

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

JÚLIA ALVES CABADA  
JÚLIA CARVALHO DA SILVA

PROFESSOR-ORIENTADOR  
ROBERTO GOMES

**ODONTOLOGIA HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA  
DENTRO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES NAS UNIDADES DE TERAPIA  
INTENSIVA.**

Rio de Janeiro

2020

**Odontologia hospitalar: A importância do cirurgião dentista dentro das equipes multidisciplinares nas unidades de terapia intensiva.**

**Hospital dentistry: The importance of the dental surgeon within multidisciplinary teams in intensive care units.**

**Júlia Alves Cabada Júlia Carvalho da Silva**

Acadêmicos de Odontologia do Centro Universitário São José

**Roberto Gomes**

Professor orientador do Centro Universitário São José

## **RESUMO**

A cavidade bucal sadia está intimamente ligada à saúde geral e à qualidade de vida. Odontologia Hospitalar pode ser compreendida por cuidados das alterações bucais que exigem intervenções de equipes multidisciplinares nos atendimentos de alta complexidade. A Odontologia integrada ao hospital permite melhor desempenho no compromisso de assistência ao paciente e expandiu o atendimento de saúde bucal à população. A inserção do cirurgião dentista dentro de hospitais e das unidades de terapia intensiva fica cada vez mais recomendada, pois há necessidade de se conhecer as características bucais desses pacientes, para diagnosticar, tratar e promover saúde bucal. A participação do cirurgião-dentista em nível ambulatorial ou baixa hospitalar tem o objetivo de colaborar, oferecer e agregar mais força ao que caracteriza a nova identidade do hospital. O objetivo geral deste trabalho é relatar a importância da Odontologia Hospitalar através da promoção de saúde bucal coletiva, visando gerar motivação ao paciente; avaliando as condições orais dos pacientes e realizar a instrução de higiene oral de acordo com seu nível de dependência; discutir, a importância de se ministrar conceitos sobre a odontologia hospitalar para o exercício da profissão odontológica e como se encontra a situação a respeito atualmente.

**Palavras-chave: Equipe hospitalar de odontologia; saúde bucal; pacientes internados.**

## **ABSTRACT**

The healthy oral cavity is closely linked to general health and quality of life. Hospital dentistry can be understood by taking care of oral changes that require interventions by multidisciplinary teams in highly complex care. Dentistry integrated into the hospital allows for better performance in patient care commitment and expanded oral health care to the population. The insertion of the dental surgeon within hospitals and intensive care units is increasingly recommended, as there is a need to know the oral characteristics of these patients, to diagnose, treat and promote oral health. The participation of the dental surgeon on an outpatient or hospital level aims to collaborate, offer and add more strength to what characterizes the new identity of the hospital. The general objective of this work is to report the importance of Hospital Dentistry through the promotion of collective oral health, aiming to generate motivation to the patient; assessing patients' oral conditions and conducting oral hygiene instruction according to their level of dependency; discuss, the importance of teaching concepts about hospital dentistry for the exercise of the dental profession and how is the situation regarding it today

**Key-words: Hospital dental team; oral health; hospitalized patients.**

## **INTRODUÇÃO:**

O cuidado com a cavidade oral vem desde os tempos A.C. onde possui relatos que anunciavam sobre a importância da manutenção da saúde bucal, em virtude de manter a saúde. A odontologia hospitalar pode ser definida como uma prática que visa os cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente.

A Odontologia Hospitalar (OH) pode ser definida como o ato odontológico exercido dentro do ambiente hospitalar, oferecido ao paciente que se encontra internado por apresentar comprometimentos clínicos. Este inclui um conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. A OH foca no fato de que a normalidade da boca só tem significado quando acompanhada de um grau razoável de saúde geral do indivíduo.

Dentro da unidade intensiva de tratamento (UTI) o paciente fica exposto a diversos tipos de bactérias e possíveis infecções, esses pacientes se encontram com o sistema imunológico comprometido, tendo exposição a procedimentos invasivos como a desidratação terapêutica (utilizada para aumentar a função respiratória e cardíaca), levando o paciente a desenvolver a xerostomia ( que consiste na diminuição do fluxo salivar). O que desencadeia no paciente ressecamento da secreção salivar, tornando o muco espessado, principalmente por causa da incapacidade de nutrição, hidratação e respiração.

Todavia nem todos os hospitais contam com a presença de do cirurgião dentista, relegando ao segundo plano os cuidados de atenção com a higiene bucal, e conseqüentemente aumento da quantidade e complexidade da placa dental, sendo estes microrganismos intimamente associados a infecções nosocomiais. A placa dental pode assim, atuar como um reservatório para a colonização dos patógenos no trato respiratório para a colonização dos patógenos no trato respiratório, que podem ser encontrados na saliva, agravando o quadro clínico dos pacientes encontrados neste ambiente.

De acordo com o artigo 29 do capítulo X do Código de Ética Odontológico, que discorre sobre a Odontologia Hospitalar, compete ao cirurgião-dentista internar e assistir

pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. O artigo 28 estabelece que constitui infração ética fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da Odontologia e afastar-se de suas atividades profissionais sem deixar outro cirurgião-dentista encarregado do atendimento de seus pacientes internado ou em estado grave.

A inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar do hospital permite cuidar do paciente de forma integral, assim como pode ajudar a reduzir custos e o tempo de permanência hospitalar. Além disso, a coleta de dados pode traçar o perfil epidemiológico do atendimento à saúde e, diante da ausência de indicadores oficiais da Secretaria de Estado da Saúde em relação aos serviços de odontologia hospitalar, o Grupo de Trabalho em Odontologia Hospitalar sugere coletar uma lista de informações gerais (idade, gênero, cor da pele, motivo da internação), informações sobre condições sistêmicas de saúde (informações nutricionais, sinais e sintomas de infecção, doenças de base), informações sobre condições de saúde bucal (CPOD, condições periodontais, presença de biofilme, alterações na mucosa oral, etc.), informações sobre qualidade de vida (OHIP-14) e informações sobre gestão do trabalho e da produtividade (número de pacientes atendidos, número de tratamentos concluídos, tipo e quantidade de procedimentos realizados, etc.)

Este trabalho tem como objetivo geral avaliar a atuação odontológica em unidades de terapia intensiva. Determinar o impacto da saúde oral frente à saúde sistêmica de pacientes internados em unidade de terapia intensiva e que estes atendimentos devem ser preconizados. Sendo assim, verificar a existência de protocolos de controle de infecção oral nos hospitais do estado do Rio de Janeiro e saber quais são os procedimentos de higiene bucal adotados com pacientes internados.

Tem como objetivos específicos detalhar do atendimento odontológico dos pacientes hospitalizados e a eliminação dos fatores de risco onde ocorre a redução do aparecimento de possível infecção hospitalar e/ou agravamento à saúde dos pacientes hospitalizados.

Avaliar a condição bucal e necessidade de tratamento odontológico por um cirurgião dentista habilitado em Odontologia Hospitalar.

Avaliar presença de biofilme bucal, doença periodontal, presença de cáries, lesões bucais precursoras de infecções virais e fúngicas sistêmicas, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados.

Observar a inter-relação das doenças periodontais com doenças sistêmicas no caso de pacientes dentro da unidade de terapia intensiva, como doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e doenças respiratórias.

Relacionar os cuidados bucais nos pacientes em UTI, realizados da forma correta, com a redução do aparecimento de pneumonia associada ao uso de ventilação artificial.

Como metodologia foi realizado o presente trabalho de caráter qualitativo, buscando referências em artigos disponíveis em bancos de dados eletrônicos que informaram a importância do cirurgião-dentista dentro das UTIs. Foram selecionados artigos publicados a partir do ano de 2000, independente do idioma. As bases de dados utilizadas foram BVS, SCIELO, PubMed e Cochrane. As palavras-chave usadas na busca dos artigos foram: odontologia hospitalar (hospital dentistry), saúde bucal hospitalizado (oral health hospitalized), protocolo bucal (oral protocol), unidade terapia intensiva (intensive care unit). A partir da pesquisa através das palavras-chave, foram selecionados apenas os artigos com título que apresentaram coerência ao tema principal. Para complemento da pesquisa foram utilizados Projetos de leis e regulamentação.

Formulando assim nossa problemática e/ou questão norteadora: “O cirurgião dentista possui uma função ativa dentro dessa equipe multidisciplinar ou qualquer outro membro poderia desenvolver sua função?”.

Como hipótese e suposições vemos que pesquisas científicas analisando grupo tratado e controle acredita -se que com parâmetros parecidos para infecção, mostraram uma diminuição significativa na incidência de pneumonias, redução de mortalidade e uso de antibióticos não profiláticos quando submetidos aos cuidados odontológicos para prevenir a colonização da microbiota da cavidade bucal que posteriormente possam alcançar o trato respiratório e levar a pneumonia, tem sido estudada a aplicação de antibióticos tópicos não absorvíveis.

Mas, o uso contínuo de antibióticos profiláticos eleva o risco de seleção de microorganismos resistentes, não sendo recomendado. Patógenos respiratórios quando

estabelecidos no biofilme, são mais difíceis de serem combatidos. A efetividade de gluconato de clorexidina a 0,12% como descontaminante orofaríngeo foi testada em um grupo de 353 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca (n=173 grupo teste e n=180 grupo controle), comparando com uma solução de placebo 4.

O índice de infecção nosocomial foi reduzido em 65%, enquanto a incidência total de infecções do trato respiratório foi 69% menor no grupo de pacientes que utilizaram clorexidina no pré-operatório (bochecho) e pós-operatório (solução rigorosamente aplicada na bochecha, faringe, gengiva, língua e superfícies dentárias por 30 segundos, duas vezes ao dia). Esses pesquisadores também notaram uma redução de 43% no uso de antibioticoterapia não-profilática pacientes tratados com clorexidina. Finalmente, a taxa de mortalidade total foi de 1,16% no grupo tratado com clorexidina contra 5,56% no grupo placebo. A prevalência de gengivite em ou ataque asmático agudo 5.

A importância da utilização de solução anti-microbiana como coadjuvante ou método principal para higiene oral de idosos ou indivíduos com deficiência física, objetivando, com isto, prevenir doenças sistêmicas como pneumonia bacteriana e endocardites. Os autores citaram, como solução antimicrobiana oral, uma substância contendo derivados fenólicos como o timol, gluconato de clorexidina, cloridrato de cetilpiridíneo, triclosan e povidine. A cavidade oral tem sido considerada um potente reservatório para os patógenos respiratórios e a pneumonia nosocomial é a segunda infecção mais comum nas instituições de caridade, representando aproximadamente de 10 a 15% do total de infecções adquiridas em hospitais, sendo que 20 a 50% dos pacientes afetados morrem por causa da infecção. As condições que predis põem à aspiração de patógenos orais ou secreções orofaríngeas são epilepsia, derrame cerebral, doença de Parkinson e alcoolismo. A doença periodontal e a pobre higienização bucal podem resultar em uma maior concentração dos patógenos orais na saliva, podendo ser aspirados para dentro do pulmão, confundindo a fase imunológica. Os patógenos periodontais podem facilitar a colonização dos patógenos pulmonares nas vias aéreas superiores.

A efetividade da solução oral de gluconato de clorexidina a 0,12%, comparado ao Listerine (mistura fenólica), foi testada como meio de diminuir a colonização bacteriana do trato respi-ratório, e assim, reduzir a pneumonia nosocomial em pacientes submetidos

à cirurgia cardíaca aberta. Nos pacientes entubados por mais de 24 horas que mostraram alto grau de crescimento bacteriano na cultura de amostras de escarro coletadas durante a extubação, a taxa de pneumonia foi 71% menor no grupo de pacientes em que foi utilizado o gluconato de clorexidina para limpeza das superfícies da cavidade oral no pré e pós-operatório.

Concluíram que cuidados de higiene oral podem ser úteis na prevenção de pneumonia em idosos. No grupo de idosos que receberam cuidados de higiene oral regular, a incidência de pneumonia e o número de pacientes que morreram em consequência de pneumonia foi significativamente menor que no grupo de idosos que não receberam tais cuidados. A eficácia de cuidados profissionais de higiene oral em idosos executados por higienista uma vez por semana foi avaliada durante 24 meses<sup>10</sup>. Os autores concluíram que a prevalência de febre e a proporção de óbito decorrente de pneumonia por aspiração foram significativamente menores no grupo de pacientes com cuidados de higiene oral profissional, quando comparado com o grupo que não recebeu tais cuidados.

A pneumonia por aspiração tem como principal via de ocorrência a aspiração de conteúdos da orofaringe. Os autores concluem também que a higiene oral é um importante fator no combate à pneumonia por aspiração, pois a placa bacteriana pode atuar como reservatório de patógenos respiratórios. Diabéticos, idosos, imunossuprimidos, pacientes com doenças pulmonares e com doença periodontal devem receber cuidados redobrados por serem mais suscetíveis à aspiração de secreções da orofaringe, e mais vulneráveis à colonização de bacilos Gram-negativos e bactérias anaeróbias, que são as principais responsáveis pelo desenvolvimento de pneumonia por aspiração.

Justificando o presente trabalho, atualmente a maioria da população não sabe do que se trata a Odontologia Hospitalar, muito menos dos procedimentos realizados, sendo que não abrange somente às intervenções cirúrgicas. A definição de Odontologia hospitalar segundo CAMARGO (3) é uma prática que visa cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente.

Quando se trata de uma Odontologia integrada a uma equipe multidisciplinar devemos tratar o indivíduo como um todo, não somente focar a região da cavidade bucal pois a boca abriga micro-organismos que com facilidade ganham a corrente circulatória expondo o paciente a um risco de uma enfermidade. A Odontologia em si não poderia se isolar de outras profissões, e sim compartilhar a sua responsabilidade com outros profissionais da saúde como o médico, com ênfase na cirurgia e na profilaxia pré e pós-operatória.

Desde o início, a prática das profissões da área da saúde teve como objetivo diagnostico. No Brasil, as infecções respiratórias hospitalares representam de 13% a 18% de todas as infecções adquiridas nesse ambiente. Exige atenção especial a pneumonia nosocomial que é a segunda causa de infecção hospitalar, englobando de 10 a 15% das infecções hospitalares, sendo que 20 a 50% dos pacientes falecem devido a esse problema. O seu estabelecimento dela ocorre com a invasão de bactérias, especialmente bastonetes Gram-negativos no trato respiratório inferior (*Acinetobacter* spp, *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella* spp, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter* spp. e *Proteus mirabilis*)

Várias são as vias de acesso dos microorganismos para o trato respiratório; como a inoculação direta por aspiração, inalação de aerossóis infectados, disseminação hematogena e extensão da infecção de áreas adjacentes, sendo a via mais comum de infecção a aspiração de micro-organismos da cavidade bucal e orofaringe, mostrando que a microbiota oral tem um papel significativo na etiologia das infecções pulmonares. Com isso essa colonização de micro-organismos pode ser favorecida ou agravada com a higienização negligenciada durante o período de internamento dos pacientes.

A ventilação mecânica é uma das principais ferramentas no tratamento de pacientes graves, em especial, aqueles que apresentam insuficiência respiratória, constituindo um dos pilares terapêuticos das UTIs. Segundo Martino (1998), a incidência da pneumonia nosocomial é de sete a 21 vezes maior em pacientes entubados do que aqueles que não necessitam ventilador. Para Lode et al.(2000),86% dos casos estão relacionados à ventilação mecânica.A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é a infecção adquirida na unidade de terapia intensiva (UTI) mais frequente em pacientes internados a este tipo de procedimento. É definida como uma pneumonia que

se desenvolve de 48 a 72 horas a partir do início da ventilação mecânica, sendo considerada até 48 horas após a extubação. Além de prolongar o tempo de internação, aumenta os custos do tratamento. A presença do biofilme dental, higiene oral deficiente e doença periodontal no paciente de UTI são fatores que podem favorecer o desenvolvimento da pneumonia nosocomial, pois patógenos em alta concentração na saliva podem ser aspirados para infecção dos pulmões.

Tal fato, justifica a importância e necessidade de profissional preparado e apto para manutenção da higiene bucal. A presença do cirurgião-dentista de forma intensiva nos hospitais não é uma realidade em todo território nacional, mas a sua importância já é sabida na redução dos custos e tempo de internação que envolve o tratamento. Pesquisas científicas analisando grupo tratado e controle, com parâmetros parecidos para infecção, mostraram uma diminuição significativa na incidência de pneumonias, redução de mortalidade e uso de antibióticos não profiláticos quando submetidos aos cuidados odontológicos.

Dessa forma, o cirurgião-dentista assume um novo desafio no ambiente hospitalar, devendo estar capacitado para interpretar exames complementares, diagnosticar e prevenir alterações bucais e saber atuar frente às situações de emergência. Atividades de higienização da cavidade oral desenvolvidas pelo mesmo provocam segurança e alívio à equipe multidisciplinar em hospital. Das instituições que fizeram parte deste estudo, 32% afirmaram que quando um paciente é internado para realização de um procedimento cirúrgico, este é submetido anteriormente a uma avaliação da cavidade bucal, enquanto 53% dos hospitais pesquisados não realizam tal conduta. Um total de 15% dos entrevistados não responderam este quesito.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

De acordo com a Resolução nº 7 de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, deve ser garantida a assistência odontológica à beira do leito, sendo esta integrada às demais atividades e discutida conjuntamente pela equipe multiprofissional.

Com esta resolução também surgiram diretrizes para os cursos de habilitação em OH, sendo exigido um mínimo de 350 horas e um conteúdo básico que explora a rotina hospitalar, a propedêutica clínica e o suporte básico de vida, sendo 30% de atividades práticas e 70% de aulas teóricas.

De acordo com o artigo 26 do capítulo X do Código de Ética Odontológico, que discorre sobre a Odontologia Hospitalar, compete ao cirurgião-dentista internar e assistir o paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições.

O artigo 28 estabelece que constitui infração ética fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da Odontologia e afastar-se de suas atividades profissionais sem deixar outro cirurgião-dentista encarregado do atendimento de seus pacientes internado ou em estado grave.

Além disso, a coleta de dados pode traçar o perfil epidemiológico do atendimento à saúde e, diante da ausência de indicadores oficiais da Secretaria de Estado da Saúde em relação aos serviços de odontologia hospitalar, o Grupo de Trabalho em Odontologia Hospitalar sugere coletar uma lista de informações mínimas, como informações gerais (idade, gênero, cor da pele, motivo da internação), informações sobre condições sistêmicas de saúde (informações nutricionais, sinais e sintomas de infecção, doenças de base), informações sobre condições de saúde bucal (CPOD, condições periodontais, presença de biofilme, alterações na mucosa oral, etc.), informações sobre qualidade de vida (OHIP-14) e informações sobre gestão do trabalho e da produtividade (número de pacientes atendidos, número de tratamentos concluídos, tipo e quantidade de procedimentos realizados, etc.).

De acordo com Camargo (2005), o cirurgião dentista pode atuar no ambiente hospitalar como prestador de serviços, tanto em nível ambulatorial quanto em regime de internação. A condição da saúde bucal influencia na evolução e na resposta do paciente ao tratamento médico, assim como pode ser afetada pela condição sistêmica, pelo estresse e pelos medicamentos administrados. A cavidade bucal abriga microrganismos que podem entrar na corrente circulatória, expondo o paciente a maior risco de infecção em outros locais do organismo.

- **Principais complicações da falta de cuidados com a higiene oral no âmbito da UTI**

A incapacidade do autocuidado contribui para a precariedade da higienização bucal, acarretando no desequilíbrio da microbiota residente da cavidade oral, com consequente aumento da possibilidade de aquisição de diversas doenças infecciosas comprometendo a saúde integral do paciente. Os pacientes mais vulneráveis a infecções são os internados em unidades de terapia intensiva (UTI), em especial os que estão sob ventilação mecânica, pois o reflexo da tosse, a expectoração e as barreiras imunológicas estão deficientes (TOLEDO&CRUZ, 2009).

Na UTI o paciente está mais exposto ao risco de infecção, é evidenciado que os pacientes têm um aumento de cinco a dez vezes da chance de contrair infecção e que esta pode representar cerca de 20% do total das infecções de um hospital. Estes pacientes estão com o estado clínico comprometido, ou seja, apresentam mudanças no sistema imunológico, exposição à procedimentos invasivos, desidratação terapêutica (prática comum para aumentar a função respiratória e cardíaca), o que leva a xerostomia (redução do fluxo salivar). Ainda é ressaltado que são suscetíveis ao ressecamento da secreção salivar, tornando-se muco espessado, especialmente devido à incapacidade de nutrição, hidratação e respiração (TOLEDO&CRUZ, 2009).

A cavidade bucal é a primeira porta de entrada para microrganismos patogênicos que causam infecções sistêmicas nas vias respiratórias, sendo a pneumonia uma delas. A pneumonia por aspiração é o tipo mais comum de pneumonia nosocomial ou hospitalar, é uma infecção do parênquima pulmonar provocada por diversos tipos de agentes etiológicos entre eles bactérias, fungos e vírus. A carência de atenção com a higiene bucal e a redução do fluxo salivar resulta num aumento da quantidade e complexidade da placa dental, que colabora para a interação entre bactérias (GOMES&ESTEVES, 2012).

Estes microrganismos que colonizam as superfícies da cavidade bucal podem ser dispersos para outras regiões do organismo, por meio dos procedimentos hospitalares de rotina na UTI como a intubação sob ventilação mecânica, que pode transportar bactérias existentes na cavidade bucal e orofaringe até os pulmões (RAGHAVENDRAN et al.,2007), favorecendo o alojamento da pneumonia nosocomial, que se relaciona com aumento do tempo de hospitalização dos pacientes, onerando o tratamento ou, então, causando o óbito (PINHEIRO et al., 2007).

Os pacientes de terapia intensiva frequentemente permanecem com a boca aberta, devido à intubação traqueal, facilitando a desidratação da mucosa oral. A diminuição do fluxo salivar aumenta a saburra ou biofilme da língua (matriz orgânica estagnada) na face dorsal da língua, favorecendo a produção de componentes instáveis de enxofre, como mercaptanas (CH SH) e hidratos de enxofre (HS) com cheiro desagradável e bactérias de colonização (ADIBIA, 2007).

A Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é causada por microrganismos com entrada no trato respiratório. A PAV endêmica é adquirida principalmente pela colonização por microrganismos na orofaringe, que constituem uma comunidade ou população específica e é regularmente causada por contaminações de equipamentos, ar e água. O tubo endotraqueal (ETT) causa desvio dos sistemas normais de defesa, de modo que os cílios e as proteções da mucosa das narinas e ambiente bucal incentivem a formação de placa e subsequente crescimento de bactérias. Como as secreções se concentram na porção mais posterior da boca e acima do manguito do ETT, o mesmo ocorre com as bactérias. Não é difícil para estes patógenos entrar nos pulmões (microaspiração). Um Estudo realizado por Safdar et al, (2005), relatou que dentro de 24 horas, todos os pacientes entubados tornam-se colonizados por bactérias patogênicas.

Tendo conhecimento dos riscos bacterianos originados na boca, indica-se a limpeza completa da cavidade oral, compreendendo dentes, gengiva e língua, removendo resíduos de alimentos e placa bacteriana. A ideia é promover um ambiente oral "imune" às complicações orais decorrentes da falta de cuidados. Pacientes com higiene bucal inapropriada e condições odontológicas insatisfatórias apresentam maior risco de complicações locais e sistêmicas (OLIVEIRA et al.,2007).

É importante salientar que as infecções hospitalares influenciam drasticamente no período de hospitalização e nos índices de morbimortalidade, interferindo de maneira significativa nos custos do tratamento, especialmente no consumo de antibióticos, gastos com isolamento e exames laboratoriais, considerando o prolongamento do período de internação (PITTET, 2005).

As condições clínicas, comorbidades e extremos de idade elevam os riscos de infecção, especialmente em diabéticos, portadores de neoplasias, hipertensos, pacientes com insuficiência renal, tabagistas, alcoolistas, obesos, em estado de desnutrição, anemia entre outras condições (LIMA et al.,2007).

O objetivo da atenção primária em odontologia é impedir o desenvolvimento de doenças ou reverter seu estado em estágios iniciais, como cáries, doenças periodontais e câncer bucal (ARAUJO et al., 2009).

A manutenção de um controle rigoroso da higiene bucal de pacientes admitidos em UTI tende a controlar o avanço e a maturação de um biofilme de patogenicidade elevada nos diversos sítios da cavidade bucal, não só nos dentes, mas também na mucosa de recobrimento, língua e dispositivos protéticos (AMARAL et al., 2013). Bactérias gram-positivas são comumente vistas na cavidade bucal, mas, à medida que o biofilme se desenvolve, pode haver associações com bactérias anaeróbicas gram-negativas e fungos, tornando este biofilme mais patogênico e, portanto, elevando o risco de complicações sistêmicas (SANTOS et al.,2008).

A higiene bucal eficaz de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta seu volume de maneira rápida e intensa, pois é comum nestes pacientes a diminuição da autolimpeza natural da cavidade bucal. A autolimpeza bucal insatisfatória acontece por diversos motivos: redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, diminuição da movimentação da língua e das bochechas, queda do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos, sangramentos espontâneos da mucosabucal e a presença de ressecamento e fissuras labiais (TABLAN et al.,2003).

O acúmulo da placa bacteriana na cavidade bucal pode influenciar as terapêuticas médicas, devido à condição de virulência dos microrganismos que nela se encontram, os quais podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como a doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões em mucosas, dentes fraturados ou infectados,

traumas provocados por próteses fixas ou móveis, que podem trazer para o paciente repercussões na sua condição sistêmica (RABELO et al., 2010).

Um estudo realizado por Amaral e seus colaboradores em 2013, usando questionários aplicados em equipes multidisciplinares de UTIs, trouxe questionamentos sobre a influência da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar na melhora no quadro clínico dos pacientes. Os autores verificaram que apenas 55% dos profissionais concordaram que com o cirurgião-dentista atuando junto à equipe no atendimento aos pacientes hospitalizados em UTI, resultaria numa melhora no quadro clínico dos pacientes. Por outro lado, todos os voluntários responderam que a higiene bucal eficiente dos pacientes internados em UTI é importante.

Outro estudo feito por Blum e colaboradores (2017), realizado entre março e agosto de 2015, utilizou um questionário auto administrado que foi aplicado a 231 membros da equipe de 9 UTIs de três hospitais localizados na Região Sul do Brasil. Em sua maioria (99,6%), os participantes concordaram com a importância dos cuidados bucais para pacientes em UTI, e 88,3% da equipe concordou que os problemas de saúde bucal são comuns na terapia intensiva. Em relação à higiene bucal, 32% da equipe responderam que é uma tarefa desagradável para desempenhar em pacientes de UTI, e 69,3% relataram ter dificuldades para realizar a tarefa. Ainda, 22,1% referiram não receber treinamento apropriado para realizar higiene bucal dos pacientes da UTI. Finalmente, 52,8% da equipe relataram a ausência de um profissional em odontologia para avaliação de questões oportunas à saúde bucal dos pacientes na UTI.

Os profissionais ressaltam a higiene bucal dos pacientes internados, mas não valorizam a presença do cirurgião-dentista, talvez pela razão de que os profissionais não associam a importância do controle de biofilme na prevenção das pneumonias. A desatenção aos cuidados bucais é um fator de risco para o aparecimento das pneumonias nosocomiais. É importante inserir um protocolo de prevenção, monitoramento e descontaminação da cavidade bucal desses pacientes (AMARAL et al., 2013).

- **Protocolo para higiene oral de pacientes admitidos em UTIs**

Não se encontra uma unanimidade entre os protocolos sugeridos na literatura, mas os mais atuais sobre como a higienização bucal deve ser realizada em pacientes internados em UTI abordam aspectos como o uso de solução de clorexidina 0,12% ou 0,2% (sem álcool), recomendável quando a permanência em UTI for inferior a 20 dias, nos casos de permanência por períodos maiores que 20 dias, deve-se reavaliar continuidade do uso, utilização de escova macia, raspadores de língua, fio dental, aspiração e remoção do conteúdo da orofaringe. Também faz parte do protocolo a lubrificação de mucosa com saliva artificial de duas em duas horas e a hidratação do lábio com vaselina estéril, vitamina E ou óleo de coco (ABIDIA, 2007).

Dentre os efeitos adversos relatados com o uso prolongado da clorexidina podemos citar o manchamento dos dentes, descamação reversível da mucosa, alterações do paladar e aumento dos depósitos calcificados supragengivais. Deve ser destacado que o manchamento provocado pela clorexidina não é no dente, e sim na película adquirida que está junto ao dente. Assim, este manchamento extrínseco, ele pode ser removido com uma profilaxia dental ou com agentes oxidantes (TORRES et al., 2000).

Na pesquisa realizada por Gmür, et al, (2013) na Suíça, por meio da aplicação de questionários para várias equipes de UTIs a respeito do uso de antibióticos sistêmico para profilaxia oral, observou-se que em nenhuma das clínicas participantes era realizada profilaxia com antibióticos sistêmicos em pacientes com intubação de longo prazo. A opinião dominante é que as desvantagens devido ao desenvolvimento de genes patogênicos resistentes superam os benefícios do tratamento antibiótico profilático para evitar VAP.

Um protocolo detalhado para cuidados bucais em pacientes com traqueostomia reduz as taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica. Com base no protocolo apresentado por Sona et al, (2009), podemos sugerir que é importante realizar uma avaliação da língua do paciente, mucosa oral, dentes e lábios. Ter cuidado com regiões em que tenham feridas, instruir o paciente antes de fornecer cuidados orais. Escovar os dentes, a língua e a mucosa oral por 1 a 2 minutos com movimentos suaves usando pasta

de dentes e uma pequena quantidade de água filtrada para umedecer a escova de dente. Pacientes desdentados também merecem cuidados em sua língua e mucosa. Muito importante também é a sucção da boca conforme necessário durante e após a escovação dos dentes para remover o excesso de água e secreções. Após 30 a 60 minutos da escovação dos dentes ou limpeza da boca, aplica-se solução de gluconato de clorexidina(CHG) 0,12% na cavidade oral e na língua com cotonetes de esponja. No caso do paciente fazer uso de prótese, remove-se as mesmas, realizando limpeza da prótese e da cavidade oral com solução CHG 0,12%. Sucção da boca conforme necessário para remover o excesso de solução e secreções.

Também podem ser usados cloridrato de cetylpiridíneo, triclosan e povidine. Medidas simples como limpar os dentes dos pacientes com escovas dentais duas vezes ao dia e realizar uma profilaxia profissional na cavidade oral uma vez por semana contribuem para a descontaminação (RABELO et al., 2010).

O uso de várias práticas de cuidados orais indica que existe uma necessidade de um protocolo de cuidado oral mais padronizado, que inclui a escovação dos dentes e utilização de clorexidina 0,12%. Soh et al,(2012) realizaram um estudo em Kuala Lumpur, capital da Malásia, em um hospital de referência envolvendo 50 enfermeiras, responderam que utilizavam mais de um método para a prática de higiene oral.Os métodos para a higiene oral e a frequência de utilização variaram entre enfermeiras na mesma unidade. O mesmo estudo verificou a atitude em relação ao cuidado oral e a maioria dos enfermeiros relatou ter uma atitude positiva para prestação de cuidados orais para os pacientes ventilados, 85% concordaram que o tratamento oral é um procedimento de alta prioridade para tais pacientes. No entanto, quase 16% dos enfermeiros responderam que a cavidade oral é uma área do corpo difícil de limpar e que este procedimento é uma tarefa desagradável.

A avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista habilitado em Odontologia Hospitalar. A presença do cirurgião-dentista é necessária para a avaliação da presença de biofilme bucal, doença periodontal, cáries, lesões bucais precursoras de infecções virais e fúngicas sistêmicas, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados.

Sabe-se que os cuidados bucais, quando realizados adequadamente, reduzem muito o aparecimento de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica, nos pacientes em UTI.

A participação da Odontologia na equipe multidisciplinar de saúde é de fundamental importância para a terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados (RABELO et al., 2010). O cirurgião-dentista deve atentar para este novo campo de trabalho, aprendendo a atuar em condições específicas hospitalares que são diferentes da rotina do consultório, visualizar o trabalho em equipes multiprofissionais, aprender sobre os equipamentos e medicamentos, interpretar exames laboratoriais e de imagens. Estas são ações que tornarão o cirurgião-dentista, cada vez mais, significativo às equipes, para proporcionar saúde integral ao paciente em hospitais (AMARAL et al., 2013).

O conselho federal de odontologia publicou em seu site a notícia de que o presidente da república, Jair Bolsonaro (PSL), vetou dia 05 de junho de 2019, o PLC 34/2013, que torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar. A Presidência da República apresentou o parecer técnico concedido pelo Ministério da Saúde (MS), de que a vigência da lei promoveria, em médio e longo prazo, forte impacto financeiro aos cofres públicos. Bolsonaro alegou que o projeto é inconstitucional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho ressalta que o cirurgião dentista tem um papel fundamental inserido em Unidades de Terapia Intensiva. Pacientes internados em ambientes hospitalares necessitam de um tratamento com caráter multidisciplinar para atender a todas as necessidades físicas e mentais. Hoje, a odontologia se insere nesse contexto, mas ainda recebendo pouco destaque.

Com o objetivo de mudar essa realidade, foi aprovado em maio de 2013 o projeto de lei 2.776/2008, que estabelece a obrigatoriedade da presença do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em UTI's. Porém, essa lei não aborda o ambiente hospitalar como um todo.

Esse estudo buscou relacionar a atuação do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar, em especial nas Unidades de Terapia Intensiva, como também as normas de higienização bucal e a sua relação com a pneumonia associada à ventilação mecânica.

Apesar de grande parte dos estudos analisados nessa revisão apontarem para a necessidade de novas pesquisas sobre esse assunto, é indispensável a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar em equipes multidisciplinares, isso porque o paciente internado será tratado de forma integral, estabelecendo assim uma melhor qualidade de vida, uma redução no internamento e aumentando suas chances no processo de cura.

## REFERÊNCIAS

- CAMARGO EC. **Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilo-facial** [citado em 2016 abril]. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.html>
- GODOI, A. P. T., FRANCESCO, A. R., DUARTE, A. et al. **Odontologia hospitalar no Brasil**. Uma visão geral. Rev. Odontol. Unesp. 2009; 38 (2): 105-9.)
- LIMA, DC, SALIBA NA, GARBIN AJ, FERNANDES LA, GARBIN CA. **A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados**. Ciênc Saúde Col 2011; 16 (1):1173-1180.
- P. S. da S.; SOARES JUNIOR, L. A. V. (orgs.). **Medicina Bucal: a prática da Odontologia Hospitalar**. São Paulo: Santos, 2012. p.3-8, 315p.
- SANTOS, P. S. da S. **A participação do cirurgião-dentista nos centros hospitalares**.
- SOARES JUNIOR, L. A. V.; SANTOS, P. S. da S. **Histórico e Conceitos**. In: SANTOS,
- SANTOS, P. S. da S. **A participação do cirurgião-dentista nos centros hospitalares**. Rev Assoc Paul Cir Dent, São Paulo, v. 65, n. 5, p. 326- 331, set./out. 2011.

- SCANNAPIECO, F. A., MYLOTTE JM. **Relationship between periodontal disease and bacterial pneumonia.** J Periodontol. 1996; 67: 1114-22.
- TOLEDO, G., CRUZ, I. **The importance of the oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection** - Sistematic Literatu

**NÚMERO MÉDIO DE PÁGINAS  
DE 15 A 25 PÁGINAS**