

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós Graduação em Enfermagem

JANE WALKÍRIA DA SILVA NOGUEIRA

**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HIGIENE BUCAL PREVENTIVA
DE PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS**

BRASÍLIA

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JANE WALKÍRIA DA SILVA NOGUEIRA

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HIGIENE BUCAL PREVENTIVA DE
PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS

Dissertação apresentada como requisito Parcial para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da
Universidade de Brasília.

Área de concentração: Cuidado, Gestão e Tecnologias
em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e
Enfermagem/Gestão de Sistemas e de Serviços em
Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus

BRASÍLIA - DF

2016

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

N778a Silva Nogueira, Jane Walkíria
Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal
preventiva de pacientes dependentes de cuidados /
Jane Walkíria Silva Nogueira; orientador Cristine
Alves Costa de Jesus. -- Brasília, 2016.
148 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Enfermagem) --
Universidade de Brasília, 2016.

1. Higiene Bucal. 2. Assistência de Enfermagem.
3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Alves Costa de
Jesus, Cristine , orient. II. Título.

JANE WALKÍRIA DA SILVA NOGUEIRA

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HIGIENE BUCAL PREVENTIVA DE
PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS

Dissertação apresentada como requisito Parcial para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pelo
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da
Universidade de Brasília.

Aprovada em: 19 de agosto de 2016

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Cristine Alves Costa de Jesus – Presidente da Banca
Departamento de Enfermagem - Faculdade Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Professor Doutor Paulo Tadeu de Souza Figueiredo – Membro Efetivo, externo ao Programa
Departamento de Odontologia - Faculdade Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Professora Doutora Paula Elaine Diniz dos Reis – Membro Efetivo
Departamento de Enfermagem - Faculdade Ciências da Saúde - Universidade de Brasília

Professora Doutora Christiane Inocência Vasques – Membro Suplente
Departamento de Enfermagem-Faculdade Ciências da Saúde-Universidade de Brasília

Ao meu esposo, Marcelo, pela paciência e compreensão pelos momentos de ausência. Por sempre respeitar e apoiar minhas escolhas. O seu amor foi fundamental durante toda esta caminhada.

A meus queridos filhos Gabriel e Rafaela, motivo de esperança e amor pela vida.

Dedico este trabalho...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais essa etapa da minha vida concluída e por me amparar nos momentos nos quais os obstáculos pareciam intransponíveis.

À minha orientadora, Dr.^a Cristine Alves Costa de Jesus, pela paciência e credibilidade depositadas para a realização desta pesquisa. Pela dedicação, apoio, incentivo e conhecimentos compartilhados. Pela convivência tranquila e por aceitar minhas opiniões e limitações.

À professora e amiga, Dr.^a Keila Trindade da Cruz, por sempre me apoiar e torcer pelas minhas conquistas profissionais.

A todos os professores do mestrado, pela colaboração na conquista de mais conhecimentos.

A toda a equipe de enfermagem da UTI participante deste estudo, que me recebeu com tanto carinho e pela cooperação para o desenvolvimento desta investigação.

À Dr.^a cirurgiã dentista, amiga, Cíntia Jucá, pelo apoio e pelos livros emprestados.

A todos os colegas do mestrado, pelas trocas de experiências, amizade.

E a todos aqueles, que embora não citados, participaram direta ou indiretamente no decorrer de mais essa conquista em minha vida.

Obrigada a todos!

RESUMO

NOGUEIRA, J. W. S. **Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados.** 2016. 148 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

Introdução: Dentre as atribuições da equipe de enfermagem dentro de uma unidade de terapia intensiva, tem-se a realização da higiene bucal. Esta, além de ser um cuidado que proporciona manutenção da higiene e do conforto, tem sido abordada, na literatura científica, como uma prática de controle de infecção e uma medida que visa a segurança do paciente. Desta forma, torna-se crucial conhecer como os profissionais de enfermagem realizam a higiene bucal de pacientes dependentes de cuidados a fim não só de apreender a importância que se tem dado à esse tipo de assistência, mas também com o objetivo de clarear os pontos necessários para o reforço e treinamento da equipe. **Objetivo:** Analisar as medidas de higiene bucal adotadas por profissionais de enfermagem em pacientes dependentes em uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com abordagem quantitativa associada a observação direta estruturada, não participativa, tendo como foco as práticas de profissionais de enfermagem relacionadas aos cuidados bucais de pacientes dependentes. Desenvolveu-se em uma unidade de terapia intensiva adulto de uma instituição pública de ensino localizada na cidade de Brasília, Distrito Federal. A amostra foi composta por 61 técnicos de enfermagem e 43 pacientes que estavam sob os seus cuidados. Utilizou-se um instrumento estruturado com itens relacionados aos perfis dos pacientes e dos profissionais, associado a um *checklist* para observação sequencial sobre as práticas de enfermagem realizadas antes, durante e após os cuidados bucais nos pacientes. Utilizou-se a estatística descritiva e os recursos do software estatístico SPSS, versão 18.0, para a análise dos dados. **Resultados:** A maior parte dos pacientes era do sexo masculino, com mais de 50 anos, dentados, internados na unidade há menos de dez dias, sob ventilação mecânica invasiva por meio de tubo orotraqueal ou traqueostomia. Hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais frequente. O acidente vascular encefálico constituiu o principal motivo de internação. Houve diferença significativa entre os pacientes que desenvolveram ou não pneumonia associada a ventilação mecânica no que tange ao tempo de internação na unidade de terapia intensiva (p-valor 0,000). Quanto aos profissionais, a maior parte era do sexo feminino, com média de 36,8 anos de idade, e trabalhava em média há 10 anos na área da enfermagem e há 6 anos em uma unidade de terapia intensiva. Utilizou-se as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira como padrões de competência para avaliar as práticas sobre cuidados bucais executadas pelos técnicos de enfermagem. Destes, a maior parte (72,1%) não seguiu as recomendações. Apenas 27,9% dos profissionais conseguiu cumprir parcialmente as práticas recomendadas. A maioria não recebeu informações ou capacitações sobre cuidados bucais pela instituição na qual trabalha e não soube informar sobre a existência de um protocolo na unidade sobre higiene bucal. **Conclusão:** Os resultados apontam que as práticas relacionadas aos cuidados bucais dos profissionais observados mostraram estar pouco sustentadas em evidências científicas ou mesmo na necessidade de cada paciente internado na unidade de terapia intensiva.

Descritores: Higiene Bucal; Assistência de Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

NOGUEIRA, J. W. S. **Nursing team practice in the preventive oral hygiene of care-dependent patients.** 2016. 148p. Dissertation (Master Degree) – Nursing Department, School of Health Sciences, University of Brasilia, Brasília 2016.

Introduction: The attributions of the nursing team in an intensive care unit include the oral hygiene of patients. In addition to ensuring the maintenance of hygiene and comfort, this practice has been addressed in the literature as an infection control measure, that is also aimed at patient safety. Hence, it is essential to learn how the nursing team performs the oral hygiene of care-dependent patients, not only to apprehend the importance that has been given to this type of care, but also with the objective to clarify the points needed for the knowledge reinforcement and training of the team. **Objective:** To analyze the preventive oral hygiene measures adopted by nursing professionals in full care-dependent patients in an intensive care unit. **Method:** This was a descriptive exploratory study, with a quantitative approach, in combination with direct, structured and non-participant observation, focused on the practices of nursing professionals regarding the oral care of patients fully dependent on their care. It was developed at the adult intensive care unit of a public teaching hospital located in the city of Brasilia, Federal District. The sample was made up of 61 nursing technicians and 43 patients under their care. The authors used a structured tool with items related to the profiles of the patients and professionals, and a checklist for observation of the nursing practices performed before, during and after oral care is provided to patients. Data were analyzed using descriptive statistics and the resources of the statistical software SPSS, version 18.0. **Results:** Most of the patients were men, aged over 50 years, full-toothed, who had been hospitalized for less than 10 days, and under invasive mechanical ventilation through an orotracheal or tracheostomy tube. Systemic arterial hypertension was the most frequent comorbidity. Stroke was the main reason for hospitalization. There was a significant difference between patients who developed or not pneumonia associated with mechanical ventilation as regards the length of stay in the intensive care unit (p-value 0.000). Regarding professionals, most were women, with a mean age of 36.8 years, who worked for a mean of 10 years in the nursing area and for 6 years in intensive care. The recommendations of the Brazilian Association of Intensive Care Medicine were used as competence standards to assess the oral care practices of nursing technicians. Of these, most (72.1%) did not follow the recommendations. Only 27.9% of the professionals managed to comply partially with the recommended practices. Most did not receive information or training on oral care at the institution where they work and could not inform the existence of a protocol in the unit for oral hygiene. **Conclusion:** The results show that the oral hygiene practices of the professionals observed were poorly based on scientific evidence or even on the need of each patient hospitalized in the intensive care unit.

Descriptors: Oral Hygiene; Nursing Care; Intensive Care Unit.

RESUMEN

NOGUEIRA, J. W. S. **Actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal preventiva de pacientes dependientes de cuidados**. 2016. 148p. Disertación (Máster) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia 2016.

Introducción: Entre las obligaciones del equipo de enfermería en una unidad de terapia intensiva corresponde considerar la ejecución de la higiene bucal. Además de ser un cuidado que mantiene la higiene la comodidad, ha sido abordada en la literatura científica como práctica de control de infección como medida que observa la seguridad del paciente. Consecuentemente, es esencial saber cómo aplica el equipo de enfermería la higiene bucal en pacientes dependientes de cuidados, no sólo para entender la importancia que se le otorga a este tipo de atención, sino también para determinar los puntos necesarios para capacitar entrenar al equipo. **Objetivo:** Analizar las medidas preventivas de higiene bucal adoptadas por profesionales de enfermería en pacientes totalmente dependientes de cuidados en una unidad de terapia intensiva. **Método:** Investigación descriptiva de carácter exploratorio, con abordaje cuantitativo asociado a la observación directa estructurada, no participativa, con foco en las prácticas profesionales de enfermería relacionadas a la higiene bucal en pacientes totalmente dependientes de cuidados. Se desarrolló en una unidad de terapia intensiva adultos de institución pública de enseñanza ubicada en Brasilia, distrito federal. Muestra compuesta por 61 técnicos de enfermería, además de 43 pacientes bajo los cuidados de estos profesionales. Se utilizó un instrumento estructurado con ítems relacionados al perfil de los pacientes los profesionales, asociado a un check-list para observación secuencial de las prácticas de enfermería realizadas antes, durante después de la higiene bucal en los pacientes. Se aplicó estadística descriptiva con apoyo del software estadístico SPSS-versión 18.0 para analizar los datos. **Resultados:** La mayoría de los pacientes era de sexo masculino, de más de 50 años, con dentadura completa, internados en la unidad con menos de diez días, bajo respiración artificial invasiva mediante tubo oro-traqueal o traqueotomía. La hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más frecuente. El principal motivo de internación consistió en accidente vascular cerebral. Existió diferencia significativa entre pacientes que desarrollaron neumonía asociada a respiración artificial los que no la desarrollaron en lo que respecta al tiempo de internación en la unidad de terapia intensiva (p -valor 0,000). Respecto a los profesionales, eran mayoritariamente de sexo femenino, con media de 36,8 años de edad. La mayor parte trabaja en promedio hace diez años en el área de enfermería, con 6 años de experiencia en unidad de terapia intensiva. Se utilizaron las recomendaciones de la Asociación Médica de Terapia Intensiva Brasileña como estándares de competencia para evaluar las prácticas sobre cuidados bucales ejecutados por los técnicos de enfermería. De ello, la mayoría (72,1%) no siguió tales recomendaciones. Solamente el 27,9% de los profesionales consiguió cumplir parcialmente las prácticas recomendadas. La mayoría no recibió información ni capacitación sobre cuidados bucales de parte de la institución en la que actúan no supo informar sobre la existencia de un protocolo en la unidad sobre higiene bucal. **Conclusión:** Los resultados expresan que las prácticas relativas a cuidados bucales de los profesionales observados mostraron estar poco sustentadas en evidencias científicas o incluso en la necesidad de cada paciente internado en la UTI.

Descriptores: Higiene Bucal; Atención de Enfermería; Unidad de Cuidados Intensivos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Limites Anterior, Lateral, Superior e Posterior da Cavidade Bucal.....	29
Figura 2 - Limite Inferior da Cavidade Bucal.....	30
Figura 3 - Vestíbulo Bucal.....	30
Figura 4 Dentes.....	31
Figura 5 - Gengiva e Mucosa Alveolar.....	32
Figura 6 – Freio Lingual.....	33
Figura 7 - Língua.....	33
Figura 8 – Mucosa Jugal.....	34
Figura 9 - Palato.....	34
Figura 10 - Úvula.....	35
Figura 11 - Glândulas salivares (sublingual e submandibular).....	35
Figura 12 - Placa Bacteriana nos Dentes.....	37
Figura 13 – Biofilme lingual visível.....	38
Figura 14 - Presença de biofilme lingual no paciente com intubação orotraqueal.....	39
Figura 15 - “Brushed” modelo de avaliação da cavidade oral do paciente intubado em ventilação mecânica de Hayes e Jones (1995).....	96
Figura 16 – Técnica de escovação (1).....	104
Figura 17 - Técnica de escovação (2).....	105
Figura 18 – Técnica de escovação (3).....	105
Figura 19 – Técnica de escovação (4).....	105
Figura 20 – Técnica de escovação (5).....	106
Figura 21 – Abertura da cavidade bucal (1).....	111
Figura 22 – Abertura da cavidade bucal (2).....	111

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Manutenção da saúde oral.....	42
Quadro 2 - Promoção da saúde oral	42
Quadro 3 - Restauração da saúde oral.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes (n=43) que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, segundo os dados sociodemográficos e de morbidade, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016.....	65
Tabela 2 - Características gerais relacionadas à internação, na UTI dos pacientes que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, Brasília, DF, Brasil, Novembro 2015 a Janeiro 2016	66
Tabela 3 - Distribuição dos pacientes que desenvolveram PAVM, segundo o tempo de internação na UTI, intubação/traqueostomia, ventilação mecânica invasiva, tempo de intubação ou traqueostomia, Brasília, DF, Brasil, novembro de 2015 a janeiro 2016.....	67
Tabela 4 – Distribuição do desenvolvimento de PAVM (n=14) durante o período de internação na UTI, dos pacientes que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, segundo o tipo de ventilação, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	68
Tabela 5 – Caracterização dos profissionais de enfermagem (n=61), segundo sexo, categoria e formação profissional, idade, tempo de atuação na enfermagem e em UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	69
Tabela 6 - Distribuição da realização da higiene bucal, nos pacientes da UTI, pelos profissionais de enfermagem, segundo idade, tempo de serviço na profissão e de atuação em UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	70
Tabela 7 – Distribuição dos profissionais de enfermagem (n=61), segundo o conhecimento sobre a existência de um protocolo de higiene bucal na UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	70
Tabela 8 – Distribuição da realização da higiene bucal pelos profissionais de enfermagem (n=61), segundo categoria e formação profissional, capacitação sobre higiene bucal e conhecimento sobre a existência de protocolo, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	71
Tabela 9 - Distribuição das ações preliminares à realização da higiene bucal, segundo os materiais para o procedimento e o uso de EPIS pelo profissional de enfermagem, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	73
Tabela 10 - Distribuição das ações preliminares à realização da higiene bucal (n=49), relacionadas aos cuidados com os pacientes, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	74

Tabela 11 - Distribuição das ferramentas utilizadas, pelos profissionais de enfermagem (n=49), na realização da higiene bucal química e mecânica nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	75
Tabela 12 - Distribuição das soluções utilizadas, pelos profissionais de enfermagem (n=35), na realização da higiene bucal nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016.....	76
Tabela 13 – Distribuição das técnicas de higiene bucal, realizadas pelos profissionais de enfermagem, nos pacientes dentados (n=39), Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	76
Tabela 14 - Distribuição das técnicas de higiene bucal, realizadas pelos profissionais de enfermagem nos pacientes desdentados (n=10) segundo o tipo de ventilação, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	78
Tabela 15 - Distribuição do tempo de realização do procedimento de higiene bucal, segundo a categoria e formação profissional, tempo de atuação em enfermagem e na área de UTI, tipo de paciente, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	80
Tabela 16 - Distribuição do tempo de execução da técnica de higiene bucal entre as categorias profissionais, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	80
Tabela 17 - Distribuição das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem, após a execução da higiene bucal nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016.....	81
Tabela 18 – Distribuição do desempenho global dos profissionais de enfermagem, relacionado aos procedimentos de higiene bucal nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016	82

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação do tempo de internação e o desenvolvimento de PAVM.....	68
Gráfico 2- Distribuição dos profissionais de enfermagem, segundo a realização de capacitação sobre higiene bucal.....	71
Gráfico 3 – Distribuição da higienização mecânica, segundo a área da cavidade bucal dos pacientes desdentados	79
Gráfico 4 – Distribuição do tempo de execução da técnica de higiene bucal, realizada pelos profissionais de enfermagem.....	79
Gráfico 5 – Tempo de execução da técnica de HB, segundo a categoria profissional.....	81
Gráfico 6 – Distribuição do desempenho global dos profissionais de enfermagem relacionados aos procedimentos de higiene bucal.....	83

LISTA DE SIGLAS

AACN	American Association of Critical Care Nurse
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CDC	Center for Disease Control
CNS	Conselho Nacional de Saúde
EAS	Efeitos Adversos
IOT	Intubação Orotraqueal
EPI	Equipamento de Proteção Individual
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GDF	Governo do Distrito Federal
HB	Higiene Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NIC	Nursing Interventions Classification
PAVM	Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica Invasiva
POP	Procedimento Operacional Padrão
SNG	Sonda Nasogástrica
SOG	Sonda Orogástrica
SNE	Sonda Nasoentérica
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Cranioencefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

mL	mililitro
mmHg	milímetro de mercurio
cm H ₂ O	centímetros de água

SUMÁRIO

PRÓLOGO	19
1 INTRODUÇÃO	20
1.1 OBJETIVO GERAL	23
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A SAÚDE BUCAL COMO OBJETO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	24
2.2 IMPORTÂNCIA DA HIGIENE BUCAL, PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM, NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES	26
2.3 CONHECIMENTOS PRELIMINARES FUNDAMENTAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM	29
2.3.1 Aspectos anatomofisiológicos da cavidade bucal	29
2.3.1.1 Boca.....	29
2.3.1.2 Vestíbulo Bucal.....	30
2.3.1.3 Lábios	30
2.3.1.4 Dentes.....	31
2.3.1.5 Gengiva e Mucosa Alveolar.....	31
2.3.1.6 Língua	32
2.3.1.7 Mucosa Jugal.....	33
2.3.1.8 Palato.....	34
2.3.1.9 Glândulas Salivares.....	35
2.3.1.10 Saliva.....	36
2.3.1.11 Microbiota Bucal.....	36
2.3.1.12 Biofilme.....	37
2.3.1.13 Saburra Lingual.....	37
2.3.1.14 Xerostomia	39
2.3.1.15 Halitose	39
2.4 CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PACIENTE INTERNADO EM UMA UTI.....	40
2.4.1 Sistema de classificação de intervenções de enfermagem	40
2.4.2 Escovação	43
2.4.3 Soluções para a realização da higiene bucal	46

2.4.4. Intervenções combinadas: escovação e solução antisséptica	49
2.4.5 Hidratação	50
2.4.7 Frequência	50
3 MÉTODOS	52
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	52
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	53
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	54
3.4 CARACTERIZAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA	55
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	56
3.5.1 Definições operacionais	56
3.6 MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	57
3.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	59
3.8 ANÁLISE DOS DADOS.....	62
3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	62
4 RESULTADOS	64
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUE ESTAVAM SOB OS CUIDADOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE MORBIDADE	64
4.1.1 Características gerais relacionadas à internação na UTI dos pacientes dependentes de cuidados	66
4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DO ESTUDO	69
4.3 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM, NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL, EM PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS.....	72
4.3.1 Ações de enfermagem realizadas antes da execução da higiene bucal	72
4.3.2 Ações de enfermagem realizadas durante a execução da higiene bucal	75
4.3.3 Ações de enfermagem realizadas após a execução da higiene bucal	81
4.3.4 Desempenho global dos profissionais de enfermagem na realização do procedimento de higiene bucal	82
5. DISCUSSÃO	84
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO CUIDADO DE HIGIENE BUCAL QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE MORBIDADE	84
5.1.1 Características gerais relacionadas à internação na UTI dos pacientes dependentes de cuidados	86

5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DA PESQUISA	88
5.3 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM, NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL, EM PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS.....	92
5.3.1. Aspectos gerais que envolvem o procedimento de higiene bucal.....	92
5.3.2 Desempenho global dos profissionais de enfermagem na realização do procedimento de higiene bucal.....	110
6 CONCLUSÕES	116
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	118
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO N.º ()	134
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO N.º ()	136
APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	138
ANEXO A - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE ..	141
ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	142
ANEXO C - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	143
ANEXO D– PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) AMIB	144
ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO	147

PRÓLOGO

O presente estudo foi idealizado com o propósito de trazer a temática do cuidar em enfermagem no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, de modo específico, a atenção com a boca do paciente dependente de cuidados.

A higiene bucal (HB) é considerada um cuidado básico das práticas de enfermagem, e tem sido proposta como uma intervenção essencial para a prevenção de infecções respiratórias e sistêmicas nos pacientes internados nessas unidades.

O interesse foi despertado quando a autora teve a oportunidade de acompanhar e supervisionar alunos de graduação em enfermagem, em atividades práticas, nas unidades de cuidados intensivos. Constatou-se que, nesses locais, devido aos cuidados complexos dispensados aos pacientes, a higiene bucal é considerada um cuidado secundário, sendo pouco cobrada e subestimada pelos profissionais de enfermagem.

Surge então, a necessidade de maiores esclarecimentos sobre esse assunto, em específico as técnicas e medidas realizadas pela equipe de enfermagem, para a promoção da saúde bucal em pacientes internados em uma UTI.

Investigar os cuidados bucais realizados pelos profissionais de enfermagem é essencial para garantir o conforto, integralidade da assistência e segurança do paciente. Desse modo, este trabalho foi idealizado a partir das experiências vivenciadas pela autora, em sua prática profissional como professora na área de cuidados de enfermagem ao paciente criticamente enfermo, como enfermeira de cuidados intensivos, e seus questionamentos sobre os possíveis danos relacionados à falta ou inadequada higiene bucal.

Espera-se que investigar as práticas de enfermagem relacionadas à higiene bucal dos pacientes dependentes possa contribuir para a melhoria da prestação desse cuidado, oferecendo aos profissionais de saúde, em especial à equipe de enfermagem, informações capazes de gerar reflexões e atitudes transformadoras, tornando essa prática o mais livre possível de danos e colaborando para a manutenção de um cuidar seguro e de qualidade em enfermagem.

De fato, a temática aqui apresentada mostra-se valorosa, tendo-se a expectativa de que, após a realização da presente pesquisa, vários aspectos relativos ao cuidado bucal possam ser resgatados, assim como direcionar as ações de enfermagem relacionadas aos cuidados com a boca do paciente dependente, em estado crítico de saúde. Espera-se, ainda, contribuir para a inter-relação enfermeiro e demais profissionais da área da saúde, em especial o odontólogo, visando a atuação interdisciplinar para o atendimento integral a esses indivíduos.

1 INTRODUÇÃO

Dentre as atribuições da equipe de enfermagem dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tem-se a realização da HB. Esta, além de ser um cuidado que proporciona manutenção da higiene e conforto, tem sido abordada, na literatura científica, como prática de controle de infecção e medida que visa a segurança do paciente (BINGHAM et al., 2010; CARVALHO et al., 2011; YILDIZ; DURNA; AKIN, 2013; ROBERTSON; CARTER, 2013; BOOKER et al., 2013; GONÇALVES; RODRIGUES; SEIXAS, 2014; MUNRO, 2014).

Nas últimas décadas, pesquisadores têm se dedicado ao estudo da relação entre a colonização da placa dentária e infecções hospitalares nos pacientes criticamente enfermos. Dentro de 48 horas de internação, esses indivíduos apresentam alterações na flora bucal normal, que incluem o predomínio de bactérias Gram-negativas e outros organismos virulentos. Portanto, a falta de atenção com os cuidados bucais resulta no aumento da quantidade e complexidade da placa dental, a qual pode tornar-se habitat para microrganismos potencialmente patógenos e propiciar o surgimento de infecções bacterianas, bucais, digestivas e respiratórias (JONES; MUNRO; GRAP, 2011; GU et al., 2012; SEDWICK et al., 2012; WISE; WILLIAMS, 2013).

Nessa perspectiva, práticas relacionadas ao controle mecânico e químico do biofilme dental do paciente crítico tem sido alvo de inúmeras investigações, cujos resultados alertam para a necessidade de implantar diretrizes para a promoção da saúde bucal desses indivíduos (FEIDER; MITCHELL; BRIDGES, 2010; BERRY et al., 2011a; SEDWICK et al., 2012; LORENT et al., 2012; GANZ et al., 2013, OSMAN; AGGOUR, 2014; JORDAN et al., 2014; VILELA et al., 2015).

No que se refere ao controle químico, revisões sistemáticas e metanálises têm sido favoráveis ao uso de antissépticos para a descontaminação da orofaringe em pacientes com alto risco para a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM) (CARVAJAL et al., 2010; EL-SOLH, 2011; DALE et al., 2013, ALHAZZANI et al., 2013; SHI et al., 2013).

Sabe-se que, até este momento, o gluconato de clorexidina tem sido o mais recomendado pelas pesquisas clínicas para a prevenção da PAVM, em pacientes sob ventilação mecânica (MUNRO et al., 2009; PAR; BADOVINAC; PLANCAK, 2014).

No entanto, esses pacientes nem sempre recebem HB com o gluconato de clorexidina, como é o caso de estudo realizado em hospitais do estado de Minas Gerais, em que o antisséptico cloreto de cetilpiridínio foi o produto mais utilizado nas UTIs (SILVA et al., 2015)

Em relação ao controle mecânico do biofilme dental, o recomendado tem sido a escovação com escova de dentes com cerdas macias ou pediátrica. Essa técnica de higienização consiste na limpeza mecânica de dentes, gengivas, língua e palato, com leve pressão e movimentos horizontais e circulares. A angulação da escova deve ser de 45 graus. Para a realização completa do procedimento, o tempo varia de 1 a 10 minutos (LORENT et al., 2012; BERRY et al., 2011a; BROWNE et al., 2011)

Avaliação da cavidade bucal, a aspiração das secreções da orofaringe e da região subglótica, hidratação dos lábios e mucosas bucais estão também entre as práticas recomendadas aos cuidados com a boca dos pacientes internados em UTI (BERRY et al., 2011a; CHAN et al., 2011; GANZ et al., 2013; LIAO; TSAI; CHOU, 2015; ZURMEHL, 2013).

Nesse sentido, investigadores relatam que um protocolo de HB, incluindo escovação dos dentes e o uso de clorexidina para pacientes internados em uma UTI, diminuiu de forma significativa os índices da PAVM em suas unidades (CABOV et al., 2010; LORENT et al., 2012; MEINBERG et al., 2012; HECK, 2012; ROBERTSON; CARTER, 2013).

Embora as evidências sobre os cuidados bucais existam para direcionar a prática, estudos de inquéritos sobre a atuação dos enfermeiros intensivistas mostram que ainda existe uma lacuna entre as práticas disponíveis e a prática real (CHAN et al., 2011; SOH et al., 2011).

Muitos enfermeiros ainda utilizam alguns equipamentos e soluções que não têm sido apoiados na literatura científica, como *swabs* de algodão, espátula envolta com gazes para a limpeza mecânica dos dentes e bicarbonato de sódio, peróxido de hidrogênio para a higienização química (CHAN et al., 2011).

Investigações realizadas com enfermeiros de UTI na Croácia (JORDAN et al., 2014), Turquia (TURK et al., 2012), Malásia (SOH et al., 2011); Taiwan (LIN et al., 2011) Singapura (CHAN; HUI-LING, 2012) e Jordânia (BATIHA et al., 2013) apresentaram resultados semelhantes, ou seja, uma grande percentagem desses profissionais não está executando cuidados bucais de acordo com as últimas evidências.

Por outro lado, pesquisa desenvolvida em Israel, no ano de 2013, verificou que houve um aumento significativo quanto ao uso de práticas recomendadas, como avaliação da cavidade bucal e utilização da escova de dentes. Houve também a redução das condutas não baseadas em evidências, como o uso de espátula envolta com gaze e solução de bicarbonato de sódio (GANZ et al., 2013).

Conforme a Lei n.º 7.498, de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, no âmbito hospitalar, o cuidado cotidiano de higiene e conforto, incluindo a higiene bucal, é uma atribuição da equipe de enfermagem (BRASIL, 1986).

Assim, essa investigação se justifica na medida em que visa conhecer um procedimento técnico, entre os profissionais de enfermagem, com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado prestado à saúde dos pacientes internados em UTI.

Justifica-se ainda, pela escassez da produção do conhecimento em enfermagem, nessa área, no âmbito nacional. Grande parte da produção científica brasileira relacionada a essa temática tem sido realizada por outros profissionais da área da saúde, fato este confirmado com pesquisa bibliográfica nas bases de dados State National Library of Medicine (Pubmed / Medline) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Quanto à finalidade deste estudo, o mesmo visa contribuir para as práticas seguras desenvolvidas nessas unidades de tratamento, na medida em que procura identificar possíveis falhas ou lacunas nas práticas dos profissionais de enfermagem relacionados à HB, dando direcionamento para a implantação/revisão de protocolos e de futuras capacitações para a equipe de enfermagem.

Outra finalidade que esta investigação tem é contribuir com as ações interdisciplinares, estimulando enfermeiros, odontólogos e outros profissionais prestadores de cuidados de saúde a trabalharem de forma integrada, a fim de que as decisões em relação à saúde bucal do paciente em estado crítico de saúde sejam baseadas no cuidado individualizado. Dada a relevância da problemática apresentada, surgiram os seguintes questionamentos:

1. Como se dá a assistência da equipe de enfermagem na realização da técnica da higiene bucal de pacientes dependentes de cuidados internados nas UTIs?
2. Quais são as medidas de higiene bucal adotadas pela equipe de enfermagem aos pacientes dependentes de cuidados?
3. Qual a importância que esses profissionais designam à prática da higiene bucal no contexto das UTIs?

Tais questionamentos fizeram emergir o anseio por conhecer melhor como têm sido os cuidados com a boca em pacientes dependentes internados em uma UTI.

Portanto, este estudo teve como:

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as medidas de higiene bucal, adotadas por profissionais de enfermagem, em pacientes dependentes de cuidados em uma Unidade de Terapia Intensiva.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, submetidos ao cuidado de higiene bucal, quanto ao perfil sociodemográfico e de morbidade;
- Caracterizar o perfil dos profissionais de enfermagem participantes do estudo;
- Caracterizar os procedimentos de higiene bucal realizados na UTI pela equipe de enfermagem;
- Descrever o cuidado prestado, relativo à higiene bucal, pela equipe de enfermagem, e compará-las com as recomendações de higiene bucal da AMIB;
- Identificar os registros realizados no prontuário, pela equipe de enfermagem, sobre a higiene bucal.

2 REVISÃO DE LITERATURA

No intuito de adquirir embasamento teórico necessário ao desenvolvimento do tema proposto e alcançar os objetivos estipulados para este estudo, foi realizada revisão de literatura com foco na Higiene Bucal (HB), nos pacientes dependentes internados em uma UTI. Este capítulo está dividido em quatro subseções envolvendo temáticas que interagem entre si, como: história da formação das UTIs; a HB como objeto do cuidado da enfermagem; a importância da HB, pela equipe de enfermagem, para a prevenção de infecções; conhecimentos preliminares fundamentais para a promoção da saúde bucal pela equipe de enfermagem; cuidados ou intervenções de enfermagem relacionados à HB.

2.1 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E A SAÚDE BUCAL COMO OBJETO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Esta subseção tem como objetivo realizar uma breve abordagem histórica referente à formação das UTIs e descrever a higiene bucal como objeto do cuidado de enfermagem. Nesta investigação, cuidado e intervenção de enfermagem são compreendidos da mesma forma.

A UTI é definida como uma unidade hospitalar que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de risco que tenham potencial de recuperação, mas que necessitam de vigilância e monitoração ininterruptas, por equipe multiprofissional de saúde devidamente capacitada, com o uso de múltiplos acessórios e equipamentos de alta tecnologia (SILVA; PASETTI; MORAES, 2015; DIAMANTE; VIANA; MORAIS, 2015).

Nos Estados Unidos da América, essa unidade de tratamento surgiu em meados de 1946, a partir da epidemia de poliomielite e do início do uso dos respiradores artificiais, na busca da manutenção da vida dos doentes (GOMES, 2011; SILVA; PASETTI; MORAES, 2015; DIAMANTE; VIANA; MORAIS, 2015).

No Brasil, as UTIs começaram a ser implementadas no final da década de 1960, na cidade de São Paulo, mais especificamente no Hospital das Clínicas. Em 1971, o Hospital Sírio Libanês, também em São Paulo, inaugurou uma UTI com 12 leitos, servindo como referência para muitos hospitais no restante do país (GOMES, 2011).

No entanto, a história dessa unidade de tratamento também está relacionada à história das guerras. Foi na guerra da Crimeia (1853-1856) que uma enfermeira, Florence Nightingale,

convidada pelo ministro da Guerra Britânico, liderou um grupo de 38 voluntárias e partiu para tratar os feridos pela guerra. Ela instituiu uma técnica de monitoramento e separação dos pacientes de acordo com a gravidade dos ferimentos, o que ocasionou uma redução da mortalidade nos hospitais de batalha de 60% para 42,7% em fevereiro de 1855, e, em abril do mesmo ano, a taxa de mortalidade caiu para o patamar de 2%. Deu-se, então, o início do conceito de terapia intensiva (SILVA; PASETTI; MORAES, 2015).

Nos tempos atuais, a UTI, é vista como uma unidade dinâmica, complexa, que exige muito empenho dos profissionais em termos de ações baseadas na evidência e conhecimento tecnológico, de modo a subsidiar a tomada de decisão segura no cuidado do paciente (PADILHA et al., 2010).

Em 24 de fevereiro de 2010, foi estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a RDC n.º 7, que dispõe das normas mínimas para o funcionamento de uma UTI. Essa Resolução também contém apontamentos que preconizam o trabalho da equipe multiprofissional, visando melhor assistência aos pacientes em estado crítico de saúde. A equipe deve ser composta por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos, assistentes sociais e odontólogos, os quais foram incluídos recentemente devido ao crescente acometimento de doenças periodontais nos pacientes internados nessas unidades (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, os cuidados prestados aos indivíduos internados em UTI exigem da equipe interdisciplinar de saúde responsabilidades e atitudes compartilhadas, a fim de que cada indivíduo tenha suas necessidades supridas de forma integral (ARAÚJO et al., 2009; LIAO; TSAI; CHOU, 2015).

Assim, entende-se como cuidado o conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento, e deve ser centrado em ações de saúde para as mais diversas situações em que se necessita de uma ação terapêutica; ou seja, uma interação entre dois ou mais sujeitos, visando ao alívio do sofrimento e o alcance do bem-estar (COLLIÈRE, 2003).

Sabe-se que o cuidado é a essência e objeto da enfermagem, mas esse só é possível se houver interação. Para que haja cuidado é necessário haver encontro, uma vez que somente por meio deste há possibilidade de transformação. Assim, compreender a higiene bucal como um cuidado de enfermagem remete ao que é essencial para alcançar a excelência no atendimento e inseri-la às práticas de enfermagem. Significa ir para além da realização do procedimento, é desejar interação com o paciente para ofertar o que ele realmente necessita, em todas as dimensões do ser (COLLIÈRE, 2003).

Não podem ser consideradas cuidados as tarefas de higiene desempenhadas de forma sistemática e rotineira. Cuidar é discernir o que necessita manter as capacidades existentes, atenuar ou compensar as perdas e acompanhar o que é incerto ou se debilita. Esses cuidados, aliados a tratamentos ou não, requerem capacidade de discernimento de tudo o que ajuda a viver. Cuidar é discernir as preocupações e dificuldades encontradas pelas pessoas que precisam de cuidados (COLLIÈRE, 2003).

Portanto, a realização da higiene bucal e os cuidados com a boca do paciente internado na UTI não devem ser vistos como uma ação rotineira pela equipe de enfermagem e nem como uma obrigação. Esta deve compreendê-la como uma medida prioritária de prevenção de enfermidades bucais, infecções respiratórias e sistêmicas; como missão e cuidado que cada profissional deve tomar em sua rotina diária (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007; BOOKER et al., 2013; CAVALCANTE; MATOS, 2015).

2.2 IMPORTÂNCIA DA HIGIENE BUCAL, PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM, NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

Entende-se por Higiene bucal (HB) o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico da cavidade oral, com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas, tubo endotraqueal, e qualquer outro artefato presente nesta região (AMIB, 2013).

Nas UTIs, a HB tem sido cada vez mais reconhecida como importante aspecto da assistência de enfermagem para prevenir infecções nosocomiais, otimizar saúde e promover qualidade no atendimento ao paciente (ROBERTSON; CARTER, 2013).

As características da cavidade bucal têm feito com que esta seja considerada um incubador microbiano ideal. Ela sofre colonização contínua e apresenta uma concentração de várias populações microbianas presentes no corpo humano. Dentre elas têm-se bactérias, fungos e vírus residindo no ecossistema denominado biofilme, encontrado em quase todos os nichos da cavidade bucal, sendo o dorso da língua e as superfícies dos dentes suas principais localizações. Além disso, apresenta elevado potencial patogênico, local e sistêmico, fornece proteção aos microrganismos, inclusive contra agentes antimicrobianos (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

De acordo com Barbosa et al. (2010) e Yusuf (2013), os pacientes sob cuidados intensivos ficam predispostos a doenças sistêmicas oportunistas associadas à proliferação,

contaminação e aspiração de bactérias bucais. A pneumonia nosocomial e a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) são as mais comuns. As pneumonias nosocomiais são aquelas desenvolvidas após 48 horas de internação hospitalar, enquanto a PAVM é aquela que se desenvolve de 48 a 72 horas a partir do início da ventilação mecânica, sendo considerada até 48 horas após a extubação. Ambas são causadas por bactérias colonizadas na cavidade bucal.

Ademais, esses indivíduos intubados, frequentemente, permanecem com a boca aberta, o que geralmente provoca a desidratação da mucosa e diminuição do fluxo salivar. Essa condição permite maior colonização de bactérias e predisposição a doenças periodontais e outros possíveis focos de infecção (SANTOS et al., 2013; MARCO et al., 2013).

Portanto, a condição bucal é determinante na prevenção de doenças da orofaringe, assim como na prevenção de outros distúrbios sistêmicos. A conservação da cavidade bucal saudável envolve procedimentos fundamentais para manter dentes limpos e fluxo normal de saliva, a qual tem a capacidade de regular a flora bacteriana (MENDES; MORAIS; SILVA, 2015).

Em estudo realizado por Jones, Munro e Grap (2011) com pacientes sob ventilação mecânica, com o objetivo de descrever o padrão de acúmulo de placa dentária, identificou-se que esta tende a se acumular nos dentes posteriores (molares e pré-molares). Portanto, se os profissionais de enfermagem estiverem cientes desse fato, poderão concentrar os esforços para a remoção do biofilme dental sobre estas áreas, as quais regularmente são limpas de forma insuficiente.

Entretanto, na literatura sobre cuidados intensivos, a prática de enfermagem é relatada como inconsistente e não baseada em evidências. Os profissionais de enfermagem ainda não valorizam o propósito preventivo da higiene bucal a contento, seja por falta de conhecimento acerca da importância do procedimento para a prevenção de patologias orais e sistêmicas, de implementação de rotinas que contemplem esse tipo cuidado como procedimento padrão nas instituições hospitalares, ou até mesmo da inter-relação enfermagem odontologia (BRITO; VARGAS; LEAL, 2007; ORLANDINI; LAZZARI, 2012).

Ademais, Schlesener, Rosa e Raupp (2012) relatam que há falhas na execução da técnica da higiene bucal pelos profissionais de enfermagem, o que pode contribuir para complicações infecciosas na evolução clínica do paciente, comprometendo a segurança do mesmo e a qualidade da assistência prestada.

Em termos de atitude em relação à HB, uma pesquisa revela que enfermeiros intensivistas colocam a HB em terceiro lugar na prioridade de cuidados físicos, e em oitavo

lugar na prioridade de cuidados de enfermagem, por considerarem que essa prática não constitui risco imediato para a sobrevivência do paciente (LIN et al., 2011).

Frente a essa problemática, para que ocorra a promoção da saúde bucal dos indivíduos criticamente enfermos, pesquisadores apontam a necessidade da construção de protocolos ou rotinas estabelecidas e embasadas em evidências científicas, para a prática de cuidado bucal deixar de ser empírica (JOHNSTONE; SPENCE; MCLAIN, 2010; BERRY et al., 2011a; YILDIZ; DURNA; AKIN, 2013; JORDAN et al., 2014; CUCCIO et al., 2012).

Ferramentas para a avaliação da cavidade bucal também devem estar incluídas entre as práticas de cuidados com a boca do paciente. Estas contribuem de forma significativa para identificar a ausência ou ineficiência de alguns cuidados, além de possibilitar ações corretivas na assistência de enfermagem, bem como suprir possíveis deficiências curriculares desses profissionais. Além disso, auxiliam e orientam os enfermeiros em relação aos planos mais individualizados desenvolvidos para o uso no processo do cuidar de pacientes dependentes (YILDIZ; DURNA; AKIN, 2013; AMES et al., 2011; SILVEIRA et al., 2010).

Segundo Scheid et al. (2007), a construção de um protocolo de promoção da saúde bucal a pacientes internados induz a uma aproximação entre as ciências da Enfermagem e Odontologia, respeitando os limites da atuação de cada uma dessas áreas. O objetivo de relacionar esses dois campos de conhecimento e prática é oferecer assistência integral aos pacientes.

Assim sendo, no Brasil, em agosto de 2013, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) estabeleceu o Procedimento Operacional Padrão (POP) sobre a realização da higiene bucal em pacientes adultos internados em UTI. No ano de 2014, essas recomendações foram revistas e atualizadas. Esse documento foi elaborado por membros dos departamentos de enfermagem e odontologia, sendo seus principais objetivos: padronizar os procedimentos de rotina e os materiais/soluções empregados na higiene bucal de pacientes graves ou críticos; controlar efetivamente o biofilme na cavidade bucal; contribuir de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial; detectar e prevenir lesões bucais e disfunção temporomandibular; identificar e eliminar focos infecciosos; contribuir para a redução do tempo de internação / permanência no leito; racionalizar o uso de antibióticos; conseqüentemente, melhorar a assistência ao paciente criticamente enfermo (MORAIS et al., 2015).

Em contrapartida, Hillier et al. (2013) afirmam que apenas a criação de protocolos não garante que haverá melhora nos cuidados bucais prestados pelos profissionais. É necessário que também ocorra educação continuada eficiente, avaliações da qualidade de assistência

prestada, com retorno aos sujeitos observados, e repetição periódica tanto das estratégias de educação quanto das avaliações.

Portanto, conclui-se que é imprescindível a inclusão de protocolos de higiene bucal, baseados nas atuais evidências, associada a atividades educativas que visem a capacitação e a conscientização da equipe interdisciplinar da UTI, quanto a importância da promoção da saúde bucal dos pacientes que estão sob cuidados intensivos.

2.3 CONHECIMENTOS PRELIMINARES FUNDAMENTAIS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Para que o enfermeiro possa identificar alterações ou possíveis problemas na região bucal, é necessário que tenha primeiramente conhecimentos sobre a aparência sadia desta cavidade. Assim, esta subseção visa descrever os principais aspectos anatomofisiológicos da boca, os quais são essenciais para o planejamento, execução e avaliação da assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde bucal.

2.3.1 Aspectos anatomofisiológicos da cavidade bucal

2.3.1.1 Boca

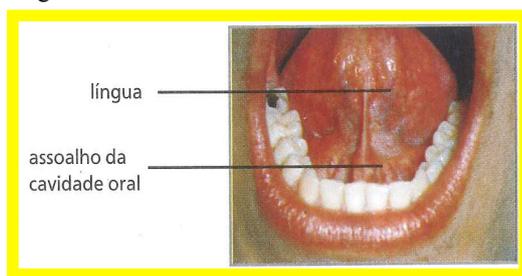
A boca (Figura 1) se comunica com o meio externo por uma abertura na face, entre os lábios superior e inferior, chamada de fissura oral. A cavidade bucal é o espaço delimitado pelos lábios na região anterior; pelas bochechas lateralmente; pelo palato na região superior; e pelo assoalho da cavidade oral na região inferior, localizado abaixo da língua (Figura 2). Internamente, a boca comunica-se com a faringe por meio de uma passagem estreita na região posterior, a garganta (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE; 2001).

Figura 1 - Limites Anterior, Lateral, Superior e Posterior da Cavidade Bucal



Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

Figura 2 - Limite Inferior da Cavidade Bucal

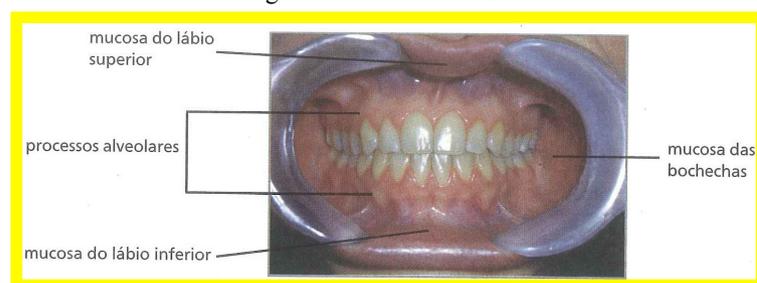


Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

2.3.1.2 Vestíbulo Bucal

O vestíbulo bucal, espaço localizado entre os processos alveolares e a mucosa dos lábios e das bochechas, aloja os dentes. Pode-se observar o vestíbulo bucal quando se fecha a boca, mantêm-se os dentes superiores cerrados contra os inferiores e afastam-se os lábios e as bochechas (Figura 3) (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001; PORTO 2014).

Figura 3 - Vestíbulo Bucal



Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

2.3.1.3 Lábios

Os lábios constituem a borda anterior da cavidade bucal. São formados por vários músculos com aspecto de duas dobras músculo-fibrosas; quando abertos é possível visualizar a gengiva e os dentes; a mucosa que recobre os lábios internamente possui glândulas labiais mistas e no lábio superior encontram-se glândulas sebáceas isoladas (PORTO, 2014). Possui coloração vermelha por causa do grande número de capilares que são vistos através do fino

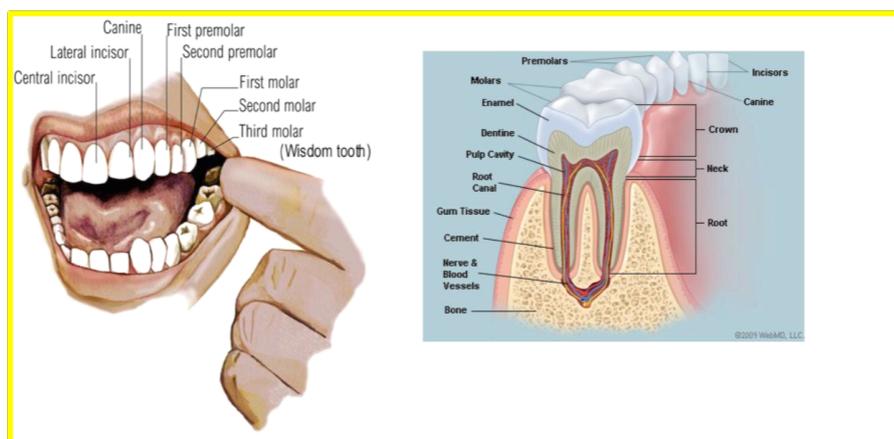
epitélio. Desse modo, o sangue torna-se visível e dá uma cor avermelhada aos lábios superior e inferior (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001).

Os lábios se unem de ambos os lados nos cantos da boca, em uma área fina e delicada chamada de fissura labial, a qual fica ressecada e ferida com facilidade. Nos lábios superior e inferior, encontra-se uma considerável quantidade de pequenas glândulas salivares, as chamadas glândulas labiais, encarregadas, como as demais glândulas salivares, da fabricação da saliva, que lubrifica os alimentos, quebra o amido e umedece a cavidade bucal (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001; PORTO 2014).

2.3.1.4 Dentes

Os dentes (Figura 4) estão dispostos na cavidade bucal em duas arcadas, inseridas nos ossos maxilar e mandibular. São formados pela coroa, que fica acima da gengiva e os alvéolos, raízes dentre das cavidades ósseas. Há quatro tipos de dentes: incisivos (cortam os alimentos); caninos (rasgam os alimentos); pré-molares (amassam os alimentos) e os molares (trituras e moem os alimentos) (PORTO, 2014).

Figura 4 Dentes



Fonte: <https://thesebonesofmine.wordpress.com/category/teeth-development/> Acesso em 10 de junho de 2016.

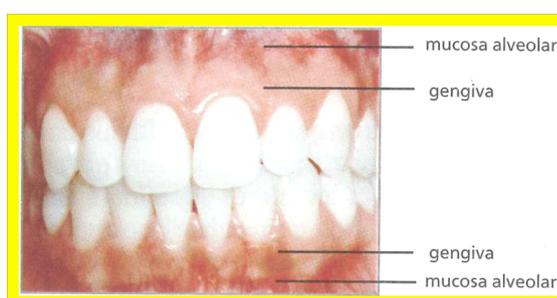
2.3.1.5 Gengiva e Mucosa Alveolar

Os processos alveolares superior e inferior são recobertos por dois tipos diferentes de tecidos, isto é, a gengiva e a mucosa alveolar. A região mais próxima dos dentes é revestida

pela gengiva, e aquela mais afastada, conseqüentemente mais próxima do fundo do vestibulo, é recoberta pela mucosa alveolar (Figura 5). A gengiva, por estar mais próxima dos dentes, recebe a pressão das forças mastigatórias quando uma pessoa se alimenta. Portanto, para suportar essa pressão, ela precisa ser firme e resistente. Seu epitélio é espesso e tem cobertura de queratina, que é uma forma de proteção do organismo. Por isso, tem uma superfície rugosa, com aspecto pontilhado, semelhante a uma casca de laranja, o que dá a impressão de a gengiva ser forte e resistente (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001; PORTO, 2014).

A mucosa alveolar, por estar mais afastada dos dentes, não fica exposta a pressões durante a mastigação. O seu epitélio é mais fino e não possui queratina. Ela tem uma aparência mais delicada, lisa e avermelhada, contrastando com a gengiva, que é pontilhada e cor-de-rosa claro (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001; PORTO, 2014).

Figura 5 - Gengiva e Mucosa Alveolar



Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

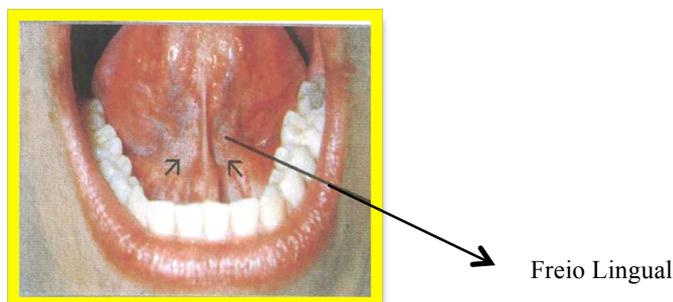
A grande quantidade de vasos sanguíneos da mucosa alveolar evidencia a cor vermelha do sangue por causa do seu epitélio fino. Entretanto, a gengiva, que em condições normais é rosa claro, deixa transparecer menos a cor do sangue, porque seu epitélio é mais grosso. Se a gengiva estiver com uma cor mais avermelhada e sem a aparência pontilhada do tipo “casca de laranja”, ela provavelmente está inflamada (PORTO, 2014).

2.3.1.6 Língua

A língua é um órgão constituído basicamente de musculatura estriada, cuja base e parte central estão fixadas ao assoalho da boca; na linha média encontra-se o freio lingual (Figura 6), uma prega de tecido que conecta a língua ao assoalho da boca. A superfície dorsal

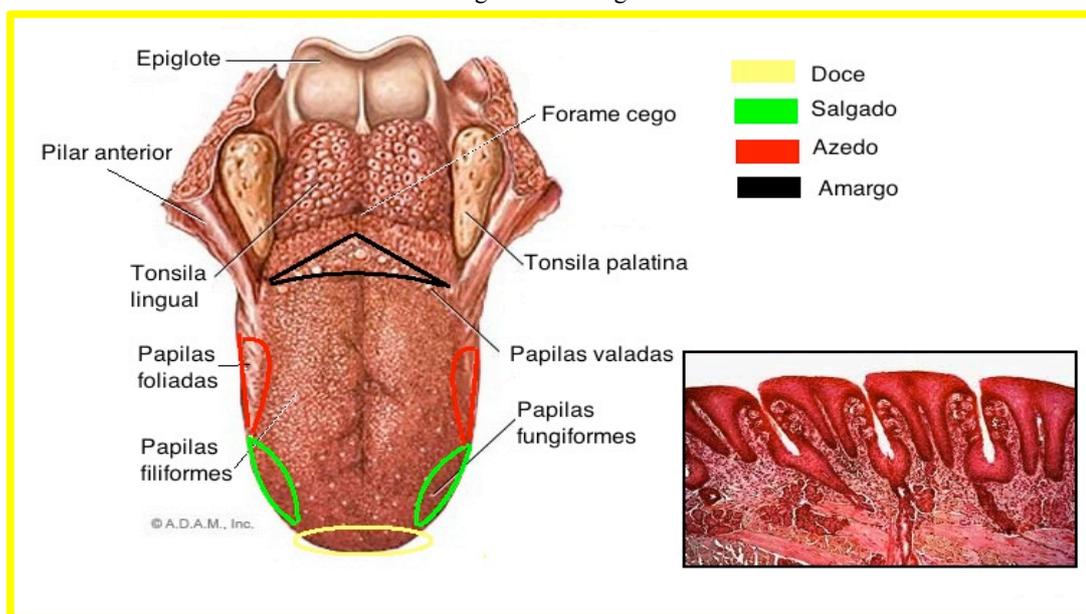
tem aparência rugosa, pois é coberta por várias elevações, as chamadas de papilas. Estas dividem-se em quatro tipos: filiforme, fungiforme, foliada e circunvalada (Figura 7). Nestas, encontram-se os botões gustativos, cuja função é de analisar os constituintes químicos dos alimentos, responsáveis pela sensação do paladar (PORTO, 2014).

Figura 6 – Freio Lingual



Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

Figura 7 - Língua



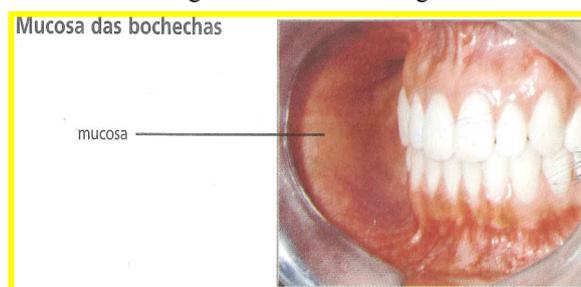
Fonte: <http://www.medicinageriatrica.com.br/tag/papilas-gustativas/> Acesso em: 20 de agosto de 2016

2.3.1.7 Mucosa Jugal

A mucosa jugal (Figura 8), chamada de bochechas, é a lateral da cavidade bucal; o músculo bucinador é responsável pelas funções de movimentação, manutenção da tensão e flexibilidade da bochecha. As estruturas que compõem a mucosa jugal facilitam a integração biomecânica da mastigação dos alimentos e da fonação (PORTO, 2014).

Nas bochechas encontram-se pequenas glândulas salivares que colaboram para a lubrificação da boca, as glândulas bucais. Encontra-se ainda nesse local a abertura do canal de uma glândula salivar maior, a glândula parótida, que é uma fonte importante de secreção de saliva. A glândula parótida localiza-se ao lado do ouvido e o seu canal desemboca na mucosa das bochechas. Isso acontece tanto do lado direito como do lado esquerdo (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001).

Figura 8 – Mucosa Jugal

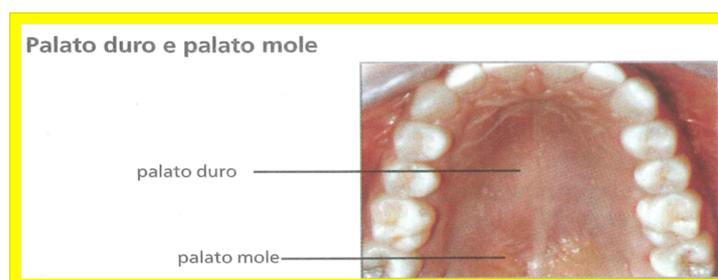


Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

2.3.1.8 Palato

O teto da boca é formado pelo palato (Figura 9), o qual se divide em duas partes palato duro e palato mole. O palato duro, mais anterior, possui esqueleto ósseo, esbranquiçado com rugas transversais irregulares, formadas de tecido conjuntivo denso e que desempenham papel importante na mastigação dos alimentos. Constitui-se uma área de apoio importante para as próteses dentárias superiores, exatamente por sua firmeza e resistência (NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE, 2001; PORTO, 2014).

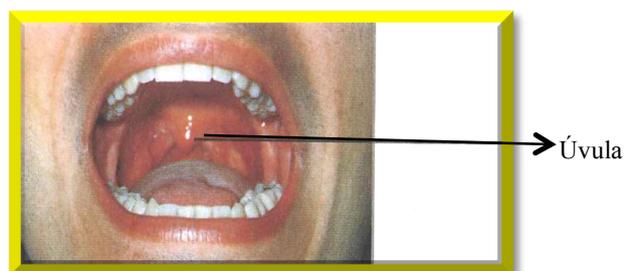
Figura 9 - Palato



Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

O palato mole localiza-se atrás do palato duro. Ele se estende para trás até a garganta, na região posterior da cavidade bucal. No meio do palato mole existe um prolongamento para baixo, denominada úvula palatina (Figura 10). A mucosa é frouxa e elástica para acompanhar os movimentos dos músculos do palato mole, que se movimentam durante a mastigação, deglutição e fonação (PORTO, 2014).

Figura 10 - Úvula

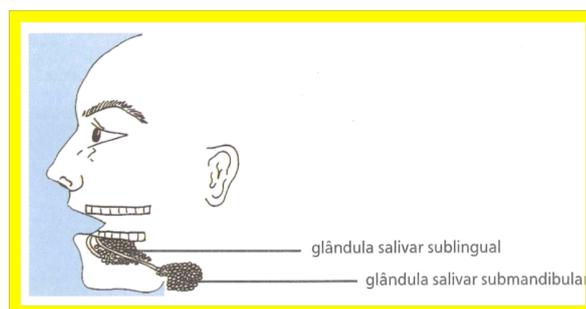


Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

2.3.1.9 Glândulas Salivares

As glândulas salivares (Figura 11) dividem-se em menores e maiores e, em relação à função, em serosas, mucosas e mistas. As glândulas menores, em número de 450 a 750, estão espalhadas na cavidade bucal, e as maiores são pares e simétricas, possuem ductos excretores de diferentes calibres que abrem na cavidade bucal; dividem-se em glândulas parótidas, submandibulares e sublinguais. A quantidade de secreção excretada varia de 15 mL por hora em repouso, chegando a uma produção de 680 a 1500 mL por dia, quando sob ação de diversos estímulos físicos, químico, nervoso e psíquico; substâncias inertes, como alimentos secos, arenosos, frios, quentes e ácidos, estimulam o fluxo salivar (PORTO, 2014).

Figura 11 - Glândulas salivares (sublingual e submandibular)



Fonte: NOJIMA LINCOLN; NOJIMA MATILDE (2001)

2.3.1.10 Saliva

A saliva corresponde a um fluido produzido pelas glândulas salivares maiores (parótida, submandibular e sublingual) e em torno de 600 glândulas salivares menores, distribuídas em regiões da mucosa bucal, orofaringe e língua. Contém uma série de componentes que interagem com os microrganismos e é responsável pela manutenção da homeostase da boca. Contribui significativamente para a estabilidade do pH bucal, faringiano, esofágico, bem como para o equilíbrio da microbiota local. Possui também propriedades relacionadas com os processos imunológicos e de reparação tecidual devido à presença de anticorpos, citocinas e fatores de crescimento epidermal. Vale destacar que na ocorrência de hipossalivação moderada pode ocorrer um aumento de quatro vezes a capacidade de agregação bacteriana em única célula descamada, na região do dorso da língua; ou seja, passam de 25 para 100 bactérias aderidas apenas em uma célula (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

2.3.1.11 Microbiota Bucal

A cavidade bucal é colonizada por microrganismos desde o nascimento até a morte de um indivíduo, e estima-se a existência aproximada de 700 espécies de microrganismos predominantes, incluindo vírus, fungos, protozoários e bactérias. Essa microbiota é na maioria comensal, que, sob condições normais, mantém-se em equilíbrio com o hospedeiro, contribuindo para sua integridade fisiológica e imunológica. Apenas um pequeno número é de patógenos oportunistas, que coabitam a boca sem causar doenças em decorrência de diversos fatores, destacando-se a saliva (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

No entanto, alterações no hospedeiro – como interações físico-químicas entre enzimas e microrganismos, redução da saliva e de imunoglobulinas, elevação dos níveis de enzimas proteases e neuraminidases associadas a uma precária higiene bucal e gengivites – proporcionam a colonização da cavidade bucal por bactérias Gram-negativas. A microbiota também pode ser influenciada por fatores externos e intrínsecos ao paciente – tabagismo, alcoolismo, antibiótico terapia ou cortiço terapia, permanência em ambientes hospitalares, estado nutricional, higiene bucal precária ou ausente e idade – pela possibilidade de alterar a imunidade local, sistêmica e por selecionar espécies bacterianas. Pacientes em estado crítico de saúde apresentam níveis elevados de protease, que é responsável por uma substância

protetora dos dentes, a fibronectina. Esta é uma glicoproteína inibidora da aderência de bacilos Gram-negativos à orofaringe (SCANNAPIECO, 2006; TEREZAKIS et al., 2011).

2.3.1.12 Biofilme

O biofilme, conhecido como placa bacteriana (Figura 12), é definido como uma comunidade microbiana sésil, aderida a uma superfície sólida. No início da sua formação, o biofilme bucal é colonizado por microrganismos facultativos Gram-positivos. Porém, conforme ele evolui e amadurece, há um aumento significativo de bacilos Gram-negativos e diminuição dos Gram-positivos. Os microrganismos que compõem o biofilme formam uma comunidade extremamente organizada, envolvidos por uma matriz extracelular, composta principalmente de polissacarídeos produzidos pelas próprias bactérias, as quais interagem com os componentes da saliva. No entanto, perturbações ambientais podem aumentar o seu volume e extensão, tornando-o visível em nichos como o dorso da língua, superfícies dentárias e nas mucosas da orofaringe (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

Esses microrganismos também podem fixar-se em estruturas não biológicas, como próteses dentárias, aparelhos ortodônticos, cânula de guedel, sonda nasogástrica, entre outros (SALDANHA et al, 2015b; VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

Figura 12 - Placa Bacteriana nos Dentes



Fonte: : <http://odontosmilesrn.com.br/tratamentos/clinica-geral> Acesso em 10 de junho de 2016.

2.3.1.13 Saburra Lingual

A saburra lingual, também denominada biofilme lingual visível (Figuras 13 e 14), é um material mucoso, aderido ao dorso lingual, de coloração variável, dependente principalmente da dieta do indivíduo. É formada basicamente por restos alimentares, células

epiteliais descamadas, mucina salivar, células sanguíneas, metabólitos, nutrientes, resíduos e pigmentos alimentares e bactérias. A anatomia da língua e fatores como idade, higiene bucal, taxa de fluxo salivar, condição periodontal influenciam a composição do biofilme visível, podendo ou não favorecer a manifestação. Ademais, a estagnação desse material sobre o dorso da língua é considerado o maior nicho de formação de compostos sulfurados voláteis, responsáveis pelas alterações do odor bucal (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

O biofilme lingual visível é colonizado principalmente por bactérias Gram-negativas anaeróbicas, como *Veillonella Parvula*; *Tannerella Forsythia* e *Prevotella Melaninogenica*, que foram detectadas em contagem absoluta acima de 10^6 , seguidas por *Prevotella nigrescens*, *Fusobacterium Periodonticum*, *Neisseria Mucosa* e *Prevotella Intermedia*. O conhecimento das relações ecológicas entre as espécies bacterianas facilita as investigações sobre as interações bacterianas (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

Portanto, no que se refere ao paciente criticamente enfermo internado em UTI e com biofilme lingual, deve-se lembrar que a pneumonia nosocomial poderá ocorrer em virtude da invasão, no trato respiratório inferior, tanto de bastonetes Gram-negativos como espécies Gram-positivas. Isso decorre da aspiração de secreção presente na orofaringe por inalação de aerossóis contaminados (VIEIRA; FALCÃO; AMORIM, 2015).

Figura 13 – Biofilme lingual visível



Fonte: VIEIRA; FALCÃO; AMORIM (2015)

Figura 14 - Presença de biofilme lingual no paciente com intubação orotraqueal



Fonte: ATZINGEN, M. D. V. (2014)

2.3.1.14 Xerostomia

A xerostomia é a sensação subjetiva de boca seca, que pode ser consequência ou não da diminuição ou interrupção das glândulas salivares. As causas são variadas, sendo que esta alteração atinge mais idosos, chegando a ser três vezes superior ao do adulto jovem. Pode ocasionar dificuldades para engolir e falar, distúrbios do paladar, aumento da ingestão de líquidos, predisposição à candidíase bucal, sialoadenite bacteriana, cárie e doença periodontal. Em se tratando de pacientes internados na UTI, xerostomia é frequente. Esses pacientes, por causa do tubo endotraqueal, permanecerem com a boca aberta fazendo com que as mucosas bucais fiquem mais desidratadas. Além disso, medicamentos, principalmente, opioides, anti-histamínicos, quimioterápicos, antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos e anticolinérgicos também podem ocasionar xerostomia. Esta também pode estar ligada a doenças, como o mal de Parkinson, entre outras (TENIS et al., 2015).

2.3.1.15 Halitose

A halitose é a expressão usada para definir um odor bucal desagradável (mau hálito), geralmente percebido pelos circunstantes e menos frequentemente pelo próprio paciente. A presença de halitose requer um exame cuidadoso do paciente, não apenas da cavidade bucal, mas também do sistema respiratório, digestivo, pele e mucosas. Apresenta etiologia multifatorial, podendo ser encontrado mais de um fator causal em um mesmo indivíduo, como: distúrbios metabólicos (diabetes), psicogênicos (ansiedade), digestivos (gastrite, colite, enterite, dispepsias, obstrução intestinal), respiratórios (rinite hipertrófica, pólipos, sinusite,

laringite, bronquite, câncer, abscesso no pulmão) e principalmente fatores bucodentários como: higiene bucal deficiente, gengivite ulcerativa necrosante, periodontoses, cáries, próteses artificiais mal confeccionadas, mal higienizadas ou mal adaptadas, alterações do padrão salivar (PORTO, 2014).

2.4 CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL NO PACIENTE INTERNADO EM UMA UTI

Esta subseção visa descrever o sistema de classificação de intervenções de enfermagem, as soluções e equipamentos, relacionados aos cuidados bucais mais apresentados na literatura científica, dando ênfase para aqueles que são recomendados segundo as últimas evidências científicas.

2.4.1 Sistema de classificação de intervenções de enfermagem

Nos últimos anos, a enfermagem tem buscado fundamentar suas ações no conhecimento científico, o que fez surgir vários sistemas de classificação, desde relacionados aos diagnósticos, aos resultados, até às intervenções.

Uma intervenção de enfermagem corresponde a qualquer tratamento, fundamentado no julgamento e no conhecimento clínico, realizado por um enfermeiro para intensificar os resultados do paciente/cliente. Há intervenções iniciadas pelo enfermeiro, pelo médico e colaborativas (BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

Uma intervenção iniciada pelo enfermeiro, ou ações de enfermagem independentes, é uma ação autônoma, baseada em fundamentação científica, executada para beneficiar o paciente, de forma previsível, relacionada ao diagnóstico de enfermagem e aos resultados projetados. Envolve a execução de intervenções prescritas pelo enfermeiro, resultantes da avaliação que ele fez das necessidades dos pacientes e escrita no plano de cuidados, além de todas as demais ações que iniciam sem orientação ou supervisão de outro profissional de saúde. As intervenções iniciadas pelo enfermeiro não necessitam de prescrição médica ou de outro membro da equipe, pois derivam-se do diagnóstico de enfermagem. Enfermeiros eficientes distinguem as intervenções de enfermagem que tratam dos fatores que causam os problemas dos pacientes ou contribuem para eles (TAYLOR, LILLIS; LeMONE, 2007; BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

No que se trata das intervenções colaborativas, ou ações de enfermagem interdependentes, são aquelas realizadas conjuntamente com outros enfermeiros e por outros membros da equipe de saúde (TAYLOR,LILLIS; LeMONE, 2007; BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

Intervenções iniciadas pelo médico ou ações de enfermagem dependentes, envolvem a execução de prescrições pelo médico (TAYLOR; LILLIS; LeMONE, 2007; BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

Nessa perspectiva, o Sistema de Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) visa padronizar as intervenções realizadas pelos enfermeiros e tem vários benefícios, como fornecer a base para o sistema de registro padronizado para a documentação clínica, para a informação dos cuidados prestados entre os diferentes setores de uma organização, para a pesquisa, ou mesmo como medida de produtividade e avaliação de competências (BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

A NIC é uma estrutura Taxonômica e está organizada obedecendo a uma árvore hierárquica, que vai dos domínios, classes e intervenções, até as ações mais específicas, que são as atividades (BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

No que se refere às intervenções e atividades ligadas à HB, encontram-se na NIC três intervenções assim denominadas: Manutenção da saúde oral; Promoção da saúde oral e Restauração da saúde oral. Para cada uma das intervenções, estão descritas as atividades necessárias para implementar a respectiva intervenção (BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010).

Quadro 1 - Manutenção da saúde oral*

<p>Definição: Manutenção e promoção de higiene oral* e saúde dentária a paciente com risco de desenvolver lesões orais ou dentárias.</p>
<p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma rotina de cuidados bucais. • Aplicar lubrificante para hidratar lábios e mucosas, quando necessário. • Monitorar os dentes quanto à cor, brilho e presença de resíduos. • Identificar o risco de desenvolvimento de estomatite secundária à terapia farmacológica. • Encorajar e auxiliar o paciente a enxaguar a boca. • Monitorar os efeitos terapêuticos do anestésico tópico, das pastas de dente para proteção bucal e analgésicos tópicos ou sistêmicos, conforme apropriado. • Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene bucal após as refeições e sempre que necessário. • Monitorar os sinais e os sintomas de glossite e estomatite. • Consultar o médico ou o dentista sobre a readaptação de aparelhos ortodônticos e métodos alternativos de cuidado bucal, quando ocorrer irritação de mucosas bucais em decorrência desses aparelhos. • Consultar o médico se persistir ressecamento, irritação e desconforto bucal. • Facilitar a escovação dos dentes e o uso do fio dental em intervalos regulares. • Recomendar o uso de escovas com cerdas macias. • Orientar a pessoa a escovar os dentes, gengivas e língua. • Recomendar dieta saudável e ingestão adequada de água. • Providenciar consultas dentárias, quando necessário. • Auxiliar no cuidado de dentadura, quando necessário. • Encorajar usuários de dentadura a escovarem as gengivas e a língua e a enxaguarem diariamente a cavidade bucal. • Desencorajar o hábito de fumar e de mascar tabaco. • Orientar o paciente a mascar chiclete sem açúcar para aumentar a salivação e limpar os dentes.

Fonte: BULECHEK, HOWARD, DOCHTERMAN, 2010

Quadro 2 - Promoção da saúde oral*

<p>Definição: Promoção da higiene oral* e do cuidado dentário para paciente com saúde dentária e oral normal.</p>
<p>Atividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a necessidade de uma rotina diária de cuidados orais. • Monitorar a mucosa oral regularmente. • Desencorajar o hábito de fumar e de mascar tabaco. • Promover exames dentários regulares. • Ensinar e estimular o uso de fio dental. • Orientar o paciente a evitar a escovação excessiva das gengivas. • Auxiliar a escovar os dentes e enxaguar a boca, conforme a capacidade de autocuidado do paciente. • Remover, limpar e recolocar dentaduras, quando necessário. • Aplicar lubrificante para hidratar lábios e mucosas, quando necessário. • Massagear as gengivas, conforme apropriado.

Fonte: BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010

* Termo padronizado na Taxonomia (NIC)

Quadro 3 - Restauração da saúde oral*

Definição: Promoção da cicatrização em paciente com lesão na mucosa oral ou nos dentes.
Atividades:
<ul style="list-style-type: none"> • Remover dentaduras no caso de estomatite grave. • Usar uma escova de dente macia para remover resíduos dos dentes. • Usar palinetes para os dentes ou esponjas descartáveis para estimular as gengivas e limpar a cavidade bucal. • Encorajar o uso do fio dental sem cera, quando os níveis de plaquetas estiverem acima de $50.000/\text{mm}^3$. • Encorajar o enxágue frequente da boca com solução de bicarbonato de sódio, solução salina morna ou peróxido de hidrogênio. • Desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool. • Monitorar lábios, língua, mucosas, fossas das amígdalas e gengivas quanto à hidratação, cor, textura, presença de resíduos e infecção utilizando uma lanterna e abaixador de língua. • Determinar a percepção do paciente quanto às mudanças no paladar, na deglutição, na qualidade da voz e no conforto. • Reforçar o regime de higiene bucal como parte do ensino da alta hospitalar. • Orientar o paciente a evitar enxaguatórios bucais. • Orientar o paciente a relatar imediatamente ao médico sinais de infecção. • Monitorar os efeitos terapêuticos de anestésicos tópicos, pastas de proteção oral e analgésicos tópicos ou sistêmicos, conforme apropriado. • Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene bucal após as refeições e sempre que necessário. • Monitorar o paciente a cada turno em relação ao ressecamento da mucosa bucal. • Auxiliar o paciente a selecionar alimentos cremosos, com pouco tempero e acidez. • Aumentar os cuidados da boca a cada duas horas e duas vezes por noite, quando a estomatite não for controlada. • Monitorar os sinais e sintomas de glossite e estomatite. • Consultar o médico se sinais e sintomas de glossite e estomatite persistirem ou piorarem. • Planejar refeições menores e mais frequentes; selecionar alimentos cremosos e servir a comida morna ou em temperatura ambiente. • Evitar o uso de soluções de glicerina com limão. • Aumentar a quantidade de líquido nas refeições. • Aplicar anestésicos tópicos, pastas de proteção bucal e analgésicos sistêmicos ou tópicos, quando necessário.

Fonte: BULECHEK; HOWARD; DOCHTERMAN, 2010

2.4.2 Escovação

As intervenções mecânicas visam a destruição do biofilme bucal por meio de ação física, promovendo a remoção da placa dentária. A esse respeito, a escovação, dentro do ambiente de terapia intensiva, tem sido apontada como uma técnica relevante na redução mecânica de bactérias patogênicas respiratórias do biofilme dentário.

* Termo padronizado na Taxonomia (NIC)

Estudos têm demonstrado a relação mecânica da escovação com as taxas da PAVM. Uma investigação de caráter descritivo avaliou as taxas da PAVM após a implementação de um protocolo de higiene bucal com escova de dentes pediátrica e creme dental, por 1 a 2 minutos, em dois tipos de UTI: trauma e cirúrgica. Os resultados revelaram diminuição significativa apenas nos pacientes internados na unidade cirúrgica. Tal revelação resultou na inclusão do gluconato de clorexidina à 0,12% de 12 em 12 horas, pelos pesquisadores, no protocolo de higiene bucal da UTI trauma (JOHNSON; DOMB; JOHNSON, 2012).

Sabe-se que os pacientes internados em uma UTI trauma têm suas peculiaridades. Normalmente, apresentam uma resposta inflamatória sistêmica, tal como no início da PAVM. Por isso, não cabe enquadrar as práticas relacionadas ao cuidado bucal, em um protocolo único, a característica da população é de suma importância para a padronização (JOHNSON; DOMB; JOHNSON, 2012).

A relação do controle mecânico do biofilme dental com as taxas de PAVM, também foi pesquisado por Khalifehzadeh, Parizade e Yousefi (2012) por meio de ensaio clínico randomizado, com 54 pacientes sob ventilação mecânica de uma UTI geral no Irã. Os participantes foram divididos entre grupo de intervenção (aspiração de secreções bucais associada a escovação dos dentes e língua por 3 minutos e 15mL de clorexidina de 12/12 horas) e grupo controle (limpeza dos dentes e língua com chumaço de algodão mais clorexidina duas vezes ao dia). Entretanto, os dois grupos não tiveram impacto significativo na redução das taxas de PAVM.

Resultado semelhante foi encontrado por Biosca et al. (2011). Estes avaliaram 147 pacientes de uma UTI geral sob ventilação mecânica, na Espanha. O objetivo foi verificar a redução do índice de placa dentária em pacientes que receberam higiene bucal com escova elétrica e sua associação com a diminuição das taxas de PAVM. Os participantes foram randomizados em dois grupos, (1) clorexidina à 0,12%; (2) escova de dentes elétrica e clorexidina à 0,12%. Não houve diferença significativa entre os grupos. A associação da escova elétrica e clorexidina não diminuiu de forma significativa o índice de placa dentária e nem reduziu a incidência de PAVM.

No estudo de Prendergast et al. (2012), ensaio clínico randomizado com duração de dois anos, foram avaliados 56 pacientes em uma UTI neurológica nos Estados Unidos. O objetivo foi comparar os efeitos de dois protocolos de saúde bucal ao longo da intubação e 48 horas após a extubação. Os efeitos da escovação manual isolada foram comparados com o uso conjunto de escova elétrica, raspagem da língua e hidratação. Os participantes que receberam apenas escovação manual e creme dental, apresentaram piora significativa da saúde bucal ao

longo da intubação e após a extubação. Porém, o grupo que recebeu limpeza mecânica com escova de dentes elétrica, creme dental, raspagem da língua e hidratação, a saúde bucal permaneceu estável e sem alterações significativas.

Cabe aqui ressaltar que pesquisadores, como Ames (2011a) e Ames et al. (2011b), alertam que a limpeza da língua, para a diminuição da saburra, é fundamental para a prevenção de infecções nosocomiais. Caso isso não ocorra, essa parte da boca poderá tornar-se um reservatório de patógenos respiratórios. Revelam, também, que na literatura científica há pesquisadores que alegam que a ação mecânica da escovação aumenta a chance de translocação bacteriana para a corrente sanguínea.

Essa relação da escovação com a bacteremia transitória foi tema de investigação no estudo prospectivo pré/pós intervenção de Jones et al. (2010), com 30 pacientes criticamente enfermos, internados em uma UTI geral sob ventilação mecânica, em hospital universitário no Texas. O tamanho da amostra foi baseado em outros estudos relacionados a essa temática. Antes da intervenção, a saúde bucal de cada indivíduo foi avaliada quanto à microbiota, escores de placa dental, presença de sangramento e lesões. Os participantes receberam escovação por dois minutos com escova de dentes pediátrica e creme dental duas vezes ao dia. Um primeiro conjunto de amostras de sangue para cultura quantitativa foi coletado. A primeira amostra ocorreu antes da escovação, a segunda um minuto após e a terceira 30 minutos após. Um segundo conjunto foi obtido durante escovação programada 48 horas mais tarde. Nenhum dos indivíduos teve evidências de bacteremia por hemocultura positiva antes ou após as intervenções de escovação. Segundo os autores, uma limitação foi o tamanho da amostra estimado. Esta teve como base pesquisas realizadas com populações saudáveis e não em adultos criticamente enfermos e sob ventilação mecânica. No entanto, alegam que compreender a incidência e relevância clínica da bacteremia de origem bucal auxilia na padronização dos cuidados com boca de forma segura e eficaz para pacientes críticos.

Esses mesmos autores relatam que a bactéria relacionada à escovação tem sido demonstrada em indivíduos saudáveis com periodontite ou gengivite. Não há nenhuma evidência para sugerir que a limpeza dos dentes, língua e mucosas com escova de dentes seja prejudicial (JONES et al., 2010).

Deve-se destacar que nos pacientes com graves distúrbios de plaquetas não é recomendável o uso de escova de dentes, devido à maior força exercida pelas mãos do profissional, podendo ocasionar complicações como a hemorragia. Por outro lado, uma escova pediátrica ou com cerdas macias pode facilitar a higiene bucal em pacientes intubados, pois reduz o risco de trauma e sangramento (LORENT et al., 2012).

Quanto ao tipo escova (manual ou elétrica), Shi et al. (2013) demonstraram, por meio de uma metanálise, com 35 estudos controlados randomizados que não houve redução de forma significativa de pneumonias, quando se utilizou escova manual para a realização da higiene bucal. O mesmo resultado ocorreu com o uso da escova elétrica.

Portanto, dentre as opções na literatura científica sobre cuidados bucais no paciente crítico, a escovação, seja com escova elétrica ou manual pediátrica, é a que possivelmente mais traz benefícios no desbridamento mecânico e na redução da formação do biofilme dental (LORENT et al., 2012; BIOSCA, 2011; JOHSON; DOMB; JOHNSON, 2012; KHALIFEH-ZADEH; PARIZADE; YOUSEFI, 2012).

2.4.3 Soluções para a realização da higiene bucal

Quanto às soluções utilizadas para a realização da higiene bucal, pesquisadores remetem-se, de forma predominante, ao uso de substâncias antissépticas e antimicrobianas assim como os seus efeitos na prevenção da PAVM.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) indica o uso de gluconato de clorexidina 0,12% ou 0,2%, como veículo bucal, entre as medidas recomendadas para a prevenção de pneumonias hospitalares e da mortalidade relacionada a ventilação mecânica, com o objetivo de erradicar a colonização bacteriana da orofaringe e reduzir a ocorrência de PAVM (BRASIL, 2013).

Na literatura científica, o uso desse fármaco tem sido investigado pelos pesquisadores de forma exclusiva ou comparado com outras soluções.

Sharma e Kaur (2012) abordam exclusivamente o uso da clorexidina à 0,12% como agente químico para a prevenção da PAVM. Trata-se de estudo randomizado duplo-cego, que contou com 260 pacientes sob ventilação mecânica, internados em UTI. Estes foram distribuídos em dois grupos: (1) controle, que recebeu higiene bucal com solução salina e (2) intervenção que recebeu higienização da boca com clorexidina 0,12%. Os resultados revelaram que, no primeiro grupo, 35,4% dos pacientes desenvolveram PAVM, sendo que no segundo a incidência da doença foi de 5,7%.

Souza, Guimarães e Ferreira (2013) encontraram resultados semelhantes. Por meio de um relato de experiência, os autores mostram que a substituição da solução utilizada (cloreto de cetilpiridínio a 0,05%) pelo gluconato de clorexidina 0,12% no protocolo de higiene bucal incorporado no bundle de prevenção da PAVM, teve impacto significativo na redução das taxas dessa infecção respiratória de 33,3% para 3,5%.

O bundle é um protocolo, ou melhor, um conjunto de medidas para prevenção da PAVM, que tem sido um método eficaz para reduzir as taxas desta doença nas UTIs. Este deve ser revisto e modificado sempre que for necessário cuidados específicos para os pacientes (FIELDS, 2014; IHI, 2012).

No princípio esse protocolo continha apenas quatro itens: elevação da cabeceira da cama de 30° a 45°, sedação eficaz, avaliação diária de prontidão para a extubação, medicação regular para a profilaxia de úlcera péptica e trombose profunda. Em meados de 2010, a prática de higiene bucal com clorexidina foi incluída e seguida por muitos hospitais americanos, após revisão sistemática da Universidade de Cambridge, revelando a efetividade da clorexidina na higiene bucal e redução bacteriana (IHI, 2012; SHI et al., 2013; KLOMPAS; BERENHOLTZ, 2015). Considerou-se também a realização de pesquisas clínicas que mostravam resultados positivos e significativos na redução das taxas de PAVM após a higiene bucal ter sido realizada com clorexidina em pacientes sob ventilação mecânica (SCANNAPIECO; BUSH; PAJU, 2003; MUNRO et al., 2009; PAR; BADOVINAC; PLANCAK, 2014).

No meio científico, há também pesquisadores que comparam o uso do gluconato de clorexidina com outras soluções. Berry et al. (2011b), por meio de estudo controlado randomizado único cego, testaram o uso de dois tipos de intervenções sobre a colonização microbiana da placa dental com patógenos respiratórios e a incidência de PAVM em 109 pacientes intubados e submetidos a ventilação mecânica. Os pacientes foram separados em dois grupos de intervenção, quais foram: (1) escova de dentes pediátrica e enxágue com bicarbonato de sódio e (2) escova de dentes pediátrica e clorexidina 0,2%, além do grupo controle (água estéril). Porém, devido ao tamanho insuficiente da amostra, os resultados não tiveram significância estatística.

Özden et al. (2014), em estudo experimental controlado randomizado, com 60 pacientes internados em uma UTI geral, compararam a influência do bicarbonato de sódio 0,5% (1), clorexidina 0,2% (2) e solução salina (3) na integridade da mucosa oral e colonização bacteriana nos indivíduos que estavam sob ventilação mecânica. Em termos da integridade da mucosa bucal, não houve diferenças significativas entre os grupos. Em relação à colonização bacteriana, *P. Aeruginosa* permaneceu constante no grupo da solução salina e aumentou nos outros. Porém, o *A. Baumannii* mostrou-se diminuído apenas no grupo da clorexidina.

Entretanto, apesar de investigações científicas apontarem a eficácia da clorexidina na concentração 0,12% na redução e formação do biofilme bucal, o uso diário dessa solução apresenta efeitos colaterais indesejáveis como manchas nos dentes e na língua, perda do

paladar e sensação de queimação na mucosa bucal. Por isso, outras formulações têm sido desenvolvidas para melhorar estes aspectos, mantendo adequado controle da formação do biofilme bucal (BOOKER et al., 2013; FEIDER; MITCHELL, BRIDGES, 2010; CARVALHO et al., 2010, GU et al., 2012).

Nesta perspectiva, a investigação de produtos naturais com atividade antimicrobiana vem atraindo a atenção de muitos pesquisadores (CARVALHO et al., 2011).

Antissépticos à base de plantas como a PérsicaTM 10% e Matrica 10% foram comparados com os efeitos antibacterianos do gluconato de clorexidina a 0,2% em 80 pacientes de UTI geral. Todas as soluções tiveram efeito significativo sobre a redução do *S. aureus* e *S. Pneumoniae* da orofaringe de pacientes sob ventilação mecânica. Porém, a clorexidina a 0,2% foi o colutório mais eficaz. A PérsicaTM teve mais efeito quando comparada à Matrica a 10%. No entanto, mais pesquisas são necessárias para que esses antissépticos bucais à base de plantas sejam considerados uma alternativa para o uso em substituição à clorexidina na prevenção de PAVM (KREZRI et al., 2013).

O chá verde e a água fervida, também foram soluções investigadas por pesquisadores. Oitenta e um pacientes intubados por via oral foram recrutados e divididos aleatoriamente em três grupos: grupo controle (n=27), grupo chá verde (n=29) e grupo água fervida (n=25). Os protocolos consistiam de enxágue com chá verde (2g de pó de chá verde imerso em 100mL de água fervida durante 1 hora); enxágue com água fervida, a cada 4 horas, além de higiene bucal de rotina uma vez por dia, escovação com escova de dentes pediátrica e creme dental com flúor. Os pacientes do grupo controle receberam cuidados bucais de rotina uma vez por dia. Os resultados sugerem que os protocolos de higiene bucal para intubados, utilizando água fervida ou o chá verde, podem melhorar o estado da mucosa bucal de pacientes internados em UTIs (HSU et al., 2010).

Enxaguatório antisséptico contendo óleos essenciais (Listerine[®]), tem sido outra solução que tem sido investigada para a realização da higiene bucal. Berry (2013), em estudo controlado randomizado com 398 pacientes adultos em ventilação mecânica, visou comparar os efeitos do Listerine[®] com o bicarbonato de sódio na redução da colonização da placa dental com patógenos respiratórios e na incidência de PAVM. Em comparação com o grupo controle, ambos não foram eficazes na redução da colonização e nem na incidência de PAVM.

Portanto, quanto ao controle químico do biofilme dental, o gluconato de clorexidina, apesar da falta de uniformidade em relação à sua concentração (0,12% ou 0,2%), tem sido o antisséptico mais

recomendado pela literatura científica, principalmente para a prevenção de PAVM, nos pacientes sob ventilação mecânica invasiva.

2.4.4. Intervenções combinadas: escovação e solução antisséptica

Estas intervenções referem-se ao controle químico do biofilme dental associado ao controle mecânico. Oliveira et al. (2014), por meio de um estudo controlado randomizado com 48 pacientes de uma UTI geral, avaliam uma intervenção química associada à mecânica na remoção do biofilme bucal. Os participantes foram separados em quatro grupos que receberam as seguintes intervenções: (1) higiene bucal com gaze embebida com clorexidina a 0,12% a cada 12 horas; (2) gaze embebida com clorexidina a 0,12% a cada 24 horas; (3) clorexidina a 0,12% e escovação a cada 12 horas; (4) clorexidina a 0,12% a cada 24 horas. Os resultados revelam que o uso de clorexidina a 0,12% associada com a ação mecânica da escova ou da gaze, em ambos os tempos experimentais (12 e 24 horas), foi eficaz no controle do biofilme dental.

No estudo de Cuccio et al. (2012), uma pesquisa quase-experimental pré/pós intervenção, realizada em três UTIs, o objetivo foi verificar a inclusão do enxágue com clorexidina 0,12% a cada 6 horas no protocolo de higiene bucal associado à escovação na incidência de PAVM. Os resultados revelaram redução significativa em pacientes mecanicamente ventilados, porém foi necessária uma abordagem interdisciplinar.

Yao et al. (2011) realizaram estudo controlado randomizado único cego, que visou avaliar os efeitos da higiene bucal feita com escovação e água purificada nas taxas de PAVM, em pacientes de UTI em pós-operatório de neurocirurgia. Contou com 53 participantes, que foram divididos entre dois grupos: experimental e controle. No primeiro, a higiene bucal foi feita com cotonetes, escova elétrica (limpeza das faces dos dentes), escova pediátrica (gengivas, mucosas e dorso da língua) e 5mL de água purificada duas vezes ao dia. No segundo, que correspondeu ao grupo controle, a higiene foi apenas com cotonetes bucais e água purificada duas vezes ao dia. Os resultados revelaram que a escovação duas vezes ao dia, com água purificada durante sete dias, reduziu de forma significativa a incidência cumulativa da PAVM no grupo experimental e aumentou no grupo controle.

Prendergast, Kleiman e King (2013) realizaram estudo de caso que descreve a redução significativa nas taxas de PAVM (50%) e nos custos hospitalares (65%) em uma UTI adulto de 32 leitos, no sudoeste dos Estados Unidos, após a implantação de uma ferramenta de avaliação bucal (Bedside Oral Exam) e de um protocolo de higiene baseado em evidências, o

qual envolve escovação dos dentes, creme dental não formador de espuma, *swab* embebido com clorexidina 0,12% e hidratante para os lábios e mucosas.

Em estudo prospectivo, Conley et al. (2013), com o objetivo de determinar a eficácia de um protocolo de higiene bucal na redução de PAVM em pacientes traqueostomizados sob ventilação mecânica, avaliou o controle mecânico do biofilme dental feito com escova de dente manual e creme dental, e controle químico com clorexidina 0,12% após 30 a 60 minutos após a escovação, de 12 em 12 horas. Essas intervenções diminuíram de forma significativa as taxas de PAVM.

Cutler e Sluman (2014) desenvolveram estudo de controle histórico com 1087 pacientes de UTI sob ventilação mecânica, por pelo menos 48 horas. O objetivo foi implementar e avaliar o impacto de um pacote de medidas de higiene bucal, sobre a incidência de PAVM e os custos a ela relacionados. Os cuidados com a boca envolveram escovação com creme dental duas vezes ao dia; escovação com clorexidina a 1% (gel) quatro vezes ao dia e aspiração orofaríngea. Tais intervenções ocasionaram uma redução de 50% na incidência de PAVM, assim como a diminuição dos custos a ela associados.

A despeito dos resultados das investigações acima descritos, ficou evidente que a escovação ou o uso de clorexidina de forma isolada não traz redução significativa das taxas de PAVM. Os estudos que mostraram redução importante desta infecção respiratória utilizaram o controle mecânico associado ao químico.

2.4.5 Hidratação

A hidratação das estruturas bucais (lábios superiores e inferiores, língua, palato gengivas) deve fazer parte nos cuidados com a boca dos pacientes internados em UTI. De acordo com Ueda (2011), para os indivíduos que apresentam um grande acúmulo de resíduos (normalmente depositados sobre a língua e palato), recomenda-se iniciar a higiene bucal umectando as áreas com maior concentração de sedimentos. Segundo o autor, as tentativas de remoção mecânica dos resíduos, sem tal cuidado, podem ocasionar sangramentos e facilitar a translocação bacteriana. No entanto, a hidratação das mucosas, deve estar presente também no final do procedimento, pois previne o acúmulo de resíduos, o que é comum em superfícies desidratadas.

2.4.7 Frequência

Quanto à frequência da realização de higiene bucal, encontraram-se divergências na literatura. Entende-se que tal fato deva-se à diversidade de especialidades das UTI associada às condições da saúde bucal do paciente e às suas peculiaridades.

De acordo com o POP da AMIB (2013, 2014), a frequência da HB está relacionada com a necessidade de cada paciente, sendo determinada após a avaliação da equipe de enfermagem e/ou odontológica.

Portanto, até que apareçam novas evidências científicas com foco no melhor método de HB para indivíduos sob cuidados intensivos, a hidratação das estruturas bucais, a escovação dentária associada ao uso de antissépticos realizada de forma regular e de acordo com as necessidades de cada paciente, são medidas que podem contribuir sobremaneira para a remoção da placa bacteriana e redução da colonização microbiana bucal.

Nesta perspectiva, torna-se crucial conhecer como a equipe de enfermagem realiza a higiene bucal dos pacientes dependentes de cuidados, a fim não só de apreender a importância que se tem dado a esse tipo de assistência, mas também com o objetivo de clarear os pontos necessários para o reforço e treinamento da equipe.

3 MÉTODOS

Neste capítulo são descritos, de forma detalhada, em nove subseções, os procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo observacional, de caráter exploratório, descritivo, quantitativo. As pesquisas exploratórias têm como principal objetivo desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008).

A pesquisa exploratória, quanto à sua importância, serve para o pesquisador se familiarizar com fenômenos relativamente desconhecidos, e permite: obter informação sobre a possibilidade de realizar uma pesquisa mais completa relacionada com um contexto particular; pesquisar novos problemas; identificar conceitos ou variáveis promissoras; estabelecer prioridades para pesquisas futuras; e sugerir afirmações e postulados (SAMPIERI, CALLADO, LUCIO, 2013).

No que se refere à pesquisa descritiva, esta procura alinhar as características de uma população ou fenômeno, levantando opiniões, atitudes e crenças de um determinado grupo, possuidor de características comuns. Esse tipo de pesquisa pode ser utilizado para expor características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2008).

As investigações de cunho descritivo têm o objetivo de informar sobre a distribuição de um evento, na população, em termos quantitativos. Considera-se que a definição de estudo descritivo é apropriada, pois reúne os elementos fundamentais da epidemiologia descritiva, ou seja, o “que” (higiene bucal), “quem” (os pacientes dependentes de cuidados), “onde” (em UTI), “quando” (no período analisado) e “como” (resultados encontrados) (PEREIRA, 2011).

A opção pela pesquisa quantitativa se justifica pelo fato de que esse tipo de enfoque tem a pretensão de mensurar variáveis, generalizar os resultados encontrados em grupo para a coletividade. Ademais, descreve, explica, prevê fenômenos, gera e comprova teorias por meio da lógica dedutiva e emprego de métodos estatísticos (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em um hospital público, de ensino, de grande porte, localizado na cidade de Brasília – DF, que oferece múltiplas especialidades de atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). É o segundo hospital na região Centro-Oeste em número de leitos. Possui em torno de 3.500 servidores, realiza mais de 600 mil atendimentos e cerca de 12 mil cirurgias por ano. Atende toda a população do Distrito Federal, entorno e estados vizinhos para procedimentos de alta complexidade. É referência no atendimento terciário, principalmente em politrauma.

Atende, como campo de estágio, vários convênios da Secretaria de Saúde do Distrito Federal com instituições de ensino superior e médio, recebendo em suas dependências estudantes do curso de enfermagem, nutrição, fisioterapia, odontologia, psicologia, dentre outros. Possui programas de residência nas áreas da medicina, psicologia, além da residência multiprofissional em terapia intensiva para os graduados em farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia. Possui um centro de pesquisa clínica, criado em setembro de 2014.

Essa instituição comporta uma UTI adulto com 56 leitos, subdividida de acordo com as especialidades de atendimento (geral, neuro-trauma, cirúrgica e cardiológica), que ficam em locais diferentes. No quarto andar, está localizada a UTI adulto, com um total de 26 leitos. Destes, 08 são destinados para a área coronariana clínica, 08 para a coronariana cirúrgica e 10 para a área médica geral. No terceiro andar, está a UTI cirúrgica, com 10 leitos, e a de neurotrauma, com 20 leitos. No período da coleta de dados, a UTI cirúrgica estava desativada.

O espaço delimitado para a investigação foi a UTI de neurotrauma. Optou-se por realizar a pesquisa nesse tipo de UTI pelos seguintes motivos:

- maior número de leitos ativos;
- maior número de pacientes dependentes dos cuidados de enfermagem;
- maior número de técnicos de enfermagem e enfermeiros por turno de trabalho;
- maior tempo de permanência dentre as especialidades existentes, com média de 21,1 dia, sendo que nas demais esse tempo de permanência variou de 8,3 a 12,9 dias no período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, conforme dados do prontuário eletrônico e do sistema Epimed Monitor de dados Solutions, que é responsável por gerenciar informações clínicas e epidemiológicas das UTIs da América Latina;

- por ser uma UTI do tipo III, destinada apenas a pacientes adultos (BRASIL, 1998).

A UTI neurotrauma, local do estudo, atende pacientes clínicos e cirúrgicos de alta complexidade, tais como: politraumatizados, vítimas de traumatismo crânio encefálico, vítimas de arma de fogo ou branca e os pacientes submetidos a cirurgias neurológicas.

No período da coleta de dados, a equipe de enfermagem era composta por 19 enfermeiros assistenciais, uma enfermeira supervisora, uma enfermeira de apoio administrativo e 77 técnicos de enfermagem, distribuídos entre os plantões do turno da manhã (7h às 13h), tarde (13h às 19h) e noite (19h às 7h). A chefia da unidade acredita que, apesar das inúmeras contratações feitas pelo Governo do Distrito Federal (GDF), o número de enfermeiros e técnicos de enfermagem tem sido insuficiente para atender as demandas de admissões na UTI.

Nessa unidade, a proporção de enfermeiros por leito, a cada plantão, geralmente é 1:10 no período diurno e período noturno; a de técnicos de enfermagem é de 1:2 em todos os períodos.

Fazem parte da equipe multidisciplinar da unidade fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, residentes de enfermagem, entre outros.

Os técnicos de enfermagem prestam assistência integral ao paciente e estão sob supervisão e orientação do enfermeiro de cada turno. Os enfermeiros supervisionam a equipe de enfermagem, prestam cuidados de natureza invasiva e não invasiva e realizam atividades de gerenciamento do serviço. Os residentes de enfermagem são acompanhados pelos enfermeiros e também prestam cuidados invasivos e não invasivos.

A coleta de dados foi realizada de 03 de novembro de 2015 a 29 de janeiro de 2016, nos períodos matutino, vespertino e noturno.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a seleção da amostra de participantes do estudo, do universo da equipe de enfermagem da UTI de neurotrauma, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- profissionais da equipe de enfermagem que prestassem assistência direta e integral ao paciente e que dentre suas atribuições estivesse a realização da higiene bucal;

- profissionais que aceitassem participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE (APÊNDICE A).

Como critérios de exclusão, determinou-se:

- profissionais da equipe de enfermagem que estivessem de férias, licença maternidade, licença médica ou outro motivo de afastamento durante o período de coleta de dados desta pesquisa.

Fizeram parte também da população estudada os pacientes com idade superior a 18 anos, internados na UTI durante o período de coleta de dados e que estavam dependentes da equipe de enfermagem para a realização de cuidados relacionados à higiene bucal. Foram excluídos os pacientes com alterações do sistema de coagulação, aqueles que tinham trauma de face, assim como aqueles que seus responsáveis legais não aceitaram sua participação na pesquisa (TCLE – APÊNDICE B).

Foi solicitada a concordância e assinatura dos responsáveis legais de pacientes com alterações cognitivas e/ou comportamentais ou estado de inconsciência.

3.4 CARACTERIZAÇÃO E TAMANHO DA AMOSTRA

Dos 77 técnicos de enfermagem pertencentes ao quadro de pessoal da UTI, nove não atenderam aos critérios de inclusão pré-determinados na pesquisa, por não desempenharem assistência direta e integral ao paciente. Dentre esses, um exercia a função de secretária da coordenação de enfermagem e oito eram responsáveis pelo serviço de apoio à unidade, como: reposição de materiais; encaminhamento de pacientes para realização de exames; encaminhamento de exames laboratoriais; cuidados e manutenção dos equipamentos da unidade e cuidados de materiais a serem encaminhados para a central de material e esterilização da instituição. Em relação à participação dos enfermeiros, estes foram excluídos do estudo porque, nessa unidade, o procedimento de higiene bucal não era realizado por eles.

Portanto, estavam elegíveis 68 técnicos de enfermagem. Destes, apenas 61 profissionais foram incluídos nesta investigação, sendo que um se recusou a participar do estudo e os outros seis enquadravam-se nos critérios de exclusão (dois de licença maternidade e quatro de licença médica).

Para o cálculo de tamanho amostral, levou-se em consideração o poder do teste de 80% para as análises realizadas, um erro de 5% e um tamanho de efeito mediano. Assim, para a verificação da adequação do número amostral, utilizou-se o software G Power 3.0, o qual

revelou ser necessário observar no mínimo 60 técnicos de enfermagem. Quanto ao tipo de amostragem, utilizou-se a não probabilística por conveniência.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.5.1 Definições operacionais

Nesta subsecção, são descritas as definições ou conceitos utilizados nesta investigação. Nesse sentido, entende-se como:

Procedimento Operacional Padrão (POP): conjunto de medidas ou condutas padronizadas para a promoção da saúde bucal do paciente (AMIB 2013, 2014).

Comorbidades: doenças que estão associadas à doença primária do indivíduo (RIBEIRO, 2008).

Dentado: paciente que tinha a maioria dos dentes (acima de 24 dentes) na arcada dentária superior e inferior (MAKABE, 2014).

Parcialmente dentado: aquele que tinha pelo menos cinco dentes na arcada superior e/ou inferior (MAKABE, 2014).

Desdentado/edêntulos: os pacientes que apresentam tanto na arcada dentária superior e/ou inferior, abaixo de cinco dentes (MAKABE, 2014).

Higiene mecânica (intervenção mecânica no instrumento de coleta de dados): métodos utilizados para desorganizar o biofilme dental e removê-lo por meio da fricção (ANDREWS; STEEN, 2013).

Higiene química: o uso de substâncias de efeito antisséptico, como a clorexidina e outras substâncias abordadas na literatura científica, na forma de enxaguantes bucais, passíveis de bochecho, nos pacientes conscientes, ou de fricção na cavidade bucal, no caso de inaptos à prática do bochecho (SANTOS; MORAES; TORMENA JÚNIOR, 2015).

Intubação orotraqueal (IOT): inserção de um tubo semirrígido pela boca do paciente e que se estende para o interior da traqueia, com a finalidade de proporcionar uma via respiratória artificial (MORTON; FONTAINE, 2013).

Traqueostomia: inserção de um dispositivo terapêutico diretamente na traqueia do paciente por meio uma incisão cirúrgica, com o objetivo de conseguir uma via artificial respiratória (MORTON; FONTAINE, 2013).

Ventilação espontânea: pacientes que não faziam uso de ventiladores artificiais ou dispositivos como máscaras faciais com ou sem reservatório e cateter de oxigênio (CALIL; PARANHOS, 2007).

Ventilação mecânica não invasiva: pacientes que faziam uso de máscaras faciais (com ou sem reservatório) ou cateter de oxigênio nasal, associados a uma suplementação de oxigênio (CALIL; PARANHOS, 2007).

Ventilação mecânica invasiva: pacientes que faziam uso de ventiladores artificiais com a finalidade de ventilar, oxigenar e umidificar o sistema respiratório, além de aumentar a oxigenação arterial (CALIL; PARANHOS, 2007).

Sonda nasogástrica (SNG) tipo Levine: dispositivo terapêutico de grosso calibre, feito com material mais rígido utilizados para descomprimir o estômago, monitorar o pH gástrico e administrar medicamentos (MORTON, 2013).

Sonda nasoentérica (SNE) ou orogástrica (SOG), tipo Duboff: dispositivos terapêuticos, inseridos pelo nariz ou pela boca e avançados pelo esôfago até o estômago (posição gástrica), duodeno (posição nasoduodenal) ou jejuno (posição nasojejunal), utilizados para a administração dietas e medicamentos (MORTON; FONTAINE, 2013).

Paciente dependente de cuidados: estado em que o indivíduo acamado está impossibilitado/impedido de realizar os cuidados relacionados à sua higiene bucal (ARAÚJO et al., 2009).

O termo **observação direta** foi utilizado quando o técnico de enfermagem, participante da pesquisa era observado à beira do leito. Já **observação indireta** foi utilizado para indicar que estes profissionais foram observados pela pesquisadora de locais estratégicos da UTI.

3.6 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

O método de coleta foi guiado pela observação estruturada não participante dos procedimentos realizados pelos técnicos de enfermagem, relacionados à higiene bucal. Com o objetivo de completar informações relativas aos dados sociodemográficos, de morbidade ou outras informações pertinentes aos pacientes, os quais não puderam ser obtidos por meio da observação, foi realizada investigação nos registros do prontuário eletrônico.

No que se refere à observação não participante, esta consiste no registro sistemático de comportamentos ou condutas que se manifestam; ou seja, é a técnica de coleta de dados utilizada para quem quer saber o comportamento do indivíduo sobre determinado fenômeno. Outro aspecto é que registra fatos, comportamentos e ações em que nada é questionado ao sujeito; o elemento mais importante dessa técnica é entender exatamente como ele se comporta em uma situação específica. Esses registros podem ser feitos por pesquisadores colocados

em pontos estratégicos para anotar situações pré-selecionadas ou ocorrer mediante captação de imagem (SAMPIERI; CALLADO; LUCIO, 2013).

Portanto, este estudo utilizou um método observacional estruturado, com a formação de um sistema de categorização, registro e codificação precisa das observações e amostragens dos fenômenos que interessam a pesquisadora. Neste, o observador se coloca à espera de sua ocorrência e capta na sua totalidade (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O registro dos dados foi realizado por meio de um instrumento desenvolvido pela própria pesquisadora, baseado na literatura científica especializada sobre a promoção da saúde bucal no paciente internado em UTI.

Porém, antes de dar início às observações, realizou-se reconhecimento de campo durante 10 dias consecutivos. Primeiramente, entrou-se em contato com a supervisora de enfermagem da UTI para explicar e esclarecer aspectos referentes a pesquisa que seria desenvolvida na unidade. Posteriormente, a enfermeira coordenadora apresentou a pesquisadora para a equipe médica e de enfermagem. Somente após as devidas apresentações, iniciou-se o reconhecimento de campo. Utilizou-se esse momento para conhecer a equipe de trabalho, em especial os profissionais de enfermagem e a rotina da unidade.

Observou-se que a realização da higiene bucal era um cuidado de enfermagem realizado apenas no momento do banho, distribuído de acordo com a escala diária dos funcionários e o número do leito do paciente. Desse modo, aqueles internados no leito de número par recebia o banho pela manhã e os de número ímpar no período noturno.

Os momentos de coleta foram selecionados a partir da escala dos profissionais e da rotina da unidade, de maneira a não repetir os grupos na mesma semana, incluindo fins de semana e feriados.

Cada profissional foi observado em pelo menos em três momentos distintos. Em primeira instância, pretendeu-se não especificar aos participantes qual o cuidado de higiene que seria observado a fim de minimizar os vieses relacionados a mudanças de atitudes e procedimentos concernentes à presença do observador. Entretanto, isso não foi possível considerando que, a partir do próprio TCLE, o participante da pesquisa já era informado sobre qual observação se tratava. Desta forma, todos os participantes tinham conhecimento do conteúdo relativo à observação. No entanto, quando se questionava a presença da pesquisadora na UTI, a mesma informava que se tratava da observação relativa aos cuidados de higiene do paciente.

Para realizar a observação dos procedimentos relacionados a higiene bucal pelos técnicos de enfermagem, a pesquisadora permanecia próximo ao profissional que realizava

este tipo de cuidado, sem interferir no desempenho da técnica. Após cada observação o instrumento de coleta de dados era preenchido imediatamente pela investigadora.

Assim, após ter observado os procedimentos de higiene bucal realizados por 61 funcionários de forma direta, a pesquisadora optou por continuar indo à unidade com o objetivo de verificar se houve mudança de comportamento desses profissionais quando eram observados de forma indireta, ou seja, se realizavam a higiene bucal no paciente que estava sob seus cuidados. Nesse momento, a equipe de trabalho da UTI já havia se acostumado com a presença da pesquisadora, sendo esta confundida, muitas vezes, como integrante da equipe de trabalho diária.

Portanto, para proceder às observações de forma indireta, a pesquisadora procurou ficar em locais estratégicos da UTI, na tentativa de que os participantes da pesquisa não percebessem que estavam sendo observados.

Quanto ao tempo de observação, este teve um total de 260 horas.

3.7 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Ao comparar a padronização da técnica da higiene bucal, recomendada para pacientes hospitalizados com dependência total ou parcial, segundo os livros textos de fundamentos de enfermagem, percebeu-se que os autores diferem entre si quanto à técnica, tipo de solução (água oxigenada, bicarbonato de sódio clorexidina, entre outras) e ferramentas para limpeza mecânica (escova dental, *swab* de espuma, espátula envolta em gazes, uso do fio dental). Ademais, esses livros não abordam o cuidado bucal com pacientes em estado crítico de saúde, principalmente os que estão intubados e sob ventilação mecânica (POTTER; PERY, 2013; TAYLOR, LILLIS; LeMONE, 2007; WILKINSON; LEUVEN, 2010; JESUS et al., 2014).

Como a maior parte dos pacientes que estava sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, participantes desta atual investigação, estava com intubação orotraqueal, optou-se por seguir as recomendações da literatura científica e do Procedimento Operacional Padrão (POP) da AMIB (2014) sobre higiene bucal (HB) do paciente internado em uma UTI, para a elaboração de um roteiro de observação estruturado de coleta de dados.

O roteiro de observação foi elaborado em cinco partes. A primeira constou de questionário sobre o perfil do profissional que realizou o procedimento de higiene bucal, com perguntas abertas e fechadas, que permitiram identificar as características do grupo como: categoria e qualificação profissional; sexo; idade; tempo de serviço na profissão de atuação em

terapia intensiva; capacitação sobre higiene bucal; conhecimento sobre a existência de um protocolo de higiene bucal na unidade.

A segunda parte estava relacionada à caracterização dos pacientes admitidos na UTI que receberam as práticas de enfermagem em relação ao cuidado bucal. Foi constituída pelas seguintes variáveis: sexo, idade, motivo de internação, data de admissão; tempo de permanência; comorbidades, presença de quadro infeccioso durante a internação; tipo de dentição (dentado; parcialmente dentado, desdentado); uso de sedação; uso de antibióticos; presença de dispositivos, como tubo orotraqueal, traqueostomia, sonda nasogástrica, nasoentérica ou orogástrica; modalidades ventilatórias (espontânea, mecânica invasiva e não invasiva).

As demais partes do instrumento foram compostas de um *checklist* usado para a observação sequencial do procedimento de higiene bucal. Utilizou-se de uma pontuação (um ponto) para cada passo dos procedimentos com o objetivo de avaliar o desempenho dos técnicos de enfermagem em relação aos cuidados bucais realizados nos pacientes internados na UTI. Desta forma, um ponto foi atribuído quando a recomendação para cada etapa relacionada aos cuidados bucais, foi seguida ou aplicada corretamente. Caso contrário, não houve pontos concedidos. Considerou-se como “cumpriram totalmente” aqueles que realizaram de 80% a 100% dos procedimentos recomendados. Quando foram cumpridos entre 50% e 79%, os procedimentos foram parcialmente cumpridos. Por fim, quando o percentual de cumprimento das recomendações foi menor do que 50%, considerou-se o procedimento como não cumprido.

Assim, a terceira parte referiu-se à caracterização dos procedimentos iniciais realizados antes da higiene bucal, que contém as seguintes variáveis:

- comunicação ao paciente ou acompanhante ou ambos sobre a realização do procedimento;
- materiais que o profissional leva para o leito do paciente como luvas e demais EPIs (gorro, óculos, capote);
- higienização das mãos;
- posicionamento do paciente no leito;
- avaliação da cavidade bucal;
- verificação da pressão do *cuff* em pacientes com tubo orotraqueal ou traqueostomia sob ventilação mecânica invasiva; e
- aspiração da cavidade bucal.

No que se refere à quarta parte do instrumento, esta foi composta por variáveis que caracterizam as práticas de enfermagem realizadas durante a higiene bucal, como:

- uso de afastador de língua;
- tipo de solução ou produto utilizado; e
- técnica utilizada para a realização da higiene bucal.

Já a quinta parte do instrumento relacionou-se à caracterização dos procedimentos de enfermagem realizadas após a higiene bucal, que incluem variáveis como:

- hidratação labial;
- uso de saliva artificial;
- organização do ambiente;
- higienização das mãos;
- anotação do procedimento no prontuário;
- frequência da realização do procedimento (número de vezes de realização da higiene bucal).

O instrumento foi avaliado por juízes, quanto ao conteúdo, forma da apresentação, clareza, compreensão e aplicabilidade do mesmo.

Quatro profissionais aceitaram participar como juízes, entre estes estavam:

- 01 cirurgião dentista com experiência na área hospitalar e na temática higiene bucal na UTI;
- 01 enfermeiro assistencial com experiência em intensivismo adulto no mínimo de 5 anos.
- 02 docentes de enfermagem com experiência na área de cuidados críticos e em atividades de pesquisa.

Após avaliação feita pelos quatro juízes, procedeu-se ao teste piloto, quando o instrumento foi submetido à aplicação de 10 testes, com profissionais de outro setor da UTI, os quais não compuseram a amostra do estudo. A partir da aplicação do teste piloto, realizaram-se os ajustes finais do mesmo. Somente após a sua validação, iniciou-se a coleta de

dados. Portanto, considera-se que o instrumento atendeu aos objetivos propostos na pesquisa. Todos os dados foram coletados exclusivamente pela pesquisadora, com o objetivo de minimizar os vieses.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi conduzida por meio de estatística descritiva pertinente ao estudo.

Para o processamento dos dados, foi construído um banco de dados utilizando a planilha eletrônica Excel. Para a análise estatística, foram utilizados os recursos do software estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-versão 18.0).

As variáveis deste estudo são em quase sua totalidade variáveis qualitativas; portanto, foram representadas por frequências absolutas e relativas, apresentadas em tabelas e gráficos.

Para as variáveis quantitativas, verificou-se a normalidade dos dados por meio do teste Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Em todos os casos em que não foi possível assumir a hipótese de normalidade, optou-se, então, pela estatística não paramétrica. Desse modo, utilizou-se o teste de Mann-Whitney para avaliar se havia diferença significativa entre os grupos.

A fim de verificar a associação entre duas variáveis, foi aplicado o teste Qui-Quadrado. Nos casos em que houve valor esperado inferior a cinco, o teste Exato de Fisher foi realizado. Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

3.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este estudo foi submetido à avaliação e autorização da Diretoria da Faculdade de Ciências e Saúde, da Universidade de Brasília, da Diretoria geral e do Conselho Consultivo do Centro de Pesquisa Clínica da instituição hospitalar selecionada para esta investigação. Foi também submetido à apreciação e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Saúde, da Universidade de Brasília, e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, sob o Parecer n.º 1.238.997 (ANEXO C).

Respeitou-se os termos contidos na nova Resolução n.º 466/12, do CNS (Conselho Nacional de Saúde), que regulamenta pesquisas com seres humanos no Brasil. Os participantes que optaram por fazer parte do estudo foram informados quanto à não obrigatoriedade de sua participação e sobre a garantia de sigilo absoluto em relação à sua identidade,

nome e local de trabalho que atuam. Foi fornecido aos participantes desta investigação um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi explicado e esclarecido sobre todos os procedimentos que seriam adotados durante a pesquisa. Esse termo foi assinado em duas vias, pelo participante e pela pesquisadora.

Vale ressaltar que, antes de dar início à coleta de dados propriamente dita, entrou-se em contato com as coordenadoras da unidade escolhida como campo de estudo para explicar os objetivos da pesquisa, assim como solicitar a permissão para observar os cuidados de higiene bucal prestados aos pacientes pelos profissionais de enfermagem. Após o consentimento das coordenadoras, contactaram-se os funcionários da equipe de enfermagem dos turnos de trabalho (manhã, tarde, noite) para verificar a possibilidade de participarem desta investigação.

4 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados dos dados coletados no período de 03 de novembro de 2015 a 29 de janeiro de 2016, correspondendo aos objetivos propostos nesta investigação. As informações coletadas referem-se aos profissionais de enfermagem que aceitaram participar deste estudo, assim como os pacientes que por eles foram cuidados. Quanto aos pacientes, as informações incluem: dados sociodemográficos, de morbidade, características gerais relacionadas à internação na UTI. No que se refere aos profissionais, estas incluem as características relacionadas ao perfil destes indivíduos e as práticas relacionadas aos cuidados bucais, realizadas por eles, aos pacientes que estavam sob seus cuidados.

Ressalta-se que, neste estudo, a diferença do número de pacientes em relação ao número de profissionais justifica-se pelo fato de que um mesmo paciente esteve submetido aos cuidados de diferentes técnicos de enfermagem a depender da mudança de turno, escala diária e mensal de cada trabalhador. Portanto, seis pacientes foram observados mais de uma vez em relação às práticas de higiene bucal recebidas.

Os resultados apresentados demonstram análises descritivas das variáveis pesquisadas apenas como caráter exploratório, dando suporte para o comportamento geral das variáveis.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES QUE ESTAVAM SOB OS CUIDADOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM, QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE MORBIDADE

A Tabela 1 apresenta a caracterização do total de pacientes (n=43) internados na UTI, que receberam cuidados bucais pelos profissionais de enfermagem da amostra estudada, segundo os dados sociodemográficos e de morbidade como: sexo, faixa etária, comorbidades, motivo de internação e classificação da arcada dentária.

Tabela 1 - Caracterização dos pacientes (n=43) que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, segundo os dados sociodemográficos e de morbidade, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	10	23,3
Masculino	33	76,7
Faixa Etária		
Menor de 30 anos	11	25,6
30 a 49 anos	13	30,2
50 anos ou mais	19	44,2
Motivo da Internação		
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	19	44,2
Traumatismo Cranioencefálico (TCE)	18	41,9
Pós-operatório de cirurgias neurológicas	04	09,3
Politrauma	01	02,3
Insuficiência respiratória aguda	01	02,3
Comorbidades		
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	17	39,5
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	07	16,3
Complicações tabagismo e/ou etilismo	07	16,3
Diabetes Melitus	05	11,6
Insuficiência Renal Crônica (IRC)	03	07,0
Ausente	03	07,0
Epilepsia	01	02,3
Classificação da Arcada Dentária		
Dentado	30	69,8
Parcialmente dentado	06	14,0
Desdentado	07	16,3

Fonte: Base de dados da pesquisa

Nota-se que um total de 43 pacientes receberam cuidados bucais pelos profissionais de enfermagem. Quanto ao gênero, a maior parte era do sexo masculino (76,7%), com 50 anos ou mais (44,2%). Contudo, cerca de 30,2 % tinha idade entre 30 e 49 anos e 25,6% menos de 30 anos.

Dentre os motivos de internação na UTI, destacam-se as doenças cerebrovasculares e o traumatismo cranioencefálico. Juntos representam 86,1% das internações.

Na análise dos tipos de comorbidades, constatou-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) como a mais frequente (39,5%). Em seguida tem-se AVE (16,3%), complicações causadas pelo tabagismo e/ou etilismo (16,3%) e o diabetes (11,6%). A insuficiência renal crônica e a epilepsia contabilizam juntas 9,3% das comorbidades. Ressalta-se que três pacientes não possuía informações, no prontuário, quanto à existência de comorbidades.

Em relação à classificação da arcada dentária, a maioria foi de dentados (69,8%). Os parcialmente dentados e os edêntulos representam 14% e 16,3% respectivamente.

4.1.1 Características gerais relacionadas à internação na UTI dos pacientes dependentes de cuidados

A Tabela 2 apresenta os resultados gerais relacionados à internação na UTI, dos pacientes dependentes que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem participantes do estudo, segundo tempo de permanência na unidade, uso de dispositivos terapêuticos, tipo de ventilação e uso de sedativos e antibióticos.

Tabela 2 - Características gerais relacionadas à internação, na UTI dos pacientes que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, Brasília, DF, Brasil, Novembro 2015 a Janeiro 2016

Características	N	%
Traqueostomizados	13	30,2
Intubados	25	58,1
Sem tubo/traqueostomia	05	11,7
Tempo de Internação (n=43)		
Menos de 10 dias	28	65,1
10 a 29 dias	12	27,9
30 dias ou mais	03	07,0
Tempo de Intubação (n= 25)		
Menos de 7 dias	13	52,0
7 a 15 dias	10	40,0
16 dias ou mais	02	08,0
Tempo de Traqueostomia (n=13)		
Menos de 7 dias	07	53,8
7 a 15 dias	03	23,1
16 dias ou mais	03	18,6
Tipo de Ventilação (n=43)		
Espontânea	08	18,6
Ventilação Mecânica Não Invasiva	04	09,3
Ventilação Mecânica Invasiva	31	72,1
Desenvolvimento de PAVM (n=43)		
Sim	14	32,6
Não	29	67,4
Uso de Antibióticos (n=43)		
Sim	36	83,7
Não	07	16,3
Uso de Sedativos (n=43)		
Sim	22	51,2
Não	21	48,8
SOG/SNE/SNG (n=43)		
Sim	40	93,0
Não	03	07,0

Fonte: Base de dados da pesquisa

Legenda: SOG (Sonda Orogástrica), SNE (Sonda Nasoenteral), SNG (Sonda Nasogástrica), PAVM (Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica)

Observa-se que a maior parte dos pacientes estava internado na UTI há menos de dez dias (65,1%), em antibioticoterapia (83,7%), sedação contínua (51,2%), ventilação mecânica

invasiva por meio do tubo orotraqueal ou traqueostomia (72,1%) e sonda para nutrição enteral (93%).

Dos 43 pacientes que foram observados recebendo os cuidados bucais, um terço (32,6%) desenvolveu pneumonia associada à ventilação mecânica durante o período de internação.

No intuito de avaliar se esses pacientes que desenvolveram PAVM estavam mais tempo internados ou sob ventilação mecânica invasiva, foi realizado teste estatístico para verificar se havia diferença significativa.

Primeiramente, analisaram-se as variáveis tempo de internação, tempo de intubação / traqueostomia e tempo de ventilação a fim de saber se possuíam distribuição normal dos dados. Para tanto, realizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov.

O teste de normalidade mostrou que não se pode assumir que os dados têm distribuição gaussiana. Então, para comparação entre os grupos (pacientes que desenvolveram PAVM e aqueles que não desenvolveram), foi utilizado teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes que desenvolveram PAVM, segundo o tempo de internação na UTI, intubação/traqueostomia, ventilação mecânica invasiva, tempo de intubação ou traqueostomia, Brasília, DF, Brasil, novembro de 2015 a janeiro 2016.

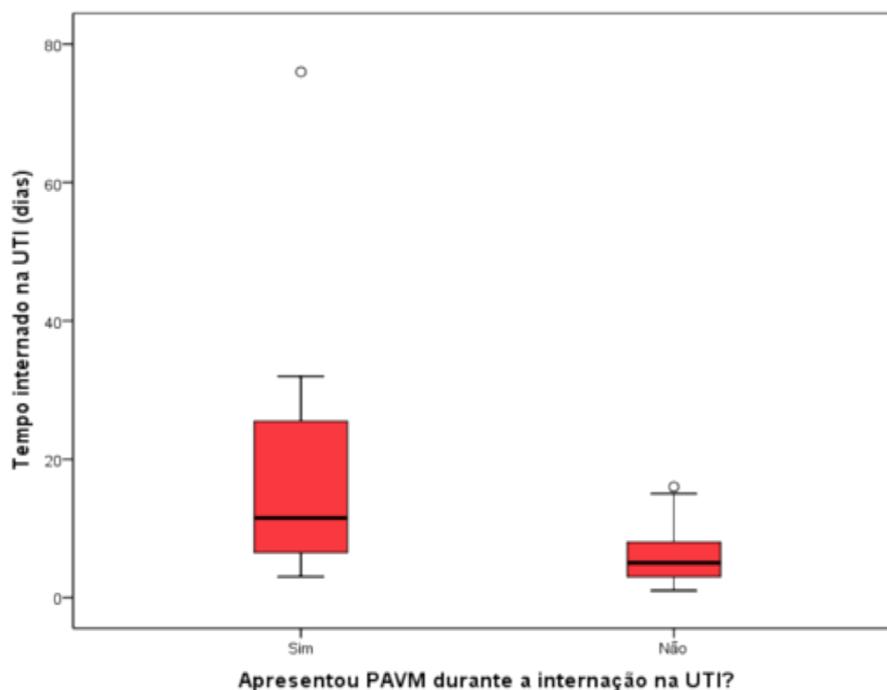
	Apresentou PAVM durante a internação na UTI?		p-valor*
	Sim Mediana (Mín-Máx)	Não Mediana (Mín-Máx)	
Tempo internado na UTI (dias)	12 (3-76)	05 (1-16)	0,000
Tempo de intubação/traqueostomia (dias)	09 (1-72)	06 (1-25)	0,364
Tempo em ventilação mecânica invasiva (dias)	09 (2-72)	06 (1-25)	0,392
Tempo de intubação (dias)	10 (4-20)	6,5 (2-20)	0,174
Tempo de traqueostomia (dias)	05 (1-72)	01 (1-25)	0,230

Fonte: Base de dados da pesquisa

(*)Teste estatístico utilizado: Mann-Whitney

Desse modo, verificou-se que havia diferença significativa entre os grupos no que tange ao tempo de internação na UTI (p-valor = 0,000). Aqueles que desenvolveram PAVM tinham mais tempo de internação, conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Relação do tempo de internação e o desenvolvimento de PAVM



Fonte: Base de dados da pesquisa (novembro 2015 a janeiro 2016)

A fim de avaliar se havia associação entre o desenvolvimento de PAVM e o tipo de ventilação, aplicou-se o Teste Exato de Fisher. O teste mostrou que não houve associação entre o tipo de ventilação e o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (p-valor = 0,487), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição do desenvolvimento de PAVM (n=14) durante o período de internação na UTI, dos pacientes que estavam sob os cuidados dos profissionais de enfermagem, segundo o tipo de ventilação, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Variáveis	Desenvolvimento de PAVM durante a internação		p-valor*
	Sim (n=14) n (%)	Não (n=29) n (%)	
Tipo de Ventilação			
Espontânea e Mecânica Não Invasiva (n=12)	05 (41,7)	07 (53,8)	0,487
Mecânica Invasiva (n=31)	09 (28,3)	22 (71,7)	

Fonte: Base de dados da pesquisa

(*) Teste estatístico utilizado: Exato de Fisher

4.2 CARACTERÍSTICAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 5 refere-se às características dos profissionais de enfermagem que foram observados em relação à prestação dos cuidados bucais aos pacientes dependentes, segundo sexo, idade, categoria e formação profissional, tempo de atuação em UTI e na área da enfermagem .

Tabela 5 – Caracterização dos profissionais de enfermagem (n=61), segundo sexo, categoria e formação profissional, idade, tempo de atuação na enfermagem e em UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

VARIÁVEIS	N	%
Sexo (n=61)		
Masculino	14	23,0
Feminino	47	77,0
Categoria profissional (n=61)		
Técnico de enfermagem	38	62,3
Técnico de enfermagem e enfermeiro	23	37,7
Especialização	15	25,0
Área da especialização (n=15)		
Saúde Coletiva	04	26,6
Enfermagem do Trabalho	03	20,0
Enfermagem em Urgência e Emergência	02	13,3
Enfermagem em Terapia Intensiva	02	13,3
Enfermagem em Dermatologia	01	06,7
Enfermagem em Nefrologia	01	06,7
Saúde da Família	01	06,7
Toxicologia e Análises Clínicas	01	06,7
Idade^a	36,8 ± 7,7	
Tempo de atuação profissional^a	10,9 ± 6,6	
Tempo de atuação em UTI^a	06,0 ± 5,4	

Fonte: Base de dados da pesquisa

Nota: as variáveis estão expressas em média ± desvio padrão.

Participaram do estudo 61 técnicos de enfermagem. Destes, 23 (37,7%) tinham formação superior em enfermagem, apesar de exercerem a função de técnico no setor investigado. Ademais, 25% dos profissionais possuía algum tipo de especialização. Dentre as mais frequentes estão enfermagem em saúde coletiva (26,6%) e enfermagem do trabalho (20%).

Quanto ao sexo, a maior parte foi feminino (77%). Em média, os profissionais tem 36,8 anos de idade, 10,9 anos de atuação profissional e 6 anos de trabalho em UTI.

Com o objetivo de verificar se a variável idade, tempo de atuação na área da enfermagem e na área de cuidados intensivos influenciaria ou não a realização da higiene bucal, pelos profissionais de enfermagem, no paciente dependente, fez-se o teste de normalidade de

Shapiro-Wilk. Verificou-se que o p-valor foi inferior a 0,05, então não é aceita a hipótese de normalidade dos dados.

Dessa forma, quando analisados as variáveis idade, tempo de serviço na profissão e tempo de atuação em UTI, utilizou-se estatística não paramétrica. Portanto, realizou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney para avaliar se havia diferença estatística entre as variáveis idade do profissional, tempo de serviço na profissão e tempo de atuação em UTI na realização da higiene bucal pelos profissionais de enfermagem, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da realização da higiene bucal, dos pacientes da UTI, pelos profissionais de enfermagem, segundo idade, tempo de serviço na profissão e de atuação em UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

	Realiza Higiene Bucal		p-valor*
	Sim Mediana (Min-Máx)	Não Mediana (Min-Máx)	
Idade	35 (21-61)	39 (24-45)	0,239
Tempo de serviço na profissão	10 (02-35)	10 (01-24)	0,985
Tempo de atuação em UTI	3,0 (01-20)	2,5 (01-20)	0,598

Fonte: Base de dados da pesquisa

Legenda: (*) Teste estatístico utilizado: Mann-Whitney

O teste mostrou que não há diferença significativa. Desse modo, não se pode afirmar que a idade do profissional ou o tempo de serviço ou, ainda, o tempo de atuação em UTI influenciam no fato dele realizar ou não a higiene bucal nos pacientes.

Na Tabela 7, tem-se a distribuição dos profissionais de enfermagem quanto ao conhecimento sobre a existência de um protocolo específico para a realização da higiene bucal na UTI.

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais de enfermagem (n=61), segundo o conhecimento sobre a existência de protocolo de higiene bucal na UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

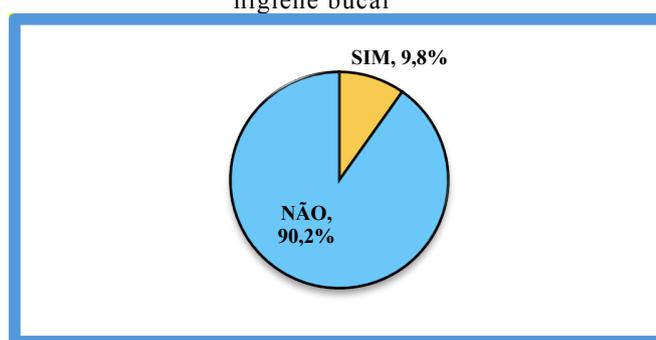
Protocolo	N	%
Sim	10	16,4
Não	17	27,9
Não sabe	34	55,7
TOTAL	61	100,0

Fonte: Base de dados da pesquisa

Nota-se que grande parte dos profissionais (55,7%) não soube informar sobre a existência de um protocolo sobre higiene bucal na unidade, enquanto 27,9% informou que não existe.

Outro dado que esta investigação revelou foi em relação aos cursos de capacitação/educação em serviço, no tocante aos cuidados bucais do paciente em estado crítico de saúde. Identificou-se que um expressivo percentual de profissionais (90%) relatou que não recebeu algum tipo capacitação ou treinamento na instituição sobre essa temática, conforme pode ser visto no Gráfico 2. Entretanto, aqueles que afirmaram ter recebido, alegaram que foi no outro hospital no qual trabalhavam.

Gráfico 2- Distribuição dos profissionais de enfermagem, segundo a realização de capacitação sobre higiene bucal



Fonte: Base de dados da pesquisa (novembro 2015 a janeiro 2016)

Em seguida, tem-se a Tabela 8, a qual apresenta a distribuição da realização da higiene bucal pelos profissionais de enfermagem no paciente dependente, segundo a categoria e formação profissional, capacitação e presença de protocolo na UTI.

Tabela 8 – Distribuição da realização da higiene bucal pelos profissionais de enfermagem (n=61), segundo categoria e formação profissional, capacitação sobre higiene bucal e conhecimento sobre a existência de protocolo, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Variáveis	Realização Higiene Bucal		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Categoria Profissional			
Técnico de enfermagem (n=38)	27 (71,1)	11 (28,9)	0,110
Técnico de enfermagem e enfermeiro (n=23)	22 (95,6)	01 (4,4)	
Especialização			
Sim (n=15)	12 (80,0)	03 (20,0)	0,675
Não (n=46)	37 (80,4)	09 (19,6)	
Capacitação sobre HB			
Sim (n=6)	04 (66,7)	02 (33,3)	0,460
Não (n=55)	45 (81,9)	10 (18,1)	
Sabe Informar Sobre a Existência de Protocolo de HB			
Sim (n=10)	08 (80,0)	02 (20,0)	0,360
Não (n=17)	16 (94,1)	01 (05,9)	
Não sabe (n=34)	25 (73,5)	09 (26,5)	

Fonte: Base de dados da pesquisa

Ao analisar a Tabela 8, nota-se que em todos os casos houve valor esperado inferior a cinco; realizou-se, então, o teste exato de Fisher para avaliar se há associação entre as variáveis e a realização de higiene bucal. Para as variáveis categoria profissional, especialização, capacitação em higiene bucal e a presença de um protocolo na unidade, não houve associação significativa.

Apesar de não ter associação significativa, observou-se que há um maior percentual daqueles que fazem higiene bucal entre os profissionais que possuem a graduação em enfermagem juntamente com o curso técnico, quando comparado com aqueles que só possuem o curso técnico.

4.3 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM, NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL, EM PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS

Dos 61 técnicos de enfermagem observados, 49 realizou e 12 não realizou higiene bucal nos pacientes que estavam sob seus cuidados. Nas tabelas e gráficos a seguir, será apresentada a distribuição dos cuidados bucais prestados por estes profissionais a 43 pacientes, com enfoque na técnica e nos materiais utilizados para a higienização mecânica e química no controle do biofilme bucal.

Esta parte está dividida em quatro subsecções: ações de enfermagem realizadas antes, durante e após a execução dos cuidados bucais, e, por fim, o desempenho global dos profissionais de enfermagem na realização do procedimento de HB.

4.3.1 Ações de enfermagem realizadas antes da execução da higiene bucal

Na Tabela 9, verifica-se a distribuição das ações preliminares a realização da higiene bucal pelos profissionais de enfermagem, segundo os materiais para o procedimento e o uso de EPIs.

Tabela 9 - Distribuição das ações preliminares à realização da higiene bucal, segundo os materiais para o procedimento e o uso de EPIS pelo profissional de enfermagem, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Ações Preliminares	N	%
Materiais Levados Para o Leito		
Cuba/recipiente descartável	00	00,0
Lanterna	00	00,0
Gaze	38	77,6
Solução	30	61,2
Escova de dente	19	38,8
Sonda para aspiração	45	91,8
Luvas	46	93,9
Óculos de proteção	02	04,1
Abaixador de língua	06	12,2
Hidratante para os lábios	00	00,0
Máscara	40	81,6
Avental	46	93,9
Toalha/Compressa	01	02,0
Cufômetro	00	00,0
Água destilada estéril	35	71,4
Higienização das Mãos (n=49)		
Sim	24	49,0
Não	25	51,0
Uso de EPIS		
Gorro	46	93,9
Máscara	42	85,7
Óculos	02	04,1
Avental	49	100,0
Luvas	49	100,0
Recebeu Orientação Para a Realização do Procedimento (n=49)		
Sim	02	04,1
Não	47	95,9

Fonte: Base de dados da pesquisa

Em relação aos materiais relacionados à realização da higiene bucal levados para o leito, nota-se que a cuba/recipiente descartável, lanterna, cufômetro e hidratante labial não foram levados por nenhum profissional. Por outro lado, entre os materiais mais levados têm-se: o avental, as luvas, sonda para aspiração e gazes.

Pouco mais que a metade (51%) dos profissionais não higieniza as mãos antes de realizar a higiene bucal nos pacientes e a maioria (95,9%) não recebeu algum tipo de orientação para a realização deste procedimento.

Quanto ao uso de EPIS, todos usaram avental e luvas. Há também alta utilização de gorro (93,9%) e máscara (85,7%). No entanto, apenas 2 profissionais fizeram uso dos óculos de proteção. Embora a maior parte dos técnicos de enfermagem não tenha se paramentado de modo completo, conforme precaução padrão mais adicional indicada pela Comissão de Controle de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (CCIRAS) da instituição, o uso de EPIS correspondeu ao passo mais executado na fase preliminar da realização da HB.

Por conseguinte, tem-se a Tabela 10, a qual apresenta a distribuição das ações de enfermagem preliminares à realização da higiene bucal relacionadas aos cuidados com o paciente.

Tabela 10 - Distribuição das ações preliminares à realização da higiene bucal (n=49), relacionadas aos cuidados com os pacientes, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Ações de Enfermagem Observadas	N	%
Comunica o procedimento	21	42,9
Mantém a cabeceira do leito 30° a 45°	46	93,9
Coloca a toalha sob a cabeça do paciente	01	02,1
Verifica se a dieta está sendo infundida	14	31,1
Realiza inspeção da cavidade bucal	02	04,1
Solicita auxílio quando detecta situação adversa	00	00,0
Higieniza e hidrata a região peribucal antes de abrir a boca do paciente	00	00,0
Aspira a cavidade bucal	28	57,1
Nos pacientes com IOT, realiza higiene externa do tubo	00	00,0
Verifica a pressão do <i>cuff</i> em pacientes intubados/traqueostomizados	00	00,0
Nos pacientes com SNG/SNE/SOG realiza higiene externa da extensão com solução aquosa de clorexidina 0,12 %	00	00,0

Fonte: Base de dados da pesquisa

Independente do nível de consciência dos pacientes, menos que a metade dos profissionais (42,9%), comunica o procedimento, que por eles seria realizado. Cerca de um terço (31,1%) verifica se a dieta enteral estava está sendo infundida e uma minoria (4,1%) procedeu a inspeção/avaliação da cavidade bucal.

Dentre os itens mais executados em relação aos cuidados com o paciente antes da realização da HB, tem-se a manutenção do posicionamento da cabeceira do leito elevada em 30° a 45° (93,9%) e a aspiração da cavidade bucal (57,1%).

Quanto aos itens que não foram cumpridos nesta etapa, têm-se: a solicitação de auxílio diante de situações adversas relacionadas à cavidade bucal (sangramento, lesões no dorso da língua, sialorreia, biofilme dental visível); a verificação da pressão do *cuff* nos pacientes sob ventilação mecânica por meio do tubo orotraqueal ou da cânula de traqueostomia; a higienização externa do tubo orotraqueal e das sondas para dietas enterais (quando presentes); a higienização e/ou hidratação da região peribucal antes de abrir a boca do paciente.

4.3.2 Ações de enfermagem realizadas durante a execução da higiene bucal

No que se refere às práticas realizadas pelos profissionais de enfermagem durante o procedimento da higiene bucal, apresenta-se, primeiramente, a distribuição das ferramentas ou produtos utilizados para o controle mecânico e químico do biofilme bucal, conforme consta na Tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição das ferramentas utilizadas, pelos profissionais de enfermagem (n=49), na realização da higiene bucal química e mecânica nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Materiais Utilizados (Higiene Química e mecânica)	N	%
Escova de dente + Creme dental	14	28,6
Gaze + Antisséptico/colutório bucal	13	26,5
Gaze + Água destilada estéril	08	16,3
Escova de dente + Creme dental + Antisséptico/colutório	06	12,2
Abaixador de língua envolto em gaze + Antisséptico/colutório	04	8,2
Abaixador de língua envolto em gaze + Água destilada estéril	03	6,1
Escova de dente + Antisséptico	01	2,0
TOTAL	49	100

Fonte: Base de dados da pesquisa

No que se refere às ferramentas e/ou produtos, verifica-se que o conjunto escova de dentes e creme dental foram os mais utilizados (28,6%). Em seguida, tem-se a gaze (envolta no próprio dedo da mão do profissional) com antisséptico bucal (26,5%) ou com água destilada estéril (16,3%). Com base nesses achados, infere-se que a escova de dentes e a gaze foram os instrumentos mais utilizados pelos técnicos de enfermagem para o controle mecânico do biofilme dental.

Quanto as soluções, observa-se na Tabela 12, os derivados dos óleos essenciais, representados pelo Listerine®, foram os mais utilizados (48,6%) pelos técnicos de enfermagem para o controle químico do biofilme dental. Em seguida tem-se o bicarbonato de sódio (17,1%), o Cloreto de Cetilpiridínio (14,3%) e a água destilada estéril (14,3%). A minoria (5,7%) fez uso do Triclosan.

Tabela 12 - Distribuição das soluções utilizadas, pelos profissionais de enfermagem (n=35), na realização da higiene bucal nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Soluções Utilizadas	N	%
Óleos Essenciais (Listerine®)	17	48,6
Bicarbonato de Sódio	06	17,1
Cloreto de Cetilpiridínio (Cepacol®)	05	14,3
Água Destilada estéril	05	14,3
Triclosan (Colgate Plax / Oral B Plax)	02	05,7
TOTAL	35	100

Fonte: base de dados da pesquisa

As Tabelas 13 e 14 apresentam os procedimentos relacionados à limpeza da cavidade bucal realizadas pelos profissionais de enfermagem, segundo o tipo de ventilação e a classificação da arcada dentária do paciente.

Tabela 13 – Distribuição das técnicas de higiene bucal, realizadas pelos profissionais de enfermagem, nos pacientes dentados (n=39), Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Técnicas Observadas	Dentados /Dentados Parciais (N=39)*		
	Intubados n= 25	Traqueostomizados n=09	Sem Tubo e sem Traqueostomia n=05
	n (%)	n(%)	n(%)
Local onde Procede a Limpeza			
Dentes pelo lado de fora (face vestibular)	22 (88,0)	08 (88,9)	05 (100,0)
Dentes pelo lado interno (arcada inferior)	00 (00,0)	02 (22,2)	00 (00,0)
Dentes pelo lado interno (arcada superior)	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Superfície mastigatória dos dentes inferiores	06 (24,0)	04 (44,4)	04 (80,0)
Superfície mastigatória dos dentes superiores	06 (24,0)	04 (44,4)	04 (80,0)
Dorso da língua	08 (32,0)	05 (55,6)	04 (80,0)
Parte interna das bochechas (mucosa jugal)	05 (20,0)	04 (44,4)	03 (60,0)
Palato	00 (00,0)	01 (11,1)	00 (00,0)
Nenhum	01 (04,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Usou raspador quando limpa o dorso da língua	00 (00,0)	01 (11,1)	00 (00,0)
Realizou movimento de varredura no sentido da gengiva para o dente	00 (00,0)	02 (22,2)	00 (00,0)
Realizou a higiene no sentido posteroanterior	22 (88,0)	08 (88,9)	05 (100,0)
Quando utilizou a boneca de gaze ou apenas gaze, trocou a mesma a cada uso	14 (56,0)	02 (22,2)	01 (100,0)
Usou fio dental	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Usou saliva artificial	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Aspirou a região bucal durante todo o procedimento	17 (68,0)	06 (66,7)	02 (40,0)
Usou água destilada/soro fisiológico durante todo o procedimento para enxaguar o creme dental ou produto	14 (56,0)	06 (66,7)	04 (80,0)

Fonte: base de dados da pesquisa

Nota: (*) Um mesmo paciente foi submetido ao procedimento de higiene bucal mais de uma vez, por diferentes profissionais, em dias diferentes

Mostra-se, nessa tabela, que nos pacientes intubados e nos traqueostomizados, as áreas mais higienizadas pelos profissionais corresponderam à face vestibular dos dentes (dentes pelo lado de fora) e o dorso da língua. A região do palato e a face interna (superior e inferior) dos dentes não foi limpa por nenhum trabalhador de enfermagem.

Ao comparar os pacientes intubados com os traqueostomizados em relação às áreas da cavidade bucal que deveriam ser limpas, observa-se que aqueles que estavam com traqueostomia foram os que tiveram um maior número de locais higienizados pelos técnicos de enfermagem. Porém, mesmo os pacientes que estavam sem tubo e sem traqueostomia, também não tiveram todas as regiões da cavidade bucal higienizadas pelos profissionais, inclusive áreas como o palato e a face interna dos dentes.

Quanto a realização da higiene no sentido posteroanterior, esta foi realizada por quase todos os profissionais, sendo que apenas 22,2% realizou o movimento de varredura no sentido da gengiva para o dente e somente nos pacientes que estavam traqueostomizados.

A maioria dos profissionais que utilizou boneca com gaze para limpar a cavidade bucal, efetuou a troca das mesmas a cada uso.

A aspiração da cavidade bucal durante todo o procedimento da higiene bucal foi executada por mais da metade dos profissionais nos pacientes intubados (68%) e traqueostomizados (66,7%). Naqueles que estavam sem estes dispositivos terapêuticos, 40% dos técnicos de enfermagem realizaram este procedimento.

Quando se trata do enxágue da boca para retirada de algum tipo de produto se deram na maior parte dos pacientes, sendo que 56% dos profissionais realizaram este procedimento nos indivíduos intubados, 66,7% nos traqueostomizados e 80% naqueles que não estavam com estes dispositivos. Ferramentas como o fio dental e a saliva artificial não foram utilizadas pelos profissionais.

Na sequência, a Tabela 14 refere-se às técnicas de higiene bucal realizadas pelos profissionais de enfermagem nos pacientes edêntulos intubados, traqueostomizados, como aqueles que estavam sem estes dispositivos terapêuticos.

Tabela 14 - distribuição das técnicas de higiene bucal, realizadas pelos profissionais de enfermagem nos pacientes desdentados (n=10) segundo o tipo de ventilação, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Técnicas Observadas	Desdentados (edêntulos) n=10*		
	Intubado (n=3)	Traqueostomizado (n=6)	Sem Tubo e Sem Traqueostomia (n=1)
	n (%)	n (%)	n (%)
Áreas Higienizadas			
Gengivas superiores	02 (66,7)	06 (100,0)	01 (100,0)
Gengivas inferiores	02 (66,7)	06 (100,0)	01 (100,0)
Dorso da língua	03 (100,0)	02 (33,3)	01 (100,0)
Parte interna das bochechas	01 (33,3)	01 (16,7)	00 (00,0)
Palato	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Usou raspador para limpar o dorso da língua	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Realizou higiene no sentido pósterioanterior	03 (100,0)	06 (100,0)	01 (100,0)
Ao utilizar boneca de gaze ou apenas gaze, trocou a mesma a cada uso	01 (33,3)	04 (66,7)	00 (00,0)
Usou saliva artificial	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)
Aspirou a região bucal durante todo o procedimento	01 (33,3)	03 (50,0)	01 (100,0)
Usou água destilada/soro fisiológico durante todo o procedimento para enxaguar o creme dental ou produto	02 (66,7)	03 (50,0)	01 (100,0)

Fonte: Base de dados de pesquisa

Nota: (*) Um mesmo paciente foi submetido ao procedimento de higiene bucal mais de uma vez, por diferentes profissionais, em dias diferentes

De acordo com a Tabela 14, observa-se que em todos os pacientes edêntulos traqueostomizados, intubados e aqueles que estão sem tubo ou cânula de traqueostomia, as gengivas superiores e inferiores correspondem às áreas que a maior parte dos profissionais procedeu à limpeza. Em contrapartida, ninguém realizou a limpeza do palato.

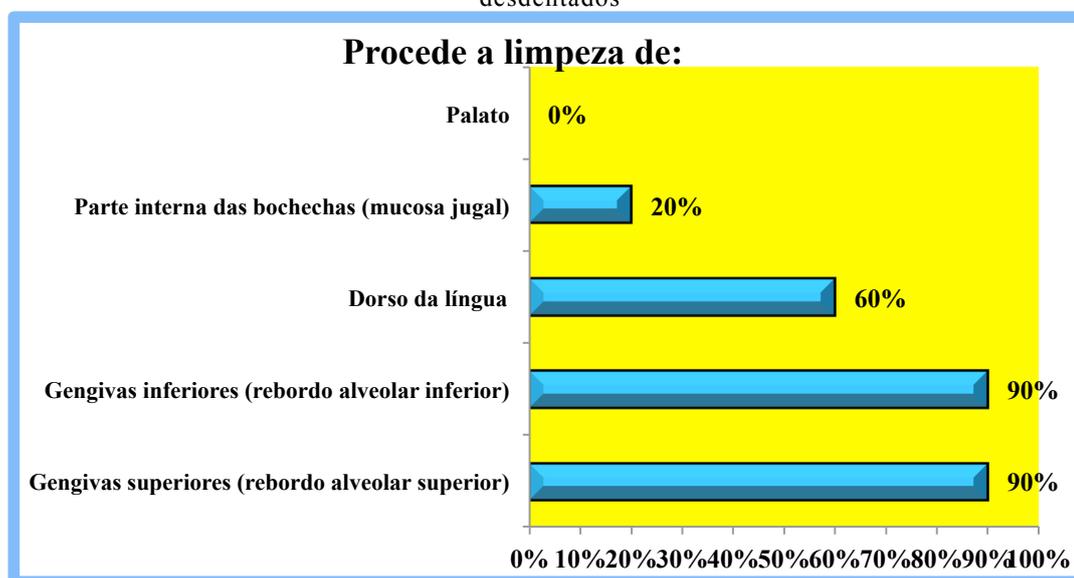
Todos os profissionais limparam o dorso da língua dos pacientes intubados e dos que estavam sem tubo ou traqueostomia. Porém, nos pacientes traqueostomizados, esta região foi limpa por menos da metade dos técnicos de enfermagem (33,3%).

A mucosa jugal foi limpa pela minoria dos profissionais nos paciente intubados (33,3%) e nos traqueostomizados (16,7%). Os pacientes que estavam sem tubo ou traqueostomia não tiveram esta área da cavidade bucal higienizada pelos técnicos de enfermagem. Portanto, observa-se que os pacientes desdentados também não tiveram higienização completa da cavidade bucal.

A aspiração durante todo o procedimento de HB e o enxágue da cavidade bucal foram executados pela maioria dos profissionais. O raspador de língua e a saliva artificial foram recursos não utilizados em nenhum tipo de paciente edêntulo.

O Gráfico 3 tem o objetivo de apresentar uma visão geral das áreas da boca dos pacientes edêntulos, independente se estavam com tubo, traqueostomia ou sem estes dispositivos, que foram higienizadas pelos profissionais de enfermagem.

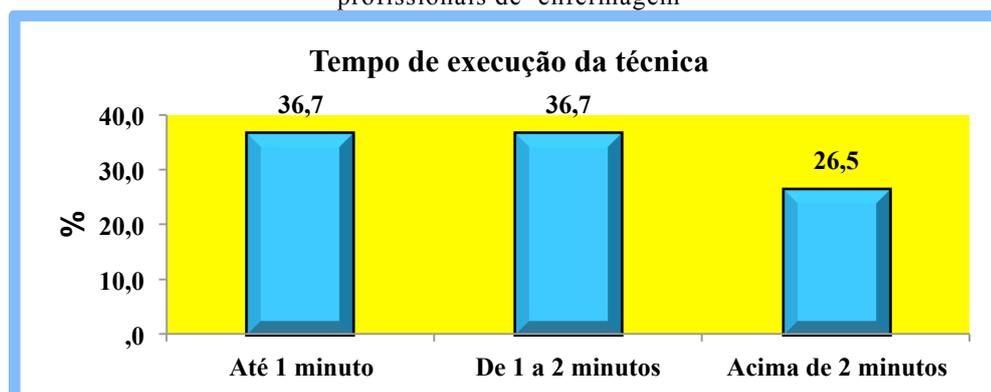
Gráfico 3 – Distribuição da higienização mecânica, segundo a área da cavidade bucal dos pacientes desdentados



Fonte: Base de dados da pesquisa (novembro 2015 a janeiro 2016)

A duração do procedimento de limpeza da cavidade bucal realizada pelos profissionais de enfermagem foi cronometrada pela pesquisadora. A maior parte dos cuidadores de enfermagem levou menos que dois minutos para realizar o procedimento de HB como pode ser visto no Gráfico 4. O cronômetro foi acionado quando o profissional iniciava o processo de higiene mecânica da boca do paciente e como término, o momento no qual iniciava o enxágue da cavidade bucal.

Gráfico 4 – Distribuição do tempo de execução da técnica de higiene bucal, realizada pelos profissionais de enfermagem



Fonte: Base de dados da pesquisa (novembro 2015 a janeiro 2016)

A Tabela 15 apresenta o tempo de execução do procedimento de higiene bucal pelo profissional segundo o tipo de paciente, categoria e formação profissional, tempo de atuação na profissão e na área de UTI.

Tabela 15 - Distribuição do tempo de realização do procedimento de higiene bucal, segundo a categoria e formação profissional, tempo de atuação em enfermagem e na área de UTI, tipo de paciente, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Técnicas Observadas	Tempo de Execução da Técnica		
	até 1 minuto N (%)	de 1 a 2 minutos N (%)	acima de 2 minutos N (%)
Categoria Profissional			
Técnico e enfermeiro (n=21)	10 (47,6)	08 (38,1)	03 (14,3)
Técnico (n=28)	08 (28,6)	10 (35,7)	10 (35,7)
Tipo de Paciente			
Intubado (n=28)	14 (50,0)	09 (32,1)	05 (17,9)
Traqueostomizado e/ou espontânea (n=21)	04 (19,0)	10 (47,6)	07 (33,3)
Tempo de Atuação Profissional^a	9,4 ± 5,6	10,8 ± 5,3	12,5 ± 8,8
Tempo de Atuação em UTI^a	5,8 ± 5,0	4,7 ± 4,2	8,4 ± 6,4
Especialização			
Sim (n=12)	03 (25,0)	06 (50,0)	03 (25,0)
Não (n=37)	15(40,6)	12 (32,4)	10 (27,0)

Fonte: Base de dados da pesquisa

Nota: as variáveis estão expressas em média ± desvio padrão.

Primeiramente, realizou-se teste de normalidade, o qual mostrou que não se pode assumir a hipótese de que os dados de tempo de execução da técnica possuem distribuição normal.

Desse modo, para verificar se existe diferença significativa no tempo de execução da técnica entre as categorias profissionais realizou-se o teste não-paramétrico de MannWhitney.

Tabela 16 - Distribuição do tempo de execução da técnica de higiene bucal entre as categorias profissionais, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

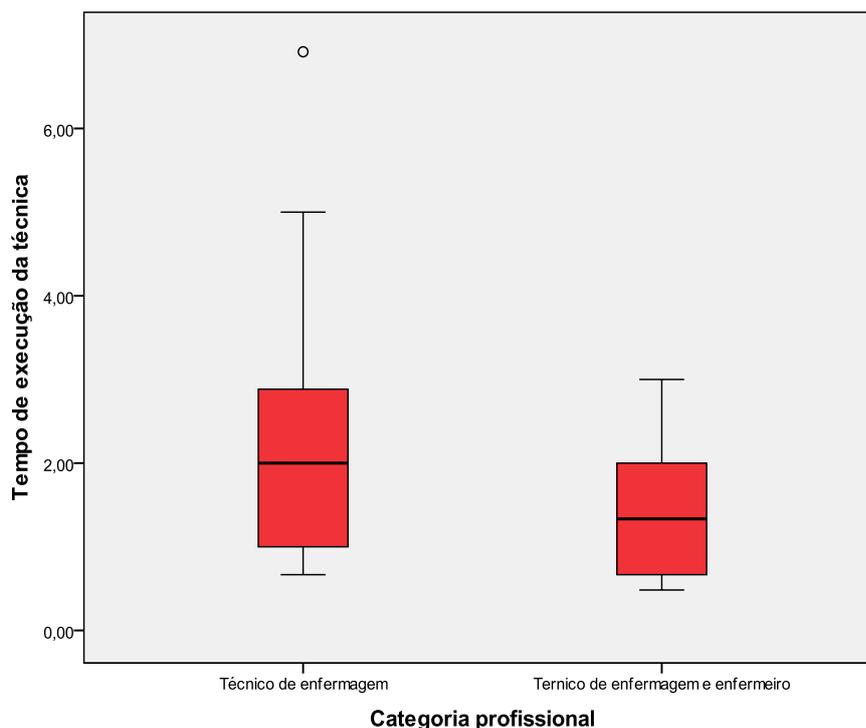
	Categoria profissional		p-valor*
	Técnico e Enfermeiro Mediana (Min-Máx)	Técnico Mediana (Min-Máx)	
Tempo de execução da técnica (minutos)	1,33(0,48-3,00)	2,00 (0,67-6,92)	0,025

Fonte: Base de dados da pesquisa

Legenda: (*) teste estatístico utilizado: Mann-Whitney

O Teste de Mann-Whitney revelou que há diferença significativa do tempo de execução da técnica entre as categorias profissionais (p-valor = 0,025). Como observado no Gráfico 5, aqueles que possuem apenas o curso técnico levam mais tempo para a realização da higiene bucal do que aqueles que, além do curso técnico, têm o curso de graduação em enfermagem.

Gráfico 5 – Tempo de execução da técnica de HB, segundo a categoria profissional



Fonte: Base de dados da pesquisa (novembro 2015 a janeiro 2016)

4.3.3 Ações de enfermagem realizadas após a execução da higiene bucal

A Tabela 17 apresenta a distribuição das práticas realizadas pelos profissionais de enfermagem após a execução da higiene bucal nos pacientes dependentes de cuidados.

Tabela 17 - Distribuição das ações realizadas pelos profissionais de enfermagem, após a execução da higiene bucal nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Práticas Observadas	N	%
No caso de pacientes com tubo orotraqueal/traqueostomia, realiza a troca da fixação	06	14,0
No caso de uso de escova dental, realiza a higienização da mesma em água corrente	07	36,8
Seca e armazena a escova dental em recipiente fechado	03	17,6
Hidrata os lábios	00	00,0
Retira o material e organiza o ambiente	45	91,8
Descarta as luvas, máscara e gaze no lixo infectante	11	22,4
Higieniza as mãos após a retirada das luvas	49	100,0
Registro do cuidado prestado no prontuário	34	69,4

Fonte: Base de dados da pesquisa

No que tange as práticas observadas após a realização da HB pelos profissionais, nota-se que todos higienizaram as mãos após a retirada das luvas e a maioria organizou a unidade e o material utilizado (91,8%). Nenhum hidratou os lábios dos pacientes e menos que a metade (36,8%) lavou em água corrente, secou e armazenou a escova dental em recipiente fechado após o uso.

Um percentual baixo de profissionais (14%), realizou a troca da fixação do tubo ou da traqueostomia nos pacientes que faziam uso destes dispositivos terapêuticos. No entanto, mais da metade (69,4%) dos cuidadores de enfermagem registraram no prontuário eletrônico o procedimento de HB, por eles executado.

4.3.4 Desempenho global dos profissionais de enfermagem na realização do procedimento de higiene bucal

Neste estudo, utilizou-se as recomendações da AMIB (2014) como padrões de competência para as práticas relacionadas aos cuidados bucais dos pacientes internados em uma UTI adulto.

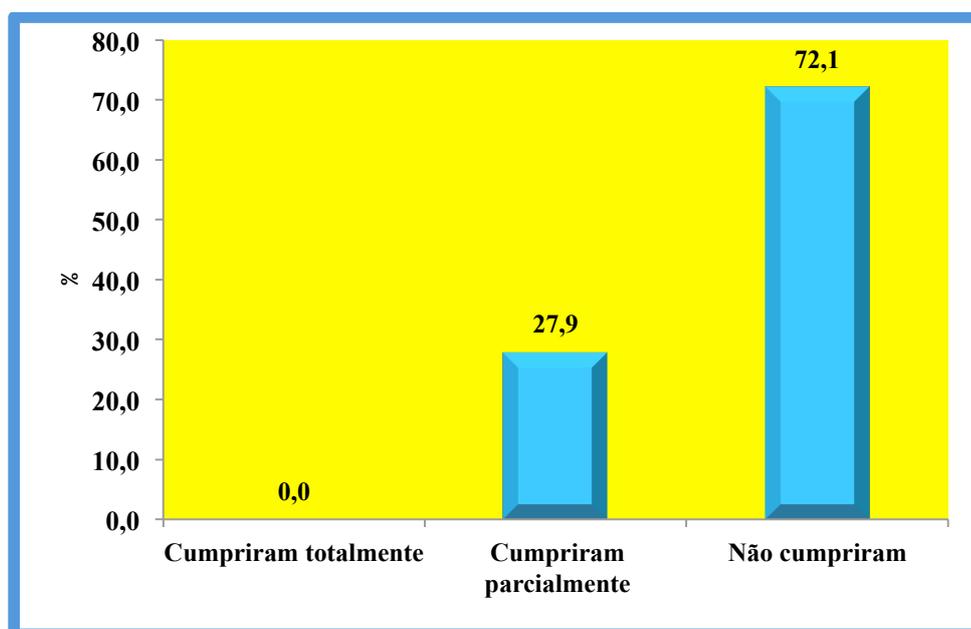
Como descrito na etapa de métodos, para avaliação do desempenho global dos profissionais (Tabela 18 e Gráfico 6) relacionado à prestação dos cuidados bucais aos pacientes internados na UTI, utilizou-se de uma pontuação para cada passo dos procedimentos, conforme o instrumento de coleta de dados.

Tabela 18 – Distribuição do desempenho global dos profissionais de enfermagem, relacionado aos procedimentos de higiene bucal nos pacientes da UTI, Brasília, DF, Brasil, novembro 2015 a janeiro 2016

Desempenho dos Profissionais	N	%
Cumpriram totalmente	00	0,0
Cumpriram parcialmente	17	27,9
Não cumpriram	44	72,1
Total	61	100,0

Fonte: Base de dados da pesquisa

Gráfico 6 – Distribuição do desempenho global dos profissionais de enfermagem relacionados aos procedimentos de higiene bucal



Fonte: base de dados da pesquisa (novembro 2015 a janeiro 2016)

Os resultados revelaram que a maioria dos profissionais (72,1%) não seguiu as recomendações da AMIB (2014) nem as evidências mais recentes relacionadas à higiene bucal no paciente adulto em estado crítico de saúde, tendo apenas 27,9 % dos profissionais conseguido cumprir parcialmente as práticas recomendadas.

5. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados encontrados tem a finalidade de fornecer subsídios para o planejamento dos cuidados relacionados à promoção da saúde bucal dos pacientes dependentes, proporcionar mudanças na prática diária, fornecer informações/dados para atividades de educação permanente, assim como auxiliar na criação de estratégias de prevenção de erros, com o objetivo de garantir segurança e qualidade na assistência de enfermagem aos pacientes em estado crítico de saúde.

A seguir, serão discutidos os resultados encontrados na pesquisa de acordo com os objetivos traçados. Primeiramente, será discutida a caracterização sociodemográfica, de morbidade e as características gerais relacionadas à internação dos pacientes que estavam sob cuidados dos profissionais que foram observados. Na sequência, a discussão segue sobre o perfil dos profissionais de enfermagem que participaram do estudo e práticas de cuidados bucais por eles realizados. Por fim, discute-se o desempenho global desses profissionais no que tange aos cuidados bucais prestados aos pacientes.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO CUIDADO DE HIGIENE BUCAL QUANTO AO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE MORBIDADE

Os resultados referentes ao gênero revelaram que a maior parte dos pacientes era do sexo masculino (76,7%), o que reproduz os achados das pesquisas realizadas em UTIs brasileiras, as quais revelam que mais de 50% dos pacientes internados nessas unidades são do sexo masculino (OLIVEIRA et al 2010; LIZ; ARENT; NAZARIO, 2012; RORIZ; BOA-VENTURA; DALBELLO, 2014).

O predomínio do sexo masculino entre os pacientes internados em unidades de cuidados intensivos também foi revelado por estudo recente desenvolvido em um público da cidade de Florianópolis. Tendo como objetivo descrever as características sociodemográficas e epidemiológicas de indivíduos internados em uma UTI de adultos, identificou-se que, do total de 695 prontuários analisados, 61,5% eram de pacientes do sexo masculino (RODRIGUEZ et al., 2016).

Essa realidade pode ser explicada pelo fato dos homens não realizarem com regularidade as medidas de prevenção primária, tornando-os mais vulneráveis a situações de risco

para a saúde, necessitando de mais intervenções médicas complexas e recuperações nas UTIs (MIRANDA, 2015; BRASIL, 2008).

O fato de a maior parcela dos pacientes ter 50 anos ou mais (44,2%) vem corroborar os resultados encontrados por outros estudos brasileiros realizados em UTIs gerais, nas quais a maior parte dos indivíduos internados tinha idade igual ou superior a 50 anos (SALDANHA et al., 2015a; RODRIGUEZ et al., 2016).

Mesmo tratando-se de uma unidade especializada, os principais motivos de internação foram semelhantes aos achados de investigação realizada em UTIs clínicas e cirúrgicas, nas quais as doenças cerebrovasculares, traumatismo cranioencefálico, politraumatizados e doenças do sistema respiratório corresponderam aos principais motivos (50,7%) do total das admissões nessas unidades (RODRIGUEZ et al., 2016).

Dentre as doenças cerebrovasculares, houve o predomínio do acidente vascular encefálico isquêmico ou hemorrágico. Em relação ao trauma crânioencefálico, a maioria era ocasionado por quedas da própria altura, acidentes automobilísticos, somados a vítimas de agressões físicas e ferimentos por arma branca e de fogo.

Quanto às comorbidades mais frequentes, os resultados ratificam os achados de outros estudos, nos quais a hipertensão arterial sistêmica e o acidente vascular encefálico estavam entre os tipos mais comuns de comorbidades entre os pacientes (OLIVEIRA et al, 2010; TAVARES, 2013). No entanto, a hipertensão arterial sistêmica como a comorbidade mais expressiva foi identificada por um estudo do tipo coorte, prospectivo, observacional, que visou traçar o perfil geográfico e clínico de 67 pacientes admitidos em uma UTI geral (VIEIRA, 2011).

Desse modo, entende-se que o perfil dos pacientes desta investigação pode estar relacionado ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, que aumenta também a frequência de indivíduos mais idosos com agravos a saúde que exigem tratamento em UTI, uma vez que a incidência de doenças crônicas degenerativas cresce com o avançar da idade (CLAUDINO; SCHVEITZER, 2010; RODRIGUEZ et al., 2016). Ressalta-se que os fatores de risco para o traumatismo cranioencefálico (TCE) também amplificam com avançar da idade devido a uma associação de declínio sensorial, motor e deficiências cognitivas (LIZ; ARENT; NAZARIO, 2012).

Destaca-se que os distúrbios cardiovasculares como hipertensão arterial e acidentes vasculares cerebrais se encontram relacionados com a doença periodontal, não somente tendo

esta como fator de risco, mas também interagindo com a mesma e modificando seu transcurso (MEDEIROS; BYHATEM; SILVA, 2015).

Quanto à classificação da arcada dentária, os resultados apontam o predomínio de pacientes dentados internados na UTI. Esse achado diverge de outros estudos que mostram que a maior parte dos pacientes de UTI é de desdentados parciais ou totais (BAEDER et al., 2012, CRUZ; MORAES; TREVISANI, 2014; SALDANHA et al., 2015a).

Pressupõem-se que tal resultado esteja relacionado a diferentes definições adotadas quanto a quantidade de dentes presentes nas arcadas dentárias dos pacientes. Considerou-se na presente pesquisa como dentado, aqueles pacientes que apresentavam mais de 24 dentes; parcialmente dentados, de 5 a 23 dentes e desdentados, abaixo de 5 dentes em cada arcada (MAKABE, 2015). Encontrou-se também na literatura definições como de dentado total, indivíduos com 14 dentes ou mais; desdentado parcial com presença de até 13 dentes; desdentado total com ausência de todos os dentes (CRUZ; MORAIS; TREVISANI, 2014).

Portanto, pode-se afirmar que, para os pacientes participantes deste ensaio, a HB torna-se ainda mais crucial, já que os dentes naturais contribuem para um maior acúmulo de biofilme, quando comparados com os desdentados totais (CRUZ; MORAES; TREVISANI, 2014).

5.1.1 Características gerais relacionadas à internação na UTI dos pacientes dependentes de cuidados

Os resultados revelaram que a maior parte dos pacientes (65,1%) permaneceu menos do que 10 dias internados, o que é inferior ao que é relatado em outros estudos realizados em UTI de neurotrauma. De acordo com a literatura científica, quando se trata de pacientes vítimas de politrauma e/ou TCE o tempo de internamento pode variar na média de 19 a 20 dias (MARQUES et al., 2014).

Considerando que a média de dias de internação dos pacientes da UTI participante desta investigação é de 21 dias, segundo o banco de dados da instituição sobre as admissões nas UTIs, pressupõe-se que a exclusão dos indivíduos politraumatizados com TCE grave e instabilidade hemodinâmica pode ter influenciado os achados deste estudo em relação ao tempo de permanência na unidade.

Em contrapartida, mesmo tratando-se de uma UTI especializada em atendimento a vítimas de trauma e doenças cerebrovasculares, os pacientes que foram observados quanto aos cuidados bucais, recebidos pela equipe de enfermagem, apresentaram um tempo de per-

manência semelhante a estudos brasileiros realizados com pacientes de UTI gerais, nas quais o tempo médio variou de seis a treze dias (OLIVEIRA et al., 2010, CALDEIRA; COBUCCI, 2011; LISBOA et al., 2012; MAKABE, 2014; RODRIGUEZ et al., 2016).

Entende-se que o período no qual os pacientes permanecem na UTI está diretamente relacionado à gravidade da doença, assim como as complicações a ela associadas. Sugere-se que o tempo de estadia nessa unidade seja o menor possível, a fim de evitar a exposição do paciente a doenças oportunistas e os efeitos adversos a elas ocasionados como, por exemplo, as infecções hospitalares.

Segundo Miranda (2015), o tempo de internação hospitalar pode determinar a microbiota bucal, favorecendo a predominância de bactérias Gram-negativas associadas à pneumonia nosocomial, adquirida entre 48 a 72 horas após a internação na UTI. A esse respeito, os achados desta pesquisa mostram que há uma diferença significativa entre os pacientes que desenvolveram PAVM e os que não desenvolveram no que tange ao tempo de internação na UTI (p-valor 0,000). Portanto, os indivíduos que desenvolveram PAVM (32,6%) foram aqueles que estavam internados por mais tempo nessa unidade.

Sendo assim, estes resultados vêm confirmar os achados de pesquisas que mostram que a quantidade e qualidade do biofilme bucal, assim como a proliferação de patógenos respiratórios é diretamente proporcional ao tempo de permanência do paciente na UTI (SANTOS et al., 2013; MIRANDA, 2015; YILDIZ; DURNA, AKIN, 2013).

Cruz, Moraes e Trevisani (2014), com o objetivo de descrever a condição bucal de pacientes hospitalizados em uma UTI, observaram que estes apresentavam um intenso acúmulo de placa bacteriana dental e saburra lingual, com um aumento após 72 horas da primeira avaliação, o que sugere que o tempo de internação é um fator importante nessa alteração, ressaltando a importância da higiene bucal dos pacientes internados nessas unidades.

No que concerne ao uso de dispositivos terapêuticos, os achados revelaram que a maioria dos pacientes estava com tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia sob ventilação mecânica e sondas para dieta enteral. Esses resultados são características comuns apresentadas por estudos desenvolvidos com pacientes internados em unidades de cuidados intensivos (JONES; MUNRO; GRAP, 2011; YILDIZ; DURNA; AKIN, 2013).

No que diz respeito ao período de intubação, a maior parte dos indivíduos permaneceu menos do que sete dias, período semelhante ao encontrado nos estudos desenvolvidos nessa área, em que o tempo médio de intubação foi de cinco dias (JONES; MUNRO; GRAP, 2011).

Os achados referentes ao predomínio da inserção da sonda para dieta enteral pela via nasal corrobora o que foi relatado em investigação realizada por Gonçalves e colaboradores (2012), na qual a maior parte dos pacientes internados na UTI estava sob nutrição enteral por meio de sonda nasogástrica. No presente estudo, apenas 14% dos pacientes tinham uma sonda com inserção orogástrica. A inserção da sonda, via oral, tem sido recomendada, pela possibilidade de reduzir a frequência de sinusite e possivelmente a PAVM (BOUADMA et al., 2010).

Quanto ao uso de sedação, utilizada em 51,2% dos pacientes, é justificado pelo fato de que grande parte desses indivíduos estava sob ventilação mecânica invasiva; além disso, alguns também estavam no protocolo de neuroproteção, no qual os pacientes recebem sedativos e relaxantes musculares, a fim de evitar episódios de hipertensão intracraniana.

Em relação à terapia antibiótica, a maioria dos pacientes do presente estudo fazia uso de vários antibióticos, o que corrobora pesquisas desenvolvidas em UTIs, as quais apontam os antimicrobianos como uma das drogas mais utilizadas nessas unidades. Porém, o seu uso indiscriminado e por tempo prolongado tem sido um dos principais fatores envolvidos no surgimento de bactérias multirresistentes (VICENT et al., 2009; LISBOA; NAGEL, 2011).

Portanto, no que se refere aos condicionantes da internação do paciente e a saúde bucal, a literatura científica revela que intervenções (tratamento com oxigênio; procedimentos invasivos, ventilação mecânica, entre outros); medicamentos (antibióticos, corticosteroides, psicotrópicos, entre outros), idade avançada e tempo de permanência na UTI, podem alterar as membranas das mucosas da boca e comprometer a saúde bucal dos indivíduos (YILDIZ, DURNA; AKIN, 2013).

5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os resultados apontam que a maioria dos trabalhadores de enfermagem que participou desta pesquisa é do sexo feminino (77%), o que corrobora com o perfil de enfermeiros em geral no Brasil. Porém, apesar de a enfermagem ser considerada desde os primórdios uma profissão inteiramente feminina, nos tempos atuais observa-se um aumento significativo de homens à procura dessa profissão (ALMEIDA; ARAÚJO, 2016).

Estudo desenvolvido com profissionais de enfermagem intensivistas também relatou aumento considerável da presença masculina entre os técnicos de enfermagem (ORLANDINI; LAZZARI, 2012).

Em relação às demais características, a população estudada foi considerada jovem, com média de 36,8 anos de idade; experientes na profissão (10,9 anos). Destes, vários participantes, embora exerçam a função de técnico, têm formação superior em enfermagem e cursos de pós-graduação. Outros estudos nessa área ratificam esses achados (CARVALHO, 2008; GONÇALVES et al., 2012a; SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012; ANDOLHE, 2013).

Entende-se que a procura da formação continuada por esses profissionais reflete o compromisso destes em qualificar a assistência prestada ao paciente em estado crítico de saúde. Portanto, mesmo que os achados desta investigação não tenham mostrado associação significativa entre as variáveis categoria profissional, cursos de especialização e capacitação sobre cuidados bucais, identificou-se que há um maior percentual daqueles que realizam higiene bucal entre os indivíduos que possuem a graduação em enfermagem juntamente com o curso técnico, quando comparado com aqueles que só possuem o curso técnico.

No que se refere ao tempo de trabalho em ambiente de terapia intensiva, este foi inferior ao encontrado na literatura. A maior parte dos participantes tinha em média 6 anos de atuação em cuidados intensivos, enquanto na literatura encontrou-se uma média de 8 anos ou mais (CARVALHO, 2008; GOMES; SILVA, 2010; ORLANDINI; LAZZARI, 2012; ANDOLHE, 2013; ATZINGEN, 2014).

Entretanto, nesta investigação, o tempo de atuação em enfermagem e o tempo de atuação em unidade de cuidados intensivos também não influenciaram o fato de o profissional realizar ou não a higiene bucal do paciente. Achados similares foram encontrados por Lin, Yang e Lai (2014), que verificaram que os anos de experiência em ambientes de cuidados intensivos não foram associados à maior adesão para realização de HB nos pacientes internados nestas unidades.

Quanto às capacitações ou orientações fornecidas pela instituição sobre medidas direcionadas à promoção da saúde bucal dos pacientes criticamente enfermos, a maioria informou que não recebeu, indicando haver necessidade de ações educativas e preparatórias, a fim de melhorar os cuidados de saúde bucal realizados pelos profissionais de enfermagem. Esses resultados reproduzem o que é encontrado na literatura científica nacional, na qual a maior parte dos trabalhadores de enfermagem atuantes em terapia intensiva não recebe informações ou capacitações sobre cuidados bucais pela instituição na qual trabalham (FAIÇAL; MESAS, 2008; ORLANDINI; LAZZARI, 2012; FIGUEIRÊDO JUNIOR, 2014).

No entanto, encontrou-se o oposto na literatura internacional, na qual investigações realizadas com profissionais de enfermagem atuantes em UTI revelam que estes recebem ca-

pacitações sobre os processos adequados de HB, principalmente relacionado à prevenção da PAVM, pelas instituições na qual trabalham (CHAN et al., 2011; HECK, 2012; LIN; YANG; LAI, 2014) .

A esse respeito, pesquisas recomendam a capacitação dos profissionais como uma forma de melhorar a adesão aos protocolos de higiene bucal, proporcionar mudança de comportamento e conseqüentemente ocasionar redução das taxas de pneumonias nosocomiais (CARVALHO, 2008; GONÇALVES, 2012b; ATZINGEN, 2014).

No entanto, segundo Lin, Yang e Lai (2014), a educação/capacitação de forma isolada não melhora a qualidade e nem a adesão à prestação dos cuidados bucais pelos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente, não reduz os índices de PAVM. Por exemplo, Atzingen (2014), ao avaliar intervenção educativa junto à equipe de enfermagem sobre higiene bucal, verificou, apesar de redução significativa (p valor $< 0,05$) do acúmulo de biofilme dental dos pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva, que não houve diminuição de forma significativa nas taxas de PAVM.

Porém, as pesquisas que envolveram as equipes interdisciplinares e líderes institucionais em seus programas de educação permanente e continuada, tiveram melhores resultados quanto a adesão dos profissionais de enfermagem a prestação dos cuidados bucais associadas à redução das taxas de pneumonias nosocomiais (BOUADMA et al., 2010; ARROLIGA et al., 2012; SEDWICK et al., 2012; CUCCIO et al., 2012).

No Brasil, autores têm sugerido tecnologias visuais como ferramentas educativas para serem utilizadas em programas de treinamento ou capacitação dos profissionais de saúde, em particular a enfermagem, sobre higiene bucal em pacientes em estado crítico de saúde. Dessa forma, recomendam o uso de vídeos educativos como uma maneira de oferecer informações e contribuir para a mudança de comportamento dos profissionais, como é caso de Stina, Zamarioli e Carvalho (2015), que utilizaram um vídeo sobre a técnica de higiene bucal em pacientes sob tratamento quimioterápico com alunos de graduação em enfermagem. Ao avaliar o uso dessa ferramenta, as autoras verificaram que houve melhora do conhecimento cognitivo e procedimental dos discentes e recomendam o uso do vídeo para treinamento de equipes multidisciplinares de saúde.

Adicionalmente, Urbano (2015) propõe um vídeo educativo sobre a higiene bucal no paciente intubado sob ventilação mecânica, para profissionais de enfermagem, com o objetivo de fornecer um conhecimento científico capaz de mudar o comportamento desses profissionais por meio de uma educação crítica e reflexiva, assim como contribuir para o desenvolvimento de protocolos e estratégias para a redução da PAVM nas UTIs.

Em relação ao conhecimento dos profissionais sobre a existência de algum protocolo, a maioria não soube informar. O oposto foi evidenciado por Orlandini e Lazzari (2012), os quais, em um estudo realizado com profissionais de enfermagem em uma UTI em Porto Alegre (RS), verificaram que todos os enfermeiros e a maioria dos técnicos de enfermagem tinha conhecimento dos cuidados preconizados sobre higiene bucal pela instituição na qual trabalhavam. Resultados obtidos também por Jordan e colaboradores (2014).

Porém, em relação aos 16,4 % dos indivíduos que relataram a existência de um protocolo específico de higiene bucal, identificou-se que estes se referiam a uma pasta catálogo, a qual continha as rotinas da unidade e as funções de cada profissional da enfermagem. A realização da higiene bucal, na unidade estudada, é uma das rotinas estabelecidas e recomenda-se que esta seja efetuada três vezes ao dia, porém é realizada apenas uma vez e no momento do banho no leito. Não há recomendações ou padronizações sobre a técnica, ferramentas e soluções que devem ser utilizadas nos cuidados bucais. Portanto, não há na unidade um protocolo específico sobre essa prática.

Sendo assim, tanto o tipo de substância como a ferramenta utilizada para os cuidados bucais variou entre os técnicos de enfermagem. Resultados semelhantes foram encontrados por Chan et al. (2011), que, ao investigar as práticas de HB entre enfermeiras intensivistas de Singapura, identificaram que os cuidados relacionados à saúde bucal dos pacientes não eram padronizados, assim a frequência, os produtos e ferramentas utilizadas para esse cuidado era diversificado entre essas profissionais.

Entende-se que as práticas de cuidados bucais deveriam ser realizadas de maneira padronizada por todos que trabalham em UTI. Pesquisadores apontam que a presença de protocolo nas UTIs está associada a atitudes mais positivas e a prestação de um cuidado bucal com mais qualidade e segurança pelos profissionais (CHAN et al., 2011; SEDWICK et al., 2012; JORDAN et al., 2014; KIYOSHI-TEO; BLEGEN, 2015).

No Brasil, mesmo após o estabelecimento de um protocolo sobre HB para o paciente adulto internado em um UTI, desde 2013, pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira, muitos estudos, semelhantes à presente investigação, revelam que ainda, na maioria das UTIs, não há um protocolo específico sobre os cuidados bucais dos pacientes internados nessas unidades (OLIVEIRA et al., 2014, ATZINGEN, 2014; MIRANDA, 2015).

Em contrapartida, na literatura científica internacional, a maioria das pesquisas aponta para a presença de protocolos em suas unidades de terapia intensiva associados à redução das taxas de PAVM e à melhora da condição bucal dos pacientes (CHAN et al., 2011; CONLEY et al., 2013).

Portanto, conclui-se que a inclusão de protocolos baseados nas atuais evidências, associada a uma formação continuada e permanente com abordagem multidisciplinar, pode influenciar de forma positiva as percepções dos profissionais de enfermagem em relação ao propósito, nível de prioridade atribuído e na forma como a higiene da boca é executada. Além disso, pode contribuir para a redução de infecções nosocomiais e consequentemente para a segurança do paciente internado nas Unidades de Terapia Intensiva.

5.3 DESCRIÇÃO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM, NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL, EM PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS

Nesta subseção são discutidas as ações relacionadas aos cuidados bucais prestados pelos profissionais de enfermagem participantes do estudo, com base no protocolo da AMIB (2014) sobre a HB em indivíduos adultos internados em UTI.

5.3.1. Aspectos gerais que envolvem o procedimento de higiene bucal

Quanto ao profissional responsável pela execução da HB, os resultados apontam o técnico de enfermagem. Os enfermeiros não realizam esse tipo de procedimento. Essa realidade é comum na maior parte das UTIs brasileiras, porém contrapõe ao que mostram os estudos internacionais, nos quais esse tipo de cuidado é executado por enfermeiros (BOUDMAN et al., 2010; BINGHAM et al., 2010; GOSS; COTY; MYERS, 2011; SZABO et al., 2014).

Para a AACN (2010), o enfermeiro deve ser o profissional responsável pela HB, porque esse procedimento requer uma avaliação antes e após a sua realização (BOOKER et al., 2013; JABLONSKI, 2012).

Quanto à frequência da realização da HB, esta é feita uma vez ao dia e no momento do banho no leito. Segundo o POP da AMIB (2014), a frequência desse cuidado está relacionada com a necessidade individual do paciente, sendo determinada após avaliação da equipe de enfermagem e/ou odontológica. Porém, de acordo com a AACN (2010) e o último consenso relativo às diretrizes clínicas sobre a HB em pacientes críticos, nos pacientes com intubação orotraqueal, a HB deve ser realizada no mínimo duas vezes ao dia.

Em comparação com outros estudos, a frequência indicada de higiene bucal entre intubados e não intubados tem divergido na literatura. Esta varia de duas a três vezes por dia nos pacientes sem intubação orotraqueal e de quatro a cinco vezes nos pacientes intubados, a

dependem da condição clínica do paciente e fatores de risco para complicações bucais (AACN, 2010; HECK, 2012; YILDIZ, DURNA, AKIN, 2013).

Portanto, com base nos resultados e, considerando que a boca dos pacientes internados em um UTI constitui um reservatório de patógenos respiratórios, pode-se inferir que os indivíduos da unidade participante deste estudo têm a HB realizada com frequência inferior às recomendações para esse tipo de paciente (AACN, 2010; BERRY et al., 2011a).

Quanto aos materiais/equipamentos/produtos recomendados pela AMIB (2014), para a realização da HB, os resultados apontam que os mais levados pelos profissionais foram o avental (93,9%); as luvas (93,9%); sondas para aspiração (91,8%); máscara (81,6%); e compressas de gaze (77,6%). A escova dental foi levada por apenas 38,8% dos indivíduos.

No que se refere às soluções, alguns profissionais (62,1%) levaram algum tipo de produto sem álcool para ser usado como antisséptico ou colutório bucal, porém a solução de digluconato de clorexidina 0,12% indicada pelo protocolo e artefatos como cuffômetro, hidratante labial, saliva artificial não fizeram parte do material selecionado para a realização do procedimento. Cabe ressaltar que tais materiais não estavam disponíveis na unidade.

Quanto às práticas preliminares de realização da higiene bucal, pouco mais que a metade dos técnicos de enfermagem (51%) não higienizou as mãos antes do procedimento. Por outro lado, todos higienizaram as mãos após o cuidado com o paciente. Esses achados também foram encontrados por Brigham e colaboradores (2010). Estes identificaram que a maior parte dos profissionais da enfermagem de UTI higienizou mais as mãos após do que antes do contato com os pacientes.

Entretanto, não foi objetivo, desta investigação, avaliar a técnica de higienização das mãos, mas sim verificar se os trabalhadores de enfermagem tinham consciência desse tipo de precaução na prevenção de infecções.

A higiene das mãos é considerada uma prática fundamental no controle de infecção. O ambiente hospitalar contém um número significativo de microrganismos que podem causar doenças. Visando a segurança do paciente nos serviços de saúde, a ANVISA (2009), independente do uso de luvas, recomenda a higienização das mãos antes e após a assistência direta ao paciente ou ao manusear objetos/equipamentos que poderiam estar contaminados com secreção respiratória.

Quanto aos EPIs, todos usaram avental e luvas. A maioria utilizou gorro e máscara, porém apenas 4,1% (02) dos profissionais fizeram uso dos óculos de proteção. Este não é fornecido pela instituição, fato que impulsionou alguns profissionais a comprarem seu próprio equipamento de proteção. Apesar de os óculos de proteção serem utilizados pela minoria,

apresentam semelhanças com outros estudos, nos quais os profissionais de enfermagem fizeram uso de luvas, capotes, gorros e máscaras de acordo com recomendações de precauções padrão e de contato (BOUDMAN et al., 2010).

A paramentação completa dos EPIs deve ser usada em todo procedimento com risco de exposição a secreções, como aspiração e higiene da cavidade bucal (LORENT et al., 2012).

Em relação ao fato de apenas 4,1% dos profissionais terem recebido algum tipo de orientação para a realização da HB (nesse caso, o médico), os resultados desta investigação contradizem achados de pesquisa realizada em uma UTI, no Brasil, com profissionais de enfermagem, em que a maioria (81,82%) relata ter recebido algum tipo de orientação. Porém, os pesquisadores não informam qual foi a categoria profissional que orientou os trabalhadores da enfermagem (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Cabe ressaltar que a atuação dos profissionais da odontologia, em conjunto com a equipe interdisciplinar nas unidades de terapia intensiva, é fundamental para a prevenção e tratamento de doenças periodontais, assim como para orientar a equipe quanto a procedimentos e medidas preventivas específicas relacionadas à saúde bucal dos pacientes internados nas UTI. A essência do trabalho interdisciplinar na UTI está no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas, psicológicas do paciente e novas terapias (ARAÚJO et al., 2009)

Entende-se que cada membro da equipe interdisciplinar da UTI deve estar disposto a compartilhar a responsabilidade de desenvolver estratégias para atender as necessidades dos pacientes de forma integral. Assim, a enfermagem não pode se esquivar de sua participação na prevenção de doenças bucais, integrada aos demais profissionais da equipe de saúde. O trabalho em equipe deve ser desenvolvido nos serviços de saúde, a fim de proporcionar um tratamento integral do paciente, sendo o foco a interdisciplinaridade e a busca pela prevenção até mais que a cura.

Quanto à comunicação do procedimento ao paciente, realizada por apenas 42,9% dos profissionais, observa-se a necessidade de práticas mais humanizadas e menos técnicas. O processo de humanização das relações no ambiente da terapia intensiva deve ser sempre uma preocupação dos gestores e dos profissionais da saúde, por envolver a compreensão do significado da vida do ser humano. A empatia é uma importante característica que possibilita aos profissionais um fazer diferenciado, tendo em vista a humanização da assistência (VIEIRA; MAIA, 2013).

Sabe-se que alguns aspectos podem influenciar a humanização na UTI como, por

exemplo, a incorporação frequente de novas tecnologias e recursos humanos em quantidade insuficientes, como é o caso da unidade envolvida neste estudo. Porém, cabe ao profissional analisar sua prática, suas habilidades e limitações, aliar as teorias, as questões éticas implicadas na garantia dos direitos dos pacientes para tornar a assistência de enfermagem humanizada e de qualidade. A humanização na UTI proporciona um cuidado comprometido com a ética, o diálogo, a autonomia do paciente e de sua família. A educação permanente e continuada é uma importante aliada que pode contribuir de forma positiva para a assistência humanizada (VIERA; MAIA, 2013).

No que tange ao posicionamento do paciente durante a realização da HB, a AMIB (2014) recomenda a manutenção da cabeceira do leito de 30 a 45 graus, a menos que haja contraindicação. Essa medida diminui o risco de broncoaspiração durante a HB. Quanto a essa recomendação, consideram-se satisfatórios os resultados deste estudo, no qual esse cuidado foi realizado por 93,9% dos profissionais. Dos pacientes envolvidos nesta investigação, nenhum tinha contraindicação quanto à manutenção da cabeceira do leito de 30 a 45 graus.

Pesquisas desenvolvidas com profissionais de enfermagem intensivistas também encontraram uma percentagem semelhante à deste estudo (93,3%), em relação ao cumprimento dessa recomendação (ATZINGEN, 2014; BRIGHAM et al., 2010, GONÇALVES et al., 2012b).

Um resultado alarmante foi que apenas (31,1%) dos cuidadores da enfermagem, preocupou-se em verificar se a dieta estava sendo infundida ou se havia sido desligada pelo plantão anterior antes de realizar a HB. Tal achado representa um fator de risco para o desenvolvimento de pneumonia associada à broncoaspiração. Nessa unidade, a rotina é suspender a dieta enteral às 18 horas para os leitos ímpares (escalados para o banho no período noturno) e às 6 horas para os leitos pares (escalados para o banho no período matutino). Entretanto, às três horas da manhã, todos recebem dieta, para garantir o aporte calórico necessário. Essa rotina foi um consenso entre as equipes de enfermagem, nutrição e médica.

Apesar de a inspeção da cavidade bucal proporcionar a detecção precoce de problemas presentes na região da boca direcionando o planejamento, implementação, avaliação da assistência de enfermagem, apenas 4,1% dos profissionais realizaram esse tipo de cuidado.

O oposto foi encontrado em um estudo desenvolvido em uma UTI em Istambul, na qual as mucosas bucais dos pacientes são avaliadas periodicamente. Após cada avaliação, o cuidado bucal é prestado pela equipe de enfermagem de acordo com os protocolos estabelecidos na unidade (YILDIZ; DURNA, AKIN, 2013).

De acordo com a AACN (2010), a avaliação bucal deve ser realizada pelo enfermeiro a cada oito horas. Recomenda, também, que esse profissional execute a primeira avaliação assim como a primeira higiene bucal. Apenas posteriormente ao atendimento dessas recomendações, a HB poderá ser executada por técnicos de enfermagem.

Conforme Johnstone, Spence e Mclain (2010), existem ferramentas validadas para avaliação bucal, as quais são recomendadas para a identificação imediata dos problemas bucais e direcionamento da assistência de enfermagem, médica e odontológica.

Dentre estas, tem-se o BRUSHED, que constitui um modelo de avaliação da cavidade bucal do paciente intubado sob ventilação mecânica (Figura 21), que avalia a presença de sangramento, eritema ou placa, ulceração, saliva, halitose, fatores externos e detritos ou fragmentos (AMES et al., 2011; AMIB, 2013).

Figura 15 - “Brushed” modelo de avaliação da cavidade oral do paciente intubado em ventilação mecânica de Hayes e Jones (1995)



Fonte: ABIDIA (2007)

Outra ferramenta é a escala de Avaliação Oral Modificada (Beck Oral Assessment Scale modified), que avalia os lábios, mucosa bucal e gengivas; língua, dentes, salivas (AMIB, 2013).

Desse modo, ao inspecionar a cavidade bucal, deve-se observar alterações salivares (hipo e hipersalivação), mobilidade dental, sangramento, lesões de mucosas, edema de lábios ou peribucais, dentre outros. Caso haja algumas dessas alterações ou qualquer outra rela-

cionada à cavidade bucal, deve-se comunicar ao enfermeiro e/ou ao médico e/ou cirurgião dentista para a reavaliação (AMIB 2013, 2014).

No entanto, os resultados apontam que nenhum dos técnicos de enfermagem solicitou auxílio de algum profissional, quando detectaram alterações na cavidade bucal do paciente, que, nesses casos, foram: lesões traumáticas no dorso da língua devido mordedura, dentes moles/soltos, biofilme dental visível, úlceras labiais traumáticas ocasionadas pelo tubo oro-traqueal, presença de aparelho ortodôntico e sialorreia. Nessa instituição, o cirurgião dentista ainda não faz parte da equipe de trabalho na UTI do estudo, há apenas o profissional bucomaxilofacial, que se limita a responder pareceres médicos solicitados e a cuidar da cavidade bucal dos pacientes que sofreram trauma de face.

Nessa perspectiva, foram observados alguns momentos de falta de comunicação efetiva na unidade do estudo, a exemplo da situação ocorrida no período de coleta de dados: após avaliação de um paciente de pós-operatório de trauma de face por um cirurgião bucomaxilofacial, o mesmo orientou o técnico de enfermagem, presente à cabeceira do leito, quanto à frequência e ao tipo de solução a ser utilizada para a HB. No entanto, tais orientações foram apenas registradas no prontuário eletrônico, não sendo relatadas verbalmente a outro profissional. Posteriormente, quando questionados pela pesquisadora quanto aos cuidados orientados pelo cirurgião bucomaxilofacial ao paciente, nenhuma categoria (médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem) soube informar. Além do mais, nas evoluções realizadas por esses cirurgiões, havia registros informando que a higiene bucal do paciente, avaliado por eles, não estava sendo realizada pela equipe de enfermagem, assim como os cuidados recomendados.

Situações semelhantes têm sido evidenciadas em outros estudos, os quais revelam que os profissionais prestadores de cuidados de saúde têm dificuldades para manter uma comunicação que favoreça o trabalho em equipe. Tal realidade torna-se um fator contributivo para a omissão de dados importantes ou para a transmissão de informações inconsistentes, relacionadas ao atendimento das reais necessidades de cada paciente, em especial aqueles internados nas UTIs (DEERING; JOHNSTON; COLACCHIO, 2011; BAGNASCO et al., 2013; MAXFIELD et al., 2013).

Estudiosos no assunto apontam que, entre os principais desafios encontrados para a comunicação efetiva no trabalho em equipe da saúde, tem-se: a diversidade na formação dos profissionais, em que o treinamento para comunicação pode diferir entre os indivíduos; a tendência da mesma categoria profissional se comunicar mais uns com os outros; o efeito da hierarquia, geralmente com o profissional médico ocupando posição de maior autoridade, si-

tuação que pode inibir os demais membros da equipe interdisciplinar de saúde (ROWLANDS; CALLEN, 2013, JOHNSON; KIMSEY, 2012).

Dessa forma, torna-se primordial o desenvolvimento de programas estruturados de treinamento de habilidades de comunicação, dos profissionais envolvidos diretamente (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, entre outros) e indiretamente (gestores, agentes administrativos, entre outros) com a assistência de saúde do paciente. Tais programas têm proporcionado melhoras no desempenho e na comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar (JOHNSON; KIMSEY, 2012; LEE; ALLEN; DALY, 2012; MAXFIELD et al., 2013).

Observou-se presença de rachaduras nos lábios de vários pacientes que estavam internados na UTI. Sabe-se que rachaduras e ressecamento nos lábios possibilitam a proliferação bacteriana. Portanto, a aplicação de hidratantes para os lábios e mucosas ajuda a manter uma barreira contra a entrada de bactérias (UEDA, 2011). Na literatura científica recomenda-se a hidratação dos lábios e mucosas bucais a cada duas ou a cada quatro horas e conforme necessidade (AACN, 2010; PRENDERGAST; HAGELL; HALLBERG, 2011).

São recomendados hidratantes à base de água por serem facilmente absorvidos pela pele. No entanto, hidratantes à base de petróleo, como a vaselina, não são recomendados porque são de difícil degradação ou eliminação, além de correr o risco de serem aspirados ou ingeridos (POTTER; PERRY, 2013).

Porém, nenhum técnico de enfermagem hidratou os lábios e mucosas dos pacientes que estavam sob seus cuidados. Verificou-se que, na gaveta da mesinha de cabeceira de alguns pacientes, havia ácidos graxos essenciais trazidos pelos familiares, porém esses indivíduos também não tiveram suas mucosas e lábios hidratados. Esses resultados ratificam os achados de Gomes et al. (2009) referentes à não hidratação dos lábios e mucosas dos pacientes internados em UTI, pelos profissionais de enfermagem.

Outra recomendação realizada por pouco mais que a metade dos profissionais (57,1%) foi a aspiração das secreções em excesso da cavidade bucal antes do procedimento. Sabe-se que as bactérias da região da boca e secreções acumuladas acima do *cuff* do tubo orotraqueal podem ser aspiradas para o trato respiratório inferior, sendo, portanto, um fator de risco para o desenvolvimento da pneumonia nosocomial (LORENT et al., 2012).

Entretanto, esse procedimento não foi baseado nas necessidades individuais dos pacientes, pois mesmo aqueles que não apresentavam secreção em excesso, os profissionais introduziram a sonda de aspiração na cavidade bucal sem antes avaliar se a aspiração naquele momento era viável ou não. Além disso, muitos utilizaram a sonda uretral para realizar o pro-

cedimento. Nesses casos, observou-se a ocorrência de lesões traumáticas durante a aspiração. O uso de materiais inadequados também constitui um ato inseguro no cuidado ao paciente.

Em relação à aspiração da cavidade bucal durante todo o procedimento e o enxágue da boca do paciente para a retirada de algum tipo de produto, foram procedimentos realizados por grande parte dos profissionais, sendo os resultados considerados satisfatórios no que se refere ao atendimento dessa recomendação. Ademais, todos fizeram uso da água destilada estéril.

No entanto, ressalta-se que alguns profissionais limitaram o procedimento de HB à aspiração da boca associado ao enxágue com água destilada ou um exaguatório antisséptico contendo óleos essenciais (Listerine[®]). Esse resultado é consistente com os achados de Javadinia e colaboradores (2014), com enfermeiras intensivistas da Arábia, os quais revelaram que a aspiração da boca era o cuidado mais comum relacionado à manutenção da saúde bucal, o que contradiz as evidências atuais sobre a escovação como o método mais eficaz para remoção da placa bacteriana.

No que se refere à descontaminação de dispositivos como sondas enterais e tubos orotraqueais, a recomendação é aplicar a solução de digluconato de clorexidina 0,12% sem álcool de 12 em 12 horas, com gaze em toda a cavidade bucal (mucosas, dentes e ou próteses fixas) e em todos os dispositivos presentes, como: tubo orotraqueal; sondas para dietas enterais, entre outros (AMIB, 2014).

Independente de se ter a solução de clorexidina 0,12% na unidade, para realizar a higiene externa do tubo orotraqueal ou das sondas para dieta enteral, não se observou a preocupação dos profissionais em realizar a limpeza desses dispositivos terapêuticos.

Essa recomendação deve-se ao fato de que esses dispositivos são superfícies inertes, nas quais as bactérias podem aderir e colonizar, formando um biofilme, que posteriormente pode ser aspirado e ocasionar infecções oportunistas devido à aspiração do fluido da orofaringe (SHI et al., 2013; MARCO et al., 2014; VIEIRA; FALCÃO; AMORIN, 2015). Além disso, causam uma xerostomia secundária que altera a microbiota e a imunidade local, favorecendo a quebra de barreiras e a entrada de microrganismos (ROMITO et al., 2015).

Quanto ao uso do cuffmetro, identificou-se que este não faz parte do arsenal de equipamentos da unidade, o que justifica a frequência de zero obtida nesse quesito, impossibilitando os profissionais de verificarem a pressão intra-cuff, nos pacientes intubados ou traqueostomizados. No entanto, no que se pese a falta desse artefato terapêutico, observou-se que os cuidadores de enfermagem somente se preocupavam com a pressão do balonete quando percebiam que este estava desinsuflado, o que os levava a injetar ar por meio de uma se-

ringa de 20mL. No Brasil, recomenda-se que a mensuração dessa pressão seja feita no mínimo quatro vezes ao dia e antes de realizar a HB (SBPT, 2013; AMIB 2013, 2015).

Quando a pressão intra-cuff é insuficiente (abaixo de 18 mmhg ou 25 cm H₂O), sendo incapaz de vedar a via aérea, aumenta-se o risco da broncoaspiração de secreções provenientes da região orofaríngea e da passagem de bactérias patogênicas alocadas ao redor do *cuff* para o trato respiratório inferior, o que pode levar ao desenvolvimento de infecções pulmonares. Por outro lado, pressão excessiva acima de 22 mmHg ou 30 cm de H₂O pode danificar a traqueia (BOUADMA et al., 2010; LORENT et al., 2012; BOOKER, 2013; AMIB 2013, 2014).

No entanto, ao comparar esse resultado com os achados de outras investigações, encontrou-se estudo desenvolvido em uma UTI geral, o qual apontou que mesmo tendo o cuffômetro nessa unidade, além da baixa adesão, a mensuração da pressão intra-cuff ainda não era realizada pelos profissionais de enfermagem de forma adequada, pois os pesquisadores, ao verificarem os valores da pressão intra-cuff dos pacientes intubados ou traqueostomizados, identificaram que estes não estavam de acordo ao que é recomendado na literatura científica, ou seja, entre 18 a 22 mmHg ou 25 a 30 cm H₂O (GONÇALVES et al., 2012a). Resultados semelhantes foram encontrados por Penitenti et al. (2010) em estudo realizado também com profissionais de enfermagem atuantes em unidade de terapia intensiva.

No que se refere ao controle mecânico do biofilme dental, a escova de dente e as gazes foram os instrumentos que predominaram entre os técnicos de enfermagem. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Jordan et al. (2014) e Lin et al. (2011).

Porém, quanto ao tipo de escova dental, esta geralmente não era como o recomendado, ou seja, pediátrica ou adulto com cerdas macias e cabeça pequena. De acordo com as últimas diretrizes sobre cuidados bucais em pacientes em estado crítico de saúde, o uso de *swabs* de espuma deve ser empregado apenas quando há contraindicação para escovar as gengivas, como, por exemplo, em pacientes com trombocitopenia (BERRY et al., 2011a).

No protocolo da AMIB (2013, 2014) não há recomendação quanto ao uso de escovas elétricas. Alguns autores alegam que estas são melhores para a remoção da placa bacteriana, porém a sua utilização poderia ser prejudicial para pacientes neurológicos com pressão intracraniana comprometida (PRENDERGAST; HANGELL; HALLBERG, 2011), como é o caso de muitos pacientes internados na UTI, participantes deste estudo.

As melhores práticas revelam que a escovação de forma isolada não reduz significativamente as taxas de PAVM, entretanto, quando se associa escovação mais um antisséptico, há maior controle do biofilme dental (MUNRO et al., 2009; BERRY et al., 2011a).

Neste estudo, apesar de a escovação ter ocorrido na maioria das vezes com o objetivo do controle do biofilme dental, nem sempre foi associada ao uso de antisséptico bucal. Grande parte dos profissionais restringiu-se ao uso do conjunto escova de dente mais creme dental. Resultados que ratificam os obtidos por Jordan e colaboradores (2014), os quais mostraram que 45,2% dos enfermeiros utilizavam escovas de dente e creme dental.

No que se refere ao uso do creme dental, sabe-se que este contém uma substância que é responsável pela formação de espuma, o Lauril Sulfato de Sódio. Esse componente diminui a ação da clorexidina. Assim, é recomendado dar um intervalo de trinta minutos entre a escovação com creme dental e a aplicação da clorexidina oral para redução da placa dental (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012).

Quanto ao uso das gazes, a maioria dos profissionais utilizou-a envolta no abaixador de língua ou no próprio dedo, associado a uso de antisséptico/colutório bucal quando se tratavam de pacientes desdentados. Nesses pacientes, pode-se usar escova dental, desde que tenha cerdas macias. A escovação estimula a circulação e remove os resíduos das gengivas (BERRY; DAVIDSON, 2006; CALDEIRA; COBUCCI, 2011).

Porém, o uso de gazes para remoção mecânica do biofilme nos dentados totais ou parciais não tem sido apoiado pela literatura científica (GANZ et al., 2013; SHO et al., 2011, TURK et al., 2012;) nem pelas últimas diretrizes relacionadas ao HB dos pacientes em estado crítico de saúde (BERRY, 2011a).

No que se refere ao uso de fio dental, este não foi utilizado por nenhum profissional para o controle mecânico do biofilme dental. Pressupõe-se que os participantes deste estudo desconhecem o uso desse instrumento nos pacientes internados na UTI, pois durante os momentos nos quais observou-se os profissionais orientando os familiares ou responsáveis legais pelos pacientes, em relação ao material de higiene pessoal, não foi citado o fio dental.

Os óleos essenciais (Listerine[®]), o bicarbonato de sódio e cloreto de cetilpiridínio (Cepacol) foram as soluções mais utilizadas pelos técnicos de enfermagem. Esses resultados diferem de pesquisas que relatam que o gluconato de clorexidina 0,12% é o antisséptico mais utilizado pelos profissionais da enfermagem (CUCCIO et al., 2012; ALOTAIBI; ALSHA-YIQI; RAMALINGAM, 2014; JAVADINIA et al., 2014).

No que se refere ao uso desse fármaco, o recomendado é que seja aplicado de 12 em 12 horas após a realização da HB. A solução sem álcool é indicada por ser menos agressiva, principalmente para os pacientes que possuem lesões de mucosas. Nos intervalos da aplicação desse antisséptico, a HB poderá ser realizada com água destilada ou filtrada (AMIB, 2014).

O Listerine[®], que foi utilizado por 34,7% dos profissionais, corresponde a um antisséptico bucal que age penetrando e destruindo microrganismos alojados no interior da placa dentária e gengiva, além de exercer também ação anti-inflamatória. Trata-se de uma mistura de fenóis e óleos essenciais como o timol, eucaliptol, mentol (anestésico natural) e salicilado de mentila (ação limpante), que são antimicrobianos (ANDRADE et al., 2011).

Atualmente, tem sido acrescido cloreto de zinco em sua formulação para interferir na formação e crescimento de cristais de fosfato de cálcio e na mineralização da placa bacteriana, minimizando a formação de tártaro (ANDRADE et al., 2011; BERRY, 2013).

Apresenta, como efeitos adversos, sensação de queimação, injúria ao tecido bucal e mancha nos dentes. Para bochechos recomenda-se 20 mL de Listerine[®] durante 30 segundos, duas vezes ao dia (manhã e noite) após a escovação. Esse antisséptico tem demonstrado eficácia clínica tanto para inibir ou reduzir a formação de biofilme dental e periodontal como também a severidade da gengivite e da periodontite. No entanto, também há pouca evidência da eficácia desse produto em pacientes críticos (BERRY, 2013).

Em relação uso da solução de bicarbonato de sódio, esta foi utilizada em uma concentração de 8,4%, que é acima do recomendado, expondo o paciente ao risco de queimaduras superficiais. As concentrações recomendadas têm sido de 1,5% a 2% (CHAN et al., 2011; GODIM; GOMES; FIRMINO, 2012; ROBERTSON; CARTER, 2013; ÖZDEN et al., 2014).

Diluição a 2% tem sido muito utilizada para o tratamento de mucosite já instalada por auxiliar no desbridamento das lesões, na remoção do odor e na fluidificação da saliva. As soluções alcalinas (água com bicarbonato de sódio) modificam o pH da cavidade bucal, tornando-as menos propícia ao crescimento de bactérias patogênicas e fungos (GODIM; GOMES; FIRMINO, 2012).

No entanto, a sua eficácia no paciente crítico não foi suficientemente estudada. Um ensaio clínico randomizado com 398 pacientes adultos sob ventilação mecânica, ao comparar os efeitos do Listerine[®], bicarbonato de sódio e água estéril na colonização da placa dentária e na incidência de PAVM, verificou que não houve diferença significativa entre essas soluções (BERRY, 2013).

Quanto ao uso do Cepacol (Cloreto de Cetilpiridínio), este corresponde a um composto monocatiônico, do grupo dos quaternários de amônia mais efetivo contra Gram-positivas, promovendo aumento da permeabilidade da parede celular bacteriana, que favorece a lise, diminui o metabolismo e a capacidade da bactéria em se aderir à superfície dental. Apresenta moderada atividade antiplaca quando utilizado isoladamente. No entanto, apesar de seu

mecanismo de ação ser semelhante à clorexidina, a sua capacidade de retenção intrabucal é de apenas de três a cinco horas (KHAN et al., 2010; ANDRADE et al., 2011).

Como efeitos adversos, podem ser citados: manchas nos dentes, sensação de ardência, que podem ser explicados por sua veiculação em meio alcoólico de 14 a 18%, com pH entre 5,5 e 6,5. Para bochechos, recomenda-se 10 a 20 mL, no mínimo por 30 segundos, de manhã e à noite, após pelo menos uma hora, depois da escovação dental, pois componentes dos dentifrícios podem neutralizar os compostos quaternários de amônia, como o cetilpiridinico (PEDRAZZI et al., 2009; ANDRADE et al., 2011).

Apesar de a água da torneira ter sido utilizada apenas por um profissional para higienizar a boca do paciente, julga-se necessário ser apontada entre os resultados, porque constitui um ato inseguro. Sabe-se que essa prática é prejudicial, porque essa água contém bactérias que podem ocasionar infecção em pessoas com o sistema imune comprometido, como é o caso de pacientes internados em UTIs (BERRY et al., 2011a).

Dessa forma, nota-se que, apesar da literatura científica e outros órgãos reguladores considerarem a clorexidina como o produto que tem apresentado melhores resultados clínicos no controle do biofilme, quando comparada a outros agentes tópicos, esta não foi utilizada pelos profissionais da enfermagem participantes deste estudo. Vale ressaltar que, além de não ter esse fármaco na unidade, o uso de antissépticos somente ocorria quando estes eram fornecidos pela família de algum paciente (FRANCO, 2014; BELISSIMO; RODRIGUEZ et al., 2014; SALDANHA et al., 2015b).

Quanto à técnica da higiene bucal nos pacientes parcialmente dentados ou edêntulos, nenhum profissional realizou limpeza completa da cavidade bucal. A baixa adesão da equipe à higienização completa compromete a remoção do biofilme dental e predispõe o desenvolvimento de doenças periodontais (ROMITO et al., 2015).

Esse achado tem semelhanças com os resultados de estudo realizado com profissionais de enfermagem, o qual identificou que apenas 3,3% dos profissionais realizaram higiene completa da dentição (ATIZNGEN, 2014).

Neste sentido, observou-se que nos pacientes dentados parciais, a face interna dos dentes posteriores pré-molares e molares não foram limpos pelos profissionais. Independente do tipo de paciente, limitavam-se a limpeza da face vestibular externa dos dentes posteriores.

Estudo desenvolvido com pacientes de unidade de cuidados intensivos mostrou que o acúmulo de placa dental ocorre principalmente nos dentes posteriores (molares e pré-molares). Além disso, esse problema pode se exacerbar quando os pacientes estão com tubos

orotraqueais, pois essas áreas dentais são insuficientemente limpas (JONES; MUNRO; GRAP, 2011)

Portanto, os resultados revelam que os profissionais necessitam de capacitação técnica para a realização da higienização mecânica do paciente dependente de cuidados, esteja este intubado, traqueostomizado ou sem estes dispositivos.

Os achados também mostram que os pacientes dentados parciais traqueostomizados, quando comparados com os intubados, foram os que tiveram o maior número de regiões da boca higienizadas pelos profissionais e aqueles nos quais o movimento de varredura do sentido gengiva para o dente foi mais efetuado. O que corrobora os resultados de estudos desenvolvidos em UTIs, que revelam que a presença do tubo orotraqueal e os dispositivos de fixação dificultam o acesso a cavidade bucal e conseqüentemente a realização da HB pelos cuidadores de enfermagem (FEIDER; MITCHELL; BRIDGES, 2010; BERRY, 2013).

Em contrapartida, nos pacientes edêntulos, traqueostomizados e intubados não se pode afirmar que a presença do tubo orotraqueal e os dispositivos de fixação dificultaram o acesso à cavidade bucal, pois no que se refere à quantidade das regiões da boca higienizadas pelos profissionais, estas foram equivalentes entre os dois tipos de paciente. Entretanto, no que se refere às áreas mais higienizadas, o dorso da língua e a parte interna das bochechas ocorreu mais nos pacientes que estavam intubados do que nos traqueostomizados.

Com o objetivo de que o paciente tenha uma higienização completa da dentição, tem sido proposta uma forma sistemática de limpar os dentes. Realizar a limpeza mecânica dos dentes sistematicamente implica ter uma seqüência que deve ser posta em prática durante a escovação. A seguir, apresenta-se a seqüência de escovação indicada pela AMIB (2014):

1 . Posicione de forma suave a cabeça da escova na região da gengiva e do dente, de maneira que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do dente;

Figura 16 – Técnica de escovação (1)



2- Com movimentos vibratórios brandos, pressione levemente as cerdas de encontro à gengiva, fazendo com que eles penetrem no sulco gengival e abrace todo o contorno do dente;

3- Em seguida, inicie um movimento de varredura no sentido gengiva para o dente, de forma suave e repetida por pelo menos cinco vezes, envolvendo dois ou três dentes;

Figura 17 - Técnica de escovação (2)



Fonte: <http://odontologiaiwai.com.br/Saude-bucal/4/tecnica-de-higiene-bucal> Acesso em 15 julho 2016

4- Prossiga o movimento de forma sistemática, primeiro por todos os dentes pelo lado de fora e em seguida todos os dentes pelo lado interno;

Figura 18 – Técnica de escovação (3)



Fonte: : <https://cuidardosdentes.wordpress.com/limpar-os-dentes/escovar-os-dentes/> Acesso em 15 julho 2016

5- Na sequência, com movimentos de vaivém, escove as superfícies mastigatórias dos dentes superiores e inferiores;

Figura 19 – Técnica de escovação (4)



Fonte: <https://cuidardosdentes.wordpress.com/limpar-os-dentes/escovar-os-dentes/> Acesso em 15 julho 2016

6- Prossiga para a escovação suave da língua (se necessário, segurar a língua com gaze seca), do palato e a parte interna das bochechas.

Figura 20 – Técnica de escovação (5)



Fonte: : <http://odontologiaiwai.com.br/Saude-bucal/4/tecnica-de-higiene-bucal> Acesso em 15 julho 2016

No que se pese à saliva artificial, não constituir um material disponível na unidade, aplicação do soro fisiológico 0,9% ou água estéril é uma alternativa para umidificar a cavidade bucal (CABOV et al., 2010; HSU et al., 2010).

A umidificação da região da boca tem como objetivo manter a integridade da mucosa. No entanto, principalmente nos pacientes que apresentavam xerostomia, não houve a preocupação com esse tipo de cuidado por nenhum profissional.

Outro achado refere-se à limpeza da escova dental, após o uso, com água corrente por 36,8% (07) dos profissionais.

Essa prática tem sido recomendada devido ao depósito de microrganismos patogênicos que colonizam o biofilme e a mucosa bucal sobre as cerdas e outras estruturas da escova dental após o uso. Dessa forma, a contaminação dessas superfícies pode potencializar os riscos de infecção ou reinfecção em organismos debilitados, como é caso de indivíduos internados nas UTIs (SANTOS; MORAES; TORMENA JUNIOR, 2015).

A descontaminação desse instrumental com solução antisséptica, de preferência digluconato de clorexidina (0,12%), tem sido recomendada como uma margem de segurança. O ideal é que os dispositivos de higiene bucal sejam descartáveis, mas o alto custo inviabiliza essa prática em muitas instituições hospitalares (AMIB, 2013; SANTOS; MORAES; TORMENA JUNIOR, 2015).

Associado a esse cuidado, as escovas dentais após limpeza e secagem devem ser acondicionadas em embalagens fechadas, pois os microrganismos patogênicos podem ser

disseminados por meio de objetos mal acondicionados. No entanto, essa recomendação foi feita por apenas 17,3% (3) dos profissionais.

A orientação quanto à troca da fixação, seja da cânula de traqueostomia ou do tubo orotraqueal, deve-se ao fato de que podem tornar-se fonte de infecção por estarem contaminadas por microrganismos patogênicos da cavidade bucal (LIMA et al., 2016). Na presente investigação, esse procedimento aconteceu apenas nos pacientes que apresentavam sialorreia ou alguma sujidade visível, o que significa que apenas 14% dos profissionais seguiram essa recomendação. Esse achado é o oposto dos que foram encontrados por Gomes et al. (2009), que, ao avaliar os cuidados de enfermagem dispensados pela equipe de enfermagem de uma UTI de hospital público de Tocantins, verificou que os cadarços de fixação desses dispositivos eram trocados diariamente em todos os pacientes.

Quanto ao tempo gasto pelos profissionais de enfermagem, para a realização do cuidado bucal, 36,7% dos profissionais gastaram menos que um minuto (60 segundos), 36,7% de um a dois minutos (60 a 120 segundos). Apenas 26,5% dos profissionais realizaram esse procedimento acima de dois minutos. Ao comparar com outros estudos, identificou-se que os profissionais de enfermagem gastam um tempo similar à maioria dos profissionais desta investigação; ou seja, de 30 a 60 segundos (FEIDER; MITCHEL; BRIDGES, 2010; PRENDERGAST; HAGELL; HALLBERG, 2011; LORENT et al., 2012).

Segundo as últimas diretrizes sobre a HB dos pacientes internados nas UTIs, não há estudos clínicos com fortes evidências quanto ao tempo ideal que se deve realizar a intervenção mecânica (por exemplo, a escovação) nesses pacientes, mas recomenda-se que seja de três a quatro minutos, tempo que permite a limpeza de todas as áreas da boca (BERRY et al., 2011a). Portanto, os achados apontam que é necessário preparar a equipe de enfermagem no sentido de se atentar para o tempo gasto para a realização do cuidado bucal dos pacientes, a fim de se garantir uma limpeza completa da cavidade bucal de forma eficaz.

Outro resultado, no presente estudo, foi o fato dos profissionais que possuíam apenas o curso técnico levar mais tempo para a realização da higiene bucal, quando comparado aos que apresentavam maior qualificação (além do curso técnico, possuíam um curso de graduação em enfermagem). Esperava-se que, com uma maior qualificação, o profissional desempenhasse o cuidado de HB em tempo maior, visto que estaria atento às recomendações mais atualizadas. Porém, tal resultado contraditório pode ser explicado pelo fato de que os currículos dos cursos superiores em enfermagem talvez não estejam abordando de forma suficiente conteúdos teóricos e práticos sobre cuidados bucais, formando profissionais despreparados para a promoção da saúde bucal do paciente em estado crítico de saúde. Além disso, a ênfase

na prática de higiene bucal pode estar mais relacionada à promoção do conforto do que na prevenção de infecções, contradizendo o que revelam as atuais evidências clínicas.

Uma recente revisão dos manuais de enfermagem fundamental, publicados em inglês, entre 2006-2010, destinados a alunos de graduação em enfermagem, revelou que as informações sobre higiene bucal, na maioria dos livros revisados estava errada ou desatualizada. Em um desses livros revisados, os autores recomendam aos enfermeiros que não utilizem fio dental nos pacientes dependentes de cuidados. Além disso, defendem o uso de *swabs* de espuma para a remoção do biofilme dental, embora estudos já tenham demonstrado que a escova de dentes macia é superior ao *swab* de espuma na eliminação da placa bacteriana (JABLONSKI, 2012).

Nesta perspectiva, os achados deste estudo alertam que tanto a não realização da HB como a realização inadequada são considerados atos inseguros, pela possibilidade de expor o paciente ao risco de desencadear infecções oportunistas. No caso de pacientes dependentes de cuidado, estando ou não sob ventilação mecânica, a dependência da equipe de enfermagem para a HB é um preditor significativo de pneumonia aspirativa. O uso inadequado das ferramentas e/ou soluções durante prestação deste cuidado também é considerado um ato inseguro por expor os pacientes a efeitos adversos como, por exemplo, queimaduras superficiais ocasionadas pelo uso do bicarbonato de sódio, quando diluído de forma incorreta; lesões traumáticas nas mucosas bucais ocasionadas, pelo uso incorreto da sonda de aspiração; e escovas dentais com cerdas duras e cabeça grande, pela força exercida pelas mãos dos profissionais durante a escovação, entre outros.

Assim sendo, faz-se necessário intensificar a educação continuada, aos profissionais de enfermagem, sobre a prática e importância da HB no paciente crítico baseadas nas últimas evidências, inclusive na graduação, com o objetivo de contribuir com a diminuição das complicações infecciosas que a falta ou a inadequada higiene bucal possa trazer para a segurança do paciente internado em UTI.

No que se trata dos registros realizados pelos técnicos de enfermagem, estes restringiram-se ao fato de ter ou não executado o procedimento de higiene bucal. As anotações não forneciam informações detalhadas sobre a realização desse procedimento, como: condição da cavidade bucal, solução e ferramenta utilizada, presença de eventos adversos, comportamento do paciente durante o procedimento, dentre outros. Uma documentação mais detalhada permitiria melhor avaliação do cuidado prestado. Entende-se que na prescrição de enfermagem deveria ser incluído um tópico exclusivo para a HB. Sendo assim, o enfermeiro

poderia, de acordo com a avaliação do paciente, prescrever um cuidado de higiene bucal de forma individualizada.

Esses achados confirmam resultados de outros estudos que apontam a ocorrência de registros incompletos em relação aos cuidados bucais aos pacientes internados em UTIs (GOSS; COTY; MYERS, 2011; JAVADINIA et al., 2014).

Ressalta-se que anotações completas, claras e precisas, referentes às intervenções de enfermagem, possibilitam uma comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no processo do cuidar; auxiliam na elaboração do plano de cuidados ao paciente; fornecem informações para a avaliação da assistência prestada. Enfim, favorecem a continuidade do cuidado ao paciente e a legitimação do trabalho em enfermagem (MATSUDA et al., 2006; SILVA JOSY et al., 2012).

No entanto, pesquisas relatam que a documentação dos cuidados realizados representa um dos componentes mais deficientes no processo do cuidar em enfermagem (MATSUDA et al., 2006; SILVA JOSY et al., 2012; PADILHA; HADDAD; MATSUDA, 2014).

De acordo com Booker e colaboradores (2013), os registros de enfermagem relacionados aos cuidados bucais devem conter: alterações da cavidade bucal, o tempo gasto e o tipo de cuidado prestado; a tolerância do paciente durante o cuidado; produtos e ferramentas utilizadas; entre outros. A documentação é necessária para avaliação do padrão de cuidado e deve ser suficientemente detalhada para demonstrar o cumprimento dos profissionais quanto às políticas de cuidados bucais e das práticas baseadas em evidências.

Portanto, conclui-se que as anotações de enfermagem constituem um fator facilitador para que ocorra uma comunicação permanente e efetiva entre os membros da equipe interdisciplinar de saúde no que se refere à continuidade dos cuidados bucais prestados aos pacientes dependentes internados nas UTIs. Além disso, os registros representam uma confirmação de que o paciente recebeu determinado tipo de intervenção, fornecendo subsídios para a adequação, mudanças e avaliações das ações de enfermagem relacionadas ao cuidado do paciente. Nesse sentido, este estudo revelou que há necessidade de que os gestores da unidade investigada revejam e avaliem a forma como os registros estão sendo realizados pela equipe de enfermagem, com o objetivo de detectar lacunas e capacitar a equipe quanto à importância da documentação da assistência prestada aos pacientes.

5.3.2 Desempenho global dos profissionais de enfermagem na realização do procedimento de higiene bucal

Com o intuito de verificar o quanto cada profissional se dedicou às etapas do procedimento de HB, considerou-se cada recomendação do protocolo da AMIB (2014) como um indicador. Como já descrito na seção anterior, foi desenvolvido um escore/pontuação para avaliar o desempenho global de cada participante do estudo. Para cada indicador do processo, um ponto foi atribuído quando a medida foi seguida ou aplicada corretamente. Caso contrário, não houve pontos concedidos.

Dessa forma, os achados revelaram que as práticas relacionadas aos cuidados bucais do paciente dependente, internado na UTI da instituição participante do estudo não são consistentes com as políticas e recomendações da AMIB (2014). Identificou-se que 72,1% dos profissionais não cumpriram as recomendações e somente 27,9% cumpriram parcialmente.

Os resultados também apontam que a experiência profissional, embora necessária, não foi suficiente para melhorar a qualidade da higiene bucal realizada pelos profissionais.

Nesse sentido, as práticas relacionadas aos cuidados bucais dos profissionais observados mostrou estar pouco sustentada em evidências científicas ou mesmo na necessidade de cada paciente internado na UTI. Isso ratifica resultados de outros estudos relacionados à práticas de higiene bucal nos pacientes criticamente enfermos por profissionais da enfermagem (TURK et al., 2012; SHO et al., 2011; ALOTAIBI; ALSHAYIQI; RAMALINGAM, 2014).

As limitações observadas estão mais fortemente relacionadas ao atendimento às recomendações mais atuais acerca do procedimento de HB. Considerando se tratar de uma unidade de cuidados intensivos, onde muitos pacientes são vítimas de trauma e politrauma com lesões nas mucosas bucais, sabe-se que serão exigidos cuidados bucais frequentes para minimizar os riscos de infecção.

Desse modo, os resultados indicam que a formação sobre HB desses profissionais precisa ser revista. Entretanto, os achados dessa investigação apontam que vários aspectos podem ter influenciado na qualidade do cuidado de higiene bucal prestada pelos profissionais de enfermagem participantes deste estudo.

Dentre estes, tem-se o conhecimento desses cuidadores sobre a promoção da saúde bucal nos pacientes em estado crítico. De acordo com os resultados, nota-se que estes são insuficientes, o que ratifica os achados de estudos desenvolvidos por outros autores que

apontam baixo conhecimento e práticas não baseadas em evidências entre os enfermeiros (JORDAN et al., 2014; LIN et al., 2011; CHAN; HUI-LING, 2012).

Entre algumas dificuldades observadas pelos profissionais de enfermagem, relacionadas à HB, destaca-se o emprego de estratégias para facilitar e aumentar a abertura bucal dos pacientes, com o objetivo de melhorar o campo de visualização para a realização da HB. A maioria dos profissionais tentava aumentar a abertura da boca com a própria mão, porém sem sucesso. Um cuidador optou pela cânula de guedel, e outro improvisou uma forma, que foi a tampa da solução de um enxaguatório bucal envolto em gazes e colocada entre as arcadas dentais superiores e inferiores. Sabe-se que existem ferramentas utilizadas pela equipe de odontologia para facilitar o acesso à região bucal, o que enfatiza mais uma vez a importância do trabalho conjunto das equipes de enfermagem e odontologia, na promoção da saúde bucal do paciente internado em unidade de cuidados intensivos.

Na ausência de ferramentas específicas para a abertura da cavidade bucal, encontrou-se na literatura científica o uso de abaixadores de língua sobrepostos, como mostrado nas Figuras 21 e 22, exceto nos pacientes com movimentos mandibulares intensos, os quais podem necessitar de sedação pela equipe médica para evitar lesões traumáticas, principalmente no dorso da língua (RABELO; QUEIROZ; SANTOS, 2010, MIRANDA et al., 2015).

Figura 21 – Abertura da cavidade bucal (1)



Fonte: MIRANDA et al. (2015)

Figura 22 – Abertura da cavidade bucal (2)



Fonte: RABELO; QUEIROZ; SANTOS (2010)

Apesar desses resultados, percebeu-se que a presença da pesquisadora na unidade estimulou o interesse de alguns profissionais a obter mais conhecimento sobre a prática de higiene bucal no paciente em estado crítico de saúde.

Muitos técnicos de enfermagem solicitaram, à pesquisadora, indicação de literatura científica sobre a temática; questionavam sobre os tipos de produtos e ferramentas mais indicadas de acordo com as atuais evidências; se a forma de realizar a higiene bucal era diferente quanto se tratava de pacientes em estado crítico ou se estavam executando a técnica corretamente, uma vez que consideravam que o procedimento poderia ter sofrido mudanças ao longo do tempo.

Outro aspecto que pode ter influenciado a realização do procedimento de HB pelos profissionais refere-se à disponibilidade de suprimentos e equipamentos na unidade.

Nos estudos que relatam adesão da equipe de enfermagem aos cuidados bucais, há disponibilidade de produtos e instrumentos necessários à beira do leito, sendo que, em várias instituições, há kits de HB (HECK, 2012). Esses kits, em algumas UTIs, contêm também uma cópia do protocolo da HB que foi estabelecido na unidade (PRENDERGAST; HAGELL; HALBERG, 2011).

A falta de manutenção da saúde bucal relacionada à falta de recursos disponíveis foi apontada por Araújo e colaboradores (2009), em investigação realizada com profissionais de enfermagem de UTIs públicas e privadas da cidade de Belém, no estado do Pará.

Segundo a AMIB (2014, 2015), o ideal é que um kit de higiene bucal seja fornecido pelo hospital, observando as exigências de padronização de cada instituição.

No entanto, nos vários momentos de observação no campo do estudo, notou-se que a realização de cada etapa da técnica de HB era dependente da disponibilidade dos materiais oferecidos pelo hospital e/ou pelos familiares, ressaltando-se a irregularidade das duas origens. Nesse sentido, a pesquisadora, durante o horário de visitas, reforçava e orientava os familiares quanto à importância da HB e o tipo de material que poderia ser utilizado de acordo com as condições financeiras de cada familiar. Grande parte dos pacientes internados tinha escova de dentes, creme dental e algum tipo de colutório bucal, os quais permaneciam à beira do leito, dentro da mesa de cabeceira.

Assim, no que se refere ao material utilizado para o procedimento, a avaliação ficou comprometida, visto que a disponibilidade dos mesmos dependia de doações e dos familiares. Porém, quanto ao uso de materiais inadequados, chamou a atenção o uso de sonda uretral para a realização de aspiração da cavidade bucal, antes e durante o procedimento de HB.

A percepção dos profissionais sobre o propósito da HB também pode ter influenciado na qualidade e na frequência de realização desse procedimento. Para muitos dos profissionais da amostra estudada, os cuidados relacionados à região bucal constituem uma prática opcional restrita à ideia de promoção de conforto. Além disso, o nível de prioridade atribuído a esse tipo de cuidado é baixo.

Resultado similar foi encontrado por Orlandini e Lazari (2012), Yeung e Chui (2010), que, ao avaliarem o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre os cuidados bucais, verificou que estes são associados higiene e conforto além de serem considerados cuidados secundários.

No período da coleta dos dados, observou-se que a realização da HB restringia-se aos pacientes escalados para “tomar banho no leito”, durante o turno de trabalho de cada profissional. Sendo assim, aqueles cujo número do leito não fazia parte da escala para o banho não tinham a HB realizada. Portanto, os cuidados com a boca não estavam relacionados às necessidades individuais dos pacientes e sim à rotina da unidade, disponibilidade dos profissionais e na quantidade de recursos humanos.

Ao comparar esses achados com os de outras investigações, identificou-se que pesquisadores também mostram a concepção do cuidado bucal pela equipe de enfermagem como uma prioridade reduzida em relação a outros cuidados, considerados essenciais, como a manutenção da função respiratória, cardíaca, entre outros (BATIHA et al., 2013; LIN et al., 2011).

A fim de exemplificar a baixa prioridade dada a esse tipo de cuidado, pelos técnicos de enfermagem, julga-se necessário relatar algumas situações observadas e vivenciadas pela pesquisadora. Foram vários os momentos nos quais, ao chegar ao campo de estudo, os profissionais se voltavam para a pesquisadora e diziam frases como: “Teremos que priorizar os cuidados hoje e assim não será possível fazer higiene bucal, estamos com poucos funcionários”; “Só me lembro que tenho que realizar a higiene bucal, quando vejo você chegar”; “Entre tantos temas interessantes para serem pesquisados, você escolheu justo a higiene bucal? Por que não escolheu pesquisar sobre curativos, cateteres?”; “Se é enfermeira, por que vai pesquisar sobre higiene bucal, isso não é da odontologia?”; e tantas outras.

Por outro lado, embora o número de profissionais tenha sido menor, alguns demonstraram dar prioridade a esse tipo de cuidado, que pode ser ilustrada com frases como: “Que bom que você está pesquisando isso, aqui ninguém se importa com isso! Eu vivo explicando para os colegas que a HB é importante e previne infecções, mas eles não

acreditam! No meu plantão, sempre trago escovas de dente para a unidade, que consigo por meio de doações, mas quando retorno para o outro plantão, as escovas sumiram”.

Outra situação que revelou a baixa prioridade atribuída pelos participantes do estudo quanto à realização dos cuidados bucais, relaciona-se ao momento no qual estas práticas foram executadas. Observou-se que grande parte dos profissionais realizou HB nos pacientes sob seus cuidados apenas por saberem que estavam sendo observados. Nesse momento, o objetivo era verificar a técnica, materiais/ferramentas/produtos utilizados para a higiene bucal. No entanto, após um mês no campo de estudo, a pesquisadora optou por realizar as observações também de forma indireta, permanecendo em pontos estratégicos da UTI. Nesse período, os funcionários da unidade já estavam mais acostumados com a presença diária da pesquisadora.

As observações indiretas foram realizadas não mais para verificar a técnica, mas para observar se o profissional realizava ou não a higiene bucal, independente do material utilizado. As observações revelaram que alguns profissionais que haviam realizado o procedimento durante a primeira etapa, não mais o realizava, quando observados indiretamente.

Com o objetivo de comparar se houve interferência da presença da pesquisadora na realização da HB por parte dos funcionários, optou-se em manter algumas visitas diárias, em turnos aleatórios, mesmo após o término da coleta de dados. Para isso, novamente, foram escolhidos lugares estratégicos da unidade que permitissem observar os profissionais, de forma que os mesmos não percebessem que estavam sendo observados. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes tinha creme dental e escova de dentes ou apenas antisséptico trazido pelos familiares. A pesquisadora sempre se certificava da disponibilidade desses recursos para cada paciente internado, caso não tivesse, no horário da visita, reforçava com a família para que trouxessem tais materiais.

O resultado mostrou que grande parte dos técnicos de enfermagem não realizou algum tipo de cuidado bucal e nem inspecionou/avaliou a região da boca do paciente. Em que se pese a falta de material para a realização do procedimento, o objetivo nessa fase era identificar se o cuidador de enfermagem preocupava-se em promover a saúde bucal do paciente, mesmo que para isso tivesse que usar somente os materiais que sempre estavam disponíveis na unidade – sonda de aspiração, água destilada, gazes, algodão, luvas, gorro, máscara, capote/avental. Adicionalmente, destaca-se que quando o profissional assinava o TCLE e era observado dois a três dias após, o mesmo também não efetuava a HB.

A falta de uma ferramenta para avaliação bucal na UTI investigada, assim como procedimentos de higiene não padronizados, também contribuíram no tipo e na qualidade dos cuidados bucais efetuados.

A avaliação bucal utilizando métodos padronizados é fundamental para o planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem em relação aos cuidados com a boca de forma individualizada nas UTIs. Portanto, a cavidade bucal, sendo parte integrante do corpo humano, deve estar incluída no planejamento da assistência de enfermagem, principalmente para os pacientes totalmente dependentes de cuidados.

Ao considerar que o cuidado do paciente, em especial na UTI, deva ser regido por segurança, os resultados desta pesquisa apontam a necessidade de aumentar o nível de consciência dos profissionais de enfermagem dessa unidade sobre a importância do cuidado bucal na prevenção de infecções nosocomiais. No entanto, entende-se que o ato de conscientizar não é suficiente para promover mudanças na prática clínica diária; é necessário que também ocorram modificações em relação aos recursos humanos, materiais disponíveis, assim como capacitações que visem o aperfeiçoamento técnico, científico quanto ao uso de produtos, materiais, ferramentas e soluções disponíveis. O conhecimento das condições clínicas do paciente é também um aspecto fundamental para garantir a segurança da assistência prestada.

Embora a pesquisa tenha sido realizada em UTI especializada, este estudo fornece informações importantes sobre práticas de higiene bucal e dificuldades identificadas na prestação de cuidados para pacientes hospitalizados e dependentes. Entende-se que os resultados poderiam ser enriquecidos por meio da combinação do método quantitativo com um aspecto qualitativo, a fim de entender melhor o comportamento relacionado a HB dos técnicos de enfermagem. Sugere-se que investigações relacionadas ao cuidado bucal dos indivíduos em estado crítico de saúde devam ser realizadas constantemente pelos enfermeiros, para que suas práticas sejam sempre baseadas nas evidências mais atuais.

6 CONCLUSÕES

Quanto às características sociodemográficas, de morbidade e aspectos referentes internação dos pacientes submetidos aos cuidados de higiene bucal pelos profissionais de enfermagem, este estudo permitiu realizar as seguintes conclusões:

- Foram observados 43 pacientes, a maior parte do sexo masculino, com mais de 50 anos, dentados, internados na UTI há menos de dez dias, em antibioticoterapia, sedação contínua e ventilação mecânica invasiva, por meio do tubo orotraqueal ou traqueostomia;
- Houve significância estatística quanto ao tempo de internação e o desenvolvimento de PAVM (p valor 0,000), porém não houve associação significativa entre o tipo de ventilação e o desenvolvimento de PAVM (p valor 0,487);
- A hipertensão arterial sistêmica e o acidente vascular encefálico foram as comorbidades mais frequentes;
- As doenças cerebrovasculares e o traumatismo crânioencefálico foram os principais motivos de internação;
- A maior parte dos pacientes estava com sonda para nutrição enteral, sendo que a inserção por via nasogástrica foi a mais comum.

Quanto aos resultados sobre o perfil dos profissionais de enfermagem, conclui-se:

- Participaram do estudo 61 técnicos de enfermagem, a maioria do sexo feminino, com média de 36,8 anos de idade, atuação em média há 10 anos na enfermagem e há 6 anos em UTI;
- Não foi estatisticamente significativa a relação entre o tempo de atuação na área de enfermagem e/ou em UTI e o fato de o profissional realizar ou não a higiene bucal nos pacientes;
- Grande parte dos profissionais de enfermagem não soube informar sobre a existência de um protocolo na unidade sobre higiene bucal e relatou não ter recebido informações ou capacitações sobre cuidados bucais pela intuição na qual trabalham.

Quanto às medidas de higiene bucal, adotadas pelos técnicos de enfermagem, nos pacientes dependentes de cuidados internados na UTI, conclui-se:

- Antes da realização da HB, a maioria manteve o posicionamento da cabeceira do leito de 30 a 45 graus enquanto a minoria comunicou o procedimento ao paciente, verificou se a dieta enteral estava desligada, procedeu a avaliação/inspeção da cavidade bucal. Nenhum profissional verificou a pressão do cuff nos pacientes entubados ou traqueostomizados.
- Para o controle do biofilme dental, a maior parte fez uso da escova de dentes e das gazes. Nenhum profissional fez uso do fio dental nos pacientes dentados;
- Para o controle químico do biofilme dental, foram utilizados, predominantemente, os derivados dos óleos essenciais (Listerine ®) e a solução de bicarbonato de sódio.
- Nenhum profissional realizou a higienização completa da cavidade bucal dos pacientes, independente se estes eram edêntulos ou dentados; se estavam traqueostomizados, intubados ou sem esses dispositivos terapêuticos;
- A aspiração da cavidade bucal durante todo o procedimento da HB e o enxágue se deram na maioria dos pacientes;
- A maior parte dos profissionais levou menos de dois minutos para realizar o procedimento de HB;
- Menos que a metade (36,8%) dos profissionais lavou em água corrente, secou e armazenou a escova dental em recipiente fechado após o uso;
- Nenhum paciente teve os seus lábios hidratados pelos profissionais participantes do estudo;
- Uma pequena parte dos profissionais (14,1%) trocou a fixação do tubo ou traqueostomia, quando presentes no paciente;
- A maior parte (72,1%) não seguiu as recomendações do protocolo da AMIB (2014) e nem as evidências mais recentes relacionadas à HB do paciente adulto em estado crítico de saúde, tendo apenas 27% dos profissionais conseguido cumprir parcialmente as práticas recomendadas;
- Não há um protocolo vigente sobre HB na UTI participante do estudo;
- Existe tendência dos profissionais a não valorizarem o procedimento de HB.
- Os registros dos cuidados bucais pelos profissionais são incompletos, o que dificulta a continuidade do cuidado ao paciente pela equipe interdisciplinar da unidade.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No que tange à relevância dos dados obtidos, a presente pesquisa apresentou algumas limitações, a seguir apresentadas.

Os resultados deste estudo não permitem generalização dos dados, o que seria de grande interesse para a comunidade científica. Foi desenvolvido em única unidade de cuidados intensivos de única instituição hospitalar. Além disso, trata-se de uma unidade especializada em atender pacientes vítimas de trauma, politrauma e doenças cerebrovasculares.

Outra limitação refere-se ao fato de que não foi possível observar a realização dos cuidados bucais realizados pelos enfermeiros, pois esses cuidados na UTI envolvida nesta pesquisa são de responsabilidade do técnico de enfermagem.

Registros incompletos, no prontuário eletrônico, sobre os cuidados bucais realizados pelos profissionais de enfermagem constituíram importantes limitações encontradas no processo de coleta de dados, pois as anotações quando presentes, limitavam-se a informar apenas se a HB foi ou não realizada. Além disso, não se pode excluir o efeito Hawthorne neste estudo observacional.

Geralmente, nos estudos observacionais, os participantes estão cientes de que serão observados, mas não sobre o que serão observados. Porém, neste estudo, os pacientes tinham ciência sobre o que seriam observados, pois o título da pesquisa, assim como os objetivos contidos no TCLE, acabavam informando o participante sobre quais cuidados de enfermagem seriam investigados. Isso pode ter influenciado os resultados, constituiu um importante viés metodológico.

No entanto, os resultados deste estudo são consistentes com estudos anteriores, tanto na literatura científica nacional como na internacional, a respeito das práticas de enfermagem relacionadas aos cuidados bucais de pacientes internados nas UTIs.

REFERÊNCIAS

- ABIDIA, R. F.; AL-FARAN, K. Oral care in the intensive and intermediate care units in Rivadh and Oateef. **Pakistan Oral and Dental Journal**, n. 24, p. 87-94, jun. 2007.
Disponível em: <[http://www.podj.com.pk/PODJ/Vol.%2024%20\(1\)%20\(June%202004\)/24_1_87-94.pdf](http://www.podj.com.pk/PODJ/Vol.%2024%20(1)%20(June%202004)/24_1_87-94.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2016.
- ALBUQUERQUE, D. M. S. et al. A importância da presença do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo. **Revista Fluminense de Odontologia**, ano 22, n. 45, jan./jun. 2016.
- ALHAZZANI W. et al. Toothbrushing for critically ill mechanically ventilated patients: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials evaluating Ventilator Associated Pneumonia. **Critical Care Medicine**, v. 2, n. 41, p. 646 - 55, fev. 2013.
- ALMEIDA, G. R.V.; ARAÚJO, T.S. Unidade de Terapia Semi-Intensiva e Intensiva: perfil do enfermeiro e condições de trabalho. **Ciência & Desenvolvimento**, v. 9, n. 1, p. 225-34, jan./jun. 2016.
- ALOTAIBI, A. K.; ALSHAYIQI, M.; RAMALINGAM, S. Does the presence of oral care guidelines affect oral care delivery by intensive care unit nurses ? A survey of Saudi intensive care unit nurses. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n.18, p. 921-2, ago. 2014.
- AMERICAN ASSOCIATION OF CRITICAL CARE NURSES (AACN). Oral care for patients at risk for ventilator associated pneumonia. **Practice Alert**. 2010. Disponível em: http://www.aacn.org/wd/practice/docs/practicealerts/oral-care-patients-at-risk_vap.pdf?menu=aboutus . Acesso: 10 jan. 2016.
- AMES, N. J. Evidence to support tooth brushing in critically ill patients. **American Journal of Critical Care**, v. 3, n. 20, p. 242-50, maio 2011.
- AMES, N. J. et al. Effects of Systematic Oral Care in critically ill patients: a multicenter study. **American Journal of Critical Care**, v. 5, n. 20, p. 103-14, 2011.
- ANDOLHE, R. **Segurança do paciente em unidades de terapia intensiva: estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem e ocorrência de eventos adversos e incidentes**. 2013. 244 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- ANDRADE, I. P. et al. Concentração inibitória mínima de antissépticos bucais em micro-organismos da cavidade bucal. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 13, n. 3, p.10-16, 2011.
- ANDREWS, T.; STEEN, C. A review of oral preventative strategies to reduce ventilator - associated pneumonia. **Nursing in Critical Care**, v. 18, n. 3, p.116-122, maio 2013.
- ARAÚJO, R. J. G. et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 38-44, mar. 2009.

ARROLIGA, A. C. et al. Reduction in the incidence of ventilator-associated pneumonia: a multidisciplinary approach. **Respiratory Care**, v. 57, n. 5, p. 688-96, maio 2012.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). Procedimento Operacional Padrão (higiene Bucal do paciente internado em UTI adulto). In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI**. 1^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB). **Recomendações para higiene bucal do paciente adulto em UTI**. Departamento de Odontologia e Departamento de Enfermagem, Associação de Medicina Terapia Intensiva Brasileira, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/departamentos-de-odontologia-e-enfermagem-atualizam-recomendacoes-para-higiene-bucal/>>. Acesso em: 16 maio 2014

ATZINGEN, M. D. V. **Efeitos de intervenção educativa em higiene bucal na prática de profissionais de enfermagem na incidência de pneumonia associada a ventilação mecânica**. 2014. 80f. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2014.

BAEDER, F. M. et al. Condição odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 12, n. 4, p.517-20, out/dez, 2012. Disponível em: <revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/download/1366/900>. Acesso em: 20 maio 2016.

BAGNASCO, A. et al. Identifying and correcting communication failure among health professional working in the Emergency Department. **International Emergency Nursing**, v.3, n. 21, p. 168-72, jul. 2013.

BARBOSA, J. C. S. et al. Patients profile under intensive care with nosocomial pneumonia: key etiological agents. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 4, n. 39, p. 201-06, 2010.

BATIHA, A. M. et al. Exploring the competency of the Jordanian intensive care nurses towards endotracheal tube and oral care practices for mechanically ventilated patients: an observational study. **Global Journal of Health Science**, v. 5, n. 1, p. 203-13, jan. 2013.

BELÍSSIMO-RODRIGUES, W. T., et al. Effectiveness of a dental care patients: a randomized clinical trial. **Infection Control & Hospital Epidemiology**, v. 35, n. 11, p. 1342-48, nov. 2014.

BERRY, A. M.; DAVIDSON, P. M. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 22, n. 6, p. 316-28, dez. 2006.

BERRY, A. M. et al. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 27, n. 4, p. 180-5, ago. 2011a.

BERRY, A. M. et al. Effects of three approaches to standardized oral hygiene to reduce bacterial colonization and ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomized control trial. **International Journal of Nursing Studies**, v. 6, n. 48, p. 681-8, jun. 2011b.

BERRY, A. M. Comparation of Listerine and sodium bicarbonate oral cleansing solutions on dental plaque colonization and incidence of ventilator associated pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomized control trial. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 5, n. 29, p. 275-81, 2013.

BINGHAM, M. et al. Implementing a unit-level intervention to reduce the probability of ventilator-associated pneumonia. **Nursing Research**, v. 59, n. 1, p. 40-47, jan./fev. 2010.

BIOSCA, A. R. et al. Prevención de la neumonia asociada a la ventilación mecânica: estudio comparativo de dos métodos de higiene oral. **Enfermería Intensiva**, v. 3, n. 22, p. 104-11, jun./set. 2011.

BOOKER, S. et al. Mouth care to reduce ventilator-associated pneumonia. **American Journal of Nursing**, v. 10, n. 113, p. 24-30, out. 2013.

BOUADMA, L. et al. A multifaceted program to prevent ventilator-associated pneumonia: Impact on compliance with preventive measure. **Critical Care Medicine**, v. 38, n. 3, p.789-96, mar. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente em serviços de saúde: higienização das mãos**, Brasília: 2009. 105 p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/paciente_hig_maos.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de prevenção de infecção respiratória relacionada a assistência a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 87p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Nº 7**, 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3432** de 12 de agosto de 1998. DOU Nº 154 - Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Disponível em: <<http://www.assobrafir.com.br/userfiles/file/PTGM-MS3432-98UTI.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

BRASIL. Lei nº 7498 de 25 de junho de 1986. Regulamentação do exercício da Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, jun. 1986.

BRITO, L. F. S.; VARGAS, M. A. O.; LEAL, S. M. C. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, n. 3, p. 359-67, 2007. Disponível em:

<<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4682>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BROWNE, J. A. et al. Pursuing excellence: development of an oral hygiene protocol for mechanically ventilated patients. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 34, n. 1, p. 25-30, jan/mar 2011.

BULECHEK, G. M.; HOWARD, K. B.; DOCHTERMAN, J. M. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CABOV, T. et al. The impact of oral health and 0,2% chlorhexidine oral gel on the prevalence of nosocomial infections in surgical intensive care patients: a randomized placebo-controlled study. **Wien Klin Wochenschr**, v. 13-14, n. 122, p. 397-404, jul. 2010.

CALDEIRA, M. P.; COBUCCI, R. A. S. Higiene oral de pacientes em intubação orotraqueal internados em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Integrada**, v. 1, n. 4, p. 731-41, 2011.

CALIL, A. M.; PARANHOS, W. Y. **O enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007, 795p.

CARVAJAL, C. et al. Higiene oral con clohexidina para la prevención de pneumonia en pacientes intubados: revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. **Medicina Clínica**, v.135, n.11, p.4917, 2010. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/esreistamedicinaclinica2articulo/higieneoralconclorhexidinaprevencionS0025775310005816?redirectNew=true>>. Acesso em: 11 jan 2016.

CARVALHO, M. M. et al. Infecções hospitalares nas unidades de terapia intensiva em um hospital público. **Revista Interdisciplinar**, v. 4, n. 4, p. 42-48, 2011. Disponível em: <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n4/pesquisa/p7_v4n4.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

CARVALHO, M. L. R. C. **Educação continuada de profissionais de enfermagem para a higiene oral de pacientes sob cuidados intensivos**. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.

CAVALCANTE, L. S.; MATOS, M. P. S. O. Práticas de higienização oral ao paciente da UTI e efeitos benéficos na análise de 30 enfermeiros no Pronto Socorro e Hospital 28 de agosto em Manaus/AM. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 33, n. 3, p. 239-42, 2015. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/03_julset/V33_n3_2015_p239a242.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2016.

CHAN, E. Y. et al. Translating evidence into nursing practice: oral hygiene for care dependent adults. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 9, n. 2, p.172-83, jun. 2011.

- CHAN, E. Y.; HUI-LING, N. G. I. Oral care practices among critical care nurses in Singapore: a questionnaire survey. **Applied Nursing Research**, v. 3, n. 25, p. 197-204, ago. 2012.
- CLAUDINO R.; SCHVEITZER, V. Estudo do perfil das comorbidades para o risco de ocorrência de doenças crônicas em idosos institucionalizados. **Revista Digital**, Ano 14, n. 141, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd141/doencascronicasemidososinstitucionalizados.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- COLLIÈRE, M. F. **Cuidar**: a primeira arte da vida. 2. ed. Lisboa: Lusociência, 2003.
- CONLEY, P. et al. Does an oral care protocol reduce VAP in patients with a tracheostomy?. **Nursing**, v. 7, n. 43, p.18-23, jul. 2013.
- CRUZ, M. K.; MORAES, T. N. M.; TREVISANI, D. M. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 4, p. 379-83, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n4/0103-507X-rbti-26-04-0379.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2016.
- CUCCIO L. et al. An evidence-based oral care protocol to decrease ventilator-associated pneumonia. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 5, n. 31, p. 301-8, set/out. 2012.
- CUTLER, L. R., SLUMAN, P. Reducing ventilator associated pneumonia in adult patients through high standards of care: a historical control study. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 2, n. 30, p. 61-8, 2014.
- DALE, C. et al. Mouth care for orally intubated patients: a critical ethnographic review of the nursing literature. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 29, n. 5, p. 266-74, out. 2013.
- DEERING, S.; JOHNSTON, L. C; COLACCHIO K. Multidisciplinary teamwork and communication training. **Seminars in Perinatology**, v.2, n.35, p.89-96, 2011.
- DIAMANTE, L. M.; VIANA, R. A. P. P.; MORAIS, T. M. N. Biossegurança: a atuação do enfermeiro. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em ambiente hospitalar/UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.55-67.
- EL-SOLH, A. A. Association between pneumonia and oral care in nursing home residents. **Lung**, v. 3, n. 189, p. 173-80, jun. 2011.
- FAIÇAL, A. M. B.; MESAS, A. E. Cuidados com a saúde bucal de paciente hospitalizado: conhecimento e práticas dos auxiliares de enfermagem. **Espaço para a Saúde**, v. 10, n.1, p.1-6, dez. 2008.
- FEIDER, L. L.; MITCHELL, P.; BRIDGES, E. Oral care practices for orally intubated critically ill adults. **American Journal of Critical Care**, v. 19, n. 2, p. 175-83, mar. 2010.
- FIELDS, L. B. Adherence to the itens in a bundle for the prevention of ventilator-associated pneumonia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 4, p. 355-9, out/dez. 2014.

FIGUEIRÊDO JÚNIOR, E. C. **Conhecimento e práticas de profissionais de unidade de terapia intensiva quanto ao cuidado em saúde bucal de pacientes hospitalizados**. 2014. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e de Saúde, Campina Grande, 2014.

FRANCO, J. B. et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 59, n. 3, p.126-31, 2014. Disponível em: <http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/arquivosmedicos/2014/5_93/05AO74.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

GANZ, F. D. et al. Translation of care practice guidelines into clinical practice by intensive care unit nurses. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 45, n. 4, p. 355-62, dez. 2013.

GIL, A. C. **Pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GOMES, A. M. Desenvolvimento histórico da prática assistencial em cuidados intensivos no Brasil. In: VIANA, R. A. P.; WHITAKER, I. Y. e colaboradores. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 21-26.

GOMES, A. M.; SILVA, R. C. L. Bundle of ventilador-associated to prevention. **Journal of Nursing UFPE**, v. 4, n. 2, p. 605-14, 2010.

GOMES, G. P. L. A. et al. Cuidados de enfermagem para pacientes com tubo orotraqueal: avaliação realizada em Unidade de Terapia Intensiva. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 3, n. 4, p. 808- 13, out./nov. 2009. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/88/2913>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GONÇALVES, P. E.; RODRIGUES, N. A. L. R.; SEIXAS, F. L. Ações de promoção de saúde bucal no âmbito hospitalar. **Revista de Ciências Médicas**, n.1, p. 2315-23, 2014. Disponível em: <http://periodicos.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/2411/1847> Acesso em: 30 jan. 2016.

GONÇALVES, F. A. F. et al. Ações de enfermagem na profilaxia da pneumonia associada a ventilação mecânica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, número especial 1, p. 101-107, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_16.pdf>. Acesso em: 12 maio 2016.

GONÇALVES, F. A. F. et al. Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada a ventilação mecânica. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 802-808, out-dez, 2012.

GONDIM, F. M.; GOMES, I. P.; FIRMINO, F. Prevenção e tratamento de mucosite oral. **Revista Enfermagem UFRJ**, v. 18, n. 1, p. 67-74, jan./mar. 2012.

GOSS, L. K.; COTY, M. B.; MYERS, J. A. A review of documented oral care practices in an intensive care unit. **Clinical Nursing Research**, v. 20, n. 2, p. 181-96, maio 2011.

GU, W. et al. Impact of oral care with vesus without toothbrushing on the prevention of ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Critical Care**, v. 16, n. 5, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3682292/>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

HECK K. Decreasing ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: a sustainable comprehensive quality improvement program. **American Journal of Infection Control**, v. 40, n. 9, p. 877-9, nov. 2012.

HILLIER, B. et al. Preventing Ventilator Associated Pnemonia Through Oral care, Product Selection and Application Method. **American Association of Critical Care Nurses**, v. 24, n.1, p. 38-58, 2013.

HSU, S. et al. The effects different oral care protocols on mucosal change in orally intubated patients from an intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, v. 7-8, n. 20, p. 1044-53, abr. 2010.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). How-to Guide: Prevent Ventilador-Associated Pneumonia. **Institute for Healthcare Improvement**, Cambridge, MA: 2012. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/pages/tools/howtoguidepreventvap.aspx>. Acesso em: 15 maio 2016.

JABLONSKI, R. A. Oral health and hygiene content in nursing fundamentals textbooks. **Nursing Research and Practice**, v. 2012, p. 1-7, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3337500/pdf/NRP2012372617.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

JAVADINIA, S. A. et al. Oral care trauma patients admitted to the ICU: viewpoints of ICU nurses. **Trauma Mon**, v. 19, n. 2, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4080614/pdf/traumamon1915110.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

JESUS, C. A. C. et al. **Manual de procedimentos de enfermagem**. 1.ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014, p.77-80.

JOHNSON, H. L.; KIMSEY, D. Patient safety: break the silence. **AORN Journal**, n. 95, v. 5 p. 591-601, 2012.

JOHNSON, K.; DOMB, A.; JOHNSON, R. One evidence based protocol doesn't fit all: brushing away ventilator associated pneumonia in trauma patients. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 5, n. 28, p. 280-7, out. 2012.

JOHNSTONE, L.; SPENCE, D.; MCLAIN, J. K. Oral hygiene care in the pediatric intensive care unit: practice recommendations. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 36, n. 2, p. 85-96, mar/abr. 2010.

JONES, D. J. et al. Oral care and bacteremia risk in mechanically ventilated adults. **Heart Lung**, v. 6, n. 39, p. 57-65, nov./dez. 2010.

JONES, D. J.; MUNRO, C. L.; GRAP, M. J. Natural history of dental plaque accumulation in mechanically ventilated adults: a descriptive correlational study. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 27, n.6, p. 299-304, dez. 2011.

JORDAN, A. et al. Factors influencing intensive care nurses knowledge and attitudes regarding ventilator-associated pneumonia and oral care practice in intubated patients in Croatia. **American Journal of Infection Control**, v. 42, n.10, p.1115-7, out. 2014.

KAHN, S. et al. Controle de infecção oral em pacientes internados: uma abordagem direcionada aos médicos intensivistas e cardiologistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, suppl.1, p. 1819-26, jun. 2010.

KHALIFEHZADEH, A.; PARIZADE, A.; YOUSEFI, H. The effects of an oral care practice on incidence of pneumonia among ventilator patients in ICUs of selected hospitals in Isfahan, 2010. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery**, v. 3, n. 17, p. 216-19, mar./abr. 2012

KHEZRI, D. H. et al. Comparison of the antibacterial effects of matrica & Persica and chlorhexidine gluconate mouthwashes in mechanically ventilated ICU patients: a double blind randomized clinical trial. **Revista Chilena de Infectologia**, v. 4, n. 30, p. 361-73, ago. 2013.

KIYOSHI-TEO, H.; BLEGEN, M. Influence institucional guidelines on oral hygiene practices in intensive care units. **American Journal of Critical Care**, v. 24, n. 4, p. 309-17, jul. 2015.

KLOMPAS, M.; BERENHOLTZ., S. M. Oral hygiene with clorhexidine in critically ill patients reply. **JAMA Internal Medicine**, n. 175, v. 2, p. 316-7, fev. 2015.

LEE, P.; ALLEN, K.; DALY, M. A. "Communication and Patient Safety" training programme for all healthcare staff: can it make a difference ?. **BMJ Quality & Safety**, v. 1, n. 21, p. 84-8, 2012.

LIAO, Y. M.; TSAI, J. R.; CHOU, F. H. The effectiveness of an oral health care program for preventing ventilador-associated pneumonia. **Nursing Critical Care**, n. 20, v. 2, p. 89-97, mar. 2015.

LIN, H.; YANG, L.; LAI, C. Factors related to compliance among critical care nurses with performing oral care protocols for mechanically ventilated patients in the intensive care unit. **American Journal of Infection Control**, n. 42, p. 533-5, 2014.

LIMA, D. M. et al. Fixação do tubo orotraqueal: tecnologia diferenciada para a segurança do paciente. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 5, p.1812-21, maio, 2016. Disponível em:
<<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7157>>. Acesso em: 03 set. 2016.

LIN, Y. S. et al. Critical care nurses' knowledge, attitudes and practices of oral care for patients with oral endotracheal intubation: a questionnaire survey. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 21-22, p. 3204-14, nov. 2011.

LISBOA, D. D. J. et al. Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. **Journal of Biotechnology and Biodiversity**, v. 3, n.1, p. 18-24, fev. 2012.

LISBOA, T.; NAGEL, F. Infecção por patógenos multi-resistentes na UTI: como escapar ?. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 2, p. 120-24, 2011.

LIZ, N. A.; ARENT, A.; NAZÁRIO, N. O. Características clínicas e análise dos fatores preditivos de letalidade em pacientes com traumatismo crânio encefálico (TCE) admitidos em unidade de tratamento intensivo. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 41, n. 1, p. 10-15, 2012.

LORENT, L. et al. Ventilator-associated pneumonia with or without toothbrushing: a randomized controlled trials. **European Journal of Clinical Microbiology**, n. 31 v. 10, p. 2621-9, out. 2012.

MAKABE, M. L. F. **Higienização bucal com digluconato de clorexidina e extrato etanólico de própolis em pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público na cidade de São Paulo, Brasil**. 2014. 190 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2014.

MARCO, A. C. et al. Condição oral de pacientes críticos e sua correlação com pneumonia associada à ventilação mecânica: um estudo piloto. **Revista de Odontologia da Universidade Estadual de São Paulo**, v. 42, n. 3, p. 182-87, 2013.

MARQUES, L. M. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes politraumatizados com pneumonia associada à ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva do hospital universitário evangélico de Curitiba. **Revista Médica da UFPR**, v. 1, n. 1, p. 10-14, jan/mar. 2014.

MATSUDA, L. M. et al. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 415-21. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso: 15 jun. 2016.

MAXFIELD, D. G. et al. Confronting safety gaps across labor and delivery teams. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 5, n. 209, p. 402-8, 2013.

MEDEIROS, F. B.; BYHATEM, J. B.; SILVA, A. Cuidados do atendimento odontológico do paciente cardiopata. In: MORAIS, T.M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 237-47.

MEINBERG, M. C. et al. Uso de clorexidina 2% gel e escovação mecânica na higiene bucal de pacientes sob ventilação mecânica: efeitos na pneumonia associada a ventilador. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 4, n. 24, p. 369-74, dez. 2012.

MENDES, A. F.; MORAIS, T. M. N.; SILVA, C. C. B. Interface da enfermagem com a odontologia. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 147-53.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Brasília, 2008, 40 p.

MIRANDA, A. F. **Avaliação de profissionais e promoção de saúde bucal em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) em Brasília – DF**. 2015. 158 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Universidade de Brasília. Brasília, DF, 2015.

MIRANDA, A. F. et al. Oral health promotion in intensive care unit patients management and adaptations. **GARJMMS**, v. 4, n. 11, p. 509-13, nov.2015.

MORAIS, T. M. N. et al. O paciente adulto em UTI: recomendações sobre higiene bucal. In: MORAIS, T. M. N.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 385-389.

MORTON, P. G.; FONTAINE, D. K. **Cuidados de enfermagem**: uma abordagem holística. Revisão Técnica: Ivone Evangelista Cabral. Tradução: Aline Vecchi et al. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

MUNRO, C. L. et al. Chlorhexidine, tooth brushing and preventing ventilator-associated pneumonia in critically in adults. **American Journal of Critical Care**, v. 5, n. 18 p. 428-37, set. 2009.

MUNRO, C. L. Oral health: something to smile about. **American Journal of Critica Care**, v.4, n.23, p.282-8, 2014. Disponível em:
<<http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/282.full.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2016.

NOJIMA, LINCOLN. I.; NOJIMA, MATILDE. C. G. **Boca**: anatomia e fisiologia. Rio de Janeiro: Editora Senac Nacional, 2001. 160 p.

OLIVEIRA A. B. F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 3, n. 22, p. 250-56, set. 2010.

OLIVEIRA, M. S. et al. Evaluation of different methods for removing oral biofilm in patients admitted to the intensive care unit. **Journal of International Oral Health**, v. 6, n. 3, p. 61-4, jun. 2014.

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

OSMAN, M. A; AGGOUR, R. L. Oral care practices in Egypt intensive care units-a national survey. **Journal of Periodontal Medicine & Clinical Practice**, v. 1, p. 172-82, 2014.

ÖZDEN, D. et al. Effects of oral care solutions on mucous membrane integrity and bacterial colonization. **Nursing in Critical Care**, v. 19, n. 2, p.78-86, mar. 2014.

PADILHA, E. P.; HADDAD, M. C. F. L.; MATSUDA, L. M. Qualidade dos registros de enfermagem em terapia intensiva: avaliação por meio da auditoria retrospectiva. **Cogitare Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 239-45, abr./jan. 2014.

PADILHA, K. G. et al. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Manole, 2010. 1446 p.

PAR, M.; BADOVINAC, A.; PLANCAK, D. Oral Hygiene is a important factor for prevention of ventilator-associated pneumonia. **Acta Clinica Croatica**, v. 1, n. 53, p. 72-8, mar. 2014.

PEDRAZZI, V. et al. Métodos mecânicos para o controle do biofilme dentário supragengival. **Periodontia**, v. 19, n. 3, p. 26-33, set. 2009. Disponível em: <http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/set_2009/artigo4.pdf> Acesso em: 10 jun. 2016.

PENITENTI, R. M. et al. Controle da pressão do cuff na unidade de terapia intensiva: efeitos do treinamento. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p.192-195, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X201000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2016.

PEREIRA, M. G. **Artigos científicos: como corrigir, publicar e avaliar**. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 383 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 7. ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2013.790 p.

PRENDERGAST, V.; KLEIMAN, C.; KING, M. The bedside oral exam and the barrow oral care protocol: translating evidence-basead oral care into practice. **Intensive Critical Care Nursing**, v. 5, n. 29, p.1-9, 2013.

PRENDERGAST, V. et al. Comparasion of Oropharyngeal and Respiratory Nosocomial Bacteria Between two methods of oral care: A Randomized control trial. **The Journal of neurological and Neurosurgical Nursing**, v. 1, n. 1, p. 10-18. 2012.

PRENDERGAST, V.; HANGELL, P.; HALLBERG, I. R. Electric versus manual tooth brushing among neuroscience ICU patients: is it safe? **Neurocritical Care Society**, v. 14, n. 2, p. 281-286, abr. 2011.

RABELO, G. D.; QUEIROZ C. I.; SANTOS, P. S. S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo.**; v. 2, n. 55, p. 67-70, 2010.

- RIBEIRO, G. F. Abordagem Ambulatorial do paciente com DPOC e comorbidade. **Gazeta Médica da Bahia**. v. 78, suppl. 2, p. 52-58, 2008. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/749>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- ROBERTSON, T.; CARTER, D. Oral intensity: Reducing non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia in care-dependent, neurologically impaired patients. **Canadian Journal of Neuroscience Nursing**, v. 35, n. 2, p. 10-17, 2013.
- RODRIGUEZ, A. H. et al. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 2, p. 229-34, mar/abr, 2016.
- ROMITO, G. A. et al. O risco infeccioso que a cavidade bucal pode representar para o paciente com a saúde comprometida. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 27-31, 2015.
- RORIZ, V. M.; BOAVENTURA, V. ; DALBELLO, D. N. G. Perfil periodontal e episódios de pneumonias nosocomiais em pacientes internados em uma UTI: estudo piloto. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 23, n. 67, p. 207-211, 2014.
- ROWLANDS, S.; CALLEN, J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. **European Journal of Cancer Care**, v. 1, n. 22, v.1, p. 20-31. 2013.
- SALDANHA, K. F. D. et al. Avaliação do índice de higiene oral do paciente crítico. **Arch Health Invest**, v. 4, n. 6, p. 47-43, 2015a.
- SALDANHA, K. F. D. et al. A odontologia hospitalar: revisão. **Arch Health Invest**, v. 4; n. 1; p. 58-68, 2015b.
- SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 624 p.
- SANTOS, P. S. S. et al. Impacto da remoção de biofilme lingual em pacientes sob ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 25, n.1, p. 44-46, 2013. Disponível em: <<http://www.rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-25-1-9>>. Acesso em: 28 jan. 2016.
- SANTOS, P. S. S.; MORAES, R. G. B.; TORMENA JÚNIOR, C. E. Controle químico do biofilme bucal. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI**. 1. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2015, p. 349-352.
- SCANNAPIECO, F. A; BUSH, R. B; PAJU, S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review. **Annals of Periodontology**, v. 1, n. 8, p. 54-69. 2003.
- SCANNAPIECO, F. Pneumonia in nonambulatory patients: the role of oral bacteria and oral hygiene. **Journal of the American Dental Association**, n. 137, Suppl. 21S-25S, 2006.

SCHEID, J. L. et al. Práticas de Enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis - TO. **Ciências e Saúde**, n. 18, v. 4, p. 297-306. 2007.

SCHLESENER, V. R. F.; ROSA, U. D.; RAUPP, S. M. M. **Cinergis**, v. 13, n. 1, p. 73-77, jan/mar, 2012.

SEDWICK, M. B. et al. Using evidence-based practice to prevent ventilator-associated pneumonia. **Critical Care Nursing**, v. 4, n. 32, p. 41-51, ago. 2012.

SHARMA, S. K; KAUR, J. Randomized Control Trial on Efficacy of Chlorhexidine Mouth Care in Prevention of Ventilator Associated Pneumonia (VAP). **Nursing and Midwifery Research Journal**, v. 8, n. 2, p. 169-78, abr. 2012.

SHI, Z. et al. Oral hygiene for critically ill patient ventilator- associated pneumonia. **Cochrane Database System Review**, v. 8, n. 13, ago. 2013.

SILVA, M. E. et al. Oral hygiene protocols in intensive care units in large Brazilian city. **American Journal of Infection Control**, v. 3, n. 43, p. 303-4, 2015.

SILVA, J. A. S.; PASETTI, L. A.; MORAES, T. M. N. Histórico da odontologia em ambiente hospitalar. In: MORAIS T.M. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/ UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 1-17.

SILVA, J. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-581, jul/set. 2012.

SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SALLES, R. K. Bundle de prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica: uma construção coletiva. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 4, p.837-44, dez. 2012.

SILVEIRA, I. R. et al. Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 5, n. 23, p. 697-700, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT), Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica** 2013. Comitê de ventilação mecânica – comissão de terapia intensiva da SBPT. Disponível em:
<<http://www.interfisio.com.br/imagens/artigos/2013/DiretrizesAVMAMIBSBPT2013.pdf>>
Acesso em: 15 mai. 2015, 137 p.

SOH, K. L. et al. A cross-sectional on nurses' oral care practice for mechanically ventilated patients in Malaysia. **Journal of Clinical Nursing**, n. 20, v. 5-6, p. 733-42, mar. 2011.

SOUZA, A. F.; GUIMARÃES, A. C.; FERREIRA, E. F. Avaliação da implementação de um novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 1, n. 17, p. 177-184, jan/mar. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/588>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

STINA, A. P. N.; ZAMARIOLI, C. M.; CARVALHO, E. C. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 2, p. 220-25, 2015. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0220.pdf >. Acesso em: 20 mai. 2016.

SZABO, C. M. et al. The effect of oral care on intracranial pressure in critically ill adults. **Journal of Neuroscience Nursing**, v. 46, n. 6, p. 321-29, dez. 2014.

TAVARES, V. H. **Segurança do Paciente em Terapia Intensiva: Análise do Uso da Restrição Física**. 2013. 129 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P. **Fundamentos de Enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TENIS, C. A. et al. Alterações bucais decorrentes de doenças e internações hospitalares/UTI. In: MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/ UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.91-100.

TEREZAKIS, E. et al. The impact of hospitalization on oral health: a systematic review. **Journal of Clinical Periodontology**, n. 28, p. 628-36, 2011.

TURK, G. et al. Oral care practices of intensive care nurses: a descriptive study. **International Journal of Nursing Practice**, v. 4, n. 18, p. 347-53, ago. 2012.

UEDA, K. Preventing Aspiration Pneumonia by Oral Health Care. **Journal of the Japan Medical Association**, v. 54, n. 1, p. 39-43, 2011.

URBANO, P. C. **Cuidado oral do paciente adulto entubado em ventilação mecânica: desenvolvimento de um vídeo educativo**. 2015. 135 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Tecnologia e Inovação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

VICENT et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. **JAMA**, v. 302, n. 21, p. 2323-9, 2009.

VIEIRA, C. N.; FALCÃO, D. P.; AMORIM, R. F. B. Fisiopatologia do biofilme bucal. In: MORAIS T.M.; SILVA, A. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/ UTI**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.111-21.

VIEIRA, M. S. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da central de regulação de internações hospitalares. **Com Ciências Saúde**, v.22, n.3, p.201-10, 2011. Disponível em: <www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_3_2_Perfil.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

VIEIRA, C. A.; MAIA, L. F. S. Assistência de enfermagem humanizada ao paciente em UTI. **Revista Recien**, v. 3, n. 9; p. 17-22, 2013. Disponível em: <www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/download/58/113>. Acesso em: 15 mar. 2016.

VILELA, M. C. N. et al. Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática.

Einstein, v. 2, n. 13, p. 290-296. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/eins/2015nahead/pt_16794508eins167945082015RW2980.pdf>.

Acesso em: 15 Mar 2016.

WISE, M. P.; WILLIAMS, D. W. Oral care pulmonary infection- the importance of plaque scoring. **Critical Care**, v. 1, n. 17, p.1-3, 2013.

WILKINSON, J. M.; LEUVEN, K. V. **Fundamentos de Enfermagem**: pensando e fazendo. v. 1 e 2. São Paulo: Roca, 2010.

YAO, L. Y. et al. Brushing teeth with purified water to reduce ventilator-associated pneumonia. **Journal of Nursing Research**, v. 19, n. 4, p. 289-97, dez. 2011.

YEUNG, K. Y.; CHUI, Y. Y. An exploration of factors affecting Hong Kong ICU nurses in providing oral care. **Journal of Clinical Nursing**, v. 19, n. 21-22, p. 3063-3072, nov. 2010.

YILDIZ, M.; DURNA, Z.; AKIN, S. Assesment of oral care needs of patients treated at the intensive care unit. **Journal of Clinical Nursing**, v. 22, n. 19-20, p. 2734-47, out. 2013.

YUSUF, H. Toothbrushing may reduce ventilator-associated pneumonia. **Evidence-Based Dentistry**, v. 14, n. 3, p. 89-90, 2013.

ZURMEHL, Y. J. Oral care education in the prevention of ventilator-associated pneumonia: quality patients outcomes in the intensive care unit. **Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 2, n. 44, p. 67-75, fev. 2013.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO N.º ()

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM- nível mestrado

Profissionais de Enfermagem

Convidamos o(a) senhor(a) a participar, como voluntário(a), em uma pesquisa intitulada **“Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados”**. O tempo mínimo de coleta de dados da pesquisa deverá ser de três meses. meu nome é Jane Walkíria da Silva Nogueira, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sou aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

O objetivo desta pesquisa é analisar as medidas de higiene bucal adotadas pela equipe de enfermagem em pacientes totalmente dependentes de cuidados na UTI. O método de coleta de dados é do tipo observação não participante. Serão observados enfermeiros e técnicos de enfermagem que prestam assistência direta ao paciente. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação não é obrigatória e consistirá em ser observado(a) no seu horário de trabalho, em uma única vez, pela pesquisadora. O tempo de duração da observação será de aproximadamente uma hora por profissional. Caso você se sinta difamado, constrangido, um certo desconforto ou incômodo de ser observado(a), a qualquer momento você poderá desistir, sem prejuízos em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de saúde. Garantimos que não terá a geração de ônus. Todos os gastos referentes ao estudo serão cobertos pelas pesquisadoras. O sigilo dos dados e o anonimato do seu nome será mantido. Sua participação é voluntária, isto é, não há nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua colaboração. É facultado ao participante o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto, decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Com a sua participação, poderemos entender melhor o processo do cuidado relacionado à higiene bucal de pacientes dependentes internados na UTI, possibilitando uma avaliação do serviço e subsidiando o planejamento de estratégias que visem a segurança do paciente e a qualidade do serviço. A pesquisadora se dispõe a esclarecer eventuais dúvidas sobre a pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão utilizados para a dissertação de mestrado, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora Jane Walkíria da Silva Nogueira por um período de no mínimo cinco anos, após isso serão destruídos ou mantidos na instituição. A divulgação dos resultados será feita em forma de artigos, publicados em revistas especializadas em enfermagem no Brasil.

E ao final deste, após ler com atenção este documento, ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as folhas e ao

Rubrica do pesquisador _____
Rubrica do participante _____

final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as folhas. Uma delas é do participante da pesquisa e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Jane Walkíria da Silva Nogueira. Telefones (61) 35566228 ou (61) 99666669, no horário das 08 às 17 horas.

Prof.^a Dr.^a Cristine Alves de Jesus (61) 3107762, no horário das 09 às 17 horas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), da Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas, cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 31071947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00h às 12:00h e de 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira.

Pesquisadora responsável: Jane Walkíria da Silva Nogueira

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e fui devidamente informado(a) sobre os procedimentos da referida pesquisa, tais como: objetivo e metodologia. Sendo assim, manifesto com minha assinatura o aceite em participar da pesquisa em questão.

Brasília, _____ de _____ de _____

Rubrica do pesquisador _____
Rubrica do participante _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO N.º ()

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM- nível mestrado

Representante Legal do Participante

Convidamos o(a) senhor(a) a permitir que seu familiar participe de uma pesquisa intitulada **“Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados”**. Meu nome é Jane Walkíria da Silva Nogueira, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Sou aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade de Brasília. Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Ele pode conter palavras que você não entende. Por favor, peça à pesquisadora do estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que você não entenda claramente.

O propósito deste documento é dar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para seu familiar, que está internado na Unidade de Terapia Intensiva, participar do estudo. Você só deve permitir a participação dele (a) se você quiser. Você pode recusar a participação de seu familiar ou retirar a participação dele(a) desta pesquisa a qualquer momento.

O objetivo deste estudo é analisar as medidas de higiene bucal adotadas pela equipe de enfermagem em pacientes totalmente dependentes de cuidados na UTI. O método de coleta de dados é do tipo observação não participante. Serão observados enfermeiros e técnicos de enfermagem que prestarão assistência direta ao seu familiar. Com a sua permissão para observarmos os cuidados de higiene bucal prestados pela equipe de enfermagem, ao seu familiar, poderemos entender melhor o processo do cuidado relacionado à higiene bucal de pacientes dependentes, internados em uma UTI, possibilitando uma avaliação do serviço e subsidiando o planejamento de estratégias que visem a segurança do paciente e a qualidade do serviço. O tempo mínimo de coleta de dados da pesquisa deverá ser de três meses. O tempo de observação será de acordo com o tempo de realização do procedimento, que deve ficar em torno de uma hora.

A participação de seu familiar na pesquisa não mudará em nada o atendimento e o tratamento dele não será comprometido. Não será realizado nenhum procedimento diferente da rotina já estabelecida na UTI para aqueles que participarem deste estudo. Será apenas realizada a coleta dos dados observados pela pesquisadora e de informações sobre seu familiar, registrados no prontuário.

Sua decisão em autorizar a participação de seu familiar no estudo é voluntária. Você pode decidir que seu familiar não participe do mesmo. Uma vez que você decidiu pela participação, você pode retirar a sua autorização a qualquer momento. Se você decidir não continuar permitindo que seu familiar participe do estudo, você ou seu familiar não serão punidos e nem perderão qualquer benefício aos quais vocês têm direito.

Não haverá nenhum custo para você ou seu familiar em nenhum momento, sendo a participação voluntária; portanto, você nem seu familiar não serão pagos pela participação no estudo. Todos os gastos referentes à pesquisa serão cobertos pela pesquisadora. É facultado ao participante o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa. Caso haja algum dano direto ou indireto, decorrente de sua

Rubrica do pesquisador _____
Rubrica do participante _____

participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

A pesquisadora responsável pelo estudo irá coletar informações sobre seu familiar. Em todos estes registros, um código substituirá o nome. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial e serão usados para avaliação do estudo. Os dados podem também ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado, porém a identidade do seu familiar internado não será revelada em quaisquer circunstâncias. Você tem direito de acesso aos dados. Você também pode discutir esta questão mais adiante com a equipe.

Se você ou outro responsável legal do participante tiver alguma dúvida com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de danos relacionados ao estudo, você deve entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Jane Walkíria da Silva Nogueira. Telefones (61) 35566228 ou (61) 99666669, no horário das 08 às 17 horas, ou Prof.^a Dr.^a Cristine Alves de Jesus (61) 31071762, no horário das 09 às 17 horas. Se tiver dúvidas sobre os direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS), da Universidade de Brasília, Campus Darcy Ribeiro, Asa Norte. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 31071947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00h às 12:00h e de 13:30h às 15:30h, de segunda a sexta-feira.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com a pesquisadora responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que sou livre para aceitar ou recusar e que eu posso interromper a participação de meu familiar a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito. Eu entendi as informações apresentadas neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas. Sendo assim, manifesto com minha assinatura o aceite em permitir que meu familiar participe da pesquisa em questão. Eu receberei uma via assinada e datada deste Documento de Consentimento Informado.

Nome do familiar/responsável legal do participante da pesquisa	Assinatura	Data
Nome do pesquisador	Assinatura	Data

Rubrica do pesquisador _____

Rubrica do participante _____

APÊNDICE C - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

Formulário de Observação dos Cuidados Relacionados à Higiene Bucal (HB)

Observação n.º _____

Data : _____ Turno: manhã tarde noite:
Tempo de execução da técnica: _____ minutos _____ segundos:

A. Dados relacionados ao profissional de enfermagem		
1. Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M 2. Categoria profissional: <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem e enfermeiro 3. Realiza a HB no paciente <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não 4. Tempo de serviço na profissão: _____ anos 5. Tempo de atuação em UTI : _____ anos 6. Pós-Graduação: <input type="checkbox"/> sim Qual? _____ <input type="checkbox"/> não 7. Possui alguma capacitação fornecida pelo serviço para higiene bucal em paciente crítico? <input type="checkbox"/> sim Quando? _____ <input type="checkbox"/> não 8. Existe algum protocolo na unidade referente à higiene bucal do paciente crítico? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não sabe		
B. Dados relacionados ao paciente que recebeu as práticas de enfermagem relacionadas ao cuidado bucal		
Nome completo:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Registro: Leito:	Idade: _____ anos	Data de internação na UTI: Total de dias internado na UTI:
Motivo de internação na UTI:		
Comorbidades: <input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> tabagismo	<input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> neuroológicas <input type="checkbox"/> etilismo	<input type="checkbox"/> outros
Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) durante a internação na UTI?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Se sim, 1. sítio _____ Data: ___/___/2015 Agente isolado _____ 2. sítio _____ Data: ___/___/___ Agente isolado: _____
Uso de Antibiótico <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sedação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Dentado <input type="checkbox"/> Parcialmente dentado <input type="checkbox"/> Perda total dos dentes		
Intubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Data da intubação: Dias de intubação oro-traqueal : _____	
Traqueostomia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Data da traqueostomia: Dias de traqueostomia: _____	
Ventilação : <input type="checkbox"/> espontânea <input type="checkbox"/> Mecânica Invasiva <input type="checkbox"/> Mecânica Não invasiva		
SNG /SNE/SOG <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Tipo: <input type="checkbox"/> Levine <input type="checkbox"/> Duboff Obs: _____		

C . Dados relacionados às práticas de enfermagem realizadas antes da realização da higiene bucal	
Leva para o leito materiais como:	<input type="checkbox"/> cuba <input type="checkbox"/> lanterna <input type="checkbox"/> gaze <input type="checkbox"/> solução <input type="checkbox"/> escova de dente <input type="checkbox"/> sonda para aspiração <input type="checkbox"/> luvas <input type="checkbox"/> óculos de proteção <input type="checkbox"/> abaixador de língua <input type="checkbox"/> hidratante para os lábios <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> avental <input type="checkbox"/> toalha/compressa <input type="checkbox"/> cufômetro <input type="checkbox"/> _outros _____
Higieniza as mãos antes do procedimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Calça luvas antes do procedimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Quantas?
Utiliza EPIs?	<input type="checkbox"/> sim Qual ? <input type="checkbox"/> gorro <input type="checkbox"/> máscara <input type="checkbox"/> óculos <input type="checkbox"/> avental <input type="checkbox"/> luvas <input type="checkbox"/> não
Comunica o procedimento a ser realizado ao:	<input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> acompanhante <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> não comunica
Posiciona o paciente mantendo cabeceira elevada em 30 a 45°, quando não há contra indicação?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Coloca toalha sob a cabeça do paciente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> outros _____
No caso de pacientes com dieta por SNG/SNE/SOG:	a)Verifica se a dieta está sendo infundida antes de realizar a higiene bucal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não b)Quando a dieta está sendo infundida, suspende a infusão da mesma antes de realizar a higiene bucal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Higieniza e hidrata a região peribucal antes de abrir a boca do paciente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Realiza inspeção da cavidade bucal antes de iniciar o procedimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Realiza a abertura da cavidade bucal com:	<input type="checkbox"/> abaixador de língua <input type="checkbox"/> cânula de guedel <input type="checkbox"/> outros :
Solicita auxílio quando detecta alguma situação adversa, como: sangramentos de origem bucal, lesões de mucosa, edema de lábios ou peribucais, alterações salivares, mobilidade dental e outras?	<input type="checkbox"/> sim De quem? <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> cirurgião dentista <input type="checkbox"/> não
Realiza a aspiração da cavidade bucal antes do procedimento?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Obs:
No caso de pacientes com tubo orotraqueal ou traqueostomia	a)Verifica a pressão do <i>cuff</i> antes de iniciar a higiene bucal? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Se sim, pede para outro profissional ajudá-lo? <input type="checkbox"/> sim: <input type="checkbox"/> fisioterapeuta <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> não b)Realiza higiene externa do tubo orotraqueal? <input type="checkbox"/> sim Onde? <input type="checkbox"/> região intrabucal <input type="checkbox"/> região extrabucal <input type="checkbox"/> não Se sim, usa gaze embebida com solução aquosa de clorexidina 0,12% <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> outros _____
No caso de pacientes com SNG/SNE/SOG	a) Realiza higiene externa da extensão da sonda com solução aquosa de clorexidina 0,12% <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

D. Dados relacionados às práticas de enfermagem realizadas durante a realização da higiene bucal	
Material utilizado para a intervenção mecânica	<input type="checkbox"/> escova de dente <input type="checkbox"/> somente gaze <input type="checkbox"/> boneca de gaze <input type="checkbox"/> swab <input type="checkbox"/> outros:
Material utilizado para a intervenção química:	<input type="checkbox"/> creme dental <input type="checkbox"/> outros <input type="checkbox"/> antisséptico bucal Qual?
Procede a limpeza de:	<input type="checkbox"/> dentes pelo lado de fora (face vestibular) <input type="checkbox"/> dentes pelo lado interno: <input type="checkbox"/> arcada dental superior <input type="checkbox"/> arcada dental inferior <input type="checkbox"/> superfície mastigatória dos dentes inferiores <input type="checkbox"/> superfícies mastigatórias dos dentes superiores <input type="checkbox"/> gengivas superiores (rebordo alveolar superior) <input type="checkbox"/> gengivas inferiores (rebordo alveolar inferior) <input type="checkbox"/> dorso da língua <input type="checkbox"/> parte interna das bochechas (mucosa jugal) <input type="checkbox"/> palato
Realiza movimento de varredura no sentido da gengiva para o dente, repetida pelo menos 5 vezes envolvendo dois ou três dentes?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica
Quando limpa a língua, usa raspador?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Realiza o procedimento de HB sentido pósterio-anterior?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Quando utiliza boneca de gaze ou apenas gaze, para a HB, realiza a troca da mesma a cada uso?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Usa fio dental	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> não se aplica
Utiliza saliva artificial?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Aspira a região bucal durante todo o procedimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Utiliza água destilada/soro fisiológico durante todo o procedimento para enxaguar o creme dental ou produto?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
E. Dados relacionados às práticas de enfermagem realizadas após a realização da higiene bucal	
No caso de pacientes com tubo orotraqueal / traqueostomia	Troca a fixação do tubo orotraqueal/traqueostomia após higiene bucal realizada? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
No caso do uso de escova dental:	a) higieniza em água corrente, após o uso <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não b) seca e guarda em um recipiente fechado <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Lubrifica os lábios após realização da HB?	<input type="checkbox"/> sim Produto: _____ <input type="checkbox"/> não
Ao término do procedimento, retira o material e organiza o ambiente?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Descarta luvas, máscara e gazes no lixo infectante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Higieniza as mãos após a retirada das luvas?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Obs:
Registra o cuidado prestado no prontuário do paciente?	<input type="checkbox"/> sim O que registra? _____ <input type="checkbox"/> não
Frequência de realização da HB ao dia	<input type="checkbox"/> nenhuma vez <input type="checkbox"/> 1 vez ao dia <input type="checkbox"/> 2 vezes ao dia <input type="checkbox"/> 3 vezes ao dia <input type="checkbox"/> outros _____

ANEXO A - TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM- PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM- nível mestrado

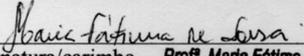
TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PROPONENTE

A **Dr^a Maria Fátima de Sousa**, diretora da Faculdade Ciências da Saúde está de acordo com a realização, nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Base do Distrito Federal, da pesquisa **“ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HIGIENE BUCAL PREVENTIVA DE PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS”**, de responsabilidade de responsabilidade da pesquisadora Jane Walkiria da Silva Nogueira, aluna do curso de mestrado acadêmico (matrícula 140185623) do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

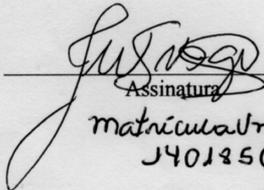
O estudo tem como objetivo analisar as medidas de higiene bucal adotadas pela equipe de enfermagem em pacientes totalmente dependentes de cuidados nas Unidades de Terapias Intensivas (UTI). O método de coleta de dados é do tipo observação não participante. A população será composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem que fazem parte do quadro de pessoal das três especialidades das UTIs: geral; neuro-trauma; cirúrgica. Farão parte também da população estudada os pacientes internado nestes setores, durante o período de coleta de dados, que estiverem sob os cuidados da equipe de enfermagem. Terá duração de cinco meses, com previsão de início para o mês de junho de 2015.

Brasília, 06 / 03 / 2015

Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde


Assinatura/carimbo **Prof. Maria Fátima de Sousa**
Diretora
Faculdade de Ciências da Saúde

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:


Assinatura
matriculaUnb:
140185623

ANEXO B – TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE


GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
 


COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO de CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

A **Dr^a Ana Patrícia de Paula**, diretora geral do Hospital de Base do Distrito Federal; **Dr^a Vânia Maria de Oliveira**, chefia responsável pela Unidade de Terapia Intensiva e a enfermeira **Maria Cecília Cardoso de Souza**, gerente de enfermagem estão de acordo com a realização, nesta instituição, da pesquisa “**ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HIGIENE BUCAL PREVENTIVA DE PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS**” de responsabilidade da pesquisadora Jane Walkíria da Silva Nogueira, aluna do curso de mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília para obtenção de título de mestre em enfermagem, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/FEPECS-DF, em pacientes e/ou servidores da SES/DF, com previsão de início do mês de junho de 2015.

O estudo envolve:

- () administração de medicamentos;
- () realização de entrevistas;
- () exames clínicos;
- () exames laboratoriais/ ou imagem.
- (X) Outros : observação dos cuidados de higiene bucal prestados pela equipe de enfermagem aos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva.

Brasília, 06 / 03 / 2015

Diretor do Hospital ou Regional de Saúde : *mauricio*
 Assinatura/carimbo Dr^a Ana Patrícia de Paula
 Diretora Geral do Hospital de Base do Distrito Federal
 Mat. 130.398-8 CPF 444066

Chefia responsável pela Unidade: *Vânia Maria de Oliveira*
 Assinatura/carimbo Vânia Maria de Oliveira
 Mat. 140.419-9 CRM 8670
 Chefe

Gerente de enfermagem *Maria Cecília Cardoso de Souza*
 Assinatura/carimbo Maria Cecília C. de Souza
 Enfermeira
 COREN-DF 274.075
 MAT. 1438715-8

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa: *Jane Walkíria da Silva Nogueira*
 Assinatura/carimbo

ANEXO C - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

TÍTULO DO PROJETO: “ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA HIGIENE BUCAL PREVENTIVA DE PACIENTES DEPENDENTES DE CUIDADOS”

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: JANE WALKIRIA DA SILVA NOGUEIRA

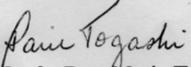
DATA DE ENTRADA: 25/07/2015

CAAE: 43353415.2.0000.0030

Com base na Resolução 466/12, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu APROVAR o projeto intitulado: “Atuação da equipe de enfermagem na higiene bucal preventiva de pacientes dependentes de cuidados”, Parecer nº: 1.238.997, em 22 de setembro de 2015.

Notifica-se o(a) pesquisador(a) responsável da obrigatoriedade da apresentação de relatório(s) semestral(ais) e relatório final sobre o desenvolvimento do projeto a contar da data de aprovação do projeto inicial.

Brasília, 02 de junho de 2016.


Profa. Dra. Marie Togashi
Coordenadora - CEP-FS/UnB

ANEXO D – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) AMIB

Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA e DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO-POP		
Data de Emissão: 10/04/14	Data de Vigência: 18/04/14	Próxima Revisão: 08/11/14

TAREFA: HIGIENE BUCAL (HB) DO PACIENTE INTERNADO EM UTI (ADULTO)
PRESCRIÇÃO: Enfermeiro e/ou Cirurgião-dentista
ORIENTAÇÃO: Enfermeiro e/ou Cirurgião-dentista
EXECUTANTE: Equipe de Enfermagem e/ou Equipe de Odontologia
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementar a rotina de higienização bucal por equipe interprofissional-Enfermagem e Odontologia; ▪ Manter a cavidade bucal limpa; ▪ Reduzir a colonização da orofaringe e, conseqüentemente, evitar a contaminação da traqueia; ▪ Controlar o biofilme na cavidade bucal; ▪ Hidratar os tecidos intra e peribucal; ▪ Detectar focos infecciosos, lesões de mucosa, presença de corpo estranho, dor em região orofacial ou dificuldade na movimentação dos maxilares; ▪ Diminuir os riscos de infecção respiratória, devido ao conteúdo presente na cavidade bucal; ▪ Proporcionar conforto e bem estar ao paciente.
FREQUÊNCIA DA HIGIENE BUCAL: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A frequência da HB está relacionada com a necessidade de cada paciente, sendo determinada após avaliação da equipe de enfermagem e/ou odontológica (verificar documento de Recomendações HB AMIB); ▪ A solução aquosa de digluconato de clorexidina à 0,12% deverá ser aplicada de 12/12hs após a realização da HB; ▪ Nos intervalos da aplicação da clorexidina a HB poderá ser realizada com água destilada ou filtrada e ou aromatizante bucal sem álcool de acordo com a prescrição seguindo a técnica de escovação preconizada neste POP.
MATERIAL/MEDICAMENTOS/EQUIPAMENTOS/INSTRUMENTAL NECESSÁRIOS: <ul style="list-style-type: none"> ▪ EPI's : paramentação - precaução padrão completa + precaução adicional indicada pela CCIH (verificar recomendações); ▪ Escova dental (cabeça pequena e cerdas macias); ▪ Raspador de língua (opcional); ▪ Abaixador de língua; ▪ Pinça Crile (verificar recomendações); ▪ Compressa de gazes; ▪ Sistema de aspiração montado (sondas de aspiração nº 10, nº 12 ou nº 14); ▪ 10 mL de solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%; ▪ Copo/recipiente descartável; ▪ Cuffômetro; ▪ Hidratante labial pode-se utilizar ácidos graxos essenciais (AGE), glicerina ou dexpanthenol creme 5%; ▪ Saliva artificial.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA e DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO-POP		
Data de Emissão: 10/04/14	Data de Vigência: 18/04/14	Próxima Revisão: 08/11/14

DESCRIÇÃO DAS ETAPAS DO PROCEDIMENTO:

- Verificar as restrições do paciente, dentre outras:
 - Lesão na coluna;
 - Flexão;
 - Extensão;
 - Politraumatismos
- Reunir o material necessário para realização do procedimento: o kit de higiene bucal deverá ser fornecido pelo hospital, observando as exigências de padronização de cada Instituição;
- Lavar as mãos;
- Paramentar com EPI's;
- Comunicar ao paciente e/ou ao acompanhante, o procedimento a ser realizado;
- Posicionar o paciente mantendo cabeceira elevada (de 30° a 45°), a menos que seja contra indicado;
- O Cirurgião-dentista deve estabelecer com a equipe de enfermagem a posição mais adequada para quando for trabalhar a beira do leito, considerando a posição dos equipamentos de manutenção à vida;
- A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao Cirurgião-dentista em toda situação adversa, tais como: patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis e outras;
- Proceder a aspiração da cavidade bucal;
- Na presença de ventilação mecânica, assegurar a correta fixação do tubo e, antes da realização da higiene bucal, verificar a pressão do balonete (*Cuff*) (manter pressão entre 18 e 22mmHg ou 25 e 30 cmH₂O);
- Realizar a inspeção da cavidade bucal, observando:
 - Alteração do normal;
 - Alterações salivares (hipo e hiper salivação);
 - Mobilidade dental;
 - Sangramento;
 - Lesões de mucosas traumáticas;
 - Edemas de lábios ou peribucais;
 - Comunicar alterações ao Enfermeiro e/ou ao Médico e/ou ao Cirurgião-dentista;
 - Solicitar/requerer interconsulta do Cirurgião-dentista para reavaliação.

PROCEDER À HIGIENE BUCAL:

- Detectar cuidadosamente a presença de órteses/próteses dentárias provisórias ou obturadoras, procedendo suas remoções antes de iniciar a higienização bucal. Se houver a presença de próteses sobre implantes, mesmo que unitárias, solicitar avaliação do Cirurgião-dentista antes de manejá-las;
- Embeber a escova com solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%;
- Posicione suavemente a cabeça da escova, na região de gengiva livre e o dente, de maneira que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do dente;
- Com movimentos vibratórios brandos, pressione levemente as cerdas de encontro a gengiva, fazendo com que penetrem no sulco gengival e abracem todo contorno do dente;
- Em seguida, inicie um movimento de varredura no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, por pelo menos 5 vezes, envolvendo 2 ou 3 dentes;
- Prossiga sistematicamente com o movimento por todos os dentes pelo lado de fora (face vestibular) e pelo lado interno dos dentes (face lingual);
- Com movimentos de vaivém, escove as superfícies mastigatórias dos dentes superiores e

Associação de Medicina Intensiva Brasileira-AMIB
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA e DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO-POP		
Data de Emissão: 10/04/14	Data de Vigência: 18/04/14	Próxima Revisão: 08/11/14

<p>inferiores, passando em seguida para a escovação suave da língua (se necessário e possível, segurar a língua com gaze seca), do palato e da parte interna das bochechas. Na presença de saburra lingual, a associação de raspadores de língua estão indicados;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Em pacientes sob ventilação mecânica e portadores de sonda, realizar a higiene do tubo, e das sondas, com gaze umedificada na solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%;- ▪ Sempre que necessário, umidificar a escova dental na solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%; ▪ Sempre que necessário, aspirar a cavidade bucal, com sugador ou sonda de aspiração conectada ao circuito de aspiração; ▪ Aplicar a solução de digluconato de clorexidina 0.12%, de 12/12hs, com uma gaze, em toda cavidade bucal (mucosas, dentes e/ou próteses fixas e no TOT e outros dispositivos, se presente); ▪ A limpeza da cavidade bucal deverá sempre ser da região posterior em direção à região anterior; ▪ Se necessário hidratar a cavidade bucal com saliva artificial; ▪ Como hidratante labial pode-se utilizar ácidos graxos essenciais (AGE), glicerina ou dexpanthenol creme 5%; ▪ Verificar com o cirurgião-dentista se há restrição de remoção e/ou de recolocação das próteses dentárias ou obturadora. Higienizar sempre as próteses antes de recolocá-las, observando as condutas técnicas indicadas pelo Cirurgião-dentista e recomendadas pelo fabricantes/laboratórios das próteses dentárias/órteses e componentes, presentes na reabilitação buco-maxilo-facial do paciente. Caso a indicação seja a remoção das próteses/órteses promova a conduta apregoada pela Instituição sobre a guarda ou entrega a cuidadores do paciente; ▪ Assegurar a insuflação adequada do balonete (<i>Cuff</i>); ▪ Organizar o ambiente; ▪ Higienizar a escova dental em água corrente e na solução aquosa de digluconato de clorexidina 0.12% ou de acordo com recomendação da CCIH; ▪ Secar e guardar em um recipiente fechado. Caso a escova apresente sinais de desgastes, desprezar; ▪ Descartar luvas, máscara e gazes no lixo infectante, conforme rotina do hospital; ▪ Lavar as mãos; ▪ Checar a prescrição; ▪ Evoluir no prontuário; ▪ Casos de não conformidade comunicar ao Enfermeiro, ao Médico e/ou Cirurgião-dentista. <p>RESULTADO A SER ALCANÇADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Padronizar os procedimentos da rotina e os materiais/soluções empregados na higiene bucal de pacientes graves ou críticos; ▪ Controlar efetivamente o biofilme na cavidade bucal; ▪ Contribuir de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial; ▪ Detectar e prevenir lesões bucais e DTM (disfunção temporomandibular); ▪ Identificar e eliminar focos infecciosos; ▪ Contribuir para redução do tempo de internação/permanência leito e racionalizar o uso de antibiótico; ▪ Melhorar a assistência ao paciente grave ou crítico implicando melhoria dos indicadores.

ANEXO E - COMPROVANTE DE SUBMISSÃO


Revista Eletrônica de
Enfermagem

ISSN 1518-1944 UFG

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS

Capa > Usuário/User > Autor > Submissões Ativas

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
41480	27-05	AR	Nogueira, Jesus	HIGIENE BUCAL NO PACIENTE INTERNADO EM UMA UNIDADE DE...	EM AVALIAÇÃO

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.


A Revista Eletrônica de Enfermagem está licenciada sob uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](#).



IDIOMA/LANGUAGE

Selecione o idioma

Português (Brasil) ↓

Submeter

SISTEMA ELETRÔNICO DE EDITORAÇÃO DE REVISTAS

Ajuda do sistema

USUÁRIO/USER

Logado como:

jane-w_sn2016

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

AUTOR

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (0)
- Nova submissão

CONTEÚDO DA