

ANA CATARINA SILVEIRA BAPTISTA

**SAÚDE ORAL NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS:
ATTITUDE, PRÁTICA E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS
AUXILIARES**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PORTO, 2020

ANA CATARINA SILVEIRA BAPTISTA

**SAÚDE ORAL NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS:
ATTITUDE, PRÁTICA E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS
AUXILIARES**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PORTO, 2020

ANA CATARINA SILVEIRA BAPTISTA

**SAÚDE ORAL NOS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS:
ATTITUDE, PRÁTICA E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS E TÉCNICOS
AUXILIARES**

**Dissertação apresentada à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária**

(Ana Catarina Silveira Baptista)

RESUMO

Objetivo: Avaliar o conhecimento e atitude perante a saúde oral (SO) dos enfermeiros (ENF) e dos técnicos auxiliares (TA) pertencentes às unidades de Cuidados Continuados Integrados (CCI) de Média e Longa duração.

Materiais e métodos: Estudo epidemiológico observacional, transversal e descritivo, foi realizado um inquérito elaborado pela autora e aplicado presencialmente através da plataforma *Google Forms*, durante abril e julho de 2019 e fevereiro de 2020. Os inquiridos de 5 unidades CCI do Grande Porto participaram voluntariamente, garantindo-se o anonimato e confidencialidade. A análise de dados foi realizada através do programa IBM SPSS *Statistics* vs.26, através de estatística descritiva e testes não paramétricos para comparação de respostas por grupos ($\alpha=0,05$).

Resultados: Num universo de 259 ENF e TA, obteve-se 145 respostas (55,98% de taxa de resposta). Existe uma ligeira tendência para que os ENF tenham uma mediana de número de respostas corretas superior aos TA. A formação em SO e os anos de experiência não parecem influenciar positivamente o número de respostas corretas. Não obstante à atitude positiva dos participantes, identificaram-se várias falhas na prática, principalmente nos métodos de HO e pela ausência no reencaminhamento de um médico dentista (MD). Globalmente, 31,7% dos profissionais consideraram como obstáculos a pouca cooperação do paciente (80,70%), a ausência de acompanhamento de um MD (63,2%) e a falta de material (47,4%).

Conclusão: Apesar da atitude positiva dos cuidadores, a prática e o conhecimento são escassos e devem ser melhorados, nomeadamente a formação em SO dos cuidadores, a implementação de protocolos de HO, exploração de intervenções e métodos de promoção de SO. A adequada formação em SO é uma necessidade imperiosa de forma a diminuir-se alguns conceitos desadequados referidos pelos profissionais inquiridos. A integração de MD nas equipas seria uma solução para a diminuição das lacunas existentes.

Palavras-chave: “Saúde Oral”, “Cuidados Continuados Integrados”, “Higiene Oral”, “Cuidados de Enfermagem”, “Conhecimento”, “Prática” e “Atitude”.

ABSTRACT

Purpose: evaluate the knowledge and the attitude in oral health (OH) of nurses (ENF) and auxiliary technicians (TA) belonging to the Medium and Long-term Continuing Care Units (CCI).

Material and Methods: Observational, cross-sectional and descriptive epidemiological study, a survey was carried out by the author and applied in person through the Google Forms platform, during April and July 2019 and February 2020. Respondents from 5 CCI units in Grande Porto participated voluntarily, ensuring anonymity and confidentiality. Data analysis was performed using the IBM SPSS Statistics vs.26 program, using descriptive statistics and non-parametric tests to compare responses by groups ($\alpha = 0.05$).

Results: In a universe of 259 ENF and TA, 145 responses were obtained (55.98% response rate). There is a slight tendency for ENF to have a median number of correct answers greater than the TA. The academic qualification in SO and the years of experience do not seem to positively influence the number of correct answers. Despite the positive attitude of the participants, several flaws in the practice were identified, mainly in the HO methods and the absence in the referral of a dentist . Overall, 31.7% of the professionals considered barriers to the patient's cooperation (80.70%), the absence of monitoring by an MD (63.2%) and the lack of dental material (47.4%).

Conclusions: Despite the positive attitude of the caregivers, the practice and knowledge are scarce and should be improved, namely training in OH of the caregivers, the implementation of OH protocols, exploration of the best interventions and methods in OH. Adequate training in OH is an imperative necessity in order to reduce some inappropriate concepts mentioned by the interviewed professionals. The integration of dentists in the teams would be a solution to reduce the existing gaps.

Keywords: “Oral Health”, “Long-term Care”, “Oral Hygiene”, “Nurse Care”, “Knowledge”, “Practice” and “Attitude”.

AGRADECIMENTOS

Desde que me conheço, que tenho a sorte de estar rodeada de boa gente, de gente que enche este pequeno planeta com brilho, sonhos e sacrifício. Ainda hoje acredito em histórias de encantar. Toda esta gente faz parte de uma história de encantar, em que me fazem acreditar que é possível voar. E eu voo pelos corredores do outono, inverno, verão e primavera, à procura do desconhecido. Como é bom amar e acreditar, ser persistente.

A toda a boa gente,

Prof. Doutora Sandra Gavinha

Prof. Doutora M^a Conceição Manso

Dr. Hélder Oliveira

Família

Diretores hospitalares

Enfermeiros e técnicos auxiliares

Amigos

Joana e Afonso do College Work

Todos os professores e funcionários desta nobre Universidade

Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

CCI – Cuidados Continuados Integrados

SO - Saúde Oral

MD – Médico/s Dentista/s

ENF – Enfermeiros

TA - Técnicos auxiliares

HO – Higiene Oral

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	1
II. MATERIAIS E MÉTODOS.....	3
III. RESULTADOS.....	4
IV. DISCUSSÃO.....	11
V. CONCLUSÃO	15
VI. BIBLIOGRAFIA.....	16
VII. ANEXOS	18
ANEXO 1: AUTORIZAÇÃO COMISSÃO DE ÉTICA.....	18
ANEXO 2: QUESTIONÁRIO.....	19
ANEXO 3	26

I. INTRODUÇÃO

De acordo com a *World Health Organization*, mais de 1 bilhão de pessoas, cerca de 15% da população mundial, sofre de algum tipo de incapacidade. Sendo que os índices de incapacidade estão constantemente a crescer, principalmente devido ao envelhecimento populacional e ao aumento de doenças crónicas, e entre outras causas. As pessoas incapacitadas têm menos acesso aos serviços de saúde, e, portanto, é necessário criar estratégias que respondam de forma eficaz a esta população (WHO, 2018).

Com base em todas as projeções da evolução populacional, a Europa tem vindo a assistir a um crescente envelhecimento, nomeadamente Portugal. Refletindo com destaque, a um aumento de suscetibilidade a doenças, morbilidade e aumento significativo de doenças crónicas, que consequentemente levará um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados inquestionável. Este panorama levará a uma maior procura pelos Cuidados Continuados Integrados (CCI) (SNS, 2020).

Em 2006, foi criada a rede de CCI, que segue uma filosofia de recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra, com vista à sua reintegração sociofamiliar (Ministério da Saúde, 2018). Identicamente, também são destinados a todos os cidadãos que deles necessitem, nomeadamente: pessoas de todas as idades com dependência funcional; com doença crónica e/ou com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. Todavia, torna-se evidente que a maioria (cerca de 85%) dos seus utentes são idosos (Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2011).

A evidência científica sugere que a Saúde Oral (SO) está conectada com a Saúde Geral (SG) e qualidade de vida. A SO é um fator de risco para o aparecimento e exacerbação de doenças sistémicas, como por exemplo doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, doenças renais e pneumonia aspirativa. Sendo que esta última é uma das maiores causas de infeção a nível hospitalar (Stein e Henry, 2009; Needleman *et al.*, 2012; Willis e Gabaldón, 2020; Sanz *et al.*, 2018).

A relação entre as doenças orais e a saúde geral (G) é multifacetada e complexa. As doenças sistémicas influenciam a SO, quer seja diretamente pela via patológica, ou indiretamente pela via doença ou terapia relacionada com mudanças comportamentais. Assim se pode dizer que as alterações na SO têm um impacto na SG. Nos últimos 25 anos, a comunidade científica

preocupou-se em estudar a doença periodontal (DP) como fator causal de doenças crônicas não transmissíveis, graças à sua natureza de doença inflamatória crônica e à sua carga inflamatória duradoura que abrange todo o sistema humano. Apesar de existir uma relação de plausibilidade entre os patogênicos encontrados na DP e nas doenças crônicas, ainda não foi demonstrada uma relação de causalidade (Dörfer *et al.*, 2017; Sanz *et al.*, 2018).

A SO é essencial para uma boa SG, bem-estar e qualidade de vida do ser humano, contudo os pacientes hospitalizados, geralmente, apresentam-se incapacitados e com dificuldades motoras e visuais, levando a um maior foco na doença que motivou ao internamento e menor atenção à SO, uma vez que não realiza o seu autocuidado. Em consequência, são diversos os estudos que surgem mundialmente reportando uma frequente pobre SO dos pacientes hospitalizados e uma carga bacteriana considerável que os coloca em risco de infecções secundárias, bem como uma fraca HO e uma elevada incidência de doenças orais como a cárie, gengivite e DP (Paterson, 2000; Wyatt, 2002; Pino, Moser e Nathe, 2003; Terezakis *et al.*, 2011; Matthews *et al.*, 2012; Needleman *et al.*, 2012; Bilder, Yavnai e Zini, 2014; Baumgartner, Schimmel e Müller, 2015; Yoon *et al.*, 2018; Chiesi *et al.*, 2019; Wong, Ng e Keung Leung, 2019).

Os cuidados de HO são vitais para reduzir tal risco de infecção, diminuir o risco de doenças sistêmicas, reduzir a placa bacteriana e promover o bem-estar (Yende *et al.*, 2007). Dado que a grande maioria dos pacientes hospitalizados depende dos cuidadores para tal, é de extrema importância que os cuidadores saibam como atuar nestes pacientes. Contudo, são diversos os estudos que reportam as diversas barreiras na promoção de SO nestas unidades hospitalares, tais como: falta de cooperação do paciente; insuficiente formação, falta de treino e conhecimento dos prestadores sobre SO; escassez de material dentário; pouca prioridade dada à SO; falha de comunicação e pouca ou nenhuma cooperação dos médicos dentistas (MD) com uma equipa hospitalar transdisciplinar; acessibilidade e equipamento; falta de tempo e recursos humanos; falta de cooperação dos familiares e ausência de protocolos de HO (Vanobbergen e De Visschere, 2005; Yoon e Steele, 2012; Dahm, Bruhn e LeMaster, 2015; Hoben, Clarke, *et al.*, 2017; Yong, Ng e Keung Leung, 2019; Phlypo *et al.*, 2019; Göstemeyer, 2019).

Adicionalmente a estas dificuldades encontradas nos CCI, existem inúmeras limitações associadas aos pacientes destas unidades como a nutrição, experiências prévias com MD, a polimedicação que poderá induzir hipossalivação, comorbidade, o próprio envelhecimento oral e incapacidades físicas e/ou cognitivas (Gibney, Wright e Sharma, 2015).

De encontro ao objetivo do presente estudo, uma breve revisão de outros artigos de natureza semelhante, constataram que apesar dos prestadores apresentarem uma atitude positiva perante a necessidades de cuidados de HO, reconheceram que é fundamental melhorar as suas capacidades ao nível do conhecimento e prática (Thomson, 2004; Keboa *et al.*, 2018; Urata *et al.*, 2018; Göstemeyer, 2019).

De forma a combater as lacunas existentes da SO nos CCI, foram realizadas quatro revisões sistemáticas relevantes para o desenvolvimento da SO em idosos hospitalizados em CCI (Hoben, Kent, *et al.*, 2017; Weening-verbree *et al.*, 2013; Albrecht *et al.*, 2016; Coker, *et al.*, 2014) e uma revisão focada em pacientes com incapacidades (Rozas *et al.*, 2017). Todas estas revisões manifestaram uma falta de estudos de elevada qualidade; insuficiente descrição das intervenções; e heterogeneidade dos estudos, intervenções, resultados e *follow-up*. Não obstante, um recente estudo com um *follow-up* de 2 anos, obteve resultados positivos e promissores através da implementação de um protocolo, que conduziu tanto a uma melhoria da SO dos pacientes de CCI, bem como no conhecimento de SO dos prestadores (Weintraub *et al.*, 2018).

O presente estudo tem como objetivo principal avaliar o conhecimento e atitude perante a SO dos ENF e dos TA pertencentes às unidades de CCI de Média e Longa duração do Grande Porto, e como objetivo adicional descrever a prática e possíveis barreiras que existam para a concretização de uma adequada promoção de SO nestas unidades hospitalares.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

- Desenho

É um estudo epidemiológico observacional, transversal e descritivo.

- Amostra

A população alvo deste estudo são ENF e TA pertencentes às 5 unidades de CCI de Média e Longa duração, do Grande Porto. Apenas se incluiu as unidades de internamento de média (30 a 90 dias) e longa duração (superior a 90 dias) por motivos de aproximação em termos de protocolos.

- Instrumento

Para este estudo foi realizado um inquérito composto por 36 questões e dividido em 4 partes. A primeira parte inclui perguntas sobre os dados sociodemográficos dos participantes, a segunda, a terceira e quarta parte correspondem respetivamente a perguntas sobre a atitude, prática e conhecimento dos ENF e TA sobre SO.

- Considerações éticas

O inquérito foi elaborado pela autora e aplicado presencialmente através da plataforma *Google Forms*, entre abril e julho de 2019 e fevereiro de 2020. Posteriormente à aceitação da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa e dos respetivos hospitais, os inquéritos foram preenchidos pelos inquiridos que participaram voluntariamente, sendo explicado um breve resumo do objetivo deste estudo, bem como a garantia de anonimato e confidencialidade.

- Estatística

O programa IBM SPSS *Statistics* 26 foi utilizado para a análise estatística. A estatística descritiva apresenta os dados sociodemográficos dos participantes e as tabelas de frequência e/ou estatísticas de tendência central e dispersão permitiram ilustrar as respostas dos participantes. O teste não paramétrico U de Mann-Whitney foi usado para avaliar a existência de diferença relativamente à atitude e conhecimento sobre SO em 2 grupos (ENF e TA). O teste de Qui-quadrado permitiu avaliar diferenças nas respostas (variáveis qualitativas) entre grupos (ENF e TA; com ou sem formação). O valor de significância foi de $P < 0,05$.

III. RESULTADOS

Num universo de 259 ENF e TA, obteve-se 145 respostas resultando num valor de 55,98% de taxa de resposta. As características dos participantes estão resumidas na Tabela 1 do Anexo 3. A idade média dos participantes rondou os $34 \pm 9,5$ anos, variando de 18 a 59 anos. A maioria dos participantes pertence ao género feminino (83,4%) e tem como função ser técnico auxiliar (55,2%). Os anos de experiência variaram dos 0,019 até aos 35 anos (média=7,1 anos). Na totalidade, apenas 31% obtiveram formação sobre SO, incluindo 40% dos ENF e 60% dos TA.

Os participantes que não obtiveram nenhuma formação sobre SO referem que utilizam como fonte de conhecimento maioritariamente o conhecimento pessoal (88%) e observação noutros profissionais (43%). Houve diferenças estatisticamente significativas entre ENF e TA ($p=0,028$) na resposta pesquisa aleatória na internet (17% dos ENF vs 3,8% dos TA), bem como na opção pesquisa com base na evidência científica (44,7% dos ENF vs 1,9% dos TA). As

informações relativas à fonte de conhecimento e ao nível de formação em SO obtido encontram-se na tabela 2, 3 e 4 do Anexo 3.

A descrição sobre o conhecimento de SO revelado pelos participantes estão resumidas nas Tabela 1 e na tabela 3 do Anexo 3.

Na pergunta "O fio dentário ou escovilhão utilizam-se depois da escovagem com pasta dentífrica.", todos os grupos falharam maioritariamente na resposta (74,5% dos ENF e 79,2% dos TA sem formação; 74,1% dos TA com formação), à exceção dos ENF com formação sobre SO (27,8%) (tabela 1). Comparativamente com os ENF e os TA com ou sem formação (tabela 1), apenas existiram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas perguntas "Os cuidados de higiene oral são iguais para todos os utentes, independentemente do estado de dependência e do estado de saúde que possam apresentar.", "O fio dentário/escovilhão utiliza-se depois da escovagem com pasta dentífrica.", "O bochecho com clorexidina/elixir é suficiente para manter a cavidade oral limpa.", "Os medicamentos e terapias oncológicas não têm qualquer impacto na cavidade oral." e "Por norma geral, a limpeza da gengiva deve ser feita com uma escova dura."

Em todos os grupos, a maioria respondeu que não sabe a forma correta de realizar a higiene das próteses dentárias (55,3% dos ENF e 60,4% dos TA sem formação; 88,9% dos ENF e 74,1% dos TA com formação), nem têm conhecimento do exame intra e extraoral (76,6% dos ENF e 86,8% dos TA sem formação; 77,8% dos ENF e 85,2% dos TA com formação) (tabela 2).

Tabela 1 : Resultados para a componente de Conhecimento sobre Saúde Oral segundo a função dos inquiridos (Enfermeiro vs. Técnico Auxiliar) e Formação.

			Com formação sobre SO					
			Não			Sim		
			Função		Todos	Função		Todos
			ENF	TA	ENF	TA	ENF	TA
Tem conhecimento da existência do exame intra e extraoral?	Não (incorreto)	n(%)	36(76,6)	46(86,8)	82(82)	14(77,8)	23(85,2)	37(82,2)
	Sim (correto)	n(%)	11(23,4)	7(13,2)	18(18)	4(22,2)	4(14,8)	8(17,8)
		Valor de <i>p</i>	0,19			0,69		
O mau estado da cavidade oral não afeta o estado geral de saúde de um indivíduo.	Incorreto (V/NS)	n(%)	9(19,1)	6(11,3)	15(15)	0(0)	2(7,4)	2(4,4)
	Correto (F)	n(%)	38(80,9)	47(88,7)	85(85)	18(100)	25(92,6)	43(95,6)
		Valor de <i>p</i>	0,27			0,509		
Os cuidados de higiene oral são iguais para todos os utentes, independentemente do estado de dependência e do estado de saúde que possam apresentar.	Incorreto (V/NS)	n(%)	4(8,5)	16(30,2)	20(20)	2(11,1)	11(40,7)	13(28,9)
	Correto (F)	n(%)	43(91,5)	37(69,8)	80(80)	16(88,9)	16(59,3)	32(71,1)
		Valor de <i>p</i>	0,007			0,045		
O fio dentário/escovilhão utiliza-se depois da escovagem com pasta dentífrica.	Incorreto (V/NS)	n(%)	35(74,5)	42(79,2)	77(77)	5(27,8)	20(74,1)	25(55,6)
	Correto (F)	n(%)	12(25,5)	11(20,8)	23(23)	13(72,2)	7(25,9)	20(44,4)
		Valor de <i>p</i>	0,571			0,005		
O bochecho com clorexidina/elixir é suficiente para manter a cavidade oral limpa.	Incorreto (V/NS)	n(%)	0(0)	5(9,4)	5(5)	0(0)	3(11,1)	3(6,7)
	Correto (F)	n(%)	47(100)	48(90,6)	95(95)	18(100)	24(88,9)	42(93,3)

	Valor de <i>p</i>		0,031			0,264		
É normal sangrar enquanto escovamos os dentes.	Incorreto (V/NS)	n(%)	11(23,4)	13(25,4)	24(24)	5(27,8)	11(40,7)	16(35,6)
	Correto (F)	n(%)	36(76,6)	40(75,5)	76(76)	13(72,2)	16(59,3)	29(64,4)
	Valor de <i>p</i>		0,895			0,527		
Os medicamentos e terapias oncológicas não têm qualquer impacto na cavidade oral.	Incorreto (V/NS)	n(%)	3(6,4)	5(9,4)	8(8)	0(0)	10(37)	10(22,2)
	Correto (F)	n(%)	44(93,6)	48(90,6)	92(92)	18(100)	17(63)	35(75,8)
	Valor de <i>p</i>		0,575			0,003		
As próteses dentárias devem ser removidas durante a noite.	Incorreto (F/NS)	n(%)	3(6,4)	2(3,8)	5(5)	1(5,6)	0(0)	1(2,2)
	Correto (V)	n(%)	44(93,6)	51(96,2)	95(95)	17(94,4)	27(100)	44(97,8)
	Valor de <i>p</i>		0,550			0,400		
As próteses dentárias são limpas com sabão neutro, escova e água.	Incorreto (F/NS)	n(%)	26(55,53)	32(60,4)	58(58)	16(88,9)	20(74,1)	36(80)
	Correto (V)	n(%)	21(44,7)	21(39,6)	42(42)	2(11,1)	7(25,9)	9(20)
	Valor de <i>p</i>		0,690			0,279		

É de salientar, que na relação ENF vs TA (Tabela 2) independentemente de outras variáveis, o número de respostas corretas não é significativamente diferente em ambos os grupos. Existe nesta amostra uma tendência com a média do número de respostas corretas dos ENF a ser superior que a dos TA ($8,29 \pm 0,159$ vs $7,4 \pm 0,173$). Foram detetadas 5 situações de ENF que apresentaram valores muito baixos que estão relacionados com menos anos de experiência, menor grau de escolaridade e fonte conhecimento sobre SO (pesquisa aleatória na internet).

A mediana do número de respostas corretas é significativamente diferente para os ENF e TA sem formação (tabela 2) ($p=0,035$), sendo que os TA com formação apresentaram um número de respostas corretas significativamente inferior aos ENF com formação (7 vs. 9, $p<0,001$). Adicionalmente verifica-se que não há diferença significativa no número de respostas corretas nos ENF com e sem formação ($p=0,391$, valor *p* não presente na tabela 2), e que os TA sem formação apresentam uma mediana de respostas corretas significativamente superior aos que têm formação (8 vs 7, $p=0,020$, valor *p* não presente na tabela 2).

A mediana do número de respostas corretas é significativamente diferente entre os ENF e TA com menos de 7 anos de experiência (tabela 2) ($p=0,018$), apesar dos ENF e TA apresentarem uma mediana igual (8). Para os profissionais com maior ou igual a 7 anos de experiência também houve diferenças estatisticamente significativas ($p=0,001$), em que os ENF apresentaram uma mediana mais elevada de respostas corretas (9 vs 8). Contudo, em ambos os grupos (ENF e TA) a distribuição do número de respostas foi igual consoante os anos de experiência ($p=0,056$ para os ENF; $p=0,898$ para os TA, valores de *p* não presente na tabela 2), ou seja, ter mais ou menos anos de experiência não influenciou o resultado de número de respostas corretas para os dois grupos.

Tabela 2 : Distribuição do número de respostas sobre o conhecimento em SO dadas de forma correta analisada segundo ter ou não formação formal sobre SO e anos de experiência (<7 vs. ≥7 anos), segundo a função dos inquiridos (Enfermeiro vs. Técnico Auxiliar).

	Formação formal sobre SO				Anos de experiência			
	Não		Sim		< 7 anos		≥7 anos	
	ENF	TA	ENF	TA	ENF	TA	ENF	TA
n	47	53	18	27	37	41	28	39
Média (DP)	8,19 (1,36)	7,68 (1,43)	8,56 (1,04)	6,85 (1,66)	8,16 (1,09)	7,39 (1,48)	8,46 (1,50)	7,41 (1,63)
Mín-Máx	3-10	4-11	6-10	3-10	5-10	4-10	3-10	3-11
Med (Q1-Q3)	8 ^a (8-9)	8 ^b (7-9)	9 ^a (8-9)	7 ^b (5-8)	8 (8-9)	8 (7-8,5)	9 (8-9)	8 (6-9)
Valor de p	0,035		<0,001		0,018		0,001	

DP- Desvio padrão; Med- Mediana. ^{a,b}- letras diferentes indicam diferenças significativas no valor da mediana de nº de respostas corretas por grupo, de acordo com o teste de Mann-Whitney.

No que concerne à atitude perante a SO, todas as respostas estão resumidas na tabela 3. Todos os participantes demonstraram ter uma atitude positiva e interesse na SO dos utentes, tal como não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que uma esmagadora maioria respondeu corretamente.

Tabela 3 : Resultados para a componente Atitude sobre Saúde Oral segundo a função dos inquiridos (Enfermeiro vs. Técnico Auxiliar) e Formação em SO.

			Formação em SO			
			Não		Sim	
			ENF	TA	ENF	TA
Considera útil a implementação ou atualização de protocolos de higiene oral nos serviços hospitalares?	Correto (Sim)	n(%)	47(100)	53(100)	18(100)	27(100)
Considera que todos os pacientes deveriam ter uma avaliação da cavidade oral na sua admissão/entrada e durante o internamento?	Incorreto (Não)	n(%)	0(0)	3(5,7)	1(5,6)	1(3,7)
	Correto (Sim)	n(%)	47(100)	50(94,3)	17(94,4)	26(96,3)
Valor de p			0,245		1	
Incentiva os seus utentes a fazer a higiene oral.	Correto (Sim)	n(%)	47(100)	53(100)	18(100)	27(100)

Em concordância com a tabela 4 e tabela 4 do Anexo 3, apenas 37% dos ENF consideraram que existem obstáculos na promoção da SO, sendo os principais motivos selecionados: a pouca cooperação do paciente (74,6%), a ausência de acompanhamento de um MD (74,6%), a falta de material (62,7%), a falta de tempo (45,8%) e a falta de recursos humanos (40,7%). Contrariamente, a maioria dos TA (63,0%) consideraram que existem obstáculos, sendo os mais predominantes: a pouca cooperação do paciente (87,3%), a ausência de acompanhamento de um MD (50,9%) e a falta de material (30,9%). De forma genérica, 31,7% dos profissionais de saúde consideraram que os obstáculos mais prevaletentes sejam: a pouca cooperação do paciente (80,70%), a ausência de acompanhamento de um MD (63,2%) e a falta de material (47,4%).

A clorexidina é o material dominante fornecido pelos hospitais (90,3%), posteriormente à esponja (81,4%), gaze (65,5%) e escova manual (37,2%) (tabela 5).

Tabela 4 : Possíveis barreiras na promoção de SO segundo a função dos inquiridos (Enfermeiro vs. Técnico Auxiliar).

			Função		Todos
			ENF	TA	
Considera que existem obstáculos para a promoção de saúde oral?	Não	n(%)	48(48,5)	51(51,5)	99(100)
	Sim	n(%)	17(37)	29(63)	46(100)
	Valor de p		0,194		
Materiais fornecidos pelo hospital	Nenhum	n(%)	0(0)	0(0)	0(0)
	Escova manual	n(%)	22(33,8)	32(40)	54(37,2)
	Escova elétrica	n(%)	0(0)	0(0)	0(0)
	Fio dentário	n(%)	0(0)	0(0)	0(0)
	Escovilhão	n(%)	0(0)	5(6,3)	5(3,4)
	Raspador de língua	n(%)	15(23,1)	8(10)	23(15,9)
	Esponja	n(%)	57(87,7)	61(76,3)	118(81,4)
	Gaze	n(%)	38(58,5)	57(71,3)	95(65,5)
	Dedeira	n(%)	2(3,1)	0(0)	2(1,4)
	Pasta com flúor	n(%)	5(7,7)	13(16,3)	18(12,4)
	Clorexidina	n(%)	60(92,3)	71(88,8)	131(90,3)
	Escova com aspiração	n(%)	0(0)	4(5)	4(2,8)

Em conformidade com a tabela 5, verifica-se que a grande parte dos profissionais (73,10%) não faz qualquer registo do estado da cavidade oral do paciente, incluindo 57,40% dos ENF e 95,30% dos TA sem formação; 66,70% dos ENF e 63,0% dos TA com formação. Entre os ENF e TA sem formação houve diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$).

De forma geral (66,2%) também não utilizam algum tipo de aspiração durante os procedimentos de HO para pacientes totalmente dependentes: 53,20% dos ENF e 83,0% dos TA sem formação; e 38,9% dos ENF e 74,10% dos TA com formação. Houve diferenças estatisticamente significativas entre os ENF e TA sem formação ($p = 0,001$), assim como nos ENF e TA com formação ($p = 0,018$) (tabela 5).

A grande maioria dos TA com e sem formação (75,0% e 76,90%) não realizam qualquer observação da cavidade oral do utente, contrariamente aos ENF com e sem formação que predominantemente visualizam (41,50% e 50,60%) (tabela 5). Contudo, a grande parte dos participantes que fazem observação da cavidade oral referiram que a fazem 1 vez por dia e o método utilizado é apenas a observação direta, sem qualquer palpação interna e externa (Tabela 5 do Anexo 3).

Relativamente ao tempo que demoram a realizar a HO, em todos os grupos com ou sem formação a mediana foi de 2 minutos e não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,368$ e $p = 0,093$) (tabela 5).

O momento mais escolhido para a realização da HO (tabela 5) em ambos os grupos foi durante o banho (66,0% dos ENF e 60,4% dos TA sem formação; 83,3% dos ENF e 48,1% dos TA com formação), seguidamente da opção manhã pós-refeição (48,9% dos ENF e 45,3% dos TA sem formação, 22,2% dos ENF e 48,1% dos TA com formação). A opção manhã pré-refeição também foi eleita frequentemente pelos TA com formação (44,4%).

De um modo geral, os métodos mecânicos para a realização da HO mais escolhidos foram: esponja (70,3%), escova manual (55,2%), gaze humedecida (48,3%) e gaze (23,4%). Houve diferenças estatisticamente significativas entre ENF e TA com formação na resposta escova manual ($p=0,007$), sendo que os TA apresentam um valor mais elevado (74,1%). Também existiram diferenças estatisticamente significativas na opção gaze ($p<0,001$), em que os TA sem formação apresentaram um valor mais alto (35,80% vs 6,40%); bem como na opção esponja ($p=0,019$) em que os ENF sem formação responderam mais regularmente (78,7% vs 56,6%).

A clorexidina foi o método químico preferencial de todos os participantes (94,5%), ulteriormente à pasta com flúor (59,3%). Apenas houve diferenças estatisticamente significativas entre os ENF e TA com formação ($p=0,010$), em que os TA apresentaram um valor mais elevado (81,5% vs 44,4%).

Nenhum método adicional foi a opção a mais escolhida em ambos os grupos (50% dos ENF e TA sem formação, 43,9% dos ENF e 56,1% dos TA com formação) e não houve qualquer diferença estatisticamente significativa. Contudo, o raspador de língua também foi uma opção frequentemente selecionada (35,3% dos ENF e 64,7% dos TA sem formação e 100% dos TA com formação) (tabela 5).

De um modo geral os principais meios de limpeza da prótese foram: pastilhas próprias (61,4%), copo de água (53,8%), a mesma escova com que escova os dentes (34,5%) e nenhum (23,4%) (tabela 5).

Não houve diferenças estatisticamente significativas na pergunta “Quais as estruturas que limpa durante a HO?”, sendo que as respostas foram uniformes em ambos os grupos (97,9% dentes, 91,7% língua, 81,4% prótese dentária, 76,6% gengiva, 69,7% céu da boca e 62,1% lábios) (tabela 5).

Os problemas mais frequentemente visualizados foram: mau hálito (96,60%), sangramento das gengivas (49,0%) e candidíase oral (36,6%). Houve diferenças estatisticamente significativas entre os ENF e TA sem formação ($p=0,019$) na resposta da queilite angular, sendo que os ENF

identificaram este problema mais frequentemente (42,6% vs 20,8%); assim como nos ENF e TA com formação (p=0,032), sendo que os TA identificaram este problema mais frequentemente (11,1% vs 40,7%). Também houve diferenças estatisticamente significativas na opção “dor de dentes” entre os ENF e TA com formação (p=0,028), sendo que os TA apresentaram um valor mais elevado (5,60% vs 33,30%). De igual forma para a opção “candidíase oral”, com um valor de p<0,001 entre os ENF e TA sem formação (72,3% vs 17,0% respetivamente). Do mesmo modo para a questão de sensação de boca seca, onde houve diferenças estatisticamente significativas (p=0,018), em que os ENF com formação responderam mais frequentemente (88,9%) do que os TA com formação (55,6%) (tabela 5).

De encontro aos problemas mais frequentemente visualizados, os participantes na maioria das vezes resolvem através da aplicação de produtos (55,6% dos ENF e 44,4% dos TA sem formação) e comunicação com o médico responsável (50,6% dos ENF e 49,5% dos TA sem formação; 37,2% dos ENF e 62,8% dos TA com formação) (Tabela 6 do Anexo 3).

Tabela 5 : Resultados para a componente de Prática sobre SO segundo a função dos inquiridos (Enfermeiro vs. Técnico Auxiliar) e Formação.

			Formação sobre SO				Todos	
			Não		Sim			
			Função		Função			
			ENF	TA	ENF	TA		
Faz algum registo do estado da cavidade oral no plano do paciente?	Não	n(%)	27(57,4)	50(94,3)	12(66,7)	17(63)	106(73,1)	
	Sim	n(%)	20(42,6)	3(5,7)	6(33,3)	10(37)	39(26,9)	
Valor de p			<0,001		0,8			
Utiliza algum tipo de aspiração durante os procedimentos de higiene oral em pacientes acamados/dependentes?	Não	n(%)	25(53,2)	44(83)	7(38,9)	20(74,1)	96(66,2)	
	Sim	n(%)	22(46,8)	9(17)	11(61,1)	7(25,9)	49(33,8)	
Valor de p			0,001		0,018			
Costuma fazer a observação da cavidade oral dos pacientes?	Não	n(%)	3(23,1)	10(76,9)	1(25)	3(75)	17(100)	
	Sim	n(%)	44(50,6)	43(49,4)	17(41,5)	24(58,5)	128(100)	
Valor de p			0,937		0,336			
Durante quanto tempo realiza a HO dos utentes?	n		47	53	18	27	-	
	Média(DP)		1,6(0,6)	2,1(1,3)	1,9(0,6)	2,5(1,7)	-	
	Min-Máx		0,5-3	1-7	1-4	1-7	-	
	Med(Q1-Q3)		2(1-2)	2(1-3)	2(2-2)	2(2-2)	-	
	Valor de p		0,093		0,368			
	Depende do utente e do estado da cavidade oral	n(%)		2(100)		3(100)	5(100)	
Em que momento realiza a HO dos seus utentes?	Manhã pós-refeição	n(%)	23(48,9)	24(45,3)	4(22,2)	13(48,1)	64(44,1)	
	Tarde pós-refeição	n(%)	0(0)	3(5,7)	0(0)	0(0)	3(2,1)	
	Noite pós-refeição	n(%)	2(4,3)	5(9,4)	0(0)	0(0)	7(4,8)	
	Manhã pré-refeição	n(%)	3(6,4)	9(17)	0(0)	12(44,4)	24(16,6)	
	Tarde pré-refeição	n(%)	1(2,1)	0(0)	0(0)	1(3,7)	2(1,4)	
	Noite pré-refeição	n(%)	1(2,1)	4(7,5)	0(0)	2(7,4)	7(4,8)	
	Durante o banho	n(%)	31(66)	32(60,4)	15(83,3)	13(48,1)	91(62,8)	
	Valor de p					0,017		
	Na altura em que se desloca para realizar as avaliações de rotina	n(%)	0(0)	3(5,7)	1(5,6)	0(0)	4(2,8)	
	Somente quando o paciente pede	n(%)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	

			Formação sobre SO				Todos
			Não		Sim		
			Função		Função		
			ENF	TA	ENF	TA	
	Sempre que necessário	n(%)	0(0)	4(7,5)	0(0)	0(0)	4(2,8)
Utiliza algum método mecânico para a higiene oral dos seus utentes?	Nenhum	n(%)	0(0)	4(7,5)	0(0)	0(0)	4(2,8)
	Escova manual	n(%)	23(48,9)	31(58,5)	6(33,3)	20(74,1)	80(55,2)
	Valor de p				0,007		
	Escova elétrica	n(%)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
	Gaze humedecida	n(%)	28(59,6)	22(41,5)	10(55,6)	10(37)	70(48,3)
	Gaze	n(%)	3(6,4)	19(35,8)	0(0)	12(44,4)	34(23,4)
	Valor de p		<0,001				
	Dedeira	n(%)	1(2,1)	0(0)	0(0)	0(0)	1(0,7)
	Esponja	n(%)	37(78,7)	30(55,6)	18(100)	17(63)	102(70,3)
	Valor de p		0,019				
Escova com aspirador	n(%)	0(0)	0(0)	0(0)	2(7,4)	2(1,4)	
Utiliza algum método químico para a higiene oral dos seus utentes?	Nenhum	n(%)	1(2,1)	1(1,9)	0(0)	0(0)	2(1,4)
	Clorexidina	n(%)	44(93,6)	49(92,5)	17(94,4)	27(100)	137(94,5)
	Pasta com flúor	n(%)	23(48,9)	33(62,3)	8(44,4)	22(81,5)	86(59,3)
	Valor de p				0,01		
	Óleos essenciais	n(%)	0(0)	0(0)	0(0%)	0(0)	0(0)
	Líquido para língua rugosa	n(%)	0(0)	1(1,9)	0(0)	0(0)	1(0,7)
Utiliza algum método adicional para a higiene oral dos utentes?	Nenhum	n(%)	41(50)	41(50)	18(43,9)	23(56,1)	123(100)
	Valor de p				0,523		
	Escovilhão	n(%)	1(100)		1(100)		2(100)
	Raspador de língua	n(%)	6(35,3)	11(64,7)	0(0%)	3(100)	20(100)
Valor de p				0,219			
Que meios utiliza para a limpeza da prótese dentária?	Nenhum	n(%)	11(23,4)	11(20,8)	5(27,8)	7(25,9)	34(23,4)
	A escova com que escova os dentes	n(%)	25(53,2)	15(28,3)	4(22,2)	6(22,2)	50(34,5)
	Valor de p		0,011				
	Uma escova diferente da que escova os dentes	n(%)	5(10,6)	3(5,7)	6(33,3)	9(33,3)	23(15,9)
	Copo de água	n(%)	27(57,4)	32(60,4)	8(44,4)	11(40,7)	78(53,8)
	Sabão neutro	n(%)	2(4,3)	0(0)	1(5,6)	0(0)	3(2,1)
	Pastilhas próprias para a limpeza da prótese	n(%)	20(42,6)	38(71,7)	10(55,6)	21(77,8)	89(61,4)
	Valor de p		0,003				
	Gaze humedecida com clorexidina	n(%)	2(4,3)	2(3,8)	0(0)	2(7,4)	6(4,1)
	Pasta dentífrica	n(%)	3(6,4)	6(11,3)	0(0)	8(29,6)	17(11,7)
Esponja	n(%)	1(2,1)	2(3,8)	1(5,6)	0(0)	4(2,8)	
Copo com clorexidina	n(%)	0(0)	0(0)	1(5,6)	0(0)	1(0,7)	
Quais as estruturas que limpa durante a higiene oral?	Dentes	n(%)	45(95,7)	52(98,1)	18(100)	27(100)	142(97,9)
	Gengiva	n(%)	35(74,5)	35(66)	17(94,4)	24(88,9)	111(76,6)
	Língua	n(%)	46(97,9)	51(96,2)	13(72,2)	23(85,2)	133(91,7)
	Céu da boca	n(%)	28(59,6)	39(73,6)	11(61,1)	23(85,2)	101(69,7)
	Lábios	n(%)	28(69,6)	32(60,4)	11(61,1)	19(70,4)	90(62,1)
	Prótese dentária	n(%)	37(78,7)	41(77,4)	16(88,9)	24(88,9)	118(81,4)

IV. DISCUSSÃO

De acordo com um estudo sobre os fatores que influenciam negativamente a SO dos utentes, o conhecimento dos cuidadores foi considerado a variável mais importante (Vanobbergen e De Visschere, 2005). Em concordância com os dados obtidos neste estudo, existe um contrassenso na medida em que apenas 27,2% dos participantes (30,5% dos ENF e 23,6% dos TA)

reconheceram a falta de conhecimento sobre SO como um obstáculo e 31% tinha afirmado ter obtido formação em SO. Apesar de existir uma tendência para que os ENF tenham uma mediana de respostas corretas sobre conhecimento em SO superior aos TA, não se verificou que existam quaisquer diferenças estatisticamente significativas. De tal forma, que o nível de formação académica não parece ser uma variável influente e positiva, e de que é possível partir do pressuposto de que esta formação para além de não ser a ideal no que contempla a transmissão de conhecimento sobre SO, uma vez que o número de respostas corretas ideal seria de 11; a habilitação ao nível de SO é semelhante entre um curso técnico de auxiliar e uma licenciatura de enfermagem.

Surpreendentemente não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os ENF com e sem formação, e os TA sem formação apresentaram um valor superior de respostas corretas comparativamente com os TA com formação. Estes resultados também vão de encontro a um outro estudo que concluiu que não existem diferenças significativas na prática de SO, entre os cuidadores com diferentes formações (Santander, Urrutia e Ormaza, 2012). Perante estes resultados podemos questionar se, a formação sobre SO que os participantes adquiriram é suficiente. Estes valores são indicativos de que é necessária uma consolidação de conhecimentos e competências transversais a todos os profissionais de saúde no que respeita a cuidados de SO.

Não obstante à atitude positiva de todos os participantes e das limitações no conhecimento sobre SO, também é possível identificar outras barreiras que impossibilitam a promoção de SO nestas unidades hospitalares como: a pouca cooperação do paciente (80,70%), a ausência de acompanhamento de um MD (63,2%), a falta de material (47,4%) e a falta de recursos humanos (30,70%). Sendo a pouca cooperação do paciente a barreira principal identificada pelos participantes, é essencial que os cuidadores aprendam técnicas de controlo de comportamento mais eficazes, como por exemplo “falar, mostrar e fazer”, técnica da mão sobre mão, técnica do espelho e entre outras; assim como meios complementares para a HO mais adaptados às suas condições (Jablonski-Jaudon; *et al.*, 2016). E observando as respostas relativas à prática sobre SO identificamos que existe uma falha na utilização de meios de HO alternativos e adaptados. Contudo, a falta de cooperação do paciente também pode estar associada a experiências prévias dolorosas pela falta de treino dos cuidadores (Martin e Stones, 2000).

A FDI (*World Dental Federation*) recomenda a escovagem pós-refeições 2 vezes por dia, durante 2 minutos com uma escova manual ou elétrica com pasta dentífrica com flúor, sem

bochechar com água e cuspidando o excesso de pasta. Apesar de todos os grupos indicarem que escovam durante 2 minutos, o meio mecânico mais escolhido foi a esponja sendo que este é um método ineficaz, e os momentos de eleição para a realização da HO foram “manhã pós-refeição” (44,10%) e “durante o banho” (62,80%) (McConnell *et al.*, 2007; FDI, 2020)). Contudo, 2 minutos poderá não ser o suficiente para a realização de uma HO completa em pacientes incapacitados ou não cooperantes, pelo que este tempo poderá estar subestimado.

Curiosamente somente 1,4% indicou que utiliza a escova com aspiração e nenhum participante indicou a utilização de escova elétrica ou sônica. Segundo duas revisões sistemáticas é consensual de que não existem estudos suficientes que demonstrem qual o melhor método de HO em pacientes incapacitados (Briggs *et al.*, 2004; Waldron *et al.*, 2019). Apesar das escovas elétricas e manuais serem igualmente eficazes na remoção de placa bacteriana (Waldron *et al.*, 2019; Slot and Valkenburg, 2020), são diversos os estudos que reportam que as escovas elétricas ou ultrassônicas são mais cooperantes e de fácil utilização para os cuidadores (Carr, Sterling e Bauchmoyer, 1997; Day, Martin e Chin, 1998). Ainda que não existam estudos comparativos que comprovem a sua eficácia, as escovas com aspiração também são um método alternativo e útil para pacientes com dificuldades na deglutição (Briggs *et al.*, 2004; Kossioni *et al.*, 2018). O uso de esponjas não é aconselhado e os estudos demonstram uma inferior remoção de placa bacteriana em comparação com as escovas manuais (Fiske *et al.*, 2000; Pearson, Hutton e Pearson, 2002).

A clorexidina foi a substância química mais utilizada (94,50%). Não existe evidência científica de que uma concentração de clorexidina seja melhor do que outra no controle da gengivite, e para além disto o seu uso requer uma supervisão de um MD e quando prolongado por mais de 4 semanas provoca alteração de paladar, na mucosa e de coloração dos dentes, bem como formação de cálculo (McConnell *et al.*, 2007; Kiyoshi-teo e Blegen, 2015; James *et al.*, 2017). Contudo, o uso de antissépticos como gluconato de clorexidina, bicarbonato de sódio, peróxido de hidrogénio e cloreto de cetilperídínio têm sido abordados como meios adicionais de HO em diferentes estudos para a prevenção da pneumonia aspirativa, revelando resultados promissores (Camargo, Nunes e Chambrone, 2019; Mitchell *et al.*, 2019).

Apesar dos métodos adicionais não terem sido uma opção frequentemente utilizada pelos cuidadores, que poderá ser explicado pela dificuldade na sua aplicação e limitação da abertura da boca dos pacientes, o escovilhão ou fio dentário e raspador de língua são essenciais para uma HO completa, sendo que o fio dentário ou escovilhão devem ser utilizados antes da escovagem

para a remoção do biofilme interdentário e retenção do fluoreto (Mazhari *et al.*, 2018; Kossioni *et al.*, 2018; Slot e Valkenburg, 2020).

Contrariamente aos resultados observados neste estudo, a *American College of Prosthodontics* sugere que as próteses removíveis sejam limpas diariamente por imersão e escovagem com uma pasta não abrasiva ou sabão neutro (Felton *et al.*, 2011). Contudo uma recente revisão sistemática recomenda que os pacientes com capacidade motora restrita ou deficiência cognitiva, realizem a higiene das próteses com ultrassom de forma a reduzir o esforço manual. Apesar do custo associado, a limpeza ultrassônica combinada com a imersão em uma solução de limpeza de próteses é indicada em hospitais e lares de idosos (Papadiochou e Polyzois, 2018). Para além disto, o copo de água foi um dos métodos mais utilizados, sendo este totalmente desaconselhado devido à promoção da colonização da *Candida Albicans*, pelo que é aconselhado armazenar a prótese após a higiene num local seco (Verhaeghe *et al.*, 2020). Relativamente aos produtos químicos utilizados não existe evidência científica que suporte qual seja o mais eficaz, contudo apenas a clorexidina e o dióxido de cloro demonstraram-se eficazes na redução de *Candida spp.* (Ribeiro, Duarte e Corrêa, 2020).

Para além disto, os problemas mais frequentemente observados nos utentes são: mau hálito (96,60%), sensação de boca seca (60,0%), sangramento das gengivas (49,90%) e candidíase oral (36,60%). À exceção da sensação de boca seca, em que as principais causas estão associadas à medicação, doenças autoimunes, problemas emocionais e/ou respiração pela boca; todas os outros problemas podem estar associados a causa bacteriana ou fúngica, o que pode revelar um mau controlo da placa bacteriana e HO; e quando solucionam estes problemas não o fazem corretamente e não reencaminham para um MD (Seo e Kim, 2020; Slot e Valkenburg, 2020). A cavidade oral dos pacientes internados, encontra-se muitas vezes seca e desidratada devido à diminuição do fluxo salivar quer pela polimedicação, radioterapia, envelhecimento, condição do paciente, boca aberta e presença de tubos endotraqueais. É aconselhável uma hidratação diária da mucosa oral e lábios (Kossioni *et al.*, 2018).

Por ser um exame fundamental para o diagnóstico precoce de lesões da cavidade oral, é essencial que os cuidadores saibam realizar um exame intra e extraoral, o que não vai de encontro aos valores obtidos neste estudo, em que 76,6% dos ENF e 86,8% dos TA sem formação; 77,8% dos ENF e 85,2% dos TA com formação não têm conhecimento do exame intra e extraoral. De tal modo, é fundamental a integração dos MD nestas unidades a fim de realizarem uma avaliação inicial ao paciente, bem como delinear protocolos de HO. São

diversos os estudos que apoiam a integração dos MD nas unidades hospitalares de longa duração e uma formação especializada em SO para todos os cuidadores (Le *et al.*, 2012; Portella *et al.*, 2015; Ono *et al.*, 2017; Keboa *et al.*, 2019; Volk, Spock e Sloane, 2019)).

As limitações deste estudo prendem-se ao facto de a amostra representar apenas 55,98% da população, e que por esse motivo não são necessariamente generalizáveis; e por ser um método de amostragem não aleatório.

V. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que apesar da atitude positiva dos cuidadores em incentivarem aos cuidados de HO, reconhecerem a necessidade de atualizar os protocolos de HO e considerarem que a avaliação da cavidade oral é uma etapa importante na fase de internamento, a prática e o conhecimento são escassos e devem ser melhorados, desde a formação em SO dos cuidadores; a implementação de protocolos de HO atualizados; à melhoria das intervenções e métodos de promoção de SO, como ainda ao uso de meios complementares de HO adaptados aos pacientes com dificuldades técnicas e de comunicação.

A manutenção da SO é um dever essencial, que deve ser promovida igualmente em todos os indivíduos. É urgente a necessidade de implementar estratégias de educação e promoção de SO nestas unidades hospitalares, onde os doentes internados são medicamente comprometidos e dependentes e tem necessidades na área da saúde oral que devem ser eliminadas por profissionais com formação adequada

A integração de MD especializados capazes de formular um plano de SO com uma equipa transdisciplinar, bem como de aprimorar os conhecimentos de SO dos restantes profissionais de saúde através de formações profissionais, seria uma solução para minimizar as lacunas existentes.

Para além de todas as limitações ao nível do conhecimento e prática, é essencial investir na SO nestas unidades hospitalares a fim de eliminar barreiras anteriormente descritas como: a falta de material, recursos humanos e tempo.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Coker, E., Ploeg, J. & Kaasalainen, S., 2014. The Effect of Programs to Improve Oral Hygiene Outcomes for Older Residents in Long-Term Care: A Systematic Review. *Research on Gerontological Nursing*, 7(2), pp. 87-100.
- Dörfer , C., Benz , C., Aida , J. & Campard, G., 2017. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International Dental Journal*, 67(2), pp. 14-18.
- Ministério da Saúde, 2018. Retrato da saúde. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf> (acesso em 18 dezembro de 2019).
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2011. Manual do prestador. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI.pdf> (acesso em 15 de março de 2020).
- SNS, Sistema Nacional de Saúde, 2020. Cuidados Continuados. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>> (acesso em 15 de março de 2020).
- World Health Organization, 2018. Disponível em < <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>> (acesso em 18 março de 2020).
- Briggs, T. J. *et al.* (2004). Oral hygiene care for adults with dementia in residential aged care facilities. *JBI Library of Systematic Reviews Oral*, 2(3), pp. 1–89.
- Day, J., Martin, M. and Chin, M. (1998). Efficacy of a sonic toothbrush for plaque removal by caregivers in a special needs population. *Special Care in Dentistry*, 18(5), pp. 202–206.
- Dörfer, C. *et al.* (2017). The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. *International Dental Journal*, 67(2), pp. 14–18.
- FDI, World Dental Federation, 2020. *Oral Health: Prevention*. Disponível em < <https://www.fdiworlddental.org/oral-health/prevention>> (acesso em 18 de julho de 2020).
- Felton, D. *et al.* (2011). Evidence-Based Guidelines for the Care and Maintenance of Complete Dentures : A Publication of the American College of Prosthodontists. *Journal of Prosthodontics*, 20.
- Fiske, J. *et al.* (2000). Guidelines for Oral Health Care for Long-stay Patients and Residents. *Gerodontology*, 17(1), pp. 55–64.
- Gibney, J., Wright, C. and Sharma, A. (2015). Nurses ’ knowledge , attitudes , and current practice of daily oral hygiene care to patients on acute aged care wards in two Australian hospitals. *Special Care Dentistry*, 5(6), pp. 285–293.
- Hoben, M. *et al.* (2017). Effective strategies to motivate nursing home residents in oral care and to prevent or reduce responsive behaviors to oral care : A systematic review. *PLoS One*, 12(6), pp. 1–20.
- Jablonski-Jaudon, R. A. *et al.* (2016). Maturation of the MOUTH Intervention: From Reducing Threat to Relationship-Centered Care. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(3), pp. 15–23.
- James, P. *et al.* (2017). Chlorhexidine mouthrinse as an adjunctive treatment for gingival health (Review). *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 31(3).
- Kossioni, A. E. *et al.* (2018). Practical Guidelines for Physicians in Promoting Oral Health in Frail Older Adults. *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc., 19(12), pp. 1039–1046.
- Le, P. *et al.* (2012). Improving residents ’ oral health through staff education in nursing homes. *Special Care Dentistry*, 32(6), pp. 242–250.

- Martin, J. and Stones, J. (2000). Burden in Caregivers of Cognitively Impaired Older Adults Living in the Community : Methodological Issues and Determinants. *International Psychogeriatrics*, 12(3), pp. 307–332.
- McConnell, E. S. *et al.* (2007). Evidence-based practice in long-term care: Oral hygiene care practices as an exemplar. *Nursing Outlook*, 55(2), pp. 95–105.
- Mitchell, B. G. *et al.* (2019). Strategies to reduce non-ventilator-associated hospital-acquired pneumonia: A systematic review. *Infection, Disease & Health*. Elsevier Ltd, 24(4), pp. 229–239.
- Ono, S. *et al.* (2017). Enhanced Oral Care and Health Outcomes Among Nursing Facility Residents : Analysis Using the National Long-Term Care Database in Japan. *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc., 18(3), pp. 1–5.
- Papadiochou, S. and Polyzois, G. (2018). Hygiene practices in removable prosthodontics: A systematic review. *International Journal of Dental Hygiene*, 16(2), pp. 179–201.
- Paterson, H. (2000). Oral health in long-term care settings. *Nursing older people*, 12(7), pp. 14–17.
- Ribeiro, S., Duarte, N. and Corrêa, D. O. (2020). Chemical cleaning methods for prostheses colonized by *Candida* spp .: A systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. Editorial Council for the Journal of Prosthetic Dentistry, 18, pp. 30891-30896.
- Rozas, N. S. *et al.* (2017). Strategies to improve dental health in elderly patients with cognitive impairment. *The Journal of the American Dental Association*. Elsevier Inc, 148(4), pp. 236-245.e3.
- Santander, I. E., Urrutia, C. G. and Ormazá, F. R. (2012). Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *Gerodontology*, 29(2), pp. 1–6.
- Seo, K. and Kim, H.-N. (2020). Effects of oral health programmes on xerostomia in community - dwelling elderly : A systematic review and meta - analysis. *International Journal of Dental Hygiene*, 18(1), pp. 52–61.
- Slot, D. E. and Valkenburg, C. (2020). Mechanical plaque removal of periodontal maintenance patients : A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Clinical*, 47, pp. 107–124.
- Stein, P. S. and Henry, R. G. (2009). Poor oral hygiene in long-term care. *American Journal of Nursing*, 109(6), pp. 44–50.
- Thomson, W. M. (2004). A qualitative study of oral health knowledge and attitudes among staff caring for older people in Dunedin long-term care facilities. *The New Zealand Dental Journal*, 99(4), pp. 98–103.
- Vanobbergen, J. N. and De Visschere, L. M. (2005). Factors contributing to the variation in oral hygiene practices and facilities in long-term care institutions for the elderly. *Community Dental Health*, 22(4), pp. 260–265.
- Verhaeghe, T. V *et al.* (2020). The effect of overnight storage conditions on complete denture colonization by *Candida albicans* and dimensional stability : A systematic review. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. Editorial Council for the Journal of Prosthetic Dentistry, 124(2), pp. 176–182.
- Waldron, C. *et al.* (2019). Oral hygiene interventions for people with intellectual disabilities (Review). *Cochrane Database of Systemic Reviews*, 5.
- Weintraub, J. A. *et al.* (2018). Improving Nursing Home Residents' Oral Hygiene: Results of a Cluster Randomized Intervention Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. Elsevier Inc., 19(12), pp. 1086–1091.
- Yende, S. *et al.* (2007). Influence of Comorbid Conditions on Long-Term Mortality After Pneumonia in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), pp. 518–525.

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO

1. Idade
2. Sexo
 - a. Feminino
 - b. Masculino
 - c. Não responde
3. Função
 - a. Enfermeiro
 - b. Técnico auxiliar
4. Anos de experiência (desde que começou a trabalhar como enfermeiro ou técnico auxiliar)
5. Qual o seu grau de escolaridade?
 - a. 9ºano concluído
 - b. 12º ano concluído
 - c. Licenciatura
 - d. Pós-graduação/mestrado/especialidade
 - e. Curso técnico de auxiliar de saúde
 - f. Outro, qual?
6. Teve alguma formação formal sobre cuidados de higiene oral para utentes independentes, parcialmente dependentes e totalmente dependentes?
 - a. Sim
 - i. De que tipo?
 1. Teórico
 2. Prático
 3. Teórico-prático
 - ii. Qual? (Pode selecionar várias)
 1. Licenciatura
 2. Especialidade/Pós-graduação
 3. Curso Técnico de auxiliar de saúde
 4. Formações dadas no hospital
 5. Formações extras

6. Outros:
 - b. Não
 - i. Qual a fonte de conhecimento que utiliza? (Pode seleccionar várias)
 1. Conhecimento pessoal
 2. Pesquisa em artigos, sites e jornais científicos
 3. Pesquisa aleatória na internet
 4. Observação noutros profissionais de saúde
 5. Outros:
7. Considera que seria útil a implementação ou atualização de protocolos/guias de higiene oral nos serviços hospitalares?
 - a. Sim
 - b. Não
8. Considera que todos os pacientes deveriam ter uma avaliação da cavidade oral na sua admissão/entrada e durante o internamento?
 - a. Sim
 - b. Não
9. Considera que existem obstáculos para a promoção de saúde oral?
 - a. Não
 - b. Sim. Quais? (pode seleccionar várias)
 - i. Falta de material (ex: escovas, pastas dentífricas, soluções de bochecho)
 - ii. Falta de tempo
 - iii. Falta de cooperação do doente
 - iv. Poucos conhecimentos sobre higiene oral
 - v. Poucos recursos humanos
 - vi. Sensação de “nojo”
 - vii. Ausência de acompanhamento do médico dentista
 - viii. Outros:
10. Quais os materiais fornecidos pelo Hospital? (pode seleccionar várias)
 - a. Nenhum
 - b. Escova manual

- c. Escova elétrica
- d. Esponja
- e. Gaze
- f. Fio dentário
- g. Escovilhão
- h. Dedeiras
- i. Pasta dentífrica com flúor
- j. Clorexidina / Elixir
- k. Outros, quais?

Relativamente aos cuidados de higiene oral prestados aos seus utentes.

11. A higiene oral é imprescindível nos cuidados básicos do dente.

- a. Sim
- b. Não

12. Os cuidados de higiene oral são maioritariamente realizados por:

- a. Enfermeiros
- b. Técnicos Auxiliares

13. Incentiva os seus utentes a fazer a higiene oral.

- a. Sim
- b. Não

14. Tem conhecimento da existência do exame intra e extra-oral?

- a. Não
- b. Sim.

15. Costuma fazer a observação da cavidade oral dos pacientes?

- a. Não
- b. Sim

i. Com que frequência?

1. 1x por dia
2. 1x por semana
3. 2x por semana
4. 1x por mês
5. Outro:

ii. Através de que método? (Pode seleccionar várias opções)

1. Visualização direta (observar a cavidade oral)
2. Apalpação somente da cavidade intra-oral (interior da cavidade oral: dentes, língua, céu da boca,...)
3. Apalpação somente da cavidade extra-oral (exterior da cavidade oral: face, pescoço, pele,...)
4. Apalpação intra e extra oral

16. Faz algum registo do estado da cavidade oral no plano do paciente?

- a. Sim
- b. Não

17. Durante quanto tempo realiza a higiene oral?

- a. 1 minuto
- b. 2 minutos
- c. 3 minutos
- d. 4 minutos
- e. Outro:

18. Em que momento realiza os cuidados de higiene oral? (Pode seleccionar várias)

- a. Manhã pós-refeição
- b. Tarde pós-refeição
- c. Noite pós-refeição
- d. Manhã pré-refeição
- e. Tarde pré-refeição
- f. Noite pré-refeição
- g. Durante o banho
- h. Na altura em que se desloca para fazer as avaliações de rotina

- i. Somente quando o paciente pede
- j. Outro:

19. Utiliza algum método mecânico para a higiene da cavidade oral? (Pode seleccionar várias)

- a. Nenhum
- b. Escova de adulto
- c. Escova de Criança
- d. Escova elétrica
- e. Gaze humedecida
- f. Gaze
- g. Dedeira
- h. Outro:

20. Utiliza algum método químico para a higiene da cavidade oral? (Pode seleccionar várias)

- a. Nenhum
- b. Pasta dentífrica
- c. Vaselina/Bálsamo labial
- d. Clorexidina/Elixir
- e. Água esterilizada
- f. Água da torneira
- g. Outro:

21. Utiliza algum meio de escovagem adicional para a cavidade oral?

- a. Não
- b. Sim
 - i. Raspador de língua
 - ii. Fio dentária
 - iii. Escovilhão
 - iv. Outro:

22. Quais os meios que utiliza para a limpeza da prótese dentária? (Pode selecionar várias)

- a. Escova
- b. A mesma escova com que escova os dentes
- c. Uma escova diferente da que escova os dentes
- d. Pasta dentífrica
- e. Copo de água
- f. Sabão
- g. Pastilhas próprias para a limpeza da prótese
- h. Outro:

23. Utiliza algum tipo de aspiração durante os procedimentos de higiene oral em pacientes acamados/dependentes?

- a. Sim
- b. Não

24. Durante a higiene oral, quais as estruturas que limpa?

- a. Dentes
- b. Dorso da língua
- c. Palato duro
- d. Mucosa/gengiva
- e. Lábios
- f. Próteses
- g. Outro:

25. Quais os sintomas/problemas mais frequentes na cavidade oral dos utentes?

- a. Sensação de boca seca (Xerostomia)
- b. Mau hálito
- c. Inflamação das comissuras (“cantos”) da boca (Queilite angular)
- d. Sangramento das gengivas
- e. Dor de dentes
- f. Outra:

26. Relativamente aos sintomas/problemas referidos anteriormente. Qual a conduta que segue quando os identifica?
- a. Não faz nada
 - b. Tenta solucionar o problema com administração de produtos.
 - i. Que produtos?
 - c. Comunica ao médico responsável
 - d. Reencaminha para o médico dentista
 - e. Outros:

Relativamente às seguintes questões, classifique se é V- verdadeiras, F- falsas ou NS- não sabe.

27. O mau estado da cavidade oral não afeta o estado geral de saúde de um indivíduo.
28. Os cuidados de higiene oral são iguais para todos os utentes, independentemente do estado de dependência e do estado de saúde que possam apresentar.
29. O fio dentário/escovilhão utiliza-se depois da escovagem com pasta dentífrica.
30. O bochecho com clorexidina é suficiente para manter a cavidade oral limpa.
31. É normal sangrar enquanto escovamos os dentes.
32. Os medicamentos e terapias oncológicas não têm qualquer impacto na cavidade oral.
33. As próteses dentárias devem ser removidas durante a noite.
34. As próteses dentárias são limpas com sabão neutro, escova e água.
35. Por norma geral, a limpeza dos dentes deve ser feita com uma gaze.
36. Por norma geral, a limpeza da gengiva deve ser feita com uma escova dura.

ANEXO 3

Tabela 1 : Características dos participantes

Variáveis		n	%
Género	Masculino	24	16,6
	Feminino	121	83,4
Função	Enfermeiro	65	44,8
	Técnico Auxiliar	80	55,2
Grau de Escolaridade	9ºano	15	10,3
	12ºano	29	20,0
	Curso Técnico de Auxiliar	33	22,8
	Licenciatura	47	32,4
	Mestrado, especialidade ou pós-graduação	21	14,5
Com Formação em SO	Enfermeiros	18	12,4
	Técnicos auxiliares	27	18,6
	Todos com formação em SO	45	31,0
Idade (anos)	Mín - máx	18-59	
	Média (desvio padrão)	34,0 (9,5)	
Anos de Experiência	Mín - máx	0,019 - 35,0	
	Média (desvio padrão)	7,1 (5,7)	

Tabela 2 : Nível de formação em Saúde Oral obtido pelos participantes

		Nível da formação em SO					
		Licenciatura	Pós-graduação/Especialidade/Mestrado	Curso Técnico Auxiliar	Formação no Hospital	Formação Extra	
Função	ENF	n	5	3	0	4	6
		%	100,0%	100,0%	0,0%	80,0%	75,0%
	TA	n	0	0	24	1	2
		%	0,0%	0,0%	100,0%	20,0%	25,0%

Tabela 3 : Tipo de formação obtido em Saúde Oral

		Tipo de formação em SO			
		Teórico	Teórico-prático	Prático	
Função	ENF	n	15	3	0
		%	51,7%	23,1%	0,0%
	TA	n	14	10	3
		%	48,3%	76,9%	100,0%

Tabela 4 : Fonte de conhecimento em Saúde Oral para os participantes que não obtiveram formação

			ENF	TA	TODOS	
Caso não tenha formação sobre SO, qual a fonte de conhecimento que utiliza?	Conhecimento Pessoal	n	40,0	48,0	88,0	
		%	85,1%	90,6%	88,0%	
	Pesquisa com base na evidência científica	n	21,0	1,0	22,0	
		%	44,7%	1,9%	22,0%	
	Valor de p			<0,001		
	Pesquisa aleatória na internet	n	8,0	2,0	10,0	
		%	17,0%	3,8%	10,0%	
	Valor de p			0,028		
	Observação noutros profissionais	n	16,0	27,0	43,0	
		%	34,0%	50,9%	43,0%	
	Licenciatura	n	3,0	0,0	3,0	
		%	6,4%	0,0%	3,0%	
Trabalhei numa clínica de medicina dentária	n	0,0	1,0	1,0		
	%	0,0%	1,9%	1,0%		
Através do médico dentista	n	1,0	0,0	1,0		
	%	2,1%	0,0%	1,0%		

Tabela 5 : Perguntas adicionais sobre o conhecimento em Saúde Oral

			Formação sobre SO					
			Não			Sim		
			Função		Função	Função		Função
		n(%)	ENF	TA	Todos	ENF	TA	Todos
Por norma geral, a limpeza dos dentes deve ser feita com uma gaze.	Incorreto (V/NS)	n(%)	4(8,5)	6(11,13)	10(10)	0(0)	5(18,5)	5(11,1)
	Correto (F)	n(%)	43(91,5)	47(88,7)	90(90)	18(100)	22(81,5)	40(88,9)
Valor de p			0,640			0,073		
Por norma geral, a limpeza da gengiva deve ser feita com uma escova dura.	Incorreto (V/NS)	n(%)	1(2,1)	3(5,7)	4(4)	1(5,6)	7(25,9)	8(17,8)
	Correto (F)	n(%)	46(97,8)	50(94,3)	96(96)	17(94,4)	20(74,1)	37(82,2)
Valor de p			0,368			0,119		

Tabela 6 : Obstáculos de promoção oral indicados pelos participantes

			ENF	TA	Todos
Se sim, quais os obstáculos?	Falta de material	n(%)	37(62,7)	17(30,9)	54(47,4)
	Valor de p		0,001		
	Falta de tempo	n(%)	27(45,8)	11(20)	38(33,3)
	Valor de p		0,004		
	Pouca cooperação do paciente	n(%)	44(74,6)	48(87,3)	92(80,7)
	Pouco conhecimento sobre HO	n(%)	18(30,5)	13(23,6)	31(27,2)
	Falta de recursos humanos	n(%)	24(40,7)	11(20)	35(30,7)
	Valor de p		0,017		
	Sensação de nojo	n(%)	1(1,7)	1(1,8)	2(1,8)
	Ausência de acompanhamento de um MD	n(%)	44(74,6)	28(50,9)	72(63,2)
Valor de p		0,009			

Tabela 7 : Descrição detalhada sobre a observação da cavidade oral

			Formação formal sobre SO						Todos
			Não			Sim			
			Função		Todos	Função		Todos	
			ENF	TA	ENF	TA			
Com que frequência realiza a observação da cavidade oral?	1x por dia	n	38	31	69	12	22	34	103
		%	55,1%	44,9%	100,0%	35,3%	64,7%	100,0%	100,0%
	Valor de p		0,059						
	1x por semana	n	4	2	6	5	1	6	12
		%	66,7%	33,3%	100,0%	83,3%	16,7%	100,0%	100,0%
	Valor de p		0,505						
	2x por semana	n		2	2				2
		%		100,0%	100,0%				100,0%
2x por dia	n		7	7		1	1	8	
	%		100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	
Na admissão e quando o paciente se queixa	n	2		2				2	
	%	100,0%		100,0%				100,0%	
Quando o paciente se queixa	n		1	1				1	
	%		100,0%	100,0%				100,0%	
Através de que método realiza a observação da cavidade oral?	Visualização direta	n	44	40	84	17	21	38	122
		%	100,00%	93,00%	96,60%	100,00%	87,50%	92,70%	95,30%
	Apalpação da cavidade intra-oral	n	4	10	14	0	12	12	26
		%	9,10%	23,30%	16,10%	0,00%	50,00%	29,30%	20,30%
Apalpação Extra-oral	n	0	0	0	0	0	0	0	
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
Apalpação Intra e Extra-oral	n	3	0	3	0	0	0	3	
	%	6,80%	0,00%	3,40%	0,00%	0,00%	0,00%	2,30%	

Tabela 8 : Problemas e Sintomas de Saúde Oral detetados pelos participantes

			Formação formal sobre SO						Todos
			Não			Sim			
			Função		Todos	Função		Todos	
			ENF	TA	ENF	TA			
Quais os sintomas e problemas que frequentemente visualiza?	Sensação de boca seca	n	25	31	56	16	15	31	87
		%	53,20%	58,50%	56,00%	88,90%	55,60%	68,90%	60,00%
	Mau hálito	n	44	51	95	18	27	45	140
		%	93,60%	96,20%	95,00%	100,00%	100,00%	100,00%	96,60%
	Queilite angular	n	20	11	31	2	11	13	44
		%	42,60%	20,80%	31,00%	11,10%	40,70%	28,90%	30,30%
Sangramento das gengivas	n	21	24	45	8	18	26	71	
	%	44,70%	45,30%	45,00%	44,40%	66,70%	57,80%	49,00%	
Dor de dentes	n	11	8	19	1	9	10	29	
	%	23,40%	15,10%	19,00%	5,60%	33,30%	22,20%	20,00%	
	n	6	0	6	0	0	0	6	

			Formação formal sobre SO						Todos
			Não			Sim			
			Função		Todos	Função		Todos	
			ENF	TA		ENF	TA		
Dor na articulação temporomandibular	%	12,80%	0,00%	6,00%	0,00%	0,00%	0,00%	4,10%	
	Manchas e/ou lesões na cavidade oral	n	8	5	13	9	7	16	29
		%	17,00%	9,40%	13,00%	50,00%	25,90%	35,60%	20,00%
	Candidíase oral	n	34	9	43	6	4	10	53
		%	72,30%	17,00%	43,00%	33,30%	14,80%	22,20%	36,60%
	Infeções orais recorrentes	n	5	5	10	1	0	1	11
		%	10,60%	9,40%	10,00%	5,60%	0,00%	2,20%	7,60%
	Secreções nas mucosas	n	0	3	3	0	0	0	3
		%	0,00%	5,70%	3,00%	0,00%	0,00%	0,00%	2,10%
Dor nas gengivas	n	0	0	0	0	4	4	4	
	%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	14,80%	8,90%	2,80%	
Cáries	n	1	0	1	0	2	2	3	
	%	2,10%	0,00%	1,00%	0,00%	7,40%	4,40%	2,10%	
Edentulismo	n	1	0	1	0	0	0	1	
	%	2,10%	0,00%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%	
Excesso de secreções	n	0	1	1	0	0	0	1	
	%	0,00%	1,90%	1,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,70%	
Quais os produtos que administra?	Tantum	n	1	3	4	0	0	0	4
		%	20,00%	100,00%	50,00%	0,00%	0,00%	0,00%	40,00%
	Analgésia	n	1	0	1	1	1	2	3
		%	20,00%	0,00%	12,50%	100,00%	100,00%	100,00%	30,00%
	Pedir escovas adequadas	n	1	0	1	0	0	0	1
		%	20,00%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	0,00%	10,00%
Mycostatin ou Nistatina	n	2	0	2	0	0	0	2	
	%	40,00%	0,00%	25,00%	0,00%	0,00%	0,00%	20,00%	
Hidratação da mucosa oral	n	0	0	0	1	0	1	1	
	%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	50,00%	10,00%	
Líquido vaporizador para boca seca	n	1	0	1	0	0	0	1	
	%	20,00%	0,00%	12,50%	0,00%	0,00%	0,00%	10,00%	
Como soluciona os problemas?	Não faz nada	n		2	2			2	
		%		100,00%	100,00%			100,00%	
	Tenta solucionar com a administração de produtos	n	5	4	9	1	0	1	10
		%	55,60%	44,40%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%
	Comunica com o médico responsável	n	42	41	83	16	27	43	126
		%	50,60%	49,40%	100,00%	37,20%	62,80%	100,00%	100,00%
	Reencaminha para o médico dentista ou estomatologista	n		1	1			1	
%			100,00%	100,00%			100,00%		
Comunica com o enfermeiro responsável	n	0	3	3	1	0	1	4	
	%	0,00%	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	100,00%	100,00%	
	n		2	2			2		

		Formação formal sobre SO				Todos
		Não		Sim		
		Função	Todos	Função	Todos	
		ENF	TA	ENF	TA	
	Melhora a higiene oral e comunica com o enfermeiro responsável	%	100,00%	100,00%		100,00%