



## Avaliação da adesão ao protocolo de higiene bucal em pacientes pediátricos hospitalizados

Evaluation of adherence to oral hygiene protocol in hospitalized pediatric patients

Evaluación de la adherencia al protocolo de higiene bucal en pacientes pediátricos hospitalizados

André Lucas Valois Miranda<sup>1</sup>, Lúcia Alves da Rocha<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a adesão dos profissionais de uma UTI ao protocolo de medidas preventivas bucais em um hospital pediátrico. **Métodos:** Coorte prospectiva, na qual 152 crianças foram submetidas ao protocolo. As variáveis foram: gênero, grupo etário, procedência, diagnóstico, desfecho, adesão ao protocolo e lesões bucais. Registrou-se em questionário a aplicação do protocolo na admissão e saída dos pacientes. **Resultados:** A maioria dos pacientes era do sexo masculino (61,2 %). O grupo etário predominante foi menor de 1 ano (43,4%). 90,6% fizeram utilizaram ventilação mecânica. A adesão ao protocolo foi superior na saída dos pacientes em comparação com a admissão ( $p=0,001$ ). Observou-se melhora clínica nas alterações periodontais, lesões de mucosa e sangramento. **Conclusão:** O presente protocolo contribui para a melhora clínica de lesões bucais nas crianças internadas. Além disso, a presença do cirurgião-dentista na UTI e a sistematização do protocolo revelaram-se elementos essenciais para promover a adesão e motivação da equipe.

**Palavras-chave:** Crianças, Higiene bucal, Hospital pediátrico, Profissionais de saúde, Unidades de Terapia Intensiva.

### ABSTRACT

**Objective:** To assess ICU professionals' adherence to the oral preventive measures protocol in a paediatric hospital. **Methods:** Prospective cohort in which 152 children were submitted to the protocol. The variables were: gender, age group, origin, diagnosis, outcome, adherence to the protocol and oral lesions. The application of the protocol at patient admission and discharge was recorded in a questionnaire. **Results:** The majority of patients were male (61.2 %). The predominant age group was under 1 year old (43.4%). 90.6% had used mechanical ventilation. Adherence to the protocol was higher when patients left the hospital compared to when they were admitted ( $p=0.001$ ). Clinical improvement was observed in periodontal changes, mucosal lesions and bleeding. **Conclusion:** This protocol contributes to the clinical improvement of oral lesions in hospitalised children. In addition, the presence of the dental surgeon in the ICU and the systematisation of the protocol proved to be essential elements in promoting staff adherence and motivation.

**Keywords:** Children, Oral hygiene, Pediatric hospital, Health professionals, Intensive Care Units.

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la adherencia del personal de la UCI al protocolo de medidas preventivas orales en un hospital pediátrico. **Métodos:** Cohorte prospectiva en la que 152 niños fueron sometidos al protocolo. Las variables fueron: sexo, grupo de edad, procedencia, diagnóstico, evolución, adherencia al protocolo y lesiones

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Manaus - AM.

orales. La aplicación del protocolo al ingreso y al alta del paciente se registró en un cuestionario. **Resultados:** La mayoría de los pacientes fueron varones (61,2%). El grupo de edad predominante fue el de menores de 1 año (43,4%). El 90,6% había utilizado ventilación mecánica. La adherencia al protocolo fue mayor cuando los pacientes abandonaron el hospital que cuando ingresaron ( $p=0,001$ ). Se observó mejoría clínica en los cambios periodontales, las lesiones mucosas y el sangrado. **Conclusión:** Este protocolo contribuye a la mejoría clínica de las lesiones orales en niños hospitalizados. Además, la presencia del cirujano dentista en la UCI y la sistematización del protocolo demostraron ser elementos esenciales para promover la adhesión y la motivación del personal.

**Palabras clave:** Niños, Higiene bucal, Hospital pediátrico, Profesionales de la salud, Unidades de Cuidados Intensivos.

## INTRODUÇÃO

A assistência odontológica a nível de unidade de terapia intensiva seria benéfica ao paciente crítico, em virtude da influência das condições bucais dos pacientes na evolução de seus quadros clínicos (BLUM DFC, et al., 2018; MORAIS TMND, et al., 2006).

No contexto hospitalar, o cirurgião dentista possui papel de desenvolver atividades assistenciais para o paciente internado, otimizar o trabalho na equipe multidisciplinar, além de promover momentos educativos quanto a promoção de saúde e prevenção de doenças (MATTEVI GS, et al., 2011). Seria ideal que ocorresse o acompanhamento dos pacientes internados por um cirurgião-dentista habilitado, para avaliação das condições bucais, incluindo a presença de biofilme bucal, condições periodontais, presença de cáries, lesões bucais precursoras de infecções sistêmicas, lesões traumáticas e outras alterações que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados. (GOMES SF & ESTEVES MCL, 2012).

Além do desconforto provocado pelas lesões bucais durante a internação e do risco de agravamento dessas lesões, outra problemática no cenário das internações prolongadas seria o risco de desenvolvimento de pneumonias hospitalares. A permanência em ambiente hospitalar associada a uma higiene bucal deficiente poderia facilitar o estabelecimento de um biofilme bucal colonizado por patógenos respiratórios que se tornariam resistentes devido à proteção propiciada pelo biofilme. Esses patógenos poderiam ser aspirados da orofaringe para os pulmões, causando pneumonias hospitalares (AMARAL SM, et al., 2009).

A implantação de protocolos de higiene bucal para pacientes críticos, que recomendam a utilização da solução antisséptica digluconato de clorexidina 0,12% associada à remoção mecânica do biofilme bucal, possui papel importante na prevenção ao desenvolvimento de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV), devido ao estabelecimento de patógenos respiratórios no biofilme durante a permanência hospitalar (PINTO A, et al., 2021). No caso de pacientes pediátricos, não há um consenso com relação à uma melhor técnica de higiene bucal a ser aplicada (NOGUEIRA E, et al., 2015).

No entanto, a implantação de protocolos de cuidados bucais com abordagem mecânica e farmacológica de remoção do biofilme bucal nesses pacientes seria importante no controle de infecções no ambiente hospitalar (LUDOVICHETTI FS, et al., 2022). Apesar dos possíveis benefícios da prática da higiene bucal bem executada em ambiente hospitalar, pesquisadores apontaram que há uma escassez da oferta de treinamento para a equipe quanto aos protocolos de cuidados bucais em unidades de terapia intensiva brasileiras (BLUM DFC, et al., 2017).

Em ambiente hospitalar, há uma tendência de baixa adesão ao procedimento de higiene bucal por parte da equipe profissional, bem como desvalorização da saúde bucal nos pacientes pediátricos (BALLESTRERI R, et al., 2016). Uma das dificuldades frequentemente encontrada pelos odontólogos para integrar equipes multidisciplinares em UTI's corresponde à baixa prioridade do procedimento odontológico frente aos numerosos problemas de saúde apresentados pelos pacientes. (MORAIS TMN, et al., 2006).

Outro ponto seria que os serviços odontológicos à beira do leito não são ofertados com obrigatoriedade, como propõe pelo Projeto de Lei 883 de 2019 (BRASIL, 2019). Quando são realizados, ocorrem de maneira não padronizada. Estudos que avaliam a aplicação de protocolos de higiene bucal pela equipe de multiprofissional seriam importantes para fornecer informações acerca do seguimento de práticas preventivas

a infecções hospitalares, visando melhor resolutividade e das atividades assistenciais e maior integralidade na participação da equipe envolvida na assistência (MATTEVI GS, et al., 2011).

Este estudo tem por objetivo avaliar a adesão de profissionais de saúde de uma unidade de terapia intensiva pediátrica ao protocolo de higiene bucal recém implantado em um hospital infantil público, aplicado em uma população de crianças e adolescentes, considerando esta aplicação como uma medida preventiva de infecções respiratórias em crianças e adolescentes

## MÉTODOS

### Local de estudo

A pesquisa foi realizada em um hospital infantil público que integra um conjunto de unidades no estado do Amazonas. Trata-se de um hospital pediátrico integrante da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SES-AM). Oferece atendimento de pronto socorro, urgência e emergência e possui duas Unidades de Terapia Intensiva com cinco leitos cada. Destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes, que são trazidas ao pronto socorro por demanda espontânea, ou encaminhadas por unidades básicas de saúde da capital ou interiores do estado do Amazonas.

### Tipo de estudo e população

Trata-se de uma coorte prospectiva, descritiva e analítica de crianças e adolescentes, com idades entre zero e dezoito anos, admitidas nas duas UTIs do HPSC-ZO e submetidas ao protocolo de higiene bucal (POP nº46/HPSCZO), no período de janeiro a dezembro de 2023.

Estudou-se as seguintes variáveis: gênero; grupo etário; zona geográfica de residência; motivo de internação em UTI; desfecho clínico; adesão da equipe de enfermagem aos passos do protocolo de higiene bucal; alterações encontradas durante a inspeção da cavidade bucal.

### Treinamento da equipe multiprofissional

Em janeiro de 2023, foi proporcionado à equipe um curso teórico-prático conduzido pelo cirurgião-dentista, com o objetivo de capacitá-los na aplicação do protocolo. O curso englobou apresentações utilizando data show e práticas com demonstrações junto aos pacientes, totalizando uma carga horária de duas semanas. Foram incluídos nas palestras os seis passos de execução do protocolo, orientações sobre biossegurança (incluindo a utilização dos equipamentos de proteção individual e higiene das mãos), e os cuidados com o paciente durante a execução do protocolo, tais como elevação da cabeceira em um ângulo de 30°, a constante aspiração da cavidade bucal, utilizando preferencialmente os sugadores odontológicos.

Explanou-se também acerca da importância de desvincular a higiene bucal do banho de leito nos pacientes, a fim de evitar contaminação entre os meios (MIRANDA ALV & ROCHA LA, 2024).

### Protocolo operacional padrão de higiene bucal

Este protocolo preconiza a avaliação do cirurgião-dentista nos pacientes presentes na UTI do hospital pediátrico e pela higiene bucal dos pacientes, realizada diariamente pela equipe multiprofissional:

#### Avaliação dos pacientes realizada pelo cirurgião-dentista:

As consultas odontológicas foram incluídas como uma atividade de rotina na UTI. O cirurgião-dentista procedeu a inspeção da cavidade bucal dos pacientes na admissão e alta da UTI a fim de detectar a presença de lesões bucais, considerando a influência das condições bucais pré-existent no estado de saúde geral do paciente (MORAIS TMND, et al., 2006). Para internações que ultrapassaram uma semana, foi realizado uma interconsulta.

#### Higiene bucal dos pacientes consiste nos seguintes passos:

**Passo 1:** Limpeza manual da região peribucal, utilizando gaze estéril umedecida em água destilada;

**Passo 2:** Antissepsia da região peribucal e parte externa dos lábios com solução de clorexidina 0,12%;

**Passo 3:** Lubrificação da região peribucal e parte externa dos lábios, utilizando óleo vegetal comestível;

**Passo 4:** Limpeza manual das estruturas intrabucais e tubo orotraqueal, utilizando gaze estéril umedecida em água destilada. Nessa etapa, é importante a aplicação de movimentos póstero-anteriores, com intuito de evitar a deposição das sujidades para regiões mais posteriores. Para limpeza dos dentes, recomenda-se utilização de escova de cabeça pequena e cerdas macias, além do fio dental para limpeza interdental;

**Passo 5:** Antissepsia das estruturas intrabucais e tubo orotraqueal com solução de clorexidina 0,12%;

**Passo 6:** Lubrificação dos tecidos moles intrabucais, utilizando óleo vegetal comestível.

### **Crítérios de avaliação da adesão de profissionais de saúde na aplicação do protocolo**

Foram estabelecidos critérios de avaliação da adesão baseados na frequência de aplicação do protocolo pela equipe multiprofissional, bem como na execução de todos os seus passos. Considerou-se no registro o status completo ou incompleto observado durante aplicação do procedimento, e os motivos que ocasionaram a atribuição do status completo ou incompleto, isto é, o cumprimento de cada um dos seis passos do procedimento. Um questionário desenvolvido pelos pesquisadores foi utilizado para registrar se, durante a realização do procedimento, o profissional de saúde seguiu todos os seis passos, ou se algum deles foi omitido. Esse registro foi efetuado por ocasião da admissão dos pacientes na UTI, no momento da alta e nos casos que necessitaram de interconsulta.

### **Análise estatística**

A análise descritiva foi realizada por meio da frequência absoluta, porcentagem e média. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificação da significância estatística entre as variáveis investigadas. O nível de significância estatística admitido foi de 0,05. Foi utilizado o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 26 para análise estatística.

### **Aspectos éticos**

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, tendo parecer aprovado (CAAE: 64089122.9.0000.5020). Foi solicitado o termo de anuência da diretoria geral do hospital, para acesso do pesquisador às UTIS, a também aos prontuários eletrônicos, incluindo fichas de atendimento, evolução, solicitações de parecer, prescrições e resultados de exames laboratoriais e de imagem dos pacientes incluídos no estudo.

## **RESULTADOS**

Durante o período de janeiro a dezembro de 2023, 152 crianças e adolescentes foram incluídos no estudo. Desses, a maioria pertencia ao sexo masculino (61,2%) e os grupos etários mais predominante foram os menores de 1 ano (43,4%), seguido do grupo de 1 a 4 anos de idade (29%). A média de idade dos participantes foi de 3,1 (**Tabela 1**).

**Tabela 1** – Características sociodemográficas da população de estudo.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Masculino	93	61,2%
Feminino	59	38,8%
<b>Grupo etário</b>		
<1	66	43,4%
1 a 4	44	29%
5 a 9	26	17,1%
10 a 14	14	9,2%
15 a 18	2	1,3%
<b>Zona Geográfica de residência</b>		
Capital	78	51,3%
Interior	74	48,7%

Fonte: Miranda ALV e Rocha LA, 2025.

Com relação as características clínicas, observou-se que a maioria dos pacientes no momento da admissão na UTI encontravam-se com infecção respiratória (63,8%) e em ventilação mecânica (90,8%).

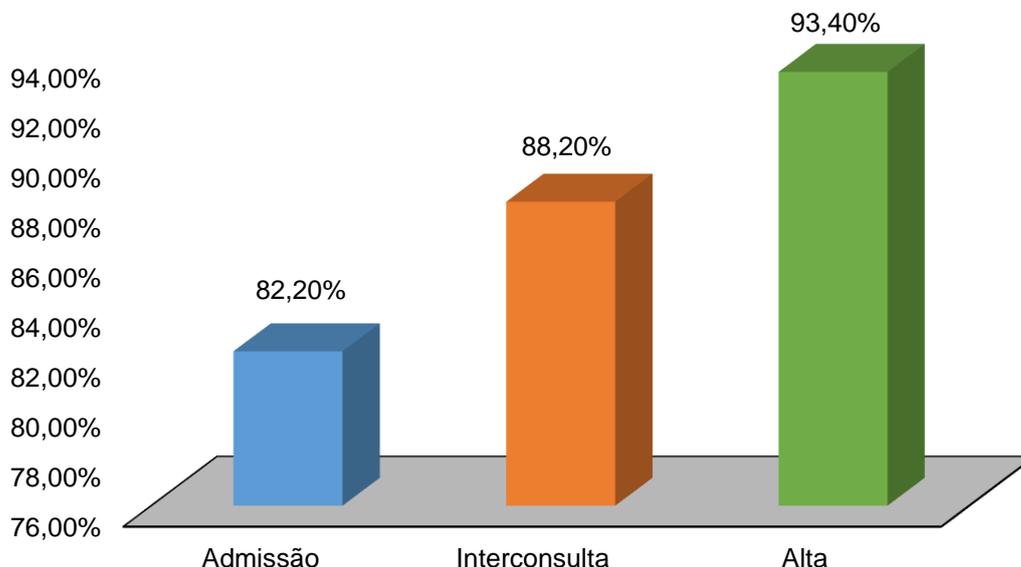
**Tabela 2** – Características clínicas da população de estudo.

Características	N	%
<b>Diagnóstico de entrada</b>		
Infecção respiratória	97	63,8%
Sepse	18	11,9%
Apendicite	8	5,2%
Outros	29	19,1%
<b>Doença crônica</b>		
Sim	58	38,2%
Não	94	61,8%
<b>Uso de VM</b>		
Sim	138	90,8%
Não	14	9,2%
<b>Desfecho clínico</b>		
Alta	111	73,1%
Transferência externa	11	7,2%
Óbito	30	19,7%

Fonte: Miranda ALV e Rocha LA, 2025.

Quanto a adesão à aplicação do protocolo, observou-se que 82,2% (125) dos pacientes obtiveram o status completo na aplicação do protocolo, no momento da admissão. No momento da alta dos pacientes, houve uma maior adesão por parte dos profissionais ( $p=0,001$ ), correspondendo a 93,4% (142). Dessa população de estudo, 68 pacientes permaneceram internados na UTI por tempo superior a 7 dias, e tiveram uma avaliação intermediária, além da alta e saída. Nesses casos, a frequência de aplicação completa equivaleu a 88,2% (60) (**Gráfico 1**).

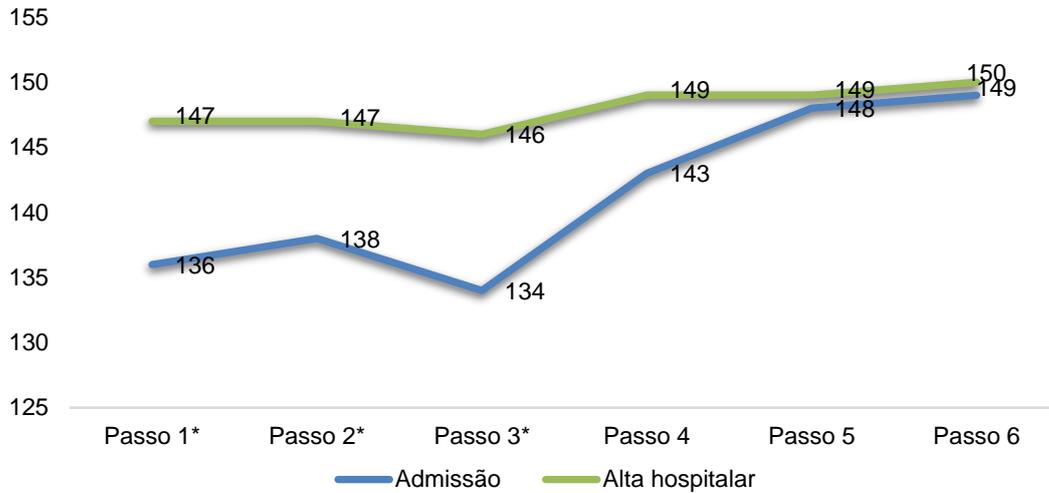
**Gráfico 1** – Avaliação da adesão dos profissionais de saúde à aplicação do protocolo de HB.



Fonte: Miranda ALV e Rocha LA, 2025.

Na avaliação da aplicação dos passos do protocolo, observou-se que as médias de aplicação desses passos encontradas na admissão e alta foram 141,3 e 148 respectivamente. Ao comparar a adesão nas duas situações, notou-se que a adesão cresceu em todos os passos. Houve aumento significativo na adesão dos 3 primeiros passos da aplicação do protocolo ( $p<0,05$ ) (**Gráfico 2**).

**Gráfico 2** - Evolução da adesão do protocolo segundo os passos da HB realizados na consulta de admissão e na consulta de alta (n=152).



**Nota:** \*p<0,05, Qui-quadrado de Pearson.

**Fonte:** Miranda ALV e Rocha LA, 2025.

Com relação à presença de doença cárie nos pacientes, observou-se maior frequência da doença nas faixas etárias entre 10 a 14 anos (**Gráfico 3**). Na inspeção da cavidade bucal dos pacientes, constatou-se que as alterações mais frequentes foram as alterações periodontais, seguidas das lesões de mucosa e sangramento. Foi observada uma melhora clínica dessas condições na alta dos pacientes, sendo significativamente estatística para o sangramento (**Tabela 3**).

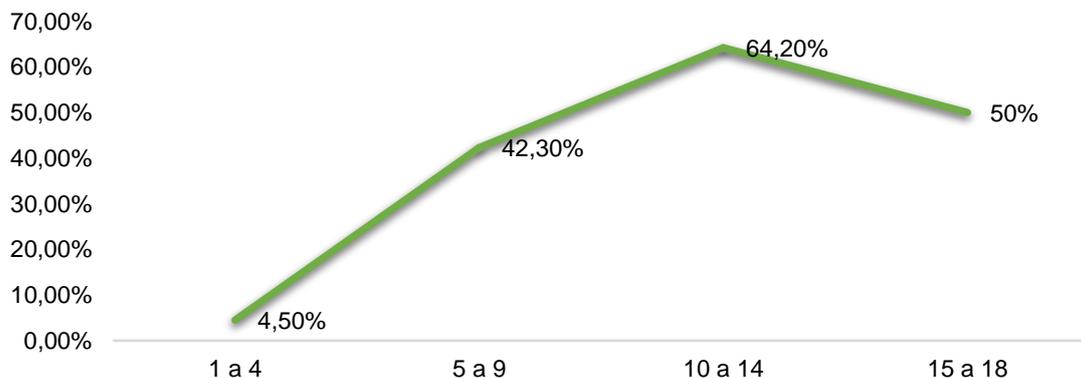
**Tabela 3** – Frequência de lesões bucais (tecido mole, ósseas e salivares) encontradas na inspeção da cavidade bucal dos pacientes na admissão e alta (N=152).

Lesões bucais	Admissão n (%)	Alta n (%)	p-valor*
Alterações periodontais (edema, eritema gengival)	21 (13,8%)	16 (10,5%)	0,38
Lesões de mucosa (ulcerações, nódulos)	19 (12,5%)	13 (8,5%)	0,26
Sangramento	14 (9,2%)	5 (3,2%)	0,03
Sialorréia	12 (7,8%)	12 (7,8%)	-
Edemas (labial, lingual)	4 (2,6%)	4 (2,6%)	
Fraturas da maxila	2 (1,3%)	2 (1,3%)	

**Nota:** \*Qui-quadrado de Pearson.

**Fonte:** Miranda ALV e Rocha LA, 2025.

**Gráfico 3** – Distribuição da presença de doença cárie por grupos etários.



**Fonte:** Miranda ALV e Rocha LA, 2025.

## DISCUSSÃO

Quanto as características da população estudada, destacou-se que a maioria dos participantes pertenciam ao grupo etário menor de um ano, seguido do grupo entre 1 e 4 anos. Os participantes apresentaram média de idade de 3,31, valor inferior aos encontrados em dois estudos que avaliaram o status de higiene bucal em pacientes pediátricos, que apresentaram média de idade de 5,8 e 6,46 (BLEVINS J, 2013; LIMA MCPS, et al., 2013). A baixa média de idade indica uma população que, em sua maioria, apresenta poucos elementos dentários presentes em cavidade bucal.

Este apontamento não deve estimular uma crença de que esses pacientes não devem ter sua cavidade bucal higienizada, ou que não apresentam problemas de saúde bucal, visto que a recomendação atual é que a HB seja praticada após erupção do primeiro elemento dentário (TINANOFF N, et al., 2019). Destacou-se o número elevado de pacientes diagnosticados por infecções respiratórias (67,3%), na admissão em UTI. Em contrapartida, estudo que avaliou condições de saúde bucal de crianças hospitalizadas revelou que, nos pacientes recém-admitidos na unidade, as infecções respiratórias foram as terceiras condições que mais afetaram crianças (NICOPOULOS M, et al., 2007).

Tal assentamento pode ser atribuído às seguintes questões: às próprias características do HPSCZO, pelo serviço que é prestado, levam a uma procura elevada de pacientes acometidos por doenças do trato respiratório; às características da região, quanto ao clima equatorial úmido, podem contribuir para este achado, uma vez que as doenças respiratórias são consideradas como as principais doenças associadas a variáveis climáticas; às queimadas na região amazônica, que também podem exercer influência no desenvolvimento de doenças respiratórias, principalmente em crianças (CARMO CN, et al., 2010; SOUSA TCM, et al., 2018). Observou-se número elevado de pacientes que em algum momento da internação fizeram uso de VM (91,6%). Esse achado destacou a necessidade da prática criteriosa de higiene bucal nesses pacientes, uma vez que o uso de VM associada a condições desfavoráveis de saúde bucal poderiam aumentar o risco de desenvolvimento de infecções respiratórias hospitalares (AMARAL SM, et al., 2009; NEEDLEMAN I e HIRSCH N, 2007).

A adesão ao protocolo se deu de forma crescente ao comparar a avaliação de admissão e saída dos pacientes. Isso se explica provavelmente ao treinamento teórico-prático realizado antes da implantação do protocolo e ao acompanhamento deste pelo cirurgião dentista. A menor adesão ao protocolo encontrada na admissão poderia ser associada a dificuldade relatada por profissionais de saúde ao executar a higiene bucal de pacientes críticos, em virtude do estado de saúde geral, limitação de abertura bucal, presença de dispositivos respiratórios (ARAÚJO RJG, et al., 2010; ORLANDINI GM e LAZZARI CM, 2012).

Pesquisadores relataram baixa adesão aos cuidados bucais em estudo que avaliou a aplicação da higiene bucal em 80 crianças hospitalizadas com idade entre 0 e 12 anos, sendo que o procedimento não foi realizado em 25% dos pacientes durante o período de internação (LIMA MCPS, et al., 2013). Outro estudo demonstrou em uma população de 59 crianças hospitalizadas, 27,1% não foram contempladas com a higiene bucal realizada pela equipe de enfermagem em nenhum momento da internação (BLEVINS J, 2013).

Com intuito de compreender os motivos relacionados à baixa adesão aos cuidados bucais, frequentemente observada em ambiente hospitalar, pesquisadores averiguaram a percepção dos profissionais de saúde de um hospital da Região Sul do Brasil em relação à importância da odontologia na UTI, incluindo as práticas de higiene bucal, treinamento prático ofertado à equipe e disponibilidade de protocolos de cuidados bucais.

Com relação à higiene bucal, 32% da equipe respondeu que é uma tarefa desagradável para se desempenhar em pacientes na UTI, e 69,3% relataram possuir dificuldades técnicas para realizar o procedimento. 27,7% da equipe afirmou que não havia disponibilidade de um protocolo operacional padrão de higiene bucal para ser consultado pelos funcionários. Não ocorreu consenso entre os profissionais quanto a frequência de execução do procedimento (BLUM DFC, et al., 2017). Na presente população, observou-se alta frequência de doença cárie, especialmente na faixa etária entre 10 e 14 anos de idade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), trata-se da doença crônica não transmissível mais comum globalmente (WHO, 2017).

Pesquisadores descreveram que essa doença foi bastante frequente em populações internadas em hospitais pediátricos (LIMA MCPS, et al., 2013; NICOPOULOS M, et al., 2007). A doença cárie poderia interferir negativamente no quadro de saúde dos pacientes, acarretando dor, dificuldade de mastigação e até mesmo quadros infecciosos mais graves (LOSSO EM, et al., 2009).

As alterações periodontais (edema/eritema gengival) e lesões de mucosa bucal (ulcerações/nódulos) foram as alterações de tecido mole mais frequentes na população estudada. Similarmente, pesquisadores apontaram alta frequência de gengivite e ulcerações bucais em pacientes infantis hospitalizados. As alterações salivares foram descritas em menor frequência nessas populações (NICOPOULOS M, et al., 2007; COSTA DC, et al., 2016). Foi constatada uma melhora clínica nas seguintes lesões bucais, conforme o decorrer da internação e aplicação do protocolo: alterações periodontais, lesões de mucosa e sangramento.

Estudo que avaliou impacto de um protocolo de cuidados bucais para crianças e adolescentes hospitalizados, consistindo na limpeza das mucosas bucais e bochecho com solução de clorexidina 0,12%, constatou que a aplicação sistemática do protocolo foi associada à diminuição de complicações bucais e melhoria das condições de higiene bucal dos participantes (LEVY-POLACK MP, et al., 1998).

Destacou-se a importância da presença do cirurgião-dentista na UTI, no processo de implantação de um protocolo específico para higiene bucal, atendimento as necessidades odontológicas dos pacientes, além da motivação e adesão da equipe multiprofissional ao protocolo, uma vez que o procedimento é realizado por uma equipe, e não exclusivamente por um único profissional.

O presente estudo apresentou as seguintes limitações: Ausência de cuffômetro nas UTIs: O aparelho medidor de cuff é considerado essencial para a realização da HB, a fim de evitar que ocorra a aspiração de secreções durante o procedimento. Por não dispor deste aparelho durante a condução do presente estudo, outros cuidados foram aplicados, como angulação do leito em 30 ° e aspiração constante da cavidade bucal e orofaringe durante o procedimento. Utilização exclusiva do método visual-tátil para diagnóstico das lesões bucais: O hospital no qual o presente estudo foi realizado dispõe de aparelho de raio-x, no entanto não se trata de um aparelho adequado para uso odontológico.

Certos grupos de lesões, como fraturas ósseas, necessitam de exames radiológicos para auxílio no fechamento do diagnóstico. Grau de dificuldade elevado para proceder a higiene bucal de alguns pacientes, principalmente pacientes com doenças crônicas e que fizeram a utilização de dispositivos hospitalares intra-bucais: A higiene bucal para pacientes críticos pode ser uma tarefa bastante desafiadora, com necessidade de técnica apurada para sua execução. Durante todo o ano de 2023, foi feito o reforço da técnica, acompanhamento e orientações para os profissionais de saúde, a fim de evitar a negligência quanto à realização da HB nesses pacientes.

## CONCLUSÃO

Com os resultados obtidos no presente estudo, evidenciou-se a importância da sistematização a aplicação do presente protocolo de higiene bucal para crianças e adolescentes hospitalizados, especialmente na melhora clínica observada nas lesões bucais. O presente protocolo apresentou uma boa adesão por parte dos profissionais de saúde atuantes em UTI. A oferta de momentos de formação em saúde para a equipe multiprofissional e à presença do cirurgião-dentista na UTI se apresentaram como elementos indispensáveis para que ocorresse a compreensão da equipe quanto a importância do procedimento e conseqüentemente uma boa adesão à aplicação do mesmo de forma padronizada. Na população estudada, a doença cárie, alterações periodontais e lesões de mucosa bucal foram as alterações bucais mais frequentes. A presença dessas lesões nos pacientes internados indica a necessidade da presença de cirurgião-dentista em UTI, atuando no tratamento dessas lesões, dentro das possibilidades de atendimento odontológico em UTI e propiciando maior conforto ao paciente crítico. Conforme o decorrer da internação dos pacientes, do acompanhamento dos mesmos feito pelo cirurgião-dentista e da aplicação sistemática do protocolo de higiene bucal, foi constatada uma diminuição na frequência de lesões bucais, especialmente das alterações periodontais, lesões de mucosa bucal e sangramento. Este apontamento indica a importância da

sistematização da higiene bucal, uma vez que essas lesões, quando agravadas, podem acarretar piora no quadro clínico dos pacientes.

## AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores agradecem à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio a este estudo, através da concessão de bolsa de mestrado; Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas (PPGCIS-UFAM) e aos professores deste programa; Ao Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste (HPSC-ZO), integrante da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SES-AM), pelo espaço físico concedido para realização desta pesquisa.

## REFERÊNCIAS

1. AMARAL SM, et al. Nosocomial pneumonia: importance of the oral environment. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2009; 35: 1116-1124.
2. ARAÚJO, et al. Perceptions and actions of oral care performed by nursing teams in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2010; 21(1): 38-44.
3. BALLESTRERI R, et al. Oral health habits in children admitted to the Children's Hospital in the city of Chapecó, Santa Catarina, Brazil. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, 2016; 21(3): 300-305.
4. BLEVINS J. Status of oral health care in hospitalized children. *American Journal of Maternal Child/Nursing*, 2013; 38(2): 115–9.
5. BLUM DFC, et al. Influence of dentistry professionals and oral health assistance protocols on intensive care unit nursing staff. A survey study. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2017; 29: 391–393.
6. BLUM DFC, et al. The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2018; 30(3): 327-332.
7. BRASIL. Projeto de lei nº 883, de 19 de fevereiro de 2019. 2019. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=1713237R](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1713237R). Acessado em 4 de outubro de 2023.
8. CARMO CN, et al. Associação entre material particulado de queimadas e doenças respiratórias na região sul da Amazônia brasileira. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010; 27: 10-16.
9. COSTA DC, et al. Perfil de saúde bucal dos pacientes internados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande (MS). *Archives Of Health Investigation*, 2016; 5(2): 70-77.
10. GOMES SF e ESTEVES MCL. Role of the surgeon dentist in ICU: a new paradigm. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2012; 69(1): 67-70.
11. LEVY-POLACK MP, et al. Incidence of oral complications and application of a preventive protocol in children with acute leukemia. *Special Care in Dentistry*, 1998; 18(5): 189–193.
12. LIMA MCPS, et al. Oral health status of children admitted to the Children's Municipal Hospital of Imperatriz – Maranhão. *Revista Brasileira de Odontologia*, 2016; 73(1): 24-29.
13. LOSSO EM, et al. Severe early childhood caries: an integral approach. *Jornal de Pediatria*, 2009; 85: 295–300.
14. LUDOVICHETTI FS, et al. Preventive oral hygiene and ventilator-associated pneumonia in paediatric intensive care unit. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 2022; 23: 298-302.
15. MATTEVI GS, et al. The Participation of the Dental Surgeon in the Multidisciplinary Health Team for Child Care in the Hospital Context. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16: 4229-4236.
16. MIRANDA ALV e ROCHA, LA. Educação em saúde bucal para profissionais de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024; 24(8): 15028.
17. MORAIS TMND, et al. Importance of Dental Work in Patients under Intensive Care Unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2006; 18: 412-417.
18. NEEDLEMAN I, et al. Is there an association between oral health and pneumonia or other respiratory diseases? *Evidence-Based Dentistry*, 2007; 8: 116–117.
19. NICOPOULOS M, et al. Oral health needs and barriers to dental care in hospitalized children. *Special Care Dentist*, 2007; 27: 206-211.

20. NOGUEIRA E, et al. Oral hygiene and pneumonia in children in intensive care units: a systematic review. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 2015; 69: 14–21.
21. ORLANDINI GM e LAZZARI CM. Nursing staff's knowledge about oral care in critically ill patients. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2012; 33(3): 34-41.
22. PINTO A, et al. Efficiency of different protocols for oral hygiene combined with the use of chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2021; 47(1): 20190286.
23. SOUSA TCM, et al. Doenças sensíveis ao clima no Brasil e no mundo: revisão sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018; 42: 85.
24. TINANOFF N, et al. Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International journal of paediatric dentistry*, 2019; 29(3): 238-248.
25. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sugars and dental caries. Genebra, 2017.