

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CUIDADO INTENSIVO**

Gabriela Daniel da Costa

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM
CLÍNICA MÉDICA**

**FIORIANÓPOLIS
2015**

Gabriela Daniel da Costa

**PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA
SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM
CLÍNICA MÉDICA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós- graduação
Multidisciplinar em Saúde como
requisito para obter o título de
Mestre Profissional em Saúde,
da Universidade Federal de
Santa Catarina. Área de
concentração: Cuidado
Intensivo

Professora Orientadora:
Dr^a Karina Silveira de
Almeida Hammerschmidt

FLORIANÓPOLIS

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Costa, Gabriela Daniel da
PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE
IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CLÍNICA MÉDICA / Gabriela Daniel
da Costa ; orientador, Karina Silveira de Almeida
Hammerschmidt - Florianópolis, SC, 2015.
126 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Práticas de enfermagem sobre saúde bucal
no contexto hospitalar. I. Hammerschmidt, Karina Silveira
de Almeida. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde. III.
Título.

*Dedico esse trabalho a
minha filha M^a Luísa, luz
da minha vida!*

Agradecimentos

À Deus, por guiar e iluminar minha caminhada, e me dar saúde, força, sabedoria e serenidade para chegar até aqui e vencer todos os obstáculos.

À minha família, especialmente meus pais que sempre foram e sempre serão a base de tudo, o meu alicerce. Obrigada pela presença constante em todos os momentos, obrigada por estarem sempre ao meu lado, apoiando e ajudando, obrigada por terem cuidado da Maria Luísa quando precisei. Amo vocês.

À minha querida orientadora Karina, por aceitar o convite de me orientar, e por toda a ajuda e compreensão tanto com o trabalho quanto nas dificuldades pessoais que vivi durante esse período. Obrigada pela dedicação, pelos “empurrões” e por não ter deixado eu desistir quando achei que não ia conseguir. Prof^ª você foi um anjo na minha vida. Foi uma honra tê-la como minha orientadora, que nossa parceria não termine por aqui, que seja o começo... Muito obrigada é pouco!

Aos meus mestres, em especial Prof^ª Kátia, que mais do que me ensinar, nos serviram em muitos momentos de fonte de inspiração e incentivo para seguirmos em frente. Obrigada por entender meus motivos quando precisei de prorrogação para continuidade do trabalho. Obrigada pela serenidade, tranqüilidade e paz que você transmite a nós alunos, bem como sua dedicação e empenho dedicado à nossa formação.

A minha amiga-irmã Camila Santos Pires Lima, que esteve sempre ao meu lado desde a graduação e me ajudou muito, estando sempre presente, principalmente quando mais precisei do seu carinho e amizade.

À minha filha, que desde o início na barriguinha da mamãe participou desse trabalho e que durante toda a tempestade que se formou na minha vida, deu forças pra continuar nessa jornada

Muito Obrigada a todos!

RESUMO

No contexto de cuidado ao idoso hospitalizado, a Enfermagem busca atender às necessidades básicas, dentre elas se destaca a saúde bucal, necessária para manutenção da saúde e bem-estar. Sendo assim, os objetivos deste estudo foram: descrever a produção científica sobre o cuidado de enfermagem à saúde bucal de idosos na literatura científica nacional e internacional publicada nos últimos cinco anos através de revisão integrativa; descrever a percepção da saúde bucal dos idosos hospitalizados na Clínica Médica 1 (CM1) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) e relatar a experiência sobre as atividades realizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem da mesma instituição sobre a relevância da promoção da saúde bucal junto aos idosos hospitalizados na CM1. Para atender ao primeiro objetivo, foi realizada uma revisão integrativa; obteve-se um total de 33 artigos como *corpus* de análise, subdivididos em duas categorias temáticas: idosos institucionalizados, com 27 artigos, e idosos hospitalizados, com cinco artigos. Para atender ao segundo objetivo, foi realizada uma pesquisa convergente-assistencial intitulada “Saúde bucal na perspectiva dos idosos hospitalizados”, que teve a participação de nove idosos internados na CM1 do HU/UFSC. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas no período de setembro a dezembro de 2013. Para ordenação e organização dos dados, foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo que emergiram nove ideias centrais com respectivos discursos do sujeito coletivo. Para atender ao terceiro objetivo, elaborou-se um relato de experiência sobre atividades realizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem da CM1 do HU/UFSC sobre a importância da promoção da saúde bucal dos idosos hospitalizados. Dentre as atividades, destaca-se a entrega na CM1 dos resultados da pesquisa realizada junto aos idosos, intitulada: “Práticas de enfermagem na promoção da saúde bucal de idosos

hospitalizados em clínica médica”; elaboração de folder educativo destinado aos idosos hospitalizados, além da criação de proposta de oficina de sensibilização para a equipe de enfermagem. Concluiu-se que cuidado à saúde bucal ultrapassa o aspecto de conforto, envolve a condição de saúde como um todo. É necessário conhecimento dos profissionais de enfermagem para avaliação da cavidade bucal. Dessa forma, protocolos e *guidelines* podem auxiliar na sistematização das atividades, porém a educação para os profissionais e os próprios idosos é necessária. Apesar da contradição em relação à importância dada para a saúde bucal com a realização da higiene diária, verificou-se que os idosos realizam o cuidado à saúde bucal, sendo que quando não conseguem, a família auxilia. Constatou-se também que, no contexto hospitalar, os idosos consideram que os profissionais de enfermagem realizam higiene bucal completa, promovendo higiene, conforto e bem-estar.

Palavras-chave: Idosos; Saúde Bucal; Enfermagem; Hospitalização.

ABSTRACT

Within the context of care to hospitalized elderly, Nursing seeks to meet the basic needs, and, among them, one should highlight oral health, necessary for health maintenance and welfare. Thus, the objectives of this study were: to describe the scientific production about the nursing care to the oral health of elderly in the national and international scientific literature published in the last five years through integrative review; to describe the perception of oral health of elderly admitted to the Medical Clinic 1 (MC1) of the University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) and report the experience on activities carried out to sensitize the nursing team of the aforesaid institution about the relevance of the promotion of oral health along with the elderly admitted to MC1. In order to meet the first objective, we performed an integrative review; it was obtained a total of 33 papers as corpus of analysis, subdivided into two thematic categories: institutionalized elderly, with 27 papers, and hospitalized elderly, with five papers. In order to meet the second objective, we performed a convergent-assistential research titled “Oral health in the perspective of hospitalized elderly”, which was attended by nine elderly admitted to MC1 of HU/UFSC. In order to collect data, we performed interviews in the period from September to December 2013. In order to arrange and organize data, we used the methodological process of the Collective Subject Discourse, and nine central ideas with their respective collective subject discourses have emerged. In order to meet the third objective, we elaborated an experience report on activities carried out to sensitize the nursing team of MC1 of HU/UFSC about the importance of the promotion of oral health of hospitalized elderly. Among the activities, one should highlight the delivery, in CM1, of the results of the research performed along with the elderly, titled: “Nursing practices in the promotion of the oral health of elderly admitted to medical clinic”; elaboration of an

educational folder targeted to hospitalized elderly, besides the creation of a proposal of workshop of awareness for the nursing team. We have concluded that oral health care exceeds the aspect of comfort because involves health condition as a whole. It requires knowledge from nursing professionals to assess the oral cavity. Accordingly, protocols and guidelines may assist in the systematization of activities, but education for the professionals and the elderly themselves is necessary. Despite the contradiction concerning the importance given to oral health with the accomplishment of daily hygiene, we have found that elderly people perform the care of the oral health, and when they are unable to do so, the family assists. We have also found that, within the hospital context, the elderly consider that nursing professionals perform oral hygiene in a comprehensive way, thereby promoting hygiene, comfort and welfare.

Keywords: Elderly; Oral Health; Nursing; Hospitalization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Protocolo resumido de atendimento.....	37
Figura 2 - Desenho da revisão integrativa da presente dissertação, 2015.....	53
Figura 3 – Folder educativo.....	135

LISTA DE SIGLAS

AIVD – Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD – Atividades da Vida Diária
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde
CM1 – Clínica Médica 1
CD – Cirurgião-Dentista
CEPSH/UFSC – Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
DCNT – Doença Crônica Não-transmissível
DSC – Discurso do Sujeito Coletivo
ECH – Expressão-chave
FDI – Federação Dentária Internacional
HU/UFSC – Hospital Universitário “Polydoro Ernani de São Thiago” da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC – Idéia central
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
NHB – Necessidades Humanas Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCA – Pesquisa Convergente Assistencial
SB – Saúde Bucal
SUS – Sistema Único de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados de acordo com as bases de dados.....	51
Tabela 2 – Descrição dos artigos que compõem o <i>corpus</i> de análise.....	51
Tabela 3 – Distribuição dos artigos selecionados conforme periódico de publicação.....	55
Tabela 4 – Distribuição dos artigos conforme abordagem metodológica.....	55
Tabela 5 – Distribuição dos artigos conforme ano de publicação.....	55

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	23
2. OBJETIVOS.....	28
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	29
3.1 O envelhecimento populacional.....	29
3.2 Saúde bucal do idoso.....	30
3.3 Práticas de enfermagem na promoção da saúde bucal dos idosos.....	33
3.4 Rotinas de enfermagem para promoção da saúde bucal dos idosos.....	35
4. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.....	37
4.1 Referencial metodológico: A pesquisa convergente assistencial.....	40
4.2 O discurso do sujeito coletivo.....	46
5. METODOLOGIA.....	49
5.1 Revisão integrativa.....	49
5.1.1 As fases da revisão integrativa.....	50
5.2 Pesquisa convergente assistencial.....	55
5.2.1 Abordagem metodológica.....	55
5.2.2 Cenário do estudo.....	55
5.2.3 Informantes.....	56
5.2.4 A coleta e o registro dos dados.....	57
5.2.4.1 As entrevistas.....	57
5.2.5 A análise dos dados.....	58
5.2.6 A apresentação dos dados.....	58
5.2.7 Rigor da pesquisa e os aspectos éticos.....	59
6. CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS.....	61
6.1 Manuscrito I.....	62
6.2 Manuscrito II.....	102
6.3 Manuscrito III.....	127
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	146
REFERÊNCIAS.....	149
APÊNDICES.....	163
APÊNDICE I – Variáveis utilizadas para análise das publicações do corpus da revisão integrativa, segundo base	

de dados.....	163
APÊNDICE II – Roteiro de entrevista.....	165
APÊNDICE III – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	166
APÊNDICE IV – Relatório de pesquisa.....	168
APÊNDICE V – Folder educativo.....	175
ANEXOS.....	177
ANEXO A – Mini exame do estado mental – MEEM (Mini mental state exam – Folsten et al, 1975).....	177
ANEXO B – Avaliação das atividades básicas de vida diária (AVD) – Index de independência nas atividades de vida diária de Katz.....	177
ANEXO C – Avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AVD) – Escala de Lawton.....	179
ANEXO D - Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC.....	180

1. INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é fenômeno mundial, e no Brasil, as modificações ocorrem aceleradas. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o país será o sexto país do mundo em número de idosos, com contingente superior a 30 milhões de pessoas (CARVALHO; GARCIA, 2003).

“O Brasil na atualidade é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou do cenário de mortalidade da população jovem para quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica dos países longevos, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos” (VERAS, 2009 p. 549).

Como resultado dessa dinâmica há maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Durante o processo de envelhecimento constata-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, paredes e tecidos, ocorrendo processos clínicos muitas vezes irreversíveis. Assim como em todo organismo, as estruturas orais sofrem ação do processo de envelhecimento e estas podem comprometer algumas funções, como comunicação, alimentação e auto-estima (VELOSO; COSTA 2002). O

sistema estomatognático, relacionado diretamente a funções vitais como mastigação, fonação, deglutição e respiração, também são influenciados pelo envelhecimento (SHIMAZAKI et al., 2001).

Segundo BRUNETTI et al. (2002), a perda de elementos dentários tem consequências em todos os órgãos do corpo, bem como no convívio social, que se torna dificultado e aparência física pode ser, infelizmente, um fator de exclusão social.

BORAKS (2002) afirma que, com a avulsão de elementos dentários e/ou devido à abrasão dos dentes remanescentes, ocorre diminuição da dimensão vertical, provocando infecções. A pele torna-se menos espessa e seca, perdendo tônus muscular. As glândulas salivares reduzem em tamanho e função, podendo promover o surgimento de xerostomia. Outro aspecto importante, ainda segundo BORAKS (2002), é o idoso queixar-se de ardência na mucosa bucal, originada por erosões e úlceras traumáticas propiciadas pela diminuição do teor hídrico, fibrose e perda de elasticidade da mucosa. São também exacerbadas por infecções devido a microrganismos oportunistas.

Pode-se observar aumento da gengiva inserida, hipoqueratinização e redução do número de células do tecido conjuntivo na gengiva (BARBOSA; BARBOSA, 2002). Os mesmos autores afirmam que a língua é outro órgão que, com o envelhecimento, apresenta alterações, tais como aspecto liso, plana e com atrofia de papilas; devido a condições resultantes da deficiência de ferro ou de combinações de deficiências causadas por fatores nutricionais.

À medida que as alterações metabólicas tornam-se mais intensas, a neoformação óssea torna-se menos ativa, os rebordos alveolares diminuem em altura e espessura, expondo as raízes dentárias, proporcionando o aumento de lesões de cárie de raiz (BORAKS, 2002).

Culturalmente, acreditava-se que a perda dos dentes e, conseqüentemente a transformação do sorriso, seria

processo natural do envelhecimento, porém autores afirmam que essa perda dentária pode ocorrer devido à negligência com a higiene bucal, além das limitações físicas, dos problemas visuais e demência, que podem ocorrer no processo de longevidade, proporcionado um comprometimento do autocuidado e do acúmulo elevado de biofilme (DE VISSCHERE et al., 2006).

Segundo Schneid *et al* (2007) manter a boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas, pois os cuidados diários, como a escovação e o uso do fio dental, ajudam a evitar que os problemas dentários se tornem mais graves. Quando se transporta essa reflexão à vivência diária de pacientes hospitalizados, tem-se desafio ainda maior, que é a manutenção a saúde bucal através de hábitos adequados de higiene durante o período de internação, visando à atenção integral.

Sabe-se que as práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais (SCHNEID *et al*, 2007). Porém, segundo Creutzberg et al (2004) estas não são priorizadas no cotidiano diário dos profissionais de enfermagem.

Como assinalam Perim *et al* (2003), as ações desenvolvidas em programas para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal dessa população requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional.

No contexto de assistir o idoso hospitalizado, a Enfermagem busca atender às necessidades básicas de auto-estima, aceitação, afeto, segurança, liberdade e auto-realização. Nesta categoria, a assistência nos cuidados pessoais, usuais e especiais, por incapacidade e impossibilidade de autocuidado, constitui a regra básica das ações de enfermagem ao idoso (ROACH, 2003).

No âmbito hospitalar, a higiene bucal é atribuição da equipe de enfermagem, e sua responsabilidade é garantir o cuidado cotidiano de higiene e conforto. Entretanto, o

conhecimento da enfermagem sobre a saúde bucal pode ser limitado, razão pela qual, na prática clínica, muitas vezes, a higiene bucal não é priorizada (SANCHEZ, 2000).

Segundo Mello e Erdmann (2007), possuir informação é fundamental para a realização das práticas do cuidado, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que informação disponível e de qualidade: a pessoa possuidora da informação precisa processá-la e incorporá-la para que seja transformada em ação. Para tanto, faz-se necessário desenvolver recursos prévios para possibilitar a aquisição da informação disponível e também, o seu processamento e tradução em práticas.

As orientações sobre os cuidados bucais devem ser adequadas às habilidades motoras e capacidade cognitiva do paciente. Desse modo, os propósitos preventivos devem ser compreendidos pelo paciente e por seu grupo de apoio (familiares e/ou cuidadores). Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem a realização de higiene bucal satisfatória, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado.

Autores como Araújo *et al* (2009), sugerem às equipes de enfermagem a utilização de guia de procedimentos adequados de higiene bucal e avaliação do nível de dependência, o qual relaciona a necessidade de procedimentos adequados de higiene bucal e diferentes níveis de dependência dos pacientes. Schneid (2007) elaborou protocolo contendo as práticas de promoção da saúde bucal desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem junto aos pacientes hospitalizados em um hospital regional. Ambos autores enfatizam que as práticas de higiene bucal e das próteses dentárias devem ser sistematizadas em diferentes cenários do estudo por meio de protocolos de enfermagem em saúde bucal, o que induz aproximação entre a Enfermagem e a Odontologia, respeitando os limites de atuação de cada uma dessas áreas, o que possibilitará avanços no cuidado integral aos idosos hospitalizados.

A procura pela temática em questão surgiu em decorrência da necessidade levantada pelos enfermeiros da CM1 do HU/UFSC, pois nesse local inexistia rotina padronizada ou protocolo voltados a promoção da saúde bucal.

Concomitante a isso, nos dois anos enquanto residente de enfermagem na mesma instituição, atuante tanto em clínicas médicas, cirúrgicas e unidade de terapia intensiva (UTI), não observou-se rotinas, normas e protocolos referente a saúde bucal dos pacientes hospitalizados, com exceção da UTI. Agregado a este fato tem-se o trabalho atual da pesquisadora, que realiza atendimentos domiciliares em uma instituição privada, com público principalmente de pessoas idosas. Neste local verifica-se cotidianamente condições de higiene bucal precárias, especialmente naqueles totalmente dependentes para o autocuidado.

Portanto, a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente e contribuir com o serviço, o presente estudo buscará responder os seguintes questionamentos: Qual a produção científica sobre cuidado de enfermagem a saúde bucal de idosos, na literatura científica nacional e internacional, publicada nos últimos cinco anos? Qual é a percepção dos idosos hospitalizados em clínica médica sobre promoção da saúde bucal? Quais estratégias podem ser utilizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem de clínica médica sobre promoção da saúde bucal?

2. OBJETIVOS

-Identificar na literatura científica, nacional e internacional, práticas de enfermagem para promoção a saúde bucal de idosos hospitalizados;

-Descrever a percepção dos idosos hospitalizados sobre promoção da saúde bucal.

-Propor atividades para sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a relevância da promoção da saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela com idade igual ou superior a 60 anos. Essa, atualmente, constitui o segmento populacional que mais cresce em termos proporcionais. O número de idosos dobrou desde 1980 e em 2050 chegará a 2 bilhões (OMS, 2012).

Sabe-se que o Brasil, semelhante aos diversos países do mundo, segue essa tendência. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2012) o quantitativo de idosos configuram hoje contingente de quase 23,5 milhões de pessoas, representando 24,5% da população e as projeções indicam que em 2025, a população idosa poderá ultrapassar 32 milhões de pessoas.

Acarretados ao envelhecimento estão as necessidades de saúde. O envelhecimento leva a várias alterações fisiológicas em todo o organismo, havendo prevalência de doenças crônicas nesses indivíduos, que constituem a maior parcela de pessoas que necessitam de atendimento nos serviços de saúde (SIMÕES; CARVALHO, 2011).

As internações hospitalares dos idosos são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Para muitos idosos, a hospitalização representa um momento de fragilidade e de medo, pois, além do sofrimento, da sensação desagradável e da insegurança que a doença ocasiona, esse paciente necessitará de atendimento por parte de vários profissionais ligados à área de saúde. Esses profissionais, ao atenderem o idoso, devem estar atentos a uma série de alterações físicas, psicológicas e

sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado (MARTINS *et al*, 2008)

Além disso à medida que as pessoas atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados permanentes aumentam, inclusive em relação aos cuidados à saúde bucal. Dados apontam que a população idosa tende a apresentar uma precária condição de saúde bucal, principalmente por reflexo de deficiências no cuidado à saúde bucal ao longo da vida. Os idosos que apresentam algum grau de dependência ou têm sua autonomia comprometida apresentam piores condições de higiene bucal (MELLO; ZIMERMANN; GONÇALVES, 2012).

3.2 SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Segundo Przylynski (2009, p. 697) “a saúde bucal é parte integrante e essencial da saúde geral e também fator determinante na qualidade de vida, autoestima e contato social”.

Segundo dados do último levantamento epidemiológico realizado no país, (SB Brasil 2010), a condição de saúde bucal da população idosa apresenta-se fora das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI), aponta que pelo menos 50% dos idosos entre 65 e 79 anos devem ter pelo menos vinte dentes funcionais na cavidade bucal. No Brasil, 63,3% dos idosos utilizam prótese total superior e 46,1% prótese total inferior, demonstrando o predomínio do edentulismo, sendo que a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente (BRASIL, 2012).

Assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do processo de envelhecimento e as alterações na cavidade bucal, podem afetar algumas funções, como comunicação, alimentação e autoestima (VENITES; COSTA; PELEGRINI, 2005).

Estruturas como dentes, gengiva, ligamentos ósseos, palato duro e mole, garganta, língua e lábios podem sofrer alterações durante o envelhecimento. O epitélio bucal torna-

se mais fino e menos queratinizado, ocorrendo aumento na densidade celular, e diminuição no potencial de regeneração das mucosas e na resistência às doenças (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

Nos dentes, com o passar dos anos, o atrito faz com que a superfície oclusal e os pontos de contato tornem-se mais aplainados. A língua também se modifica, aumentando no interior da boca do indivíduo desdentado, possivelmente pela transferência de funções fonéticas e mastigatórias à medida que se perdem os dentes (LUZ, 2005).

Algumas alterações são típicas na cavidade bucal do idoso com processo de envelhecimento, como: hipofunção salivar, cárie radicular, perdas dentais e doença periodontal (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

A hipofunção salivar pode ocorrer devido a certos fatores predisponentes como: uso de medicamentos, diabetes não controlada e ansiedade. Já as cáries radiculares são lesões iniciadas nas superfícies das raízes dos dentes, tendo como fatores predisponentes: higiene bucal deficiente, hipossalivação, uso de fármacos e presença de Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), que comprometam o autocuidado do idoso (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

As perdas dentais geralmente são decorrentes da saúde bucal precária, relacionada aos fatores sócio-demográficos como raça, baixa renda, uso de tabaco, gênero (feminino) e baixa escolaridade. E a doença periodontal é a infecção crônica dos tecidos de suporte dos dentes, com característica inflamatória (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

Segundo Araújo (2009) em pacientes hospitalizados, patógenos comumente responsáveis pela pneumonia nosocomial são encontrados colonizando placa dental e mucosa bucal destes pacientes. Porém, boas técnicas de higiene bucal são capazes de prevenir o avanço da infecção da cavidade bucal para o trato respiratório. Em aproximadamente 24 horas sem limpeza da cavidade oral é

possível detectar clinicamente a camada de placa dental. E a ausência ou a técnica de higiene bucal adotada será intimamente ligada ao número e à espécie de microorganismo encontrado na cavidade oral.

Dentre as complicações de saúde em pacientes hospitalizados, talvez a mais frequente seja a pneumonia por aspiração e bacteremias causadas por microorganismos gram-negativos deslocados de dentes com comprometimento de caries extensas e periodontopatias severas. Pacientes edêntulos também podem desenvolver bacteremias em virtude de úlceras provocadas por próteses totais mal-ajustadas. Algumas bacteremias transitórias provocadas por infecções bucais podem levar a quadros de endocardite, principalmente em pacientes com defeitos cardíacos estruturais (SHINKAI, 2000).

Segundo Ribeiro et al (2008) a saúde bucal de pessoas idosas depende da motivação, cooperação, assim como habilidade para escovar os dentes. Essa habilidade depende da condição funcional do idoso, se este é independente, parcialmente dependente ou dependente, o que conduzirá a conduta do cuidador, nas chamadas atividade instrumental da vida diária (AIVD), como por exemplo fazer compras, administrar as contas bancárias, e atividade básica de vida diária (AVD), como fazer higiene pessoal, vestir-se sozinho, alimentar-se sem ajuda, entre outras.

Doenças incapacitantes, como demências, Parkinson e outras perdas funcionais com prejuízo manual e visual, afetam a saúde bucal. O idoso dependente tende a apresentar inadequadas condições bucais em relação ao independente, por não realizar seu autocuidado. Para tal é importante que o cuidador ou a equipe de enfermagem, tenha conhecimento teórico de como proceder na higienização e conscientização ética para que não negligencie esse cuidado (SHINKAI, CURY, 2000).

Segundo Schneid et al (2007) manter a boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas, pois os cuidados diários, como a escovação e o uso do fio

dental, ajudam a evitar que os problemas dentários se tornem mais graves. Quando se transporta essa reflexão à vivência diária de pacientes hospitalizados, tem-se desafio ainda maior que é a manutenção a saúde bucal através de hábitos adequados de higiene durante o período de internação, visando à atenção integral.

Assim, esta é também uma atribuição da equipe de enfermagem, sendo dela a responsabilidade de garantir o cuidado diário de higiene e conforto do paciente, que geralmente tem sua rotina diária de vida alterada, como alimentação, higiene e repouso, entre outras (SCHNEID ET AL, 2007, p. 298).

3.3 PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Para atender às peculiaridades dos idosos e prestar-lhes assistência integral, faz-se necessário trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Segundo Perim *et al* (2003) o trabalho interdisciplinar e seu impacto sobre a vida dos idosos decorrem da necessidade de conhecer melhor os aspectos sociais e emocionais de saúde do indivíduo, o que permite aos profissionais da área de saúde estarem mais conscientes das necessidades da população.

No contexto de cuidado do idoso hospitalizado, a Enfermagem busca atender às necessidades básicas de auto-estima, aceitação, afeto, segurança, liberdade e auto-realização. Nesta categoria, a assistência na higiene pessoal constitui a regra básica das ações de Enfermagem ao idoso (ROACH, 2003).

Garantir a efetividade do cuidado com a saúde bucal do idoso tem sido preocupação constante da Enfermagem, porém, especialmente no cuidado institucional, o cuidado básico da higiene bucal é deficiente ou até ignorado. Igualmente, na Odontologia, tem-se verificado a

rara existência de cuidados com a higiene bucal de idosos em instituições de saúde (MELLO, 2005).

Constata-se ainda, que na admissão do cliente em unidades de internação, são feitos questionamentos sobre a sua saúde bucal, mas sem a adequada avaliação. Logo, excelentes oportunidades de identificar problemas são desperdiçadas, pois os protocolos de Enfermagem para avaliação sistemática da saúde bucal e a consequente implementação de cuidados não são realizados em instituições de saúde (MELLO, 2005).

Schneid *et al* (2007) complementaram que manter a saúde bucal por meio de hábitos adequados de higiene durante o período de internação é desafio, porque estas práticas não são priorizadas no cotidiano diário da equipe de enfermagem, apesar de sua reconhecida importância na promoção da higiene bucal.

A capacidade de aprender e adquirir novas habilidades diminui no idoso, porém isso não o impede de continuar aprendendo, uma vez que a motivação e o desempenho na atividade realizada são fatores que influenciam o aprendizado (SMELTZER; BARE, 2005).

Vale ressaltar que os cuidadores envolvidos nos procedimentos relativos à saúde bucal do idoso também devem ser capacitados e atualizados para realizar ações pertinentes a sua área de atuação. Assim, irão compreender e valorizar as novas competências, habilidades e valores atinentes à saúde bucal, incorporando-os ao seu cotidiano de trabalho (ARAÚJO et al, 2010).

Segundo Souza e Lago (2002) educação em saúde têm como objetivo promover a expansão das práticas de saúde junto à comunidade, como maneira de desenvolver postura crítica quanto à saúde e quanto à vida em geral. Para isso, torna-se importante considerar os conhecimentos já existentes por parte dos idosos, bem como suas necessidades e interesses. A presença do enfermeiro como organizador/facilitador de ações educativas contribui para minimizar os

problemas físicos e emocionais mais frequentes nas pessoas inseridas na fase da velhice (PRZYLYNSKI, 2009).

No ano de 2009, um estudo foi desenvolvido com o objetivo de avaliar as percepções e ações da equipe de enfermagem, quanto aos cuidados de saúde bucal prestados aos pacientes hospitalizados em unidades de tratamento intensivo durante o processo de higienização bucal diário ao qual têm sido submetidos. Com base na pesquisa percebeu-se que a equipe de enfermagem responsável pelos cuidados de higiene dos pacientes hospitalizados, recebia poucas informações a respeito dos métodos de controle de placa responsáveis pela origem das principais patologias bucais e que, ainda, desconhecia vários recursos de higiene bucal que poderiam ser utilizados no ambiente hospitalar com significativas melhorias na manutenção e recuperação da saúde bucal desses indivíduos. Verificou-se que procedimentos de higiene bucal eram realizados apenas duas vezes ao dia, nas UTIs, coincidindo com o horário do banho pouco antes de iniciar o intervalo de tempo destinado às visitas da família e acompanhantes (ARAÚJO et al, 2009).

Recomenda-se que as práticas de higiene bucal e das próteses dentárias devam ser sistematizadas por meio de protocolos de Enfermagem para saúde bucal, o que induz a aproximação entre a Enfermagem e a Odontologia, respeitando os limites de atuação de cada uma dessas áreas, o que possibilitará avanços no sentido do cuidado integral aos idosos (ARAÚJO et al, 2010).

3.4 ROTINAS DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DO IDOSO

Segundo Motta (2003) as rotinas se caracterizam pelo conjunto de ações ordenadas que fazem parte do processo a ser desenvolvido pela execução de ações repetidas, realizadas com frequência. A palavra rotina é tida como caminho já trilhado e sabido; hábito de fazer as mesmas tarefas ou sempre da mesma maneira; prática constante.

As rotinas são guias para a execução de tarefas, proporcionando melhor e mais rápido andamento de qualquer serviço. São fundamentadas no estudo e na vivência adquirida no dia-a-dia do trabalho. Dessa forma, geralmente há comissão designada que elabora textos que necessitam constituir a realidade do trabalho planejado, contendo orientações acerca da execução de tarefas, facilitando o treinamento dos trabalhadores (MOTTA, 2003).

As rotinas necessitam proporcionar melhor e mais rápido andamento do serviço, ser flexíveis e estarem sujeitas às modificações no decorrer do andamento do serviço. Toda organização deve ter rotinas, pois o trabalho diário é desenvolvido a partir do seu conhecimento, tornando-se mais eficaz e com possibilidade de organizar melhor assistência ao idoso (SANTOS, 2011).

Estudos como o de Schneid et al (2007) evidenciaram que a maioria dos entrevistados (profissionais de enfermagem) desconhece qualquer tipo de norma ou admitiram a inexistência de conjunto explícito de normas sobre o assunto na instituição em que trabalham. Número expressivo de entrevistadas declarou realizar higiene bucal com material improvisado nos pacientes acamados, cujas limitações os impediam de fazê-las sozinhas, e as outras entrevistadas afirmaram que apenas orientam os pacientes a realizar escovação após as refeições, sem intervir diretamente no processo.

Essa constatação levou Schneid et al (2007) a elaborarem protocolo de saúde bucal que englobava medidas educativo-preventivas para os pacientes hospitalizados, cujas ações podem ser desenvolvidas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem sob a supervisão/coordenação do enfermeiro ou cirurgião-dentista, caso este faça parte da equipe multiprofissional. Para a estruturação do protocolo tomaram como pontos de partida cinco aspectos básicos: 1) a observação da cavidade bucal do paciente; 2) observação das condições materno-infantil no período pós-parto e crianças

de 0 a 5 anos; 3) avaliação das condições de autonomia dos pacientes para a realização da própria higiene bucal; 4) a capacidade da equipe de enfermagem em assumir a higiene bucal do paciente impossibilitado face estado de inconsciência ou por outro motivo; 5) procedimentos recomendados para a realização de uma higiene bucal adequada e individualizada (SCHNEID, 2007).

Em relação aos cuidados com adultos e idosos o protocolo traz as seguintes recomendações:

Figura 1 – Protocolo resumido de atendimento

Adultos	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar se o paciente pode realizar a sua própria higiene bucal. -Identificar a presença de próteses dentárias 	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecer seus hábitos como frequência das escovações e forma correta de escovar. Orientar. -Limpeza no mínimo seis vezes ao dia escovando-a com sabão neutro ou dentífrico.
Idosos	<ul style="list-style-type: none"> -Identificar a presença de próteses dentárias 	<ul style="list-style-type: none"> -Limpeza no mínimo seis vezes ao dia escovando-a com sabão neutro ou dentífrico; -Alimentação pastosa; -Evitar dormir com a prótese; -Prótese total: imersão em copo com água e uma colher de sopa de hipoclorito de sódio durante a noite.
Paciente inconsciente ou impossibilitado de realizar sua higiene bucal	<ul style="list-style-type: none"> -Preparar material: escova dental com ou sem solução dentífrica, cuba-rim e toalha; -Colocar o paciente em posição fowler ou semifowler e realizar a escovação seguindo a técnica correta. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver ações promocionais de conscientização e orientação sobre a técnica de higienização com familiares e acompanhantes destes pacientes preparando-os para os cuidados após a alta. -A utilização de colutório Gluconato de Clorexidina 0,12%, caso necessário, deverá ser orientada pelo profissional cirurgião-dentista.

(FONTE: SCHNEID, 2007)

4. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

O referencial teórico do estudo alicerçou-se na Teoria das Necessidades Humanas Básica,s de Wanda Horta.

Segundo Horta, enfermagem é a ciência que compreende o estudo das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de maneira preventiva, curativa e reabilitadora, respeitando os princípios de unicidade, autenticidade e individualidade, pois presta assistência ao ser humano, membro de uma família ou comunidade, e que participa ativamente do seu autocuidado e não à sua doença (HORTA, 2004).

O cuidado em enfermagem visa tornar a pessoa independente dessa assistência, o mais rapidamente possível pelo ensino do autocuidado, promovendo, mantendo e

recuperando a sua saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2004).

Para que os profissionais de enfermagem atuem de forma proativa, é necessário desenvolver metodologia de trabalho fundamentada no método científico denominado Processo de Enfermagem. Esse processo é dividido em fases que se constituem em ações dinâmicas, sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano (HORTA, 2004).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta teve seus fundamentos e princípios com base na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, da hierarquia de necessidades de João Mohana, dos princípios de homeostase e do holismo (HORTA, 2004).

Horta conceitua o indivíduo de forma holística, isto é, um todo indivisível e não a soma das suas partes, com todas as suas necessidades se interrelacionando, sofrendo alterações quando da sua manifestação e independentemente de qual necessidade, pode ocorrer desequilíbrio por falta ou excesso de atendimento (HORTA, 2004).

Para a mesma autora a saúde é um estado de equilíbrio dinâmico mantido pelas necessidades satisfeitas e o enfoque é o atendimento das necessidades humanas básicas (biológicas, sociais e espirituais).

Classificação das NHB segundo Horta (2004), onde se destacam em **negrito** as principais necessidades relacionadas com a saúde bucal:

- Necessidades psicobiológicas: Oxigenação, **hidratação**, **nutrição**, eliminação, sono e repouso, exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, **cuidado corporal**, **integridade cutâneo-mucosa**, integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, **gustativa**, **dolorosa**; ambiente, terapêutica.

- Necessidades sociais: segurança, amor, liberdade, **comunicação**, criatividade, **aprendizagem (educação à saúde)**, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, **aceitação**, **autorrealização**; **autoestima**, participação, **autoimagem**, **atenção**;
- Necessidades psíquicas, religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Vários estudos trazem as relações da saúde bucal para com as chamadas Necessidades Humanas Básicas de Horta. O estudo de Sakano (2005) identificou os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em idosos hospitalizados na enfermaria de um hospital universitário. Os resultados mostraram que os diagnósticos: Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais e Déficit no autocuidado ocuparam o 3º e o 4º lugar da lista de 22 diagnósticos de enfermagem levantados.

Marin et al (2008) propôs-se a identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II de NANDA, sobre um grupo de idosas consideradas muito pobres, e um dos diagnósticos presentes em uma lista de 12 diagnósticos era o de Dentição prejudicada, que foi caracterizado por presença de cárie; perda de dentes; dentes desgastados ou estragados; ausência parcial ou completa de dentes.

Outro estudo evidencia a relação que existe entre a saúde bucal do idoso e a nutrição, na qual a perda dos dentes e alterações sensoriais como olfativa e gustativa, bem como a xerostomia podem afetar a consumo dos alimentos (DE MARCHI, 2008).

Lima (2011) investigou a importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados e entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes entrevistados para a realização da higiene bucal foram citadas a dependência do profissional ou acompanhante, gerando constrangimento e desconforto, a falta de informação, gerando insegurança e principalmente a presença de dor.

Portanto é notório a relevância que a saúde bucal apresenta perante as condições de saúde geral dos indivíduos, principalmente dos idosos.

O referencial metodológico aborda noções fundamentadas em autores como Trentini e Paim (1999; 2004) referentes à pesquisa convergente assistencial; Lefèvre e Lefèvre (2003) concernente às análises qualitativas, noções estas que forneceram o suporte metodológico para o desenvolvimento da pesquisa.

4.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO: PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL

O estudo é de caráter qualitativo, segundo Minayo et al. (2000a, p.21), este tipo de pesquisa se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada,

o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO ET AL, 2000a, p.21).

Na realização de pesquisa de abordagem qualitativa, o conhecimento e envolvimento no espaço social permitem ao pesquisador estar em contato direto com o objeto específico de seu estudo, propiciando um maior aprofundamento do fenômeno que investiga. A abordagem qualitativa adentra no mundo dos significados das ações e relações humanas desenvolvidas no contexto social pesquisado.

Conforme Trentini e Paim (1999), a pesquisa qualitativa estuda o fenômeno na sua totalidade e valoriza a subjetividade. Na pesquisa qualitativa, a fundamentação teórica vai sendo construída após a análise das informações, sendo que esta, não aceita orientações teóricas diretivas e, portanto, a sustentação teórica, na pesquisa qualitativa, não

estará necessariamente no início do estudo para direcioná-lo, mas somente para apoiar a sustentação do tema.

Para este estudo foi proposta a trajetória metodológica da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), entendida como

aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; portanto, esta pesquisa está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A pesquisa convergente assistencial é método de pesquisa que converge para a prática assistencial de Enfermagem de forma a possibilitar inovações, legitimar cientificamente as bases de mudanças desejáveis e encontrar soluções para problemas existentes nas situações sociais da assistência (TRENTINI; PAIM, 2001).

O ato de assistir/cuidar está incluído no processo de pesquisar. Segundo as autoras Trentini e Paim (1999) esta modalidade articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois os seus resultados são canalizados progressivamente, durante o processo de pesquisa, para as situações práticas; por outro lado os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática.

Para Trentini e Paim (1999, p.28) a PCA se caracteriza como abordagem qualitativa, pois inclui necessariamente variáveis subjetivas na interação entre o pesquisador e os participantes da pesquisa. O profissional de enfermagem encontra instrumento útil para “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando implicações teóricas e práticas do seu fazer.

A trajetória metodológica percorre processo de ordem crescente, que vai “do eu fazer” para o “como fazer” e, deste para o “por que fazer”, ou seja, “saber fazer” (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 28). Conforme as autoras *op cit.* a pesquisa convergente assistencial:

Não se propõem a generalizações, mas sim transferências; conduzida para desvelar realidades; resolução de problemas específicos e introdução de inovações em situações específicas em determinado contexto da prática profissional; se propõe a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer; não estabelece métodos e técnicas científicas da pesquisa, aceita métodos baseados nos mais variados paradigmas da ciência (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 27).

A finalidade da PCA é produzir conhecimento que forneça subsídios para fazer imediato, em que o pesquisador e os sujeitos da pesquisa estão envolvidos e tem o objetivo de melhorar a situação encontrada no início. Para tanto, são exigidos alguns critérios específicos à natureza do seu compromisso com a prática assistencial, a saber:

O tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e estar associado à situação problema da prática. Deve ser de interesse da população e do profissional envolvido, propondo soluções e mudanças a serem realizadas; deve introduzir inovações no campo da prática a serem desenvolvidas concomitantemente com o trabalho do pesquisador; envolver de maneira participativa as pessoas investigadas; reconhecer dados obtidos no processo

da prática assistencial como dados de pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2001, p. 28).

Necessariamente a PCA, envolve-se com a vida de seres humanos e esta consiste, em si mesma, em tema inesgotável. Esse tipo de pesquisa requer explicação ética, não só por relatar situações vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa, mas também por descobrir avanços possíveis do conhecimento e novas ações daí decorrentes (TRENTINI; PAIM, 2001).

As autoras citadas anteriormente apresentam as semelhanças entre o processo de assistência/cuidado e o processo de pesquisa. Ambos os processos requerem coleta de informações para identificar problemas, desenvolver planos e implementá-los. Na prática assistencial, as informações submetidas à análise levam ao diagnóstico e estes, à assistência, enquanto na pesquisa levam a interpretações construtivas e estas às descobertas e possíveis encaminhamentos de transformações, de mudanças.

Para realização dessa modalidade de pesquisa é necessária à participação ativa dos sujeitos da mesma, pois está orientada para diminuir os problemas da prática:

quando um pesquisador decide desenvolver uma pesquisa de campo convergente assistencial, ele precisa estar convencido de seus interesses em inserir-se no campo da prática assistencial, [...] o pesquisador coloca-se em compromisso com a construção de um conhecimento novo para a renovação das práticas assistenciais no campo estudado (TRENTINI; PAIM, 2003, p. 25). A pesquisa, assistência e participação são elementos centrais dessa metodologia. Da articulação desses três elementos emerge outro, unificador, que denominamos convergência; estes tomam parte em

duplo jogo [...] articulando teoria e prática (TRENTINI; PAIM, 1999, p. 83).

A pesquisa convergente-assistencial foge dos modelos tradicionais de pesquisa, pois não estabelece métodos específicos. O método aglomera várias estratégias e técnicas destinadas a obter informações, desde que atendam os principais critérios da pesquisa convergente-assistencial propostos por Trentini e Paim (1999): ter como propósito a resolução de problemas, sejam de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo da prática; ser desenvolvida concomitante com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa, envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer dados obtidos no processo da prática assistencial como dados de pesquisa.

A trajetória da pesquisa convergente-assistencial deve seguir no seu processo de investigação, segundo Trentini e Paim (2004) as fases: de concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação.

Na fase de **concepção** são determinados: o tema a ser pesquisado, a questão de pesquisa, os propósitos, os objetivos, a revisão de literatura, introdução e justificativa. São geradas abstrações mentais, formuladas definições, inter-relações, argumentações e contextualizações.

As decisões metodológicas como a escolha do espaço de pesquisa, dos participantes, dos métodos e técnicas de obtenção das informações, são tomadas na fase de **instrumentalização**.

As entrevistas e outras formas que contemplem escutar o outro com sensibilidade e criatividade, de acordo com a ética da assistência e da vida humana, configuram estratégias para a obtenção de informações, que devem ser determinadas na fase de **perscrutação**.

A fase de **análise** compreende a apreensão (coleta e organização das informações), síntese, teorização e recontextualização. Os resultados do processo: síntese

(associações e variações das informações), teorização (relações reconhecidas no processo de síntese: pressupostos e questionamentos) e transferência (socialização dos resultados singulares) compõem a última fase da PCA, a fase de **interpretação**.

Para Dall Bello (2003, p.224) trabalhar com a metodologia convergente assistencial permite:

repensar, renovar, inovar e refazer sua prática profissional, sem contudo se distanciar do dia-a-dia, ao contrário, foi objeto de estudo, trabalho e reflexão, evidenciando maior qualidade e possibilidade na arte de ensinar/cuidar/pesquisar.

Ao se utilizar da metodologia convergente-assistencial, num estudo realizado envolvendo um grupo de pessoas na condição crônica de diabetes mellitus, Beltrame (2003, p.203), sugere que esta pesquisa

desmistifica o pensamento que somente a academia pode fazer pesquisa, pois como constatado no estudo realizado, esta modalidade concilia a assistência e a pesquisa e deve ser realizada no cenário da prática assistencial.

Assim como Moretto (2003, p.224) afirma que a pesquisa convergente assistencial

demonstrou que a prática dos enfermeiros, assistencial ou educativa, pode ser uma fonte inesgotável de pesquisa. Oportuniza discussões, reflexões críticas e sugere respostas às inquietações de forma agradável e com vínculo direto com o cotidiano.

Para Trentini e Paim (1999, p.26), a pesquisa convergente-assistencial

é aquela que mantém, durante todo o seu processo, estreita

relação com a relação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social; portanto, este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

Ainda que a prática assistencial e a pesquisa convergente-assistencial possuam características particulares, uma depende da outra, e ambas precisam ser desenvolvidas simultaneamente, pois a introdução da pesquisa, no cotidiano do processo de trabalho da enfermeira, é um dos critérios básicos da metodologia convergente-assistencial.

Em busca da interação entre a prática assistencial, atenção individualizada e necessidade de interação junto ao idoso, considerou-se que a metodologia da PCA como aquela que oferece possibilidade de aproximação e negociação para promoção da saúde bucal do idoso hospitalizado em clínica médica, equipe de enfermagem, acompanhante do idoso e pesquisador.

4.2 O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

A análise dos dados, numa pesquisa qualitativa, compreende diferentes formas de análise; neste estudo, a técnica utilizada foi o "Discurso do Sujeito Coletivo" (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003, p.15) que a definem como sendo: "proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, dentre outros".

A proposta consiste, essencialmente, em analisar as informações verbais coletadas, retirando-se as idéias centrais e/ou ancoragens e suas correspondentes expressões-chave; com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragens

semelhantes compõem-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular.

Para Lefèvre e Lefèvre (2003, p.14),

quando se investiga algo que as pessoas efetivamente têm, esse algo já está completamente dado antes da pesquisa, enquanto que, quando se trata de pesquisa acerca daquilo que as pessoas professam, a variável existe de modo apenas virtual necessitando ser construída durante ou através do próprio processo de investigação.

Para o desenvolvimento da proposta, os autores do método DSC estabeleceram as seguintes figuras metodológicas:

Expressões-chave (EC): são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhados, e que revelam a essência do depoimento, constituem matéria-prima para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo.

Idéias centrais (IC): É um nome, ou expressão lingüística que descreve, de forma sintetizada e precisa, cada um dos discursos analisados e cada conjunto homogêneo de expressões-chave.

Ancoragem (A): Algumas expressões-chave remetem não a uma idéia central correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem (esta figura metodológica não foi utilizada neste estudo).

Discurso do Sujeito coletivo (DSC): é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pela expressões-chave que têm a mesma idéia central ou ancoragem.

Lefèvre e Lefèvre (2003, p.16), afirmam que: O sujeito coletivo se expressa, através de discurso emitido no que se poderia chamar de "primeira pessoa (coletiva) do singular". Trata-se do "eu" sintático que, ao mesmo tempo

em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que este "eu" fala pela ou em nome de uma coletividade.

Este discurso coletivo permite trazer à luz o sujeito coletivo. Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, os autores recomendam que, para a tabulação dos dados coletados, o pesquisador siga rigorosamente os seguintes passos: a) Analisar cada questão isoladamente; b) Identificar e destacar em cada resposta as expressões-chave das idéias centrais; c) Identificar as idéias centrais a partir das expressões-chave; d) Identificar e agrupar as idéias centrais de mesmo sentido ou de sentido equivalente, ou de sentido complementar; e) Criar idéia central que expresse todas as idéias do mesmo sentido; f) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Na construção do Discurso do Sujeito Coletivo, devem-se aplicar alguns critérios: a coerência do discurso, o posicionamento próprio frente ao tema e a distinção entre a diferença e a complementaridade do DSC e a chamada "artificialidade natural".

5. METODOLOGIA

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA

O desenvolvimento de revisão integrativa iniciou com a busca na literatura científica sobre cuidados de enfermagem direcionados a higiene bucal dos idosos hospitalizados. Esse constitui um método de pesquisa que permite a busca, a síntese das evidências disponíveis e a avaliação crítica do tema a ser estudado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento, a implementação de intervenções efetivas na prática, bem como a identificação de lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas com o desenvolvimento de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Segundo Whitemore (2005), a revisão integrativa é método de revisão mais amplo que os demais, pois permite adicionar literatura teórica e empírica, além de estudos com diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa). É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão.

Para o desenvolvimento da revisão integrativa, primeiramente o revisor define o objetivo específico, formula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas, então realiza a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Posteriormente o mesmo avalia criticamente os critérios e métodos aplicados no desenvolvimento dos estudos selecionados para determinar se são apropriados metodologicamente. Esse passo resulta em redução do número de estudos incluídos na fase final da revisão. Os dados coletados desses estudos são analisados de maneira sistemática e interpretados, sintetizados e as conclusões são

formuladas originadas dos vários estudos incluídos na revisão integrativa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

5.1.1 As fases da revisão integrativa

Para elaboração da revisão integrativa cujos resultados possam subsidiar as práticas em saúde é necessário que as etapas da revisão estejam claramente descritas. O processo de elaboração da revisão integrativa encontra-se bem definido na literatura; entretanto, diferentes autores adotam formas distintas de subdivisão de tal processo, com pequenas modificações (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

No geral, os autores seguem cinco ou seis etapas que são: Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa, amostragem ou busca na literatura, categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008); (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009).

A identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa consiste na formulação da questão de pesquisa do tema delimitado e, posteriormente, a definição das palavras-chave para a estratégia de busca dos estudos. A pergunta deve ser explícita e clara para auxiliar na identificação das palavras-chave, na delimitação da busca das informações, como também na escolha dos estudos e das informações a serem extraídas (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009). Ao final desta primeira fase, a questão de pesquisa abordada pela revisão, assim como suas finalidades, nesta dissertação foi: qual o conhecimento produzido acerca do cuidado de enfermagem a saúde bucal de idosos? Esta questão tem finalidade de conhecer a produção científica acerca do cuidado de enfermagem a saúde bucal de idosos, na literatura científica nacional e internacional, publicada nos últimos cinco anos.

A coleta de dados envolveu a elaboração dos critérios para a busca e seleção dos periódicos que constituiriam a população do estudo. Nesta fase, foram definidas as bases de dados a serem pesquisadas, os termos de pesquisa, e os critérios de inclusão e exclusão para determinar as fontes relevantes para a etapa seguinte.

Na revisão integrativa, a população de estudo são os artigos encontrados com a combinação das palavras-chave que foram selecionados na literatura científica, respeitando-se os critérios de seleção previamente definidos.

As publicações e estudos que compuseram a amostra seguiram os seguintes critérios de inclusão: 1) Estar indexados na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), de acordo com as palavras-chave: idoso, saúde bucal e enfermagem; 2) Ser publicação redigida nos idiomas português, inglês ou espanhol; 3) Ser publicados no período de 2009 a 2013; 4) Apresentar resumo para primeira análise; 5) Ter disponível texto completo. Após leitura dos resumos, foi realizada leitura dos textos completos para verificar a coerência com o tema de estudo.

Os critérios de exclusão foram: 1) Ser redigido nos idiomas que não sejam português, inglês ou espanhol; 2) Não apresentar resumo para primeira análise; 3) Texto completo indisponível; 4) Não ter relação com o tema.

A coleta de dados ocorreu no mês de janeiro de 2014. Após a constituição da amostra, os dados foram analisados de maneira objetiva, utilizando-se instrumento que contemplou as fases de análise da revisão integrativa, com vistas a atingir os objetivos da pesquisa (CAMPOS, 2005). A análise dos artigos iniciou com a utilização de instrumento previamente elaborado e que possibilite a investigação das várias dimensões dos estudos (GANONG, 1987).

Para avaliação dos dados foram inseridas informações provenientes do *corpus* de análise em formulário de registro específico (Apêndice I), contendo: código identificador, título da publicação, autor/IES, fonte,

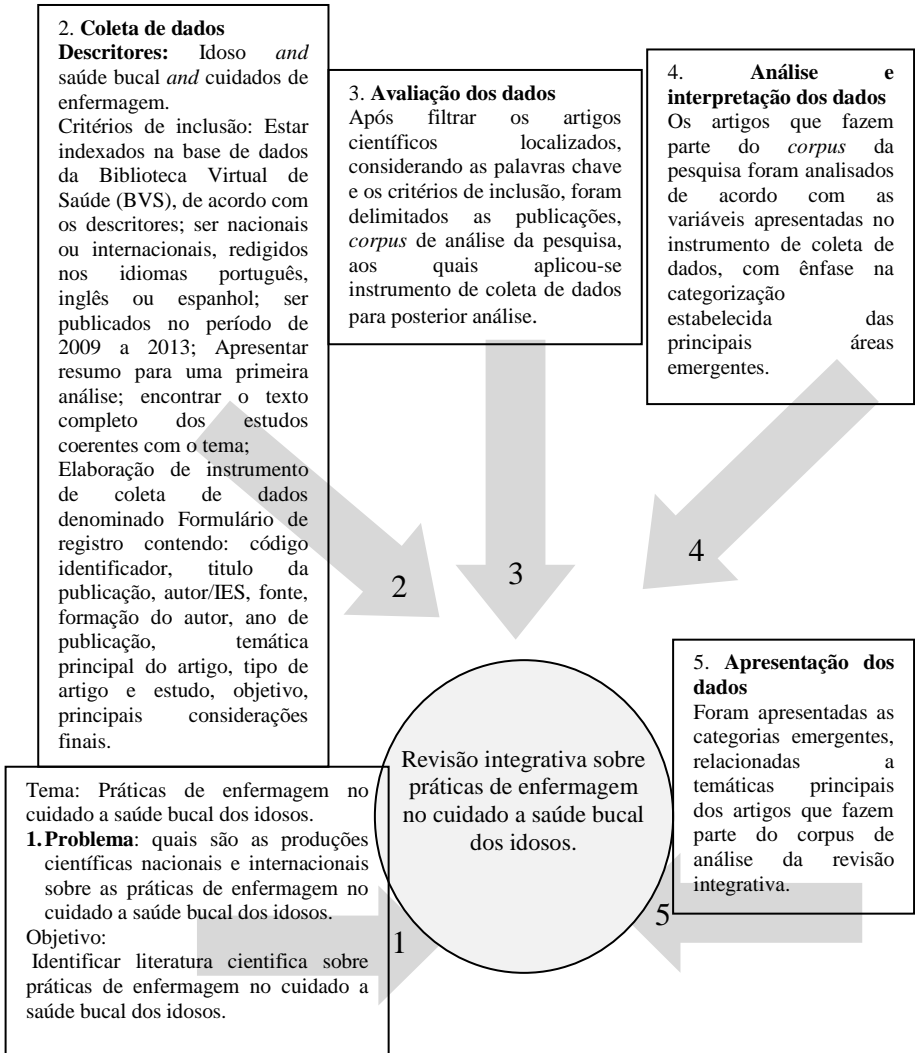
formação do autor, ano de publicação, temática principal do artigo, tipo de artigo e estudo, objetivo, principais considerações finais. Nesta fase foi avaliada a qualidade dos dados individuais obtidos, e cada conjunto de dados foi examinado para determinar se os fatores apresentados estavam relacionados com o problema definido anteriormente. Assim, ao final, obteve-se um total de 33 artigos como *corpus* de análise, que se caracteriza como conjunto de textos submetidos à apreciação, que representa a multiplicidade de visões de mundo dos sujeitos acerca do fenômeno investigado (MORAES, 2005).

A análise de dados foi desenvolvida através da análise textual, que consiste em forma aprofundada de imersão nos processos discursivos, como alcançar saberes sob a forma de compreensão reconstruída dos discursos. Esse método de análise dos conteúdos categoriza enunciados e produz textos, de maneira a integrar descrição e interpretação (MORAES, 2005). A análise textual utiliza como fundamento de sua construção o sistema de categoria, *corpus* de análise, no qual foram identificadas as categorias emergentes relacionadas à temática estudada. Os dados foram então, ordenados, codificados, categorizados e resumidos em conclusão integrada sobre o problema de pesquisa. Posteriormente foi realizada interpretação das fontes primárias, sendo que os dados selecionados foram comparados e agrupados por similaridades.

Quanto a apresentação dos dados, as conclusões de revisões integrativas podem ser em forma de texto ou diagramas. A conclusão deverá contribuir para novo entendimento do fenômeno, assim como apresentar as implicações para a prática, sugerindo novas iniciativas de pesquisa. Nesta fase, foram apresentadas as conclusões da revisão integrativa implementada, demonstrando sua elaboração, agregada as reflexões fundamentadas com literatura científica.

Na sequência está apresentado o desenho da revisão integrativa da presente dissertação (figura 2).

Figura 2: Desenho da revisão integrativa da presente dissertação, 2015.



5.2 PESQUISA CONVERGENTE ASSISTENCIAL

A trajetória metodológica desenvolvida nesta pesquisa compreende: abordagem metodológica, informantes, cenário do estudo; os métodos e técnicas para a coleta, os registros e as análises dos dados, bem como, a operacionalização do processo de trabalho.

5.2.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, ancorado na concepção metodológica proposta por Trentini e Paim (1999), denominada Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), sendo sua principal característica a convergência com a prática assistencial.

Nesta investigação, as informações foram coletadas, nas entrevistas realizadas com os idosos. A prática se evidenciou pela sensibilização para promoção da saúde bucal dos idosos hospitalizados.

5.2.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo investigado compreendeu a CM1 do HU/UFSC, que presta atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O conhecimento do cenário de atuação dos participantes da pesquisa foi realizado para melhor entendimento do processo de trabalho das enfermeiras e de sua inserção no processo de cuidar.

A CM1 fica localizada no terceiro andar do HU/UFSC. Devido à reforma em andamento da estrutura física do setor, a CM1 esteve alocada provisoriamente no local que será destinado à área de transplante e queimados, em 2015 esta unidade está isolada devido à superbactérias.

O ambiente provisório da CM1 contava com dez quartos e 19 leitos de internação divididos por especialidades, sendo seis desses leitos específicos ocupados por pacientes da gastroenterologia, seis da pneumologia e sete leitos de CM1.

Os pacientes hospitalizados na CM1 chegam à unidade através do serviço de atendimento ambulatorial,

encaminhados pela emergência ou por transferência de outras unidades. Os pacientes hospitalizados nessa unidade são do sexo masculino e feminino e predominantemente acometidos por doenças pulmonares e gástricas, porém a unidade também interna pacientes com outras doenças crônicas em suas complicações, além pacientes apresentando quadros mais agudos.

5.2.3 INFORMANTES

Fizeram parte deste estudo nove idosos de ambos os sexos, hospitalizados na CM1 do HU/UFSC, da cidade de Florianópolis, SC. De acordo com o artigo 2º da Lei Federal nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, “é considerado idoso aquele que possui idade maior e/ou igual há 60 anos” (BRASIL, 1994).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão no estudo: a) estar hospitalizado em CM1 do HU/UFSC no período de setembro a dezembro de 2013; b) obter igual ou superior a 25 na Escala de Avaliação Cognitiva (Mini Mental) (Anexo A); c) obter escore de 0 a 2 na escala de Atividades de Vida Diária (AVD) (Anexo B) e escore de 9 na escala Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Anexo C).

A amostra em questão foi de nove idosos considerando que as internações na CM1 costumam se estender por períodos de aproximadamente 30 dias, logo no período de coleta de dados não houve alta rotatividade de pacientes, inclusive de idosos que atendessem os critérios de inclusão no estudo.

Na pesquisa convergente-assistencial, os participantes do estudo devem ser pessoas envolvidas no problema, e dentre estes, os que apresentarem melhores condições para colaborar com informações abrangentes, enfocando o problema pesquisado (TRENTINI e PAIM, 1999).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2003), quando se tem universo limitado, e o conhecimento de todos os

elementos que o constituem, é possível compor pessoalmente a amostra, abrangendo todos os indivíduos, segundo as características que se deseja estudar.

5.2.4 A COLETA E O REGISTRO DOS DADOS

A metodologia convergente-assistencial permite a utilização de diferentes técnicas para a obtenção de informações, desde que sejam pertinentes ao desenvolvimento do estudo. Neste estudo, para a coleta de dados foi utilizada entrevista. As informações foram coletadas no período setembro a dezembro de 2013.

5.2.4.1 As Entrevistas

Na pesquisa convergente-assistencial, a entrevista não se restringe a uma simples técnica de coleta de dados para o estudo, mas vai além, ampliando os horizontes de delimitação pelas implicações inerentes ao cuidado do paciente.

No entender de Lefèvre e Lefèvre (2003), a matéria-prima das pesquisas qualitativas é o discurso dos sujeitos entrevistados, logo o pesquisador deve empenhar-se para elaborar perguntas que auxiliem a sua produção. O discurso é a expressão verbalizada, por meio da qual o entrevistado expressa pensamentos, sentimentos e aspirações.

Para a obtenção de informações, foi utilizada entrevista individual com idosos (Apêndice A). A entrevista foi composta por questões abertas com o objetivo de provocar o participante para que este respondesse aos questionamentos com suas próprias palavras, o que permite, segundo Grey (2001), obter quadro mais completo das experiências dos sujeitos da pesquisa, do que seria fornecido por um questionário estruturado.

Inicialmente, realizou-se entrevista piloto com um idoso hospitalizado na CMI com o objetivo de validar o instrumento e efetuar possíveis alterações, para verificação da pertinência e suficiência das perguntas formuladas para o desenvolvimento do trabalho. Não houve necessidade de

alterar o instrumento, uma vez que o idoso compreendeu os questionamentos e as respostas foram claras e completas

As entrevistas foram realizadas na própria CM1 do HU/UFSC, em local preservado, respeitando a privacidade e obedecendo ao cronograma estabelecido juntamente com a enfermeira coordenadora. A cada troca de plantão da unidade era verificada a quantidade de idosos que estava internada e assim os mesmos eram convidados a participar do estudo. Foram explicitados os objetivos e as etapas do trabalho, a seguir os aspectos éticos seguidos no transcorrer do estudo; e por fim o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado por todos os participantes do estudo.

Para preservar a identidade dos participantes, estabeleceu-se códigos numéricos, utilizados na tabulação dos discursos processados individualmente, mantendo esta ordem em todo o processo de organização e análise das informações apresentadas no Discurso do Sujeito Coletivo. Para registro das informações obtidas tem-se o DSC I referente a coleta de dados da entrevista com idoso.

5.2.5 A ANÁLISE DOS DADOS

Por tratar-se de pesquisa de abordagem convergente-assistencial, a análise das informações qualitativas ocorreu simultaneamente com os processos de coleta de dados, permitindo que o pesquisador pudesse intervir no contexto quando necessário.

O tratamento das informações conduziu à teorização sobre os dados qualitativos, produzindo o confronto entre a abordagem teórica e a investigação de campo, com singular contribuição. O DSC emergente da pesquisa foi analisado com a utilização de fundamentação em literatura científica adequadas a cada tema.

5.2.6 APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Os dados coletados nas entrevistas estão apresentados por meio de expressões-chave retiradas do

discurso individual professado pelos idosos, agrupados segundo idéias centrais semelhantes, dando origem a um discurso síntese denominado Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo o proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003, p.56).

As informações retiradas das entrevistas para compor o perfil dos idosos estão expressos descritivamente.

Inicialmente, foram retirados dos discursos individuais professados as expressões-chave. A seguir, agruparam-se as idéias centrais semelhantes de todos os participantes, que geraram novo grupamento de expressões-chave. Para cada grupo de expressões-chave semelhantes foi construído novo DSC.

5.2.7 RIGOR DA PESQUISA E OS ASPECTOS ÉTICOS

O rigor, na pesquisa convergente-assistencial (PCA), se manifesta quando são mantidos, durante todo o processo de investigação, os critérios essenciais que a embasam; não valorizando a neutralidade e enfatizando a participação dos sujeitos na pesquisa e a colocação do pesquisador no papel de sujeito. Um dos pilares da PCA consiste na crença de que a realidade é múltipla e pode ser construída. A PCA é entendida como agregado de normas científicas de procedimentos metodológicos e de imaginação científica, respaldada pela prática de enfermagem que é vista como um misto de ciência, tecnologia e arte.

No desenvolvimento da pesquisa foi mantida a fidelidade ao critério de credibilidade, requerido para atender ao rigor científico, segundo a proposta da PCA. E que se expressa na trajetória da pesquisa, que é desenhada com clareza, transparência e fidelidade às interpretações das informações coletadas junto aos participantes, na configuração do cenário de pesquisa; na valorização dos dados não no tamanho da amostra e nos resultados subsidiados na prática assistencial pesquisada. Convergento para apresentação de sugestões e possibilidades para

repensar a promoção da saúde bucal do idoso hospitalizado em clínica médica.

Segundo Trentini e Paim (2004, p.108), "...a ética da PCA coloca-se na referência à socialização da idéia no âmbito interno da equipe local onde a pesquisa está sendo projetada, (...) por se tratar de tema emergente da prática assistencial, impõem-se o respeito ao caráter coletivo das informações de todos os envolvidos com a questão que vai ser investigada".

A escolha dos participantes e participação dos mesmos ocorreu após concordância em participar do estudo, e formalização de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE III), conforme o artigo 35, da Resolução n.º 196/96 e artigo 4 da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. A participação no estudo não implicou em vantagens financeiras a qualquer participante.

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi encaminhado para aprovação em banca de qualificação. Após sucesso desta etapa foi solicitada autorização para a instituição participante (HU/UFSC), mediante assinatura do termo de autorização para a realização da pesquisa. Tendo recebido parecer favorável para o desenvolvimento do estudo foi submetida a proposta na Plataforma Brasil, respeitando o encaminhamento do projeto ao Comitê de Ética, obtendo parecer favorável sob o número nº 402.466 (ANEXO IV).

6. CARACTERIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Conforme deliberado no art. 50º, parágrafo único do regimento do Curso de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde, os resultados e discussão deste estudo são apresentados por meio de três manuscritos. O primeiro intitulado: “**CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA**” refere-se a revisão integrativa da literatura sobre a produção científica acerca do cuidado de enfermagem a saúde bucal de idosos, na literatura científica nacional e internacional, publicada nos períodos de 2009-2013.

O segundo manuscrito intitulado: “**SAÚDE BUCAL NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS**”, trata-se de uma pesquisa qualitativa ancorada na concepção metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial a qual objetivou descrever a percepção da saúde bucal pelos idosos hospitalizados na CM1 do HU/UFSC.

Já o terceiro manuscrito intitulado: “**SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL**”, trata-se de relato de experiência sobre as atividades realizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem da CM1 do HU/UFSC, sobre a importância da promoção da saúde bucal dos idosos internados. Como produto final obteve-se relatório de pesquisa para ser entregue na unidade de CM1 do HU/UFSC; folder educativo destinado aos idosos hospitalizados, para complementar as orientações fornecidas aos pacientes durante a internação; e proposta de oficina de sensibilização para ser realizada com a equipe de enfermagem na unidade.

6.1 MANUSCRITO I

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA SAÚDE BUCAL DOS IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Resumo

Introdução: No contexto de cuidado ao idoso hospitalizado, a Enfermagem busca atender às necessidades básicas, dentre elas se destaca a saúde bucal, necessária para a condição de saúde e bem-estar. **Objetivo:** Descrever a produção científica acerca do cuidado de enfermagem à saúde bucal de idosos na literatura científica nacional e internacional publicada nos últimos cinco anos. **Método:** trata-se de revisão integrativa, com coleta de dados seguindo os seguintes critérios: 1) Estar indexados na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); 2) Busca com as palavras-chave: idoso, saúde bucal e enfermagem; 3) Ser publicação redigida nos idiomas português, inglês e espanhol; 4) Ser publicados no período de 2009 a 2013; 5) Apresentar resumo para primeira análise; 6) Ter disponível texto completo. Após leitura dos resumos, foi realizada uma leitura dos textos completos para verificar a coerência com o tema de estudo. Para avaliação dos dados, foram inseridas informações provenientes do *corpus* de análise em formulário de registro específico. Ademais, houve uma análise textual elencada segundo categorias temáticas. **Resultados:** Obteve-se um total de 33 artigos como *corpus* de análise, subdivididos em duas categorias temáticas: idosos institucionalizados, com 27 artigos, e idosos hospitalizados, com cinco artigos. **Conclusão:** O cuidado em saúde bucal ultrapassa somente o conforto, envolve essencialmente a condição de saúde. É necessário conhecimento dos profissionais de enfermagem para avaliação da cavidade bucal. Dessa forma, protocolos e *guidelines* podem auxiliar na sistematização das atividades, porém a educação para os profissionais e os próprios idosos é necessária. **Palavras-chave:** Idoso; Saúde Bucal; Assistência à Saúde; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Hospitalização; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Within the context of care to hospitalized elderly, Nursing seeks to meet the basic needs, and, among them, one should highlight oral health, necessary for health condition and welfare. **Objective:** To describe the scientific production about the nursing care to the oral health of elderly in the national and international scientific literature published in the last five years. **Method:** This is an integrative review, where data collection has obeyed the following criteria: 1) Being indexed in the database of the Virtual Health Library (VHL); 2) Search with the keywords: elderly, oral health and nursing; 3) Being a publication drafted in Portuguese, English or Spanish; 4) Being published in the period from 2009 to 2013; 5) Presenting abstract for first analysis; 6) Having full text available. After reading the abstracts, we performed the reading of full texts in order to verify the coherence with the study topic. In order to assess data, we inserted information from the corpus of analysis in a specific registration form. Moreover, there was a textual analysis set out according to thematic categories. **Results:** We obtained a total of 33 papers as corpus of analysis, subdivided into two thematic categories: institutionalized elderly, with 27 papers, and hospitalized elderly, with five papers. **Conclusion:** Oral health care exceeds the bounds of comfort, essentially involves health condition. It requires knowledge from nursing professionals to assess the oral cavity. Accordingly, protocols and guidelines may assist in the systematization of activities, but education for the professionals and the elderly themselves is necessary. **Keywords:** Elderly, Oral Health, Health Care, Long-stay Institution for the Elderly, Hospitalization, Nursing.

Resumen

Introducción: En el contexto de cuidado del anciano hospitalizado, la Enfermería busca atender a las necesidades básicas, entre estas se destaca la salud bucal, necesaria para la condición de salud y bienestar. **Objetivo:** Describir la

producción científica acerca del cuidado de enfermería a la salud bucal de ancianos en la literatura científica nacional e internacional publicada en los últimos cinco años. **Método:** Se trata de revisión interactiva, con recolección de datos siguiendo los siguientes criterios: 1) Estar indexados en la base de datos de la Biblioteca Virtual de Salud (BVS); 2) Búsqueda con las palabras-clave: anciano, salud bucal y enfermería; 3) Ser publicación escrito en los idiomas portugués, inglés o español; 4) Ser publicados en el período de 2009 a 2013; 5) Presentar resumen para primera análisis; 6) Tener texto completo disponible. Después de la lectura de los resúmenes, fue realizada la lectura de los textos completos para verificar la coherencia con la temática de estudio. Para evaluar dos datos, fueran inseridas informaciones provenientes del *corpus* de análisis en formulario de registro específico. Además, hubo un análisis textual enumerado según categorías temáticas. **Resultados:** Se obtuvo un total de 33 artículos como *corpus* de análisis, subdivididos en dos categorías temáticas: ancianos institucionalizados, con 27 artículos, y ancianos hospitalizados, con 5 artículos. **Conclusión:** El cuidado en salud bucal ultrapasa solamente el confort, envuelve esencialmente la condición de salud. Es necesario conocimiento de los profesionales de enfermería para evaluación de la cavidad bucal. De esa manera, protocolos y *guidelines* pueden auxiliar en la sistematización de las actividades, pero la educación para los profesionales y los propios ancianos es necesaria. **Palabras clave:** Anciano; Salud Bucal; Asistencia a la Salud; Institución de Estadía Larga para Ancianos; Hospitalización; Enfermería.

Introdução

Durante o processo de envelhecimento constata-se grandes alterações fisiológicas e metabólicas em órgãos, paredes e tecidos, ocorrendo processos clínicos muitas vezes irreversíveis. Assim como em todo organismo, as estruturas orais sofrem ação do processo de envelhecimento e estas podem comprometer algumas funções, como comunicação, alimentação e auto-estima (VELOSO; COSTA 2002).

O sistema estomatognático, relacionado diretamente a funções vitais como mastigação, fonação, deglutição e respiração, também são influenciados pelo envelhecimento. (SHIMAZAKI et al., 2001). Segundo BRUNETTI et al. (2002), a perda de elementos dentários tem consequências em todos os órgãos do corpo, bem como no convívio social, que se torna dificultado e aparência física pode ser, infelizmente, um fator de exclusão social.

BORAKS (2002) afirma que, com a perda de elementos dentários e/ou abrasão dos dentes remanescentes, ocorre diminuição da dimensão vertical. A pele torna-se menos espessa e seca, perdendo tônus muscular. As glândulas salivares reduzem em tamanho e função, podendo promover o surgimento de hipossalivação. Outro aspecto importante, ainda segundo BORAKS (2002), é o idoso queixar-se de ardência na mucosa bucal, originada por erosões e úlceras traumáticas propiciadas pela diminuição do teor hídrico, fibrose e perda de elasticidade da mucosa. São também exacerbadas por infecções devido a microrganismos oportunistas.

Pode-se observar aumento da gengiva inserida, hipoqueratinização e redução do número de células do tecido conjuntivo na gengiva (BARBOSA; BARBOSA, 2002). Os mesmos autores afirmam que a língua é outro órgão que, com o envelhecimento, apresenta alterações, tais como aspecto liso, plana e com atrofia de papilas; devido a condições resultantes da deficiência de ferro ou de combinações de deficiências causadas por fatores nutricionais.

À medida que as alterações metabólicas tornam-se mais intensas, a neoformação óssea torna-se menos ativa, os rebordos alveolares diminuem em altura e espessura, expondo as raízes dentárias, proporcionando o aumento de lesões de cárie (BORAKS, 2002).

Culturalmente, acreditava-se que a perda dos dentes e, conseqüentemente a transformação do sorriso, seria processo natural do envelhecimento, porém autores afirmam

que essa perda dentária pode ocorrer devido à negligência com a higiene bucal, além das limitações físicas, dos problemas visuais e demência, que podem ocorrer no processo de longevidade, proporcionado um comprometimento do autocuidado e do acúmulo elevado de biofilme (DE VISSCHERE et al., 2006).

Segundo Schneid et al (2007) manter a boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas, pois os cuidados diários, como a escovação e o uso do fio dental, ajudam a evitar que os problemas dentários se tornem mais graves. Quando se transporta essa reflexão à vivência diária de pacientes hospitalizados, tem-se desafio ainda maior, que é a manutenção a saúde bucal através de hábitos adequados de higiene durante o período de internação, visando a atenção integral.

Sabe-se que as práticas de higiene bucal desempenham importante papel na prevenção das doenças bucais (SCHNEID et al, 2007). Porém segundo Creutzberg et al (2004) estas não são priorizadas no cotidiano diário dos profissionais de enfermagem.

Como assinalam Perim et al (2003), as ações desenvolvidas em programas para idosos devem promover a interação com as demais áreas do conhecimento, pois a avaliação de saúde geral e bucal dessa população requer conhecimentos interdisciplinares e acompanhamento multiprofissional.

No contexto de cuidado ao idoso hospitalizado e/ou institucionalizado, a Enfermagem busca atender às necessidades básicas de auto-estima, aceitação, afeto, segurança, liberdade e auto-realização. Nesta categoria, a assistência nos cuidados pessoais, usuais e especiais, por incapacidade e impossibilidade de autocuidado, constitui a regra básica das ações de Enfermagem ao idoso (ROACH, 2003).

A higiene bucal é atribuição da equipe de Enfermagem e sua responsabilidade é garantir o cuidado cotidiano de higiene e conforto. Entretanto o conhecimento

da Enfermagem sobre a saúde bucal pode ser limitado, razão pela qual, na prática clínica, muitas vezes, a higiene bucal não é priorizada (SANCHEZ, 2000).

Segundo Mello e Erdmann (2007), possuir informação é fundamental para a realização das práticas do cuidado, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que informação disponível e de qualidade: a pessoa possuidora da informação precisa processá-la e incorporá-la para que seja transformada em ação. Para tanto, faz-se necessário desenvolver recursos prévios para possibilitar a aquisição da informação disponível e também, o seu processamento e tradução em práticas.

As orientações sobre os cuidados bucais devem ser adequadas às habilidades motoras e capacidade cognitiva do paciente. Desse modo, os propósitos preventivos devem ser compreendidos pelo paciente e por seu grupo de apoio (familiares e/ou enfermagem). Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem a realização de higiene bucal satisfatória, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado.

Autores como Araújo et al (2009), sugerem as equipes de enfermagem a utilização de guia de procedimentos adequados de higiene bucal e avaliação do nível de dependência, o qual relaciona a necessidade de procedimentos adequados de higiene bucal e diferentes níveis de dependência dos pacientes. Já Schneid (2007) elaborou protocolo contendo as práticas de promoção da saúde bucal desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem junto aos pacientes hospitalizados em um hospital regional. Ambos autores enfatizam que as práticas de higiene bucal e das próteses dentárias devem ser sistematizadas em diferentes cenários do estudo por meio de protocolos de Enfermagem em saúde bucal, o que induz aproximação entre a Enfermagem e a Odontologia, respeitando os limites de atuação de cada uma dessas áreas, o que possibilitará avanços no cuidado integral aos idosos hospitalizados.

Neste contexto questiona-se qual é o conhecimento produzido acerca do cuidado de enfermagem a saúde bucal de idosos? Desta forma tem-se como objetivo descrever a produção científica acerca do cuidado de enfermagem a saúde bucal de idosos, na literatura científica nacional e internacional, publicada no período de 2009-2013.

Método

A revisão integrativa se constitui em um método de pesquisa que permite a busca, a síntese das evidências disponíveis e a avaliação crítica do tema a ser estudado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento, a implementação de intervenções efetivas na prática, bem como a identificação de lacunas de conhecimento que precisam ser preenchidas com o desenvolvimento de novas pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados aconteceu no mês de janeiro de 2014 e envolveu a elaboração dos critérios para a busca e seleção dos periódicos que constituiriam a amostra do estudo. Nesta fase, foram definidas as bases de dados a serem pesquisadas, os termos de pesquisa, e os critérios de inclusão e exclusão para determinar as fontes relevantes para a etapa seguinte.

As publicações e estudos que compuseram a amostra seguiram os seguintes critérios: 1) Estar indexados na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), As bases de dados utilizadas para a busca foram as contempladas pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS é composta por fontes de informação em ciências da saúde que visa atender às necessidades de informação científico-técnica de profissionais e estudantes da área. Essa biblioteca é de domínio público e está disponível no endereço eletrônico: <http://www.bireme.br>. As principais bases de dados da BVS são: Medline, Lilacs, Ibecs, Cochrane e Scielo; 2) Busca com os descritores em português e inglês: idoso, saúde bucal e enfermagem (aged, oral health, nursing); 3) Ser publicação redigida nos idiomas

português, inglês ou espanhol; 4) Ser publicados no período de 2009 a 2013; 5) Apresentar resumo para primeira análise; 6) Ter disponível texto completo. Após leitura dos resumos, foi realizada leitura dos textos completos para verificar a coerência com o tema de estudo.

Para avaliação dos dados foram inseridas informações provenientes do *corpus* de análise em formulário de registro específico, contendo: código identificador, título da publicação, autor/IES, fonte, formação do autor, ano de publicação, temática principal do artigo, tipo de artigo e estudo, objetivo, principais considerações finais. Nesta fase foi avaliada a qualidade dos dados individuais obtidos, e cada conjunto de dados foi examinado para determinar se os fatores apresentados estavam relacionados com o problema definido anteriormente. Assim, ao final, obteve-se total de 33 artigos como *corpus* de análise, que se caracteriza como conjunto de textos submetidos à apreciação, que representa a multiplicidade de visões de mundo dos sujeitos acerca do fenômeno investigado (MORAES, 2005).

A análise de dados foi desenvolvida através da análise textual, que consiste em forma aprofundada de imersão nos processos discursivos, com o alcançar saberes sob a forma de compreensão reconstruída dos discursos. Esse método de análise dos conteúdos categoriza enunciados e produz textos, de maneira a integrar descrição e interpretação (MORAES, 2005).

A análise textual utiliza como fundamento de sua construção o sistema de categoria, *corpus* de análise, no qual foram identificadas as categorias emergentes relacionadas à temática estudada. Os dados foram então, ordenados, codificados, categorizados e resumidos em conclusão integrada sobre o problema de pesquisa. Posteriormente foi realizada interpretação das fontes primárias, sendo que os dados selecionados foram comparados e agrupados por similaridades.

Quanto à apresentação dos dados, as conclusões de revisões integrativas podem ser em forma de texto ou diagramas, sendo que a escolhida no presente estudo foi em forma de texto. A conclusão contribui para novo entendimento do fenômeno, assim como apresenta as implicações para a prática, sugerindo novas iniciativas de pesquisa. Nesta fase, foram apresentadas as conclusões da revisão integrativa implementada, demonstrando sua elaboração, agregada as reflexões fundamentadas com literatura científica.

Respeitaram-se para realização desta revisão os preceitos éticos, sendo que mesmo com a utilização de fontes de dados secundárias, foram consideradas as normas nacionais e internacionais sobre direitos autorais.

Resultados

Ao buscar no Portal de pesquisa da BVS, utilizando os descritores: idoso, saúde bucal e enfermagem, unidos pelo operador booleanos *And* emergiram total de 46 artigos. Os artigos encontrados estavam indexados nas bases de dados Medline ou Scielo, conforme tabela 1. Destes 13 foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão: 12 não tinham relação com o tema da pesquisa, ou seja, não apresentavam a temática saúde bucal com idosos no resumo, e um não foi encontrado o texto na íntegra. Sendo assim o *corpus* de análise pautou-se em trinta e três artigos.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos selecionados de acordo com as bases de dados.

Base de dados	Total	Selecionados
Medline	41	29
Scielo	5	4

Após a seleção, os artigos foram analisados a partir dos indicadores presentes no instrumento de pesquisa resumidamente, como: número de codificação, autores,

banco de dados, periódico, título do artigo e ano de publicação, sendo apresentada na tabela 2 a seguir apresentação resumida dos artigos do *corpus* de análise.

Tabela 2 – Descrição dos artigos que compõe o *corpus* de análise.

Nº	Autores	Banco de dados	Periódico	Título do artigo	Ano
I	Testonz; Rossi; Marco	LILACS	Rev Esc Enferm USP	Utilização dos serviços de saúde por residentes em um condomínio exclusivo para idosos	2013
II	Jablonski; Kolanowski; Litaker	MEDLIN E	Geriatric nursing	Profile of home residents with dementia who require assistance with mouth care.	2011
III	van der Putten; Visschere; Schols; Baat; Vanobbergen	MEDLIN E	BMC Health	Oral Supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in (residential) care homes: a cluster randomized controlled clinical trial.	2010
IV	Mello; Zimmermann; Gonçalves	LILACS	Rev Gaucha Enferm	Avaliação da saúde bucal de idosos por enfermeiros: validade e	2012

					confiabilida de do instrumento ASBTO	
V	Coker E; Ploeg J; Kaasalainen S; Fisher A.	MEDLIN E	J Adv Nurs		A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults	2013
VI	Waldman; Perlman.	MEDLIN E	J Clin Nurs		Ensuring oral health for older individuals with intellectual and developmen tal disabilities	2012
VII	Hanne; Ingelise; Linda; Ulrich	MEDLIN E	J Clin Nurs		Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions	2012
VIII	Wårdh I; Jonsson M; Wikström M.	MEDLIN E	Gerodontolo gy		Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel-- an area in need of improvement	2012
IX	Unfer B; Braun KO; Ferreira AC; Ruat GR; Batista AK.	MEDLIN E	Gerodontolo gy		Challenges and barriers to quality oral care as perceived by	2012

				caregivers in long-stay institutions in Brazil	
X	Willumsen T; Karlsen L; Naess R; Bjørntvedt S.	MEDLIN E	Gerodontology	Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients?	2012
XI	De Visschere L; Schols J; van der Putten GJ; de Baat C; Vanobbergen J.	MEDLIN E	Gerodontology	Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial	2012
XII	Zuluaga DJ; Ferreira J; Montoya JA; Willumsen T.	MEDLIN E	Gerodontology	Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment	2012
XIII	Forsell M; Sjögren P; Kullberg E; Johansson O;	MEDLIN E	Int J Dent Hyg	Attitudes and perceptions towards oral	2011

	Wedel P; Herbst B; Hoogstraate J.				hygiene tasks among geriatric nursing home staff	
XIV	Ames NJ; Sulima P; Yates JM; McCullagh L; Gollins SL; Soeken K; Wallen GR.	MEDLIN E	Am J Crit Care		Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study	2011
XV	Sjögren P; Kullberg E; Hoogstraate J; Johansson O; Herbst B; Forsell M	MEDLIN E	J Adv Nurs		Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff	2010
XVI	Kullberg E; Sjögren P; Forsell M; Hoogstraate J; Herbst B; Johansson O.	MEDLIN E	J Adv Nurs		Dental hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people	2010
XVI I	Nitschke I; Majdani M; Sobotta BA; Reiber T; Hopfenmüller W.	MEDLIN E	J Clin Nurs		Dental care of frail older people and those caring for them	2010
XVI II	Mello AL; Erdmann AL; Brondani M.	MEDLIN E	Gerodontology		Oral health care in long- term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework	2010
XIX	Forsell M; Kullberg E; Hoogstraate J; Herbst B; Johansson O; Sjögren P.	MEDLIN E	Geriatr Nurs		A survey of attitudes and perceptions toward oral hygiene among staff	2010

						at a geriatric nursing home	
XX	Gonçalves, LHT; Mello, ASF; Zimmermann, K.	SCIELO	Esc. Nery Enferm	Anna Rev.		Validação de instrumento de avaliação das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados	2010
XXI	Bush Dickens Henry Durham Sallee Skelton Stein Cecil JC.	HM; NE; RG; L; N; J; PS;	MEDLIN E	Spec Care Dentist		Oral health status of older adults in Kentucky: results from the Kentucky Elder Oral Health Survey	2010
XXI I	Samson Berven Strand GV.	H; L;	MEDLIN E	Eur J Oral Sci		Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home	2009
XXI II	Jablonski RA; Munro CL; Grap MJ; Schubert CM; Ligon M; Spigelmyer P.		MEDLIN E	Geriatr Nurs		Mouth care in nursing homes: knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants	2009
XXI V	Munoz Touger-Decker Byham-Gray L; Maillet JO.	N;	MEDLIN E	Spec Care Dentist		Effect of an oral health assessment education program on nurses'	2009

					knowledge and patient care practices in skilled nursing facilities	
XX V	Przylynski, DS; Pelzer, MT; Santos, SSC; Silva, ME; Costa, CFS; Gasparim, AB.	SCIELO	Cogitare enferm		Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma instituição de longa permanência	2009
XX VI	Sloane PD; Zimmerman S; Chen X; Barrick AL; Poole P; Reed D; Mitchell M; Cohen LW.	MEDLINE	J Am Geriatr Soc		Effect of a person-centered mouth care intervention on care processes and outcomes in three nursing homes	2013
XX VII	Le Dempster P; Limeback L; H; Locker D.	MEDLINE	Spec Care Dentist		Improving residents' oral health through staff education in nursing homes.	2012

XX VIII	Jablonski RA; Therrien B; Mahoney EK; Kolanowski A; Gabello M; Brock A.	MEDLIN E	Spec Dentist	Care	An intervention to reduce care- resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study.	2011
XXI X	Kuramoto C; Watanabe Y; Tonogi M; Hirata S; Sugihara N; Ishii T; Yamane GY.	MEDLIN E	Geriatr Gerontol Int		Factor analysis on oral health care for acute hospitalized patients in Japan.	2011
XX X	Gerritsen PF; Cune MS; van der Bilt A; de Putter C.	MEDLIN E	Spec Dentist	Care	Dental treatment needs in Dutch nursing homes offering integrated dental care.	2011
XX XI	Stein PS; Henry RG.	MEDLIN E	Am J Nurs		Poor oral hygiene in long-term care.	2009

XX XII	Sona CS; Zack JE; Schallom ME; McSweeney M; McMullen K; Thomas J; Coopersmith CM; Boyle WA; Buchman TG; Mazuski JE; Schuerer DJ.	MEDLIN E	J Intensive Care Med	The impact of a simple, low-cost oral care protocol on ventilator- associated pneumonia rates in a surgical intensive care unit.	2009
XX XIII	Chami K; Debout C; Gavazzi G; Hajjar J; Bourigault C; Lejeune B; de Wazières B; Piette F; Rothan- Tondeur M.	MEDLIN E	J Am Med Dir Assoc	Reluctance of caregivers to perform oral care in long- stay elderly patients: the three interlocking gears grounded theory of the impediment s.	2012

Em relação aos periódicos em que foram publicados os artigos, houve predomínio de publicações em revistas estrangeiras, sendo apenas 4 publicados em revistas brasileiras. Logo, o inglês foi o idioma mais utilizado. O periódico com o maior número de trabalhos publicados foi o *Gerondotology*, com seis artigos, seguido pelos periódicos

Special Care Dentist e *Journal of Advanced Nursing*, ambos com cinco artigos publicados, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos selecionados conforme periódico de publicação.

Periódico	Número
<i>Gerodontology</i>	6
<i>Journal of Advanced Nursing</i>	5
<i>Special Care Dentist</i>	5
<i>Geriatric nursing</i>	3
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1
<i>BMC Oral Health</i>	1
<i>International Journal of Dental Hygiene</i>	1
<i>American Journal of Critical Care</i>	1
<i>Journal of Clinical Nursing</i>	1
Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem	1
Revista Gaúcha de Enfermagem	1
<i>European Journal of Oral Sciences</i>	1
Cogitare enfermagem	1
<i>Journal of the American Geriatrics Society</i>	1
<i>Geriatrics & Gerontology International</i>	1
<i>American Journal of Nursing</i>	1
<i>Journal of Intensive Care Medicine</i>	1
<i>Journal American Medical Directors Association</i>	1
Total	33

Outro aspecto observado refere-se ao predomínio da abordagem quantitativa nos estudos. Dos 33 artigos, 23 desenvolveram essa metodologia, seguida da abordagem qualitativa, com 5 estudos, por fim, 3 estudos quali-quantitativos e 2 revisões narrativas (tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos artigos conforme abordagem metodológica.

Abordagem	Número
Quantitativa	23

Qualitativa	05
Quali-quantitativa	03
Revisão narrativa	02
Total	33

Com relação ao ano de publicação, foram pesquisados artigos no período de 2009 a 2013, com o intuito de obter o conhecimento científico atualizado sobre a temática. Conforme a tabela 5 verificou-se maior número de publicações entre os anos de 2010-2012, com decréscimo significativo no ano de 2013.

Tabela 5 – Distribuição dos artigos conforme ano de publicação.

Ano	Quantidade
2012	10
2010	08
2011	06
2009	06
2013	03
Total	33

Discussão

Após análise dos 33 artigos, verificou-se predominância de duas grandes áreas de relação com a saúde bucal do idoso, o ambiente hospitalar e instituições de longa permanência, sendo assim elencou-se duas categorias temáticas: 1) Saúde bucal em idosos institucionalizados, presente na maioria dos artigos (27); 2) Saúde bucal em idosos hospitalizados, composta por cinco artigos.

Saúde bucal em idosos institucionalizados

Os 27 artigos inseridos nesta categoria abordam: o estado da saúde bucal de idosos institucionalizados; intervenções no cuidado à saúde bucal; e barreiras/limitações no cuidado à saúde bucal.

À medida que as pessoas atingem as últimas décadas de vida, as necessidades de cuidados aumentam, isso traz implicações para os serviços de saúde. Atrelado a isso a escassez de alternativas para as famílias manterem seus parentes em casa e a questão dos idosos sem referência familiar têm impulsionado a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Por conseguinte o número de ILPIs cresce mundialmente. Isso pode justificar o interesse de pesquisadores em desenvolver estudos nessas instituições.

Em relação ao **estado da saúde bucal de idosos institucionalizados**, os autores trazem que no momento da admissão nas ILPIs, muitos idosos necessitam de cuidados de saúde bucal com urgência. A saúde bucal deficiente pode ocorrer devido à negligência no auto-cuidado ou no cuidado profissional e/ou devido à reduzida utilização dos serviços de saúde quando os idosos ainda são residentes na comunidade. O fator chave para realização e manutenção de uma boa saúde bucal são os cuidados diários e para isso muitos institucionalizados dependem dos profissionais de enfermagem (VAN DER PUTTEN *et al*, 2010)

Teston, Rossi e Marcon (2013) realizaram estudo quantitativo no Paraná, sul do Brasil, com o intuito de descrever e comparar a utilização dos serviços médicos e odontológicos por idosos residentes em um Condomínio de Idosos e na comunidade. Em relação a saúde bucal não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a procura do cirurgião-dentista e o local de moradia, sendo elevada a taxa de baixa procura do serviço odontológico pelos idosos de ambos os grupos (90,58%), entre os quais a falta de necessidade percebida é decorrente da ausência de dentes. Para esses idosos, o fato de não ter mais dentes representa não precisar mais de cuidados odontológicos, não se preocupando com a saúde bucal.

Em estudo holandês cujo objetivo foi determinar as necessidades de tratamento odontológico dos moradores em três ILPIs e oferecer assistência odontológica integral,

verificou-se que embora sem queixas dos sujeitos, 72% tinham necessidade de tratamento odontológico. Concluiu-se que quando os moradores não podem mais realizar a higiene bucal de forma independente, é muito difícil para eles manter um nível mínimo desejável de saúde bucal (GERRITSEN et al, 2011).

Zuluaga et al (2010) concluiu através de seu estudo que a higiene bucal é deficiente em idosos institucionalizados, principalmente entre os moradores que têm pouca mobilidade ou deficiência cognitiva. Em sua pesquisa realizada com 135 participantes, os idosos foram divididos em duas categorias: os que os enfermeiros realizavam a limpeza dos dentes, sendo esses subdivididos em cooperativos e não cooperativos e os moradores que realizavam a sua própria higiene bucal. Os resultados evidenciaram que 70% tinham dentes apenas naturais; a prevalência de cárie foi de 28%; moradores cujos dentes foram limpos pelas enfermeiras apresentavam higiene bucal mais deficiente, dentre esses os não cooperativos apresentaram piores condições de higiene bucal e maior índice de cárie.

Observa-se que idosos em diferentes segmentos de moradia, estado cognitivo e graus de dependência, a nível mundial, apresentam algum problema ou comprometimento oral/dental. Infelizmente os idosos demonstram pouco reconhecimento quanto a importância da saúde bucal, principalmente entre os que já perderam os dentes naturais. Isso é preocupante, devido a forte relação entre infecções bucais e complicações de saúde em geral.

Stein e Henry (2009) desenvolveram pesquisa com objetivo de identificar a importância da higiene bucal em pacientes vulneráveis em instituições de longa permanência, verificaram que a higiene bucal deficiente prestada aos pacientes vulneráveis nesse ambiente pode ter graves consequências, incluindo o aumento do risco de acidente vascular cerebral, doença cardíaca, e principalmente pneumonia aspirativa. Logo, para a melhora do cuidado

deve-se investir em educação, especialmente dos profissionais que se deparam com o comportamento resistente dos idosos institucionalizados, e também para todos os funcionários de atendimento direto e administradores, bem como para os que atuam na gerência dos recursos materiais.

Jablonski *et al* (2012) realizou estudo com objetivo descrever o perfil demográfico, funcional e comportamental dos residentes do lar de idosos com demência que necessitam de assistência verbal ou física no cuidado oral. Os resultados evidenciaram que os moradores que necessitaram de suporte verbal para concluir o cuidado bucal apresentaram níveis mais elevados de função física, níveis mais elevados de funcionamento cognitivo nos domínios da linguagem e função executiva, níveis mais baixos de passividade e escores mais altos para o traço de personalidade de abertura que os residentes que necessitaram de assistência física. Os pesquisadores destacam a importância dos enfermeiros primeiramente identificar quais os moradores se beneficiariam de orientação verbal ou assistência física e, em seguida, determinar quais técnicas comportamentais devem usar para fornecer orientações sobre cuidados bucais, mantendo as funções cognitivas e funcionais existentes.

Bush (2010) fez pesquisa como objetivo de avaliar o estado de saúde bucal de idosos do estado americano de Kentucky. Ele realizou inquérito que contou com questionário auto-aplicável e exame clínico. Participaram do estudo 1386 idosos, cuja capacidade funcional foi classificada pelo ambiente residencial (idosos independentes que viviam em suas próprias casas, aqueles que viviam em ILPIs e que estavam funcionalmente dependentes, e os idosos, que eram considerados frágeis e não podiam sair de casa). Foram encontradas associações significativas entre a capacidade funcional dos idosos e características demográficas. O grupo dos idosos que não podiam sair de

casa registrou o maior índice de barreiras à assistência, seguro odontológico, acessibilidade e transporte.

O estudo de Mello, Erdmann e Brondani (2009) visou justamente apresentar modelo conceitual para a compreensão da saúde bucal do idoso no contexto de instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Segundo os autores a compreensão das práticas de higiene bucal em ILPI requer estudos a serem realizados à luz de um quadro conceitual adequado, com proposta para compreensão da saúde bucal a partir da perspectiva dos próprios idosos. A categoria central emergente do referido estudo revelou processo social básico: promover a saúde bucal do idoso com base no contexto da ILPI.

O estudo *op cit.* apresentou dois aspectos correlacionados e contraditórios, quanto ao processo de promoção da saúde bucal do idoso: cuidados de saúde bucal não minimizam a má condição epidemiológica oral, e, ao mesmo tempo, há melhoria contínua da higiene bucal expressa por melhores práticas de cuidados. Estes aspectos foram relacionados com a: atribuição de significado para a saúde bucal, determinação social da saúde bucal, processo de envelhecimento, interações estabelecidas nas práticas de cuidados de saúde bucal, gestão de cuidados de saúde bucal em ILPI, inclusão de cuidados de saúde bucal de dimensão político-organizacional e possibilidade de conjecturar melhores práticas de atenção à saúde bucal (MELLO, ERDMANN E BRONDANI, 2009).

Concernente as **intervenções no cuidado a saúde bucal**, Przylynski et al (2009) em estudo qualitativo, tipo convergente-assistencial observaram que os idosos possuíam saúde bucal insatisfatória e socialização comprometida, uma vez que os dentes afetam a mastigação, fonação, deglutição e a estética, e as ações educativas realizadas individualmente são de extrema importância. O idoso institucionalizado apresenta-se, muitas vezes, desmotivado, e a interação com novas informações se torna uma possibilidade de incentivá-los ao cuidado de higienização bucal.

Resultados positivos também foram obtidos no estudo de Sloane et al (2013), realizado em três ILPIs da Carolina do Norte, Estados Unidos da América. Os escores de resultados melhoraram significativamente após realização de um programa de cuidados centrado na pessoa realizado em 8 semanas, além do cuidado ser mais completo (com a escovação da parte interna dos dentes e uso de fio dental) porém mais demorado, após o treinamento.

Outros estudos também enfocam a educação em saúde como elemento chave para melhores práticas. Munoz et al (2009) realizaram estudo que mediu o impacto da intervenção de educação em saúde bucal no conhecimento e na assistência ao paciente prestada por enfermeiros em relação à avaliação oral de idosos institucionalizados. Eles mediram o conhecimento através de um teste realizado antes e depois de intervenção de educação em saúde, bem como avaliaram a condição oral dos idosos e concluíram que apesar do conhecimento pré e pós-teste não ter apresentado aumento significativo, o estado de saúde bucal dos residentes melhorou. Logo, concluíram que a capacitação de enfermeiros para realização de avaliações de saúde bucal pode melhorar as práticas de enfermagem, para executar e documentar a assistência em saúde bucal de idosos residentes.

Um estudo similar, desenvolvido por Phu Le *et al* (2012) avaliou a eficácia da educação de higiene bucal entre os funcionários de um lar de idosos a fim de melhorar a saúde bucal dos moradores. Entre os funcionários que receberam a educação de higiene bucal, o conhecimento pós-teste aumentou de forma estatisticamente significativa comparado ao pré-teste. E entre os residentes que participaram do estudo, índices como o de placa modificada diminuiu, aos 6 meses, em relação ao início do estudo.

Resultado semelhante também foi verificado no estudo de Kullberg *et al* (2010) que avaliou o efeito de um programa de educação contínua para os profissionais de enfermagem em um lar de idosos. Houve redução nos

índices de sangramento gengival e índices de placa, mostrando que educação para higiene bucal contínua melhora esta condição entre os idosos residentes.

Sjogren *et al* (2009) avaliaram os efeitos de longo prazo sobre o estado de higiene bucal de idosos residentes do lar de idosos, um ano e meio depois de educação em higiene bucal oferecida aos funcionários. Medições da placa dental foram conduzidas no período de 2006 e 2008, verificou-se que 41 moradores com idades entre 69-99 anos preencheram os critérios de inclusão e participaram de uma avaliação de higiene dental, 1 e 5 anos após a intervenção sobre educação em higiene bucal feita para a equipe da casa de saúde. Escores do índice de placa (coletados antes da intervenção) foram comparados com os logo após, porém o efeito da educação para a higiene dental não parece impactar ao longo de 5 anos. Assim, o acompanhamento de ações educativas de higiene bucal para funcionários do lar de idosos são recomendadas para manter adequada higiene bucal dos institucionalizados.

Samson, Berven e Strand (2009) publicaram estudo sobre o efeito a longo prazo de um programa de saúde bucal que visava melhorar e manter a higiene bucal de idosos residentes em ILPI. O método foi baseado em motivação e treinamento de higiene bucal da equipe de enfermagem; produção de higiene bucal, procedimento baseado em imagem; distribuição de equipamentos de higiene bucal adequados, implementação prática de novas rotinas e avaliação dos resultados alcançados. Avaliação global foi realizada antes do início do estudo, depois de 3 meses, e, depois de 6 anos. Antes da implementação do programa de saúde bucal, 36% dos moradores tinham pontuação aceitável; seis anos depois, a proporção era de 70%. A avaliação mostrou que a introdução do programa de cuidados de saúde bucal, melhorou significativamente a higiene bucal dos residentes em longo prazo. No entanto, 30% dos moradores não atingiram pontuação aceitável, porque estavam muito doentes ou agressivos.

De Visschere *et al* (2010) realizaram estudo clínico randomizado e controlado tipo “cluster” sobre a avaliação do efeito da implementação supervisionada contra a implementação não-supervisionada de um *guideline* de cuidados de saúde bucal em ILPIs da Bélgica. Verificou-se que a higiene bucal foi melhorada pela intervenção supervisionada, embora não correspondendo à melhoria presumida de 25%. Houve também diferenças significativas em alguns parâmetros entre as diferentes instituições. Os autores retificaram que os resultados do estudo, no que diz respeito a fatores individuais, foram difíceis de avaliar, porém abordagem quantitativa das características de cada instituição podem ser aprofundada de forma qualitativa.

As intervenções de cunho educativo para a equipe de enfermagem apresentam efeitos positivos na saúde bucal de idosos. Tratam-se intervenções de baixo custo, que pode prevenir patologias futuras e conseqüentemente maiores gastos com tratamento. A construção de protocolos, *guidelines* e instrumentos também são importantes para o cuidado de enfermagem. Através destes, os profissionais podem exercer maior autonomia em relação aos cuidados bucais, além avaliar e referenciar quando necessário. Porém isso não exclui a necessidade de avaliação odontologia nos idosos institucionalizados.

Buscando instrumentalizar profissionais da enfermagem a averiguarem as condições de saúde bucal de idosos institucionalizados e, em seqüência, definir a necessidade de cuidados diários e de encaminhamento para realização de procedimentos odontológicos específicos, Gonçalves, Mello e Zimmermann (2010) trouxeram para a realidade brasileira, via tradução e validação, o instrumento *Oral Health Assessment Tool*, de Chalmers et al. (2005). Este instrumento foi traduzido para a língua portuguesa e seguiram-se as etapas de tradução, análise e testes; a maioria dos profissionais de enfermagem declarou-se orientada e apta a utilizar o Instrumento “Avaliação da Saúde Bucal para Triagem Odontológica”

(ASBTO) na sua prática profissional. Entretanto, outras estratégias, associadas ao uso deste, necessitam ser implementadas para auxiliar na superação de algumas barreiras citadas como falta de tempo e resistência dos idosos em realizar os exames bucais.

Dois anos depois os mesmos autores aplicaram o Instrumento ASBTO em idosos institucionalizados para determinação dos índices de validade e confiabilidade, quando da aplicação por Enfermeiros. Os exames foram executados por um Enfermeiro e por um Cirurgião-Dentista (CD) em 50 idosos de uma ILPI. Os resultados mostraram que não houve diferença estatística significativa entre as médias finais obtidas pelo CD e pelo Enfermeiro ($p=0,41$), porém houve maior consistência interna nos exames procedidos pelo CD. Segundo os autores, a utilização do ASBTO é passível por Enfermeiros, entretanto faz-se necessária adequada capacitação e treinamento prático para padronização de critérios (MELLO; ZIMERMANN; GONÇALVES, 2010).

Em relação às **barreiras e limitações no cuidado à saúde bucal**, destaca-se que o reconhecimento da importância da higiene bucal não é explícito, nem para os idosos nem para os profissionais. Aliado a isso, existem outros fatores que atuam como empecilho, que eventualmente, a higiene bucal não mereça atenção devida nos cuidados de enfermagem. Forsell et al (2010) e Forsell et al (2011) publicaram dois artigos oriundos do mesmo estudo desenvolvido em Estocolmo, na Suécia, que teve como objetivo avaliar as atitudes e percepções em relação às tarefas de higiene bucal entre equipe geriátrica de uma ILPI, antes e depois de atividade educativa para a higiene dental. Os resultados apontaram que a maioria (87%) da equipe de enfermagem considerava tarefas de higiene bucal desagradáveis, principalmente devido a falta de vontade dos moradores, porém isso melhorou após as ações educativas de higiene bucal.

Dois anos depois Willumsen et al (2012) investigou quais são as barreiras para uma boa higiene bucal em lares de idosos. Eles avaliaram a higiene bucal de 358 pacientes em 11 ILPI norueguesas e aplicaram um questionário a 494 enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem nas mesmas casas de saúde. Os resultados evidenciaram que mais de 40% dos pacientes tiveram higiene bucal inaceitável, além disso, 80% dos enfermeiros evidenciaram que o conhecimento da saúde bucal é relevante, porém destes 9,1% também consideravam desagradável cuidar dos dentes dos pacientes. A metade dos participantes deste estudo relatou falta de tempo para oferecer higiene bucal regular e 97% experimentaram comportamento resistente dos idosos.

Unfer et al (2011) também estudou os desafios e barreiras para a qualidade da higiene bucal percebida por cuidadores em ILPIs no Brasil e observou que os cuidadores de idosos institucionalizados revelaram contradições no conhecimento e práticas de saúde bucal. Embora se possa esperar que a percepção e as atitudes dos profissionais de saúde, em sua própria saúde bucal poderia influenciar o cuidado que eles oferecem para os idosos, as barreiras para a implementação de tais atividades parecem referir-se a situações fora de sua responsabilidade, especialmente devido a ausência de tempo e funcionários.

Visando diminuir a resistência/barreira à cuidados em saúde bucal, Jablonski e colaboradores no ano de 2011 desenvolveram um estudo com o objetivo principal de testar a viabilidade de uma intervenção projetada para reduzir comportamentos resistentes em pessoas com demência moderada a grave durante as atividades de higiene bucal. Estes autores demonstraram que a intervenção ajudou a reduzir comportamentos resistentes durante a higiene bucal, permitindo assim que os membros da equipe de pesquisa pudessem fornecer o cuidado oral, duas vezes ao dia e consequentemente melhorar a saúde bucal desses idosos.

Chami *et al* (2012) publicou estudo com objetivo de desenvolver um quadro conceitual multivariado dos

impedimentos em relação ao processo de higiene bucal por cuidadores em idosos. Os sujeitos foram enfermeiros e auxiliares de enfermagem de três ILPI de três países diferentes (Bélgica, França e Suíça). Os resultados evidenciaram, segundo observações não-participantes e relatos dos profissionais, que os impedimentos para a realização de higiene bucal em idosos incluem: atributos organizacionais, conhecimento em saúde bucal e educação, comportamento dos cuidadores e suas percepções e equívocos a respeito da higiene bucal.

Jablonski *et al* (2009) examinou o conhecimento, crenças e práticas dos auxiliares de enfermagem que prestavam cuidados de higiene bucal em idosos institucionalizados, com a intenção de desenvolver um programa educacional para os funcionários. Os relatos evidenciaram conhecimento satisfatório sobre as tarefas associadas com a prestação de cuidados bucais, porém fornecimento de cuidados bucais em menor frequência do que é o ideal. Dentre as justificativas para esta frequência reduzida, foram relatados: cuidar de pessoas que apresentam comportamentos resistentes, medo de causar dor e falta de suprimentos.

Os resultados do estudo de Wardh, Jonsson e Wikstrom (2011) realizado com 454 funcionários de ILPIs da Suécia, através da aplicação de um questionário que avaliou atitudes e conhecimentos sobre os cuidados de saúde bucal, apontou que 89% consideravam os cuidados de saúde bucal de extrema importância, porém as respostas indicaram problemas, quando se tratava da execução e conhecimento, além disso, 35% afirmaram que não tinha educação formal na área da saúde bucal.

Nitschke *et al* (2010) verificaram em seu estudo que 55,3% dos membros da equipe de enfermagem atribuem a mesma importância para a própria saúde bucal em comparação com a de cliente e 35,7% consideram sua saúde bucal como mais importante. Quanto aos padrões de atendimento do serviço de saúde bucal, há diferenças entre

os funcionários e clientes, sendo assim concluíram que a conscientização sobre a saúde bucal, da maioria dos profissionais estudados, não se traduz em cuidados de saúde bucal adequados para os clientes. Além disso, existe lacuna entre as atitudes adequadas e favoráveis à saúde bucal e à prevenção, dirigidas para a própria saúde bucal dos profissionais de enfermagem e dos pacientes. Este fato está relacionado principalmente com comportamento pessoal e cuidados de saúde bucal realmente prestado pela equipe de enfermagem.

Saúde bucal dos idosos hospitalizados

No ambiente hospitalar, o cuidado cotidiano de higiene e conforto, incluindo a higiene bucal, é atribuição da equipe de enfermagem com capacidade técnica, sob supervisão de enfermeiros. No entanto, segundo Coker et al (2013) as práticas de higiene bucal para pacientes idosos dependentes internacionalmente em países como Japão, Singapura, Suécia, Austrália, Brasil, Canadá, Reino Unido e os EUA são inadequadas e não sistematizadas, mesmo quando existem diretrizes.

Segundo os referidos autores, pode-se atribuir inconsistente compreensão da terminologia: cuidados de higiene bucal. A clara definição operacional deste termo daria aos enfermeiros padronização para descrever as intervenções que contribuem para a saúde bucal de seus pacientes, apoiar a investigação sobre o impacto dos cuidados de higiene bucal sobre os resultados clínicos dos pacientes e facilitar o desenvolvimento de esquemas e protocolos ideais.

Kuramoto et al (2011) desenvolveram estudo no âmbito hospitalar para investigar a situação relativa à aplicação dos cuidados de saúde bucal em idosos que vivenciaram Acidente Vascular Encefálico, e que encontravam-se na fase aguda. Foi enviado questionário sobre saúde bucal para 8.089 hospitais do Japão, como resposta obteve-se 2.444 questionários (30,2%). Destes

91,8% dos hospitais relataram que os cuidados de saúde bucal são parte da rotina de enfermagem diariamente; 91,2% dos hospitais consideraram que a pneumonia de aspiração poderia ser evitada com cuidados de saúde bucal adequados, porém apenas 30% dos enfermeiros tinham sido submetidos a treinamento de higiene bucal. Entre as características inerentes aos hospitais modelo, evidenciou-se forte correlação da necessidade de cuidados de saúde bucal, com o treinamento de higiene bucal para os enfermeiros.

Hanne et al (2012) investigou a prevalência de problemas de saúde bucal em pacientes hospitalizados com condições médicas agudas. Segundo os autores, ainda existem poucas informações sobre o número de pacientes que necessitam de cuidados bucais, no momento da internação. Os resultados mostraram que 91% dos pacientes recém-admitidos neste estudo tinham um ou mais problemas de saúde bucal. Dentre os problemas bucais identificados, os mais comuns foram: placa ou detritos, dentes cariados ou dentaduras locais danificados e secura e / ou alterações na cor da língua. Houve correlação entre a idade e o número de problemas de saúde bucal, sendo reforçada a necessidade de avaliações de saúde bucal padronizados nos pacientes agudamente hospitalizados.

No estudo de Ames et al (2011) a avaliação da higiene bucal melhorou após enfermeiros terem implantado protocolo de higiene bucal sistemático. Dados clínicos foram coletados 3 vezes durante admissões em cuidados intensivos, antes e depois da introdução do programa sistemático de higiene bucal, em 3 centros médicos diferentes. O referido programa de educação de higiene bucal, consistiu-se de instrução do cirurgião-dentista ou técnico de higiene bucal sobre procedimento de higiene bucal, de forma clara e sistemática.

Em outro estudo também realizado a pacientes em cuidados intensivos, cujo objetivo foi determinar os efeitos de um protocolo de baixo custo de higiene bucal nas taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica, verificou-se

que durante o período pré-intervenção, houve 24 infecções em 4606 dias de ventilação (taxa de 5,2 infecções por 1.000 dias de ventilação), porém após a instituição do protocolo de higiene bucal, houve 10 infecções em 4158 dias de ventilação, resultando em taxa mais baixa de 2,4 infecções por 1.000 dias de ventilação (SONA et al, 2009).

Segundo os autores *op cit.* o cumprimento do protocolo de higiene bucal durante o período de 12 meses foi monitorado a cada duas semanas, existindo redução de 14 casos de pneumonia associado à ventilação mecânica, evidenciando redução no custo dos EUA de US \$ 560 000 para US \$ 140 000, com base no custo estimado por pneumonia associada à ventilação mecânica de US \$ 40 000 para US \$ 10 000 (SONA et al, 2009).

Esta categoria saúde bucal dos idosos hospitalizados, apresentou número significativamente menor de artigos acerca da saúde bucal de idosos no âmbito das ILPIs, possivelmente este dado está relacionado a baixa produção científica da enfermagem nesta temática, ou talvez pouca importância atribuída a higiene bucal nesse contexto, agregado a abordagem hospitalar alicerçada na doença do paciente. A importância da higiene bucal para o bem estar, prevenção de doenças sistêmicas e melhor recuperação do idoso hospitalizado deve ser difundida. Apesar do foco do tratamento hospitalar estar na patologia que induziu a hospitalização, não deve-se deixar de realizar os cuidados com sua saúde bucal, principalmente idosos edêntulos, que podem não apresentar valorização dos cuidados de saúde bucais.

Considerações finais

Concluiu-se que o cuidado em saúde bucal ultrapassa somente o conforto, envolve essencialmente a condição de saúde. A avaliação da cavidade bucal não é abordada na formação de alguns profissionais de enfermagem, porém trata-se de conteúdo básico para desenvolvimento da avaliação clínica do idoso. A elaboração

de protocolos e *guidelines* podem promover sistematização para a realização de atividades que envolvem a saúde bucal no cuidado de enfermagem ao idoso, porém atividades de educação para os profissionais e próprios idosos são necessárias. Há também a necessidade de mais estudos na enfermagem voltados a temática, principalmente no ambiente hospitalar, visto que dos 33 artigos apenas 5 se retratavam a realidade hospitalar.

Referências

AMES, N. J. et al. Effects of Systematic Oral Care in Critically Ill Patients: A Multicenter Study. *American Journal of Critical Care*. V. 20 n.5 p. e103–e114, 2011.

ARAÚJO, R. J. G. ET AL. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v.21, n.1, p.38-44, fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2014.

BARBOSA, A.F.; BARBOSA, A.B. Odontologia geriátrica – perspectivas atuais. *JBC j. bras. clin. odontol. int.*, Curitiba, v. 6, n. 33, p. 231-234, maio/jun., 2002.

BORAKS, S. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. In: BRUNETTI, RF & Montenegro, FLB. *Distúrbios bucais na terceira idade*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.85-98.

BRUNETTI, R.; MONTENEGRO, F.L.B. *Odontogeriatría: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas, 2002. 481p.

BUSH, H.M. et al. Oral Health Status of Older Adults in Kentucky: Results from the Kentucky Elder Oral Health Survey, *Spec Care Dentist*. 2010 ; 30(5): 185–192.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CHALMERS, J.M. et al. The oral health assessment tool: validity and reliability. Aust Dent J.; v. 50 n.3 p. 191-99, 2005.

CHAMI, K. et al. Reluctance of Caregivers to Perform Oral Care in Long-Stay Elderly Patients: The Three Interlocking Gears Grounded Theory of the Impediments. Letter to the Editor. JAMDA v. 13 p. e1ee4, 2012.

COKER E. et al A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. Journal of Advanced Nursing, v. 69 n.10, p. 2360–2371, 2013.

CREUTZBERG, M. et al. Interfaces da enfermagem e da odontologia no cuidado gerontológico. Online Brazilian Journal of Nursing [periodico eletronico]. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn303creutzbergetal.htm>. Acesso em: 28 de abril de 2013.

DE VISSCHERE L.M.et al. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. Gerodontology.;v. 16, n° 4. p. 195-204. 2006.

DE VISSCHERE, L. et al. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial. Gerodontology v. 29 p. e96–e106, 2012.

FORSELL, M. et al. A Survey of Attitudes and Perceptions Toward Oral Hygiene Among Staff at a Geriatric Nursing Home. Geriatric Nursing, v. 31, p. 435-440, 2010.

FORSELL, M. et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. *Int J Dent Hygiene* v. 9 p. 199–203, 2011.

GERRITSEN, P.F. et al. Dental treatment needs in Dutch nursing homes offering integrated dental care *Special Care in Dentistry*, 2011, 31, 3, 95-101.

GONÇALVES, L.H.T.; MELLO A.L.S.F.; ZIMERMANN K. Validação de Instrumento: avaliação da saúde bucal. *Esc Anna Nery* (impr.) out-dez; v. 14, n. 4 p. 839-847, 2010.

HANNE, K. et al Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *Journal of Clinical Nursing*, v.21 p. 2851–2859. 2012.

JABLONSKI, RA; KOLANOWSKI, AM; LITAKER, M Profile of Nursing Home Residents With Dementia Who Require Assistance With Mouth Care. *Geriatr Nurs*. 2011 November ; 32(6): 439–446

JABLONSKI, R.A. et al. An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Spec Care Dentist* v. 31 n. 3 p. 77-87, 2011.

JABLONSKI, R. A. et al Mouth Care in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs, and Practices of Nursing Assistants. *Geriatric Nursing*, V. 30 n. 2 p. 99-107, 2009.

KULLBERG, E. et al. Hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *Journal of Advanced Nursing* v. 66 n.6, p. 1273–1279, 2010.

KURAMOTO, C. et al. Factor analysis on oral health care for acute hospitalized patients in Japan. *Geriatric & Gerontology Int*; v. 11 p. 460–466, 2011

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L.; BRONDANI, M. Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. *Gerodontology*; 27: 41–46, 2010.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idoso. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 139-56, jan./abr. 2007.

MELLO, A.L.S.F., ZIMERMANN K., GONÇALVES L.H.T. Avaliação da saúde bucal de idosos por enfermeiros: validade e confiabilidade do instrumento ASBTO. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) ;V. 33 N. 2 P. 36-44. 2012

MENDES K.D.S, SILVEIRA R.C.C.P, GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, vol. 17m nº 4, p. 758-64. 2008.

MORAES R. Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: Gagliase MC, FREITAS J.V., organizadores. *Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental*. Ijuí: Ed Unijuí;. p. 85-114. 2005

MUNOZ, N. et al. Effect of an oral health assessment education program on nurses' knowledge and patient care practices in skilled nursing facilities. *Spec Care Dentist* 29(4): 179-185, 2009.

NITSCHKE, I. et al., Dental care of frail older people and those caring for them. *Journal of Clinical Nursing*, v.19, p. 1882–1890, 2010.

PERIM C.N.B., Et al. Uma proposta de sistematização para controle da hipertensão arterial sistêmica em idoso no contexto do PACS/PSF com ênfase na saúde bucal [monografia de especialização]. Belo Horizonte (MG): Projeto Veredas de Minas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

PHU LE et al. Improving residents' oral health through staff education in nursing homes. *Special Care Dentist* v.32 n. 6 p. 242-250, 2012.

PRZYLYNSKI, D. S. et al. Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 14, p. 696-702, 2009.

ROACH, S. S. Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,. 372 p. 2003

SAMSON, H.; BERVEN L., STRAND G.V. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. *Eur J Oral Sci* v.117 p.575–579, 2009.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. *Textos sobre envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, 35-54, fev. 2000 [não paginado]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril. 2013.

SCHNEID, J.L. et al. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. *Comun Ciênc Saúde.*; 18(4):297-306. 2007.

SHIMAZAKI, Y.; et al. Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. *J. Dent. Res.*, Chicago, v. 80, n. 1, p. 340-345, Jan. 2001.

SJOGREN P. et al Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing.* V.66 n. 2 p. 345–349, 2010.

SLOANE, P.D. et al. Effect of a Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Processes and Outcomes in Three Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society* V. 61, N. 7, P.1158–1163, 2013

SONA, C. S. et al. The Impact of a Simple, Low-cost Oral Care Protocol on Ventilator associated Pneumonia Rates in a Surgical Intensive Care Unit. *Journal of Intensive Care Medicine* v. 24 n 1 p. 54-62, 2009.

STEIN, P. S., HENRY, R. G. Poor oral hygiene in long-term care: nurses must provide better oral care to older adults and patients with severe disabilities. *American Journal of Nursing*, 109(6), 44-51, 2009.

TESTON, E. F. ; ROSSI, R. M. ; MARCON, S. S. . Utilização de serviços de saúde por idosos residentes em Maringá-PR.. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Online)* , v. 47, p. 1125-1132, 2013.

UNFER, B. et al. Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*, v. 29: p. e324–e330, 2012.

VAN DER PUTTEN, G.J. et al. Supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in residential care homes: a cluster randomized controlled clinical trial. *BMC Oral Health.*; 10 171-8, 2010.

VELOSO, K. M. M.; COSTA, L. J. Avaliação clínica e orientação terapêutica as manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

WARDH, I.; JONSSON, M.; WIKSTROM, M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. *Gerodontology*; v. 29, p. e787–e792, 2012.

WILLUMSEN, T. et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, v. 29 p. e748–e755, 2012.

ZULUAGA D.J. et al. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway, and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*; 29(2):e420-e426. 2012.

6.2 MANUSCRITO II

SAÚDE BUCAL NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS

Resumo

Objetivou-se descrever a percepção da saúde bucal por idosos hospitalizados. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, ancorado na concepção metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial. O cenário do estudo investigado compreende uma unidade de internação de um hospital universitário do Sul do Brasil, e os informantes foram idosos de ambos os sexos hospitalizados nessa unidade. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas no período de setembro a dezembro de 2013. Para ordenação e organização dos dados, foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram nove ideias centrais com respectivos discursos do sujeito coletivo, a saber: IC₁: Saúde bucal é ter cuidado com os dentes e/ou prótese; IC₂: A boca é o cartão de visita da pessoa; IC₃: A boca é a entrada do corpo; IC₄: Não cuido da boca porque não tenho dentes e/ou dinheiro; IC₅: Cuido da prótese com zelo; IC₆: Cada um cuida da saúde da sua boca; IC₇: Quando a saúde da boca está ruim, a família cuida; IC₈: No hospital, a saúde bucal não é visualizada; IC₉: A enfermagem limpa a boca de forma completa. **Conclusão:** apesar da contradição em relação à importância dada para a saúde bucal com a realização da higiene diária, verificou-se que os idosos realizam o autocuidado da saúde bucal, sendo que quando não conseguem, a família auxilia. No contexto hospitalar, considera-se que os profissionais de enfermagem realizam higiene bucal completa.

Palavras-chave: Idoso; Saúde Bucal; Higiene Bucal; Hospitalização; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Enfermagem.

Abstract

It has the objective of describing the perception of oral health by hospitalized elderly. This is a study with qualitative approach, rooted in the methodological conception of

Convergent-Assistential Research. The scenario of the investigated study includes an admission unit of a university hospital in the Brazilian South, and the informants were elderly of both sexes admitted to this unit. In order to collect data, we performed interviews in the period from September to December 2013. In order to arrange and organize data, we used the methodological process of the Collective Subject Discourse. Nine central ideas with their respective collective subject discourses have emerged, namely: CI₁: Oral health means to be careful with teeth and/or prosthesis; IC₂: Mouth is the person's business card; IC₃: Mouth is the body's access; IC₄: I do not take care of my mouth because I have no teeth and/or money; IC₅: I take care of my prosthesis with zeal; IC₆: Each takes care of the health of your mouth; IC₇: When oral health is going badly, family takes care; IC₈: Within the hospital, oral health is not visualized; IC₉: Nursing cleans the mouth in a comprehensive way. **Conclusion:** despite the contradiction concerning the importance given to oral health with the accomplishment of daily hygiene, we have found that elderly people perform the self-care of the oral health, and when they are unable to do so, the family assists. Within the hospital context, one should consider that nursing professionals perform a comprehensive oral hygiene.

Keywords: Elderly, Oral Health; Oral Hygiene; Hospitalization; Hospital Nursing Service; Nursing.

Resumen

Tuvo como objetivo describir la percepción de la salud bucal por ancianos hospitalizados. Se trata de estudio con enfoque cualitativo, ancorado en la concepción metodológica de Investigación Convergente-Asistencial. El escenario del estudio investigado comprende una unidad de internación de un hospital universitario del Sur de Brasil, y los informantes fueron ancianos de ambos los sexos hospitalizados en esa unidad. Para la recolección de datos, fueron realizadas encuestas en el período de septiembre a diciembre de 2013. Para ordenación y organización de los datos, fue utilizado el proceso metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo. Emergieron nueve ideas centrales con respectivos discursos del sujeto colectivo, tales

como: IC₁: Salud bucal es tener cuidado con los dientes y/o prótesis; IC₂: La boca es la tarjeta de visita de la persona; IC₃: La boca es la entrada del cuerpo; IC₄: No cuido de la boca porque no tengo dientes y/o dinero; IC₅: Cuido de la prótesis con celo; IC₆: Cada uno cuida de la salud de su boca; IC₇: Cuando la salud de la boca está mala, la familia cuida; IC₈: En el hospital, la salud bucal no es visualizada; IC₉: La enfermería limpia la boca de manera completa. **Conclusión:** a pesar de la contradicción en relación la importancia dada para la salud bucal con la realización de la higiene diaria, se verificó que los ancianos realizan el autocuidado de la salud bucal, siendo que cuando no consiguen, la familia auxilia. En el contexto hospitalario, se considera que los profesionales de enfermería realizan higiene bucal completa.

Palabras clave: Anciano; Salud Bucal; Higiene Bucal; Hospitalización; Servicio Hospitalario de Enfermería; Enfermería.

Introdução

O envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde. Na população idosa as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009).

Para muitos idosos, a hospitalização representa momento de fragilidade e de medo, pois, além do sofrimento, da sensação desagradável e da insegurança que a doença ocasiona, esse necessitará de atendimento por parte de vários profissionais da área de saúde. Estes ao atenderem o idoso, devem estar atentos a uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais que normalmente ocorrem nesses pacientes, e que justificam um cuidado diferenciado (MARTINS ET AL, 2008)

Dentre as necessidades de avaliação clínica do idoso, está a saúde bucal, compreendida como “parte integrante e essencial da saúde geral e também fator determinante na qualidade de vida, autoestima e contato social” (PRZYLYNSKI, 2009, p. 697).

Segundo dados do último levantamento epidemiológico realizado no país, (SB Brasil 2010), a condição de saúde bucal da população idosa apresenta-se fora das metas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Federação Dentária Internacional (FDI), que diz que pelo menos 50% dos idosos entre 65 e 79 anos devem ter pelo menos vinte dentes funcionais na cavidade bucal. No Brasil, 63,3% dos idosos utilizam prótese total superior e 46,1% prótese total inferior, demonstrando o predomínio do edentulismo, sendo que a perda dentária por cárie é o problema mais prevalente (BRASIL, 2012).

Assim como todo o organismo, as estruturas orais sofrem ação do processo de envelhecimento e as alterações na cavidade bucal, podem afetar a comunicação, alimentação e autoestima (VENITES; COSTA; PELEGRINI, 2005). Estruturas como dentes, gengiva, ligamentos ósseos, palato duro e mole, garganta, língua e lábios podem sofrer alterações durante o envelhecimento. O epitélio bucal torna-se mais fino e menos queratinizado, ocorrendo aumento na densidade celular, e diminuição no potencial de regeneração das mucosas e na resistência às doenças (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

Algumas alterações e patologias são típicas na cavidade bucal do idoso e podem acompanhar o processo de envelhecimento, como: hipofunção salivar, cárie radicular, perdas dentais e doença periodontal (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006). A hipofunção salivar pode ocorrer devido a certos fatores predisponentes como: uso de medicamentos, diabetes não controlada e ansiedade. Já as cáries radiculares são lesões iniciadas nas superfícies das raízes dos dentes, tendo como fatores predisponentes: higiene bucal deficiente, hipossalivação, uso de fármacos e presença de Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), que comprometam o autocuidado do idoso (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

As perdas dentais geralmente são decorrentes da saúde bucal precária, relacionada aos fatores sócio-

demográficos como raça, baixa renda, uso de tabaco, gênero (feminino) e baixa escolaridade. E a doença periodontal é a infecção crônica dos tecidos de suporte dos dentes, com característica inflamatória (PADILHA; HILGERT; HUGO, 2006).

Segundo Araújo (2009) em pacientes hospitalizados, patógenos comumente responsáveis pela pneumonia nosocomial são encontrados colonizando placa dental e mucosa bucal destes pacientes. Porém, boas técnicas de higiene bucal são capazes de prevenir o avanço da infecção da cavidade bucal para o trato respiratório. Em aproximadamente 24 horas sem limpeza da cavidade oral é possível detectar clinicamente a camada de placa dental. E a ausência ou a técnica de higiene bucal adotada será intimamente ligada ao número e à espécie de microorganismo encontrado na cavidade oral.

Dentre as complicações de saúde em pacientes hospitalizados, talvez a mais frequente seja a pneumonia por aspiração e bacteremias causadas por microorganismos gram-negativos deslocados de dentes com comprometimento de caries extensas e periodontopatias severas. Pacientes edêntulos (que não possuem dentes) também podem desenvolver bacteremias em virtude de úlceras provocadas por próteses totais mal-ajustadas. Algumas bacteremias transitórias provocadas por infecções bucais podem levar a quadros de endocardite, principalmente em pacientes com defeitos cardíacos estruturais (SHINKAI, 2000).

Segundo Ribeiro et al (2008) a saúde bucal de pessoas idosas depende da motivação, cooperação, assim como habilidade para escovar os dentes. Essa habilidade depende da condição funcional do idoso, se este é independente, parcialmente dependente ou dependente, o que conduzirá a conduta do cuidador, nas chamadas atividade instrumental da vida diária (AIVD), como por exemplo fazer compras, administrar as contas bancárias, e atividade básica de vida diária (AVD), como fazer higiene pessoal, vestir-se sozinho, alimentar-se sem ajuda, entre outras.

Segundo Schneid et al (2007) manter a boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas, pois os cuidados diários, como a escovação e o uso do fio dental, ajudam a evitar que os problemas dentários se tornem mais graves. Quando se transporta essa reflexão à vivência diária de pacientes hospitalizados, tem-se desafio ainda maior que é a manutenção a saúde bucal através de hábitos adequados de higiene durante o período de internação, visando à atenção integral.

Assim, além da responsabilidade do próprio idoso, também é atribuição da equipe de enfermagem garantir o cuidado diário de higiene e conforto do paciente, que geralmente tem sua rotina diária de vida alterada, como alimentação, higiene e repouso, entre outras (SCHNEID et al, 2007, p. 298). No contexto de cuidado do idoso hospitalizado, a Enfermagem busca atender às necessidades básicas de auto-estima, aceitação, afeto, segurança, liberdade e auto-realização. Nesta categoria, a assistência na higiene pessoal constitui a regra básica das ações de Enfermagem ao idoso (ROACH, 2003).

Garantir a efetividade do cuidado com a saúde bucal do idoso tem sido preocupação constante da Enfermagem, porém, especialmente no cuidado institucional, o cuidado básico da higiene bucal é deficiente ou até ignorado. Igualmente, na Odontologia, tem-se verificado a rara existência de cuidados com a higiene bucal de idosos em instituições de saúde (MELLO, 2005).

Constata-se ainda, que na admissão do cliente em unidades de internação, são feitos questionamentos sobre a sua saúde bucal, mas sem a adequada avaliação. Logo, excelentes oportunidades de identificar problemas são desperdiçadas, pois os protocolos de Enfermagem para avaliação sistemática da saúde bucal e a conseqüente implementação de cuidados não são realizados em instituições de saúde (MELLO, 2005).

Schneid *et al* (2007) complementaram que manter a saúde bucal por meio de hábitos adequados de higiene

durante o período de internação é desafio, porque estas práticas não são priorizadas no cotidiano diário da equipe de enfermagem, apesar de sua reconhecida importância na promoção da higiene bucal.

A capacidade de aprender e adquirir novas habilidades diminui no idoso, porém isso não o impede de continuar aprendendo, uma vez que a motivação do aprendiz e o desempenho da atividade realizada são fatores que influenciam o aprendizado (SMELTZER; BARE, 2005).

Vale ressaltar que os cuidadores envolvidos nos procedimentos relativos à saúde bucal do idoso também devem ser capacitados e atualizados para realizar ações pertinentes a sua área de atuação. Assim, irão compreender e valorizar as novas competências, habilidades e valores atinentes à saúde bucal, incorporando-os ao seu cotidiano de trabalho (ARAÚJO et al, 2010).

Diante da relevância de promover a saúde bucal dos idosos hospitalizados, teve-se objetivo descrever a percepção da saúde bucal pelos idosos independentes hospitalizados.

Método

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, ancorado na concepção metodológica proposta por Trentini e Paim (1999), denominada Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), sendo sua principal característica a convergência com a prática assistencial.

O cenário do estudo investigado compreende uma unidade de clínica médica de um hospital universitário do Sul do Brasil, que presta atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade, conta com dez quartos e 19 leitos de internação divididos por especialidades, sendo seis desses especificamente ocupados por pacientes da gastroenterologia, seis da pneumologia e sete leitos de clínica médica.

Os pacientes hospitalizados chegam à unidade através do serviço de atendimento ambulatorial, encaminhados pela emergência ou por transferência de outras unidades da mesma instituição. Os pacientes hospitalizados nessa unidade são de ambos os sexos e predominantemente acometidos por doenças pulmonares e gástricas, porém a unidade também interna pacientes com outras doenças crônicas em suas complicações, além pacientes apresentando quadros mais agudos.

No HU/UFSC o serviço de enfermagem, utiliza como alicerce de sua prática referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

Os fundamentos e princípios da teoria de Horta reportam-se a Teoria da Motivação Humana de Maslow, apresentada em 1970, e a hierarquia das necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais de João Mohana (1964). As necessidades humanas básicas apresentam-se em cinco níveis: 1) necessidade biológica; 2) necessidade de segurança; 3) necessidade de amor; 4) necessidade de estima; 5) necessidade de auto-realização. O ser humano procura satisfazer suas necessidades, conforme percebe, surgindo então a motivação (Horta, 2004).

O objeto da Teoria das Necessidades Humanas Básicas é assistir o Ser Humano no atendimento de suas necessidades básicas, torná-lo independente dessa assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (CAMPEDELLI, 1989).

Os informantes do estudo foram idosos de ambos os sexos, hospitalizados na unidade estudada. De acordo com o artigo 2º da Lei Federal nº 8.842/94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, “é considerado idoso aquele que possui idade maior e/ou igual há 60 anos” (BRASIL, 1994). Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: a) estar hospitalizado na unidade estudada no período de setembro a dezembro de 2013; b) obter índice igual ou superior a 25 na Escala de Avaliação Cognitiva (Mini

Mental); c) obter escore de 0 a 2 na escala de Atividades de Vida Diária (AVD) e escore de 9 na escala Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individuais. As informações foram coletadas no período setembro a dezembro de 2013, mediante utilização de roteiro semi estruturado, composto por questões abertas. Inicialmente, realizou-se entrevista piloto com o objetivo de validar o instrumento e efetuar possíveis alterações, para verificação da pertinência e suficiência das perguntas formuladas para o desenvolvimento do trabalho.

As entrevistas foram realizadas na própria unidade, em local reservado, respeitando a privacidade e obedecendo ao cronograma estabelecido juntamente com a enfermeira coordenadora. Após apresentar os questionamentos da entrevista foram explicitados os objetivos e as etapas do trabalho, a seguir os aspectos éticos seguidos no transcorrer do estudo; e por fim o termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado por todos os participantes do estudo.

Para ordenação e organização dos dados, foi utilizado o processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que por meio da construção de um discurso coletivo na primeira pessoa do singular, expressa a referência de um conjunto de falas individuais semelhantes ou complementares (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Para confeccionar os DSC fez-se uso de três das quatro figuras metodológicas: as Expressões-chave (ECH), as Ideias Centrais (IC) e o DSC. As ECHs são trechos literais do depoimento que revelam a essência deste, a IC é a expressão utilizada para descrever o sentido do DSC (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Para preservar a identidade dos participantes, estabeleceram-se códigos numéricos, utilizados na tabulação dos discursos processados individualmente, mantendo esta ordem em todo o processo de organização e análise das informações apresentadas no Discurso do Sujeito Coletivo.

O projeto de pesquisa foi submetido a Plataforma Brasil, obtendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, com parecer favorável sob o número nº 402.466.

Resultados

Participaram do estudo nove idosos. Em relação ao sexo, sete são idosos e duas idosas; a faixa etária foi de: dois com 60-65 anos; três com 65-70 anos; dois com 71-75 anos; dois com 81 anos ou mais; quanto ao estado civil, cinco eram casados, dois viúvos e dois separados; concernente a escolaridade, dois não tiveram nenhum ano de estudo, cinco até quatro anos de estudo, um de cinco a 10 anos de estudo, um teve mais de 10 anos de estudo.

Com os depoimentos, emergiram as seguintes ideias centrais (IC) e discursos do sujeito coletivo (DSC), conforme quadro 1:

Ideia central	Discurso do Sujeito Coletivo
IC ₁ : Saúde bucal é ter cuidado com os dentes e/ou prótese.	DSC ₁ : Saúde bucal é cuidar dos dentes, escovando todos os dias, mantendo limpo, sem presença de vestígios de comida; dentição sadia, sem carie ou dentes estragados. É manter a boca e a prótese limpas e escovadas.
IC ₂ : a boca é o cartão de visita da pessoa	DSC ₂ : A boca saudável com dentes arrumados e bonitos é o cartão de visita da pessoa, dá coragem de sorrir e conversar e de sair.
IC ₃ : A boca é a entrada do corpo	DSC ₃ : A boca é a entrada do corpo, portanto deve estar limpa e saudável para evitar doenças. Assim é possível conversar e sentir-se bem.
IC ₄ : Não cuido da boca porque não tenho dentes e/ou dinheiro	DSC ₄ : Não cuido da boca porque não tenho dentes, então não há necessidade de cuidado especial. Até gostaria de cuidar melhor, porém o dentista é caro, não tenho condições de pagar, então vou priorizando outras coisas na vida.

IC ₅ : Cuido da prótese com zelo	DSC ₅ : Cuido da prótese com zelo e atenção, deixo-a bem escovada e limpa.
IC ₆ : Cada um cuida da saúde da sua boca	DSC ₆ : Cada um cuida da saúde da sua boca. Isso é responsabilidade da própria pessoa, mesmo no hospital escovar os dentes ou dentadura do seu jeito, passar fio dental.
IC ₇ : Quando a saúde da boca está ruim a família cuida	DSC ₇ : Agora que a saúde da minha boca está ruim a família esta cuidando, estou com dificuldade e precisando de minha família.
IC ₈ : No hospital a saúde bucal não é valorizada	DSC ₈ : No hospital a enfermagem nem sempre valoriza a saúde bucal, eles não falam sobre isso, não perguntam. Não existe acompanhamento do dentista, é como se a boca não existisse.
IC ₉ : A enfermagem limpa a boca de forma bem feita	DSC ₉ : A enfermagem limpa a boca de forma bem feita, escovam dentes, língua, bochecha, fica um hálito de frescor e saúde.

Quadro 1: ideias centrais e discursos do sujeito coletivo.

Discussão

A discussão segue mesma sequência das ideias centrais apresentadas nos resultados. A primeira ideia central aborda a saúde bucal como cuidado com dentes e/ou prótese.

Na perspectiva de Werner *et al. apud* Costa, Saintrain, Vieira (2010), a saúde bucal é mais ampla que a higiene da boca, dos dentes ou prótese. Uma boa saúde bucal deve incluir ausência de dores orofaciais, mastigação adequada, facilidade de ingestão e digestão dos alimentos. Ela também deve contribuir para a comunicação, sobretudo nos atos de falar e sorrir, que têm o potencial de aumentar a autoestima das pessoas e reduzir o número de doenças.

A segunda idéia central aborda a concepção da boca como cartão de visita das pessoas. A mídia utiliza a imagem das pessoas em propagandas, que, de uma forma indireta, afirmam ser a aparência física responsável pela felicidade e

pelo sucesso (THOMSEN *et al.*, 2002). O desejo de possuir uma boa aparência não é apenas um sinal de vaidade, porém apesar de evidenciar a importância da saúde bucal, não é incomum a apresentação de comportamento negligente com relação aos seus cuidados com a saúde, incitando risco aumentado para o aparecimento de cárie dentária e outras afecções bucais, em decorrência do precário controle de placa, do menor cuidado com a escovação e da maior ingestão de produtos açucarados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; TOMITA *et al.*, 2001).

Segundo BRUNETTI *et al.* (2002), a perda de elementos dentários tem consequências em todos os órgãos do corpo, bem como no convívio social, que se torna dificultado e aparência física pode ser, infelizmente, um fator de exclusão social.

A terceira ideia central refere-se a boca como entrada do corpo, sendo necessário a adequada higienização desta para evitar doenças. Estudos demonstram que em pacientes hospitalizados, são encontrados patógenos responsáveis pela pneumonia nosocomial colonizando placa dental e mucosa bucal destes pacientes. Em aproximadamente 24 horas sem limpeza da cavidade oral é possível detectar clinicamente uma camada de placa dental. E a ausência ou a técnica de higiene bucal adotada será intimamente ligada ao número e à espécie de microorganismo encontrado na cavidade oral (ARAÚJO *Et al.*, 2009).

O estudo de Shinkai (2000) descreve que dentre as complicações de saúde em pacientes hospitalizados, talvez a mais frequente seja a pneumonia por aspiração e bacteremias causadas por microorganismos gram-negativos deslocados de dentes com comprometimento de caries extensas e periodontopatias severas. Pacientes edentulos também podem desenvolver bacteremias em virtude de úlceras provocadas por próteses totais mal-ajustadas. Algumas bacteremias transitórias provocadas por infecções bucais

podem levar a quadros de endocardite, principalmente em pacientes com defeitos cardíacos estruturais.

O estudo de Araújo et al (2009), observou ainda a rota de colonização traqueal no desenvolvimento da pneumonia associada à ventilação e constatou que 80 de 100 pacientes tiveram colonização durante o primeiro dia de ventilação endotraqueal. E a cavidade oral é a primeira fonte de organismos patogênicos que causam esta patologia. Pesquisas têm documentado que indivíduos hospitalizados tendem a apresentar higiene bucal deficiente, em comparação com os pacientes ambulatoriais e os pacientes controles da sociedade. Essa ausência de atenção com a higiene bucal resulta no aumento da quantidade e complexidade da placa dental, que pode favorecer a interação bacteriana entre bactérias indígenas da placa e patógenos respiratórios conhecidos, como *Pseudomonas aeruginosa* e bacilos entéricos. Porém, pode-se evitar através de boas técnicas de higiene bucal, as quais são capazes de prevenir o avanço da infecção da cavidade bucal para o trato respiratório.

A ideia central quatro aborda que os idosos não cuidam da boca porque não tem dentes e/ou condições financeiras, indicando que a tratamento odontológico é caro. A saúde bucal e os cuidados de que dela demandam são interpretados no Brasil como um direito dos cidadãos que deve ser garantido pelo Estado por meio de programas ou políticas públicas universais, aí contempladas como categoria especial, por sua fragilidade, os idosos. Porém, a ausência da cobertura estatal é suprida, parcialmente, por um regime privado de provisão e produção de serviços odontológicos disputando e atendendo o segmento da demanda capaz de pagar, restando ainda imensa população excluída do atendimento a suas necessidades mais elementares de cuidados à saúde bucal. Assim, o acesso e benefício proporcionado pelas novas tecnologias, restringem-se àqueles idosos que podem pagar o preço no mercado privado de serviços, ou àqueles que tenham a

ampará-los algum plano corporativo de saúde, o que geralmente é raro para os que alcançaram a fase idosa (MELLO, ERDMANN, CAETANO, 2008).

Em âmbito nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal de 2010 revelou que 42,3% dos idosos haviam realizado consulta odontológica há mais de três anos, e 14,7% nunca haviam ido ao dentista (BRASIL, 2012). A má condição de saúde geral, *status* funcional, medo, imagem negativa, escassez de recursos, indisponibilidade de equipamentos e profissionais, atitudes desencorajadoras de cuidadores e familiares, dificuldade de deslocamento e de marcação de consultas são barreiras que explicam a baixa procura. O idoso compõe uma demanda "invisível", pois muitos deles sequer chegam a procurar o serviço de saúde (MELLO, ERDMANN, CAETANO, 2008).

A dor foi apontada em estudo de Canellas et al (1993) e Padrol et al (2001) como principal motivo pelo qual as pessoas não realizam higiene bucal. Em pesquisa realizada por Weinstein et al (1996) verificou-se que apesar dos pacientes concordarem com os princípios de uma boa higiene bucal, a maioria não realiza-a como rotina.

A quinta ideia central aborda o cuidado especial da prótese, com zelo e dedicação para que esta fique livre de qualquer resíduo.

Segundo Berry e Davidson (2006) o paciente deverá ter uma higiene bucal adequada mesmo na ausência de dentes. Os autores sugerem massagens para fortalecer as gengivas e a lavagem das próteses para remoção dos detritos alimentares que podem ferir o paciente e incomodá-lo. Acrescenta-se, ainda, que seja de responsabilidade do enfermeiro a observação do estado bucal do paciente, constatando se ele usa próteses, se pode alimentar-se sozinho e se tem capacidade mastigatória.

A sexta ideia central aborda o cuidado da saúde bucal como responsabilidade intrínseca de cada indivíduo, sendo essencial a escovação e utilização de fio dental. A escovação consistente e efetiva e o uso de fio dental para

regiões de contato entre os dentes são condições para remoção mecânica da placa bacteriana na superfície dentária (SMELTZER, BARE, 2005). Manter a boca saudável é importante para o bem estar geral das pessoas, pois os cuidados diários ajudam a evitar problemas de saúde (SCHNEID, 2007).

A sétima ideia central aborda a inserção da família como apoio e auxílio para promoção da saúde bucal, mesmo que esta inserção somente ocorra quando as condições bucais estão ruins ou há alguma incapacidade. Estudo realizado por Lima et al (2011), apontou que 19% dos entrevistados afirmaram realizar escovação dentária todos os dias com ajuda de acompanhantes.

A ideia central oito aborda a pouca visualização da promoção de saúde bucal no ambiente hospitalar, fortalecida pela ausência de profissional da odontologia como membro da equipe de saúde destas instituições. Em estudo realizado por Lima et al (2011) os pacientes relataram que a presença de cirurgião-dentista na equipe hospitalar é condição *sine quan non* na formação do corpo clínico hospitalar, para a realização de atividades curativa e preventivas relacionadas a saúde.

A nona ideia central aborda a saúde bucal realizada no ambiente hospitalar pelos profissionais da enfermagem, com higienização completa, incluindo limpeza dos dentes, gengiva, bochechas e língua. No âmbito hospitalar, a higiene bucal é atribuição da equipe de Enfermagem, e sua responsabilidade é garantir o cuidado cotidiano de higiene e conforto. Entretanto, o conhecimento da Enfermagem sobre a saúde bucal pode ser limitado, razão pela qual, na prática clínica, muitas vezes, a higiene bucal não é priorizada (SANCHEZ, 2000).

Em estudos realizados com enfermeiras, diretores de hospitais e enfermeiras domiciliares, constataram vários conceitos incorretos sobre práticas de saúde bucal em pacientes hospitalizados. A falta de conhecimento sobre patologias odontológicas foi significativa, abrangendo

inúmeros aspectos como o exame da cavidade oral. As dificuldades de locomoção e outras limitações físicas dos pacientes são encaradas como as maiores dificuldades ou impossibilidades para o cuidado odontológico. Foi estimado que 48% dos profissionais que participaram da pesquisa não tinham tido acesso a esses conhecimentos e 30% da amostra demonstrou que estes não eram assuntos prioritários em suas funções. Foi verificado que 83% do corpo de enfermagem não recebeu treinamentos básicos acerca de saúde bucal. Os pesquisadores atentam para a necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados orais de pacientes geriátricos e concluem que treinamentos apropriados e a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar contribuem para o aperfeiçoamento dos conhecimentos e para melhor desempenho da enfermagem em relação à saúde bucal dos pacientes (ARAÚJO et al, 2009).

Concernente a limpeza realizada pela enfermagem, há indicação de que emerge conforto e refrescância. Apesar dos idosos não reclamarem, o estudo realizado por Lima et al (2011), apontou que há incômodo com mau hálito. Segundo Schneid et al (2007) manter a boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas, pois os cuidados diários, como a escovação e o uso do fio dental, ajudam a evitar que os problemas dentários se tornem mais graves. Quando se transporta essa reflexão à vivência diária de pacientes hospitalizados, tem-se desafio ainda maior, que é a manutenção da saúde bucal através de hábitos adequados de higiene durante o período de internação, visando à atenção integral.

Observa-se principalmente nas idéias centrais 8 e 9 o papel da instituição e de profissionais como equipe de enfermagem e cirurgião-dentistas para com cuidados de saúde bucal. No HU/UFSC o serviço de enfermagem, utiliza como alicerce de sua prática referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta.

Segundo Horta, enfermagem é a ciência que compreende o estudo das Necessidades Humanas Básicas

(NHB) de maneira preventiva, curativa e reabilitadora, respeitando os princípios de unicidade, autenticidade e individualidade, pois presta assistência ao ser humano, membro de uma família ou comunidade, e que participa ativamente do seu autocuidado e não à sua doença (HORTA, 2004).

O cuidado em enfermagem visa tornar a pessoa independente dessa assistência, o mais rapidamente possível pelo ensino do autocuidado, promovendo, mantendo e recuperando a sua saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 2004).

Para que os profissionais de enfermagem atuem de forma proativa, é necessário desenvolver metodologia de trabalho fundamentada no método científico denominado Processo de Enfermagem. Esse processo é dividido em fases que se constituem em ações dinâmicas, sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano (HORTA, 2004).

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta teve seus fundamentos e princípios com base na Teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow, da hierarquia de necessidades de João Mohana, dos princípios de homeostase e do holismo. Horta conceitua o indivíduo de forma holística, isto é, um todo indivisível e não a soma das suas partes, com todas as suas necessidades se interrelacionado, sofrendo alterações quando da sua manifestação e independentemente de qual necessidade, pode ocorrer desequilíbrio por falta ou excesso de atendimento. Para a mesma autora a saúde é um estado de equilíbrio dinâmico mantido pelas necessidades satisfeitas e o enfoque é o atendimento das necessidades humanas básicas (biológicas, sociais e espirituais) (HORTA, 2004).

As Necessidades Humanas Básicas segundo Horta (2004), se dividem em outras categorias e destaca-se em **negrito** as principais necessidades relacionadas com a saúde bucal. Necessidades psicobiológicas: **Oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso,**

exercícios e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, **cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física**; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular; locomoção, percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, **gustativa, dolorosa**; ambiente, **terapêutica**; Necessidades sociais: segurança, amor, liberdade, **comunicação**, criatividade, **aprendizagem (educação à saúde)**, gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e espaço, **aceitação, autorrealização, autoestima**, participação, **autoimagem, atenção**; Necessidades psíquicas, religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida.

Como observa-se acima são várias as necessidades atreladas a uma boa condição de saúde bucal. Necessidades estas levantadas também pelos idosos participantes da pesquisa. As IC1, IC 3 e IC5 trazem a importância do cuidado com a boca, os dentes e com a prótese, o qual se pode relacionar com a necessidade de cuidado corporal. A IC2 aponta que a boca, o sorriso é o cartão de visita da pessoa, mostrando o valor da autoestima, autoimagem para o bem estar pessoal. Já a IC4 evidencia o desconhecimento, falta de aprendizagem, falta de terapêutica e atenção a saúde, caracterizada pela fala a qual diz que não cuida da saúde bucal porque não tem dentes e também pela falta de dinheiro para procurar atendimento especializado, remetendo a idéia de carência de atendimento de saúde gratuito e de qualidade.

A IC6 reforça a idéia de autonomia e autocuidado, quando tem condições, o indivíduo é responsável e deve realizar sua higiene bucal. A IC7 cita a importância da família quando não se tem mais condições de efetuar o cuidado sozinho, a qual relaciona-se com as necessidades de amor, gregária, atenção.

Outros estudos também trazem as relações da saúde bucal para com as chamadas Necessidades Humanas Básicas de Horta.

O estudo de Sakano (2005) identificou os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em idosos hospitalizados na enfermaria de um hospital universitário. Os resultados mostraram que os diagnósticos: Nutrição alterada: ingestão menor que as necessidades corporais e Déficit no autocuidado ocuparam o 3º e o 4º lugar da lista de 22 diagnósticos de enfermagem levantados.

Marin *et al* (2008) propôs-se a identificar os diagnósticos de enfermagem, segundo a taxonomia II de NANDA, sobre um grupo de idosas consideradas muito pobres, e um dos diagnósticos presentes em uma lista de 12 diagnósticos era o de Dentição prejudicada, que foi caracterizado por Presença de cáries; perda de dentes; dentes desgastados ou estragados; ausência parcial ou completa de dentes.

Outro estudo evidencia a relação que existe entre a saúde bucal do idoso e a nutrição, onde a perda dos dentes e alterações sensoriais como olfativa e gustativa, bem como a xerostomia podem afetar a consumo dos alimentos (CASSAL, 2008; HILGERT, 2008).

Lima (2011) investigou a importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados e entre as maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes entrevistados para a realização da higiene bucal foram citadas a dependência do profissional ou acompanhante, gerando constrangimento e desconforto, a falta de informação, gerando insegurança e principalmente a presença de dor.

Portanto é notória a relevância que a saúde bucal apresenta perante as condições de saúde geral dos indivíduos, principalmente dos idosos, evidenciado tanto no presente estudo através dos discursos do sujeito coletivo como também na maioria dos outros acerca do tema.

Considerações Finais

Verificou-se neste estudo que a concepção de saúde bucal perpassa somente ter cuidado com os dentes e/ou prótese, porém a compreensão desta é maior, envolvendo

aspectos relacionados a hábitos saudáveis de vida. A concepção da boca como cartão de visita da pessoa é fortalecida pela relevância dada à imagem do indivíduo na sociedade, sendo que os aspectos estéticos acabam por prevalecer em relação aos de saúde.

A percepção verificada de que a boca é entrada do corpo, no qual a higiene e saúde são correlacionadas estão presentes nos depoimentos dos participantes deste estudo. Verificou-se a justificativa para não cuidado da saúde bucal na condição de não existência de dentes ou de condições financeiras. Infelizmente, na prática, ainda não há acesso pleno aos serviços odontológicos, porém a compreensão de que a saúde somente é necessária quando há dentes tem relação com a de saúde bucal unidirecionada a limpeza dos dentes.

A afirmativa de cuidado da prótese com zelo e dedicação está envolvida com o sentimento de perda dos dentes. A ideia de que cada um cuida de sua boca, se relaciona com as responsabilidades sobre as necessidades de higiene básicas, sendo que na condição de patologia ou incapacidade a família se insere como coadjuvantes auxiliando na promoção da saúde bucal.

Verificou-se que no hospital a saúde bucal não é valorizada, seja devido a inexistência de cirurgião-dentista na equipe clínica hospitalar, ou devido a demanda de atividades, porém quando os profissionais de enfermagem realizam a higiene bucal, esta é compreendida como completa, incluindo limpeza dos dentes, gengivas, bochechas e língua, promovendo conforto e bem estar.

Referências

ARAÚJO, M.V.M.A. ET AL. atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros – MG. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2010.

ARAÚJO, R. J. G. ET AL. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v.21, n.1, p.38-44, fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2013.

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. 318-28, dez. 2006.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de jan. 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos.

Brasília (DF): Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB BRASIL 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais. 2012 [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

BRUNETTI, R.F. MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico, São Paulo, Ed. Artes Médicas, 2002, p.373-380

CAMPEDELLI, M.C. et al. Processo de enfermagem na prática. Processo de enfermagem na prática São Paulo: Ática, 1989.

CANELLAS, M.; BOSH, F; BASSOLS A. RUE M; BAÑOS JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med. Clin.* 1993; 101 (2): 51-54.

COSTA, A. M. et al. Perfil da condição bucal de idosos do Distrito Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 15, nº 4, p. 2207-13. 2010.

DE MARCHI, R.J.; HUGO F.N.; HILGERT J.B. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. *Nutrition*. 2008;24:546-53. doi: 10.1016/j.nut.2008.01.054.

HORTA, W.A. Processo de enfermagem. 15ª reimpressão. São Paulo. EPU, 2004.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: Educs*, 2003. (Desdobramentos).

LIMA, D.C.; *et al.* A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciencia & Saude Coletiva*. 2011. 16 (supl. 1): 1173-1180.

LUZ, D.T. Saúde oral – odontogeriatria. In: Ramos LR. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. São Paulo: Manole; 2005. p. 325-39.

MARIN, M.J.S., *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosos carentes de um programa de saúde da família (psf). *Esc Anna Nery Rev Enferm*; vol.12, nº 2, p. 278 – 84. 2008.

MARTINS J.J. et al. A percepção da equipe de saúde e dos idosos sobre cuidado humanizado. *Arq Cat de Med.*; vol. 37, nº 1, p. 30-37. 2008.

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. e CAETANO, J.C.. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.4 [citado 2015-03-01], pp. 696-704 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400010>.

MELLO, A. L. S. F. Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento [online]. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>. [Acesso em 24 de abril 2013]

PADILHA D.; HILGERT J.B.; HUGO, F. Saúde bucal. In: FREITAS, E.V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p.1189-96. 2006.

PADROL A. *et al.* Estúdio de la prevalência del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor.*; 8 (8): 555-61. 2001

PRZYLYNSKI, D. S. et al. Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 14, p. 696-702, 2009.

ROACH, S. S. Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 372 p. 2003.

SAKANO L.M., YOSHITOME A.Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm*; vol. 20, nº 4, p. 495-8. 2007.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, 35-54, fev. 2000 [não paginado]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril. 2013.

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

SHINKAI, R.S.A. , DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública*; Vol. 16, nº 4, p. 1099-1109. 2000.

SIMÕES. A.C.A, CARVALHO. D.M.; A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. *Ver. Ciência e Saúde*. Vol. 16, nº 6, p. 2975-2982, Rio de Janeiro, Junho de 2011.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2005. p.141-163.

THOMSEN, S. R. *et al.* Motivations for reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. *Media Psychology*, Boston, v. 2, n. 4, p.113-135, 2002.

TOMITA, N. E. *et al.* Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru*, Bauru, v. 9, n. 1-2, p. 63-69, jan./jun.2001.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

VENITES J.P., COSTA L.S., PELEGRINI. Gerontologia, comunicação e alimentação. In: Ramos LR. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp- Escola Paulista de Medicina - Geriatria e Gerontologia, ed. 1, Manole, 2005, Barueri, 243-254.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, nº3. 2009.

WEINSTEIN R; *et al.* Psychological intervention in patients with poor compliance. *J. Clin. Periodontol.* 1996; 23 (3): 283-88.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. 439p. (WHO Technical Report Series, 854).

6.3 MANUSCRITO III

PROPOSTA DE SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Resumo

Trata-se de relato de experiência sobre as atividades realizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a relevância da promoção da saúde bucal junto aos idosos hospitalizados em unidade de clínica médica de um hospital universitário do Sul do Brasil. Primeiramente, foram encaminhadas para a referida unidade cópias dos resultados da pesquisa realizada junto aos idosos internados sobre a concepção da saúde bucal, intitulada: “Práticas de enfermagem na promoção da saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica”, com intenção de divulgar os achados da própria realidade. Após a reflexão sobre esses achados, elaborou-se um folder educativo destinado aos idosos hospitalizados. Com esse instrumento, os profissionais de enfermagem podem desenvolver orientações na própria unidade desde a admissão e durante a internação do idoso. Ainda como ação para sensibilização da equipe, elaborou-se uma proposta de oficina para ser desenvolvida em três momentos. Essa organização foi originada dos achados da pesquisa realizada neste campo, que indicaram as necessidades de rotina para promoção da saúde bucal dos idosos hospitalizados. Procurou-se elaborar um material educativo atrativo e de fácil compreensão tanto para os leitores quanto para os profissionais que farão a entrega e divulgação do folder, bem como estruturar uma proposta de oficina de sensibilização, prática e adequada às rotinas e necessidades do serviço, a fim de que estimule a adesão e participação da equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Idoso. Saúde Bucal; Higiene Bucal; Folder; Hospitalização; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Enfermagem.

Abstract

This is an experience report on activities carried out to sensitize the nursing team about the importance of promoting oral health along with the elderly hospitalized in a medical clinic unit of a university hospital in the Brazilian South. Firstly, we sent the copies of the results of the research on the conception of oral health to the aforementioned unit, which was performed along with the admitted elderly and was titled: “Nursing practices in the promotion of the oral health of elderly admitted to medical clinic”, with the aim of disclosing the findings of the reality itself. After reflecting on these findings, we elaborated an educational folder targeted to hospitalized elderly. With this instrument, nursing professionals can provide guidance in the unit itself since the time of admission and throughout the hospitalization of the elderly. Moreover, we elaborated a proposal of workshop to be developed in three moments, as an action to sensitize the team. This organization came from the findings of the research performed in this field, which have indicated the routine needs for promoting the oral health of hospitalized elderly. We sought to elaborate attractive educational material and easy to understand both for readers and for the professionals who will deliver and disclose the folder, in addition to structuring a proposal of workshop of awareness, practical and suitable to the routines and needs of the service, with the intention to stimulate adherence and participation of the nursing team.

Keywords: Elderly, Oral Health; Oral Hygiene; Folder; Hospitalization; Hospital Nursing Service; Nursing.

Resumen

Se trata de relato de experiencia sobre las actividades realizadas para sensibilizar el equipo de enfermería sobre la relevancia de la promoción de la salud bucal junto a los ancianos hospitalizados en unidad de clínica médica de un hospital universitario del Sur de Brasil. En primer lugar, fue encaminada para la referida unidad las copias de los resultados de la investigación realizada junto a los ancianos internados sobre la concepción de la salud bucal, intitulada: “Prácticas de enfermería en la promoción de la salud bucal de ancianos hospitalizados en clínica médica”, con intención de difundir los

hallazgos de la propia realidad. Después la reflexión sobre estos hallazgos, se elaboró un folleto educativo destinado a los ancianos hospitalizados. Con este instrumento, los profesionales de enfermería pueden desarrollar orientaciones en la propia unidad desde la admisión y durante la internación del anciano. Aún como acción para sensibilización del equipo, se elaboró una propuesta de taller para ser desarrollado en tres momentos. Esta organización fue originada de los hallazgos de la investigación realizada en este campo, que indicaran las necesidades de rutina para promoción de la salud bucal de los ancianos hospitalizados. Se buscó elaborar un material educativo atractivo y de fácil comprensión tanto para los lectores cuanto para los profesionales que harán la entrega y divulgación del folleto, así como estructurar una propuesta de taller de sensibilización, práctica y adecuada a las rutinas y necesidades del servicio, con el fin de que estimule la adhesión y participación del equipo de enfermería.

Palabras clave: Anciano; Salud Bucal; Higiene Bucal; Folleto; Hospitalización; Servicio Hospitalario de Enfermería; Enfermería.

Introdução

No âmbito hospitalar, a higiene bucal é atribuição compartilhada com a equipe de Enfermagem, e sua responsabilidade é realizar cuidado cotidiano de higiene e conforto. Entretanto, os recursos humanos, tempo e conhecimento da Enfermagem sobre a saúde bucal podem ser limitados, razão pela qual, na prática clínica, muitas vezes, a higiene bucal não é priorizada (SANCHEZ, 2000).

Segundo Mello e Erdmann (2007), possuir informação é fundamental para a realização das práticas do cuidado, mas não constitui elemento suficiente. É necessário mais que informação disponível e de qualidade: a pessoa possuidora da informação precisa processá-la e incorporá-la para que seja transformada em ação. Para tanto, faz-se necessário desenvolver recursos prévios para possibilitar a aquisição da informação disponível e também, o seu processamento e tradução em práticas.

As orientações sobre os cuidados bucais devem ser adequadas às habilidades motoras e capacidade cognitiva do paciente. Desse modo, os propósitos preventivos devem ser compreendidos pelo paciente e por seu grupo de apoio (familiares e/ou enfermagem). Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem a realização de higiene bucal satisfatória, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado.

Autores como Araújo et al (2009), sugerem as equipes de enfermagem a utilização de guia de procedimentos adequados de higiene bucal e avaliação do nível de dependência, o qual relaciona a necessidade de procedimentos adequados de higiene bucal e diferentes níveis de dependência dos pacientes. Já Schneid (2007) elaborou protocolo contendo as práticas de promoção da saúde bucal desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem junto aos pacientes hospitalizados em um hospital regional. Ambos os autores enfatizam que as práticas de higiene bucal e das próteses dentárias devem ser sistematizadas em diferentes cenários do estudo por meio de protocolos de Enfermagem em saúde bucal, o que induz aproximação entre a Enfermagem e a Odontologia, respeitando os limites de atuação de cada uma dessas áreas, o que possibilitará avanços no cuidado integral aos idosos hospitalizados.

Apesar de não ser área específica da enfermagem, estes profissionais assumem muitos cuidados com a saúde bucal dos idosos hospitalizados, sendo esta temática preocupação constante da Enfermagem, porém, o cuidado básico da higiene bucal ainda é deficiente ou ignorado. Igualmente, na Odontologia, tem-se verificado a rara existência de cuidados com a higiene bucal de idosos em instituições de saúde (MELLO, 2005).

Constata-se ainda, que na admissão do cliente em unidades de internação, são feitos questionamentos sobre a sua saúde bucal, mas sem a adequada avaliação. Neste âmbito excelentes oportunidades de identificar problemas

são desperdiçadas, pois os protocolos de Enfermagem para avaliação sistemática da saúde bucal e a consequente implementação de cuidados não são realizados em instituições de saúde (MELLO, 2005).

Schneid *et al* (2007) complementaram que manter a saúde bucal por meio de hábitos adequados de higiene durante o período de internação é desafio, porque estas práticas não são priorizadas no cotidiano diário da equipe de enfermagem, apesar de sua reconhecida importância na promoção da higiene bucal.

A capacidade de aprender e adquirir novas habilidades diminui no idoso, porém isso não o impede de continuar aprendendo, assim a motivação para o aprendizado e o desempenho da atividade realizada são fatores que influenciam diretamente nestes conhecimentos (SMELTZER; BARE, 2005).

Vale ressaltar que os cuidadores envolvidos nos procedimentos relativos à saúde bucal do idoso necessitam ser capacitados e atualizados, para realizar ações pertinentes a sua área de atuação. Assim, irão compreender e valorizar as novas competências, habilidades e valores pertinentes à saúde bucal, incorporando-os ao seu cotidiano de trabalho (ARAÚJO *et al*, 2010).

Segundo Souza e Lago (2002) educação em saúde têm como objetivo promover a expansão das práticas de saúde junto à comunidade, como maneira de desenvolver postura crítica quanto à saúde e quanto à vida em geral. Para isso, torna-se importante considerar os conhecimentos já existentes por parte dos idosos, bem como suas necessidades e interesses. A presença do enfermeiro como organizador/facilitador de ações educativas contribui para minimizar os problemas físicos e emocionais mais frequentes nas pessoas inseridas na fase da velhice (PRZYLYNSKI, 2009).

Neste contexto tem-se como objetivo: relatar a experiência sobre as atividades realizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a relevância da promoção da

saúde bucal junto aos idosos hospitalizados em unidade de clínica médica.

Método

Trata-se de relato de experiência sobre as atividades realizadas para sensibilizar a equipe de enfermagem da CM1 do HU/UFSC, sobre a importância da promoção da saúde bucal dos idosos hospitalizados.

Primeiramente foi encaminhada para a referida unidade cópia dos resultados da pesquisa realizada junto aos idosos internados sobre a concepção da saúde bucal, intitulada: Práticas de enfermagem na promoção da saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica, com intenção de divulgar os achados da própria realidade. Nesta pesquisa, segundo depoimentos dos idosos, emergiram como ideias centrais: saúde bucal é ter cuidado com os dentes e/ou prótese; a boca é o cartão de visita da pessoa; a boca é a entrada do corpo; não cuida da boca porque não tenho dentes e/ou dinheiro; cuida da prótese com zelo; cada um cuida da saúde da sua boca; quando a saúde da boca está ruim a família cuida; no hospital a saúde bucal não é visualizada; a enfermagem limpa a boca de forma completa.

Neste relatório as ideias centrais foram fundamentadas cientificamente, com ênfase na concepção de saúde bucal que perpassa unicamente o cuidado com os dentes e/ou prótese, envolvendo aspectos relacionados a hábitos saudáveis de vida. A ideia da boca como cartão de visita da pessoa é fortalecida pela relevância dada a imagem do indivíduo na sociedade, sendo que os aspectos estéticos acabam por prevalecer em relação aos de saúde.

A concepção verificada de que a boca é entrada do corpo, no qual a higiene e saúde devem estar intrínsecas estão presentes nos depoimentos dos participantes deste estudo. A justificativa para não realizar o cuidado da saúde bucal, está na condição de não existência de dentes ou de condições financeiras. A concepção de que a saúde bucal somente é necessária quando há dentes está vinculada com a

compreensão unidirecional de limpeza dos dentes unicamente.

O cuidado da prótese com zelo e dedicação está envolvido com sentimento de perda dos dentes. A idéia de que cada um cuida de sua boca, se relaciona com as responsabilidades sobre as necessidades de higiene básicas, sendo que na condição de patologia ou incapacidade a família se insere como coadjuvantes auxiliando na promoção da saúde bucal.

Verificou-se que no hospital a saúde bucal não é valorizada com a devida importância, seja devido à inexistência de cirurgião-dentista na equipe clínica hospitalar, ou à demanda de atividades. Porém quando os profissionais de enfermagem realizam a higiene bucal, esta é compreendida como completa, incluindo limpeza dos dentes, gengivas, bochechas e língua, promovendo conforto e bem estar.

Após a reflexão sobre estes achados elaborou-se folder educativo destinado aos idosos hospitalizados. Com este instrumento os profissionais de enfermagem podem desenvolver orientações na própria unidade desde a admissão e durante a internação do idoso.

Ainda como ação para sensibilização da equipe elaborou-se proposta de oficina para ser desenvolvida em três momentos. Esta organização foi originada dos achados da pesquisa realizada neste campo, que indicaram as necessidades de rotina para promoção da saúde bucal dos idosos hospitalizados.

Resultados

O relatório da pesquisa realizada possibilita que a equipe de enfermagem conheça a concepção do idoso sobre a promoção da saúde bucal, bem como se solidarize com as atividades possíveis de realização, segundo as necessidades emergentes do grupo que está hospitalizado na unidade.

Divulgar resultados da pesquisa realizada não é complemento, mas etapa essencial do trabalho de investigação. A divulgação dos resultados, com popularização dos conhecimentos recém-adquiridos, tem intenção de incitar novas idéias, adotando posturas diferenciadas e fortalecidas (TARGINO; 2000).

O folder elaborado está direcionado aos idosos hospitalizados, sendo assim apresenta formato adequado às necessidades deste público, com letra maior, imagens atrativas, facilitando a compreensão daqueles que tem maiores dificuldades para leitura. Recomenda-se que caso o idoso seja analfabeto ou com dificuldades para assimilar informações, os profissionais de enfermagem devem orientá-lo junto com o familiar/cuidador, estimulando assim a continuidade da promoção da saúde bucal no domicílio.

O folder educativo contém quatro páginas, sendo uma a capa e as outras três com o conteúdo e imagens. Na primeira página do folder consta o nome da instituição vinculada, título “Saúde bucal do idoso no ambiente hospitalar”, nome das organizadoras, bem como data de elaboração. Desta forma reuniram-se essas informações em única página de modo que sobrasse espaço nas demais para o conteúdo.

Nas três páginas seguintes foram mescladas figuras com informações resumidas, de linguagem simples e clara sobre a importância do cuidado com saúde bucal, bem como, dos principais cuidados que o idoso deve ter, com objetivo de prender a atenção do leitor e garantir melhor assimilação do conteúdo.

Na página 2, para introdução do conteúdo colocou-se o seguinte questionamento: “Você cuida da sua saúde bucal?” afim de que o leitor reflita sobre o que ele já faz ou deixa de fazer para esse cuidado. Em seguida, é explicado sobre a importância de cuidar da saúde bucal e as implicações na saúde geral.

Posteriormente são elencados os principais cuidados baseados na literatura, sobre saúde bucal, como por exemplo,

procurar orientação da equipe de saúde, os produtos adequados, os cuidados com as próteses. Na sequência apresenta-se figura do folder desenvolvido.

Figura 3 – Folder educativo

Não utilize solução com água sanitária em próteses com estrutura metálica. Caso necessário use soluções a base de clorexidina ou algum produto orientado pelo dentista.

Cuide com o estado da sua prótese, ela deve estar bem adaptada, não causar dor, feridas ou sangramento. Lembre-se que ela não é eterna e deve ser revisada e trocada pelo dentista sempre que necessário.

Atente para sinais como dor/ desconforto, sensibilidade, sangramentos, boca seca, alterações de humor, dificuldade para se alimentar, mau hálito, ou qualquer anormalidade.

Comunique a enfermagem e o dentista!

Qualquer informação entrar em contato com:
 Profª Drª Karina S. de Almeida Hammerschmidt
 Telefone: (48) 3721-2755
 Email: karina.h@ufsc.br

Grupo de Estudo sobre
 Cuidado de Saúde de Pessoas
 Idosas (GESPIV/UFSC)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 MESTRADO PROFISSIONAL MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

ORGANIZAÇÃO DO FOLDER:
 ProfªDra Karina S. de Almeida | Hammerschmidt
 Gabriela Daniel da Costa - Elaboração: fevereiro de 2015

**SAÚDE BUCAL DO IDOSO
 NO AMBIENTE HOSPITALAR**

VOCÊ CUIDA DA SUA SAÚDE BUCAL?

UMA BOA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL É NECESSÁRIA PARA MANTER O BEM ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL DAS PESSOAS.

Elá influencia a nutrição, o comportamento, o estado geral de saúde.

O mau cuidado da saúde bucal pode desencadear ou agravar doenças. Mesmo na ausência de dentes naturais, deve-se higienizar a boca e a prótese.

Procure auxílio da enfermagem ou do dentista sobre como realizar sua higiene oral ou de seu parente de maneira correta. Ela deve ser realizada no mínimo 2x dia, de preferência pela manhã, após as refeições e antes de dormir

Para limpar dentes e próteses itens básicos como uma escova de dente com cerdas macias e o fio dental são essenciais e constituem a maneira mais eficaz.

Outros produtos poderão ser utilizados como creme dental, enxaguantes bucais sem álcool, soluções a base de flúor ou clorexidina.

As mucosas da boca e a língua também devem ser limpas, pode-se utilizar uma gaze embebida em solução a base de clorexidina.

As próteses depois de limpas devem ser retiradas para dormir e guardadas imersas em água em um frasco com tampa destinado para este fim.

A limpeza da prótese deve ser feita em água corrente com escovas apropriadas (se tiver), pode-se utilizar creme dental ou sabão neutro, enxaguando bem ao final.

Pelo menos 1x por semana deve ser realizada uma limpeza química, coloque num copo 2/3 de água e adicione duas a três colheres de água sanitária. Deixe a prótese nessa solução por uma noite.

A outra forma de sensibilizar a equipe de enfermagem da CMI sobre a promoção da saúde bucal do

idoso hospitalizado foi por meio de proposta para realização de oficina futura. A sugestão de oficina configurou-se em três momentos principais, com objetivo de discutir e aprofundar a reflexão sobre os seguintes temas e questionamentos: **Momento 1:** Percepção sobre a saúde bucal - "Qual a compreensão do idoso sobre a promoção da saúde bucal?" ; **Momento 2:** Diagnóstico do Idealizado - "Que saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica queremos?"; **Momento 3:** Diagnóstico do possível - "Como podemos promover a saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica"? Além de debater sobre aspectos de anatomia e fisiologia da boca e sistemas relacionados; cuidados bucais em idosos com respiração espontânea e alimentação por Sonda Nasogástrica; principais patologias bucais; uso e higienização de próteses dentárias, e demais assuntos que emergirem durante as oficinas.

A intenção é que enfermeiro e/ou pesquisadora envolvida no projeto desenvolvido sobre a temática detenha o papel de mediador, na tentativa de estabelecer ambiente favorável de relacionamento e propício ao desenvolvimento das discussões. Acredita-se que o melhor horário para a realização de atividades de cunho educacionais para os trabalhadores da clínica médica é o momento da troca e passagem de plantão, pois depois que os profissionais iniciam suas atividades assistenciais torna-se difícil reuni-los novamente para alguma atividade. Portanto, a proposta de horário das oficinas é ao final da passagem de plantão da unidade, aproximadamente as 07:30h, 13:30h e 19:30h.

Quanto ao período de realização, programou-se três encontros, com duração de 30 minutos, sendo o primeiro dia para reflexão sobre o momento 1: "Qual a compreensão do idoso sobre a promoção da saúde bucal?". Cada equipe fará dinâmica de apresentação, onde individualmente será realizada apresentação incluindo informações sobre nome, tempo de trabalho na instituição e experiência profissional. Posteriormente, serão apresentados e discutidos os resultados da pesquisa realizada junto aos idosos internados sobre a

concepção da saúde bucal, mediante apresentação previa do relatório como pré sensibilização.

No segundo encontro, abordar-se-á os momentos 2 e 3: "Que saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica queremos?" e "Como podemos promover a saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica?", com objetivo de identificar o que já se realiza na prática, bem como debater sobre o que poderá ser realizado.

Por fim, o terceiro encontro contará com a presença de profissional da odontologia, para debater sobre aspectos de anatomia e fisiologia da boca e sistemas relacionados; cuidados bucais em idosos com respiração espontânea e alimentação por Sonda Nasogástrica; principais patologias bucais; uso e higienização de próteses dentárias e demais assuntos que emergirem durante as oficinas.

Discussão

Diversos estudos enfocam a educação em saúde como elemento chave para melhores práticas. Com relação à saúde bucal, Munoz et al (2009) realizaram estudo que mediu o impacto da intervenção de educação em saúde bucal no conhecimento e na assistência ao paciente prestada por enfermeiros em relação à avaliação oral de idosos institucionalizados. Eles mediram o conhecimento através de teste realizado antes e depois de intervenção de educação em saúde, bem como avaliaram a condição oral dos idosos e concluíram que apesar do conhecimento pré e pós-teste não ter apresentado aumento significativo, o estado de saúde bucal dos residentes melhorou. Concluíram que a capacitação de enfermeiros para realização de avaliações de saúde bucal pode melhorar as práticas de enfermagem, para executar e documentar a assistência em saúde bucal de idosos residentes.

Um estudo similar, desenvolvido por Phu Le et al (2012) avaliou a eficácia da educação de higiene bucal entre os funcionários do lar de idosos a fim de melhorar a saúde bucal dos moradores. Entre os funcionários que receberam a

educação de higiene bucal, o conhecimento pós-teste aumentou de forma estatisticamente significativa a partir do nível pré-teste. E entre os residentes que participaram do estudo, índices como o de placa modificada diminuiu, aos 6 meses, em relação ao início do estudo.

Resultado semelhante foi verificado no estudo de Kullberg et al (2010) que avaliou o efeito de um programa de educação contínua para os profissionais de enfermagem em um lar para idosos, houve redução nos índices de sangramento gengival e índices de placa, mostrando que educação em higiene dental contínua melhora a higiene dental entre os residentes do lar de idosos.

As intervenções de cunho educativo para a equipe de enfermagem apresentam efeitos positivos na saúde bucal de idosos. Tratam-se intervenções de baixo custo, que pode prevenir patologias futuras e consequentemente maiores gastos com tratamento. A construção de protocolos, *guidelines* e instrumentos também são importantes para o cuidado de enfermagem. Através destes, os profissionais podem exercer maior autonomia em relação aos cuidados orais, além avaliar e referenciar quando necessário. Porém, isso não exclui a necessidade de avaliação odontológica nos idosos.

No estudo de Ames et al (2011) a avaliação da higiene bucal melhorou após enfermeiros terem implantado protocolo de higiene bucal sistemático. Dados clínicos foram coletados 3 vezes durante admissões em cuidados intensivos, antes e depois da introdução do programa sistemático de higiene bucal, em 3 centros médicos diferentes. O referido programa de educação de higiene bucal consistiu de instrução do cirurgião-dentista ou técnico de higiene bucal sobre procedimento de higiene bucal, de forma clara e sistemático.

Em outro estudo também realizado a pacientes em cuidados intensivos, cujo objetivo foi determinar os efeitos de um protocolo de baixo custo de higiene bucal nas taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica, verificou-se

que durante o período pré-intervenção, houve 24 infecções em 4606 dias de ventilação (taxa de 5,2 infecções por 1.000 dias de ventilação), porém após a instituição do protocolo de higiene bucal, houve 10 infecções em 4158 dias de ventilação, resultando em taxa mais baixa de 2,4 infecções por 1.000 dias de ventilação (SONA et al, 2009).

Segundo os autores *op cit.* o cumprimento do protocolo de higiene bucal durante o período de 12 meses, foi monitorado a cada duas semanas, existindo redução de 14 casos de pneumonia associado à ventilação mecânica, evidenciando redução no custo dos EUA de US \$ 560 000 para US \$ 140 000, com base no custo estimado por pneumonia associada à ventilação mecânica de US \$ 40 000 para US \$ 10 000 (SONA et al, 2009).

Segundo Moreira, Nóbrega e Silva (2003) a eficácia dos programas de educação em saúde dependem da correta comunicação da mensagem, da base científica da mesma, e deve estar relacionada com a credibilidade da fonte e com o uso de canais familiares, para alcance do público alvo. A comunicação em saúde tem-se tornando ferramenta de promoção de saúde, pois tem a capacidade de aumentar o conhecimento e a consciência das questões, problemas e soluções de saúde; influenciar percepções, crenças, atitudes e normas sociais; demonstrar habilidades; mostrar os benefícios da mudança de comportamento; aumentar demandas de serviços de saúde; reforçar conhecimentos, atitudes e mudanças de comportamento; refutar mitos e concepções erradas; defender questões de saúde ou grupos populacionais; superar barreiras e problemas sistêmicos.

Para o enfermeiro, a comunicação representa uma das principais ferramentas de trabalho, indispensável à assistência, em todas as áreas de atuação, exigindo dele amplo conhecimento e extrema habilidade com crianças, pacientes terminais e com transtornos mentais, com idosos, pacientes analfabetos ou com baixo grau de escolaridade, de culturas diferentes e com portadores de deficiência. Nesse contexto, o enfermeiro que lida com educação em saúde tem

uma função de escolher, selecionar e preparar a mensagem e determinar seu melhor veículo de comunicação, de modo a possibilitar efetiva comunicação e assegurar uma assistência que atenda às necessidades do paciente (MOREIRA, NÓBREGA E SILVA; 2003).

Material bem escrito ou informação de fácil entendimento pode melhorar o conhecimento e a satisfação do paciente, desenvolvendo atitudes e habilidades, facilitando a autonomia, promovendo sua adesão, tornando-os capazes de entender como as próprias ações influenciam seu padrão de saúde, favorecendo a tomada de decisão. É, portanto, forma de promover saúde. Nesse sentido, os educadores de saúde devem ter em mente que, para que as mensagens relacionadas com a saúde sejam eficazmente comunicadas, elas devem ser bem planejadas, precisas, relevantes, bem entendidas (MOREIRA, NÓBREGA E SILVA; 2003).

Define-se material educativo impresso como folhetos, panfletos, folder, livreto cuja proposta é proporcionar informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado. O material escrito para o paciente deve claramente comunicar a idéia, para assegurar-lhe o entendimento e evitar mal-entendidos que possam determinar conceitos e ações inapropriadas (MOREIRA, NÓBREGA E SILVA; 2003).

Desta forma, optou-se por elaborar folder educativo por este ser um instrumento simples, eficaz e econômico de complementar a educação em saúde. Ao existir material desse cunho nas unidades hospitalares, os profissionais se atêm a divulgá-los e realizar orientações direcionadas. Para a produção de material impresso, três aspectos foram considerados: linguagem, layout e ilustração. Vale destacar a importância da ilustração (desenhos, imagens, fotografias, símbolos) para a legibilidade e compreensão de um texto. Sua função é atrair o leitor, despertar e manter seu interesse pela leitura, complementar e reforçar a informação. A

ilustração deve permitir que as pessoas se identifiquem com a mesma. O layout e o design tornam o material mais fácil de se ler e mais atraente para o leitor (MOREIRA, NÓBREGA E SILVA; 2003).

Além da elaboração do folder destinado aos idosos hospitalizados julgou-se necessário também elaborar proposta de oficina de sensibilização a ser realizada com os profissionais de saúde da unidade. Segundo Oliveira *apud* Chiesa e Westphal (1995), a oficina de sensibilização possibilita conjugar a reflexão à ação, facilitando o emergir de conhecimentos acerca da temática, a partir de estratégias facilitadoras da expressão, para posteriormente, complementar o conteúdo e proporcionar o contato em grupo.

Estudos como o de Schneid et al (2007) evidenciaram que a maioria dos entrevistados (profissionais de enfermagem) desconhece qualquer tipo de norma ou admitiram a inexistência de conjunto explícito de normas sobre o assunto na instituição em que trabalham. Número expressivo de entrevistadas declarou realizar higiene bucal com material improvisado nos pacientes acamados, cujas limitações os impediam de fazê-las sozinhos, e as outras entrevistadas afirmaram que apenas orientam os pacientes a realizar escovação após as refeições, sem intervir diretamente no processo.

Essa constatação levou Schneid et al (2007) a elaborarem protocolo de saúde bucal que englobava medidas educativo-preventivas para os pacientes hospitalizados, cujas ações podem ser desenvolvidas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem sob a supervisão/coordenação do enfermeiro ou cirurgião-dentista, caso este faça parte da equipe multiprofissional. Para a estruturação do protocolo tomaram como pontos de partida cinco aspectos básicos: 1) a observação da cavidade bucal do paciente; 2) observação das condições materno-infantil no período pós-parto e crianças de 0 a 5 anos; 3) avaliação das condições de autonomia dos pacientes para a realização da própria higiene bucal; 4) a

capacidade da equipe de enfermagem em assumir a higiene bucal do paciente impossibilitado face estado de inconsciência ou por outro motivo; 5) procedimentos recomendados para a realização de uma higiene bucal adequada e individualizada (SCHNEID, 2007).

Sjogren et al (2009) avaliou os efeitos de longo prazo sobre o estado de higiene bucal de idosos residentes do lar de idosos, um ano e meio depois de educação em higiene dental oferecida aos funcionários. Medições da placa dental foram conduzidas em um lar de idosos sueco em 2006-2008, verificou-se que 41 moradores com idades entre 69-99 anos preencheram os critérios de inclusão e participaram de uma avaliação de higiene dental, 1-5 anos após educação em higiene dental dado para a equipe da casa de saúde. Escores do índice de placa (coletados antes da educação), foram comparados com os logo após a educação, porém o efeito da educação para a higiene dental não parece diminuir ao longo 1-5 anos. No entanto, o acompanhamento de educações de higiene dental para o pessoal do lar de idosos é recomendada para manter adequada higiene bucal dos institucionalizados.

Samson, Berven e Strand (2009) publicaram estudo sobre o efeito a longo prazo de um programa de saúde bucal que visava melhorar e manter a higiene bucal de idosos residentes em uma casa de repouso. O método foi baseado em motivação e treinamento de higiene bucal da equipe de enfermagem; produção de higiene bucal, procedimento baseado em imagem; distribuição de equipamentos de higiene bucal adequada; implementação prática de novas rotinas; avaliação dos resultados alcançados. Avaliação global foi realizada antes do início do estudo, depois de 3 meses, e, depois de 6 anos. Antes da implementação do programa de saúde bucal, 36% dos moradores tinham pontuação aceitável; seis anos depois, a proporção era de 70%. A avaliação mostrou que a introdução do programa de cuidados de saúde bucal, melhorou significativamente a higiene bucal dos residentes numa base de longo-prazo. No entanto, 30% dos moradores não atingiram pontuação

aceitável, porque estavam muito doentes, morrendo ou agressivos.

Considerações finais

Mesmo que o idoso tenha capacidade de aprender e adquirir novas habilidades diminuídas, isso não o impede de continuar aprendendo, além de existir coadjuvantes nesse processo como familiares e cuidadores. Estes devem estar aptos para receber informações, sanar dúvidas e aprender novas práticas sobre higiene bucal e saúde bucal.

Procurou-se elaborar material educativo atrativo e de fácil compreensão tanto para os leitores quanto para os profissionais que farão a entrega e divulgação do folder, bem como estruturar proposta de oficina de sensibilização, prática e adequada às rotinas e necessidades do serviço, afim de que estimule a adesão e participação da equipe de enfermagem.

Referências

ARAÚJO, M.V.M.A. ET AL. atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros – MG. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2010.

ARAÚJO, R. J. G. ET AL. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v.21, n.1, p.38-44, fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2014.

MELLO, A. L. S. F. Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idoso. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 139-56, jan./abr. 2007.

MOREIRA, M. F; NÓBREGA, M. M. L; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) mar/abr;56(2):184-188, 2003.

PRZYLYNSKI, D. S. et al. Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 14, p. 696-702, 2009.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. **Textos sobre envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, 35-54, fev. 2000 [não paginado]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril. 2013.

SCHNEID, J.L.; BERZOINI, P.L.; FLORES, O.; CORDON, J.A.P. Práticas de enfermagem na promoção de saúde bucal no hospital do município de Dianópolis-TO. *Comun Ciênc Saúde*. 2007; 18(4):297-306.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2005. p. 141-163.

SOUZA, E.N.; LAGO, S.B. Educação para a Saúde na Terceira Idade: relato de experiência. *Estud. interdiscip. envelhec.*, v.4, p.125-133, 2002.

TARGINO, M. G. Divulgação de resultados como expressão da função social do Pesquisador. *Revista de Biblioteconomia de Brasília*, v. 23/24, n.3, p. 347 -366, especial 1999/2000.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se na revisão integrativa que o cuidado em saúde bucal ultrapassa somente o conforto, envolve essencialmente a condição de saúde. A avaliação da cavidade bucal não é abordada na formação de alguns profissionais de enfermagem, porém trata-se de conteúdo básico para desenvolvimento da avaliação clínica do idoso. A elaboração de protocolos e *guidelines* podem promover sistematização para a realização de atividades que envolvem a saúde bucal no cuidado de enfermagem ao idoso, porém atividades de educação para os profissionais e próprios idosos são necessárias.

No segundo manuscrito, oriundo da pesquisa convergente-assistencial realizada com os idosos, constatou-se que a concepção de saúde bucal perpassa somente ter cuidado com os dentes e/ou prótese, porém a compreensão desta é maior, envolvendo aspectos relacionados a hábitos saudáveis de vida. É fortalecida a imagem da estética na sociedade influenciando nas questões de saúde, sendo que nesse âmbito a concepção da boca é percebida como cartão de visita da pessoa.

A percepção de que a boca é entrada do corpo, no qual a higiene e saúde devem estar intrínsecas estão presentes nos depoimentos dos participantes. Verificou-se a justificativa para não cuidado da saúde bucal na condição de não existência de dentes ou de condições financeiras. Infelizmente ainda não há acesso universal aos serviços odontológicos, porém a concepção de que a saúde somente é necessária quando há dentes tem relação com a compreensão da saúde bucal unidirecionada a limpeza dos dentes.

A afirmativa de cuidado da prótese com zelo e dedicação está envolvida com o sentimento de perda dos dentes. A ideia de que cada um cuida de sua boca, se relaciona com as responsabilidades sobre as necessidades de higiene básicas, sendo que na condição de patologia ou incapacidade a família se insere como coadjuvantes auxiliando na promoção da saúde bucal.

Verificou-se ainda que na instituição pesquisada a saúde bucal não é visualizada, seja devido a inexistência de cirurgião-dentista na equipe clínica hospitalar, ou devido a demanda de atividades, porém quando os profissionais de enfermagem realizam a higiene bucal, esta é compreendida como completa, incluindo limpeza dos dentes, gengivas, bochechas e língua, promovendo conforto e bem estar.

O terceiro manuscrito, relato de experiência sobre sensibilização da equipe de enfermagem para relevância da promoção da saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica, se deu através da apresentação de relatório de pesquisa contendo depoimentos dos idosos hospitalizados; elaboração de folder educativo, para ser disponibilizado pela equipe de enfermagem aos idosos hospitalizados; proposta de oficina de sensibilização sobre promoção da saúde bucal, estruturada em três momentos envolvendo a percepção real dos idosos, o diagnóstico idealizado e as ações possíveis.

Ações de educação em saúde voltadas para promoção da saúde bucal tanto a nível institucional quanto hospitalar tendem a melhorar o conhecimento dos profissionais da enfermagem, suas práticas relacionadas ao cuidado e o estado da saúde bucal dos idosos. Para tanto, procurou-se elaborar material educativo atrativo e de fácil compreensão tanto para os leitores quanto para os profissionais, afim de que haja adesão e participação da equipe de enfermagem na promoção da saúde bucal do idoso.

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se população e amostra. A população do estudo poderia conter também acompanhantes dos idosos e os profissionais de enfermagem, porém não possível a realização e envolvimento destes devido ao escasso tempo destinado para coleta de dados. Outra limitação está no tamanho da amostra, permitindo considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Em relação à aplicabilidade da oficina de sensibilização, esta não foi possível, devido a necessidade de maior tempo para realização, bem como pela

realidade momentânea da unidade de CM1 do HU/ UFSC, que encontra-se isolada devido ao surto de superbactérias.

A relevância da pesquisa se dá pelo fato da temática promoção da saúde bucal, ser demanda evidenciada pela própria equipe de enfermagem na unidade. Além de existirem poucos estudos na área hospitalar sobre os cuidados de enfermagem na promoção da saúde bucal dos idosos, faz-se necessário estudo de profundidade junto à equipe de enfermagem e sobre hábitos e práticas de cuidado a saúde bucal pelos próprios idosos.

REFERÊNCIAS

AMES, N. J. et al. Effects of Systematic Oral Care in Critically Ill Patients: A Multicenter Study. *American Journal of Critical Care*. V. 20 n.5 p. e103–e114, 2011.

ARAÚJO, R. J. G. ET AL. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, São Paulo, v.21, n.1, p.38-44, fev., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 maio 2014.

ARAÚJO, M.V.M.A. ET AL. atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros – MG. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 1, p. 10-17, jan./mar. 2010.

BARBOSA, A.F.; BARBOSA, A.B. Odontologia geriátrica – perspectivas atuais. *JBC j. bras. clin. odontol. int.*, Curitiba, v. 6, n. 33, p. 231-234, maio/jun., 2002.

BELTRAME, V. O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus: uma pesquisa convergente-assistencial. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). *Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem*. Curitiba: Champagnat, 2003. p.203-207.

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. 318-28, dez. 2006.

BORAKS, S. Odontogeriatría: noções de interesse clínico. In: BRUNETTI, RF & Montenegro, FLB. *Distúrbios bucais na terceira idade*. São Paulo: Artes Médicas; 2002. p.85-98.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de jan. 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providencias. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília (DF): Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Condição de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Projeto SB Brasil 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. SB BRASIL 2010 Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Resultados Principais. 2012 [acessado 2014 fev 10]. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo2010. Acesso em abril 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUNETTI, R.F. MONTENEGRO, F.L.B. Odontogeriatrics: noções de interesse clínico, São Paulo, Ed. Artes Médicas, 2002, p.373-380

BUSH, H.M. et al. Oral Health Status of Older Adults in Kentucky: Results from the Kentucky Elder Oral Health Survey, *Spec Care Dentist*. 2010 ; 30(5): 185–192.

CAMPEDELLI, M.C. et al. Processo de enfermagem na prática. *Processo de enfermagem na prática São Paulo: Ática*, 1989.

CANELLAS, M.; BOSH, F; BASSOLS A. RUE M; BAÑOS JE. Prevalencia del dolor en pacientes hospitalizados. *Med. Clin*. 1993; 101 (2): 51-54.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CHALMERS, J.M. et al. The oral health assessment tool: validity and reliability. *Aust Dent J.*; v. 50 n.3 p. 191-99, 2005.

CHAMI, K. et al. Reluctance of Caregivers to Perform Oral Care in Long-Stay Elderly Patients: The Three Interlocking Gears Grounded Theory of the Impediments. *Letter to the Editor. JAMDA* v. 13 p. e1ee4, 2012.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, n.45, p.19-22, 1995.

COKER E. et al A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. *Journal of Advanced Nursing*, v. 69 n.10, p. 2360–2371, 2013.

COSTA, A. M. et al. Perfil da condição bucal de idosas do Distrito Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 15, nº 4, p. 2207-13. 2010.

CREUTZBERG M. et al. Interfaces da enfermagem e da odontologia no cuidado gerontológico. Online Brazilian Journal of Nursing [periodico eletrônico]. 2004 Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn303creutzbergetal.htm>. Acesso em: 28 de abril de 2013.

DALL BELLO, I. T. R. A pesquisa convergente-assistencial como norte para a prática de um processo de ensino-aprendizagem. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003. p.209-214.

DE MARCHI RJ, HUGO FN, HILGERT JB. Association between oral health status and nutritional status in south Brazilian independent-living older people. Nutrition. 2008;24:546-53.

DE VISSCHERE, L. et al. Effect evaluation of a supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in nursing homes: a cluster randomised controlled clinical trial. Gerodontology v. 29 p. e96–e106, 2012.

DE VISSCHERE L.M.et al. Oral hygiene of elderly people in long-term care institutions--a cross-sectional study. Gerodontology.;v. 16, nº 4. p. 195-204. 2006.

FORSELL, M. et al. A Survey of Attitudes and Perceptions Toward Oral Hygiene Among Staff at a Geriatric Nursing Home. Geriatric Nursing, v. 31, p. 435-440, 2010.

FORSELL, M. et al. Attitudes and perceptions towards oral hygiene tasks among geriatric nursing home staff. Int J Dent Hygiene v. 9 p. 199–203, 2011.

GERRITSEN,P.F. et al. Dental treatment needs in Dutch nursing homes offering integrated dental care *Special Care in Dentistry*, 2011, 31, 3, 95-101.

GONÇALVES, L.H.T.; MELLO A.L.S.F.; ZIMERMANN K .Validação de Instrumento: avaliação da saúde bucal. *Esc Anna Nery (impr.) out-dez; v. 14, n. 4 p. 839-847, 2010.*

GREY, M. Métodos de coleta de dados. In: WOOD,G. L.; HABER, J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.179-181.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A. Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo. [Doutorado] Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande: 2011.

HANNE, K. et al Oral status and the need for oral health care among patients hospitalised with acute medical conditions. *Journal of Clinical Nursing*, v.21 p. 2851–2859. 2012.

HORTA, W.A. Processo de enfermagem.15ª reimpressão.São Paulo. EPU, 2004.

JABLONSKI, RA; KOLANOWSKI, AM; LITAKER, M Profile of Nursing Home Residents With Dementia Who Require Assistance With Mouth Care. *Geriatr Nurs*. 2011 November ; 32(6): 439–446

JABLONSKI, R.A. et al. An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study. *Spec Care Dentist* v. 31 n. 3 p. 77-87, 2011.

JABLONSKI, R. A. et al Mouth Care in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs, and Practices of Nursing Assistants. *Geriatric Nursing*, V. 30 n. 2 p. 99-107, 2009.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, v. 185, p. 914-919, 1963.

KULLBERG, E. et al. Hygiene education for nursing staff in a nursing home for older people. *Journal of Advanced Nursing* v. 66 n.6, p. 1273–1279, 2010.

KURAMOTO, C. et al. Factor analysis on oral health care for acute hospitalized patients in Japan. *Geriatric & Gerontology Int*; v. 11 p. 460–466, 2011

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. *Caxias do Sul: Educs*, 2003. (Desdobramentos).

LENARDT, M. H. A hospitalização desnudando o microcosmo de uma unidade hospitalar. Florianópolis, 2001. 158p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

LIMA D.C., Et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciênc Saúde Coletiva*.; vol. 16. p. 1173-80. 2011.

LUZ DT. Saúde oral – odontogeriatria. In: Ramos LR. *Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*. São Paulo: Manole; 2005. p. 325-39.

MARIN M.J.S., Et al. Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (psf). *Esc Anna Nery Rev Enferm*; vol.12, n° 2, p. 278 – 84. 2008.

MARTINS J.J. et al. A percepção da equipe de saúde e dos idosos sobre cuidado humanizado. *Arq Cat de Med.*; vol. 37, nº 1, p. 30-37. 2008.

MELLO, A. L. S. F. Promovendo o cuidado à saúde bucal do idoso: revelando contradições no processo de cuidar e incorporando melhores práticas a partir do contexto da instituição de longa permanência para idosos. 2005. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L.; BRONDANI, M. Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. *Gerodontology*; 27: 41–46, 2010.

MELLO, A. L. S. F.; ERDMANN, A. L. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idoso. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 139-56, jan./abr. 2007.

MELLO, A.L.S.F.; ERDMANN, A.L. e CAETANO, J.C.. Saúde bucal do idoso: por uma política inclusiva. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.4 [citado 2015-03-01], pp. 696-704 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400010&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400010>.

MELLO, A.L.S.F., ZIMERMANN K., GONÇALVES L.H.T. Avaliação da saúde bucal de idosos por enfermeiros: validade e confiabilidade do instrumento ASBTO. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) ;V. 33 N. 2 P. 36-44. 2012.

MENDES K.D.S, SILVEIRA R.C.C.P, GALVÃO C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, vol. 17m nº 4, p. 758-64. 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MORAES R. Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: Gagliase MC, Freitas JV, organizadores. *Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental*. Ijuí: Ed Unijuí; 2005. p. 85-114.

MOREIRA, M. F; NÓBREGA, M. M. L; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) mar/abr;56(2):184-188, 2003.

MORETTO, E. F. S. A experiência de conduzir uma pesquisa convergente-assistencial com um grupo de enfermeiras. In: TRENTINI, M.; PAIM, L. (Org.). *Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem*. Curitiba: Champagnat, 2003. p.215-225.

MOTTA A.L.C. Normas, rotinas e técnicas de enfermagem. São Paulo: Iátria; 2003.

MUNOZ, N. et al. Effect of an oral health assessment education program on nurses' knowledge and patient care practices in skilled nursing facilities. *Spec Care Dentist* 29(4): 179-185, 2009.

NITSCHKE, I. et al., Dental care of frail older people and those caring for them. *Journal of Clinical Nursing*, v.19, p. 1882–1890, 2010.

OLIVEIRA, J.C.A. Glossário de tecnologia educacional. Instituto de Tecnologia Educacional, (Estudos e Pesquisas, 1). Rio de Janeiro, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento [online]. Geneva, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>. [Acesso em 24 de abril 2013]

PADILHA D.; HILGERT J.B.; HUGO, F. Saúde bucal. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006, p.1189-96.

PADROL A. *et al.* Estúdio de la prevalência del dolor en pacientes hospitalizados. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2001; 8 (8): 555-61.

PERIM C.N.B., Et al. Uma proposta de sistematização para controle da hipertensão arterial sistêmica em idoso no contexto do PACS/PSF com ênfase na saúde bucal [monografia de especialização]. Belo Horizonte (MG): Projeto Veredas de Minas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2003

PHU LE et al. Improving residents' oral health through staff education in nursing homes. *Special Care Dentist* v.32 n. 6 p. 242-250, 2012.

PRZYLYNSKI, D. S. et al. Ações educativas de enfermagem em saúde bucal de idosos em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 14, p. 696-702, 2009.

RIBEIRO, M.T.F., ET AL. Perfil dos cuidadores de idosos nas Instituições de Longa Permanência de Belo Horizonte. MG. Ciênc Saúde Coletiva,; vol. 13, nº 4, p. 1285-1292. 2008.

ROACH, S. S. Introdução à Enfermagem Gerontológica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 372 p.

SAKANO L.M., YOSHITOME A.Y. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. Acta Paul Enferm; vol. 20, nº 4, p. 495-8. 2007.

SAMSON, H.; BERVEN L., STRAND G.V. Long-term effect of an oral healthcare programme on oral hygiene in a nursing home. Eur J Oral Sci v.117 p.575–579, 2009.

SANCHEZ, M. A. S. A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica. Textos sobre envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 3, n.3, 35-54, fev. 2000 [não paginado]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 abril. 2013.

SANTOS S.S.C., et al. Pesquisa-ação na elaboração de manual de normas, rotinas e técnicas de enfermagem. Rev enferm UFPE on line. Vol. 5, p. 426-34. 2011.

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

SHIMAZAKI, Y. *et al.* Influence of dentition status on physical disability, mental impairment and mortality in institutionalized elderly people. **J. Dent. Res.**, Chicago, v. 80, n. 1, p. 340-345, jan. 2001. Disponível em:

<<http://jdr.sagepub.com/cgi/content/abstract/80/1/340>>.

Acesso em: 28 mar. 2009.

SHINKAI, R.S.A. , DEL BEL CURY, A.A. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cad Saúde Pública*; Vol. 16, nº 4, p. 1099-1109. 2000.

SIMÕES. A.C.A, CARVALHO. D.M.; A realidade da saúde bucal do idoso no Sudeste brasileiro. Ver. *Ciência e Saúde*. Vol. 16, nº 6, p. 2975-2982, Rio de Janeiro, Junho de 2011.

SJOGREN P. et al Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing*. V.66 n. 2 p. 345–349, 2010.

SLOANE, P.D. et al. Effect of a Person-Centered Mouth Care Intervention on Care Processes and Outcomes in Three Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society* V. 61, N. 7, P.1158–1163, 2013

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. In: BRUNNER; SUDDARTH. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara. 2005. p. 141-163.

SONA, C. S. et al. The Impact of a Simple, Low-cost Oral Care Protocol on Ventilator associated Pneumonia Rates in a Surgical Intensive Care Unit. *Journal of Intensive Care Medicine* v. 24 n 1 p. 54-62, 2009.

SOUZA, E.N.; LAGO, S.B. Educação para a Saúde na Terceira Idade: relato de experiência. *Estud. interdiscip. envelhec.*, v.4, p.125-133, 2002.

SPRADLEY, J. P. *Participant observation*. Orlando (EUA): Holt, Rinehart and Winston, 1980.

STEIN, P. S., HENRY, R. G. Poor oral hygiene in long-term care: nurses must provide better oral care to older adults and patients with severe disabilities. *American Journal of Nursing*, 109(6), 44-51, 2009.

TARGINO, M. G. Divulgação de resultados como expressão da função social do Pesquisador. *Revista de Biblioteconomia de Brasília*, v. 23/24, n.3, p. 347 -366, especial 1999/2000.

TESTON, E. F. ; ROSSI, R. M. ; MARCON, S. S. . Utilização de serviços de saúde por idosos residentes em Maringá-PR.. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Online)* , v. 47, p. 1125-1132, 2013.

THOMSEN, S. R. *et al.* Motivations for reading beauty and fashion magazines and anorexic risk in college-age women. *Media Psychology*, Boston, v. 2, n. 4, p.113-135, 2002.

TOMITA, N. E. *et al.* Educação em saúde bucal para adolescentes: uso de métodos participativos. *Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru*, Bauru, v. 9, n. 1-2, p. 63-69, jan./jun.2001.

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.

_____. Assistência e pesquisa em enfermagem: uma abordagem convergente assistencial. *Rev. Texto Contexto Enferm. Florianópolis*, v. 10, n. 1, jan./abr., 2001.

_____. Pesquisa e assistência: experiências com grupos de estudo na enfermagem. Curitiba: Champagnat, 2003.

UNFER, B. et al. Challenges and barriers to quality oral care as perceived by caregivers in long-stay institutions in Brazil. *Gerodontology*, v. 29: p. e324–e330, 2012.

VAN DER PUTTEN, G.J. et al. Supervised versus non-supervised implementation of an oral health care guideline in residential care homes: a cluster randomized controlled clinical trial. *BMC Oral Health.*; 10 171-8, 2010.

VELOSO, K. M. M.; COSTA, L. J. Avaliação clínica e orientação terapêutica as manifestações fisiológicas e patológicas da cavidade bucal de pacientes idosos de São Luís do Maranhão. 2002. 97 f. Dissertação (Mestrado)_ Faculdade de Odontologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2002.

VENITES J.P., COSTA L.S., PELEGRINI. Gerontologia, comunicação e alimentação. In: Ramos LR. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar Unifesp- Escola Paulista de Medicina - Geriatria e Gerontologia, ed. 1, Manole, 2005, Barueri, 243-254.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, nº3. 2009.

WARDH, I.; JONSSON, M.; WIKSTROM, M. Attitudes to and knowledge about oral health care among nursing home personnel – an area in need of improvement. *Gerodontology*; v. 29, p. e787–e792, 2012.

WEINSTEIN R; *et al.* Psychological intervention in patients with poor compliance. *J. Clin. Periodontol.* 1996; 23 (3): 283-88.

WHITTEMORE R., KNAFL K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.*; vol. 52, n° 5, p. 546-53. 2005.

WILLUMSEN, T. et al. Are the barriers to good oral hygiene in nursing homes within the nurses or the patients? *Gerodontology*, v. 29 p. e748–e755, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. 439p. (WHO Technical Report Series, 854).

ZULUAGA D.J. et al. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway, and its relationship with dependence and cognitive impairment. *Gerodontology*; 29(2):e420-e426. 2012.

APÊNDICE II – Roteiro de entrevista**Roteiro de Entrevista**

Iniciais: _____ Sexo: _____ Idade: _____ Estado
Civil: _____ Procedência: _____
Naturalidade: _____
Religião: _____
Escolaridade: _____
Profissão: _____

- 1) O que você entende por saúde bucal?
- 2) Você acha importante cuidar da saúde bucal? Por que?
- 3) De 0-10 qual nota você atribuiria a importância da saúde bucal (sendo 0-nenhuma, 5-média e 10-muita)?
- 4) Você cuida da sua saúde bucal? Como?
- 5) Nesta unidade de internação ocorre promoção a saúde bucal? Quando?

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ N°
Identidade _____ estou de acordo com minha participação no Projeto intitulado **“PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CLÍNICA MÉDICA”**, desenvolvida pela mestrandia Gabriela Daniel da Costa, do programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a supervisão da professora do Departamento de Enfermagem da referida Universidade, Dr^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.

Estou ciente de que os objetivos deste estudo são: Sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a relevância da promoção da saúde bucal de idosos hospitalizados em clínica médica; Identificar literatura científica, nacional e internacional, sobre práticas de enfermagem na promoção a saúde bucal dos idosos; Descrever a percepção da saúde bucal dos idosos hospitalizados. O estudo tem a finalidade de melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente e trazer contribuições para o serviço, pois atualmente não se tem rotina ou protocolo para a promoção da saúde bucal na Clínica Médica 1 do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU/UFSC) .

Estou esclarecido quanto ao compromisso das pesquisadoras de que minha imagem e identidade serão mantidas em sigilo, que estarão sendo respeitados os princípios contidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e ainda, de que me será fornecida uma cópia deste “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”.

Tenho conhecimento de que não terei nenhum gasto decorrente em minha participação nesta pesquisa, como também qualquer risco ou ônus aos participantes.

Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. Sei que a participação neste estudo é voluntária, minhas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa e que tenho liberdade de recusar a participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, bem como ter informações a qualquer momento por intermédio dos telefones abaixo fornecidos.

Florianópolis

__/__/____.

Participante da pesquisa

Pesquisadora responsável: _____

Telefones para contato: (48) 96939266 (Prof^a Karina)

(48) 99542491 (Gabriela)

(48)3721-9480 (Depto de

Enfermagem)

***Nota:** este termo assinado em duas vias, ficará uma de posse do pesquisador e outra do participante da pesquisa.*

APÊNDICE IV: Relatório de pesquisa

Trata-se de relatório da pesquisa intitulada “**SAÚDE BUCAL NA PERSPECTIVA DOS IDOSOS HOSPITALIZADOS**” realizada na CM1 1 do Hospital Universitário com os idosos hospitalizados. Participaram do estudo nove idosos. Em relação ao sexo, sete são idosos e duas idosas; a faixa etária foi de: dois com 60-65 anos; três com 65-70 anos; dois com 71-75 anos; dois com 81 anos ou mais; quanto ao estado civil, cinco eram casados, dois viúvos e dois separados; concernente a escolaridade, dois não tiveram nenhum ano de estudo, cinco até quatro anos de estudo, um de cinco a 10 anos de estudo, um teve mais de 10 anos de estudo.

Foram utilizados os seguintes questionamentos: 1) O que você entende por saúde bucal? 2) Você acha importante cuidar da saúde bucal? Por que? 3) De 0-10 qual nota você atribuiria a importância da saúde bucal (sendo 0-nenhuma, 5-média e 10-muita)? 4) Você cuida da sua saúde bucal? Como? 5) Nesta unidade de internação ocorre promoção a saúde bucal? Quando? Na sequência será apresentado quadro com as ideias centrais, depoimentos e discurso do sujeito coletivo emergentes da pesquisa.

Ideia Central	Depoimentos dos idosos	Discurso do Sujeito Coletivo
IC ₁ : saúde bucal é ter cuidado com os dentes e/ou prótese	Eu não sei, mas acho que é ser caprichoso, sempre cuidar dos dentes, não deixar igual eu deixei... (I9) É a dentição, se tem carie, se não estragado os dentes. Escovar os dentes todo o dia é ter saúde da boca (I8) É escovar os dentes todo o dia, deixar o boca limpa. Cada vez que come tem que tirar a chapa e passar agua, não pode deixar restos de	Saúde bucal é cuidar dos dentes, escovando todos os dias, mantendo limpo, sem presença de vestígios de comida; dentição sadia, sem carie ou dentes estragados. É manter a boca e a prótese limpas e escovadas.

	<p>alimentos, pois se não traz problema... (I7)</p> <p>É estar com os dentes bem organizados, eu tenho dentadura, então tem que cuidar da protese (I6)</p> <p>É não ter nenhum vestígio de comida, não estar machucado, tem que cuidar muito (I5)</p> <p>É ter os dentes, ter a boca e a dentadura limpa (I1)</p> <p>A saúde da boca é os cuidados que temos que ter, manter a boca limpa (I2)</p> <p>A saúde da boca é quando mantemos a boca limpa (I3)</p> <p>É ter a boca limpa, os dentes limpos, sem sujeira, a prótese escovada (I4)</p>	
<p>IC₂: a boca é o cartão de visita da pessoa</p>	<p>É importante manter uma boa aparência, poder sorrir... (I3)</p> <p>A boca é o cartão de visita, eu não cuide da minha e agora preciso usar dentadura. Era pescador e não tinha muito tempo, os dentistas eram caros então fui deixando estragar meus dentes (I4)</p> <p>Tem que cuidar pra os dentes ficarem bonitos, arrumados. A gente sente mais vontade de sair quanto tem a boca bonita e saudável (I6)</p> <p>A boca bonita é a apresentação da pessoa, dá coragem de sorrir e conversar (I5)</p>	<p>A boca saudável com dentes arrumados e bonitos é o cartão de visita da pessoa, dá coragem de sorrir e conversar e de sair.</p>

	<p>Não pode deixar os dentes apodrecerem e caírem. Eu não cuidei agora tenho que usar chapa e sinto vergonha de meu cartão de visita. A boca bonita e arrumada da coragem de sorrir, conversar e sair (II)</p>	
<p>IC₃: A boca é a entrada do corpo</p>	<p>Pela boca passa tudo, pelos dentes... é a entrada por isso tem que ter higiene e cuidar(I9)</p> <p>É importante escovar os dentes para mantê-los limpos, e a boca também fica limpa e corpo também, pois é o começo de tudo. Tudo que entra pela nossa boca tem que ser saúde, então não pode ser estragado (I8)</p> <p>Sim porque tendo a boca saudável mantemos nossa saúde também, podemos conversar, sentindo-se bem, se alimentar e evitamos doenças (I2)</p> <p>A boca é a entrada do corpo, então se entra coisa suja o corpo fica doente (I7)</p> <p>A boca é o começo do corpo, tudo passa por ali... quanto está limpa nos sentimos bem (II)</p>	<p>A boca é a entrada do corpo, portanto deve estar limpa e saudável para evitar doenças. Tudo que entra pela nossa boca tem que ser saúde, portanto não pode estar estragado. Assim é possível conversar e sentir-se bem.</p>
<p>IC₄: Não cuido da boca porque não tenho dentes e/ou dinheiro</p>	<p>Infelizmente não cuido, porque não tenho dentes, uso prótese então não é necessário ter cuidado especial (I9)</p> <p>Eu gostaria de cuidar mais da minha boca, mas não</p>	<p>Não cuido da boca porque não tenho dentes, então não há necessidade de cuidado especial. Até gostaria de cuidar melhor,</p>

	<p>tenho dinheiro, o dentista é caro, qualquer extração eles querem uma fortuna, assim a gente que é pobre não consegue pagar e fica sem cuidar... (15)</p> <p>Cuido mas não com muita frequência, as vezes esqueço... (14)</p> <p>Infelizmente hoje a minha tá horrível mas minha nora já chega e me ajuda a limpar, porque eu tenho prótese e esta com pouco espaço para firmar, tá completamente solta, então tá cheio de feridinha, machucado na boca, porem não temos dinheiro para arrumar, então vamos priorizando outras coisas na vida... (17)</p>	<p>porém o dentista é caro, não tenho condições de pagar, então vou priorizando outras coisas na vida.</p>
<p>IC₅: Cuido da prótese com zelo</p>	<p>Eu cuido mas a chapa esta solta e quando eu como ela fica mexendo, agora estou sofrendo porque esta tudo machucada minha boca e ninguém viu isso aqui no hospital. Agora que esta ruim eu preciso de ajuda da minha família, mas antes fazia sozinho. Gosto de deixar a prótese bem escovadinha, cuido com zelo (17)</p> <p>Eu cuido sim, vou ariando a dentadura sempre está bem limpinha, dou atenção para o cuidado da prótese. (16)</p> <p>Agora eu cuido da chapa, limpo toda a noite e durmo com ela... mas antes eu não</p>	<p>Cuido da prótese com zelo e atenção, deixo-a bem escovada e limpa.</p>

	cuidava tanto por isso perdi os dentes, gostaria de ter cuidado mais... (I1)	
IC ₆ : Cada um cuida da saúde da sua boca	<p>Cuido de minha boca sim, mesmo aqui no hospital (I8)</p> <p>Cuido desde sempre da saúde da minha boca, acho que tem haver com a minha profissão, de ser regrado. Escovo os dentes, passo fio dental e pelo menos uma vez ao ano vou ao dentista (I2)</p> <p>Eu mesmo cuido, escovo os dentes na hora do banho(I8)</p> <p>Não eu mesmo cuido, cada um cuida da sua boca do seu jeito... é sua responsabilidade (I6)</p> <p>Eu mesmo cuido de minha chapa, isso é minha obrigação (I1)</p> <p>Eu mesmo cuidado da minha dentadura, tenho meu jeito para limpar e escovar ela (I4)</p> <p>Escovo os dentes do meu jeito, escovo e passo fio dental (I5)</p> <p>Não aqui no hospital o negocio de limpar a boca é com a gente mesmo, não é feito isso aqui, eles cuidam de outras coisas... claro se vc pedir as enfermeiras fazem mas elas já tem tantas coisas que não dão conta de tudo (I9)</p>	Cada um cuida da saúde da sua boca. Isso é responsabilidade da própria pessoa, mesmo no hospital escovar os dentes ou dentadura do seu jeito, passar fio dental.
IC ₇ : Quando a saúde da boca está ruim a	Não tenho ninguém. Agora por ultimo, em minha casa, estou tendo ajuda de minha filha, porque estou com um	Agora que a saúde da minha boca está ruim a família esta cuidando, estou

<p>família cuida</p>	<p>pouco de dificuldade (I9) Agora que esta ruim eu preciso de ajuda da minha família, mas antes fazia sozinho (I7) Aqui nos hospital a enfermagem limpa, passa um pano molhado e em casa as filhas cuidam na hora do banho (I3) A saúde da minha boca esta ruim, sinto dor então minha família esta me ajudando, cuidando para mim (I4)</p>	<p>com dificuldade e precisando de minha família.</p>
<p>IC₈: No hospital a saúde bucal não é visualizada</p>	<p>Quanto os profissionais de enfermagem estão junto comigo e verem que estou com dificuldade eles fazem, ou pedem para minha filha fazer. Mas nem sempre eles verem, aí fica sem fazer... (I9) Aqui no hospital eu nunca vi eles falando sobre escovar os dentes, falam somente sobre os alimentos (I8) Aqui no hospital eles perguntam se eu estou cuidando da boca, mas ariar a prótese nunca fizeram, isso sou eu mesma que faço, mas esta certo porque cada um tem que cuidar da sua boca... (I6) Não vejo nada, eu mesmo cuido de minha boca, faço limpeza, mas aqui no hospital nunca passou nenhum dentista (II) Aqui no hospital as vezes eu vejo o pessoal limpando a</p>	<p>No hospital a enfermagem nem sempre visualiza a saúde bucal, eles não falam sobre isso, não perguntam. Não existe acompanhamento de dentista, é como se a boca não existisse.</p>

	<p>boca dos pacientes do lado, mas nunca ninguém me perguntou ou disse alguma coisa sobre isso (I2)</p> <p>Aqui no hospital não passa dentista, é como se a boca não existisse. (I4)</p>	
<p>IC₉: A enfermagem limpa a boca de forma completa</p>	<p>Quando a enfermagem limpa a boca dos pacientes aqui, eu vejo que eles fazem de forma completa, limpam tudo... (I2)</p> <p>Aqui no hospital é o pessoal da enfermagem que faz a escovação, eles molham uma gaze, passam até na língua e bochecha, quase todos os dias fazem isso, em casa eu somente escovo os dentes. Aqui fica um hálito de saúde e refrescância(I5)</p> <p>As meninas da enfermagem fazem a limpeza de manhã, todos os dias, elas limpam a boca, bochecha, língua... eu não sabia que tinha que cuidar de tudo isso (I3)</p> <p>Se vc pedir as enfermeiras fazem mas elas já tem tantas coisas que não dão conta de tudo. Quando elas vem trazem um potinho com liquido azul, gaze e limpam bem, fica um cheirinho de frescor (I9)</p>	<p>A enfermagem limpa a boca de forma completa, escovam dentes, língua, bochecha, fica um hálito de frescor e saúde.</p>

Verificou-se neste estudo que a concepção de saúde bucal perpassa somente ter cuidado com os dentes e/ou prótese, porém a compreensão desta é maior, envolvendo aspectos relacionados a hábitos saudáveis de vida. A

concepção da boca como cartão de visita da pessoa é fortalecida pela relevância dada a imagem do indivíduo na sociedade, sendo que os aspectos estéticos acabam por prevalecer em relação aos de saúde.

A concepção verificada de que a boca é entrada do corpo, no qual a higiene e saúde devem estar intrínsecas estão presentes nos depoimentos dos participantes deste estudo. Verificou-se a justificativa para não cuidado da saúde bucal na condição de não existência de dentes ou de condições financeiras. Infelizmente ainda não há acesso universal aos serviços odontológicos, porém a concepção de que a saúde somente é necessária quando há dentes tem relação com a concepção de saúde bucal unidirecionada a limpeza dos dentes.

A afirmativa de cuidado da prótese com zelo e dedicação está envolvida com o sentimento de perda dos dentes. A ideia de que cada um cuida de sua boca, se relaciona com as responsabilidades sobre as necessidades de higiene básicas, sendo que na condição de patologia ou incapacidade a família se insere como coadjuvantes auxiliando na promoção da saúde bucal.

Verificou-se que no hospital a saúde bucal não é visualizada, seja devido a inexistência de odontólogo na equipe clínica hospitalar, ou devido a demanda de atividades, porém quando os profissionais de enfermagem realizam a higiene bucal, esta é compreendida como completa, incluindo limpeza dos dentes, gengivas, bochechas e língua, promovendo conforto e bem estar.

APÊNDICE V – Folder educativo

Não utilize solução com água sanitária em próteses com estrutura metálica. Caso necessário use soluções a base de clorexidina ou algum produto orientado pelo dentista.

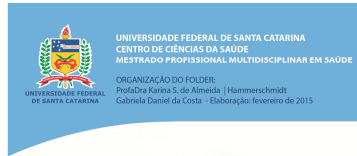
Cuide com o estado da sua prótese, ela deve estar bem adaptada, não causar dor, feridas ou sangramento. Lembre-se que ela não é eterna e deve ser revisada e trocada pelo dentista sempre que necessário.

Atente para sinais como dor/ desconforto, sensibilidade, sangramentos, boca seca, alterações de humor, dificuldade para se alimentar, mau hálito, ou qualquer anormalidade.

Comunique a enfermagem e o dentista!

Qualquer informação entrar em contato com:
Profª Dra Karina S. de Almeida Hammerschmidt
Telefone: (48) 3721-2755
Email: karina.h@ufsc.br

Grupo de Estudo sobre
Cuidado de Saúde de Pessoas
Idosas: (GESPI/UFSC)



VOCÊ CUIDA DA SUA SAÚDE BUCAL?

UMA BOA CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL É NECESSÁRIA PARA MANTER O BEM ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL DAS PESSOAS.

Ela influencia a nutrição, o comportamento, o estado geral de saúde.

O mau cuidado da saúde bucal pode desencadear ou agravar doenças. Mesmo na ausência de dentes naturais, deve-se higienizar a boca e a prótese.

Procure auxílio da enfermagem ou do dentista sobre como realizar sua higiene oral ou de seu parente de maneira correta. Ela deve ser realizada no mínimo 2x dia, de preferência pela manhã, após as refeições e antes de dormir



Para limpar dentes e próteses itens básicos como uma escova de dentes com cerdas macias e o fio dental são essenciais e constituem a maneira mais eficaz.

Outros produtos poderão ser utilizados como creme dental, enxaguantes bucais sem álcool, soluções a base de flúor ou clorexidina.

As mucosas da boca e a língua também devem ser limpas, pode-se utilizar uma gaze embebida em solução a base de clorexidina.



As próteses depois de limpas devem ser retiradas para dormir e guardadas imersas em água em um frasco com tampa destinado para este fim.

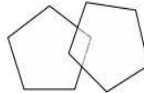
A limpeza da prótese deve ser feita em água corrente com escovas apropriadas (se tiver), pode-se utilizar creme dental ou sabão neutro, enxaguando bem ao final.

Pelo menos 1x por semana deve ser realizada uma limpeza química, coloque num copo 2/3 de água e adicione duas a três colheres de água sanitária. Deixe a prótese nessa solução por uma noite.

ANEXO A - Mini exame do estado mental – MEEM (mini mental state exam – Folstein et al, 1975)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

ORIENTAÇÃO			
* Qual é o (ano) (estação) (dia/semana) (dia/mês) e (mês).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
* Onde estamos (país) (estado) (cidade) (rua ou local*) (andar).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
REGISTRO			
* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL . Pedir para prestar atenção pois terá que repetir mais tarde. Pergunte pelas três palavras após tê-las nomeado. Repetir até que evoque corretamente e anotar número de vezes: ____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
ATENÇÃO E CÁLCULO			
* Subtrair: 100-7 (5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	5
* Alternativo¹ : série de 7 dígitos (5 8 2 6 9 4 1)			
EVOCAÇÃO			
* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (pente-rua-azul)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
LINGUAGEM			
* Identificar lápis e relógio de pulso	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2
* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
* Seguir o comando de três estágios: "Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão".	<input type="text"/>	<input type="text"/>	3
* Ler 'em voz baixa' e executar: FECHÉ OS OLHOS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
* Escrever uma frase (um pensamento, idéia completa)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
* Copiar o desenho:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1
TOTAL:		<input type="text"/>	<input type="text"/>



* **Rua** é usado para visitas domiciliares.
Local para consultas no Hospital ou outra instituição!

¹ **Alternativo** é usado quando o entrevistado erra **JÁ** na primeira tentativa, **OU** acerta na primeira e erra na segunda. **SEMPRE** que o alternativo for utilizado, o escore do item será aquele obtido com ele. **Não importa se a pessoa refere ou não saber fazer cálculos** – de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente à da apresentação!

ANEXO B - Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (avd) - Index de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz

INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE BÁSICAS VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades.
B	Independente para todas as atividades menos uma.
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades.
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C,D,E e F.

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATZ

BANHO – sem ajuda ou apenas para uma parte do corpo () Sim () Parcialmente () Não
VESTIR - sem ajuda ou apenas para amarrar o sapato () Sim () Parcialmente () Não
TOALETE -arruma-se sem ajuda () Sim () Parcialmente () Não
MOBILIDADE– sai da cama ou da cadeira sem ajuda () Sim () Parcialmente () Não
CONTINÊNCIA- controla a micção e a evacuação () Sim () Parcialmente () Não
ALIMENTAÇÃO- alimenta-se sem ajuda ou ajuda apenas

para cortar a carne.	
(<input type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Parcialmente (<input type="checkbox"/>) Não	
TOTAL DE “SIM”s :	= Índice de Katz :

ANEXO C - Avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) - ESCALA DE LAWTON

Prepara os alimentos (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Faz compras (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Toma as medicações (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Faz as tarefas domésticas (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Sai de casa e usa algum transporte (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Administra dinheiro (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Usa o telefone (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
Lavar e passar a roupa (<input type="checkbox"/>) Sem ajuda (<input type="checkbox"/>) Com ajuda parcial (<input type="checkbox"/>) Incapaz	
TOTAL DE “Sem ajuda”:	TOTAL de “Com ajuda parcial”:
Índice de Lawton:	

ANEXO D- Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CLÍNICA MÉDICA

Pesquisador: KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17989213.8.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 402.466

Data da Relatoria: 23/09/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo intitulado "PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CLÍNICA MÉDICA" trata-se de uma dissertação do Programa de Mestrado Profissional Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a supervisão da professora do Departamento de Enfermagem da referida Universidade, Dr^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt. O estudo tem como objetivo principal "construir, com a equipe de enfermagem, rotina para o cuidado à saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica". Farão parte deste estudo os idosos de ambos os sexos, hospitalizados na Clínica Médica 1 do HU/UFSC, da cidade de Florianópolis, SC; acompanhantes dos idosos dependentes hospitalizados na Clínica Médica 1 do HU/UFSC e equipe de enfermagem da Clínica Médica 1 do HU/UFSC. Para os idosos serão considerados os seguintes critérios de inclusão no estudo: a) estar hospitalizado em Clínica Médica 1 do HU/UFSC no período de julho a setembro de 2013; b) obter igual ou superior a 25 na Escala de Avaliação Cognitiva (Mini Mental) (Anexo A); c) obter escore 9 na escala Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (Anexo C). A seleção dos acompanhantes dos idosos passará os critérios de inclusão: a) ser acompanhante de idoso dependente hospitalizado em Clínica Médica I do HU/UFSC (análise através da avaliação cognitiva, AVD e AIVD); b) realizar cuidados de higiene oral com o idoso hospitalizado no período de julho a setembro de 2013. Os

critérios de inclusão para a equipe de enfermagem serão: a) ser técnico de enfermagem ou enfermeiro; b) estar lotado na equipe de trabalho da Clínica

Médica I do HU/UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

-Construir com a equipe de enfermagem rotina para o cuidado à saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar literatura científica sobre promoção da saúde bucal de idosos hospitalizados;
- Descrever a percepção da saúde bucal pelos idosos independentes hospitalizados; pelos familiares dos idosos dependentes e pela equipe de enfermagem;
- Identificar as práticas de enfermagem para o cuidado à saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica;
- Sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a relevância do cuidado à saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica.
- Delinear junto com a equipe de enfermagem, rotinas para o cuidado à saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nessa segunda versão do projeto foram acrescentadas no TCLE informações referentes aos possíveis riscos da pesquisa: "Tenho ciência que toda pesquisa com seres humanos envolve risco com graus variados. A minha participação nesta pesquisa implicará que em algum momento não estarei com meu familiar, ou me ausentarei da assistência de enfermagem por volta de 30 minutos destinados à realização da entrevista. Porém será acordado com a chefia da unidade medidas para que não haja prejuízo na assistência".

No que se refere aos benefícios, cita-se "a construção de uma rotina de enfermagem padronizada à unidade e conseqüentemente a melhora da assistência prestada referente à saúde bucal dos idosos hospitalizados; melhorias na promoção a saúde bucal dos idosos internados; sensibilização da equipe de enfermagem para a relevância da higiene bucal dos idosos internados; envolvimento dos familiares nos cuidados dos idosos internados".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Para a coleta de dados, será utilizado: observação participante, entrevistas e oficina. As informações serão coletadas no período agosto a setembro de 2013. Para a obtenção de

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima			
Bairro: Trindade		CEP: 88.040-900	
UF: SC	Município: FLORIANOPOLIS		
Telefone: (48)3721-9206	Fax: (48)3721-9696	E-mail: cep@reitoria.ufsc.br	

Continuação do Parecer: 402.466

informações, será utilizada entrevista individual. A entrevista será composta por questões abertas com o objetivo de provocar o participante para que este respondesse aos questionamentos com suas próprias palavras. As entrevistas serão realizadas na Clínica Médica 1 do HU/UFSC, em local preservado, respeitando a privacidade e obedecendo ao

cronograma estabelecido juntamente com a enfermeira coordenadora. Após apresentar os questionamentos da entrevista serão explicitados os objetivos e as etapas do trabalho, a seguir os aspectos éticos a serem seguidos no transcorrer do estudo; e por fim o termo de consentimento livre e esclarecido, que será assinado, caso exista aceite em participação do estudo. Para preservar a identidade dos participantes, serão estabelecidos códigos

numéricos, que serão utilizados na tabulação dos discursos processados individualmente, mantendo esta ordem em todo o processo de organização e análise das informações apresentadas no Discurso do Sujeito Coletivo. Para registro das informações obtidas sobre a percepção do cuidado à saúde bucal haverá o DSC I referente a coleta de dados da entrevista com idoso ou acompanhante, o DCS II referente a equipe de enfermagem e DSC III relacionada às informações oriundas da oficina de construção, realizada com a equipe de enfermagem. A sistemática escolhida para a sensibilização foi a oficina, com objetivo sensibilizar a equipe de enfermagem sobre a relevância do cuidado à saúde bucal dos idosos hospitalizados em Clínica Médica, discutindo e aprofundando os seguintes temas e questionamentos: Momento 1: Percepção sobre a saúde bucal - "Qual a compreensão do idoso, acompanhante e equipe de enfermagem sobre a promoção da saúde bucal? Momento 2: Diagnóstico do Idealizado - "Que saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica queremos"? Momento 3: Diagnóstico do possível - "Como podemos promover a saúde bucal de idosos hospitalizados em Clínica Médica"? Após estabelecer os temas e questionamentos, será encaminhado convite para a equipe de enfermagem da Clínica Médica 1, ressaltando a importância da participação na oficina de construção. Serão utilizados textos de apoio, retirados do referencial teórico deste trabalho, bem como, os dados coletados nas entrevistas e suas análises. O espaço físico para realização da oficina será solicitado ao HU/UFSC ou CCS/UFSC, com recursos audiovisuais necessários. A oficina de construção está estruturada em três momentos, sendo que cada um tem previsão de tempo médio de 40 minutos. Os discursos coletados no transcorrer da oficina são apresentados e analisados no instrumento intitulado Discurso do Sujeito Coletivo III".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Nessa segunda versão foram atendidas todas as solicitações feitas no parecer consubstanciado

Endereço:	Campus Universitário	Rector João David Ferreira Lima
Bairro:	Trindade	CEP: 88.040-900
UF:	SC	Município: FLORIANOPOLIS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 402.466

deste CEP, estando todos os documentos necessários ao processo disponíveis na Plataforma Brasil, e de acordo com a legislação vigente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE BUCAL DE IDOSOS HOSPITALIZADOS EM CLÍNICA MÉDICA" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 22 de Setembro de 2013

Assinador por:
Yimar Correa Neto
(Coordenador)