

Validação de um procedimento operacional padrão para higienização oral de pacientes intubados e traqueostomizados

Bruno Augusto Barros e Matos¹, Margani Cadore Weis Maia², Verusca Soares de Souza³, Mara Regina Rosa Ribeiro², João Lucas Campos de Oliveira⁴

¹Hospital Universitário Júlio Müller (HJUM) – Cuiabá (MT), Brasil

²Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil

³Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Coxim (MS), Brasil

⁴Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil

RESUMO

Introdução: Em Unidades de Terapia Intensiva, a higienização bucal é ação de cuidado diretamente relacionada à segurança do paciente e qualidade do cuidado, sendo uma das principais formas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. Apesar disso, as recomendações e a padronização sobre a higienização bucal entre pacientes críticos são difusas. **Objetivo:** Construir e validar um procedimento operacional padrão (POP) para higiene bucal realizada pela enfermagem a pacientes intubados e traqueostomizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Estudo metodológico desenvolvido em cinco etapas: subsídio técnico-científico; construção do POP; recrutamento e seleção de *experts*; validação de face e conteúdo do POP e apresentação da versão final. O POP foi submetido à validação por juízes com expertise acadêmica e/ou clínica (n=13) de todas as regiões do Brasil, os quais apreciaram os critérios de validade: Abrangência, Clareza, Coerência, Criticidade, Objetividade, Redação científica; Relevância, Sequência e Unicidade. Foram calculados os Índices de Validade de Conteúdo (IVC) de cada critério, item do POP e o IVC geral. **Resultados:** Os *experts* eram enfermeiros(as) (38,5%), cirurgiãs-dentistas (38,5%), médicos(as) (15,4%) e fisioterapeuta (7,7%). Nenhum item do POP obteve IVC inferior a 0,80. O IVC geral foi de 0,95 e sugestões dos *experts* foram majoritariamente acatadas (78,6%). A versão final, disponível como infográfico, contempla ilustrativamente as etapas do processo de higienização bucal do paciente intubado e traqueostomizado. **Conclusão:** O POP alcançou validade de face e conteúdo satisfatória. A versão validada possui 43 itens processuais para higiene bucal de pacientes intubados e traqueostomizados.

Palavras-chave: higiene bucal; Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica; segurança do paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Protocolos Clínicos.

Como citar este artigo: Matos et al.

Validação de um procedimento operacional padrão para higienização oral de pacientes intubados e traqueostomizados. ABCS Health Sci. 2022;47:e022231 <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020252.1701>

Recebido: 12 Jan 2021

Revisado: 19 Abr 2021

Aprovado: 08 Jun 2021

Autor para correspondência: Margani Cadore Weis Maia. Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Avenida Fernando Corrêa da Costa, nº 2367 - CEP: 78068-600 - Cuiabá (MT), Brasil - E-mail: margani_ufmt@yahoo.com.br

Declaração de interesses: nada a declarar



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos de uma licença Creative Commons Attribution © 2022 Os autores

INTRODUÇÃO

Placas que permanecem na boca por mais de três dias podem criar centenas de bactérias, inclusive Gram-negativas, o que causa infecções localizadas em dentes, região periodontal e mucosas bucais, além de distúrbios sistêmicos¹. Essa realidade reforça a necessidade de higiene bucal (HB) sistemática, especialmente nos momentos críticos, como é o caso da hospitalização².

Em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o rebaixamento do nível de consciência; sonolência/sedação; incapacidade para autocuidado; controle orolingual deficiente; desidratação das mucosas; falta de limpeza natural feita pela mastigação e fala do paciente crítico favorecem o crescimento microbiano local e a colonização da cavidade bucal por patógenos ambientais³, além das bactérias Gram-negativas poderem triplicar-se em 3-6 horas nas superfícies dentárias⁴. Assim, nestes setores, a higienização bucal é uma ação de cuidado relacionada diretamente à segurança e bem-estar do paciente, sendo uma das principais formas de prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)^{2,5}.

A PAVM é definida como uma infecção pulmonar que surge de 48 a 72 horas após intubação endotraqueal e instituição da ventilação mecânica invasiva, como também até 48 horas após a extubação³. Tem incidência de 5 até 40% entre pacientes ventilados mecanicamente por mais de 2 dias em UTI⁶ e ocupa o primeiro lugar entre a razão de mortes causadas por infecções nosocomiais, além de que cerca de 33% a 50% dos pacientes com PAVM morrem em decorrência direta dessa infecção¹. A maioria destas infecções é causada por microrganismos presentes na boca do paciente crítico, portanto, a aspiração de bactérias patogênicas da cavidade bucal e faringe é o principal mecanismo fisiopatológico⁷, ainda que condições clínicas como comorbidades, gravidade do doente e tempo de ventilação mecânica (VM) sejam fatores de risco bem aceitos⁶.

Entre pacientes sob VM, um estudo⁸ que compilou análise de 13 revisões sistemáticas apontou que o uso do antisséptico bucal (gel ou enxaguante bucal) de clorexidina (CHX), quando usado em concentrações que variam de 0,12 a 2,0%, reduziu o risco de incidência de PAVM em cerca de 40%, evidenciando a eficácia do uso da CHX em pacientes ventilados, quando comparado ao grupo controle⁸.

Três revisões sistemáticas relataram sobre o bom custo-efetividade da CHX como uma intervenção de cuidado oral⁹⁻¹¹. A CHX reduziu a incidência de PAVM em 43% e o custo comparativo do suprimento de CHX foi menor que 10% do custo associado ao tratamento de um único caso de PAV⁹, isso porque, o custo da terapia com CHX para 14 pacientes foi sugerido como inferior a 10% do custo da antibioticoterapia para um caso de PAVM⁹.

Em contraponto, o material técnico-científico não é unânime ao apontar quais práticas são mais efetivas na qualidade da higiene oral para prevenção de PAVM, como por exemplo, a técnica de escovação; a presença/ausência de escovação mecânica; raspagem

de língua; produto utilizado na desinfecção química; e frequência da HB^{1,2,8-14}. Ademais, um estudo mostra que as práticas de HB realizadas em UTI das cinco regiões do Brasil variam sobremaneira¹⁵. Isso remete à necessidade de novos estudos que viabilizem meios padronizados de proceder a HB, apropriados à prática clínica com base em evidências, com sua eficácia e efetividade posteriormente testadas.

A construção e validação de procedimento operacional padrão (POP) vai ao encontro da prática baseada em evidências e, no contexto dos cuidados de HB em UTI, fica claro que há espaço e necessidade para revisão de meios que alavanquem a segurança do paciente, tanto em virtude da elevada e persistente incidência de PAVM⁶, como da própria criticidade do doente. O POP deve ter um formato específico para que possa ser facilmente identificado e, acima de tudo, descrever cada passo da tarefa/processo; ser periodicamente revisado, e a equipe executora ser treinada para o uso¹⁶.

Mesmo frente à deficiência e/ou maior elucidação a respeito de práticas padronizadas sobre HB em UTI, é comum que essas práticas sejam operadas pela equipe de enfermagem^{2,4}, ainda que a atuação do cirurgião-dentista hospitalar nestes espaços seja exponencial e uma franca necessidade¹⁵. Considerando a necessidade de incrementar continuamente estratégias e instrumentos que viabilizem o cuidado seguro, incluindo o prestado em UTI, surgiu a problemática deste estudo.

Desta forma, o objetivo consistiu em construir e validar um procedimento operacional padrão (POP) para higiene bucal realizada pela enfermagem a pacientes intubados e traqueostomizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

MÉTODOS

Estudo metodológico do tipo pesquisa de desenvolvimento, com foco na construção e validação de procedimento operacional padrão (POP), realizado em cinco etapas. A primeira etapa consistiu em levantamento bibliográfico nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), via PubMed; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); e *Cochrane Library*, de modo a subsidiar a construção do POP. Foram selecionados estudos do tipo revisão sistemática com metanálise e estudos clínicos randomizados^{1,2,8-11,17-19}, por possuírem maiores níveis de evidência científica²⁰.

A segunda etapa consistiu na construção do POP, embasada no levantamento da literatura científica bem como na experiência clínica do profissional/pesquisador – cirurgião-dentista hospitalar, atuante em UTI há mais de cinco anos, Mestrando, Orientado por Enfermeiro, Doutor, pesquisador da área de gestão da qualidade. Destaca-se que a construção do POP pautou-se na realidade específica a qual o pesquisador/profissional estava inserido e

também foi norteadada pelos recursos humanos, ambientais, físicos e materiais disponíveis nessa realidade. Desta forma, o cenário foi constituído pela UTI adulto de hospital universitário público do Centro-Oeste do Brasil.

Em seguida – terceira etapa – foi realizado o recrutamento e seleção dos juizes para validação, e para tanto foram considerados especialistas acadêmicos, cujos critérios de inclusão para os juizes acadêmicos foram: apresentar titulação mínima de Doutorado e ter produção científica de pelo menos dois artigos publicados nos últimos três anos na área de UTI, segurança do paciente e/ou controle de infecções, verificados na Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Já os especialistas clínicos deveriam ter titulação mínima de especialização e comprovada atuação em UTI por pelo menos dois anos. Como critério de exclusão, para ambos os casos, definiu-se a ausência de resposta à coleta de dados por três tentativas.

A amostragem intencional buscou garantir a validação do conteúdo do POP por especialistas no tema a seu respeito, de modo a garantir a adoção de práticas de HB baseadas nas melhores e mais recentes evidências científicas. Em relação às categorias profissionais, foram definidas para a composição da amostra de juizes: cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e fisioterapeutas, pois são os que mais intervêm no processo de prevenção e tratamento de PAVM, bem como, nos cuidados bucais do paciente em UTI. Ainda, a fim de alcançar a maior representatividade na validação proposta, definiu-se a necessidade de participação de pelo menos um juiz em cada região do Brasil, independentemente de sua categoria profissional. Cumpre ressaltar que, para garantir a aplicabilidade para a realidade à qual o POP foi construído, 6 juizes eram da região Centro-oeste, e destes, 3 atuavam no hospital onde o estudo se desenvolveu, o que garantiu a expertise e conhecimento da realidade local.

Para o recrutamento e seleção dos peritos/juizes, foi usada a amostragem intencional e também a técnica *snowball*²¹. A coleta de dados foi realizada entre agosto e setembro de 2020 via e-mail, contendo: carta convite com justificativa e objetivo do estudo; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital; instrumento de validação com instruções e preenchimento em meio digital pela plataforma *Google Forms*[®]; o POP de higienização bucal para pacientes intubados e traqueostomizados construído; e, um formulário para caracterização sociodemográfica e profissional dos juizes contendo as variáveis: sexo; idade; profissão; tempo de formação; titulação; região do Brasil; área de atuação profissional; tempo de atuação profissional; e, vinculação do cargo atual.

Na quarta etapa, ocorreu a validação de face e conteúdo do POP construído. Para isso, o conteúdo do POP foi submetido à apreciação por meio de escala *Likert* com pontuação de um a cinco, sendo: (cinco) concordo totalmente, (quatro) concordo, (três) nem concordo/nem discordo, (dois) discordo, (um) discordo totalmente. Cada item do POP foi submetido à avaliação de

nove critérios de validade, separadamente, a saber: abrangência; clareza; coerência; criticidade; objetividade; redação científica; relevância; sequência e unicidade.

Foram convidados 62 profissionais, e destes, 49 não atenderam ao convite após três tentativas. Integraram a pesquisa 13 juizes, número ímpar de participantes, o que previne empate no consenso e é considerado suficiente para a validação esperada²²⁻²⁴.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva no *Microsoft Office Excel*[®], calculando-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de cada critério de validade e de cada item do POP, além do Índice de Validade de Conteúdo global (IVCg). Considerou-se o percentual mínimo de 80% de concordância entre os *experts*²².

Na análise dos dados, as variáveis de caracterização dos juizes foram submetidas à estatística descritiva, empregando-se medidas de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) para as variáveis quantitativas, e medidas de frequência absoluta e relativa (%), e Intervalo de Confiança 95% para as variáveis categóricas. As sugestões dos juizes foram analisadas em confronto às recomendações da literatura que embasou a construção do POP e o atendimento às mesmas também foi analisado por estatística descritiva.

Após o procedimento de validação, foi planejada uma capacitação para os profissionais intensivistas do Estado de Mato Grosso, sobre o POP, por meio da plataforma digital Telessaúde-MT. A versão final validada foi disposta no formato de infográfico ilustrativo no intuito de ser utilizado para sensibilização das equipes de enfermagem da UTI do hospital onde o estudo se desenvolveu. Dito isso, salienta-se que o POP é direcionado ao uso por essa categoria profissional e localidade, no entanto, é encorajada a multidisciplinaridade e difusão ao seu desdobramento prático. A construção e validação externa do POP visou garantir que a melhor evidência científica seja aplicada na realidade estudada. A sua divulgação se pauta na importância de subsidiar construção de novos processos de cuidado, além de fundamentar o ensino nos cursos técnicos e de graduação, e capacitações na prática clínica.

Todos os preceitos éticos que regem as pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados. O estudo está devidamente cadastrado por meio de CAAE: 17599019.9.0000.5541 e parecer ético institucionalizado nº 3.603.809/2019.

RESULTADOS

A maioria das *experts* era composta por mulheres (84,6%), Enfermeiras ou Cirurgiões-dentistas (38,5%), residentes na região Centro-oeste do Brasil (46,2%) e com atuação profissional exclusivamente na área assistencial (53,9%). A completa caracterização da amostra dos juizes é apresentada na Tabela 1.

O POP foi composto por 43 itens, e todos obtiveram IVC acima de 0,80. Destes, 37 itens obtiveram IVC de 0,90 ou mais, e apenas

6 itens obtiveram IVC menor que 0,90. No geral, o POP obteve o IVC global de 0,95. A totalidade de resultados de validação é ilustrada na Tabela 2.

Os juízes fizeram em conjunto um total de 42 sugestões sobre o conteúdo do POP. Alguns itens não receberam nenhuma sugestão e outros obtiveram mais de uma. Dentre as sugestões, 29 (69,05%) foram atendidas plenamente, 4 (9,52%) foram atendidas parcialmente e 9 (21,43%) não foram atendidas. As sugestões emanaram de enfermeiros(as) (92,86%) e cirurgiãs-dentistas (7,14%). A tabela 3 apresenta as sugestões dos *experts* sobre o POP validado, deferimentos parciais ou totais, indeferimentos e justificativas.

Com base na construção, validação e apropriação crítica das sugestões dos juízes, a versão final validada do POP foi apresentada

Tabela 1: Características demográficas, de formação e laborais dos juízes participantes na validação do procedimento operacional padrão para higienização bucal de pacientes intubados e traqueostomizados (n=13).

| Variáveis | n (%) | Média±Desvio Padrão | Intervalo de Confiança 95% |
|---|-----------|---------------------|----------------------------|
| Sexo | | | |
| Feminino | 11 (84,6) | | [54,5–98,0] |
| Masculino | 2 (15,4) | | [1,9–45,4] |
| Idade | | 38,46±10,96 | |
| Profissão (Formação) | | | |
| Enfermeiro(a) | 5 (38,5) | | [13,8–68,4] |
| Cirurgião(ã)-Dentista | 5 (38,5) | | [13,8–68,4] |
| Médico(a) | 2 (15,4) | | [1,9–45,4] |
| Fisioterapeuta | 1 (7,7) | | [0,1–36,0] |
| Tempo de Formação (Anos) | | 15,11±9,17 | |
| Titulação | | | |
| Especialização | 5 (38,4) | | [13,8–68,4] |
| Mestrado | 4 (30,8) | | [9,0–61,4] |
| Doutorado | 4 (30,8) | | [9,0–61,4] |
| Região do Brasil | | | |
| Centro-Oeste | 6 (46,2) | | [19,2–74,8] |
| Sudeste | 3 (23,1) | | [5,0–53,8] |
| Sul | 2 (15,3) | | [1,9–45,4] |
| Nordeste | 1 (7,7) | | [0,1–36,0] |
| Norte | 1 (7,7) | | [0,1–36,0] |
| Área de Atuação Profissional | | | |
| Unidade de Terapia Intensiva | 6 (46,1) | | [19,2–74,8] |
| Academia e Unidade de Terapia Intensiva | 3 (23,1) | | [5,0–53,8] |
| Academia | 2 (15,4) | | [1,9–45,4] |
| Outros* | 2 (15,4) | | [1,9–45,4] |
| Tempo de Atuação Profissional | | 11,89±10,07 | |
| Vinculação do Cargo Atual | | | |
| Assistencial | 7 (53,9) | | [25,1–80,7] |
| Ensino e Assistencial | 4 (30,7) | | [9,0–61,4] |
| Ensino | 1 (7,7) | | [0,1–36,0] |
| Sem vínculo Institucional | 1 (7,7) | | [0,1–36,0] |

*Inclui Academia e Área Oncológica; e Setor de Diálise.

como infográfico, disponível em endereço eletrônico de acesso irrestrito, culminando à devolutiva social a seu respeito²⁵.

DISCUSSÃO

A colaboração interprofissional é requisito fundamental para a prestação de cuidados seguros e eficazes em ambientes de cuidados intensivos²⁶. Compuseram o grupo de juízes na validação do POP, representantes de quatro categorias profissionais: cinco cirurgiãs-dentistas; cinco enfermeiros(as); dois médicos(as) e uma fisioterapeuta. Dentre os *experts*, 9 (69,3%) atuavam em UTI ou na área acadêmica e também em UTI de hospital, o que, para além da interprofissionalidade, possibilitou uma possível boa integração da área assistencial com a acadêmica, e a aproximação dos atores responsáveis pelo cuidado direto na formulação de novos meios e instrumentos vinculados ao trabalho, baseados em evidências científicas.

Todos os itens do POP obtiveram IVC acima de 0,80 e o IVC global foi de 0,95, sendo desnecessária uma segunda rodada de avaliações. As sugestões dos peritos subsidiaram a revisão de muitos itens, mesmo com IVC satisfatórios, o que também corrobora ao trabalho colaborativo e o compromisso dos *experts* na validação proposta. Contudo, as sugestões emanaram apenas de enfermeiros e cirurgiões dentistas, o que provavelmente se relaciona ao fato de que são essas categorias que estão estreitamente envolvidas na operação da HB dos pacientes em UTI^{2,15}, mesmo que médicos e fisioterapeutas estejam muito atrelados à outras ações diretas de prevenção e controle de PAVM⁵.

Uma revisão sistemática com metanálise apontou que na HB de rotina, a CHX pode evitar a pneumonia nosocomial em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, mas pode não diminuir o risco de pneumonia associada à VM em pacientes submetidos a demais cirurgias²⁷. Outro estudo mostra a existência da possibilidade de que a CHX esteja associada ao aumento da mortalidade²⁸.

Embora a CHX seja um dos produtos mais indicados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)¹² por sua comprovada eficácia na redução de PAVM, convém salientar que os estudos sobre sua utilização descritos acima, além de terem sido desenvolvidos há mais de 5 anos, não selecionaram apenas ensaios clínicos randomizados avaliando HB diária com CHX em qualquer preparação, bem como não se atentaram aos diferentes protocolos de HB usados nos estudos escolhidos, o que sugere a necessidade de estudos com alto nível de evidência científica para verificar os resultados clínicos de sua aplicação.

Uma revisão integrativa de literatura selecionou 17 artigos publicados entre 2010 a 2016 mostrou que a limpeza com escova de dentes de cerdas macias ou pediátrica foi apontada como a melhor prática para o controle mecânico e CHX 0,12% para controle químico da placa bacteriana em cavidade bucal. Assim, o estudo considerou que as intervenções mecânicas e químicas combinadas

Tabela 2: Índices de Validade de Conteúdo (IVC) por critério de validade e item do procedimento operacional padrão (POP) para higienização bucal de pacientes intubados e traqueostomizados.

| Item do POP | Critérios de Validade | | | | | | | | | | | | Geral | | | | | |
|--|-----------------------|------|---------|------|-----------|------|-------------|------|--------------|------|---------|------|------------|------|-----------|------|-----------|------|
| | Abrangência | | Clareza | | Coerência | | Críticidade | | Objetividade | | Redação | | Relevância | | Sequência | | Unicidade | |
| | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC |
| 1. Verificação das restrições do paciente | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 0,96 |
| 2. Higienização inicial das mãos | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 0,96 |
| 3. Reunião dos materiais necessários ao procedimento | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,97 |
| 4. Paramentação com EPI | 1,00 | 0,85 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,96 |
| 5. Disposição dos materiais em campo estéril | 0,92 | 0,85 | 0,92 | 0,77 | 0,92 | 1,00 | 0,77 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 0,85 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 0,90 |
| 6. Posicionamento do paciente | 0,85 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,96 |
| 7. Disposição da toalha ou compressa | 0,85 | 0,85 | 1,00 | 0,85 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,91 |
| 8. Conexão da sonda nº 12 ou 14 na rede de vácuo ou ar comprimido e regulagem da válvula | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,96 |
| 9. Abaixamento da grade lateral do leito | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,93 |
| 10. Verificação da pressão do balonete (cuff) | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 11. Verificação de escape de ar | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,99 |
| 12. Alteração do par de luvas | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,85 | 0,85 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,96 |
| 13. Verificação da marca de referência no tubo orotraqueal | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,99 |
| 14. Aspiração da secreção contida sobre o balonete (cuff), em caso de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia com lúmen dorsal de aspiração subglótica | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 15. Posicionamento da película de plástico sobre a face do paciente e sobre as mãos do profissional, caso o paciente esteja com precaução de aerossóis | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 16. Delimitação da quantidade da sonda a ser introduzida nas narinas do paciente | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,85 | 0,92 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,85 | 0,85 | 0,92 | 0,92 | 0,85 | 0,89 |
| 17. Lubrificação da sonda | 1,00 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,96 |
| 18. Aspiração das vias aéreas superiores | 0,85 | 0,77 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,77 | 0,77 | 0,77 | 0,77 | 0,77 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,77 | 0,81 | 0,81 |
| 19. Remoção de secreções da parte externa da sonda | 0,85 | 0,77 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,77 | 0,77 | 0,77 | 0,77 | 0,77 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,82 |
| 20. Limpeza e lubrificação ou hidratação de lábios e mucosas bucais ressequidas | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,85 | 0,85 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,89 |
| 21. Abertura de boca e afastamento de lábios | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |

Continua...

Tabela 2: Continuação.

| Item do POP | Critérios de Validade | | | | | | | | | | | | | | Geral | | | |
|--|-----------------------|------|---------|------|-----------|------|-------------|------|--------------|------|---------|------|------------|------|-----------|------|-----------|------|
| | Abrangência | | Clareza | | Coerência | | Críticidade | | Objetividade | | Redação | | Relevância | | Sequência | | Unicidade | |
| | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC | IVC |
| 22. Remoção da cânula orofaríngea | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 23. Adaptação da sonda à pinça tipo <i>kelly</i> | 0,77 | 0,77 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,84 |
| 24. Aspiração inicial de cavidade bucal | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,99 |
| 25. Detecção e remoção de órteses/próteses em cavidade bucal | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,85 | 0,85 | 0,95 | 0,91 |
| 26. Conexão da escova com aspiração no circuito de aspiração | 0,92 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,99 |
| 27. Escovação dental | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 |
| 28. Reconexão da sonda adaptada à pinça tipo <i>kelly</i> no circuito de aspiração | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,85 | 0,85 | 0,92 | 0,96 |
| 29. Remoção de placa bacteriana e crostas da superfície externa do tubo orotraqueal | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 |
| 30. Remoção de placa bacteriana e crostas das mucosas de cavidade bucal | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,98 |
| 31. Raspagem de língua | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 32. Descontaminação química de cavidade bucal | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,85 |
| 33. Aspiração final de cavidade bucal | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 34. Secagem e lubrificação ou hidratação de lábios | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,99 |
| 35. Substituição do cadarço/ fixação do tubo orotraqueal, se necessário | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 36. Posicionamento de gases em locais propensos à pressão ou atrito do cadarço/fixação | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,85 | 0,85 | 0,85 | 0,90 |
| 37. Levantamento da grade lateral do leito | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,99 |
| 38. Higienização das órteses/ próteses dentárias ou obturadoras | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,92 | 0,92 | 0,98 |
| 39. Processamento da escova de dentes | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 40. Descarte de EPI e materiais descartáveis | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,99 |
| 41. Higienização final das mãos | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| 42. Checagem da prescrição e anotação do relatório no prontuário | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,99 |
| 43. Registro e comunicação de intercorrência | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 0,92 | 0,99 |

Tabela 3: Sugestões dos experts sobre os itens do procedimento operacional padrão (POP) para higienização bucal de pacientes intubados e traqueostomizados.

| Item do POP* | Sugestão | Atendimento e/ou não atendimento com justificativas |
|--|---|--|
| 1) Verificação das restrições do paciente | a) Alterar a descrição do item. Onde se lê: Verificar as restrições do paciente, dentre outras: lesão na coluna, flexão, extensão ou politraumatismos. Leia-se: Verificar restrições físicas e motoras do paciente que tenham relação com cabeça, pescoço e coluna cervical (politraumatismos, lesões cervicais e medulares). | a) Atendido. |
| 2) Higienização inicial das mãos | a) Alterar a descrição do item. Onde se lê: Realizar com água e antisséptico clorexidina degermante 2% ou solução alcoólica. Leia-se: Realizar com água e sabão ou solução alcoólica. | a) Atendido Parcialmente. Segundo a ANVISA, o uso de antissépticos se destinam à higienização antisséptica das mãos e degermação da pele. A higienização antisséptica das mãos deve ser realizada nos casos de precaução de contato recomendados para pacientes portadores de microrganismos multiresistentes, nos casos de surtos e quando se deseja atividade antimicrobiana persistente. |
| 3) Reunião dos materiais necessários ao procedimento | a) Desnecessário o campo ser estéril, podendo ser um campo ou toalha que gere a proteção. b) Realizar um <i>checklist</i> com o material necessário ao procedimento. | a) Não atendido. O campo estéril será forrado sobre a superfície da Mesa de Mayo; mesa de cabeceira ou carrinho de banho. Sobre o campo será colocado o Kit de Higienização Bucal esterilizado, compressas de gases, sonda uretral e demais materiais necessários. b) Atendido. |
| 4) Paramentação com EPI | a) Uso de luvas duplas é desnecessário. | a) Não atendido. Não há a informação de uso de luvas duplas no item. Os dois pares de luvas serão usados em momentos distintos. O primeiro par de luvas será usado até o item 11 e o segundo par de luvas será usado do item 12 ao 40. |
| 5) Disposição dos materiais em campo estéril | a) Na impossibilidade do uso de campo estéril para forrar a superfície, utilizar o próprio envelope do Kit de Higienização Bucal. b) Uma superfície limpa (tendo sido realizada a desinfecção da superfície, e estando ela com um tecido limpo e individual para apoiar os materiais é o ideal pois o uso de material estéril gera mais custos ao serviço. | a) Atendido. b) Não atendido. As superfícies da Mesa de Mayo, carrinho de banho e mesa de cabeceira podem estar contaminadas por microrganismos hospitalares mesmo após limpeza. Além disso, nem sempre se terá a certeza de que tais superfícies foram descontaminadas e/ou se receberam descontaminação eficaz. O campo estéril proporciona segurança diante do alto risco de contaminação cruzada no ambiente da UTI. |
| 8) Conexão da sonda uretral na rede de vácuo ou ar comprimido e regulagem da válvula | a) Especificar a sonda que deve ser usada, não apenas a numeração. Há sondas que podem ser extensas, curtas, muito ou pouco maleáveis. Melhorar a descrição do produto. | a) Atendido. |
| 9) Abaixamento da grade lateral do leito | a) Ao orientar: "abaixar grade do leito", reforçar a necessidade de avaliar se dispositivos serão tracionados, evitando assim acidentes, como retirada accidental de acesso venoso, extubação (ao puxar a traquéia do circuito de ventilação mecânica). b) Essa é uma tarefa inerente a qualquer procedimento e que sua omissão do protocolo poderia ser considerada. | a) Atendido. b) Não atendido. Devido à impossibilidade de se realizar a higienização bucal de forma satisfatória com a grade lateral do leito levantada e devido à sequência lógica de procedimentos com a finalidade de se prevenir contaminação cruzada, o item 9 foi preservado. |
| 10) Verificação da pressão do balonete (<i>cuff</i>) | a) Ressaltar que a verificação da pressão do <i>cuff</i> deve ocorrer antes de iniciar, de fato, o procedimento de higiene oral. | a) Atendido. |
| 12) Alteração do par de luvas | a) Incluir na redação: "trocar par de luvas após manipulação na rede de vácuo ou ar comprimido, grade do leito e cuffômetro". Na Justificativa sugiro a seguinte redação: "Evitar infecções cruzadas". | a) Atendido |
| 13) Verificação da marca de referência no tubo orotraqueal | a) Incluir na redação: A informação sobre a marca de referência, em centímetros, que deve ser mantida a fixação no nível da comissura labial e também deve estar registrada no prontuário do paciente após intubação e realização de raio X que confirma o posicionamento correto do tubo. b) Descrever qual a atitude do profissional mediante alteração do posicionamento do nível do tubo após a verificação. | a) Atendido. b) Atendido. |
| 14) Aspiração da secreção contida sobre o balonete (<i>cuff</i>), em caso de tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia com lúmen dorsal de aspiração subglótica. | a) Em pacientes com precaução de aerossóis não deve-se usar a rede de ar comprimido pois a mesma gera aerossóis. | a) Atendido. |

Continua...

Tabela 3: Continuação.

| Item do POP* | Sugestão | Atendimento e/ou não atendimento com justificativas |
|--|---|---|
| 15) Posicionamento da película de plástico sobre a face do paciente e sobre as mãos do profissional, caso o paciente esteja com precaução de aerossóis | a) Relembrar que, nesta situação específica, o profissional deverá estar paramentado com máscara N-95. | a) Atendido. Será lembrado que nessa situação específica o profissional deverá estar paramentado com avental impermeável descartável; máscara tipo respirador (N95 ou PFF2); touca descartável; óculos com proteção lateral; e protetor facial transparente. |
| 16- Delimitação da quantidade da sonda uretral a ser introduzida nas cavidades nasais do paciente | a) Verificar se o é material mais adequado para aspiração. A sonda uretral ainda que seja eficiente na aspiração, não se destina a tal fim. Há materiais específicos que devem ser usados. | a) Não atendido. Não há sonda específica para aspiração de vias aéreas superiores. A sonda traqueal, usada para a aspiração de vias aéreas inferiores, é maior (50 cm) e tem preço mais elevado. A sonda uretral além de ter o preço mais baixo, tem o tamanho suficiente (40 cm) para a aspiração das vias aéreas superiores. |
| 17) Lubrificação da sonda uretral | a) Onde se lê: Lubrificar parte da sonda uretral que será introduzida em uma das cavidades nasal, com gel hidrossolúvel; Realizar o mesmo antes da introdução da sonda na outra cavidade nasal. Leia-se: Lubrificar parte da sonda uretral a ser introduzida em uma das narinas com gel hidrossolúvel, fazer o mesmo antes da introdução da sonda na outra narina. b) Para pensar: o melhor termo seria "pacientes lúcidos" ou "pacientes conscientes"? | a) Atendido. Após reflexão, foram realizadas as seguintes alterações: Onde se lê: Os itens 17, 18 e 19 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos. Leia-se: Os itens 17, 18 e 19 do POP devem ser evitados em pacientes conscientes. Onde se lê: Os itens 17, 18 e 18 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos pois a introdução da sonda uretral nas cavidades nasais pode causar muito incômodo e dor. Leia-se: Os itens 17, 18 e 18 do POP devem ser evitados em pacientes conscientes pois a introdução da sonda uretral nas narinas pode causar muito incômodo e dor. |
| 18) Aspiração das vias aéreas superiores | a) Onde se lê: Introduzir a sonda uretral pinçada em uma das cavidades nasal e abrir a pinça quando a sonda uretral estiver introduzida até ao limite delimitado. Retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares; Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes for necessário; Não permanecer com a sonda dentro da cavidade nasal por mais de 10 a 15 segundos; Realizar o mesmo na outra cavidade nasal . Leia-se: Introduzir a sonda uretral pinçada em uma das narinas e abrir a pinça quando a sonda uretral estiver introduzida até à limite delimitado. Retirar a sonda lentamente, com movimentos circulares; Voltar a fazer o procedimento, quantas vezes for necessário; Não permanecer com a sonda dentro da narina por mais de 10 a 15 segundos; Realizar o mesmo na outra narina . b) Para pensar: o melhor termo seria "pacientes lúcidos" ou "pacientes conscientes"? | a) Atendido. Após reflexão, foram realizadas as seguintes alterações: Onde se lê: Os itens 17, 18 e 19 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos. Leia-se: Os itens 17, 18 e 19 do POP devem ser evitados em pacientes conscientes. Onde se lê: Os itens 17, 18 e 18 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos pois a introdução da sonda uretral nas cavidades nasais pode causar muito incômodo e dor. Leia-se: Os itens 17, 18 e 18 do POP devem ser evitados em pacientes conscientes pois a introdução da sonda uretral nas narinas pode causar muito incômodo e dor. |
| 19) Remoção de secreções contaminadas da parte externa da sonda uretral | a) Onde se lê: Os itens 17, 18 e 19 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos. Leia-se: A realização dos itens 17, 18 e 19 do POP devem ser evitados em pacientes lúcidos. Pois há casos, que mesmo o paciente lúcido, a aspiração de cavidade nasal será necessária. b) Para pensar: o melhor termo seria "pacientes lúcidos" ou "pacientes conscientes"? c) Não há diferença entre limpar a região externa da sonda com soluções antissépticas, com soro fisiológico ou com gaze seca. Pois a sonda será reintroduzida na cavidade oral já colonizada e logo após o uso descartada. | a) Atendido. Após reflexão, foram realizadas as seguintes alterações: Onde se lê: Os itens 17, 18 e 19 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos. Leia-se: Os itens 17, 18 e 19 do POP devem ser evitados em pacientes conscientes. Onde se lê: Os itens 17, 18 e 18 do POP não devem ser realizados em pacientes lúcidos pois a introdução da sonda uretral nas cavidades nasais pode causar muito incômodo e dor. Leia-se: Os itens 17, 18 e 18 do POP devem ser evitados em pacientes conscientes pois a introdução da sonda uretral nas narinas pode causar muito incômodo e dor. c) Atendido. |
| 20) Lubrificação ou hidratação de lábios e mucosas bucais ressequidas | a) A própria higiene bucal lubrifica os lábios, já que a higiene deve iniciar pela parte externa (lábios), considero esse item um pouco fora da realidade técnica/prática. | a) Atendido parcialmente. A higienização dos lábios com água destilada ou filtrada + cloroxidina 0,12% ou peróxido de hidrogênio, não é o suficiente para se obter lubrificação ou hidratação de lábios e prevenir lesões e/ou rachaduras no decorrer do procedimento de higienização bucal. Será adicionado ao item 20 a higienização de lábios com o uso de água destilada e cloroxidina à 0,12% ou peróxido de hidrogênio à 1%. Será adicionado ainda a remoção de crostas em lábios após a lubrificação ou hidratação. O uso de AGE, Glicerina ou Dexpantenol deixa as crostas amolecidas para posterior remoção. |
| 21) Abertura de boca e afastamento de lábios | a) Se não houver afastador de minnesota pode utilizar o abaixador de língua. | a) Não atendido. Não há nada que contraindique o uso de um abaixador de língua estéril e com bordas arredondadas para afastar lábios. Porém, o abaixador de língua não se destina para tal finalidade. |

Continua.

Tabela 3: Continuação.

| Item do POP* | Sugestão | Atendimento e/ou não atendimento com justificativas |
|--|---|---|
| 22) Remoção da cânula orofaríngea | a) Remover a cânula orofaríngea se não houver contraindicação. | a) Não atendido. Caso seja contraindicado o paciente ficar sem o uso da cânula orofaríngea, a mesma deve ser removida para que a higienização bucal seja feita de forma satisfatória. A cânula de Guedel deve ser descontaminada com Degermante Clorexidina 0,12% e água corrente, e recolocada em cavidade bucal após o procedimento de higienização bucal. A cânula orofaríngea não é utilizada em pacientes intubados ou traqueostomizados com o fim de evitar que as bases da língua desses pacientes obstruam a orofaringe, pois tais pacientes ou estão sob ventilação mecânica ou estão conscientes. |
| 23) Aspiração inicial de cavidade bucal | a) Acoplar a sonda à pinça não facilita o procedimento. | a) Não atendido. A pinça tipo Kelly (material rígido e com presa firme) ajuda o profissional a guiar a sonda em sítios específicos dentro de cavidade bucal e orofaringe. |
| 25) Detecção e remoção de órteses/próteses em cavidade bucal | a) Registrar/documentar a visualização da prótese dentária, a retirada, a limpeza e principalmente a devolução/recolocação. Na minha prática assistencial, próteses perdidas ou até mesmo pacientes que chegam sem seu uso (não percebidas pela família) gera mal estar entre a equipe-família e até processo. | a) Atendido parcialmente. Tais procedimentos sugeridos não devem ser realizados nesse momento do POP. Devem ser realizados posteriormente à higienização bucal. Tais procedimentos sugeridos devem compor os itens 38 e 42 do POP. A sugestão de registrar/documentar a visualização da prótese dentária será incluída no item 42 do POP. |
| 28) Reconexão da sonda uretral adaptada à pinça tipo Kelly no circuito de aspiração | a) Sugiro rever o item 26, pois no meu entendimento, está repetindo informações deste item naquele e vice-versa. | a) Atendido parcialmente. O item 28 diz para remover a escova com aspiração e reconectar a sonda nº 12 ou nº 14 + pinça tipo Kelly no circuito de aspiração. E, o item 26, diz para remover a sonda uretral da mangueira do circuito de aspiração e conectá-la à escova. Não há repetições de informações nos dois itens. O texto será corrigido no item 26: remover a sonda uretral da mangueira do circuito de aspiração e conectar a mangueira na escova. |
| 32) Descontaminação química de cavidade bucal | a) Hoje a sugestão da literatura é a utilização da clorexidina 0,12% mesmo em pacientes com COVID-19. | a) Atendido. |
| 34) Secagem e lubrificação ou hidratação de lábios | a) Sugiro acrescentar após o término da higienização oral, considerando que na tarefa 20, tem a mesma orientação, porém para antes de iniciar o procedimento. | a) Não atendido. Não haverá essa necessidade, pois, os títulos dos itens serão diferentes. Além disso, não há a etapa de secar os lábios no item 20. |
| 36) Posicionamento de gases em locais propensos à pressão ou atrito do cadarço/fixação | a) Também tem a possibilidade de uso de adesivos transparentes, principalmente para pacientes COVID, devido a técnica de pronuação, para prevenção de LPP. b) Em casos em que o paciente apresenta lesões na região, sugiro não colocar gaze, pois ela gruda na lesão, dificultando a remoção e agravando a lesão. | a) Atendido. b) Atendido. Será acrescentado ao texto: evitar colocar gases sobre as lesões. Gases grudadas em leões apenas devem ser removidas após serem lubrificadas com óleo. |
| 37) Levantamento da grade lateral do leito | a) Além de manter o posicionamento do paciente adequado, lençóis cobrindo o paciente e arrumação do ambiente. b) Inserir o termo "lateral" após a descrição "Levantar grade". | a) Atendido. b) Atendido. |
| 38) Higienização das órteses/próteses dentárias ou obturadoras | a) Padronizar a terminologia "clorexidina degermante" em todas as situações ao invés de utilizar "degermante clorexidina". | a) Atendido. |
| 39) Processamento da escova de dentes descartáveis | a) Padronizar a terminologia "clorexidina degermante" em todas as situações ao invés de utilizar "degermante clorexidina". b) Para pensar: utilizar o termo "líxer para resíduo infectante" ao invés de "líxer infectante" | a) Atendido. b) Atendido. |
| 42) Checagem da prescrição e anotação do relatório no prontuário | a) O relatório deve ter: em pacientes com TOT, altura do tubo em nível de rima labial. b) O relatório deve conter: presença de prótese superior, inferior ou ambas. | a) Atendido. b) Atendido. |
| 43) Comunicação de intercorrência | a) Além de "comunicar" as intercorrências, é fundamental que as mesmas sejam devidamente registradas na evolução pelo profissional que realizou o procedimento, respaldando, assim, sua atuação. | a) Atendido. |

* Itens do POP ausentes não receberam sugestões dos peritos

foram mais eficazes na prevenção das infecções respiratórias², aspecto que foi considerado na construção do POP validado, e que, apesar do embasamento de evidências aparentemente promissoras, merece testagem recorrente.

A evidência cumulativa de um estudo que incluiu revisões sistemáticas e meta-análises mostrou que há fortes indícios de que o uso da CHX em pacientes ventilados reduz o risco de PAVM e, que a escovação manual diminuiu o risco de pneumonia em idosos frágeis em 67%⁸. Neste escopo, os itens “Escovação dental” e “Descontaminação química de cavidade bucal” obtiveram IVC de 0,92 e 0,85, respectivamente, o que demonstra que os juízes concordam com a prática de limpeza mecânica e química no cenário de cuidados de HB em UTI.

Destaca-se que a escova de dentes com aspiração é indicada para pacientes intubados e traqueostomizados sob VM, e é importante na prevenção da PAVM porque possibilita aspiração concomitante à higienização²⁹, o que impede a translocação de placa, crostas, detritos, saliva e pasta dental para as regiões de orofaringe e subglótica. O item referente ao uso da escova com aspiração recebeu IVC de 1,00, atestando a unanimidade entre os juízes, contudo, sabe-se que ao contrário da instituição para a qual o POP foi elaborado, este material pode não ser encontrado em todas as realidades institucionais.

Um estudo que abrangeu as cinco regiões do Brasil mostrou que 42,2% das UTI pesquisadas usavam escovas de dentes para todos os pacientes, em 37,2% as escovas eram usadas apenas em pacientes conscientes e/ou com condições de realizar a própria higiene, e em 20,3% das UTI as escovas de dentes não eram utilizadas. O mesmo estudo mostrou que quando as escovas de dentes eram utilizadas, estas eram descartáveis em 23,7% dos casos, desinfetadas com antisséptico em 22,6%, lavadas apenas com água em 37,3% e nenhum cuidado com a desinfecção era praticado em 16,4% dos casos¹⁵. Diante disso, os itens referentes à escovação dental (IVC 0,92) e ao processamento da escova de dentes (IVC 1,00) mostram consensos satisfatórios entre os juízes sobre a técnica de escovação e sobre a higienização das cerdas, orifícios e superfícies da escova dental em água corrente e degermante Clorexidina 2%, além da importância de secá-la e guardá-la em recipiente fechado com nome do paciente e data do 1º dia de uso, e sobre o uso da escova com aspiração por um período máximo de 30 dias, conforme preconiza o POP validado²⁵.

Ensaio clínico randomizado britânico comparou duas intervenções de HB em pacientes sob VM: uma delas com o uso de *swabs* de espuma e a outra com o uso de escovas de dentes, e a eficácia da limpeza foi baseada nas pontuações do índice de placa, índice gengival e contagens de placa bacteriana dentária (PBD). Não foi verificada mudança significativa na contagem de PBD entre as duas condutas, nem diferença estatística significativa na remoção de placa e na redução de inflamação gengival entre as duas intervenções, ambas foram igualmente eficazes³⁰.

Verificou-se em outros estudos que, embora o uso de *swabs* de espuma seja eficaz para manter a mucosa bucal úmida e para prevenir traumas em tecidos, são pouco eficazes na limpeza de superfícies externas e no controle de placa bacteriana³¹⁻³³. A respeito disso, o POP construído e validado²⁵ sugere, além das escovas de dentes, o uso de compressas de gazes em rolinhos e pinça tipo *Kelly* para a remoção de crostas e placa bacteriana da superfície externa do tubo orotraqueal (IVC 0,92), das mucosas (IVC 0,98) e também para a descontaminação química de cavidade bucal (IVC 0,85).

A raspagem de língua com o uso de limpador/raspador é preconizada recentemente por estudo indiano, como um meio eficaz de reduzir a carga bacteriana no dorso da língua³⁴. Nessa perspectiva, os juízes concordaram por unanimidade sobre esse item (IVC 1,00).

Estudos recentes mostram que as espécies bacterianas relacionadas à PAVM podem migrar rapidamente da boca e das vias aéreas superiores durante o período de VM, o que contribui muito para a sua patogênese^{7,35}. Assim, as aspirações de vias aéreas superiores são etapas indispensáveis na HB de rotina dos pacientes intubados. Corroborando essa ideia, os itens “Delimitação da quantidade da sonda uretral a ser introduzida nas cavidades nasais do paciente”, “Lubrificação de sonda uretral”, “Aspiração das vias aéreas superiores”, “Aspiração inicial de cavidade bucal” e “Aspiração final de cavidade bucal”, receberam os respectivos IVC: 0,89; 0,96; 0,81; 0,99; e 1,00.

Embora espátulas de madeira com gazes presas por fita crepe ou esparadrapo em uma das extremidades, conhecidas no Brasil como “bonequinhas de gazes” ou “pi”, não sejam eficazes para a remoção de placa bacteriana da cavidade bucal³⁶⁻³⁸, ainda são usadas na prática rotineira de higienização bucal de pacientes críticos em muitas UTI. O IVC de 0,97 referente ao item “reunião dos materiais necessários ao procedimento” confirma a importância de um kit de higienização bucal com materiais para esse cuidado, evitando improvisações e condutas ineficazes.

Destaca-se que as métricas satisfatórias constatadas no processo de validação do POP não substituem a necessidade da capacitação para o seu uso e implementação de forma compartilhada e racional. Ainda que não seja vinculada diretamente à validação proposta, a última etapa do estudo relacionada ao planejamento de capacitações para a equipe de enfermagem da UTI de inquérito e a institucionalização do POP também são importantes, além da apresentação da versão final no formato de um infográfico ilustrativo, que pode facilitar e/ou dinamizar o uso do POP na dinâmica assistencial, bem como, no ensino da técnica de HB na formação profissional. Importa reforçar que, apesar de o POP ter sido construído para uma realidade pontual, sua construção foi devidamente sustentada pelas melhores evidências científicas, logo, sua adaptação no que diz respeito aos recursos institucionais disponíveis é uma possibilidade futura.

São limitações deste estudo a não consideração de técnicos de enfermagem na validação do POP, apesar de estes serem alvo da capacitação para o seu uso, e também a ausência de profissionais representantes de entidades de classe, como associações, e líderes de Comissões de Infecção Hospitalar. Todavia, acredita-se que o estudo apresenta as seguintes contribuições diretas: a devolução social de um produto factível para o emprego da HB com base em evidências científicas que pode favorecer a segurança do paciente crítico e a possibilidade do uso do POP validado como meio interventivo para verificar seu efeito na incidência de PAVM e outros aspectos que sejam correlatos à higiene oral do paciente internado em UTI. Ainda, a pesquisa tem a contribuição indireta de suscitar a interdisciplinaridade na construção de instrumentos baseados em evidências que incrementem o processo de trabalho em saúde e poderá subsidiar o ensino e capacitações in loco sobre a HB do paciente traqueostomizado e entubado.

Conclusão

O POP construído possui validade de face e conteúdo, uma vez que todos os itens obtiveram IVC acima de 0,80, e o IVC global foi de 0,95, de modo que pode ser utilizado pela equipe de enfermagem associada à equipe multiprofissional da Unidade de Terapia Intensiva para a qual foi construído para higiene bucal de pacientes intubados e traqueostomizados. Portanto, considera-se que os objetivos traçados foram alcançados e sugere-se sua adaptação para outras realidades de terapia intensiva.

A versão validada do POP possui 43 itens processuais, além de um *checklist* de materiais necessários para a execução da higiene bucal. A verificação dos efeitos sob o seu emprego é fortemente encorajada, bem como, atualizações e revisões pertinentes às diferentes realidades institucionais, ainda que devida apropriação das evidências científicas recentes e revalidação sejam pertinentes para isso.

REFERÊNCIAS

- Yurdanur DE, Yagmur FN. A recent view and evidence-based approach to oral care of intensive care patient. *Int J Caring Sci*. 2016;9(2):1177-84.
- Nogueira JWS, Jesus CAC. Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Eletr Enferm*. 2017;19:a46. <https://doi.org/10.5216/ree.v19.41480>
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-5>.
- Li Y, Yan C, Li J, Wang Q, Zhang J, Qiang W, et al. A nurse-driven enhanced recovery after surgery (ERAS) nursing program for geriatric patients following lung surgery. *Thorac Cancer*. 2020;11(4):1105-13. <https://doi.org/10.1111/1759-7714.13372>
- Maran E, Spigolon DN, Matsuda LM, Teston EF, Oliveira JLC, Souza VS, et al. Efeitos da utilização do bundle na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa. *Rev Cuid*. 2020;12:e1110. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1110>
- Papazian L, Klompas M, Luyt CE. Ventilator-associated pneumonia in adults: a narrative review. *Intensive Care Med*. 2020;46(5):888-906. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05980-0>
- Baptista IMC, Martinho FC, Nascimento GG, Santos CER, Prado RF, Valera MC. Colonization of oropharynx and lower respiratory tract in critical patients: Risk of ventilator-associated pneumonia. *Arch Oral Biol*. 2018;85:64-9. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2017.09.029>
- Manger D, Walshaw M, Fitzgerald R, Doughty J, Wanyonyi KL, White S, et al. Evidence summary: the relationship between oral health and pulmonary disease. *Br Dent J*. 2017;222(7):527-33. <https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.315>
- Zhang TT, Tang SS, Fu LJ. The effectiveness of different concentrations of chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2014;23(11-12):1461-75. <https://doi.org/10.1111/jocn.12312>
- Snyders O, Khondowe O, Bell J. Oral chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia in critically ill adults in the ICU: a systematic review. *Southern African J Crit Care*. 2011;27(2):48-56. <https://doi.org/10.7196/SAJCC.123>
- Chlebicki MP, Safdar N. Topical chlorhexidine for prevention of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis. *Crit Care Med*. 2007;35(2):595-602. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000253395.70708.AC>
- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Procedimento Operacional Padrão (POP) de higiene bucal em pacientes internados em UTI adulto ou pediátrica. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2019/novembro/29/2019_POP-HB_em_papel-carta_AMIB.pdf
- Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Procedimento Operacional de Padrão Higiene Bucal. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmt/documentos/pops/pop-atendimento-odontologico-nas-utis-final-docx.pdf>
- Franco JB, Jales SMCP, Zambon CE, Fajarra FJC, Ortegosa MV, Guardieiro PFR, et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2014;59(3):126-31.
- Blum DFC, Silva JAS, Baeder FM, Bona AD. The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(3):327-32. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180044>
- Sales CB, Bernardes A, Gabriel CS, Brito MFP, Moura AA, Zanetti ACB. Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):126-34. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Nasiriani K, Torki F, Jarahzadeh MH, Maybodi FR. The effect of Brushing with a Soft Toothbrush and Distilled Water on the Incidence of Ventilator-Associated Pneumonia in the Intensive Care Unit. *Tanaffos*. 2016;15(2):101-7.

18. Vidal CFL, Vidal AK, Monteiro Jr JGM, Cavalcanti A, Henriques APT, Oliveira M, et al. Impact of oral hygiene involving toothbrushing *versus* chlorhexidine in the prevention of ventilator-associated pneumonia: a randomized study. *BMC Infect Dis.* 2017;17:112. <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2188-0>
19. Zhao T, Wu X, Zhang Q, Li C, Worthington HV, Hua F. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;24;12:CD008367. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008367.pub4>
20. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
21. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2019.
22. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Coletiva.* 2011;16(7):3061-8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
23. Catunda HLO, Bernardo EBR, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB, Aquinos PS. Percurso metodológico em pesquisas de enfermagem para construção e validação de protocolos. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(2):e00650016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000650016>
24. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.
25. Support Frontline Healthcare Workers Infographic_new. Procedimento Operacional Padrão Para Higienização Bucal de Pacientes Intubados e Traqueostomizados. Disponível em: https://venngage.net/ps/g6TxFzIqC/support-frontline-healthcare-workers-infographic_new
26. Urisman T, Garcia A, Harris HW. Impact of surgical intensive care unit interdisciplinary rounds on interprofessional collaboration and quality of care: Mixed qualitative-quantitative study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018;44:18-23. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.07.001>
27. Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. Reappraisal of routine oral care with chlorhexidine gluconate for patients receiving mechanical ventilation: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014;174(5):751-61. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.359>
28. Price R, MacLennan G, Glen J. Selective digestive or oropharyngeal decontamination and topical oropharyngeal chlorhexidine for prevention of death in general intensive care: systematic review and network meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g2197. <https://doi.org/10.1136/bmj.g2197>
29. Warren C, Medei MK, Wood B, Schutte D. A Nurse-Driven Oral Care Protocol to Reduce Hospital-Acquired Pneumonia. *Am J Nurs.* 2019;119(2):44-51. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000553204.21342.01>
30. Marino PJ, Hannigan A, Haywood S, Cole JM, Palmer N, Emanuel C, et al. Comparison of foam swabs and toothbrushes as oral hygiene interventions in mechanically ventilated patients: a randomised split mouth study. *BMJ Open Respir Res.* 2016;3(1):e000150. <https://doi.org/10.1136/bmjresp-2016-000150>
31. Berry AM, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs.* 2006;22(6):318-28. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2006.04.003>
32. Nakhodo N, Nomura Y, Oshiro T, Otsuka R, Kakuta E, Okada A, et al. Effect of Mucosal Brushing on the Serum Levels of C-Reactive Protein for Patients Hospitalized with Acute Symptoms. *Medicina (Kaunas).* 2020;56(10):549. <https://doi.org/10.3390/medicina56100549>
33. Coleman P. Improving oral health care for the frail elderly: A review of widespread problems and best practices. *Geriatric Nurs.* 2002;23(4):189-99. <https://doi.org/10.1067/mgn.2002.126964>
34. Dwivedi V, Torwane NA, Tyagi S, Maran S. Effectiveness of various tongue cleaning aids in the reduction of tongue coating and bacterial load: a comparative clinical study. *J Contemp Dent Pract.* 2019;20(4):444-8.
35. Soussan R, Schimpf C, Pilimis B, Degroote T, Tran M, Bruel C, et al. Ventilator-associated pneumonia: the central role of transcolonization. *J Crit Care.* 2019;50:155-61. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.12.005>
36. Tarihi Y. Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul: Nobel TipKitabevleri, 2014.
37. Özveren H, Uçar H. Efeitos da higiene bucal fornecida com três ferramentas diferentes em pacientes recebendo ventilação mecânica. *J Hum Sci.* 2017;14(4):4507-19. <https://doi.org/10.14687/jhs.v14i4.4948>
38. Abidia RF. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract.* 2007;8(1):76-82.