necessários para a melhora do estado geral do paciente. Devido escassez de dados na literatura relacionada ao atendimento odontológico em pacientes infanto-juvenis, que são submetidos à abordagem odontológica em uma unidade de terapia intensiva (UTI) de hospitais do sistema Único de saúde (SUS), essa pesquisa tem o objetivo relatar as manifestações bucais presentes nesses pacientes e a abordagem odontológica realizada. Trata-se de uma pesquisa observacional e transversal, através de resgates de prontuários, que analisa dados relacionados ao perfil clínico odontológico de 197 pacientes com idades 0 a 17 anos atendidos pela equipe odontológica da UTI pediátrica, no período de junho de 2017 a junho de 2018. Os dados analisados consistiram na idade, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico bucal, conduta odontológica, tipo de ventilação e nutrição. Houve

maior número de internações de pacientes do sexo masculino (54,3%). Em relação ao tipo de ventilação verificou-se que 43,1% encontravam-se em ventilação por ar ambiente, as maiores incidências de alterações bucais foram observadas em pacientes maiores de 10 anos. Constatou-se que pacientes infanto-juvenis internos em UTI podem apresentar manifestações bucais desde o momento da admissão, e a presença do Cirurgião-Dentista trata e previne essas alterações, melhorando a qualidade de vida dos pacientes internos e diminuindo o tempo de internação.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Equipe Hospitalar de Odontologia. Diagnóstico Bucal.

ABSTRACT

Intensive Care Units (ICUs) are environments where permanent medical and multidisciplinary monitoring and care are necessary for the improvement of the patient's general condition. Due to the scarcity of data in the literature related to dental care in children and adolescents who are submitted to the dental approach in an intensive care unit (ICU) of hospitals of the Unified Health System (SUS), this research aims to report the oral manifestations present in these patients and the dental approach performed. It is an observational and transversal survey, through medical records rescues, which analyzes data related to the dental clinical profile of 197 patients aged 0 to 17 years attended by the pediatric ICU dental team, from June 2017 to June 2018. The data analyzed consisted of age, gender, clinical diagnosis, oral diagnosis, dental conduct, type of ventilation and nutrition. There was a higher number of male patients admitted (54.3%). Regarding the type of ventilation it was found that 43.1% were under room air ventilation, the highest incidences of oral alterations were observed in patients over 10 years old. It was found that children and youth patients in ICU may present oral manifestations from the moment of admission, and the presence of the Dental Surgeon treats and prevents these alterations, improving the quality of life of the intern patients and reducing the length of stay.

Keywords: Intensive Care Units. Pneumonia Associated to Mechanical Ventilation. Hospital Dentistry Team. Oral Diagnosis.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da odontologia hospitalar (OH) na América, teve início na metade do sec. XIX, sendo imprescindível uma grande dedicação para que essa especialidade fosse reconhecida e no ano 2004, com a formação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), que a OH foi empregada no Brasil. A odontologia ganhou espaço na equipe multidisciplinar hospitalar, devido a estudos epidemiológicos, que comprovaram a correlação entre a saúde sistêmica e a saúde bucal, havendo iniciativas legislativas no sentido de concretizar a inserção do cirurgião dentista nas unidades de terapia intensiva como padrão obrigatório, como exemplo do projeto de lei 2776/2018” que exige a presença do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e equipes multiprofissionais hospitalares, diminuindo o tempo de internação dos pacientes e o risco de infecção (Meira, Oliveira, Ramos, 2010; Moraes, Silva, Souza, 2010; Godoi, 2009; Aranega et al, 2012).

A OH, recentemente tornou-se uma especialidade no Conselho Federal de Odontologia (CFO) (SILVA, 2018). De acordo com o Código de Ética Odontológico (2003, p.7), mais especificamente no capítulo IX, artigos 18 e 19 como aptidão do:

Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. Constitui infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia.

O cirurgião-dentista, em âmbito hospitalar, realiza procedimentos que não podem ser executados em consultórios odontológicos, auxiliando também, no manejo de pacientes que apresentam enfermidades sistêmicas (ROBILI, SIQUEIRA, CONTO, 2016; GAETTI, 2013). A odontologia hospitalar visa o indivíduo na sua totalidade, o foco vai além da cavidade bucal, já que microrganismos existentes nela, entram na corrente circulatória com facilidade, trazendo risco de enfermidades ao paciente. Nota-se que a maioria da população não tem conhecimento sobre o assunto, muito menos sobre os procedimentos executados (Ec, 2005).

Pacientes que apresentam algum problema de saúde, que coloque em risco a vida, sejam essas morbidades de origem aguda ou crônica, são internos em UTI, para que haja o acompanhamento das funções respiratórias e dos órgãos. (Elangovan et al, 2011;

Gomes, Esteves, 2012). A saúde bucal e a sistêmica funcionam como uma via de mão dupla, pacientes comprometidos sistemicamente podem ter o estado agravado devido a infecções bucais, e doenças sistêmicas causam alterações na boca, prejudicando a vida do paciente (Barros, 2014).

A união de variáveis especialidades garante um tratamento adequado ao paciente, tendo em vista a troca de experiência para intervenções de qualidade. Com o aumento do atendimento integral, a odontologia mostra um papel importante na pretensão pela saúde geral do indivíduo, durante anos a participação do cirurgião-dentista no hospital resumiu-se a cirurgia bucomaxilofacial, atualmente a OH influencia diretamente na recuperação do paciente. (Meira, Oliveira, Ramos, 2010; Silva, 2018).

Pessoas hospitalizadas estão propícias a um conjunto de fatores que cooperam desfavoravelmente para sua saúde oral, além de serem mais vulneráveis à infecção (Lamha, Costa, 2012). Muitas vezes, encontram-se inabilitados de preservar uma adequada higienização, necessitam da equipe de saúde, para esta e outras tarefas visando o auxílio integral e humanizado ao enfermo (Azarpazhooh, Leake, 2006; Sanitária, 2017).

A higiene oral inapropriada, altera o biofilme que se torna mais patogênico, sendo nas UTIs a função do técnico de enfermagem realizar a limpeza bucal, mas na maioria das vezes não é o que acontece, tornando a presença da odontologia necessária nesse ambiente, por intervenções e supervisões; orientando uma higiene adequada, removendo focos de infecção, prevenindo patologias, que consequentemente diminuem o tempo de internação e os gastos (Silva, 2018).

A OH desempenha um papel fundamental nas alterações bucais de pacientes hospitalizados, através de uma equipe multidisciplinar, assegurando um tratamento integral ao indivíduo (De Aguiar et al, 2010; De Almeida et al, 2014; Miranda, 2017). Desse modo, o cirurgião-dentista deve executar um minucioso exame clínico, realizando procedimentos paliativos e tratando lesões, para evitar que o tratamento médico seja interrompido e uma recuperação mais rápida do indivíduo (Lamha, Costa, 2012; Barbier, 2013).

As crianças apresentam um sistema imunológico mais frágil, devido as constantes mudanças e desenvolvimento do mesmo e o fato de estarem a beira-leito contribui negativamente para a saúde na cavidade bucal (Da Silva, 2009) onde apresenta um nicho

de microrganismos patológicos, influenciando diretamente na condição sistêmica, resultando em um agravante durante a internação (Blevins, 2013). Alterações extremas na alimentação e nos horários das refeições, ingestão de medicações diariamente e de uso rotineiro, o cansaço mental e físico ocasionado pela internação, o mal-estar causado pela enfermidade e a estada em um âmbito distinto do costumeiro, são motivos que podem repercutir de forma negativa para a condição bucal (Blevins, 2013; Rodrigues et al, 2011; Aranega, 2012). Estudos comprovam que o período de internação do paciente é aumentado pela quantidade de biofilme encontrado, atuando como foco de dispersão de microrganismos, que compromete o paciente sistemicamente (Morais et al, 2006).

O biofilme bucal influencia diretamente o tratamento médico, devido à malignidade dos microrganismos, são majorados pela necrose pulpar, lesões na mucosa, doença periodontal, focos de infecção, traumas e lesões de cárie. O dentista atua nos diagnósticos de doenças bucais, diferenciando lesões causadas por infecções virais, fúngicas ou sistêmicas, que podem comprometer a saúde geral do paciente. No âmbito hospitalar a odontologia contribui diretamente na intervenção médica, por meio da adequação do meio bucal. (Silva,2018).

É de fundamental importância, que os enfermos tenham atenção diferenciada e individualizada, pois a condição geral age como um complicador para o estado bucal e um agravante da inserção de práticas de higiene correta (Veríssimo, Azevedo, Rêgo, 2013). Dessa forma, uma criança da qual o organismo está fraco, poderá ter sua saúde piorada através do surgimento de diferentes doenças, além daquela encarregada pela hospitalização, que podem causar tempo mais longo de tratamento e risco de óbito (Da Silva, 2009; Ximenes, Aragão, Colares, 2008).

Pacientes infanto-juvenis também apresentam alto risco para o desenvolvimento das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), que são mais encontradas nas UTIs, pelo seu mecanismo fisiológico de defesa, podendo ser comprometido mais facilmente pela doença, por procedimentos invasivos e pela terapêutica (Society, America, 2005). Dentre estes, a instituição de ventilação mecânica (VM) invasiva (De Luca, 2019; Mendonça, 2009).

A pneumonia associada a ventilação (PAV) é uma comorbidade associada a pacientes em ambiente hospitalar quando esses são associados ao uso de ventilação mecânica; é considerada uma das principais infecções de origem hospitalar. As

condições para diagnóstico dessa pneumonia são bastante difíceis, porque as diretrizes para o diagnóstico são medidas subjetivas e inespecíficas (Kobayashi, 2017).

As condições de risco para PAV são diversas, variam de acordo com o hospital, padrão de UTI e população analisada. Há uma necessidade de fiscalização específica definitiva e ações inerentes para cuidado e manejo desses acontecimentos divergentes. Um método que vem sendo empregado com êxito, com intuito de prevenir a PAV, diz respeito a protocolos dentro dos hospitais, que sejam relacionados às UTIs, utilizados de maneira multidisciplinar e pelo controle de infecção hospitalar. Os cuidados bucais quando são feitos corretamente levando a uma diminuição para o risco de PAV (De Luca, 2019).

A odontologia hospitalar ainda enfrenta grande preconceito tanto por outros profissionais da área da saúde como por pacientes. Muitas pessoas não sabem a importância da OH, por isso a especialidade ainda não é tão valorizada, dificultando o atendimento multidisciplinar ao paciente (Godoi et al., 2009 Mattevi et al, 2011). A nível de graduação no país, esse tema é pouco discutido, sendo mais explorado na especialização (Aranega, 2012). O centro universitário UNIESP é a única faculdade na cidade João Pessoa, situada no estado da Paraíba, que tem disciplina Odontologia Hospitalar na matriz curricular do curso de graduação, com aulas teóricas e estágios (Uniesp, 2020).

Existem poucos trabalhos que envolvam pacientes infanto-juvenis, que foram submetidos a uma abordagem odontológica em ambiente hospitalar, necessariamente em UTIs (Rodrigues et al, 2011, Miñana, 2011; De Melo, 2017). A averiguação prévia de danos à saúde bucal e a avaliação desses problemas é importante, pois serve como contribuição para implantação de novas políticas de saúde pública e para ajustar programas já existentes. Entretanto, nota-se que a odontologia, até esse momento, possui muitos empecilhos a vencer no âmbito hospitalar (Mattevi, 2011; Veríssimo, Azevedo, Rêgo, 2013).

Devido à escassez de dados na literatura, envolvendo pacientes infanto-juvenis submetidos ao tratamento odontológico em unidade de terapia intensiva (UTI), esta pesquisa tem o enfoque de avaliar as condições de saúde bucal de crianças e adolescentes hospitalizados, com influência nas diversas variáveis que esses pacientes

estão expostos, assim, como, a importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Definir perfil dos pacientes atendidos pela equipe de odontologia em uma unidade de terapia intensiva.

Objetivos Específicos

- Correlacionar diagnóstico clínico médico do paciente com diagnóstico oral;
- Avaliar a faixa etária do paciente atendido correlacionando com possíveis alterações bucais;
- Correlacionar o diagnóstico odontológico e o tipo de ventilação.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, com coleta prospectiva de dados, através de resgate de prontuários, onde foram selecionados pacientes atendidos pela equipe de odontologia intensivista, submetidos a exame clínico a beira leito, para descrever as lesões bucais, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIESP, sob parecer nº 3.914.531. Foram observados os aspectos éticos preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil. O local da pesquisa foi a UTI Pediátrica do hospital infantil Arlinda Marques, na cidade de João Pessoa-PB.

O banco de dados foi constituído de uma planilha do Excel (Microsoft, 2013), na qual foram agrupadas as informações de pacientes observados na UTI do Hospital Infantil Arlinda Marques composta por 197 pacientes de 0 a 17 anos, atendidos e acompanhados pelo serviço de Odontologia da UTI pediátrica no período de junho 2017 a junho 2018.

Para a execução das análises estatísticas foi utilizado o programa R-Studio (R Studio, 2020). Os dados coletados foram analisados de forma descritiva e exploratória, apresentados os dados absolutos (frequências) e relativos (percentuais), medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio-padrão), tabelas de contingência,

distribuição de frequência e gráficos, consistindo em idade, sexo, diagnóstico clínico, diagnóstico bucal, conduta odontológica, ventilação e nutrição. Considerando a grande dispersão dos dados relativos a idade, após a análise descritiva da variável, na qual foram extraídas as medianas e os quartis de 25% e 75%, a variável foi ajustada por faixas etárias, de modo a facilitar as correlações estatísticas com as demais variáveis. Na sequência, foram observadas e excluídas duplicidades de registros, foi promovido o agrupamento de diagnósticos clínicos e bucais de mesma natureza, mas com registros diversos na coleta.

Foram incluídos todos os pacientes cujos prontuários estavam devidamente preenchidos na totalidade, e aqueles cujos prontuários não continham informações completas, rasurados e que não apresentaram evolução por parte do (a) Cirurgião (ã) Dentista foram excluídos.

RESULTADOS

Amostra de 197 pacientes atendidos em Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Infantil Arlinda Marques.

Foram coletados dados de 107 meninos (54,3%) e 90 meninas (45,7%), com mediana de idade de 2 anos para ambos os sexos e percentis 25% e 75% de respectivamente 0,91 e 6,50 anos (Tabela 1). Por faixa etária, identifica-se prevalência nas idades mais tenras, até 3 anos, com 60,4% dos pacientes (Tabela 1).

Tabela 1: Mediana e faixa etária por gênero de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

GÊNERO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
Características			
Frequência	107	90	197
Porcentagem	54,3	45,7	100,0
Mediana	2,00	2,00	2,00
Idade			
Abaixo de 1 ano	26,2%	27,8%	26,9%
1 a 3 anos	37,4%	28,9%	33,5%
3 a 5 anos	7,5%	13,3%	10,2%
5 a 10 anos	15,9%	13,3%	14,7%
Acima de 10 anos	13,1%	16,7%	14,7%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Autoria própria, 2020.

Dos pacientes observados, verificou-se que 43,1% encontravam-se em ventilação por Ar ambiente, sendo que os pacientes abaixo de um ano a Ventilação Mecânica Induzida por Tubo Orotraqueal (VMI TOT) foi a prevalente com 41,5% dos casos (Tabela 2).

Tabela 2: Tipo de ventilação por faixa etária de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

Faixa Etária	TIPO DE VENTILAÇÃO				Total
	Ar ambiente	Venturi	VMI TOT	VMI TQT	
Abaixo de 1 ano	30,2%	15,1%	41,5%	13,2%	100,0%
1 a 3 anos	42,4%	13,6%	27,3%	16,7%	100,0%
3 a 5 anos	60,0%	5,0%	10,0%	25,0%	100,0%
5 a 10 anos Acima de 10 anos	41,4%	17,2%	27,6%	13,8%	100,0%
	58,6%	20,7%	13,8%	6,9%	100,0%
TOTAL	43,1%	14,7%	27,4%	14,7%	100,0%

Fonte: Autoria própria, 2020.

Diagnóstico Bucal, Condutas Odontológicas e Fatores associativos

O objetivo dessa seção é investigar as inter-relações existentes entre as variáveis estudadas. Para isso, resolveu-se empregar o teste de associação de Qui-quadrado com o intuito de medir e encontrar relacionamentos significativos. Dessa forma, foram promovidos testes estatísticos de significância (p -valor menor ou igual a 0,05) entre as variáveis de Diagnóstico Bucal e Conduta Odontológica com as variáveis: Sexo, Faixa Etária, Diagnóstico Clínico, Tipo de Ventilação e Nutrição.

Obteve relevância estatística de associação entre Diagnóstico Bucal por Faixa Etária – p -valor = 0,001 – na qual maiores incidências de alterações bucais em pacientes com mais de 10 anos, tendo apenas 3,4% desses sem alteração, revelando incidências de Biofilme Lingual (17,2%), Candidose (10,3%) e Lesão de Cárie (13,8%) mais representativas do que nas outras faixas etárias (Tabela 3).

Tabela 3: diagnóstico Bucal por Faixa Etária de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

Diagnóstico Bucal	FAIXA ETÁRIA					Total
	Abaixo de 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 10 anos	Acima de 10 anos	
Biofilme Lingual	7,5%	7,6%	5,0%		17,2%	7,6%
Candidose	1,9%	4,5%		6,9%	10,3%	4,6%
Gengivite	5,7%	4,5%	20,0%		17,2%	7,6%
Hipossalivação	7,5%	3,0%				3,0%
Lesão de Cárie		1,5%	5,0%	3,4%	13,8%	3,6%
Ressecamento Labial	37,7%	28,8%	35,0%	37,9%	17,2%	31,5%
Sem Alteração	28,3%	30,3%	10,0%	20,7%	3,4%	22,3%
Úlcera Traumática	1,9%	7,6%	20,0%	6,9%	6,9%	7,1%
Outros	9,4%	12,1%	5,0%	24,1%	13,8%	12,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Qui-quadrado de Pearson (p-valor)						0,001

Fonte: Autoria própria, 2020.

Houve relevante associação estatística também entre as variáveis de Diagnóstico Bucal por Ventilação – p-valor = 0,048, onde se observou que pacientes em ventilação por ar ambiente foram os que tinham menor incidência de alterações bucais (28,2%), inclusive não tendo casos de Hipossalivação. No que lhe concerne, os pacientes sob Ventilação Mecânica Invasiva por Traqueostomia (VMI TQT) tiveram as maiores incidências de Ressecamento Labial e Úlcera Traumática com 37,9% e 20,7%, respectivamente (Tabela 7).

Tabela 4: Diagnóstico bucal por ventilação de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

Diagnóstico Bucal	TIPO DE VENTILAÇÃO				Total
	Ar ambiente	Venturi	VMI TOT	VMI TQT	
Biofilme Lingual	9,4%	10,3%	3,7%	6,9%	7,6%
Candidose	4,7%	6,9%	5,6%		4,6%
Gengivite	11,8%	6,9%	1,9%	6,9%	7,6%
Hipossalivação		6,9%	5,6%	3,4%	3,0%
Lesão de Cárie	3,5%	3,4%	5,6%		3,6%
Ressecamento Labial	29,4%	24,1%	35,2%	37,9%	31,5%
Sem Alteração	28,2%	13,8%	22,2%	13,8%	22,3%
Úlcera Traumática	3,5%		9,3%	20,7%	7,1%
Outros	9,4%	27,6%	11,1%	10,3%	12,7%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Autoria própria, 2020.

A respeito das associações estatísticas com a Conduta Odontológica observou-se relevância com a Faixa Etária dos pacientes e os Diagnósticos Clínico e Bucal.

Verificou-se que os pacientes com idade superior a 10 anos foram os que necessitaram de condutas odontológicas específicas (Tabela 8), Exodontia (6,9%), prescrição de medicação (13,8%), Raspagem Supragengival (13,8%) e Remoção de aparelho (3,4%), considerando, inclusive, a prevalência dos Diagnósticos Bucais observados na Tabela 6 para essa Faixa Etária (Tabela 8).

Tabela 5: Conduta Odontológica por Faixa Etária de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

Conduta Odontológica	IDADE					Total
	Abaixo de 1 ano	1 a 3 anos	3 a 5 anos	5 a 10 anos	Acima de 10 anos	
Exame clínico/Aplicação Laser	5,7%	6,1%	20,0%	6,9%		6,6%
Exame clínico/Exodontia			5,0%		6,9%	1,5%
Exame clínico/Prescrição de medicação	1,9%	6,1%		10,3%	13,8%	6,1%
Higienização bucal/Hidratação labial	92,5%	87,9%	75,0%	82,8%	62,1%	83,2%
Higienização bucal/Raspagem supragengival					13,8%	2,0%
Remoção do aparelho					3,4%	0,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Qui-quadrado de Pearson (p-valor)	0,000					

Fonte: Autoria própria, 2020.

Sobre os diagnósticos clínicos, os pacientes que apresentaram sepse envolveram a conduta odontológica de Exame Clínico e Aplicação de Laser em 20% dos casos. Nos casos clínicos de Endocardite, não houve Hidratação Labial, mas outras condutas odontológicas como Exodontia (20%), Prescrição de Medicação (40%) e Raspagem Supragengival (40%) (Tabela 9).

Por fim, a correlação entre Conduta Odontológica e Diagnóstico Bucal observou-se que para todos os casos de Hipossalivação houve a conduta odontológica de Higienização bucal/Hidratação labial. Da mesma forma, nos casos de Candidose houve sempre Prescrição de Medicação. Os casos observados com Úlcera Traumática foram, em sua maioria, 57,1%, tratados com Exame clínico/Aplicação Laser (Tabela 10).

Tabela 6: Conduta Odontológica por Diagnóstico Clínico de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

	DIAGNÓSTICO CLÍNICO										Total
	Outros	Atresia do Esôfago	Cardiopatias Congênitas	Endocardite	Hidrocefalia	IRA	Neuropatia	Pneumonia	Pós-operatório	Sepsis	
Exame clínico/Aplicação Laser	9,0%					5,9%	7,7%	2,5%	7,1%	20,0%	6,6%
Exame clínico/Exodontia	1,5%			20,0%				2,5%			1,5%
Exame clínico/Prescrição de medicação	3,0%			40,0%		11,8%			17,9%	10,0%	6,1%
Higienização bucal/Hidratação labial	83,6%	100,0%	100,0%		100,0%	82,4%	92,3%	95,0%	71,4%	70,0%	83,2%

Fonte: Autoria própria, 2020.

Tabela 7: Conduta Odontológica por Diagnóstico Bucal de 197 pacientes da UTI Pediátrica do Hospital Infantil Arlinda Marques. João Pessoa-PB. Junho de 2017 a junho de 2018.

DIAGNÓSTICO BUCAL										
	Biofilme Lingual	Candidose	Gengivite	Hipossalivação	Lesão de Cárie	Outros	Ressecamento Labial	Sem Alteração	Úlcera Traumática	Total
Exame clínico/Aplicação Laser	6,7%				14,3%	12,0%			57,1%	6,6%
Exame clínico/Exodontia	6,7%		6,7%		14,3%					1,5%
Exame clínico/Prescrição de medicação		100,0%				4,0%			14,3%	6,1%
Higienização bucal/Hidratação labial	80,0%		86,7%	100,0%	57,1%	84,0%	98,4%	100,0%	21,4%	83,2%
Higienização bucal/Raspagem supragengival	6,7%		6,7%		14,3%		1,6%			2,0%
Remoção do aparelho									7,1%	0,5%

TOTAL	100,0 %	100, 0%	100,0 %	100,0%	100,0 %	10 0,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100, 0%
--------------	------------	------------	------------	--------	------------	----------------	------------	------------	------------	------------

DISCUSSÕES

Este estudo mostrou que é imprescindível a presença do cirurgião-dentista na UTI pediátrica, visto que, crianças internas neste ambiente apresentam lesões e/ou manifestações no meio bucal, ratificando a importância da assistência odontológica para melhora na saúde sistêmica do paciente (Hadda et al, 2018).

No hospital onde foi realizada a pesquisa, existe uma equipe odontológica atuando em vários setores, incluindo a UTI pediátrica; por conseguinte, salienta-se desde o período de assentimento na UTI, as crianças foram avaliadas e receberam diagnóstico bucal por faixa etária.

Observou-se que houve incidência de hipossalivação apenas em pacientes com idades inferiores a 3 anos, e a causa está associada a fatores, como: medicação, diagnóstico clínico e tipo de ventilação, um desses pacientes era cardiopata, outro com doença neurológica e os demais faziam uso de ventilação mecânica, que foi justamente o que ocasionou a hipossalivação (Silva et al, 2016).

A unidade de terapia intensiva pediátrica em questão, incorpora a higiene bucal ao seu trabalho diário e é realizada por uma equipe de técnicos de enfermagem e algumas vezes pela equipe de fisioterapia, quando o paciente faz uso da ventilação mecânica, sob supervisão de um Cirurgião-Dentista corroborando com a rotina de outras UTI's (Nogueira, 2016). Os pacientes foram acompanhados diariamente pela equipe odontológica, com o intuito de controlar o biofilme bucal, e de diagnosticar e tratar lesões na cavidade bucal, indo de encontro com o perfil das Uti's brasileiras, Duarte et al. (2018) ressalta que além dos técnicos de enfermagem, o TSB (Técnico em Saúde Bucal) pode ser inserido na UTI, atuando na prevenção de doenças e promoção de saúde, proporcionando atendimento odontológico de qualidade, melhorando a saúde bucal e sistêmica dos internos.

Em relação à correlação estatística com o perfil bucal e odontológico, foram relacionadas correlações da idade do paciente e o diagnóstico clínico e oral. Verificou-se que a incidência de alterações bucais em pacientes com mais de 10 anos foi maior, dos quais apenas 3,4% permaneceram inalterados, apresentando biofilme lingual em 17,2%

dos casos, candidose e lesão de cárie dentária; esses pacientes foram aqueles que necessitaram de intervenções odontológicas, como: exodontia, prescrição medicamentosa, raspagem supragengival e remoção do aparelho ortodôntico. Indo de encontro com o estudo de Araújo Alencar et al. (2020) onde a maioria dos pacientes apresentaram biofilme lingual nos dentes posteriores, o que pode ser explicado por fatores associados a intubação, dificultando a higienização, principalmente em região posterior.

A incidência de candidose oral encontrada foi de 4,6% entre os pacientes avaliados, que corrobora com a literatura na pesquisa de Tinoco-Araujo et al. (2013), onde se listam as seguintes causas para a incidência da candidose: o tempo prolongado de internação, a exposição com fatores ambientais e o uso prolongado de antibióticos.

As alterações sistêmicas apresentadas pelos pacientes hospitalizados foram relacionadas ao tratamento medicamentoso intensivo e de longa duração, o que reduziu a imunidade do paciente e levou a uma instabilidade da microbiota bucal, favorecendo a ocorrência de infecções oportunistas.

Na nossa pesquisa, todos os pacientes com candidose foram tratados com medicação antifúngica, sendo o tratamento iniciado precocemente, levando a uma melhora da resposta, concordando com as pesquisas de Siqueira (2015) e Barbosa, Faria, (2014) dos quais utilizam a nistatina, pois é isenta de efeitos colaterais ponderosos, apresentando grande eficácia durante o tratamento, porém quando paciente está em estado grave, pode-se fazer o uso do tratamento intravenoso, com outras medicações. Esses fármacos podem ser poliênicos, através de suspensão oral, comprimidos e pastilhas, ou derivados do azólicos, em forma de cremes, pomadas, soluções, preparações orais e endovenosa.

Os pacientes traqueostomizados de nossa pesquisa eram em sua grande maioria sindrômicos, ou com alterações neurológicas graves, que apresentaram movimentos involuntários de mordida e maiores alterações bucais, devido as suas condições crônicas e devido a traqueostomia ser um procedimento cirúrgico que se dá na abertura da parede anterior da traqueia, fazendo ligação com o ambiente externo tornando a via área acessível. Sendo a traqueostomia empregada quando existe fragilidade da musculatura respiratória, acúmulo da secreção traqueal e obstrução da via aérea alta ou em

circunstanciais em que exista dificuldade respiratória, que não seja capaz de ser revertida em um curto período, em suma residente fixos na UTI (Durbin, 2010).

Dos pacientes observados, 43,1% estavam em ventilação por ar ambiente, ou seja, não necessitavam da ajuda de qualquer aparelho respiratório, 41,5% dos pacientes abaixo de um ano apresentavam-se por Ventilação Mecânica Induzida por Tubo Orotraqueal (VMI TOT). Também há correlação estatística entre as variáveis de diagnóstico oral do tipo ventilação, entre as quais a incidência de alterações bucais em pacientes com ventilação ambiente é a mais baixa (28,2%), inclusive não apresentando casos de hipossalivação. No que lhe concerne, os pacientes que realizaram traqueostomia para ventilação mecânica invasiva (VMI TQT) apresentaram os maiores índices de lábios secos e úlceras traumáticas, 37,9% e 20,7%, respectivamente. Divergindo da nossa pesquisa o estudo de Hadda et al. (2018) afirma que em relação as condições de mucosa bucal, apenas 5,52% dos pacientes internos na UTI apresentaram alterações bucais.

O nosso estudo revelou a importância no diagnóstico clínico de endocardite, que é um processo inflamatório de uma ou mais válvula cardíaca, mostrando maior execução nos procedimentos odontológicos, a doença cardíaca pode ser determinada como anormalidades estruturais, podendo existir mesmo no nascimento, ainda que seja descoberta posteriormente, o que convergem com estudos prévios (Rocha et al., 2008). Nos casos clínicos de endocardite, não há hidratação labial, mas sim outros procedimentos odontológicos como extração dentária, prescrição de medicamentos e raspagem supragengival. O Cirurgião-Dentista precisa ter cautela ao realizar procedimentos cruentos, ou seja, que ocasionem sangramento, sendo responsável pela entrada de bactérias, causando a doença. (Nascimento et al, 2011).

Em relação ao diagnóstico clínico, observa-se que 20% dos pacientes com sepse participam de exames clínicos e condutas odontológicas de aplicação do laser, o que decorre de uma inflamação que se espalha pelo organismo diante de uma infecção. A utilização de medidas relacionadas à saúde bucal, como exodontias, diagnóstico precoce, eliminação da fonte de infecção e supervisão da higiene bucal, podem prevenir e / ou reverter a sepse. Além disso, novos estudos comprovaram que o diagnóstico de sepse passou por grandes mudanças, o que torna necessário que o profissional da odontologia esteja atento à sepse e cuide adequadamente do paciente (Machado et al, 2018).

Ressalta-se que grande parte dos pacientes que se encontravam em ventilação por ar ambiente foram os que tinham menor incidência de alterações bucais, o que pode ser relacionado com a facilidade de higienização e uso inferior de medicações. Nesta pesquisa uma grande parte dos pacientes não apresentaram alterações bucais, isso ocorreu devido à presença do serviço odontológico presente na UTI pediátrica. Pacientes internos na UTI dificilmente conseguem realizar sua higiene bucal, a equipe de odontologia hospitalar atua na orientação a outros profissionais sobre a higiene correta, no diagnóstico de alterações bucais e no tratamento, por isso é de suma importância a presença da equipe de odontologia no âmbito hospitalar, favorecendo o atendimento integral ao paciente, sendo fundamental para o quadro de saúde geral do mesmo (Araújo, 2020).

Os tratamentos mais recorrentes foram a higienização e hidratação labial, diminuindo o risco de alterações bucais, consequentemente melhorando sua saúde sistêmica. Na UTI deste estudo, conforme indicado pelas características bucais do paciente, o acompanhamento odontológico diário pode garantir a higiene bucal de rotina e manter as condições bucais adequadas. Portanto, o dentista desempenha um papel importante na equipe médica por garantir o cuidado integral ao indivíduo, diagnosticando alterações orais inicialmente e minimizando os problemas causados pela evolução das alterações bucais evitando que se transformem em alterações sistêmicas.

CONCLUSÃO

Devido a particularidade desse estudo, acerca da internação pediátrica, as crianças hospitalizadas devem receber todo cuidado necessário pela equipe multiprofissional, é possível encontrar manifestações bucais nesses pacientes desde o momento de admissão, com uma prevalência dessas alterações na faixa etária a partir de dez anos de idade na UTI pediátrica, devendo as mesmas, receber todo cuidado odontológico necessário, mostrando que é fundamental a presença da equipe de odontologia nesse ambiente.

Há necessidade de problematizar a desvalorização da saúde bucal infantil nesses setores, o que pôde ser percebido pela escassez de dados na literatura. A formação de uma equipe multiprofissional deve ser estimulada de modo a enfatizar uma recuperação mais rápida, na tentativa de melhorar o quadro clínico do paciente durante a

hospitalização, o Cirurgião-Dentista tem o papel de tratar e prevenir manifestações na cavidade oral, pois agravam e retardam a recuperação dos pacientes, com o objetivo de encurtar o tempo de internação e prestar assistência integral.

REFERÊNCIAS

AGUIAR DE, A. S. W.; GUIMARÃES, M. V.; DE MORAIS, R. M. P.; SARAIVA, J. L. A. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia. Extensio: **Revista Eletrônica de Extensão**, v.7, n. 9, p. 100- 110, 2010.

ALMEIDA DE, T. F.; DE SOUZA TORRES, A.; DA SILVA, R. A.; WANDERLEY, F. G. C. et al. Avaliação dos cuidados de saúde bucal em pacientes pediátricos hospitalizados. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.13, n. 1, p. 72-77, 2014.

ARANEGA, A. M.; BASSI, A. P. F.; PONZONI, D.; WAYAMA, T. M. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? **Revista Brasileira de Odontologia**, v.69, n. 1, p. 90, 2012.

ARAÚJO ALENCAR DE, Aréli Moraes et al. Condição bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva pediátrica. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 10127-10142, 2020.

ARAUJO, Jessica Emily. PACIENTES PEDIÁTRICOS EM REGIME DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: RISCOS DE PATOLOGIAS BUCAIS E MÉTODOS PREVENTIVOS. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 4, n. 2, p. 9-16, 2020.

AZARPAZHOOH, A.; LEAKE, J. L. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. **Journal of periodontology**, v.77, n. 9, p. 1465-1482, 2006.

BARBIER, F.; ANDREMONT, A.; WOLFF, M.; BOUADMA, L. Hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: recent advances in epidemiology and management. **Current opinion in pulmonary medicine**, v.19, n. 3, p. 216-228, 2013.

BARBOSA, MARIANA BRITTO; FARIA, MARIA GRACIELA IECHER. Produtos naturais como nova alternativa terapêutica para o tratamento de candidíase bucal. **Revista UNINGÁ Review**, v. 20, n. 1, 2014.

BARROS, M. D. **Odontologia hospitalar**: revisão de literatura. Trabalho de conclusão de curso (graduação) Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul- Faculdade de Odontologia, Rio Grande do Sul, p.42, 2014.

BLEVINS, J. Y. Status of oral health care in hospitalized children. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v.38, n. 2, p. 115-119, 2013.

DUARTE, Fernanda et al. A importância do técnico em saúde bucal na odontologia hospitalar: relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 17, p. e57-e57, 2019.

DURBIN, Charles G. Tracheostomy: why, when, and how?. **Respiratory care**, v. 55, n. 8, p. 1056-1068, 2010.

EC, Camargo. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia bucomaxilofacial. **Jornal do Site**, v. 98, 2005.

ELANGOVAN, Satheesh et al. Outcomes in patients visiting hospital emergency departments in the United States because of periodontal conditions. **Journal of periodontology**, v. 82, n. 6, p. 809-819, 2011.

GAETTI-JARDIM, Ellen et al. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 11, n. 35, 2013.

GODOI, A. D.; FRANCESCO, A. D.; DUARTE, A.; KEMP, A. P. T. et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Rev Odontol UNESP**, v. 38, n. 2, p. 105-109, 2009.

GOMES, Sabrina Fernandes; ESTEVES, Márcia Cristina Lourenço. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista brasileira de odontologia**, v. 69, n. 1, p. 67, 2012.

HADDA, Hadda Lyzandra Austriaco Leite et al. Avaliação odontológica de pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica. **CES Odontología**, v. 31, n. 2, p. 6-14, 2018.

HOCHMAN, Bernardo et al. **Desenhos de pesquisa**. Acta Cirúrgica Brasileira, v. 20, p. 2-9, 2005.

KOBAYASHI, H.; UCHINO, S.; TAKINAMI, M.; UEZONO, S. The impact of ventilator-associated events in critically ill subjects with prolonged mechanical ventilation. **Respiratory Care**, v.62, (11) 1379-1386, 2017.

LAMHA, A. S. F.; COSTA, F. O. C. Utilização do “Brinquedo” como recurso mediador na promoção de saúde bucal em pacientes internados na enfermaria pediátrica do HU/UFSC. **R Bras Ci Saúde**, v. 16, n. 3, p. 285-94, 2012.

LUCA DE, F. A. **Procedimento Operacional Padrão (POP) de higiene bucal na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica-PAVM, em Unidade de Terapia Intensiva: Estudo não randomizado, aberto, com avaliador cego**. Tese (mestrado profissional) Faculdade de Medicina Botucatu (FMB) -, São Paulo, p.37. 2019.

MACHADO, Gabriela Moraes et al. SEPSE: NOVOS CONCEITOS E IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA. **Revista Saúde & Ciência Online**, v. 7, n. 1, p. 115-131, 2018.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

MATTEVI, G. S.; FIGUEIREDO, D. D. R.; PATRÍCIO, Z. M.; RATH, I. B. D. S. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16, p. 4229-4236, 2011.

MEIRA, S.; OLIVEIRA, C.; RAMOS, I. **A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar**. Trabalho vencedor na 9ª edição do prêmio SINOG de Odontologia, 2010.

MELO DE, N. B.; NETO, J. D. A. F.; DA SILVA BARBOSA, J.; DE MACEDO BERNARDINO, Í. et al. Saúde bucal de crianças e adolescentes hospitalizados: desafios e perspectivas. **ARCHIVES OF HEALTH INVESTIGATION**, v.6, n. 6, 2017.

MENDONÇA, M. Serviço de controle de infecções hospitalares na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Prática Hospitalar**, v.9, n. 66, p. 55-56, 2009.

MICROSOFT CORPORATION. **Microsoft Excel para Windows 10**. Versão 2013. [S. l.], 2013. Disponível em: <https://www.microsoft.com/pt-br/microsoft-365/previous-versions/microsoft-excel-2013>. Acesso em: 1 out. 2020.

MIRANDA, A. The Dental surgeons in the hospital and their professional areas in Brazil: hospitalization units, surgical centers and intensive care units. **J Community Med Health Educ**, v.7, n. 1, p. 505, 2017.

MORAIS, T. M. N. D.; SILVA, A. D.; AVI, A. L. R. D. O.; SOUZA, P. H. R. D. et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n. 4, p. 412-417, 2010.

NASCIMENTO DO, Erica Manuela et al. Abordagem odontológica de pacientes com risco de endocardite: um estudo de intervenção. **Odonto**, v. 19, n. 37, p. 107-116, 2011.

NOGUEIRA, J. **Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Brasília, Brasília, p.147. 2016.

ODONTOLOGIA DE, Conselho Federal. **Código de ética odontológica**. CFO, 2003.

RIBOLI, Rafaela; SIQUEIRA, Simone Pinheiro; DE CONTO, Ferdinando. Papel do cirurgião bucomaxilofacial nas unidades de terapia intensiva. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 21, n. 2, 2016.

ROCHA, Larissa Michelle Alves et al. Conhecimentos e condutas para prevenção da endocardite infecciosa entre cirurgiões-dentistas e acadêmicos de odontologia. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 17, n. 44, 2008.

PERFIL CLÍNICO-ODONTOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA. José Eduardo Queiroz da SILVA; Cleo Decker ANACLETO; Dielson Roque da COSTA; Jordana Medeiros lira DECKER. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE ABRIL - Ed. 61. VOL. 01. Págs. 50-71 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br.

RODRIGUES, V. P.; LOPES, F. F.; ABREU, T. Q.; NEVES, M. I. R. et al. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças durante o período de internação hospitalar. **Odontologia Clínico-Científica** (Online), v.10, n. 1, p. 49-55, 2011.

R STUDIO, PBC. **RStudio para Windows 10**. 1.3. [S. l.], 2020. Disponível em: <https://rstudio.com/products/rstudio/>. Acesso em: 1 out. 2020.

SANITÁRIA, A. N. D. V. **Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde**. Anvisa Brasília, DF 2017.

SILVA DA, M. J. C. N.; COSTA, C. P. S.; DE SÁ, F. D. A. O.; DE OLIVEIRA BORGES, L. et al. **Por que devemos nos preocupar com a saúde bucal de crianças hospitalizadas? Interagir: pensando a extensão**, n. 14, 2009.

SILVA, D. J. F. D. **Odontologia hospitalar: revisão de literatura**. Tese (Graduação) - Universidade de Taubaté (UNITAU), Taubaté, São Paulo, p.24. 2018.

SILVA, IJ de O. et al. Hipossalivação: etiologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 140-146, 2016.

SIQUEIRA, Jonathan Santos et al. Candidíase oral em pacientes internados em UTI. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 2, p. 176, 2015.

STRAMANDINOLI, Roberta Targa et al. Prevalência de candidose bucal em pacientes hospitalizados e avaliação dos fatores de risco. **RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 7, n. 1, p. 66-72, 2010.

TINOCO-ARAUJO, José Endrigo et al. **Candidíase invasiva e alterações bucais em recém-nascidos prematuros**. Einstein (São Paulo), v. 11, n. 1, p. 71-75, 2013.

UNIESP, Centro Universitário, **Matriz Curricular Do Curso De Graduação Em Odontologia**. Disponível em: <https://www.iesp.edu.br/cursos/graduacao/odontologia>> acesso em: 23 maio, 2020, 16:40.

VERÍSSIMO, A. H.; AZEVEDO, I. D.; RÊGO, D. M. Perfil Odontológico de pacientes com necessidades especiais assistidos em hospital pediátrico de uma universidade pública brasileira. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.13, n. 4, p. 329- 335, 2013.

VITORIA MIÑANA, I. Promoción de la salud bucodental. **Pediatría Atención Primaria**, v.13, n. 51, p. 435-458, 2011.

XIMENES, R. C. C.; ARAGÃO, D. S. F.; COLARES, V. Avaliação dos cuidados com a saúde oral de crianças hospitalizadas. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v.49, n. 1, p. 21-25, 2008.

PERFIL CLÍNICO-ODONTOLÓGICO DE PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA. José Eduardo Queiroz da SILVA; Cleo Decker ANACLETO; Dielson Roque da COSTA; Jordana Medeiros lira DECKER. JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 - FLUXO CONTÍNUO. 2025 - MÊS DE ABRIL - Ed. 61. VOL. 01. Págs. 50-71 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

Continuação do Parecer: 3.914.531

Investigador	PROJETO_FINAL_DAYANNE.pdf	04/03/2020 10:01:20	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_anuencia.pdf	03/03/2020 23:34:53	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_concordancia.pdf	03/03/2020 23:31:37	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.docx	15/01/2020 17:04:37	Jordana Medeiros Lira Decker	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CABEDELO, 13 de Março de 2020

Assinado por:**Karelline Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock
(Coordenador(a))**

Endereço: BR 230 - Estrada de Cabedelo Km14
Bairro: Cabedelo **CEP:** 58.310-000
UF: PB **Município:** CABEDELO
Telefone: (83)2106-3827 **E-mail:** comiteiesp@gmail.com

Página 03 de 03