



OBJN
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

uff

Artigos Originais

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

Interfaces da enfermagem e da odontologia no cuidado gerontológico

Marion Creutzberg. Enfermeira, Dalva Padilha, Cássia da Silva Ricalcati, Fernanda Salazar Meira

RESUMO

A saúde bucal de idosos está abandonada pelos profissionais de saúde. Identifica-se a necessidade premente de ações interdisciplinares que possam mudar este quadro. O estudo teve como objetivo identificar o conteúdo sobre o cuidado com a saúde bucal em livros de enfermagem fundamental comumente utilizados em cursos de graduação em enfermagem. Com o método de revisão de literatura, o conteúdo foi identificado nas categorias: saúde bucal e processo de enfermagem; alterações do envelhecimento e patologias que afetam a saúde bucal; finalidade da higiene oral; material utilizado; o procedimento. A referência ao odontólogo é rara, inferindo que também a ele é relegada apenas uma parte da saúde bucal. Tecer as interfaces existentes entre a enfermagem e a odontologia associada à revisão de conceitos e implementação de ações é fundamental para a adequação do cuidado à saúde bucal do idoso.

Palavras-chave: Enfermagem geriátrica; odontologia para idosos; saúde bucal; higiene bucal

INTRODUÇÃO

Garantir a efetividade do cuidado com a saúde bucal do idoso tem sido uma preocupação constante na enfermagem. De forma especial, no cuidado institucional – hospitalar e instituição asilar – a questão é crônica e se repete: o cuidado básico da higiene oral é deficiente ou até ignorado. Igualmente, estudos na área da odontologia têm verificado a rara existência de cuidados odontológicos nestas instituições.

Creutzberg e Nunes (2001) verificaram, num estudo em instituição asilar em Porto Alegre, no qual foram entrevistados 45 idosos que, quanto à periodicidade da higiene oral, 17% a realiza três vezes por dia, 31% duas vezes ao dia, 38% apenas uma vez ao dia, 11% “de vez em quando” e 3% que realizam a higiene apenas três vezes por semana. Quanto ao uso de escova de dente, 27% não a utilizam. Ao serem indagados sobre o local em que realizam a higiene oral, 57% responderam que o fazem no chuveiro quando tomam banho, ou seja, apenas lavam a boca e/ou a prótese dentária. Estes são apenas alguns dados que demonstram a precariedade do cuidado com a higiene oral como atitude preventiva básica na saúde bucal.

Essa, no entanto, não é uma peculiaridade da realidade brasileira. Estudos em países desenvolvidos, com maior tempo de experiência e vivência na área da geriatria, também relatam a precariedade da saúde bucal dos idosos institucionalizados. Kaiser-Jones et al (1995) afirmam que os residentes de casas asilares nos Estados Unidos são os membros mais negligenciados da sociedade em termos de cuidado odontológico, apresentando uma alta prevalência de patologias orais. Entre 50 – 75% dos idosos institucionalizados apresentam edentulismo e demonstram insatisfação com

suas próteses.

A higiene oral é uma atribuição da equipe de enfermagem, tanto no Brasil e nos demais países. (Brasil, 1986; White, 2000; Kaiser-Jones et al, 1995). É dela a responsabilidade de garantir o cuidado cotidiano de higiene e conforto, incluindo a higiene oral. No entanto, artigos ingleses e americanos (Kaiser-Jones et al, 1995; White, 2000; Paterson, 2000) tem referenciado que o conhecimento da enfermagem sobre a saúde oral é limitado. White (2000) afirma que é freqüente a ausência do conhecimento na formação de enfermeiros e que, na prática clínica, muitas vezes, não é priorizada. Diz ainda, que na admissão do paciente em unidades de internação usualmente há questionamentos sobre a sua saúde bucal, mas sem avaliação adequada. Assim, excelentes oportunidades de identificar problemas são desperdiçadas. Nesse sentido, protocolos de enfermagem de avaliação sistemática da saúde bucal e a conseqüente implementação de cuidados têm sido estudados em alguns países. (White, 2000; Paterson, 2000; Pyle et al, 1998; Kayser-Jones et al, 1995)

Pessoas idosas constituem um grupo de alto risco para inúmeros danos na saúde bucal. Os problemas não são apenas orais, mas afetam a saúde geral, além de reduzir a qualidade de vida das pessoas. É comum o próprio idoso achar desnecessário o cuidado regular, bem como aceitar o cuidado inadequado, entendendo que os problemas periodontais são parte do envelhecimento (Creutzberg e Nunes, 2001; Paterson, 2000).

Com o intuito de contribuir com as ações interdisciplinares na gerontologia e iniciar uma reflexão sobre os motivos que levam à problemática do (des)cuidado com a saúde bucal, propôs-se uma revisão em livros texto utilizados em cursos de graduação em enfermagem.

OBJETIVO

* Identificar o conteúdo sobre o cuidado com a saúde bucal em livros de enfermagem fundamental comumente utilizados em cursos de graduação em enfermagem.

MÉTODO

O método utilizado foi a revisão de literatura em livros específicos de fundamentos e procedimentos de enfermagem. Assim, as obras utilizadas foram as dos autores Posso (1999), Mayor et al. (1999), Potter (1999), Smeltzer, Bare (1998), Veiga, Crossetti (1998), Mussi (1995), Rogante, Furcolin (1994), Atkinson, Murray (1989).

Através da análise dos dados existentes na literatura sobre a avaliação da saúde bucal e da realização da higiene oral, os conteúdos foram organizados em categorias: A saúde bucal no Processo de Enfermagem, Patologias que afetam a saúde bucal, Finalidade da higiene oral, Material utilizado no procedimento, O procedimento, Cuidados com o idoso, Aspectos preventivos da higiene oral.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Saúde bucal e processo de enfermagem

Nesta categoria foram agrupados os conteúdos que se referem às etapas do Processo de Enfermagem. Assim, as subcategorias foram denominadas *anamnese*, *exame físico*, *diagnóstico de enfermagem*, *prescrição de enfermagem e evolução*.

Anamnese

Apenas Smeltzer e Bare (1998) referem-se à anamnese. Indicam que obter uma história

de saúde permite determinar as necessidades de ensino e aprendizagem do paciente com relação à higiene oral preventiva e identificar os sintomas que requerem avaliação de outro profissional. A história inclui questões sobre a rotina de escovação dos dentes e uso de fio dental, frequência das consultas ao dentista, consciência de qualquer lesão ou áreas irritadas na boca, língua ou garganta, necessidades de usar placa parcial ou dentaduras, história recente de dor de garganta ou secreção espumosa, xerostomia, desconforto causado por certas comidas, ingestão diária de alimentos. As autoras enfatizam a importância de analisar os hábitos de vida, avaliando se estes possuem potencial para alterar a saúde, dentre eles o fumo (tipo, quantidade, duração, ocasiões em que fuma), bebidas (tipo de álcool, frequência e quantidade diárias/semanais), cafeína (café, chás, mates, refrigerantes, frequência e quantidade diárias/semanais). Investigar também o estado de saúde quanto a doenças, como *Diabete Mellitus*, câncer, AIDS, uso de terapia medicamentosa imunossupressoras, anticolinérgicos e antidepressivos.

Exame Físico

O exame físico é essencialmente abordado por Smeltzer e Bare (1998). Quanto à técnica de inspeção ressaltam que é necessário remover a dentadura e a placa parcial. O exame pode ser realizado com o uso de uma fonte de luz clara e um abaixador de língua. Luvas são usadas para a palpação das estruturas internas da cavidade oral. O paciente deve ser instruído a abrir a boca. As autoras entendem que o exame físico direcionado à avaliação da saúde bucal não somente inclui as estruturas internas da cavidade oral, mas também as estruturas externas da face e pescoço. Quanto ao exame da cavidade oral indicam a observação de sinais

comuns de doença periodontal como gengivas vermelhas, edemaciadas e/ou hemorrágicas, gengivas sensíveis e/ou doloridas, pus entre gengivas e dentes, recessão gengival, dentes frouxos, úlceras e lesões. Mussi et al (1995) cita as cáries, aftas e monilíases. O ducto de Stensen de cada glândula parótida é visível como um pequeno ponto vermelho na mucosa bucal próximo aos molares superiores. O palato duro é examinado para cor e forma (Smeltzer e Bare, 1998).

Smeltzer e Bare (1998) enfatizam a avaliação da língua quanto à coloração, textura e à presença de lesões. São achados normais uma camada branca e fina e uma grande papila valada em forma de V na porção distal do dorso da língua. Inspeções futuras da superfície ventral da língua e do assoalho da boca são realizadas pedindo-se ao paciente tocar o céu da boca com a ponta da língua. Qualquer lesão da mucosa ou quaisquer anormalidades envolvendo o frênulo ou as veias superficiais na superfície abaixo da língua são notadas. Essa é uma área comum para câncer oral, que se apresenta como uma placa branca ou vermelha, uma úlcera endurecida ou um crescimento verrucoso. A faringe também deve ser inspecionada. Ao exame se pode perceber os pilares anteriores e posteriores, as amídalas, a úvula e a faringe posterior. Essas estruturas são inspecionadas quanto à cor, simetria e evidência de exsudato, ulceração ou excrescências. Normalmente a úvula e o palato mole se levantam simetricamente, indicando o nervo vago intacto (10º nervo craniano). O odor do hálito também deve ser percebido pois a halitose pode indicar abscessos e infecções no sistema digestório. Indica-se a inspeção dos lábios quanto à umidade, hidratação, cor, textura, simetria e presença de ulcerações ou fissuras. O pescoço é examinado quanto ao aumento dos linfonodos.

Diagnóstico de Enfermagem

Somente Smeltzer e Bare (1998) citam os principais diagnósticos de enfermagem identificados na avaliação da saúde bucal, seguindo a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association e os principais fatores relacionados: Membrana da mucosa oral alterada devido à condição patológica infecção ou trauma mecânico ou químico (por exemplo, drogas e dentaduras mal ajustadas); Nutrição alterada, menos do que as necessidades do corpo, relativa à inabilidade de ingerir nutrientes adequados secundária às condições dentárias e orais; Distúrbio de imagem corporal relativo a mudanças físicas na aparência decorrentes da condição da doença ou do seu tratamento; Medo da dor e isolamento social relativos à doença ou a mudanças na aparência física; Dor relativa à lesão oral ou ao tratamento; Comunicação verbal diminuída relativa ao tratamento; Risco de infecção relativa à doença ou ao tratamento; Conhecimento deficiente sobre o processo da doença e plano de tratamento.

Prescrição de Enfermagem

Smeltzer e Bare (1998), em relação ao planejamento relatam que as principais metas são melhorar as condições da membrana da mucosa oral, melhora da ingesta nutricional, obtenção de uma auto-imagem positiva, obtenção de conforto, métodos de comunicação alternativos, ausência de infecção e compreensão da doença e seu tratamento. Para estas autoras a ênfase da enfermagem deve ser dada à administração dos cuidados e medicamentos, educação em saúde e cuidados preventivos. Fazem referência à ação e ao encaminhamento ao odontólogo. Mussi et al (1995) indicam a necessidade de indicar claramente os horários para a realização da higiene oral, como uma forma de garantir que

seja realizada.

Evolução

Os autores não mencionam especificamente aspectos da evolução, até por ser esta, uma decorrência da implementação e avaliação da prescrição de cuidados. No entanto, Posso (1999), Mayor et al (1999), Mussi et al (1995), dão ênfase aos registros no prontuário de todos os pacientes, capazes ou não de autocuidar-se, após a intervenção de enfermagem na higiene oral. Interessante que o registro ao qual se referem estes autores, certamente deveria ser realizado por auxiliares e técnicos de enfermagem, que geralmente são os que realizam a higiene oral. Permitir que estes profissionais realizem tais registros, nem sempre é uma prática permitida nos serviços de saúde.

Alterações do envelhecimento e patologias que afetam a saúde bucal

Smeltzer e Bare (1998), ressaltam a importância das alterações gastrintestinais nesta população, referindo que, embora não seja doença inevitável do envelhecimento, cerca da metade da população terá perdido sua dentição ao chegar aos 60 anos e que é comum a doença periodôntica, o abscesso dentoalveolar e a placa dentária levando à cáries e perda dos dentes. Destacam as anormalidades das glândulas salivares, entre as quais a parotidite, sialadenite, sialolitíase e neoplasias. Incluem também os procedimentos cirúrgicos de reposicionamento e reconstrução da maxila. Ressaltam a frequência de cânceres da cavidade oral, abordando sinais e sintomas, causas prováveis, tratamento. As autoras enfatizam a diminuição da saliva e a xerostomia como afecção mais comum, incluindo sinais e sintomas e alternativas de minimização. Os demais autores não referem

alterações do envelhecimento.

Finalidade da higiene oral

Quanto à categoria *finalidade da higiene oral*, o conteúdo foi organizado nas subcategorias *finalidades gerais e finalidades específicas de acordo com o nível de dependência*. As finalidades específicas no cuidado a idosos não são abordadas pela bibliografia consultada.

Finalidades gerais

De acordo com Mayor et al (1999) e Potter (1999), a higiene oral consiste na conservação e limpeza da cavidade oral do paciente. Mussi et al (1995) acrescenta que o objetivo é a prevenção de cáries dentárias, infecções bucais, digestivas e respiratórias. Posso (1999), soma a estas a finalidade de evitar halitose. Potter (1999) cita a umidificação das estruturas da boca. As medidas preventivas são fundamentais, pois as infecções dos dentes e gengivas afetam a digestão, bem como podem servir de focos de infecções que produzem enfermidades bacterianas, tais como endocardites, artrites e outras infecções digestivas e respiratórias. Essas infecções podem ser evitadas mediante o cuidado bucal regular e sistemático. (Veiga e Crosseti, 1998) Posso (1999) e Potter (1999) ressaltam o conforto ao paciente ou o receptor do cuidado a partir da higiene oral. Veiga e Crosseti (1998), conceituam higiene oral como sendo básica para a saúde e bem-estar. Potter (1999) reforça a idéia de que cuidado adequado previne a doença oral e a destruição dos dentes, ressaltando que em hospitais ou em instituições de cuidado à longo prazo os pacientes geralmente não recebem o cuidado intensivo de que necessitam.

Finalidades específicas de acordo com o nível de dependência

Naquelas pessoas impossibilitadas de

realizar o autocuidado, deve-se realizar o procedimento para prevenir o acúmulo de secreções e a formação de crostas. (Mayor et al,1999). Rogante e Furcolin (1994), definem que a finalidade da higiene oral em paciente entubado é a de manter a cavidade oral limpa, evitar a contaminação da traquéia, proporcionar conforto ao paciente e prevenir a formação de úlceras e lesões de mucosa.

Material utilizado

Nesta categoria o conteúdo sobre o *material utilizado* foi organizado nas sub-categorias *higiene em pessoas capazes de realizar o autocuidado, higiene em pacientes incapazes de realizar autocuidado, cuidados com próteses dentárias EPI e aspectos do controle de infecção*.

Higiene em pessoas capazes de realizar o autocuidado

Mussi et al (1995) e Veiga e Crossetti (1998), referem que deve-se utilizar escova de dentes; creme dental ou solução dentifrícia; copo com água; cuba rim ou similar; toalha de rosto; papel de toalha.

Higiene em pacientes incapazes de realizar autocuidado

Aos pacientes impossibilitados de se autocuidar, o material necessário indicado é escova de dentes ou espátula e gaze; copo com água; canudinho; creme dental ou similar; toalha de rosto e lubrificante se necessário. Em pacientes inconscientes, utiliza-se duas espátulas e gaze, copo com solução dentifrícia, recipiente para lixo, toalha de rosto e lubrificante (Mussi et al, 1995; Posso, 1999; Veiga e Crossetti, 1998). Mayor et al (1999) acrescenta o swab oral ou espátula envolvida em gaze; um pacote de

gaze não-estéril; uma sonda de aspiração e um aspirador. No caso dos pacientes entubados, o material a ser utilizado deve estar em uma bandeja auxiliar contendo solução anti-séptica (solução bicarbonatada a 1%), espátulas envoltas em gaze, lubrificante (vaselina líquida), copo com água, seringa de 20ml, cânula de guedel, (se necessário), forro ou toalha, par de luvas, um metro de cadarço e uma lâmina de bisturi e ter o aspirador montado (Rogante e Furcolin,1994).

Cuidados com próteses dentárias

Para Atkinson e Murray (1989), a intervenção de enfermagem na higiene oral deve enfatizar o cuidado com as próteses; identificação; limpeza, que deve ser realizada com todo o material necessário e técnica correta, cuidado e autocuidado adequados. Utiliza-se escova de dentes; pasta ou solução dentifrícia; cuba-rim; copo com solução; toalha de rosto; folhas de gaze (Veiga e Crossetti, 1998).

EPI e aspectos do controle de infecção

Observa-se em Mayor et al (1999), Mussi et al (1995) e Rogante e Furcolin (1994) a preocupação com o uso de luvas e a lavagem de mãos visando a prevenção e controle de infecção hospitalar.

Procedimento

Quanto ao procedimento, foi organizado o conteúdo referente à técnica propriamente dita. A categoria inclui as sub-categorias *pessoas capazes de realizar o autocuidado, pessoas impedidas de realizar o autocuidado, cuidados com prótese dentária e higiene oral especial*.

O cuidado oral deve ser proporcionado diariamente e regularmente, a frequência das medidas higiênicas depende das condições da cavidade oral do paciente. A escovação, o uso de fio dental e a irrigação são necessários para a limpeza adequada. Os pacientes também

se beneficiam de uma dieta apropriada que exclua alimentos capazes de levar à formação de placa e à deterioração do dente e que promova estrutura periodontal sadia (Potter, 1999).

Pessoas capazes de realizar o autocuidado

Deve-se orientá-lo a utilizar o banheiro quando possível, oferecer o material necessário para higiene oral (Mayor et al, 1999). Mussi et al (1995) e Veiga e Crossetti (1998), afirmam que a higiene oral pode ser realizada de maneira interativa, propondo a explicação do procedimento ao paciente, lavagem de mãos, preparação do material. Em seguida deve-se posicionar a cabeceira da cama e/ou solicitar ao paciente que permaneça sentado. Visando a proteção do paciente deve-se oferecer toalha de rosto, sendo esta colocada no tórax. Por tratar-se de um paciente independente, o profissional deve colocar o material junto a ele. Solicitar que escove a face anterior e posterior dos dentes, no sentido gengiva-dente inclusive a língua. Orientá-lo para que deixe escorrer a água na cuba rim por dos cantos da boca enxaguando bem a cavidade oral, após este deve enxugar a boca com toalha de rosto.

Pessoas impedidas de realizar o autocuidado

Mussi et al (1995), Posso (1999) e Veiga e Crossetti (1998) apontam para a necessidade de iniciar orientando a pessoa sobre o procedimento observando as condições da cavidade oral; lavar as mãos; colocar as luvas (Mayor et al, 1999); preparar o material; erguer a cabeceira da cama e/ou solicitar ao paciente para assentar-se; colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente; colocar a cuba rim próxima ao rosto do paciente. Em seguida deve-se utilizar a escova de dentes umedecida com creme dental, caso não esteja disponível a escova de dentes, umedece-

se a gaze em volta da espátula com dentifrício. A limpeza consiste em escovar a face anterior e posterior dos dentes no sentido gengiva-dente, escovando a língua evitando feri-la e provocar náuseas. Oferecer água para o paciente bochechar e enxaguar a boca; se necessário usar canudinho, explicar ao paciente para que deixe escorrer a água na cuba rim por um dos cantos da boca. Retirar a cuba rim e enxugar a boca com a toalha de rosto. Lubrificar os lábios se necessário. Enxaguar a escova de dentes secá-la e guardá-la protegida com papel toalha. Lavar as mãos.

Potter (1999) lembra que os pacientes inconscientes possuem maior suscetibilidade ao ressecamento das secreções salivares mucoespessadas por não comer e beber. Este também não pode deglutir as secreções salivares acumuladas na boca. Tais secreções geralmente contêm bactérias que podem causar pneumonia se aspiradas para dentro dos pulmões. Assim, cabe ao profissional de enfermagem proteger o paciente de um sufocamento e aspiração, pois a limpeza da cavidade oral é fundamental e é vista de maneira preventiva.

Em relação aos *pacientes inconscientes* a técnica consiste em informar aos pacientes sobre o procedimento, observando as condições da cavidade oral. Lavar as mãos e preparar o material. Lateralizar a cabeça do paciente ou elevar a cabeceira se não houver contra-indicação (visando evitar aspiração). Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente. Envolver a gaze na espátula e umedecê-la com solução dentifrícia, abrir a boca do paciente com o auxílio da espátula e friccionar a espátula envolta em gaze nos dentes, gengiva e língua. Repetir a limpeza quantas vezes for necessário trocando as gazes. Secar os lábios e lubrificá-los, retirar a toalha de rosto deixar o paciente confortável e organizar a unidade. Lavar as mãos (Mussi et al, 1995; Posso, 1999 e Veiga e

Crossetti, 1998).

Rogante e Furcolin (1994), sugerem, para *pacientes entubados*, lavar as mãos; explicar o procedimento e finalidade ao paciente; prevenir infecção; assegurar a tranquilidade do paciente; reunir o material; colocar o paciente em decúbito dorsal, elevado a 45 graus; calçar luvas; colocar uma toalha ou forro na parte superior do tórax e do pescoço do paciente; verificar se o *cuff* da cânula endotraqueal ou de traqueostomia está rigorosamente insuflado; abrir sonda nasogástrica, caso haja conteúdo gástrico instilar água bicarbonada pelo orifício da cânula de guedel, com auxílio de uma seringa, e fazer a aspiração em seguida; evitar que a solução anti-séptica e/ou salivação penetre na traquéia durante a higienização; evitar náuseas e refluxo do conteúdo gástrico para a boca; garantir que toda a secreção depositada acima do *cuff* da cânula endotraqueal seja removida. Proceder à limpeza da própria cânula de guedel; retirar a cânula de guedel e lavá-la em água corrente na pia do sanitário do paciente ou proceder a troca por outra estéril, conforme a rotina da unidade.

Cuidados com prótese dentária

Veiga e Crossetti (1998) e Potter (1999), mencionam que deve-se retirar a prótese com auxílio de uma gaze, com cuidado para não machucar as gengivas. Escová-la com escova e pasta de dentes ou sabão. Enxaguar bem a prótese com água morna e depois com solução dentifrícia. Solicitar ao paciente que enxágüe a boca com solução dentifrícia e, se tiver condições, recolocar a prótese.

Se o paciente for inconsciente, ou tiver que ser submetido a uma cirurgia, a dentadura não deve ser recolocada. Caso a prótese não seja recolocada, deve-se guardá-la em um copo com solução dentifrícia bem diluída. Se o paciente conseguir realizar a limpeza da prótese

devemos ensiná-lo quanto ao procedimento, e fornecer o material necessário. Pode-se oferecer ao paciente biombos, pois geralmente este se constrange de limpá-la na presença de outras pessoas. (Veiga e Crossetti, 1998 e Potter, 1999)

Higiene oral especial

Potter (1999), refere que algumas pessoas necessitam de métodos especiais de higiene oral, devido ao seu nível de dependência e/ou presença de problemas na mucosa oral.

Pessoas com *risco de estomatite*: a quimioterapia, a radiação e intubação com sonda nasogástrica podem causar estomatite. Assim os pacientes submetidos a esses tratamentos devem lavar a boca antes e depois das refeições, utilizando uma solução com bicarbonato de sódio. Para remover o muco água oxigenada para quatro partes de soro fisiológico.

Os *portadores de diabetes mellitus* devem consultar o odontologista a cada 3 meses. Todos os tecidos da cavidade oral devem ser manipulados delicadamente evitando trauma. O profissional de enfermagem deve observar e avaliar o portador de diabetes, pois estes têm maior incidência de doença periodontal.

Pessoas com *infecções orais*: o profissional de enfermagem deve observar sinais de infecção, como ulcerações com crostas, língua edemaciada, seca e vermelha, halitose ou língua saburrosa. Pode então aplicar antibióticos líquidos prescritos, utilizando uma esponja macia ou fazendo o paciente lavar a cavidade oral com a medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conteúdos disponíveis para que o enfermeiro possa realizar, adequadamente, a anamnese e o exame físico, levando-o ao

diagnóstico e a implementação de cuidados, são abordados em parte da bibliografia revisada. Aspectos para a anamnese são descritos em apenas um livro e o exame físico, em dois. Isso demonstra uma lacuna na formação do enfermeiro e, como inicialmente dito, oportunidades potenciais para a identificação de problemas são desperdiçadas. Nesse sentido, protocolos de enfermagem de avaliação sistemática da saúde bucal para a implementação de cuidados fazem-se necessários.

As alterações do envelhecimento e patologias que afetam a saúde bucal do idoso são abordados apenas por uma obra que inclui capítulos ao cuidado do idoso. Portanto é fundamental que o estudante e o profissional busquem este aporte em literatura específica.

Com exceção de duas obras, as demais abordam a finalidade da higiene oral, enfatizando a sua importância na prevenção de afecções bucais e respiratórias, bem como o conforto ao paciente. Quanto ao material a ser utilizado e o procedimento, somente duas não os descrevem. A técnica é detalhadamente descrita, evidenciando a preocupação com os diferentes níveis de dependência em que a pessoa pode se encontrar. Infere-se, portanto que a ineficiência da higiene oral não está ligada à indisponibilidade de informações que o enfermeiro, responsável pela equipe que a realiza, tem ao seu alcance sobre a realização da mesma.

Além das lacunas já citadas acima, no que se refere à avaliação da saúde bucal, aspectos como o diminuído número de integrantes nas equipes, a sobrecarga destes, o custo de material, a desvalorização deste aspecto e fatores culturais poderiam ser investigados. Talvez isto se deva ao fato de que a boca, na maior parte da literatura revisada, parece ser vista isoladamente, sem relações com a fala, estética, isolamento social e auto-estima, refletindo a fragmentação do ser humano ainda

prevalente no âmbito das ciências da saúde. A referência ao odontólogo é rara, inferindo que também a ele é relegada apenas uma parte da saúde bucal. Tecer as interfaces existentes entre a enfermagem e a odontologia certamente é um desafio às duas áreas de conhecimento!

REFERÊNCIAS

1. Atkinson L, Murray ME. Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 1989.
2. Brasil. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: 1986.
3. Creutzberg M, Nunes A.C. Cuidado à saúde e promoção da qualidade de vida em uma instituição gerontológica: subsídios para o desenvolvimento de modelo assistencial de enfermagem. Porto Alegre: PUCRS, 2001. [acesso restrito]
4. Kaiser-Jones J et al. An instrument to assess the oral health status of nursing home. *The Gerontologist*. Washington 1995 Dec; 35(6), disponível em <http://proquest.com>, 28/7/2003.
5. Mayor ERC et al. Manual de Procedimentos e Assistência de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.
6. Mussi, NM et al. Técnicas fundamentais de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 1995.
7. Paterson H. Oral health in longterm care settings. *Nursing Older People*. Ely 2000 Oct; 12(7), disponível em <http://proquest.com>, 28/7/2003.
8. Posso MBS. Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 1999.
9. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 4 ed. Volume 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
10. Pyle MA et al. A pilot study on improving oral care in long-term care settings part I: Oral Health Assessment. *Journal of Gerontological Nursing*. Thorofare 1998 Oct; 24(10), disponível em <http://proquest.com>, 28/7/2003.

11. Rogante MM, Furcolin MIR. Procedimentos Especializados de Enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu, 1994.
12. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
13. Veiga DA, Crossetti MGO. Manual de Técnicas de Enfermagem. 8ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
14. White R, Nurse assessment of oral health: a review of practice and education. British Journal of Nursing. London 2000 Mar; 9(5), disponível em <http://proquest.com>, 28/7/2003.

Received: November 1st, 2004

Accepted: November 29th, 2004