

## PROTOSCOLOS DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM UTI: REVISÃO DE LITERATURA

Barbara Azevedo Gomes<sup>1</sup>  
Thaynara Mayumi Santos Ishiy<sup>2</sup>  
Hísala Yhanna Florêncio Tristão Santos<sup>3</sup>

**RESUMO:** O atendimento odontológico nas Unidades de Terapias Intensivas – UTI’s – ainda não é uma realidade em todos os hospitais, embora seja comprovada sua eficácia na prevenção de infecções bucais e na forma como esse atendimento pode interferir na evolução das doenças dos pacientes acamados, podendo inclusive, agilizar a recuperação do paciente e assim diminuir o tempo de internação, uma vez que o profissional da área tem todos os conhecimentos para agir em cada situação diferenciada. Utilizando um estudo de caráter bibliográfico por meio de livros, revistas, sites e outros artigos, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de mostrar quão valiosa é a participação do cirurgião dentista na equipe multiprofissional hospitalar e o quanto ele faz a diferença nessa equipe. Através desse profissional é que um levantamento das condições do paciente é feito e, com essas informações, ele é quem orienta a equipe de enfermagem e técnicos da saúde bucal para que a higienização bucal seja feita adequadamente. A partir desse levantamento é possível aplicar um protocolo de higienização bucal personalizado conforme cada caso e assim não só combater as doenças pré-existentes, mas também as prevenir.

3621

**Palavras-Chave:** Cirurgião-Dentista. Infecção. Higiene Oral.

**ABSTRACT:** Dental care in Intensive Care Units - ICUs - is still not a reality in all hospitals, although its effectiveness in preventing oral infections and the way in which this care can interfere with the progression of bedridden patients' illnesses has been proven, and can even speed up the patient's recovery and thus reduce the length of hospitalization, since the professional in the area has all the knowledge to act in each different situation. A bibliographic study using books, magazines, websites and other articles was carried out with the aim of showing how valuable the participation of the dental surgeon is in the multiprofessional hospital team and how much he makes a difference in this team. It is through this professional that a survey of the patient's conditions is carried out and, with this information, he is the one who guides the nursing team and oral health technicians so that oral hygiene is carried out properly. Based on this survey, it is possible to apply a personalized oral hygiene protocol according to each case and thus not only combat pre-existing diseases, but also prevent them.

**Keywords:** Dental surgeon. Infection. Oral hygiene.

<sup>1</sup>Bacharelado em Odontologia pela UNIFACIMED – Centro Universitário.

<sup>2</sup> Bacharelado em Odontologia pela UNIFACIMED – Centro Universitário.

<sup>3</sup> Graduação em Odontologia pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED/RO 2016. Especialista em Periodontia pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED/RO 2019. Mestranda em Periodontia pela São Leopoldo Mandic - Campinas/SP 2020.

## I INTRODUÇÃO

A saúde, de forma geral, é muito importante para a vida plena do ser humano e nisso está incluída a saúde bucal. Não se faz necessário afirmar que a saúde bucal, como em qualquer área, sempre é melhor prevenir do que tratar as doenças e suas causas, por mais simples que elas pareçam. A higiene bucal, além de prevenir doenças, dá ao ser humano a dignidade de poder se expor diante das pessoas inclusive no simples esboço de um sorriso, porém existem situações que essa higiene não depende unicamente do indivíduo, como os pacientes que estão internados em UTI, nesse caso os cuidados devem ser constantemente monitorados, evitando assim que outros órgãos ou sistemas venham a ser comprometidos. De forma geral os pacientes críticos estão com o quadro clínico comprometido e, por consequência, apresentam alterações no sistema imunológico, estando mais susceptíveis a adquirir infecções (GOMES et al, 2012).

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) parece estar relacionada com a falta de higiene oral adequada, uma vez que a cavidade oral pode servir como importante foco de patógenos associados a essa morbidade (VILELA et al, 2015). A candidíase oral e invasiva é outra infecção constante em UTI's, a qual também pode ocorrer pela falta ou deficiência de cuidados odontológicos, associadas à internação, provocando alterações que modificam a microbiota oral, facilitando a proliferação de fungos (SIQUEIRA et. al., 2014).

3622

Saber quais cuidados devem ser tomados para que essa higienização seja adequada e a forma correta de ser feita, além do diagnóstico e controle de alterações bucais, assim como a orientação técnica para a higienização bucal, são funções do cirurgião-dentista na UTI, já a realização geralmente é a equipe de enfermagem ou Técnico de Saúde Bucal (TSB) quem executa (ABIDIA, 2007; PRENDERGAST et al, 2013). O cirurgião dentista juntamente com a equipe multiprofissional deve fazer um levantamento das condições de higiene bucal dos pacientes internados em UTI, com o propósito de direcionar corretamente o treinamento da equipe de enfermagem ou técnicos de saúde bucal que irão executar a higienização.

O objetivo desta pesquisa bibliográfica é conhecer e registrar de forma concentrada em um único lugar as funções do cirurgião dentista e dos demais membros da equipe multiprofissional hospitalar que auxiliam na saúde bucal, bem como reunir técnicas e procedimentos que venham auxiliar no controle das doenças provenientes da má higienização em pacientes de UTI. Este servirá também de pesquisa para demais acadêmicos que necessitem de informações nesta área. Ainda, o estudo foi elaborado com a intenção de demonstrar a

necessidade de um protocolo de higienização em UTI's, além de apontar a necessidade de um especialista em odontologia na equipe multiprofissional hospitalar.

## 2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do presente trabalho foram utilizadas pesquisas bibliográficas publicadas entre 2010 e 2023 (excessão: ABIDIA R.F. 2007 – citado por outros autores) em livros, revistas, sites e artigos científicos da área e as palavras chaves de pesquisa foram: Cirurgião-Dentista. Infecção. Higiene Oral. Nessa pesquisa se verificou fundamentações, métodos e procedimentos da higiene bucal com o intuito de contribuir no conhecimento do tema proposto.

O trabalho de conclusão de curso, estrutura-se em quatro seções, apresentando na primeira seção, a importância da higiene bucal para a saúde geral, as doenças mais comuns e a prevenção mais adequada, ainda é abordada a tese que na UTI, a prevenção contra infecções começa pela boca. A segunda seção trata da importância do cirurgião dentista na UTI, fala sobre sua função e a necessidade de tê-lo na equipe multiprofissional. A terceira seção traz um estudo sobre algumas morbidades da cavidade oral e os cuidados de higiene bucal nas UTI's, esta se subdivide e apresenta o uso de algumas soluções preventivas para controle e o não agravamento da saúde.

A quarta seção apresenta os principais protocolos de higienização bucal na UTI, destacando a importância de um Procedimento Operacional Padrão (POP) odontológico, esta seção é subdividida com mais duas partes, sendo uma das subdivisões: um exemplo de POP e outra subdivisão: materiais, equipamentos e instrumentais de higienização bucal.

## 3 REVISÃO DE LITERATURA

A higiene bucal, além de prevenir doenças, dá ao ser humano a dignidade de se expor diante das pessoas até mesmo em um simples sorriso. Entretanto, existem situações que essa higiene não depende unicamente da pessoa, como por exemplo um paciente de UTI, nesse caso os cuidados devem ser constantemente monitorados por uma equipe para evitar que outros órgãos ou sistemas do corpo humano venham a ser comprometidos. De forma geral os pacientes críticos estão com o quadro clínico comprometido e, por consequência, apresentam alterações no sistema imunológico, estando mais susceptíveis a adquirir infecções (GOMES et al, 2012).

Como em qualquer outra ala hospitalar, os pacientes internados em UTI necessitam de tratamento odontológico e cuidados com a higiene bucal e eles encontram-se totalmente dependentes de cuidados de terceiros. O cirurgião dentista é o profissional especializado e habilitado para diagnosticar as alterações na cavidade oral do paciente, e dessa forma pode traçar juntamente com a equipe médica a melhor condução do trabalho para as boas condições da saúde bucal desse paciente, além de dar as diretrizes à equipe de enfermagem sobre as necessidades específicas de cada caso (RABELO et al, 2010).

A interação multiprofissional entre médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, se faz necessária para um correto diagnóstico e um tratamento adequado, porém além da capacitação profissional adequada é necessário ainda que equipamentos, materiais adequados e instrumentais estejam à disposição do cirurgião dentista, (ABIDIA, 2007; RABELO et al, 2010).

A presença do cirurgião dentista na equipe da UTI é imprescindível para um diagnóstico exato e posteriormente aplicado um tratamento adequado para evitar/tratar as doenças bucais. Também é ele quem irá atuar em situações de emergência, prevenindo a piora do quadro sistêmico do paciente e estará realizando tratamentos curativos para maior conforto. Além disso quando os cuidados bucais são realizados sob a orientação de um profissional especializado, há a redução, entre outros fatores, do risco de PAVM (RABELO et al, 2010).

#### **4 NA UTI, A PREVENÇÃO CONTRA INFECÇÕES COMEÇA PELA BOCA**

As doenças mais comuns e que prevalecem em odontologia são as cáries e as doenças periodontais. Essas doenças são passíveis de controle através de procedimentos simples como: o uso controlado do consumo de açúcares; o uso de flúor de forma adequada e; visitas periódicas ao dentista e a escovação dentária, sendo esse o método individual de maior utilização para o controle da placa dental no mundo, pois é o meio de se levar flúor à boca. Outro método é o uso do fio dental, instrumento com melhor indicação para os espaços interdentais.

Vários são os problemas relacionados à internação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), e um deles diz respeito à condição bucal dos pacientes. A falta da higiene bucal, ou a deficiência dela, pode levar a quadros de infecção por microrganismos patogênicos, e o principal pode ser a instalação da pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), causada em grande parte pela aspiração do conteúdo bacteriano presente na cavidade oral e faringe, sendo essa situação a maior responsável pelo alto índice de morbidade em UTI's. Outras condições

podem favorecer o aparecimento de infecções, como a xerostomia causada pela intubação orotraqueal do paciente, isso favorece as rachaduras nas mucosas, formando nichos de bactérias altamente patogênicas.

Outra condição infectante é a saburra lingual, que além de ser foco de liberação de sulfitos e enxofre, causa halitose importante. Ainda existe a condição de desidratação terapêutica, muito comum diante da necessidade de aumentar a função cardíaca e respiratória, levando à xerostomia, que é um agravante das infecções bacterianas e fúngicas bucais (GOMES et al, 2012).

Outro fator importante precisa ser levado em conta e que faz toda a diferença, é que, embora a equipe de enfermagem compreenda a necessidade e importância da saúde oral em pacientes de UTI, muitas vezes a higiene bucal é negligenciada (PRENDERGAST et al, 2013). Então, olhando por este prisma, entende-se que a presença de um cirurgião dentista na unidade de terapia intensiva é de extrema importância, uma vez que cuidados especiais e específicos demandam alto grau de atendimento profissional.

## 5 A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UTI

Apesar da presença do cirurgião dentista ainda não estar consolidada em UTIs, sua importância junto à equipe multiprofissional é imprescindível. Ele é o profissional especializado e habilitado para diagnosticar as alterações na cavidade oral do paciente, e dessa forma pode discutir com a equipe médica a melhor condução do trabalho para as boas condições da saúde bucal desse paciente, bem como dar as diretrizes à equipe de enfermagem sobre as necessidades específicas de cada caso. Como em qualquer outra ala hospitalar, os pacientes internados em UTI necessitam de tratamento odontológico, pois eles encontram-se totalmente dependentes de cuidados, inclusive o que diz respeito à higiene bucal (RABELO et al, 2010). Rabelo enfatiza que a falta de higienização, ou se esta não for feita de forma adequada, favorece a formação da placa bacteriana, o que pode causar dificuldades na recuperação do paciente crítico devido à alta virulência de seus patógenos (RABELO et al, 2010).

Segundo MUNRO et al., 2009, ter um cirurgião dentista unidade de terapia intensiva não só beneficia a saúde bucal do paciente, mas também ajuda a reduzir a dor e o desconforto deste paciente, reduzindo os custos hospitalares com medicamentos, o tempo de internação e os custos com ocupação de leitos, e muitas vezes reduz o tempo de espera do paciente no hospital.

Sendo assim a presença do cirurgião dentista na equipe da UTI se torna imprescindível para o diagnóstico e tratamento dessas doenças bucais, é ele quem irá atuar em situações de emergência, prevenindo a piora do quadro sistêmico do paciente e estará realizando tratamentos curativos para maior conforto. Além disso quando os cuidados bucais são realizados sob a orientação de um profissional especializado, há a redução, entre outros fatores, do risco de PAVM (RABELO et al, 2010).

A interação multiprofissional entre médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas, além das demais áreas, é necessária para um correto diagnóstico e um tratamento adequado. Além da capacitação profissional adequada é necessário ainda que equipamentos, materiais adequados e instrumentais estejam à disposição do cirurgião dentista, (ABIDIA, 2007; RABELO et al, 2010).

## **6 ALGUMAS MORBIDADES DA CAVIDADE ORAL E OS CUIDADOS DE HIGIENE BUCAL NA UTI**

Durante a internação em UTI a higiene bucal muitas vezes é negligenciada, favorecendo o acúmulo de placa dentária, seja por falta de treinamento específico da equipe de enfermagem, seja pela falta de um profissional capacitado para diagnosticar as alterações na cavidade oral e orientar a equipe de enfermagem, favorecendo o acúmulo de placa dentária (ABIDIA, 2007; FRANCO et al, 2014).

Segundo ARAÚJO et al., 2009; LANG; MOMBELLI; ATTSTRÖM, 2005, a formação de biofilme na boca é um processo natural, mas a HB está relacionada ao número e espécie de microrganismos presentes na cavidade oral. A falha da HB aumenta a patogenicidade local e sistêmica de grupos de vírus, fungos e bactérias que aderem à membrana resultante e formam biofilmes, o que pode até ajudar a proteger esses microrganismos contra agentes antibacterianos. Uma vez que essas bactérias aderem à membrana inicial, outras espécies bacterianas se acumulam, causando uma transição de um ambiente aeróbio, caracterizado por espécies bacterianas Gram-positivas facultativas, para um ambiente hipóxico, com predominância de microrganismos anaeróbios. Uma boa técnica de HB pode prevenir a propagação da infecção da cavidade oral para o trato respiratório. A camada de placa é detectada clinicamente em cerca de 24 horas se a cavidade oral não for limpa, e esta falta de limpeza está intimamente relacionada ao número e espécie de microrganismos presentes na cavidade oral.

Doença periodontal, cáries, focos infecciosos de origem endodôntica, fraturas dentárias e traumas por próteses também podem agravar a condição sistêmica dos pacientes (RABELO et al, 2010). A intubação orotraqueal, estados febris e até a desidratação, podem levar a um quadro de xerostomia que associado à higiene oral deficiente, leva ao incremento da placa bacteriana e consequente aumento da inflamação gengival (PRENDERGAST et al, 2013).

A PAVM é a pneumonia que aparece entre 48-72 horas após a intubação orotraqueal e é a segunda infecção hospitalar mais comum, além de ser a principal causa de morte entre as infecções adquiridas em ambiente hospitalar. A PAVM ocorre pela colonização bacteriana no trato respiratório inferior por aspiração das secreções na orofaringe, inalação de aerossóis contaminados ou, em menor escala, por disseminação hematogênica de um foco infeccioso à distância. Essa morbidade além de atrasar a recuperação do paciente aumenta a mortalidade, o tempo de internação e os custos hospitalares (FRANCO et al, 2014; SOUZA et al, 2013).

Outra morbidade com alta incidência em pacientes internados em UTI é a candidíase oral. A falta de higienização bucal ou quando ela é feita de forma deficiente, baixa do pH e associação com redução do fluxo salivar, além de reinfecção por leveduras hospitalares, medicação e deficiências imunológicas dos pacientes, facilitam a colonização bucal e consequentemente predis põem à candidíase invasiva (SIQUEIRA et al, 2014; PIRES et al, 2011).

## 7 TRATAMENTO PREVENTIVO COM PACIENTES DE UTI

O digluconato de clorexidina 0,12% é um antimicrobiano de baixo custo e de fácil aplicação e que atua sobre bactérias aeróbias e anaeróbias, com exceção dos bacilos Gram. Ele é adsorvido pela mucosa bucal e liberado com o passar do tempo, em média 12 horas, atuando clinicamente sobre a placa bacteriana, diminui a necessidade de frequência de escovação dos dentes (FRANCO et al, 2014). O seu uso ainda diminui a incidência de PAVM, implicando na redução de custos nos cuidados com a saúde do paciente, bem como na redução dos riscos de resistência a antibióticos (BALAMURUGANET et al, 2012).

Para a higienização bucal dos pacientes pode-se utilizar escova de dente extra macia embebida em clorexidina ou, na ausência dessa, um swab ou gaze embebida na solução, aplicando em todas as superfícies dos dentes, língua e mucosas, bem como no tubo de ventilação mecânica (JARDIM et al, 2013). Escova de dente com cabeça pequena tem boa efetividade em remover a placa dental em pacientes internados em UTI. Apesar disso, estudos evidenciam que

o swab ainda é o instrumento de escolha mais utilizado e de menor custo para cuidados orais em UTI (ABIDIA, 2007; BALAMURUGAN et al, 2012).

O EBL (Exame Bucal de Leito) é usado para avaliar as condições orais de pacientes internados em UTI, é uma modificação autorizada do Guia de Avaliação Bucal, que se baseava na avaliação de oito áreas de exame da cavidade oral, cada uma delas com três níveis de pontuação e desenvolvido originalmente para avaliação de cuidados bucais de pacientes em tratamento quimioterápico com toxicidade em mucosa oral, tendo sido modificado diversas vezes de acordo com os cuidados de saúde necessários para cada situação (PRENDERGAST et al, 2013).

## 8 PRINCIPAIS PROTOCOLOS DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL NA UTI

Os procedimentos operacionais padrão (POP's) são documentos que descrevem as operações e rotinas de uma empresa. Pode ser entendido como um manual de instruções que descreve passo a passo o processo de conclusão de uma tarefa para garantir qualidade, padronização e previsibilidade do processo e dos resultados.

Os protocolos clínicos concentram-se em atividades clínicas e preventivas. Possuem respaldo científicos, pois são escrito com base em pesquisas e pesquisas que contribuem para a padronização dos procedimentos de tratamento e ajudam a orientar o manejo diário e o tratamento de diversas doenças. A existência de protocolos clínicos é uma forma de garantir a previsibilidade dos resultados desejados, uma vez que são desenvolvidos utilizando os mais recentes trabalhos e tecnologias com base científica. Portanto, é muito importante utilizar protocolos de saúde qualificados, atualizados e padronizados direcionados ao tratamento (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A instalação de um POP (Procedimento Operacional Padrão) odontológico em UTI pode encontrar algumas barreiras, desde a falta de um profissional qualificado para isso e até mesmo a prévia existência de um POP que tenha sido elaborado sem a presença de um cirurgião dentista. Um novo POP deve ser elaborado e discutido em conversas com a equipe de enfermagem, médico intensivista, farmacêutico clínico e a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, levando-se em conta o perfil dos pacientes, custos e a disponibilidade de materiais e produtos presentes na instituição (FRANCO et al, 2014). Ainda existem diferenças entre os



pacientes internados e isso vai de acordo com seu grau de dependência, debilidade, consciência, intubação orotraqueal (IOT), presença ou ausência de dentes (JARDIM et al, 2013).

A equipe de enfermagem, embora tenha ciência dos seus deveres e sabendo das necessidades da limpeza da cavidade oral, nem sempre é treinada corretamente para realizar esses procedimentos, visto que os programas de formação em técnicos de enfermagem costumam não ter um treinamento específico para a higiene bucal dos pacientes e isso resulta, na maioria das vezes, em higiene bucal deficiente e variável. Quando o cirurgião dentista já está inserido na equipe multiprofissional da UTI, ele deve fazer um levantamento das condições de higiene bucal dos pacientes internados, com o propósito de direcionar corretamente o treinamento da equipe de enfermagem (SOUZA et al, 2013). A integração entre as equipes: cirurgião dentista e enfermagem, deve ser com o olhar no comprometimento dos cuidados da saúde bucal do paciente, buscando sempre o seu bem-estar biopsicossocial (JARDIM et al, 2013).

### 8.1 Exemplo de POP – Procedimento Operacional Padrão

- Data de Emissão:
- Data de Vigência:
- Próxima Revisão:
- DEFINIÇÃO: Higiene Oral (HO) em Pacientes Internados em UTI.
- PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÃO: Cirurgião Dentista com Habilitação em Odontologia Hospitalar.
- EXECUÇÃO: Equipe de Enfermagem.
- OBJETIVO: manter a cavidade oral limpa e hidratada, sem presença de placa bacteriana e biofilme, prevenindo possíveis complicações pela presença de infecções orais (PAVM, candidíase, mucosite, cáries, gengivites) e proporcionando conforto e bem-estar ao paciente.
- EPIDEMIOLOGIA: alto índice de mortalidade em UTI por infecção – Essas infecções podem ser diretamente relacionadas a infecções orais, pois após 48 horas de internação em UTI, os pacientes apresentam colonização de bacilos Gran na orofaringe, sendo que os mesmos são frequentemente associados à pneumonia nosocomial.

- **PATOGÊNESE:** pneumonias causadas por microrganismos Gram anaeróbios saprófitas da cavidade bucal, que aumentam em número e passam através do tubo endotraqueal. Cáries e doenças periodontais causadas por microrganismos presentes na placa bacteriana.
- **ETIOLOGIA:** pelas limitações de higiene bucal (HB), quando internado em UTI, os pacientes têm maior probabilidade de adquirir infecções.
- **DIAGNÓSTICO:** feito pelo cirurgião dentista através de dispositivos móveis de odontologia, inspeção clínica / visual, olfação.
- **QUADRO CLÍNICO:** em pacientes com IOT, ocorre um quadro de desidratação da mucosa oral, levando à diminuição do fluxo salivar, ao aumento saburra lingual e biofilme dental, além de fissuras das mucosas causadas pelo ressecamento. Tal quadro também favorece a presença de compostos voláteis como enxofre e sulfetos, causando odor característico.

## 8.2 Material / Equipamentos / Instrumental de Higienização Bucal

A partir do diagnóstico e orientação do cirurgião dentista, a equipe de enfermagem ou TSB deve realizar a limpeza dos dentes, língua, lábios e mucosas, com posterior hidratação das mucosas, 2 vezes ao dia, utilizando-se dos seguintes materiais, equipamentos e instrumentais:

3630

- EPI's;
- Escova dental (cabeça pequena e cerdas macias);
- Raspador de língua;
- Espátulas de madeira;
- Compressas de gaze e/ou swab;
- Sistema de aspiração montado com sonda de aspiração nº 12 ou 14;
- Seringa descartável 5 ml ou copo/recipiente descartável;
- 10 ml de solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12%;
- Hidratante labial (lanolina, dexpanthenol creme 5%, gel de Carboxi Metil Celulose a 3% ou saliva artificial).

O protocolo, implementado desde 2013 e revisado em 2014, proposto pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), estabelece que medidas devem

ser seguidas para respeitar os princípios de higiene. A sequência (passo a passo) a ser utilizada deve ser sempre a mesma para que nenhum item fique “esquecido”, deve seguir o protocolo:

- 1º Lavar as mãos e se paramentar com EPI's;
- 2º Sempre explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento a ser realizado;
- 3º Elevar a cabeceira do paciente entre 30 e 45º (se possível);
- 4º Escovar todos os lados dos dentes, iniciando da região posterior para anterior, com escova ou swab embebido em clorexidina; depois limpar os dentes, mucosas e língua com compressa de gaze ou swab embebido em clorexidina e aspirando os excessos;
- 5º Em pacientes desdentados totais, limpar as mucosas e língua com compressa de gaze ou swab embebido em clorexidina, aspirando os excessos;
- 6º Hidratação de lábios e mucosas se necessário;
- 7º Lavar a escova em água corrente e na solução de clorexidina, secar e guardar em recipiente fechado;
- 8º Descartar materiais em lixo apropriado.

Já o protocolo de higienização em pacientes com IOT (Intubação Orotraqueal) altera em alguns procedimentos conforme segue: 3631

- 1º Lavar as mãos e se paramentar com EPI's;
- 2º Sempre explicar ao paciente e/ou acompanhante o procedimento a ser realizado;
- 3º Elevar a cabeceira do paciente entre 30 e 45º (quando possível);
- 4º Higiene oral sempre iniciando da região posterior para anterior, com gaze ou swab embebido em clorexidina, limpando dentes, lábios e mucosas, aspirando os excessos continuamente. Quando possível escovar os dentes com escova embebida em clorexidina. Raspar a língua para remoção de saburra;
- 5º Realizar higiene do tubo e sonda com swab ou gaze embebida em clorexidina;
- 6º Hidratação de lábios e mucosas;
- 7º Se usar escova, lavar em água corrente e na solução de clorexidina, secar e guardar em recipiente fechado;
- 8º Descartar materiais em lixo apropriado.

## 9 CONCLUSÃO

Os cuidados com a higiene bucal são tão importantes quanto àqueles com a higiene do restante do corpo para que o ser humano possa se sentir confortável junto às pessoas do seu convívio. Sabe-se entretanto que o paciente de UTI não tem condições de efetuar sua higienização sozinho, ele é um ser dependente dos cuidados de outras pessoas e estas devem estar orientadas de forma à fazer seu trabalho da melhor maneira possível para proporcionar conforto e qualidade de vida aos pacientes e saber quais cuidados e qual a maneira destes serem executados é tão importante quanto. Assim, essa função de avaliação e orientação é de um especialista na área, o cirurgião dentista, que deve fazer um levantamento das condições do paciente internado em UTI para um correto diagnóstico e posterior tratamento. Deve também orientar a equipe de enfermagem e os técnicos que farão a higienização, para que ocorra da melhor forma e conforme a prescrição para cada paciente.

Através do estudo realizado, as pesquisas bibliograficas apontam que é fundamental que haja um protocolo de higienização bucal em pacientes de UTI, pois este irá direcionar os trabalhos da equipe com a higiene de forma precisa, conforme orientado pelo cirurgião dentista e isso com certeza irá contribuir com a melhora geral do paciente.

3632

## REFERÊNCIAS

- ABIDIA R.F. Oral care in the intensive care units: a review. *J Contemp Dent*. 2007; 8(1): 1-2.
- ARAÚJO, R. J. G. DE 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, 2009.
- BALAMURUGAN et al. Effectiveness of Chlorhexidine oral de contamination in reducing the incidence of ventilator associated pneumonia: A meta-analysis. *BJMP* 2012; 5(1):a512.
- FRANCO J.B. et al. Higiene bucal para pacientes intubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med HospFac Cien Med Santa Casa São Paulo* 2014;59(3):126-31.
- GOMES S.F et al. Atuação do Cirurgião Dentista em UTI: um novo paradigma. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 69, nº 1, p. 67-70, jan./jun/ 2012.
- JARDIM E.G. et al. Atenção Odontológica a Pacientes Hospitalizados: Revisão da Literatura e Proposta de Protocolo de Higiene Oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 11, nº 35, jan/mar 2013.

LANG, N.; MOMBELLI, A.; ATTSTRÖM, R. Placa e cálculo dental. In: LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N. P. (Eds.). . **Tratado de Periodontia Clínica e Implantodontia Oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 80-104

MUNRO, C. L. et al. **Chlorhexidine, toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults**. *American Journal of Critical Care*, v. 18, n. 5, p. 428-437, 1 set. 2009.

PRENDERGAST V. et al. The Beside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: Translating evidence-based oral care into practice. *Intensive and Critical Care Nursing* Vol. 29, Issue 5, October 2013, Pages 282-290.

RABELO G.D et al. Atendimento Odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Arq Med Hosp Fac Cinc Med Santa Casa São Paulo* 2010; 55(2): 67-70.

SIQUEIRA J.S.S. et al. Candidíase oral em pacientes internados em UTI. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v.71, nº 2, jul./dez. 2014.

SOUZA A. F. et al. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Rev Min Enferm.* 2013 jan/mar; 17(1):177-184.

VILELA M.C.N et al. Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein (São Paulo)* vol. 13 nº 2 São Paulo Apr./Jun. 2015.

WERNECK, M. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. 1. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009.