

HIGIENE BUCAL EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) ADULTO



Imagem realizada por IA (Gemini)

Material produzido pelos Departamentos de Odontologia e Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e colaboradores.

ISBN: 978-65-01-83297-5

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA (AMIB).
Departamentos de Odontologia e Enfermagem

Procedimento Operacional Padrão (POP) de Higiene Bucal.

São Paulo, 2025.

Revisão: 4

AUTORES

Camila de Freitas M. Soares Silveira, Celi Novaes Vieira, Claudiane Santana Rezende, Clayton Lima Mello, Danielle Coelho Ribeiro Batista, Débora Soares Santos, Fernanda Alves Ferreira Gonçalves, Flávia de Almeida Ramos Lobão, Joathan Borges Ribeiro, José Melquíades Ramalho Neto, Juliana Couto Beckman, Laurindo Pereira de Souza, Monira Samaan Kallás, Morgana de Menezes Maia, Renata Andréa Pietro P.Viana, Sabrina dos Santos Pinheiro, Wagner Leal Serra e Silva Filho, Luana Carneiro Diniz Souza.

INDICE

| | |
|--|----|
| 1. IDENTIFICAÇÃO..... | 01 |
| 2. INTRODUÇÃO | 03 |
| 3. OBJETIVOS | 04 |
| 4. INDICAÇÕES E ABRANGÊNCIA | 04 |
| 5. EQUIPE RESPONSÁVEL | 05 |
| 6. MATERIAIS E MEDICAMENTOS | 06 |
| 7. AVALIAÇÃO DA CAVIDADE BUCAL | 07 |
| 8. DESCRIÇÃO DA HIGIENE BUCAL..... | 08 |
| 9. HIGIENE DE PRÓTESES DENTÁRIAS E PROTETORES BUCAIS | 12 |
| 10. CONTROLE DE QUALIDADE E INDICADORES..... | 13 |
| 11. CHECKLIST RÁPIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO POP DE HB..... | 13 |
| 12. ANEXOS | 13 |
| REFERÊNCIAS..... | 16 |

1. IDENTIFICAÇÃO

Procedimento Operacional Padrão (POP)

HIGIENE BUCAL (HB) EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) ADULTO

EXECUTANTE DE FORMA ROTINEIRA: Técnico de enfermagem.

EXECUTANTES EM CASOS ESPECÍFICOS: Cirurgião-Dentista, Enfermeiro

ORIENTAÇÃO: Cirurgião-Dentista, Enfermeiro.

GERENCIAMENTO: Enfermeiro, Cirurgião-Dentista.

FREQUÊNCIA: A cada 8h, porém pode ser necessária individualização das rotinas.

DATA DE EMISSÃO: 29/11/2025

VERSÃO: HB.04

2. INTRODUÇÃO

A dependência funcional para a higiene bucal em pacientes críticos resulta em acúmulo progressivo de biofilme bucal, um ecossistema microbiano complexo cuja presença está diretamente associada ao desenvolvimento de doenças periodontais, cáries e infecções em mucosa bucal (JUN et al., 2021; ALRAWASHDEH et al., 2025). A formação desse biofilme ocorre de maneira acelerada em pacientes hospitalizados, particularmente naqueles sob ventilação mecânica, devido à redução do fluxo salivar, à alteração do pH bucal e à colonização por microrganismos nosocomiais. Além do comprometimento da saúde bucal especificamente, as bactérias dos biofilmes bucais podem atingir a corrente sanguínea ou serem aspiradas para o trato respiratório inferior, desencadeando ou agravando condições infecciosas sistêmicas (KANAMORI et al., 2025; BARZOKI et al., 2024). A colonização bucal por patógenos respiratórios, constitui um fator de risco significativo para infecções pulmonares, particularmente em indivíduos vulneráveis como os pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (WINNING et al., 2021; SOUZA et al., 2013.).

Evidências científicas demonstram que a melhoria dos cuidados bucais, dentre estes, a higiene bucal reduz substancialmente a ocorrência de pneumonias hospitalares, tanto em pacientes sob ventilação mecânica quanto os não ventilados (YAMAKITA et al., 2024; FU et al., 2023). Meta-análises têm consistentemente demonstrado que a implementação de protocolos estruturados de higiene bucal resulta em diminuição significativa das taxas de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV), com consequente redução do tempo de internação em UTI, do uso de antimicrobianos de amplo espectro e dos custos hospitalares (SUWEN et al., 2024; HUANG et al., 2025). Nesse contexto, a higiene bucal transcende sua função tradicional de promoção de conforto, assumindo um papel estratégico e terapêutico na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), especialmente em pacientes internados em UTIs e dependentes para autocuidados bucais (WINNING et al., 2021; PAINS et al., 2025).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as IRAS representam eventos adversos adquiridos durante o tratamento de condições médicas e cirúrgicas, constituindo o principal problema para a segurança do paciente, com impactos diretos na mortalidade e nos custos assistenciais para os sistemas de saúde em todo o mundo (HAJIYEVA et al., 2025). Pacientes críticos em UTIs apresentam vulnerabilidade aumentada para infecções secundárias que agravam o quadro clínico, prolongam o tempo de internação e impactam negativamente os desfechos clínicos e as taxas de mortalidade hospitalar (ROSENTHAL et al., 2025; KLOMPAS et al., 2022). A PAV, especificamente, está associada a um aumento de mortalidade atribuível que pode variar de 13% a 30%, dependendo do patógeno envolvido e das características do paciente (VALLADARES et al., 2025).

Neste contexto e mediante levantamentos acerca das condições bucais dos pacientes no momento da admissão em UTIs, que demonstram em sua grande maioria, alta prevalência de doenças periodontais, raízes residuais e grande acúmulo de biofilme, faz-se importante destacar a ocorrência de bacteremias transitórias, consequente aumento da carga inflamatória e o risco de Endocardite Infecciosa (EI) (Souza, Lopes, 2020). Pois como a American Heart Association (AHA) bem destaca, a EI por focos bucais, tem muito mais probabilidade de se desenvolver como resultado de bacteremias transitórias, atribuível às atividades

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DE HIGIENE BUCAL



diárias de rotina, como mastigar alimentos e escovar os dentes, do que em um procedimento odontológico (AHA, 2021). Assim, a manutenção de uma boa saúde bucal e o acesso regular a cuidados odontológicos são considerados mais importantes para prevenir a EI do que uma profilaxia antibiótica em um procedimento odontológico (AHA, 2021).

Diante dessa realidade epidemiológica e assistencial, a elaboração de procedimentos operacionais padrão (POPs) para higiene bucal segura e eficiente em pacientes críticos constitui uma recomendação formal de órgãos reguladores nacionais e internacionais para a prevenção da PAV e outras IRAS. Destacam-se, nesse cenário, as diretrizes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), da Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC), do Institute for Healthcare Improvement (IHI) e da American Association of Critical-Care Nurses (AACN). A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010, que estabelece os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva no Brasil, regulamenta expressamente que o acesso a recursos assistenciais deve ser garantido à beira do leito, incluindo a assistência odontológica como componente essencial do cuidado multiprofissional ao paciente crítico (BRASIL, 2010).

Segundo a série de recomendações para a Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde publicada pela ANVISA, incluindo as Medidas de Prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), documento que referencia explicitamente a Odontologia e evidencia a importância dos cuidados bucais em pacientes em UTIs, com benefícios comprovados na prevenção de pneumonia, especialmente a PAV, importante causa de mortalidade em todo o mundo (BRASIL, 2017). A ANVISA preconiza a higiene bucal como uma das medidas essenciais de prevenção das IRAS, recomendando o estabelecimento de protocolos institucionais para indivíduos funcionalmente dependentes. Essas recomendações estão alinhadas com as diretrizes internacionais, como as da International Society for Infectious Diseases (ISID) de 2024, que enfatizam a importância da remoção mecânica do biofilme como componente central dos bundles de prevenção de PAV (ROSENTHAL et al., 2025).

Os protocolos de higiene bucal fundamentam-se primordialmente na remoção mecânica do biofilme bucal ou de próteses, na limpeza da mucosa bucal e na contínua hidratação da cavidade bucal (WINNING et al., 2021; CDC, 2024; YAVUZ et al., 2024). A escovação dentária com escova de cerdas macias constitui o método mais eficaz para a desorganização e remoção do biofilme, sendo superior a métodos químicos isolados (PINTO et al., 2021; TANG et al., 2022). A integração da equipe odontológica à equipe multidisciplinar da UTI permite não apenas a execução adequada dos protocolos de higiene, mas também a identificação precoce de complicações orofaciais, o manejo de focos infecciosos e a adequação do meio bucal, contribuindo para a redução da carga microbiana e do risco de infecções sistêmicas (PAINS et al., 2025).

Este documento estabelece um passo a passo para a prática da higiene bucal em pacientes adultos internados em UTIs, com o propósito de padronizar a assistência multidisciplinar, qualificar o cuidado e mitigar os riscos associados à colonização microbiana bucal. As recomendações aqui contidas refletem a

literatura científica com as melhores evidências e o consenso de sociedades científicas internacionais e nacionais, traduzindo as melhores práticas contemporâneas em um guia seguro, eficaz e reproduzível para a equipe assistencial.

3. OBJETIVOS

- Propor um Procedimento Operacional Padrão de Higiene Bucal (POP-HB) seguro, efetivo, de fácil execução, reproduzível e de baixo custo, embasado nas melhores evidências científicas da atualidade.
- Estruturar, padronizar e acompanhar a rotina de higiene bucal em pacientes internados em UTI Adulto, por equipe interprofissional de Odontologia e Enfermagem.
- Promover o controle mecânico e químico do biofilme bucal
- Reduzir carga microbiana peribucal e intrabucal.
- Promover a hidratação dos tecidos das regiões peribucal e intrabucal
- Integrar a saúde bucal como componente essencial do cuidado ao paciente crítico, visando a prevenção de infecções, a promoção do conforto, bem-estar e a segurança do paciente.
- Reduzir o risco de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) e outras infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) através do controle eficaz do biofilme bucal.
- Promover a educação continuada da equipe assistencial sobre a importância da saúde bucal e sua correlação com a saúde sistêmica do paciente crítico.

4. INDICAÇÕES E ABRANGÊNCIAS

- Este procedimento aplica-se a todos os pacientes adultos admitidos em UTIs, independentemente do nível de consciência, via de alimentação ou suporte ventilatório.

5. EQUIPE RESPONSÁVEL

| PROFISSIONAL | PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES |
|-----------------------------------|--|
| Cirurgião-Dentista (CD) | <ul style="list-style-type: none">● Realizar a avaliação inicial da condição orofacial de 6 até 24 horas da admissão, para que seja verificado:<ul style="list-style-type: none">◦ Processos infecciosos;◦ Processos inflamatórios;◦ Mobilidade dental;◦ Sangramentos;◦ Lesões bucais;◦ Alterações salivares;◦ Alterações na musculatura facial e articulação temporomandibular (ATM);◦ Avaliar a presença de dispositivos odontológicos como aparelhos ortodônticos, próteses sobre implantes, próteses dentárias removíveis totais (dentaduras) ou parciais (armações metálicas ou de acrílico), procedendo à avaliação das mesmas e orientações de uso, quando indicado;◦ Dores e outros fatores de risco que possam ter interferência na evolução, bem como, recuperação clínica do paciente.● Estabelecer diagnóstico orofacial e prescrição odontológica● Estabelecer o plano de cuidados individualizado.● Indicar e prescrever materiais e medicamentos específicos.● Realizar procedimentos de adequação do meio bucal (ex: remoção de focos infecciosos).● Realizar a educação continuada e o treinamento da equipe juntamente com o Enfermeiro do Setor e da CCIH, se possível.● Gerenciar o procedimento de HB diariamente.● A prescrição de HB pelo CD e Enfermeiro deverá ser alinhada entre os profissionais, evitando duplicidade e divergência de orientações. |
| Enfermeiro | <ul style="list-style-type: none">● Realizar a avaliação inicial da saúde oral em até 6 horas da admissão, com scores validados.● Estabelecer diagnóstico e prescrição de enfermagem relacionados aos cuidados de HB padrão para TE.● Na ausência do Cirurgião-dentista, solicitar precocemente a avaliação e acompanhamento do paciente.● Supervisionar a execução do POP pela equipe de enfermagem.● Garantir a correta aplicação do procedimento e a adesão ao plano de cuidados.● Auxiliar em casos de maior complexidade e na avaliação de risco de aspiração.● Assegurar a disponibilidade dos materiais e a correta documentação.● Executar a HB e documentar no prontuário do paciente.● Realizar troca de fixação de cateter gástrico ou enteral, se notada presença de sujidade e prevenção de lesão por pressão.● Realizar educação continuada com a equipe de enfermagem● Acompanhar indicadores. |
| Técnico de Enfermagem (TE) | <ul style="list-style-type: none">● Executar a rotina de higiene bucal conforme este POP e o plano individualizado.● Realizar o registro do procedimento e comunicar intercorrências ao Enfermeiro. |

6. MATERIAIS E MEDICAMENTOS

Os materiais devem ser separados individualmente por paciente e organizados em um kit de higiene bucal. A tabela abaixo detalha os materiais necessários e suas justificativas baseadas em evidências:

| MATERIAL/PRODUTO | ESPECIFICAÇÃO | JUSTIFICATIVA |
|--------------------------------------|---|---|
| EPIs | Luvas de procedimento, máscara cirúrgica, óculos de proteção e avental. | Precaução padrão para proteger o profissional e o paciente. Obs: Atenção ao isolamento obrigatório por coorte da CCIH. |
| Sistema de Aspiração | Sistema de aspiração a vácuo montado com sugador descartável / Sonda. | Essencial para remover secreções e prevenir broncoaspiração durante o procedimento. Sistema de aspiração à vácuo montado: sugador odontológico ou sondas de aspiração (nº 10, 12 ou 14). |
| Escova Dental | Cerdas macias e cabeça pequena. | Remove o biofilme mecanicamente de forma eficaz e com menor risco de trauma gengival. |
| Escova Dental com Sucção Integrada | Conectável ao sistema de aspiração. | Recomendada para pacientes intubados ou com risco de aspiração, pois permite a remoção simultânea de secreções. |
| Creme Dental | Concentração de flúor: 1.500 ppm. Sem lauril sulfato de sódio (agente espumante). | O flúor previne cáries. A ausência de espuma diminui o risco de aspiração em pacientes com dificuldade de deglutição. |
| Enxaguante Bucal (prescrito pelo CD) | Sem álcool. | O álcool pode ressecar a mucosa oral, causando desconforto e aumentando o risco de lesões. |
| Hidratante Labial e perilabial | À base de água, sem petrolatos. | Previne o ressecamento e a formação de fissuras labiais. Petrolatos podem ser degradados e aspirados. Lubrificante extrabucal: Dexpanthenol creme a 5% ou hidratantes labiais à base vitamina E e óleo de coco. |
| Hidratante Intrabucal | Gel oral ou saliva artificial. | Indicado para pacientes com sinais de ressecamento intrabucal e/ou xerostomia (sensação de boca seca) para promover conforto e proteção da mucosa. Hidratante intrabucal como o óleo de coco a 2% e vitamina E a 2% em gel comestível ou similar; |
| Gaze Estéril | Pacotes individuais. | Utilizada para limpeza de mucosas, língua e próteses. |
| Espátula Abaixadora de Língua | Protegida com gaze na ponta ("boneca"). | Facilita a visualização e o acesso seguro à cavidade oral. |
| Copo Descartável | Para água ou enxaguante. | Uso individual para evitar contaminação cruzada. |

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DE HIGIENE BUCAL



| MATERIAL/PRODUTO | ESPECIFICAÇÃO | JUSTIFICATIVA |
|--|---|--|
| Água Filtrada ou Estéril | Para umedecer a escova e a cavidade bucal. Ajudar na remoção do biofilme. | Água estéril é recomendada para pacientes imunocomprometidos ou conforme protocolo da CCIH. Água para injeção ou estéril (pacientes em ventilação mecânica); |
| Lanterna Clínica ou Luminária | Fonte de luz LED portátil, intensidade mínima 3.000 lux. | Iluminação adequada é fundamental para inspeção minuciosa da cavidade oral, identificação de lesões, biofilme e alterações mucosas. |
| Kit para Higiene de Próteses dentárias removíveis. | Escova para higiene da prótese, sabão líquido neutro, clorexidina a 2% (para desinfecção) e copo descartável. | Materiais específicos para a correta higienização de próteses removíveis. |

7. AVALIAÇÃO DA CAVIDADE BUCAL

- A avaliação sistemática da cavidade bucal é fundamental para o planejamento individualizado dos cuidados e deve ser reavaliada mediante necessidades individuais.
- Deve-se utilizar uma ferramenta de avaliação validada para garantir uma análise objetiva e sistemática. A escolha da ferramenta deve ser padronizada pela instituição.

Exemplo de ferramenta recomendada:

Beck's Oral Assessment Scale (BOAS) (Beck, 1979)

- A avaliação deve inspecionar sistematicamente as seguintes estruturas:

- Face e articulações tempomandibulares
- Lábios
- Mucosa jugal, palato e assoalho bucal
- Gengivas
- Língua
- Dentes
- Saliva

O resultado da avaliação guiará a frequência e as especificidades do plano de cuidados, que deve ser devidamente registrado em prontuário. (Ver Anexo A para exemplos de ferramentas de avaliação).

8. DESCRIÇÃO DA HIGIENE BUCAL

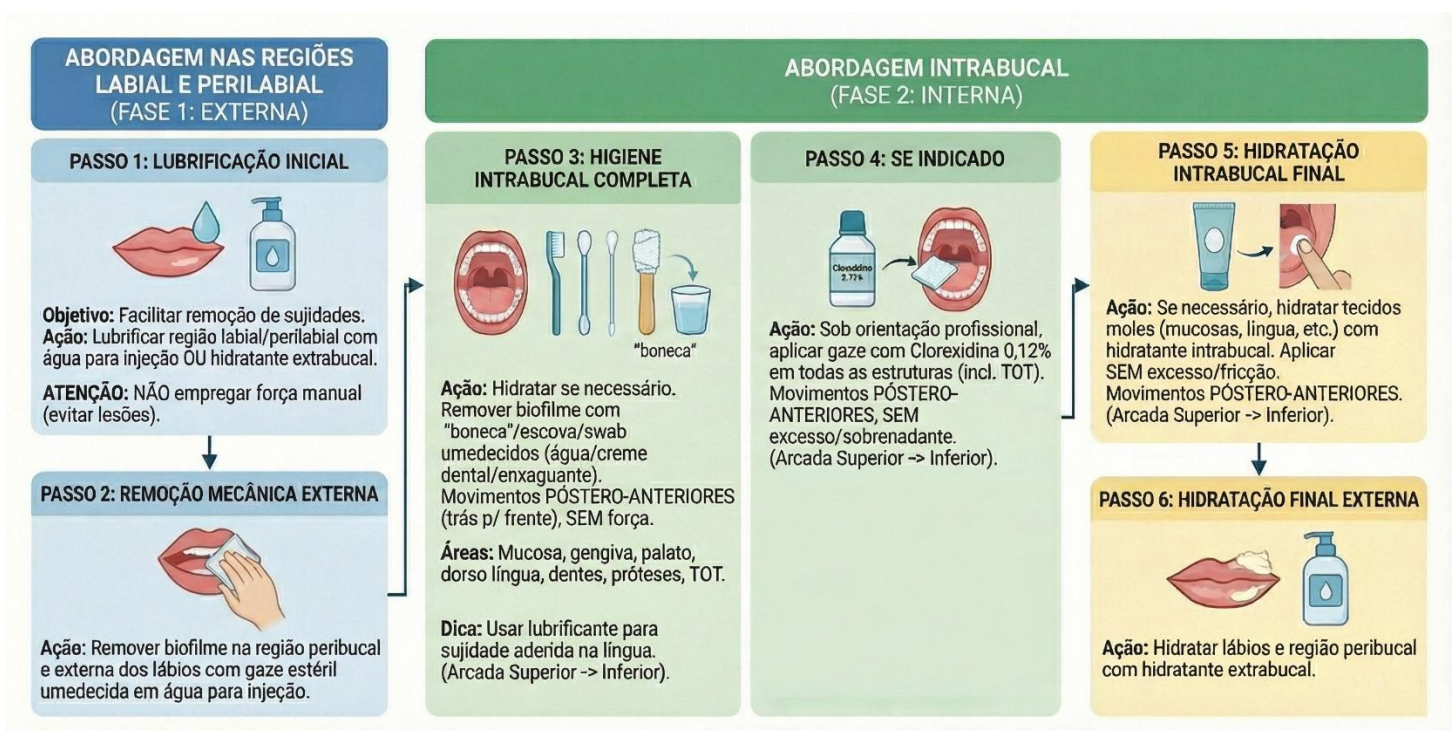
8.1 CUIDADOS PRÉVIOS

Antes de iniciar qualquer procedimento de higiene bucal, os seguintes passos devem ser rigorosamente seguidos para garantir a segurança do paciente e do profissional:

1. Higienização das Mãos: Realizar a higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70%.
2. Organização dos Materiais: Dispor todos os materiais necessários em uma bancada auxiliar de forma organizada e acessível;
3. Paramentação: Utilizar todos os EPIs recomendados conforme coorte da CCIH (luvas, máscara, óculos de proteção, avental).
4. Comunicação: Explicar o procedimento ao paciente, independente do nível consciência. Comunicar também ao acompanhante, se presente.
5. Posicionamento do Paciente: Elevar a cabeceira do leito para uma posição de 30 a 45 graus, a menos que haja contraindicação clínica. Em caso de risco de aspiração, considerar o decúbito lateral.
6. Aspiração Prévia: Aspirar a cavidade oral para remover excesso de saliva/fluidos/secreções e detritos presentes antes de iniciar a higiene.
7. Verificação de Dispositivos: Assegurar a correta fixação do tubo orotraqueal ou de outros dispositivos invasivos antes de iniciar a manipulação da cavidade oral.

8.2 DESCRIÇÃO DOS 6 PASSOS – HIGIENE BUCAL

Abaixo, o infográfico com a descrição dos 6 passos da Higiene Bucal e o resumo destes passos (Algoritmo).



ALGORITMO – HIGIENE BUCAL

ABORDAGEM NAS REGIÕES LABIAL E PERILABIAL

PASSO 1



Lubrificar regiões labial e perilabial

PASSO 2



Remoção do biofilme nas regiões labial e perilabial

ABORDAGEM INTRABUCAL



PASSO 3



Hidratar mucosa bucal e Remoção mecânica do biofilme bucal

PASSO 4 *



Reduzir a carga microbiana bucal com digluconato de clorexidina a 0,12%

PASSO 5



Se necessário, lubrificar os tecidos moles intrabucais

PASSO 6



Hidratar regiões labial e perilabial

*Passo 4 se necessário, sob orientação profissional.

8.3 ORIENTAÇÃO TÉCNICA PARA USO DA ESCOVA DENTAL:

- Umedecer a escova com água para injeção ou produto prescrito;
- Posicionar suavemente a cabeça da escova, apoiando as cerdas na região entre a gengiva e o dente, de modo que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do dente;
- Com movimentos vibratórios leves, pressione as cerdas de encontro à gengiva, fazendo com que penetrem suavemente no sulco gengival e limpe todas as faces do dente (registrar sangramento);
- Em seguida, inicie um movimento de varredura (vaivém) no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, por pelo menos 5 vezes, envolvendo 2 ou 3 dentes de forma a desorganizar o biofilme;
- Prossiga sistematicamente com o movimento por todos os dentes pelo lado de fora (face vestibular) e pelo lado interno dos dentes (face palatina/lingual);
- Com movimentos de vaivém, escove as superfícies mastigatórias dos dentes superiores e inferiores, do palato e da parte interna da mucosa jugal;
- Na presença de biofilme em dorso de língua higienizar sempre no sentido pósterio- anterior, a utilização de espátula de madeira envolta em gaze também está indicada;
- Higienizar a escova dental em água corrente e na solução de clorexidina 2% ou de acordo com recomendação da CCIH do hospital;
- Secar e guardar a escova em um recipiente fechado com identificação do paciente;
- Trocar a escova a cada 24 horas de uso, ou em até 7 dias ou conforme alinhamento da Odontologia, Enfermagem e CCIH;
- A depender dos recursos de cada hospital, pode-se utilizar escovas dentárias e swabs esponjas conectados na aspiração que são descartáveis. É um método facilitador de atuação profissional que permite realizar a higienização bucal e promover a aspiração ao mesmo tempo, evitando a broncoaspiração durante a higienização bucal na UTI;
- O uso do fio dental será orientado pelo cirurgião-dentista de acordo com a necessidade.

8.4 PONTOS DE ATENÇÃO:

a. Risco de endocardite:

A Endocardite Infecciosa (EI) tem muito mais probabilidade de se desenvolver como resultado de bacteremia transitória (Estreptococos do grupo Viridans - VGS), atribuível às atividades diárias de rotina, como escovar os dentes e mastigar alimentos do que em um procedimento odontológico. Dessa forma, a manutenção de uma boa saúde bucal e o acesso regular a cuidados odontológicos são considerados mais importantes para prevenir a EI (AHA, 2021). Assim, recomenda-se dentro dos cuidados, a adequação do meio bucal do paciente para proporcionar o uso seguro da escova dental na higiene bucal.

b. Nos casos em que a clorexidina a 0,12% estiver prescrita para a HB, deve-se atentar para os cuidados abaixo:

- A solução de digluconato de clorexidina a 0,12% deverá ser aplicada sempre após a correta ação mecânica de higienização bucal.
- O TOT também deverá ser higienizado da mesma forma que as estruturas bucais, com movimentos pósterio-antiores e leves para a redução do risco de extubação acidental.
- O digluconato de clorexidina a 0,12% não deve ser diluído em água, tampouco se deve realizar enxagues ou lavagens locais após a sua aplicação, pois reduz a sua efetividade bactericida e bacteriostática.

- Nunca verter a solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% diretamente na cavidade bucal pelo risco de broncoaspiração; aplicar o produto “umedecendo” a gaze estéril, montada em espátula abaixadora de língua.
- Manter o intervalo de uso de 12/12 horas (manhã/noite). Entre as aplicações da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12%, havendo a necessidade de uma HB intermediária, esta deverá ser realizada com água para injeção.

c. Remoção de resíduos e secreções durante e após a HB

Em pacientes sob ventilação mecânica invasiva, utilizar a escova dental com sucção ou realizar a aspiração concomitante com sonda de aspiração.

Em pacientes em respiração em ar ambiente, suporte de oxigênio ou ventilação não invasiva, considerar: Se o paciente tem capacidade de expectorar (autônomos ou com auxílio), deve-se estimular o autocuidado assistido pela equipe.

d. Pacientes em posição prona: Proceder a HB imediatamente antes da mudança de decúbito e após retorno à posição supina. Deve-se atentar para a existência de lesões por pressão.

e. Horário da Higiene bucal: Executar a HB desvinculada do momento do banho no leito. Na impossibilidade, realizar a HB impreterivelmente antes da higiene corporal, para reduzir os riscos de quebra da cadeia asséptica e eventos adversos.

f. Higiene Bucal em Pacientes com Capacidade de Expectorar (Autônomos ou com Auxílio): Estimular o autocuidado assistido pela equipe e seguir a prescrição. A técnica prioriza a remoção mecânica do biofilme.

9. HIGIENE DE PRÓTESES DENTÁRIAS E PROTETORES BUCAIS (HP):

As próteses dentárias removíveis totais, parciais metálicas ou de acrílico, ou sobre implantes com encaixes podem ser removidas para uma correta higienização pela equipe. Próteses fixas sobre dentes ou sobre implantes, devem receber o protocolo padrão de higienização bucal conforme acima descrito e avaliadas pelo cirurgião-dentista.

- A frequência da HP segue a frequência da HB.
- Materiais/medicamentos/equipamentos/instrumentais necessários: escova de dentes descartável (cerdas macias); compressa de gazes; copo/recipiente descartável; sabão líquido neutro, solução aquosa de digluconato de clorexidina 2%.

9.1 ETAPAS DO PROCEDIMENTO DE HIGIENE DE PRÓTESES E PROTETORES BUCAIS:

- Remover aparelhos móveis após a higiene peribucal e antes de realizar a higiene intrabucal;
- Realizar a remoção mecânica das sujidades com auxílio de gaze estéril ou escova de dente descartável, embebida em sabão neutro e enxaguar em água corrente. Em seguida realizar a desinfecção da superfície da prótese dentária/protetor bucal com solução aquosa de digluconato de clorexidina 2%, idealmente por imersão em um recipiente (ou copo descartável) por 5 minutos 1vez ao dia. Realizar posterior enxague com água filtrada, então, retornar à boca do paciente quando indicado.
- Em casos de próteses parciais ou totais fixas sobre implantes, incluir o uso de escovas interdentais ou unitufos para higiene da região entre a prótese e o rebordo. O cirurgião-dentista deve avaliar a necessidade de remoção destas próteses.
- Em caso de acondicionamento na UTI, após higiene, envolver com gaze seca e acondicionar dentro de um invólucro plástico aberto ou recipiente específico, devidamente etiquetado ou identificado. Entregar a prótese dentária aos familiares (registrando em prontuário o dia, a hora e o nome do familiar ou responsável que recebeu), e protocolar junto à família ou responsável assinando o recebimento das próteses, deixando devidamente documentado.

9.2 USO DE PRÓTESES DENTÁRIAS REMOVÍVEIS:

O uso, ou não, de próteses dentárias removíveis pelos pacientes durante a internação na UTI deverá ser avaliado e definido pelo cirurgião-dentista. Sendo indicado seu uso, quando possível, não só para a alimentação como para o correto gerenciamento da deglutição da saliva (prevenindo broncoaspiração da mesma), adaptação de máscaras de ventilação não invasiva (VNI), bem como, para garantir a humanização do cuidado, permitindo uma melhor comunicação com apoio psicológico/emocional e sociabilização do paciente, com a equipe e familiares.

Na ausência do cirurgião-dentista, o enfermeiro poderá remover as próteses e entregar para a família com o devido registro em protocolo. E logo que possível, solicitar a avaliação do cirurgião-dentista.

OBS: Geralmente o paciente apresenta perda de massa corpórea durante o internamento e as próteses podem necessitar de ajustes e reembasamentos feitos pelo cirurgião-dentista, para a execução das funções mastigatórias, deglutição e fonação, sem causar lesões às estruturas bucais.

10. CONTROLE DE QUALIDADE E INDICADOR

O monitoramento da adesão e da eficácia do POP é essencial para a melhoria contínua da qualidade assistencial. As seguintes estratégias devem ser implementadas:

10.1 DOCUMENTAÇÃO:

Registrar em prontuário eletrônico cada episódio de higiene bucal, incluindo:

- Data e hora do procedimento
- Profissional responsável
- Escore da avaliação oral (se aplicável)
- Produtos utilizados
- Intercorrências (ex: sangramento, recusa do paciente).

10.2 INDICADORES DE QUALIDADE:

- Indicador de Processo:

Taxa de Adesão ao POP de Higiene Bucal: $(N^{\circ} \text{ de higienes bucais realizadas conforme o protocolo} / N^{\circ} \text{ de higienes bucais prescritas}) \times 100$. Meta: > 95%.

- Indicador de Resultado:

Incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV): $(N^{\circ} \text{ de casos de PAV} / N^{\circ} \text{ de pacientes-dia em ventilação mecânica}) \times 1000$.

Acompanhar a tendência da taxa de PAV após a implementação do protocolo.

11. CHECKLIST RÁPIDO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO POP DE HB

- Revisar e atualizar os kits de higiene bucal (incluir produtos sem espuma e sem álcool, escovas com sucção).
- Remover a clorexidina 0,12% dos protocolos rotineiros.
- Escolher e padronizar uma ferramenta de avaliação oral validada.
- Treinar a equipe para o novo POP e no uso da ferramenta de avaliação.
- Implementar registro padronizado no prontuário eletrônico (incluir checklist).
- Estabelecer indicadores de qualidade e sistema de auditoria.
- Comunicar as mudanças a toda a equipe multidisciplinar.
- Monitorar a adesão e os resultados nos primeiros 3 meses.

12. ANEXOS

ANEXO A – Sugestão de Ferramenta de Avaliação da Saúde Bucal

A utilização de uma ferramenta padronizada é crucial para uma avaliação objetiva e para o monitoramento da evolução da saúde oral do paciente. Abaixo estão exemplos de escalas validadas que podem ser adotadas pela instituição.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DE HIGIENE BUCAL



Exemplo: Beck's Oral Assessment Scale (BOAS)

| Categoria | 1 (Normal) | 2 (Leve) | 3 (Moderado) | 4 (Grave) |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---|----------------------------------|
| Lábios | Lisos, rosados, úmidos | Secos, rachados | Ulcerados, sangrantes | Fissuras, sangramento espontâneo |
| Gengivas e Mucosas | Rosadas e úmidas | Avermelhadas, edemaciadas | Sangramento com o toque | Sangramento espontâneo |
| Língua | Rosada, úmida, papilas presentes | Revestimento branco (saborra) | Saborra espessa, fissurada | Saborra espessa, imóvel |
| Dentes | Limpos, sem detritos | Placa visível, detritos | Placa e detritos em quase todos os dentes | Placa e detritos grosseiros |
| Saliva | Aquosa, abundante | Saliva espessa | Saliva escassa, ausente | Ausência de saliva |

Instruções: Some os pontos de cada categoria. O escore total varia de 5 (saudável) a 20 (disfunção grave).

Pontuação Total

- 0-5: Nenhuma disfunção
- 6-10: Disfunção leve
- 11-15: Disfunção moderada
- 16-20: Disfunção grave

OBS: Nas unidades que não possuírem o Serviço de Odontologia Intensiva de rotina, solicitar o parecer do cirurgião-dentista, em casos de pontuação de 6-20.

Interpretação da pontuação total

- BOAS 0–5: Realizar uma avaliação bucal uma vez por dia. Siga o cuidado bucal, conforme descrito no procedimento sistemático de higiene bucal duas vezes por dia.
- BOAS 6–10: Realizar avaliações bucais duas vezes por dia. Umedeça a boca/lábios a cada 4 horas. Siga o cuidado bucal conforme descrito no procedimento de cuidado bucal sistemático duas vezes por dia.
- BOAS 11–15: Realizar uma avaliação bucal a cada turno (a cada 8–12 h). Siga o cuidado bucal, conforme descrito no cuidado bucal sistemático a cada turno. Use uma escova de dentes ultramacia. Umedeça os lábios e a boca a cada 2h.
- BOAS 16–20: Realizar uma avaliação bucal a cada 4 horas. Siga os cuidados orais conforme descrito. Se a escovação não for possível, use o dedo embrulhado em gaze macia. Umedeça os lábios e a boca a cada 1 – 2 horas.

REFERÊNCIAS

1. **ALRAWASHDEH, B. N. et al.** The influence of oral health on comprehensive health outcomes in critically ill patients. *Cureus*, v. 17, n. 2, 2025.
2. **AMERICAN HEART ASSOCIATION; WILSON, W. R. et al.** Prevention of Viridans Group Streptococcal Infective Endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, v. 145, n. 17, p. e868, 2022. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001066.
3. **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).** Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA nº 11/2025. Orientações para implementação de protocolos de prevenção de infecção pelos serviços de saúde. Brasília, 2025.
4. **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).** Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Brasília, 2010.
5. **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA).** Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília, 2017.
6. **BARZOKI, E. R.; FALLAH, S.; MAROFI, S. et al.** Evolving aspects of oral care in modern nursing: a systematic review. *BMC Oral Health*, v. 25, p. 1585, 2025. DOI: 10.1186/s12903-025-07000-3.
7. **BECK, S.** Impact of a systematic oral care protocol on stomatitis after chemotherapy. *Cancer Nursing*, v. 2, n. 3, p. 185-200, 1979.
8. **BELLISSIMO-RODRIGUES, W. T. et al.** Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomised clinical trial. *International Dental Journal*, v. 68, p. 420-427, 2018. DOI: 10.1111/idj.12397.
9. **CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.** Oral Health in Healthcare Settings to Prevent Pneumonia Toolkit. Atlanta: CDC, 2024.
10. **DE CASSAI, A. et al.** Chlorhexidine is not effective at any concentration in preventing ventilator-associated pneumonia: a systematic review and network meta-analysis. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, v. 4, n. 1, p. 30, 2024.
11. **FU, L.-S. et al.** Impact of oral care modalities on the incidence of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: a meta-analysis. *Medicine*, v. 102, n. 13, p. e33418, 2023.
12. **GALHARDO, L. F. et al.** Impact of oral care and antisepsis on the prevalence of ventilator-associated pneumonia. *Oral Health & Preventive Dentistry*, v. 18, n. 1, p. 331-336, 2020.
13. **GONÇALVES, F. A. F.** Comparação entre descarte e processamento de escovas dentais utilizadas em higiene bucal de pacientes sob ventilação mecânica invasiva. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2019.
14. **HAJIYEVA, A.; JARL, J.; SAHA, S.** The effectiveness of quality management interventions in reducing hospital-associated infections in adult patients: a systematic literature review. *International Journal of Infectious Diseases*, p. 107837, 2025.
15. **HUANG, H. et al.** Oral care medications for the prevention and treatment of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit. *Frontiers in Oral Health*, v. 6, p. 1566355, 2025.
16. **JUN, M.-K. et al.** Hospital dentistry for intensive care unit patients: a comprehensive review. *Journal of Clinical Medicine*, v. 10, n. 16, p. 3681, 2021.
17. **KANAMORI, D. et al.** Oral care for intubated patients in the intensive care unit: examination of bacterial count and microbiota. *Critical Care*, v. 29, n. 1, p. 320, 2025.
18. **KAZEMIAN, H. et al.** Oral colonization by nosocomial pathogens during hospitalization in intensive care unit and prevention strategies. *Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery*, v. 12, n. 1, p. 8-20, 2017.
19. **KLOMPAS, M. et al.** Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, v. 43, n. 6, p. 687-713, 2022.

REFERÊNCIAS

20. **MCNALLY, E. et al.** Oral care clinical trial to reduce non-intensive care unit, hospital-acquired pneumonia: lessons for future research. *Journal for Healthcare Quality*, v. 41, n. 1, p. 1-9, 2019.
21. **MOFFA, E. B. et al.** Effectiveness of chemical disinfection on biofilms of relined dentures: a randomized clinical trial. *American Journal of Dentistry*, v. 29, n. 1, p. 15-19, 2016.
22. **MURAMATSU, K. et al.** Comparison of wiping and rinsing techniques after oral care procedures in critically ill patients: a prospective cross-over trial. *Japan Journal of Nursing Science*, v. 16, n. 1, p. 80-87, 2019.
23. **PAINS, M. B. et al.** Contribution of dental treatment to reducing mortality in the ICUs: a 6-year retrospective analysis. *Scientific Reports*, v. 15, n. 1, p. 18188, 2025.
24. **PAN, Y. et al.** Streptococcus sp. in neonatal endotracheal tube biofilms is associated with ventilator-associated pneumonia and enhanced biofilm formation of *Pseudomonas aeruginosa*. *Scientific Reports*, v. 7, 2017.
25. **PERES, M. A. et al.** Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, v. 394, p. 249-260, 2019.
26. **PINTO, A. C. S. et al.** Efficiency of different protocols for oral hygiene combined with the use of chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, p. e20190286, 2021.
27. **PRENDERGAST, V.; KLEIMAN, C.; KING, M.** The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: translating evidence-based oral care into practice. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2013.
28. **RABELLO, F.; ARAÚJO, V. E.; MAGALHÃES, S.** Effectiveness of oral chlorhexidine for the prevention of nosocomial pneumonia and ventilator-associated pneumonia in intensive care units: overview of systematic reviews. *International Journal of Dental Hygiene*, v. 16, n. 4, p. 441-449, 2018.
29. **ROSENTHAL, V. D.; MEMISH, Z. A.; BEARMAN, G.** Preventing ventilator-associated pneumonia: a position paper of the International Society for Infectious Diseases, 2024 update. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 151, p. 107305, 2025.
30. **SOUZA, L. C. D.; LOPES, F. F.** *Odontologia na rotina assistencial em UTI*. 1. ed. Curitiba: Appris, 2020.
31. **SUWEN, L.; YUYANG, H.; WEI, B.** Understanding oral care in the intensive care unit: a qualitative study of nurse experiences and practices with mechanically ventilated patients. *Nursing in Critical Care*, v. 30, n. 2, p. e13296, 2025.
32. **TANG, X. et al.** Oral care for intensive care unit patients without mechanical ventilation: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, v. 11, n. 1, p. 5, 2022.
33. **TUON, F. F. et al.** Prospective, randomised, controlled study evaluating early modification of oral microbiota following admission to the intensive care unit and oral hygiene with chlorhexidine. *Journal of Global Antimicrobial Resistance*, v. 8, p. 159-163, 2017.
34. **UNAHALAKHAKA, A.; UIRUNGROJ, P.; SAENJUM, C.** Impact of single-use oral care sets on reducing ventilator-associated pneumonia among intensive care unit patients: a multi-centre study. *Journal of Hospital Infection*, v. 160, p. 12-18, 2025.
35. **VALLADARES, C. et al.** Prophylactic inhaled antibiotics for ventilator-associated pneumonia: a systematic review and meta-analysis of incidence and mortality outcomes. *Lung*, v. 203, n. 1, p. 75, 2025.
36. **VIDAL, C. F. L. et al.** Impact of oral hygiene involving toothbrushing versus chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *BMC Infectious Diseases*, v. 17, n. 1, p. 112, 2017.
37. **YAMAKITA, S. et al.** Comparative efficacy of various oral hygiene care methods in preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill patients: a systematic review and network meta-analysis. *PLOS ONE*, v. 19, n. 12, p. e0313057, 2024.
38. **YAVUZ, M. B. et al.** A survey study of oral care given by nurses in intensive care units. *Risk Management and Healthcare Policy*, p. 1429-1440, 2025.