

Lígia Estefânia Ribeiro Pires

**Conhecimentos e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde
em unidades de internamento do foro psiquiátrico**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Lígia Estefânia Ribeiro Pires

**Conhecimentos e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde
em unidades de internamento do foro psiquiátrico**

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2017

Lígia Estefânia Ribeiro Pires

**Conhecimentos e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde
em unidades de internamento do foro psiquiátrico**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, sob a orientação do professor Dr. José Frias Bulhosa.

(Lígia Ribeiro Pires)

Resumo

Objetivos: Avaliar os conhecimentos de higiene oral dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a pacientes do foro psiquiátrico institucionalizados e descrever os cuidados de higiene oral prestados pelos profissionais de saúde a estes pacientes.

Métodos: Estudo transversal, exploratório-descritivo, de natureza quantitativa, baseado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por profissionais de saúde a prestar cuidados de higiene oral a pacientes do foro psiquiátrico, institucionalizados na Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga. O instrumento de recolha de dados integrou um questionário estruturado e para a análise estatística recorreu-se ao programa IBM® SPSS® Statistics v.22.

Resultados: A amostra foi constituída por 136 indivíduos, com idades entre os 23 e os 73 anos, sendo 87,5% do sexo feminino. Quanto à profissão, 48,5% eram ajudantes de enfermaria e 41,9% enfermeiros. Cerca de 80% dos inqueridos considera a realização da higiene oral como sendo da sua competência, mas 40% dos mesmos considera a sua aprendizagem na área da saúde oral insuficiente. Relativamente à observação da cavidade oral, 40,1% afirma fazê-lo apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia, sendo a halitose o aspeto mais valorizado aquando da observação (83%) e a quantidade de saliva (80,5%) e o número de dentes (88,6%) dos aspetos menos valorizados.

Conclusões: É crucial envolver e dotar os profissionais de saúde mental de conhecimentos de saúde oral para que as instituições de internamento psiquiátrico estejam preparadas para motivar, auxiliar ou executar uma correta e adequada higiene oral aos seus pacientes.

Palavras-chave: Saúde oral, Cuidados de higiene oral, Profissionais de saúde, Pacientes psiquiátricos institucionalizados.

Abstract

Objectives: This research had as main objectives to describe oral hygiene care provided by health professionals to institutionalized psychiatric patients and to evaluate the oral hygiene knowledge of health professionals who provide direct care to these patients.

Methods: A cross-sectional, exploratory-descriptive study of a quantitative nature, based on a non-probabilistic sample by convenience, made up of health professionals providing oral hygiene care to psychiatric patients, institutionalized at the Casa de Saúde do Bom Jesus in Braga. The data collection instrument included a structured questionnaire and for the statistical analysis was used the program IBM® SPSS® Statistics v.22.

Results: The sample consisted of 136 individuals, aged between 23 and 73 years, of which 87.5% were female. As for the profession, 48.5% were nursing assistants and 41.9% were nurses. About 80% of those interviewed consider oral hygiene to be their responsibility, but 40% of them consider their oral health education insufficient. Regarding the observation of the oral cavity, 40.1% affirm that they do it only when the patient reports some type of symptomatology, as halitosis being the most valued aspect during observation (83%) and the amount of saliva (80.5%). And the number of teeth (88.6%) are the less valued aspects.

Conclusions: It is crucial to involve and equip mental health professionals with oral health skills so that psychiatric inpatient institutions are prepared to motivate, assist or perform proper oral hygiene to their patients.

Keywords: Oral health, Oral hygiene care, Health professionals, Institutionalized psychiatric patients.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. José Frias Bulhosa, orientador deste trabalho, pela sua simpatia, paciência, dedicação, ensinamentos e observações indispensáveis à realização deste trabalho.

Aos profissionais de saúde da CSBJ, participantes deste estudo, pela disponibilidade e contributo, sem os quais não seria possível a realização deste estudo.

À Virgínia, minha binómia, cunhada e amiga, pelos longos anos de convívio e partilha.

Aos meus colegas de curso, agora amigos, e em especial à Inês, Luíse e Susete, pelas gargalhadas e espírito de companheirismo.

À minha família pelo permanente incentivo ao longo deste percurso.

Ao meu marido, João, pelo apoio incondicional.

Obrigada.

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	1
II. MATERIAIS E MÉTODOS	4
III. RESULTADOS	7
1. Caracterização sócio-demográfica da amostra	7
2. Caracterização geral dos profissionais de saúde e percepções sobre saúde oral	7
3. Conhecimentos de higiene oral	8
4. Cuidados gerais de saúde oral prestados ao paciente psiquiátrico em regime de internamento	8
5. Cuidados de saúde oral relativos ao paciente psiquiátrico autónomo	9
6. Cuidados de saúde oral relativos ao paciente psiquiátrico não autónomo	9
IV. DISCUSSÃO.....	10
V. CONCLUSÕES	15
VI. BIBLIOGRAFIA.....	16
ANEXOS	19
Anexo 1 – Pedido de autorização ao Diretor Clínico e Comissão de Ética da CSBJ	
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética da CSBJ	
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética da UFP	
Anexo 4 – Consentimento Informado	
Anexo 5 – Instrumento de colheita de dados	
Anexo 6 – Autorizações para utilização dos questionários	
Anexo 7 – Resultados obtidos	

ABREVIATURAS

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

DGS – Direção Geral da Saúde

FDI – Federação Dentária Internacional

OMD – Ordem dos Médicos Dentistas

OMS – Organização Mundial da Saúde

UFP – Universidade Fernando Pessoa

I. INTRODUÇÃO

A problemática deste estudo centra-se na análise de conhecimentos e ações de cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde em unidades de internamento do foro psiquiátrico, pois, ainda que a saúde oral seja um dos principais determinantes de saúde, esta parece ainda deter baixa relevância no contexto da doença mental. Estudos indicam que os profissionais de saúde consideram limitado o seu conhecimento na área da saúde oral ou como não sendo uma área abordada como prioritária na prática clínica (Mello e Erdmann, 2007; Araújo et al., 2009 e Araújo et al., 2010).

Desde sempre que a doença mental constitui um desafio à capacidade das sociedades integrarem e cuidarem dos seus portadores. Ao longo do séc. XIX e início do séc. XX consolidou-se um modelo de cuidados em instituições hospitalares especializadas, todavia, atualmente, as instituições reconhecem inequivocamente um princípio de integração das pessoas com doença mental (Nogueira et al., 2010). Não obstante, algumas pessoas com perturbações mentais graves, com incapacidade intelectual e/ou falta de apoio familiar podem necessitar de internamento do foro psiquiátrico de longa duração (OMS, 2008).

Conforme dados do *National Institute of Mental Health* (cit. in Ministério da Saúde, 2011), cerca de 3% da população mundial necessita de cuidados continuados em saúde mental devido a perturbações mentais severas e persistentes, tais como psicoses, neuroses graves, perturbações de humor graves ou deficiência mental com grave dificuldade de adaptação. Almeida e Xavier (2013) divulgam que, em 2012, 22,9% dos portugueses tinham uma perturbação psiquiátrica, sendo Portugal um dos países com maior prevalência de perturbações psiquiátricas na Europa.

Estudos epidemiológicos recentes demonstram ainda que as perturbações psiquiátricas e os problemas relacionados com a saúde mental se tornaram a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura nas sociedades atuais. Sendo que, das dez doenças que mais contribuem para a incapacidade, cinco são de foro psiquiátrico, com destaque para a depressão, os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências (Ministério da Saúde, 2008).

Pessoas com doença mental e psiquiátrica, por sua vez, tendem a ser mais suscetíveis a desenvolver doenças orais, quer devido à sua condição mental ou incapacidade física, quer devido

aos efeitos secundários causados pelos psicotrópicos utilizados no seu tratamento (Janardhanan et al., 2011; Adeniyi et al., 2011 e Sumi et al., 2012).

De acordo com Dangore-Khasbage et al. (2012), tratamentos farmacológicos prolongados com psicotrópicos influenciam a fisiologia normal das glândulas salivares e do epitélio oral, causando efeitos colaterais como a xerostomia ou a sialorreia. Diversos autores (*cit. in* Sancho e Martinez, 2005) associam estas condições a diferentes patologias orais, como cárie dentária, doença periodontal e lesões da mucosa oral, inferindo-se consequências graves, como sendo a presença de restos radiculares e abscessos periapicais, com destruição óssea e edentulismo.

Velasco-Ortega et al. (2005) citam vários estudos que descrevem uma ocorrência aumentada e com maior gravidade de patologia oral nas pessoas com doença mental, sendo referido, para além das cáries dentárias, dos problemas periodontais e das lesões da mucosa oral, também uma maior prevalência de líquen plano oral e síndrome da boca ardente, principalmente em doentes a tomar psicotrópicos. O que pode ser explicado pelo facto de a doença psiquiátrica e o stresse psicológico poderem modificar funções imunes (Dangore-Khasbage et al., 2012).

Sancho e Martinez (2005), Jovanović et al. (2010) e Dordevic et al. (2016) acrescentam a estes fatores, um conjunto de circunstâncias, relacionadas com a natureza das perturbações mentais e incapacidade física, determinantes no desenvolvimento de complicações a nível da saúde oral, tais como:

- A falta de motivação e a dificuldade na realização de técnicas de higiene oral que levam a uma higiene oral deficitária;
- O consumo de substâncias nocivas como o tabaco e o álcool, que incrementam o risco de problemas periodontais e de xerostomia, respetivamente;
- O consumo excessivo de hidratos de carbono na dieta alimentar.

No que respeita ao tempo de tratamento hospitalar, são vários os autores que também enfatizam uma relação entre pessoas com doença mental institucionalizadas por longos períodos de tempo e a maior prevalência de doenças orais (Bernaud-Gounot, Velasco-Ortega, Teng, Gopalakrishnapillai, *cit. in* Dordevic et al., 2016).

Sancho e Martinez (2005) referem que os profissionais de saúde, ao se centrarem no tratamento exclusivo da sintomatologia psiquiátrica, descuram muitas vezes a higiene oral destes pacientes que, por si só, já perderam a capacidade de responsabilidade sobre a sua própria saúde, negligenciado a sua higiene oral e criando condições orais favoráveis ao desenvolvimento de bactérias na cavidade oral.

Por outro lado, habitualmente, estes problemas de saúde oral também não são convenientemente identificados pelos profissionais de saúde mental, representando barreiras a um tratamento apropriado (Hede, *cit. in* Jones et al., 2013). Para agravar a situação, de acordo com Dangore-Khasbage et al. (2012), estes pacientes, quando comparados com a população em geral, parecem receber cuidados dentários precários e inadequados, por ignorância, medo, estigma, ideias erróneas ou mesmo recusa dos próprios profissionais de saúde oral.

De facto e conforme Davis (2009) argumenta, as barreiras no acesso a serviços apropriados de saúde oral são de carácter multifatorial, incluindo aspetos relacionados com os profissionais disponíveis, aspetos estruturais, comportamentais e socioculturais. Infelizmente, em Portugal são escassas as iniciativas relativas às pessoas com necessidades especiais na área da saúde oral, quer seja a nível de prevenção, tratamento e manutenção da saúde oral, quer seja ao nível da informação e formação dos cuidadores (Bizarra e Graça, 2010).

Dado que as pessoas com doença mental representam um grupo de alto risco para o desenvolvimento de doenças orais, em comparação com pessoas mentalmente saudáveis (Jyoti et al., *cit. in* Dordevic et al., 2016), a higiene oral adquire uma importância extrema nestes pacientes, constituindo uma das responsabilidades mais básicas do profissional de saúde mental (Sancho e Martinez, 2005) e tornando-se evidente a necessidade da organização de programas específicos de saúde oral preventiva e educacional com estes pacientes, inseridos num grupo inter e multidisciplinar (Dangore-Khasbage et al., 2012 e Morales-Chávez et al., 2014).

A necessidade de realização de um estudo desta natureza surge essencialmente pelas razões supracitadas, mas também por se tratar de um problema atual e complexo, tornando-se assim fundamental a sensibilização dos profissionais de saúde para esta problemática, de modo a melhorar os conhecimentos dos profissionais de saúde e, deste modo, a qualidade dos cuidados.

Com a realização deste trabalho pretende-se alcançar os seguintes objetivos:

- Avaliar os conhecimentos de higiene oral dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a pacientes do foro psiquiátrico internados na Casa de Saúde do Bom Jesus;
- Descrever os cuidados de higiene oral prestados pelos profissionais de saúde a estes pacientes.

Posto isto, este estudo procura responder de forma clara à seguinte questão de investigação: *“Quais os conhecimentos e ações dos profissionais de saúde a nível dos cuidados de higiene oral prestados a pacientes psiquiátricos institucionalizados na Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga?”*.

II. MATERIAIS E MÉTODOS

Com o intuito de explorar e descrever os conhecimentos e ações de cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico, optou-se pela realização de um estudo exploratório-descritivo, enquadrado num paradigma descritivo e transversal e orientado para uma abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) em Braga, pelo facto de encontrarmos, nesta instituição, diferentes profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença mental institucionalizadas e, também, pela exequibilidade do estudo em termos espaço-temporais, por se tratar do local de trabalho atual do investigador, facilitando, de certo modo, a nossa permanência e permitindo uma oportunidade de crítica através da observação vivenciada no terreno.

A CSBJ constitui um dos 12 centros da Província Portuguesa da Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, uma Instituição Particular de Solidariedade Social, com atividade na área da psiquiatria e saúde mental. Este centro é constituído por 6 unidades de internamento (de curta, média e longa duração) e equipado com um total de 385 camas. Tem uma cobertura assistencial a pacientes oriundos do Sistema Nacional de Saúde do Distrito de Braga, sendo alargada esta cobertura a todo o país e a pacientes de outros subsistemas públicos ou privados (Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras).

Para procedermos à prática das atividades inerentes ao estudo, foi realizado um pedido de autorização ao Diretor Clínico e Comissão de Ética da Instituição no mês de Julho de 2016 (Anexo 1), sendo deferido no mês de Setembro do mesmo ano (Anexo 2). O estudo foi ainda aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa (UFP) (Anexo 3) e todos os custos inerentes à investigação foram suportados pelo investigador.

A população alvo foi constituída por todos os profissionais de saúde que prestam cuidados de higiene oral a pacientes do foro psiquiátrico institucionalizados em qualquer uma das unidades de internamento da CSBJ. Não sendo a população alvo alcançável, na sua totalidade, à nossa pesquisa, definimos como população acessível, os profissionais de saúde que se encontrassem em funções no período de 01 de dezembro de 2016 a 31 de janeiro de 2017. A amostra foi definida de forma não probabilística, por conveniência, a partir do retorno dos questionários.

A seleção dos participantes foi baseada nos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Critérios de inclusão: Profissionais de saúde, de ambos os sexos, que prestam cuidados diretos e permanentes aos pacientes, como sendo enfermeiros e auxiliares de enfermagem, a trabalhar nas unidades de internamento psiquiátrico da CSBJ e que aceitem participar no estudo.
- Critérios de exclusão: Profissionais de saúde que não prestam cuidados diretos e permanentes aos pacientes, como sendo médicos, psicólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que trabalhem noutros serviços da CSBJ, que não os de internamento.

Todos os profissionais de saúde incluídos na amostra decidiram de forma autónoma, consciente, livre e voluntária sobre a sua participação, através da assinatura de um consentimento informado (Anexo 4), tendo sido fornecida informação escrita respeitante ao tipo de estudo, objetivos e métodos, bem como, da possibilidade de desistência, sem qualquer prejuízo ou penalidade.

A fim de satisfazer os objetivos do estudo, bem como, o tipo de informação requerida para a investigação, o instrumento de recolha de dados escolhido foi um questionário estruturado (Anexo 5), constituído por 30 questões de resposta fechada, distribuídas por 6 grupos, dando-se contudo, a possibilidade de objetivar a resposta numa das questões.

O primeiro grupo de questões diz respeito à caracterização sócio-demográfica dos participantes (idade, género, profissão e escolaridade).

O segundo grupo contempla questões relativas aos profissionais de saúde, como sendo a situação profissional, competências, aprendizagem, aspetos valorizados aquando da observação da cavidade oral e fatores de risco associados à saúde oral.

O terceiro grupo avalia os conhecimentos de saúde oral, através de questões relacionadas com a frequência e tempo da escovagem, a utilização de meios adicionais de remoção da placa bacteriana e fatores de risco para o desenvolvimento de patologia oral.

O quarto grupo, referente aos cuidados de saúde oral prestados aos pacientes institucionalizados no geral, regista dados relativos à existência de sintomatologia dentária, frequência de consultas médico-dentárias e importância dada pelos pacientes à saúde oral.

Por último, no quinto e sexto grupo, faz-se menção aos cuidados de saúde oral relativos a pacientes autónomos e não autónomos, respetivamente, sendo ainda registados dados acerca da motivação e incentivo para a higiene oral; hábitos, meios e frequência da higiene oral; e locais da cavidade oral que são higienizados. Sendo também contemplada a higienização das próteses dentárias.

Este questionário foi elaborado tendo por base questões de dois questionários aplicados e publicados previamente noutros estudos de investigação, com a devida autorização dos respetivos autores (Anexo 6).

Para garantir a validade deste instrumento efetuou-se um pré-teste, que consistiu no preenchimento do questionário por uma pequena amostra representativa da diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões poderiam ser bem compreendidas (Fortin, 1999). Este pré-teste foi aplicado a cerca de 10% da população alvo, nos meses de setembro e outubro de 2016, permitindo verificar a redação do constructo e corrigir algumas questões, essencialmente no âmbito da compreensão semântica, não tendo sido necessário proceder à reformulação integral de questões.

A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2016 e janeiro de 2017 e foi realizada através do preenchimento dos questionários pelos próprios participantes, sem assistência. Para que a identidade dos sujeitos em estudo não pudesse ser associada às suas respostas individuais, procedeu-se à anonimização dos questionários, sendo atribuídos códigos numéricos.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado no programa IBM® SPSS® Statistics v.22. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas e relativas (%) e a variável contínua (idade) foi descrita utilizando-se a média e o desvio padrão.

Os resultados foram apresentados em quadros e figuras, de forma a facilitar a sua análise e interpretação e de modo a que nenhum dos participantes pudesse ser reconhecido pelo leitor do estudo de investigação (Fortin, 1999).

A realização deste estudo teve subjacente uma ideologia ética que ditou não só o respeito pelos direitos dos participantes do estudo, mas que também orientou a conduta do investigador. Assim, ao envolver os participantes no estudo, o investigador teve em conta vários princípios, de forma a adotar uma postura ética no decorrer da investigação.

III. RESULTADOS

Os resultados referentes aos vários grupos de questões encontram-se em anexo sob a forma de quadros e figuras de modo a facilitar a sua análise e interpretação (Anexo 7).

1. Caracterização sócio-demográfica da amostra

Dos 136 profissionais que aceitaram participar no estudo, 87,5% eram do sexo feminino e 12,5% do sexo masculino, apresentando idades compreendidas entre os 23 e os 73 anos, com uma média de idades de $41,8 \pm 10,2$. Quanto à profissão, 48,5% eram ajudantes de enfermaria e 41,9% eram enfermeiros. Quase metade dos participantes (44,9%) concluiu um curso médio ou superior. A tabela 1 (Anexo 7) mostra os dados relativos à caracterização sócio-demográfica da amostra.

2. Caracterização geral dos profissionais de saúde e percepções sobre saúde oral

Na tabela 2 (Anexo 7) apresentam-se os dados referentes à caracterização geral dos profissionais de saúde. Relativamente à carga horária diária, dos 134 indivíduos que responderam à questão, 67,9% refere ser inferior a 8 horas e 28,4% refere ser igual a 8 horas. Quanto ao número médio de pacientes atribuídos por turno, três dos 136 inquiridos não responderam a esta questão, já a maioria (69,2%) relatou ficar responsável por mais de 20 pacientes, 23,3% respondeu 10-20 e uma minoria (7,5%) mencionou menos de 10. Grande parte dos participantes (80,1%) considera a higiene oral como sendo da sua competência, mas 60% de um total de 135 inquiridos considera a sua aprendizagem na área da saúde oral como suficiente. Quanto à observação da cavidade oral aos pacientes, dos 133 inquiridos que responderam à questão, 40,6% afirma fazê-lo apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia, 34,6% refere que o faz apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida e 2,3% em ambas as situações. Já 14,3% refere que nunca faz a observação da cavidade oral e apenas 8,3% afirma fazê-lo a todos os pacientes institucionalizados.

Quando a observação da cavidade oral é feita, os profissionais de saúde costumam valorizar aspetos como a halitose (83,7%), presença de próteses (64,2%), tártaro nos dentes (48,8%), cor da gengiva (47,2%) e cor dos dentes (47,2%) ou cor e textura da língua (43,1%). Contudo, grande parte não valoriza aspetos como o número de dentes (88,6%), a quantidade de saliva (80,5%), a mobilidade dos dentes (74%) e a cor da mucosa (73,2%). E, quando questionados sobre os fatores de risco para a saúde oral, a maioria considerou aspetos como a higiene oral ineficaz (90,8%), o consumo de tabaco (78,5%), os fármacos (61,5%) e o consumo de álcool (55,4%). Sendo

desvalorizados em grande medida aspetos como a xerostomia (59,2%), última visita ao dentista há mais de um ano (55,4%) e alimentação desequilibrada (53,8%). Os dados respeitantes aos aspetos valorizados aquando da observação da cavidade oral e aos fatores de risco associados à saúde oral foram apresentados na tabela 3 (Anexo 7).

3. Conhecimentos de higiene oral

Os conhecimentos de higiene oral estão representados nas figuras 1 e 2 e na tabela 4 (Anexo 7).

Relativamente à frequência da escovagem (Figura 1, Anexo 7), quando questionados sobre o número de vezes que os dentes devem ser escovados ao dia, no nosso estudo, a maioria dos inqueridos (74,1%) respondeu 3x por dia, 17,0% referiu mais de 3x por dia e 8,1% respondeu 2x por dia. Quanto ao tempo de escovagem (Figura 2, Anexo 7), 49,3% dos profissionais referiu que os dentes devem ser escovados durante mais de 2 minutos e 37,5% respondeu mais de 1 minuto e menos de 2.

No que diz respeito às restantes questões (Tabela 4, Anexo 7), a maioria respondeu que as melhores alturas para escovar os dentes são de manhã, depois do pequeno-almoço (90,4%), depois do almoço (89%), depois do jantar (55,1%) e antes de ir para a cama (55,9%). Para se manter os dentes limpos responderam que, deve usar-se escova dos dentes (93,4%), pasta dos dentes (92,6%), fio ou fita dentária (75%), elixir ou colutório (57,4%) e água (55,1%). Quanto aos motivos pelos quais se estragam os dentes e as gengivas, mais de 90% respondeu por falta de higiene em ambos os casos. Outros fatores de risco mencionados foram os medicamentos (referido por 63% dos inqueridos em relação aos dentes e 44,4% em relação às gengivas) e por se comerem alimentos doces, essencialmente em relação aos dentes (54,8%).

4. Cuidados gerais de saúde oral prestados ao paciente psiquiátrico em regime de internamento

Os resultados relativos aos cuidados gerais de saúde oral descrevem-se na tabela 5 (Anexo 7). Neste estudo, 66,4% dos cuidadores relatam que é habitual os pacientes referirem dor dentária, observando-se que 60,3% indica que os mesmos pacientes só vão ao médico dentista quando esta sintomatologia está presente, enquanto 29,8 % refere que visitam o médico dentista pelo menos 1 vez por ano e 3,8% menciona que nunca vão ao médico dentista. Quando questionados acerca da importância dada pelos pacientes à sua saúde oral, metade dos inquiridos (50,4%) responde que

os pacientes não dão importância ou não manifestam vontade de cuidar da sua saúde oral, enquanto outra metade (48,9%) considera que sim.

5. Cuidados de saúde oral relativos ao paciente psiquiátrico autónomo

Na tabela 6 (Anexo 7) são apresentados os dados referentes aos cuidados de saúde oral dos pacientes autónomos, onde se pode observar que 45,9% dos inquiridos num total de 135, considera que os hábitos de higiene oral destes pacientes não são adequados enquanto 44,4% considera adequados. Contudo, 82,7% de 127 inquiridos que responderam à questão refere existir um incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma. De acordo com 55,9% dos inquiridos, este incentivo consiste, por exemplo, na realização de ações de sensibilização, motivação e educação para a saúde no âmbito da higiene oral, no incentivo verbal diário para a prática da higiene oral e treino do auto-cuidado higiene oral ou até mesmo na realização da higiene oral ao paciente.

Os meios mais utilizados pelos pacientes autónomos para a realização da higiene oral mencionados pelos inquiridos são a escova de dentes (95,6%), a pasta dentífrica (94,1%) e o elixir ou colutório (75%). Quanto aos locais da cavidade oral que os pacientes costumam higienizar foram referidos os dentes com 97,8% e a língua com 48,1%. No que diz respeito à higiene das próteses, 64,9% dos inqueridos refere que o paciente utiliza a escova de dentes habitual, 48,5% refere que o paciente coloca a próteses num copo com água e 28,4% menciona a utilização de produtos específicos para a sua higiene (Tabela 6, Anexo 7).

6. Cuidados de saúde oral relativos ao paciente psiquiátrico não autónomo

No que respeita aos cuidados de saúde oral dos pacientes não autónomos (Tabela 7, Anexo 7), 96,3% dos inqueridos refere que estes são prestados pelos profissionais de saúde. De acordo com os dados, 62,7% refere que estes cuidados são prestados 1x por dia, normalmente no período da manhã e 23,9% menciona serem prestados cuidados de higiene oral 2x por dia. Quanto aos meios utilizados pelos profissionais para a higiene oral, foram indicados o colutório ou elixir (80,6%), a pasta dentífrica (77,6%), a escova de dentes (76,9%) e a compressa/gaze ou bastão de higiene oral (53%). Os locais da cavidade oral que os profissionais costumam higienizar são os dentes (97%), a língua (74,6%) e o palato (40,3%). No que diz respeito à higiene das próteses, os profissionais de saúde referem utilizar a escova de dentes habitual do paciente (58,2%), um produto específico para a desinfeção das próteses (41%) e 29,9% refere que coloca a prótese num copo com água.

IV. DISCUSSÃO

Os estudos que avaliam o nível de cuidados de saúde oral prestados por profissionais de saúde a pacientes psiquiátricos institucionalizados não são frequentes em Portugal.

Este estudo teve como objetivo avaliar os conhecimentos de higiene oral dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a pacientes do foro psiquiátrico institucionalizados na CSBJ em Braga e descrever os cuidados de higiene oral prestados pelos profissionais de saúde a estes pacientes. A técnica de amostragem utilizada, de conveniência, permite a extrapolação dos resultados apenas para populações em circunstâncias semelhantes.

A população estudada incluiu indivíduos com características sócio-demográficas análogas a um estudo realizado por Queirós (2012) no Hospital Psiquiátrico de Viseu. Assim, também a população do nosso estudo, representada maioritariamente pelo género feminino (87,5%), reflete a associação da prática de cuidados às atividades da mulher, ao longo dos tempos, quer pelas suas características fisiológicas, quer pelo seu papel social (Collière, 1999). Por outro lado, a enfermagem é ainda hoje uma profissão essencialmente integrada por mulheres (Souza et al., 2014). No que respeita à idade, verificou-se uma grande diversidade etária, oscilando entre os 23 e os 73 anos, sendo a média de idades de $41,8 \pm 10,2$. Resultados idênticos foram encontrados por Queirós (2012), embora com uma idade média ligeiramente superior (42,5 anos), sendo o mínimo 29 anos e o máximo 58 anos.

A profissão e a escolaridade dos participantes também foi considerada, uma vez que a educação e a literacia são de grande importância para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde (DGS, 2016).

Relativamente à profissão, ao contrário de Queirós (2012), em que a maioria dos inquiridos eram enfermeiros (72,7%), no nosso estudo não se observaram diferenças de número significativas no que respeita às duas principais categorias profissionais, sendo 41,9% enfermeiros, 48,5% ajudantes de enfermagem e os restantes com funções de ocupação ou chefia. Quanto à escolaridade, quase metade dos profissionais (44,9%) possui um curso médio ou superior e 38,2% possui o 9º ou 12º ano. De acordo com Saliba et al. (2007), indivíduos com mais anos de escolaridade têm maior raciocínio lógico, estando mais habilitados para executar atividades que requerem uma maior preparação intelectual. A iliteracia em saúde representa uma menor probabilidade de compreender informação escrita e oral, de realizar os procedimentos necessários e de seguir indicações prescritas, podendo levar a uma deficiente qualidade dos serviços prestados (Pedro et al., 2016).

Quando questionados se consideram a realização da higiene oral como sendo da sua competência, a maior parte dos profissionais de saúde (80,1%) respondeu que sim, o que vai de encontro aos resultados encontrados por Queirós (2012), em que 72,2% dos inquiridos também respondeu afirmativamente. Sendo os profissionais de saúde comprometidos com a qualidade na assistência, a higiene oral é efetivamente da sua responsabilidade, devendo estes promover cuidados holísticos, de acordo com o grau de dependência do paciente, com vista à minimização do risco de complicações (Martins et al., 2009).

Contudo, de acordo com Jamelli et al. (2010), a formação insuficiente em saúde oral tem sido reconhecida como um dos principais obstáculos à prestação de cuidados de higiene oral adequados a pacientes institucionalizados, sendo vários os estudos em que os profissionais de saúde consideram o seu conhecimento como limitado (Mello e Erdmann, 2007; Araújo et al., 2009 e Araújo et al., 2010). Contrariamente, no nosso estudo, mais de metade dos inquiridos (60%) considera a sua aprendizagem na área da saúde oral como suficiente.

No que respeita à observação da cavidade oral, na maior parte dos casos só é realizada quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia (40,6%) ou quando a autonomia do paciente está comprometida (34,6%), tendo resultados similares também sido encontrados por Queirós (2012). Logo, embora estes pacientes tendam a ser mais suscetíveis a desenvolver doenças orais devido à sua condição mental, capacidade física e tratamento com psicofármacos, é frequente que os problemas de saúde oral não sejam identificados atempadamente (Sumi et al., 2012).

Quando a observação é feita, os aspetos mais valorizados são a halitose (83,7%), presença de próteses (64,2%), tártaro nos dentes (48,8%), cor da gengiva e dos dentes (47,2%) e cor e textura da língua (43,1%). Sendo subvalorizado o número de dentes (88,6%), a quantidade de saliva (80,5%), a mobilidade dos dentes (74%) e a cor da mucosa (73,2%). Já no estudo de Queirós (2012) os aspetos mais valorizados, tal como no nosso estudo, foram a halitose e o aspeto e textura da língua, tendo obtido como resposta menos frequente o tártaro nos dentes, ao contrário do nosso estudo. Assim, de acordo com Hede (*cit. in* Jones et al., 2013), é habitual que os problemas de saúde oral também não sejam convenientemente identificados pelos profissionais de saúde mental, representando barreiras a um tratamento apropriado.

No nosso estudo, a maioria dos cuidadores demonstrou deter razoáveis conhecimentos relativamente aos cuidados básicos de higiene oral. A maioria dos inqueridos (74,1%) respondeu que a frequência da escovagem deve ser de 3x por dia e que as melhores alturas para a sua

realização são após o pequeno-almoço (90,4%), após o almoço (89%), após o jantar (55,1%) e antes de ir para a cama (55,9%). Quanto ao tempo de escovagem, 49,3% dos profissionais referiu que os dentes devem ser escovados durante mais de 2 minutos e 37,5% respondeu mais de 1 minuto e menos de 2, podendo ser usados utensílios como a escova de dentes (93,4%), a pasta de dentes (92,6%), fio ou fita dentária (75%), elixir ou colutório (57,4%) e água (55,1%).

As recomendações da FDI (2016) para a manutenção de uma boca saudável, livre de doenças orais vêm de encontro aos resultados obtidos, exceto na utilização da água, preconizando a escovagem dos dentes durante dois minutos, pelo menos duas vezes por dia, sendo uma delas à noite antes de deitar; o uso de uma pasta dentífrica com flúor e de uma escova manual ou elétrica; não bochechar com água após a escovagem dos dentes, cuspiendo-se apenas o excesso de dentífrico; bochechar com um colutório com flúor; remover a placa bacteriana dos espaços interdentários com fio dentário ou com outro meio de limpeza interdentária.

Quando questionados relativamente aos fatores de risco para a saúde oral, foram reconhecidos aspetos como a higiene oral ineficaz (90,8%), o consumo de tabaco (78,5%), os fármacos (61,5%) e o consumo de álcool (55,4%), podendo-se verificar que ainda existe uma grande percentagem de profissionais que não admite a xerostomia (59,2%), a última visita no dentista há mais de um ano (55,4%) e a alimentação desequilibrada (53,8%), como fatores de risco importantes.

De acordo com a FDI (2016), as doenças orais partilham muitos dos fatores de risco de outras doenças. Alguns, conhecidos como não modificáveis, são por exemplo a idade, o género e a hereditariedade. Os outros, relacionados com os hábitos, comportamentos e estilos de vida, são considerados modificáveis e incluem a higiene oral deficitária, o consumo de tabaco, o consumo de álcool em excesso e uma dieta rica em açúcares. A estes fatores acrescenta também a importância de uma alimentação saudável, limitando o consumo de alimentos e bebidas ricas em açúcar, e das visitas regulares a um profissional de saúde oral.

Assim, podemos verificar que, de uma forma geral, os cuidadores possuem algumas ideias corretas relativamente à etiologia da patologia oral mas, em alguns casos, estes conhecimentos podem não ser postos em prática para auxiliar e encaminhar o paciente psiquiátrico institucionalizado, uma vez que uma percentagem relativamente significativa dos inquiridos (60,3%) sugere que os pacientes só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia, enquanto apenas 29,8% refere que visitam o médico dentista pelo menos 1 vez por ano e 3,8% menciona que nunca vão ao médico dentista.

Quando questionados acerca da importância dada pelos pacientes à sua saúde oral, similarmente aos resultados encontrados por Queirós (2012), metade dos inquiridos (50,4%) respondeu que os pacientes não dão importância ou não manifestam vontade de cuidar da sua saúde oral, enquanto outra metade (48,9%) considera que sim. Posto isto, é importante e necessário que os profissionais de saúde mental desempenhem um papel de consciencialização e orientação dos pacientes institucionalizados para os cuidados de saúde oral, sendo também impreterível e da responsabilidade dos enfermeiros o encaminhamento para a consulta médico-dentária de rotina (Edward et al., 2012).

No que respeita aos cuidados de saúde oral dos pacientes autónomos, as opiniões dividem-se, sendo que 45,9% dos inqueridos considera que os hábitos de higiene oral destes pacientes não são adequados, enquanto 44,4% considera que são. Ainda assim, 82,7% refere existir um incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma, mencionando, por exemplo, a realização de ações de sensibilização e educação para a saúde no âmbito da higiene oral, incentivo verbal diário para a prática da higiene oral e treino do auto-cuidado higiene oral ou até mesmo a realização da higiene oral ao paciente. Neste particular, Almomani et al. (*cit. in* Edward et al., 2012) destacam a importância da equipa multidisciplinar através de intervenções terapêuticas, tais como entrevistas motivacionais, aconselhamento e estabelecimento de uma relação terapêutica, focalizada e centrada no paciente, com o objetivo de melhorar a saúde oral do paciente psiquiátrico.

Relativamente aos cuidados de saúde oral dos pacientes não autónomos, 96,3% dos inqueridos refere que estes são prestados pelos próprios profissionais de saúde. De acordo com os dados, 62,7% refere que estes cuidados são prestados 1x por dia, normalmente no período da manhã e apenas 23,9% menciona serem prestados cuidados de higiene oral 2x por dia. No entanto, Veloso et al. (*cit. in* Martins et al., 2009) descrevem que, para evitar a proliferação de bactérias, a higiene oral deve ser realizada pela manhã, após as refeições e à noite.

Os meios mais utilizados para a realização da higiene oral, quer pelos pacientes autónomos quer pelos profissionais de saúde aos pacientes não autónomos, são a escova de dentes, a pasta dentífrica, o colutório e, no caso dos pacientes não autónomos, também a compressa ou bastão de higiene oral. Descurando-se assim, de acordo com os dados, a utilização do fio dentário. Os locais da cavidade oral que costumam ser higienizados são os dentes, a língua e o palato.

No que diz respeito às próteses dentárias, de acordo com a Ordem dos Médicos Dentistas (OMD), tal como os dentes naturais, a sua manutenção requer alguns cuidados de higienização após as

refeições. Os resultados do nosso estudo mostram que, quer os pacientes quer os profissionais de saúde, utilizam a escova de dentes habitual, produtos específicos para a sua higiene e colocam a prótese num copo com água. Contudo, Bastos et al. (2015) desaconselham o uso da escova de dentes habitual e a pasta dentífrica, que devem ficar reservados apenas para a higiene da cavidade oral, e sugerem um protocolo de higienização diária com recurso a uma escova especial para próteses, sabão neutro e água. Uma vez por semana, deve ainda ser realizada a desinfeção com produtos específicos, deixando-se a prótese imersa durante 5-15 minutos. Por fim, é aconselhada a remoção das próteses durante o sono para descanso das mucosas e uma melhor circulação sanguínea (OMD).

O que observamos da nossa prática clínica é que a higiene oral parece estar muito associada aos cuidados de higiene e conforto, sendo considerada como uma prática secundária e podendo ser negligenciada e substituída por outras necessidades. Este facto pode ser justificado pelo reduzido número de profissionais de saúde para um elevado número de pacientes com alterações psíquicas e motoras, pois, no nosso estudo, 69,2% dos inquiridos referiu ficar responsável por mais de 20 pacientes num turno. Não obstante, num estudo realizado por Bello et al. (2010), a par da reduzida colaboração dos pacientes, da falta de material e da deficiente formação da equipa, a falta de colaboradores para dar resposta a todos os pacientes também foi apontada como uma das principais dificuldades para a realização da higiene oral.

Porém, Silveira et al. (2010) preconizam que o cuidado com a saúde oral vá para além do conforto, devendo ser adotadas técnicas e conhecimentos teórico-práticos para que o cuidado com a cavidade oral tenha a sua importância, também associada à prevenção de infeções sistémicas. De facto, os cuidadores que não forem informados sobre a importância da saúde oral e da sua influência na saúde geral, ou que não forem treinados para realizar os cuidados diários de higiene oral, dificilmente realizarão tal rotina (Sjogren et al., 2010).

Em conformidade com Sjogren et al. (2010), embora tenham vindo a ser realizados alguns estudos sobre atitudes e educação para a saúde oral, ainda não se obtiveram resultados satisfatórios na melhoria da higiene oral de pacientes institucionalizados. Desta forma, sugerimos a continuidade dos estudos, bem como, que se explore a exequibilidade de implementar protocolos, de modo a padronizar as orientações e os cuidados de saúde oral nos serviços de saúde mental.

V. CONCLUSÕES

Neste estudo, foi notória a falta de investigação sobre conhecimentos e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde a pacientes psiquiátricos institucionalizados em Portugal.

Com a concretização deste trabalho foram atingidos os objetivos propostos, verificando-se que:

- Maior parte dos profissionais de saúde da nossa amostra considera a higiene oral como sendo da sua competência.
- Os profissionais de saúde denotam um conhecimento razoável relativamente aos cuidados básicos de higiene oral, no entanto, no que respeita à etiologia da patologia oral existem ainda algumas lacunas por preencher.
- Em alguns casos, estes conhecimentos podem não ser postos em prática para auxiliar e encaminhar o paciente psiquiátrico institucionalizado.
- Muitos dos pacientes institucionalizados não recebem a devida atenção à cavidade oral e, quando a recebem, esta acontece apenas quando algum problema já se encontra instalado.
- Grande parte dos cuidados de higiene oral é prestada ou incentivada pelos próprios profissionais de saúde aos pacientes não autónomos ou autónomos.
- Os locais da cavidade oral higienizados e os meios utilizados para a higiene oral dos pacientes são satisfatórios, registando-se apenas uma insuficiência no que concerne à frequência e à periodicidade da escovagem, bem como, na higienização das próteses dentárias.

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental quer na prevenção dos problemas da cavidade oral dos pacientes do foro psiquiátrico quer no acautelar desses problemas que se poderão transformar em agentes complicadores do seu estado geral.

Posto isto, é crucial envolver e dotar os profissionais de saúde mental de conhecimentos de saúde oral para que as instituições de internamento psiquiátrico estejam preparadas para motivar, auxiliar ou executar uma correta e adequada higiene oral aos seus pacientes.

Esperamos que os resultados aqui apresentados sejam traduzidos em melhores práticas de cuidados de saúde oral nos serviços de saúde mental.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Adeniyi, A. et al. (2011). Dental status of patients with mental disorders in a Nigerian teaching hospital: a preliminary survey. *Special Care in Dentistry*, 31, pp. 134-137.
- Almeida, J. e Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental – 1º Relatório*. Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas. [Em linha]. Disponível em <http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf>. [Consultado em 09/01/2017].
- Araújo, M. et al. (2010). Atuação dos profissionais de enfermagem nos cuidados com a higiene bucal de idosos institucionalizados em Montes Claros – MG. *Revista de APS*, (13)1, pp. 10-17. [Em linha]. Disponível em <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/574/292>>. [Consultado em 23/09/2016].
- Araújo, R. et al. (2009). Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21(1), pp. 38-44.
- Bastos, P. et al. (2015). Métodos de higienização em próteses dentais removíveis. *Revista Bahiana de Odontologia*, 6(2), pp. 129-137.
- Bello, R., Souza, M. e Casotti, E. (2010). Atenção básica na alta complexidade: o cuidado em saúde bucal com o paciente hospitalizado. *Revista Fluminense de Odontologia*, 34, pp. 3-6.
- Bizarra, M. e Graça, S. (2010). O perfil do paciente da consulta para pessoas com necessidades especiais da FMD-UL. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 51(2), pp. 70-74.
- Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras. [Em linha]. Disponível em <<http://www.irmahospitaleiras.pt/csbj/>>. [Consultado em 23/09/2016].
- Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª Edição. Loures, Lusociência.
- Dangore-Khasbage, S. et al. (2012). Prevalence of oral mucosal disorders in institutionalized and non-institutionalized psychiatric patients: a study from AVBR Hospital in central India. *Journal of Oral Science*, 54, pp. 85-91.
- Davis, M. (2009). Issues in access to oral health care for special care patients. *Dental Clinics of North America*, 53, pp. 169-181.
- DGS (2016). *Protocolo-PNESLA-ENSP*. Lisboa, DGS. [Em linha]. Disponível em <<https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/Protocolo-PNESLA-ENSP.pdf>>. [Consultado em 16/04/2017].
- Dordevic, V. et al. (2016). Schizophrenia and Oral Health – Review of the Literature. *Balkan Journal of Dental Medicine*, 20, pp. 15-21.
- Edward, K., Felstead, B. e Mahoney, A. (2012). Hospitalized mental health patients and oral health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(5), pp. 419-425.
- FDI (2016). *How to live mouth smart – Your guide to good oral health*. Genève, FDI. [Em linha]. Disponível em <http://www.worldoralhealthday.org/sites/default/files/assets/2017_WOHD-brochure.pdf>. [Consultado em 26/04/2017].
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Jamelli, S. et al. (2010). Saúde bucal e percepção sobre o atendimento odontológico em pacientes com transtorno psíquico moradores de residências terapêuticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(supl.1), pp. 1795-1800.
- Janardhanan, T. et al. (2011). Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. *Journal of the American Dental Association*, 142, pp. 57-65.
- Jones, H. et al. (2013). An oral health intervention for people with serious mental illness (Three Shires Early Intervention Dental Trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14 (158), pp. 1-8.
- Jovanović, S. et al. (2010). Health habits, attitudes and behaviour towards oral health of psychiatric patients. *Srpski Arhiv Za Celokupno Lekarstvo*, 138 (3-4), pp. 136-142.

Conhecimentos e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde
em unidades de internamento do foro psiquiátrico

- Martins, G. et al. (2009). Higiene oral: atuação da equipe de enfermagem em paciente com déficit no autocuidado. *Revista de Enfermagem Integrada*, 2(1), pp. 144-151.
- Mello, A. e Erdmann, A. (2007). Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. *PHISIS: Revista Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 139-156.
- Ministério da Saúde (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ministério da Saúde (2011). *Plano Nacional de Saúde – PNS 2012-2015*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Morales-Chávez, M. et al. (2014). Prevalence of bucco-dental pathologies in patients with psychiatric disorders. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 6(1), pp. e7-e11. [Em linha]. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3935909/pdf/jced-6-e7.pdf>>. [Consultado em 20/01/2017].
- Nogueira, C. et al. (2010). A Desinstitucionalização dos Doentes Mentais. [Em linha]. Disponível em <http://www.ces.uc.pt/projectos/?prj=4108&id_lingua=1>. [Consultado em 31/01/2017].
- OMS (2008). *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários – Uma perspectiva global*. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde oral nos séniores. [Em linha]. Disponível em <<https://www.omb.pt/publico/seniores>>. [Consultado em 30/05/2017].
- Pedro, A., Amaral, O. e Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), pp. 259–275.
- Queirós, A. (2012). *Avaliação do nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no hospital psiquiátrico de Viseu*. Dissertação de mestrado em medicina dentária apresentada à Universidade Católica Portuguesa do Centro Regional das Beiras. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10255/1/Monografia.pdf>>. [Consultado em 22/08/2016].
- Saliba, N. et al. (2007). Perfil dos cuidadores de idosos e perceção sobre saúde bucal. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 21(11), pp. 39-50.
- Sancho, S. e Martinez, V. (2005). Valoración enfermera de la salud bucodental de los pacientes ingresados en una unidad de psiquiatria. *Presencia*, 1(2). [Em linha]. Disponível em <www.index-f.com/presencia/n2/30articulo.php>. [Consultado em 22/08/2016].
- Silveira, I. et al. (2010). Higiene bucal: prática relevante na prevenção de pneumonia hospitalar em pacientes em estado crítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(5), pp. 697-700. [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n5/18.pdf>>. [Consultado em 22/04/2017].
- Sjogren, P. et al. (2010). Evaluation of dental hygiene education for nursing home staff. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 345-349.
- Souza, L. et al. (2014). Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. *Ciências & Cognição*, 19(2), pp. 218-232. [Em linha]. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908/pdf_13>. [Consultado em 16/04/2017].
- Sumi, Y. et al. (2012). Oral conditions and oral management approaches in mild dementia patients. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 49, pp. 90-98.
- Velasco-Ortega, E. et al. (2005). Temporomandibular disorders among schizophrenic patients. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 10, pp. 315-322.

ANEXOS

Anexo 1

Pedido de autorização ao Diretor Clínico e Comissão de Ética da CSBJ

Exmo. Senhor Diretor Clínico
da Casa de Saúde do Bom Jesus
Professor Doutor António Palha

Braga, 25 de Julho de 2016

ASSUNTO: Pedido de autorização para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema “Conhecimentos e ações de cuidados de higiene oral, realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico”.

Exmo. Senhor,

Eu, Lúgia Estefânia Ribeiro Pires, aluna do Curso de Mestrado em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, venho por este meio pedir autorização a V. Ex.a para realizar um estudo subordinado ao tema “**Conhecimentos e ações de cuidados de higiene oral, realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico**”, no âmbito de um trabalho para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, sob orientação do Dr. José Frias Bulhosa.

Este estudo tem como objetivos descrever os cuidados de higiene oral prestados por profissionais de saúde a doentes do foro psiquiátrico internados na Casa de Saúde do Bom Jesus e avaliar os conhecimentos de higiene oral dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a estes doentes.

O instrumento de recolha de dados tem em conta os objetivos do estudo e consiste num inquérito por questionário, constituído por questões de resposta fechada (escolha múltipla), apresentadas por escrito aos profissionais de saúde e tendo por objetivo o conhecimento de ações, opiniões, interesses e expectativas dos mesmos.

Os participantes serão informados e esclarecidos, por escrito, sobre as condições e objetivos do estudo, bem como, da condição voluntária da sua participação, do anonimato e da confidencialidade dos dados recolhidos.

Desde já queremos agradecer a atenção dada ao assunto e a colaboração inestimável de todos os colaboradores da instituição.

Sem outro assunto de momento, com os melhores cumprimentos,

Anexo 2

Parecer da Comissão de Ética da CSBJ

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus, após analisar o pedido de Lúcia Estefânia Ribeiro Pires, do Curso de Mestrado em Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa do Porto, sobre o estudo subordinado ao tema "Conhecimentos e ações de cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico", deu parecer positivo.

Braga, 7 de setembro de 2016

O Presidente



Dr. António Guimarães

Anexo 3

Parecer da Comissão de Ética da UFP



Universidade Fernando Pessoa
www.ufp.pt

Exmo. Senhor
Prof. Doutor Luís Martins
Director da FCS

Porto, 06 de Fevereiro de 2017

Exmo. Senhor Prof. Doutor,

A Comissão de Ética regista a aprovação pela Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus do Projeto de Mestrado em Medicina Dentária, de Lígia Estefânia Ribeiro Pires, intitulado "Conhecimentos e acções de cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde em unidades de internamento do foro psiquiátrico".

Com os melhores cumprimentos.

A Presidente da
Comissão de Ética da UFP


Teresa Martinho Toldy



Fundação Ensino e Cultura "Fernando Pessoa"

NIPC 502 057 600 - Reg. Comercial n.º 26 Conservatória da Região Comercial do Porto

REITORIA - [Faculdade de Ciências Humanas e Sociais] - [Faculdade de Ciência e Tecnologia] Praça 9 de Abril, 349 - 4249-004 Porto-Portugal - T +351 22 507 1300 - F +351 22 550 0269 - geral@ufp.pt
[Faculdade de Ciências da Saúde] - [Escola Superior de Saúde] R. Carlos Da Máta 296 - 4200-150 Porto - Portugal - T +351 22 507 4630 - F +351 22 507 4637 - R. Dielben Naka, 314 - 4200-253 Porto - Portugal
T +351 22 509 6371 - geral.saude@ufp.pt UNIDADE de Ponte de Lima - Casa da Garrida - R. Conde de Bertiandos - 4990-078 Ponte de Lima - Portugal - T +351 258 741 026 - F +351 258 741 412 - geral.plima@ufp.pt

Anexo 4

Consentimento Informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Exmo(a). Sr(a).

Foi convidado(a) pela investigadora Lúgia Ribeiro Pires, aluna do Curso de Mestrado em Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa – Porto, sob a orientação do Dr. José Frias Bulhosa, a participar no estudo **“Conhecimentos e ações de cuidados de higiene oral, realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico”** desenvolvido na Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga.

O presente estudo tem como objetivos descrever os cuidados de higiene oral prestados por profissionais de saúde a doentes do foro psiquiátrico internados na Casa de Saúde do Bom Jesus e avaliar os conhecimentos de higiene oral dos profissionais de saúde que prestam cuidados diretos a estes doentes.

Os profissionais de saúde têm um papel imprescindível na manutenção da higiene oral de doentes do foro psiquiátrico, não só porque poderão ajudar a prevenir os problemas da cavidade oral através de uma correta e adequada higiene oral, como também poderão evitar que esses problemas se tornem agentes complicadores do estado geral do paciente. A sua participação irá contribuir para um melhor conhecimento das ações, opiniões, interesses e expectativas dos profissionais de saúde nesta área.

Se aceitar participar neste estudo terá de responder, por escrito, a um questionário constituído por questões de resposta fechada (escolha múltipla), com um tempo de duração estimado de 5-10 minutos.

A colheita de dados será realizada nas várias unidades de internamento da Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga e a sua participação determinada de forma não probabilística, por conveniência, a partir do retorno dos questionários. A análise será realizada com base nas respostas obtidas.

A sua participação é voluntária. Não haverá lugar a qualquer tipo de contrapartida ou pagamento e será livre de interromper a sua participação no estudo em qualquer momento sem qualquer prejuízo..

Todos os dados serão obtidos em ambiente de privacidade, destinando-se exclusivamente ao presente estudo e sendo garantido o anonimato e a confidencialidade.

O presente estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da Casa de Saúde do Bom Jesus bem como da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa.

A sua participação é importante e desde já agradecida.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela investigadora. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

Anexo 5

Instrumento de colheita de dados

**Conhecimentos e cuidados de higiene oral
realizados por profissionais de saúde
em unidades de internamento do foro psiquiátrico**

Data: __/__/____

N.º

I. DADOS BIOGRÁFICOS

1. Idade: _____ anos

2. Género:

Masculino

Feminino

3. Profissão:

Enfermeiro/a

Ajudante de enfermagem

Ajudante de ocupação

Outra. Qual: _____

4. Escolaridade:

Sabe ler e escrever

1º Ciclo / 4º Ano (Antigo ensino primário)

2º Ciclo / 6º Ano (Antigo ensino preparatório)

3º Ciclo / 9º Ano (Antigo curso geral)

Secundário / 12º Ano (Antigo curso complementar)

Curso médio ou superior

II. DADOS RELATIVOS AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

1. Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?

Inferior a 8 horas

8 horas

Superior a 8 horas

2. Considera a realização da higiene oral como sendo da sua competência?

Sim

Não

3. Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?

Sim

Não

4. Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?

Menos de 10

10-20

Mais de 20

5. Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes?

Sim, todos os pacientes são observados

Sim, mas apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida

Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia

Não

6. Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?

- Halitose (mau hálito)
- Quantidade de saliva
- Cor e textura da língua
- Cor da mucosa
- Cor da gengiva
- Cor dos dentes
- Tártaro nos dentes
- Mobilidade dos dentes
- Número de dentes superiores e inferiores
- Presença de próteses

7. Quais dos seguintes fatores podem ser de risco para a saúde oral dos pacientes?

- Fármacos (na área da psiquiatria)
- Xerostomia (boca seca)
- Consumo de álcool
- Consumo de tabaco
- Alimentação desequilibrada
- Higiene oral ineficaz
- Última visita no dentista há mais de um ano

III. RELATIVAMENTE AOS CONHECIMENTOS EM HIGIENE ORAL

8. Quantas vezes ao dia devem ser escovados os dentes?

- 1x dia
- 2x dia
- 3x dia
- Mais de 3x dia

9. Quando são as melhores alturas para escovar os dentes?

- De manhã, antes do pequeno-almoço
- De manhã, depois do pequeno-almoço
- Antes do almoço
- Depois do almoço
- Antes do jantar
- Depois do jantar
- Antes de ir para a cama

10. Durante quanto tempo se devem lavar os dentes?

- Menos de 30 segundos
- Mais de 30 segundos e menos de 1 minuto
- Mais de 1 minuto e menos de 2 minutos
- Mais de 2 minutos

11. O que se deve usar para manter os dentes limpos?

- Água
- Elixir ou colutório (líquidos para bochechar)
- Escova de dentes
- Pasta dos dentes
- Fio ou fita dentária
- Palitos

12. Porque se estragam os dentes?

- Por falta de higiene
- Por se comerem alimentos doces
- Por se comerem alimentos duros
- Por tendência familiar
- Porque é normal devido à idade e uso
- Medicamentos
- Não sabe

13. Porque se estragam as gengivas?

- Por falta de higiene
- Por se comerem alimentos doces
- Por se comerem alimentos duros
- Por tendência familiar
- Porque é normal devido à idade e uso
- Medicamentos
- Não sabe

IV. DADOS RELATIVOS AOS CUIDADOS PRESTADOS AOS PACIENTES PSIQUIÁTRICOS, NO GERAL, EM REGIME DE INTERNAMENTO

1. No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?

- Sim
- Não

2. Relativamente à consulta médico-dentária durante o internamento:

- Nunca vão ao médico dentista
- Só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia
- Visitam o médico dentista pelo menos 1 vez por ano
- Desconhece se vão ao médico dentista

3. Considera que os pacientes dão importância à sua própria saúde oral ou manifestam vontade em cuidar da mesma?

- Sim
- Não

V. RELATIVAMENTE AOS PACIENTES AUTÓNOMOS

4. Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?

- Sim
- Não
- Desconhece

5. Os que não possuem hábitos de higiene oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma?

- Sim. Quais: _____
- Não

6. Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a Higiene Oral?

- Compressa / Gaze
- Escova de dentes
- Pasta dentífrica
- Colutório ou Elixir (líquidos para bochechar)
- Fio ou fita dentária
- Desconhece

7. Quais os locais da cavidade oral que estes pacientes costumam higienizar?

- Dentes
- Língua
- Palato (céu da boca)
- Bochechas
- Desconhece

8. Relativamente aos pacientes autónomos que usam prótese dentária, como é executada a higiene da prótese?

- O paciente não executa a higiene da prótese porque esta fica guardada ou com a família
- O paciente não executa a higiene da prótese
- O paciente coloca a prótese num copo com água
- O paciente usa a sua escova de dentes habitual
- O paciente usa uma escova própria para próteses dentárias
- O paciente usa produtos específicos para a higiene de próteses dentárias
- Desconhece

VI. RELATIVAMENTE AOS PACIENTES NÃO AUTÓNOMOS

9. São prestados cuidados de saúde oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes?

- Sim
- Apenas quando existe tempo para a mesma
- Não
- Desconhece

10. Se respondeu sim à pergunta anterior, diga quantas vezes por dia é realizada a higiene oral?

- Nenhuma
- 1 vez, em qualquer um dos turnos
- 1 vez, normalmente no período da manhã
- 2 vezes
- 3 vezes ou mais

11. Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral destes pacientes?

- Compressa / Gaze ou bastão de higiene oral
- Escova de dentes
- Pasta dentífrica
- Colutório ou Elixir (líquidos para bochechar)
- Fio dentário

12. Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?

- Dentes
- Língua
- Palato (céu da boca)
- Bochechas

13. Como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais?

- Não tem por hábito realizar a higiene das próteses
- A prótese é colocada num copo com água
- É utilizada a escova de dentes habitual do paciente
- É utilizada uma escova própria para próteses dentárias
- É utilizado um produto específico para a desinfeção de próteses dentárias

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 6

Autorizações para utilização dos questionários

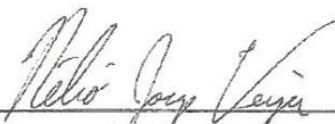


Autorização

Eu, Nélio Jorge Veiga, responsável pela elaboração do trabalho intitulado “Avaliação do nível de cuidados de saúde oral prestados pelos profissionais de saúde aos doentes internados no hospital psiquiátrico de Viseu”, autorizo a aplicação do questionário utilizado neste trabalho pela mestranda Lígia Estefânia Ribeiro Pires no seu trabalho intitulado “Conhecimentos e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico”, orientado pelo Professor Dr. José Frias Bulhosa.

Com os melhores cumprimentos.

Viseu, 20 de Junho de 2017



(Nélio Jorge Veiga)

(Director clínico da Clínica Dentária Universitária da UCP e responsável pelas áreas disciplinares de Saúde Oral Comunitária do ICS-Viseu, UCP)

Exm.ª Sr.ª

Enf.ª Lígia Estefânia Ribeiro Pires

Universidade Fernando Pessoa

Porto

ASSUNTO: Autorização para utilização de questionário de Saúde Oral

DECLARAÇÃO

De acordo com o solicitado e para os devidos efeitos académicos, autoriza-se a enfermeira D. Lígia Estefânia Ribeiro Pires a utilizar, na investigação que está a desenvolver para dissertação de mestrado em Medicina Dentária na Universidade Fernando Pessoa e intitulada de: *Conhecimento e cuidados de higiene oral realizados por profissionais de saúde, em unidades de internamento do foro psiquiátrico*, o questionário desenvolvido pela equipa de Saúde Oral no âmbito da respectiva intervenção e monitorização em Saúde Oral Comunitária do ACeS Baixo Vouga (URAP e USP de Vagos) e aplicado, no passado, em investigação epidemiológica junto de utentes de Lares de Idosos e Centros-de-Dia do Concelho de Vagos.

Com os melhores cumprimentos

O Médico Dentista

José Frias Bulhosa

Anexo 7

Resultados obtidos

Os resultados referentes aos vários grupos de questões foram apresentados em quadros e gráficos de forma a facilitar a sua análise e interpretação, como se pode verificar abaixo.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

	N	%
Género		
Masculino	17	12,5
Feminino	119	87,5
Profissão		
Enfermeiro/a	57	41,9
Ajudante de enfermagem	66	48,5
Ajudante de ocupação	8	5,9
Outra (3 animadoras sociocultural e 2 encarregadas)	5	3,7
Escolaridade		
Sabe ler e escrever	1	0,7
1º Ciclo / 4º Ano (Antigo ensino primário)	11	8,1
2º Ciclo / 6º Ano (Antigo ensino preparatório)	11	8,1
3º Ciclo / 9º Ano (Antigo curso geral)	28	20,6
Secundário / 12º Ano (Antigo curso complementar)	24	17,6
Curso médio ou superior	61	44,9
Total	136	100,0

Tabela 2 – Caracterização dos profissionais de saúde

	N	%
Qual a carga horária que lhe é atribuída diariamente?		
Inferior a 8 horas	91	67,9
8 horas	38	28,4
Superior a 8 horas	5	3,7
Total	134	100,0
Em média quantos pacientes lhe são atribuídos por turno?		
Menos de 10	10	7,5
10-20	31	23,3
Mais de 20	92	69,2
Total	133	100,0
Considera a realização da higiene oral como sendo da sua competência?		
Sim	109	80,1
Não	25	18,4
Não sabe	2	1,5
Total	136	100,0
Considera que a sua aprendizagem na área da saúde oral foi suficiente?		
Sim	81	60,0
Não	52	38,5
Não sabe	2	1,5
Total	135	100,0
Costuma fazer observação da cavidade oral aos pacientes?		
Sim, todos os pacientes são observados	11	8,3
Sim, mas apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida	46	34,6
Apenas quando o paciente refere algum tipo de sintomatologia	54	40,6
Não	19	14,3
Apenas aos pacientes cuja autonomia está comprometida e quando há sintomatologia	3	2,3
Total	133	100,0

Tabela 3 – Aspetos valorizados na cavidade oral e fatores de risco

	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Quando a observação é feita, que aspetos costumam ser valorizados?				
Halitose	103	83,7	20	16,3
Quantidade de saliva	24	19,5	99	80,5
Cor e textura da língua	53	43,1	70	56,9
Cor da mucosa	33	26,8	90	73,2
Cor da gengiva	58	47,2	65	52,8
Cor dos dentes	58	47,2	65	52,8
Tártaro nos dentes	60	48,8	63	51,2
Mobilidade dos dentes	32	26,0	91	74,0
Número de dentes superiores e inferiores	14	11,4	109	88,6
Presença de próteses	79	64,2	44	35,8
Quais dos seguintes fatores podem ser de risco para a saúde oral dos pacientes?				
Fármacos (na área da psiquiatria)	80	61,5	50	38,5
Xerostomia	53	40,8	77	59,2
Consumo de álcool	72	55,4	58	44,6
Consumo de tabaco	102	78,5	28	21,5
Alimentação desequilibrada	60	46,2	70	53,8
Higiene oral ineficaz	118	90,8	12	9,2
Última visita no dentista há mais de um ano	58	44,6	72	55,4

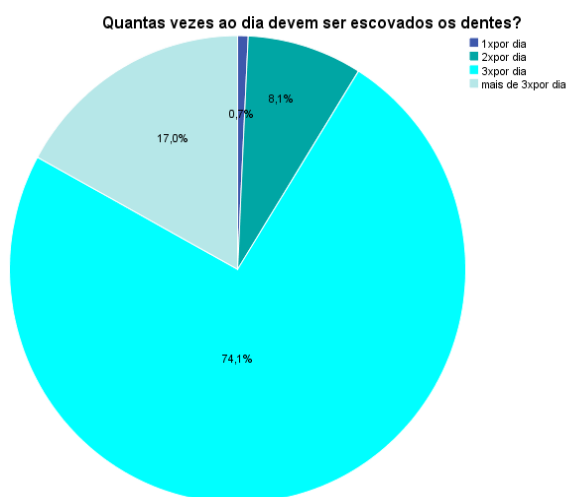


Figura 1 – Frequência da escovagem

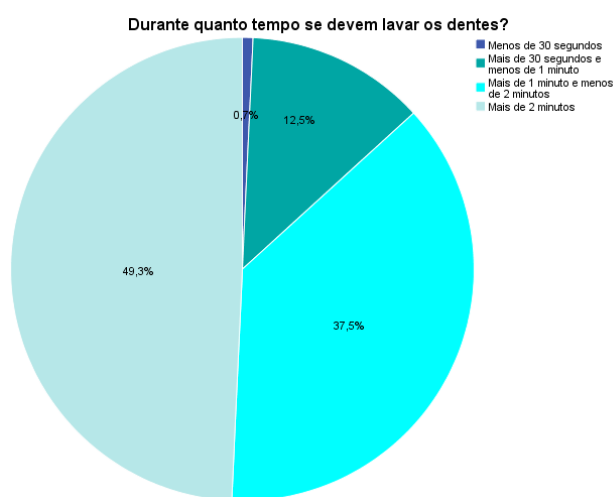


Figura 2 – Tempo da escovagem

Tabela 4 – Conhecimentos de saúde oral

	N	%
Quando são as melhores alturas para escovar os dentes?		
De manhã, antes do pequeno-almoço	18	13,2
De manhã, depois do pequeno-almoço	123	90,4
Antes do almoço	0	0,0
Depois do almoço	121	89,0
Antes do jantar	1	0,7
Depois do jantar	75	55,1
Antes de ir para a cama	76	55,9
O que se deve usar para manter os dentes limpos?		
Água	75	55,1
Elixir ou colutório	78	57,4
Escova de dentes	127	93,4
Pasta dos dentes	126	92,6
Fio ou fita dentária	102	75,0
Palitos	1	0,7
Porque se estragam os dentes?		
Por falta de higiene	130	96,3
Por se comerem alimentos doces	74	54,8
Por se comerem alimentos duros	30	22,2
Por tendência familiar	39	28,9
Porque é normal devido à idade e uso	30	22,2
Medicamentos	85	63,0
Não sabe	5	3,7
Porque se estragam as gengivas?		
Por falta de higiene	124	91,9
Por se comerem alimentos doces	34	25,2
Por se comerem alimentos duros	37	27,4
Por tendência familiar	22	16,3
Porque é normal devido à idade e uso	29	21,5
Medicamentos	60	44,4
Não sabe	6	4,4

Tabela 5 – Cuidados gerais de saúde oral

	N	%
No geral, os pacientes costumam referir dor dentária?		
Sim	87	66,4
Não	44	33,6
Total	131	100,0
Relativamente à consulta médico-dentária durante o internamento		
Nunca vão ao médico dentista	5	3,8
Só vão ao médico dentista quando existe sintomatologia	79	60,3
Visitam o médico dentista pelo menos 1 vez por ano	39	29,8
Desconhece se vão ao médico dentista	6	4,6
Vão quando existe sintomatologia e pelo menos 1 vez por ano	2	1,5
Total	131	100,0
Considera que os pacientes dão importância à sua própria saúde oral ou manifestam vontade em cuidar da mesma?		
Sim	65	48,9
Não	67	50,4
Não sabe	1	0,8
Total	133	100,0

Tabela 6 – Cuidados gerais de saúde oral prestados a pacientes autônomos

	N	%
Considera que possuem hábitos de higiene oral adequados?		
Sim	60	44,4
Não	62	45,9
Desconhece	13	9,6
Total	135	100,0
Os que não possuem hábitos de higiene oral, existe algum incentivo por parte dos profissionais para a melhoria da mesma?		
Sim	105	82,7
Não	22	17,3
Total	127	100,0
Que meios são utilizados pelos mesmos para realizar a Higiene Oral?		
Compressa / Gaze	20	14,7
Escova de dentes	130	95,6
Pasta dentífrica	128	94,1
Colutório ou Elixir	102	75,0
Fio ou fita dentária	4	2,9
Desconhece	1	0,7
Quais os locais da cavidade oral que estes pacientes costumam higienizar?		
Dentes	132	97,8
Língua	65	48,1
Palato	22	16,3
Bochechas	17	12,6
Desconhece	2	1,5
Relativamente aos pacientes autônomos que usam prótese dentária, como é executada a higiene da prótese?		
O paciente não executa a higiene da prótese porque esta fica guardada ou com a família	7	5,2
O paciente não executa a higiene da prótese	9	6,7
O paciente coloca a prótese num copo com água	65	48,5
O paciente usa a sua escova de dentes habitual	87	64,9
O paciente usa uma escova própria para próteses dentárias	6	4,5
O paciente usa produtos específicos para a desinfecção de próteses dentárias	38	28,4
Desconhece	7	5,2

Tabela 7 – Cuidados gerais de saúde oral prestados a pacientes não autônomos

	N	%
São prestados cuidados de saúde oral por parte dos profissionais de saúde a estes pacientes?		
Sim	129	96,3
Apenas quando existe tempo para a mesma	3	2,2
Não	2	1,5
Total	134	100,0
Se respondeu sim à pergunta anterior, diga quantas vezes por dia é realizada a higiene oral?		
1x em qualquer um dos turnos	12	9,0
1x normalmente no período da manhã	84	62,7
2 vezes	32	23,9
3x ou mais	6	4,5
Total	134	100,0
Que meios são utilizados pelos profissionais de saúde para realizar a higiene oral destes pacientes?		
Compressa / Gaze ou bastão de higiene oral	71	53,0
Escova de dentes	103	76,9
Pasta dentífrica	104	77,6
Colutório ou Elixir	108	80,6
Fio dentário	1	0,7
Quais os locais da cavidade oral do paciente que os profissionais de saúde costumam higienizar?		
Dentes	130	97,0
Língua	100	74,6
Palato	54	40,3
Bochechas	40	29,9
Como é executada a higiene das próteses dentárias pelos profissionais?		
Não tem por hábito realizar a higiene das próteses	13	9,7
A prótese é colocada num copo com água	40	29,9
É utilizada a escova de dentes habitual do paciente	78	58,2
É utilizada uma escova própria para próteses dentárias	5	3,7
É utilizado um produto específico para a desinfeção de próteses dentárias	55	41,0