

**FACULDADES SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ANA KELLY SANTOS DE MELO
CLARA PONTES CARDOSO DE ANDRADE
PROF^a RHAYANY DE CASTRO LINDENBLATT RIBEIRO**

**ODONTOLOGIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA
REALIDADE.**

Rio de Janeiro

2018

ODONTOLOGIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REALIDADE

DENTISTRY IN THE UNIT OF INTENSIVE CARE UNITS: A REALITY

Ana Kelly Santos de Melo¹

Clara Pontes Cardoso de Andrade²

Graduandas em Odontologia das Faculdades São José (8º período)

Orientador

Prof^a Dr^a Rhayany de Castro Lindenblatt Ribeiro

Doutora e Mestre em Patologia Bucal, Estomatologista

Prof^a das disciplinas de Estomatologia e Patologia Bucal das Faculdades São José

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente que recebe pacientes com diversos tipos de diagnósticos, com o objetivo de recuperar ou dar suporte as suas funções vitais, porém eles ficam em constante exposição a vários fatores que podem levá-los a terem complicações hospitalares. Assim, o presente estudo tem como objetivo através de revisão de literatura, expor a importância da atuação do cirurgião-dentista em UTIs, pontuando as principais complicações bucais que afetam pacientes internados nesses ambientes. E que devem ser prevenidas e tratadas por um cirurgião-dentista apto a trabalhar junto à equipe multiprofissional da UTI. A multidisciplinaridade contida nas UTIs não se faz completa sem a presença do cirurgião-dentista, já que a maioria dos profissionais de saúde que fazem parte do corpo clínico de UTIs, não dispõe do conhecimento necessário para o diagnóstico e tratamento de quaisquer condições anormais da cavidade bucal.

Palavras-chave: Unidades de terapia intensiva, Higiene bucal, Cirurgião-dentista

ABSTRACT

Intensive Care Units (ICUs) is an environment that receives patients with different types of diagnoses, in order to recover or support their vital functions, but they are constantly exposed to several factors that can lead to hospital complications. Thus, the present study aims, through a literature review, to expose the importance of the surgeon-dentist's performance in ICUs, pointing out the main oral complications that affect patients hospitalized in these settings and that should be prevented and treated by a dental surgeon able to work with the ICU multiprofessional team. The multidisciplinary nature of the ICUs is not complete without the presence of the dental surgeon, since the majority of health professionals who are part of the clinical staff of ICUs do not have the necessary knowledge for the diagnosis and treatment of any abnormal conditions of the cavity oral.

Key words: Intensive Care Unit, Oral Hygiene, Dentist

1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) consiste em uma estrutura hospitalar que se caracteriza como uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar. Surgiu com o objetivo de reunir em uma única unidade hospitalar todos os recursos e vantagens necessárias para o controle de um paciente em estado grave, nasceu na década de 1960 a unidade de terapia intensiva (SANTOS, P.S.; JUNIOR, L.A., 2012).

Na UTI, encontram-se disponíveis todos os meios para dar suporte à vida, com monitorização permanente das funções vitais do organismo, através de vários equipamentos como monitor cardíaco, oxímetro, marcapasso, bombas de infusão, desfibrilador etc. Nesse ambiente, uma equipe multidisciplinar, por meio de vigilância constante realiza rapidamente as condutas necessárias para restabelecer o estado de saúde do paciente sempre que necessário (SANTOS, P.S.; JUNIOR, L.A., 2012).

Durante a permanência em uma UTI, observa-se que o paciente manifesta alterações no sistema estomatognático que se originam não apenas do complexo maxilomandibular. Estas alterações bucais podem representar manifestações de doenças sistêmicas, alterações relacionadas ao uso de medicamentos, ao estado geral de saúde do paciente, ou ainda, estão associadas à presença de equipamentos, como o tubo do respirador artificial (SANTOS, P.S.; JUNIOR, L.A., 2012).

Realizar avaliação das condições orais desses pacientes contribui para o controle de infecções no ambiente hospitalar. Assim, a presença do cirurgião-dentista, integrada na equipe multidisciplinar, é de extrema importância para disciplinar melhor registro e controle das alterações orais que possam ocorrer nestes pacientes (GOMES, S.F., 2012).

Diante do exposto, este estudo visa mostrar a importância da atuação do cirurgião-dentista na UTI, e os benefícios que a presença deste profissional

integrado a equipe multiprofissional levará para melhora da saúde bucal e sistêmica desses pacientes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A Odontologia Hospitalar baseia-se na atuação do cirurgião-dentista habilitado na execução de procedimentos odontológicos de baixa, média ou alta complexidade em pacientes internados na UTI ou não, visando participar do processo terapêutico de cura ou de melhora da qualidade de vida, independentemente do tipo de doença que acomete o paciente (TOMMASI, A.F., 1982).

De acordo com o Código de Ética Odontológico compete ao cirurgião-dentista, habilitado em Odontologia Hospitalar, internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitando as normas técnico-administrativas das instituições (Conselho Federal de Odontologia Ética Odontológica, 2012).

O projeto de lei (PLC 2776/2008) preconiza atendimentos diários aos pacientes internados por um cirurgião-dentista capacitado, para o máximo dez leitos de UTI, em uma rotina de 20 horas semanais. No período noturno o profissional deverá ficar de sobreaviso, podendo intervir em caráter emergencial ou quando solicitado pelo médico intensivista plantonista (RABELO, G.D., 2010).

2.1. A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Em uma UTI o objetivo é a recuperação do paciente em tempo hábil, em um ambiente físico e psicológico adequados, em que a atitude particular de cada membro da equipe que ali trabalha está orientada para o aproveitamento das facilidades técnicas existentes, aliadas a um bom relacionamento humano (KAMADA, C., 1978).

A equipe multiprofissional de uma UTI pode ser constituída por médicos, que gerenciam a equipe, enfermeiros que de forma geral tem por essência o cuidado ao ser humano, individualmente, desenvolvendo importantes ações por meio do cuidado, responsabilizando-se pelo conforto, acolhimento e bem estar do paciente, além de um fisioterapeuta, que auxiliam na manutenção das funções vitais dos diversos sistemas corporais ao atuar na prevenção e/ou tratamento das disfunções cardiopulmonares, circulatórias, musculares e neurológicas, reduzindo o risco de complicações clínicas e mortalidade e melhorando o prognóstico do paciente grave (KAMADA, C., 1978).

Para complementar a equipe há o profissional da nutrição que fornece assistência dietética e faz a triagem para identificar pacientes com perda de peso, redução do apetite, patologias e cuidados específicos com a alimentação. Um psicólogo que deve atuar como um canal facilitador do fluxo das emoções e reflexões, o sociólogo desenvolve junto com o paciente uma interação comunicativa essencial para sua prática, já que o profissional de serviço social tem uma disponibilidade interna para se envolver com uma ação recíproca pessoa-pessoa e o compromisso de usar a comunicação como um instrumento terapêutico na realização do seu trabalho, o teólogo tem a função de levar conforto espiritual ao enfermo e a família (KAMADA, C., 1978).

Nota-se, assim, que desde o planejamento, organização, atendimento, recuperação e alta dos pacientes da UTI, a importância de uma equipe multiprofissional no cuidado e manejo do paciente internado (KAMADA, C., 1978).

A UTI tem perfil variado de pacientes, com predomínio de idosos e jovens adultos, provavelmente pelo fato de atender pacientes de urgência e emergência. É uma unidade complexa, com pacientes com múltiplos diagnósticos, com tempo de internação variável e alta taxa de mortalidade (MELO, A.C. et al., 2014).

Dentre os principais equipamentos utilizados em uma UTI podemos destacar, o termômetro, o oxímetro de pulso (um dispositivo médico que mede indiretamente a quantidade de oxigênio no sangue), o eletrocardiograma, o monitor de pressão arterial, a sonda naso-enteral (utilizada quando ocorre dificuldade de ingestão de alimentos), a sonda vesical em pacientes inconscientes ou que necessitam controle rígido da diurese, a máscara e

cateter de oxigênio dispositivos utilizados para fornecer oxigênio suplementar em quadros de falta de ar (FERREIRA, A.P., 2013).

Possui também o cateter central próximo ao coração, o tubo orotraqueal que permite a conexão do ventilador mecânico com os pulmões, e o ventilador mecânico aparelho microprocessado valvular que permite a entrada e saída do ar dos pulmões, oxigenando-os e mantendo estabilidade e segurança do sistema respiratório (FERREIRA, A.P., 2013).

2.2. PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES DO PACIENTE INTERNADO NA UTI

Na UTI os pacientes ficam suscetíveis a inúmeros procedimentos e medicações, estando em constante exposição a sua própria microbiota e a do ambiente hospitalar. Na maioria das vezes, eles são acometidos por diversas complicações do processo hospitalar, como doenças agudas ou até mesmo complicações de doenças crônicas (BATISTA, A.B., 2014).

As causas mais comuns de internações em terapia intensiva são as doenças infecciosas, destacando-se o choque séptico; problemas neurológicos, como o AVE, doenças respiratórias, como a insuficiência respiratória aguda; pós-operatório de neurocirurgias ou cirurgia ortopédicas, doenças cardiovasculares, evidenciando o infarto agudo do miocárdio; traumas; doenças metabólicas, como casos de insuficiência renal e cetoacidose diabética, etc. (OLIVEIRA, P.C.C., 2013).

O tempo de internação pode oscilar muito, levando em consideração a natureza da doença de base, a gravidade de cada indivíduo e as exigências terapêuticas provenientes das complicações, podendo permanecer de 24 horas ou até meses de internação (CARVALHO, M.P. et al., 2014).

Existem cinco infecções hospitalares mais comuns em todo o mundo são as infecções de cateteres venosos; pneumonia associada à ventilação mecânica (pneumonia nosocomial); infecções de feridas cirúrgicas; infecção urinária; e infecção por *Clostridium difficile* (comumente associada ao uso de antibióticos), (AMIB., 2014).

Nota-se uma grande prevalência de casos de pneumonia hospitalar ou nosocomial, segunda maior causa de óbitos nesse ambiente. É adquirida após 48 horas de internação e causada, principalmente, pela aspiração do infiltrado bacteriano na orofaringe para o pulmão, por falta de higiene bucal e pela presença de eventuais focos infecciosos, contribuindo sobremaneira para acelerar o desenvolvimento de sepse generalizada (OLIVEIRA, P.C.C., 2012). Além disso, indica que problemas bucais, especialmente a doença periodontal, podem atuar como foco de disseminação de microrganismo patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com saúde comprometida (LINDHE, J.; KARRING, T., 2005).

Em uma UTI, a monitorização de outros órgãos e sistemas não afetados, não deve ser esquecido. Esta atenção evita a deterioração de outro órgão ou sistema que pode contribuir para um prognóstico desfavorável do caso (BERK, J.L., 1983), incluindo também o sistema estomatognático que deve receber a devida atenção, uma vez que a prevalência, extensão e gravidade das doenças periodontais são altas nesta população (OPPERMANN, R.V., 2005).

2.3. O PAPEL DA MICROFLORA BUCAL NAS COMPLICAÇÕES EM UTI

A manutenção da saúde bucal visa o tratamento global do paciente, visto que a cavidade bucal é a primeira porta de entrada para microrganismos patogênicos respiratórios (bactérias, fungos, etc.) que causam infecções sistêmicas (KAHN, S. et al., 2008).

Ressalta-se que a microbiota gram-negativa e a fúngica aumentam consideravelmente durante o período de intubação em paciente de UTI. (PRENDERGAST, V., 2009), isso expõe o paciente a microbiotas que rodeiam o ambiente hospitalar, tendo como principais bactérias a *Klebsiella pneumoniae*, a enterobactéria causadora de pneumonias comunitárias, pois ocorre principalmente em pacientes imunocomprometidos, além do *Staphylococcus aureus*, agente mais comum de infecções piogênicas localizadas na pele ou em regiões mais profundas como furúnculos, foliculites, osteomielites, endocardites, pneumonias, septicemias fatais e outros tipos de manifestações. Pode-se encontrar este microrganismo colonizado em várias

partes do corpo como fossas nasais, garganta, intestinos e pele, sendo que cavidade nasal tem sido apontada como a área mais frequentemente positiva e a mais importante fonte do mesmo (MICHELIM, L. et al., 2005).

Outro microorganismo que merece destaque consiste na *Pseudomonas aeruginosa*, uma bactéria presente no ambiente hospitalar que gera muitos transtornos por se tratar de um patógeno causador de infecções, principalmente em pacientes imunocomprometidos. Trata-se também dos principais patógenos encontrados nos efluentes hospitalares, como este microorganismo tem a capacidade de permanecer em diversos ambientes por muito tempo, além de desenvolver resistência contra antimicrobianos, antibióticos (MICHELIM, L. et al., 2005).

2.4. PRINCIPAIS ALTERAÇÕES BUCAIS DIAGNOSTICADAS NO PACIENTE DE UTI

A detecção precoce de alterações bucais em pacientes de UTI pode prevenir complicações locais e sistêmicas, promovendo a integridade no atendimento de pacientes sistemicamente comprometidos (BATISTA. S.A. et al., 2014).

Dentre as diversas patologias que identificamos em pacientes de alta complexidade, listamos as mais comuns e que contribuem para acelerar o quadro imunossupressor do paciente, como a Xerostomia (secura excessiva da boca), a Sialorréia (produção excessiva de saliva), Disfagia (dificuldade de deglutir), Hipertrofia Gengival (crescimento gengival), Ulcerações, Miíase (condição rara causada pela invasão dos tecidos por larvas de moscas), Próteses dentárias mal adaptadas/ não utilizadas/ não higienizadas, (NEVILLE, B.W., 2016).

A colonização do biofilme com patógenos que não pertencem a microbiota bucal, a cárie (a cárie é uma doença infecto contagiosa que pode causar a perda dos dentes se não for tratada a tempo), a Mobilidade Dental, Sangramento, Ardência Bucal, Halitose (cheiro desagradável na boca, mau hálito), Periodontites, Gengivite, Abscessos Periodontais, Hiperplasias Gengivais, bem como Fraturas Dentárias e Auto Mutilações (lesão intencional e

direta dos tecidos do corpo provocada pela própria pessoa), (NEVILLE, B.W., 2016).

Destaca-se, ainda, infecções oportunistas, como a candidíase (também denominada sapinho ou monolíase oral, além do Herpes Simples e Zoster (infecções que provocam lesões ulceradas difusas nos lábios, e mucosa oral, causadas pelos vírus herpes simples e varicela-zoster) (NEVILLE, B.W., 2016).

Observam-se também lesões corto-contusas (produzidas por instrumentos cortantes), lesões traumáticas-tubos (produzidas pelo tubo-orotraqueal), mucocelos (provocada por trauma, principalmente no lábio inferior), hamartomas vasculares (lesões benignas dos vasos sanguíneos, língua saburrosa (originada quando há diminuição da produção de saliva, com ressecamento da boca ou uma descamação epitelial da mucosa bucal, acima dos limites fisiológicos, o que favorece a proliferação de bactérias) (NEVILLE, B.W., 2016).

3. DISCUSSÃO

No passado, o paciente gravemente enfermo era assistido somente pela equipe médica e de enfermagem, mas com a evolução do conhecimento e aprimoramento das áreas de saúde, novas especialidades foram adicionadas a esta equipe e, atualmente, a Fisioterapia, a Nutrição, a Psicologia, a Fonoaudiologia, a Odontologia, o Farmacêutico e a Assistência Social somam conhecimentos e benefícios para a melhora do paciente e assistência aos familiares (SANTOS, P.S.; JUNIOR, L.A., 2012).

O projeto de lei (PLC 2776/2008) do Deputado Federal Neilton Mulim (PR/RJ), previu a obrigatoriedade da atuação do Cirurgião-Dentista em todas as UTIs brasileiras em até 180 dias, depois de sancionada a lei. Diante da base legal estabelecida pela ANVISA e prestes a torna-se lei, ainda, faz-se necessário dar maior transparência a presença do cirurgião-dentista nas UTIs devendo ser plenamente compreendida e tratada como de extrema importância na recuperação de pacientes críticos, além de proporcionar uma considerável redução dos custos hospitalares (RABELO, G.D., 2010).

O desenvolvimento de infecção hospitalar ocorre durante o período de internação hospitalar, e normalmente é estabelecida após o desequilíbrio da flora bacteriana humana, após métodos invasivos e do contato com a própria microbiota hospitalar (SANTOS, N., 2004).

As manifestações bucais que identificamos em pacientes de alta complexidade, listamos aqui as mais comuns e que contribuem para acelerar o quadro imunossupressor do paciente, como a Xerostomia, a Sialorréia, Disfagia, Hipertrofia Gengival, Ulcerações, Miíase, Próteses dentárias mal adaptadas/ não utilizadas/ não higienizadas, a Cárie, a Mobilidade Dental, Sangramento, Ardência Bucal, Halitose, Periodontites, Gengivite, Abscessos Periodontais, Hiperplasias Gengivais, Fraturas Dentárias, Auto-mutilações, Infecções oportunistas-Cândida, Herpes-Simples e Zoster, Mucocelos, Língua Saburrosa (NEVILLE, B.W., 2016).

Os pacientes hospitalizados em UTIs muitas vezes estão totalmente debilitados e dependentes de cuidados, portanto impossibilitados de exercer sua higiene bucal, necessitando do suporte de profissionais de saúde para realizar tais procedimentos (KAHN, S. et al., 2008).

Em pessoas com 60 anos ou mais de idade, o desequilíbrio da microbiota bucal é mais intenso. Em função das alterações fisiológicas do envelhecimento (principalmente a desidratação de pele e mucosa) e de doenças bucais e sistêmicas que possam ocorrer, a mucosa bucal é menos resistente, favorecendo a proliferação de microrganismos patogênicos. A alteração da microbiota bucal, assim como a maior idade e o internamento em uma unidade Hospitalar expõe o organismo à condição de vulnerabilidade (OLIVEIRA, P.C.C. et al., 2013).

Um indivíduo que apresenta um quadro de periodontite crônica, por exemplo, possui maior risco de desenvolver ou intensificar doenças sistêmicas como hipertensão, diabetes, doença renal, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral (GLURICH, I. et al., 2014), além da pneumonia aspirativa (AGUIAR, M.C.A.; OLIVEIRA, E.R.A., 2008).

MOURA, M.E.B. et al., 2007. Em um estudo retrospectivo sobre a Prevalência de Infecções Respiratórias em Pacientes de Terapia Intensiva.

Avaliou um hospital público e de ensino, localizado na cidade de Teresina, no Estado do Piauí. A população do estudo foi constituída por 647 pacientes que foram internados na UTI Geral e na UTI do Serviço de Pronto Socorro, ambas de atendimento à pacientes adultos, no período de Janeiro a Dezembro do ano de 2006. Observou que o problema da infecção hospitalar, nas UTIs estudadas apresentava-se grave e faz transformar as taxas encontradas em uma medida indireta da qualidade da assistência que está se prestando ao usuário deste serviço de saúde. A prevalência de Infecções Hospitalares nas duas UTIs foi de 60,8%. A UTI Geral foi responsável pelo maior índice de infecção 64%, enquanto a UTI do Pronto Socorro teve uma prevalência de 36%. As infecções mais frequentes neste setor são as respiratórias, sistêmicas e as infecções do trato urinário, considerando que a maioria dos pacientes faz uso de ventiladores mecânicos e cateter vesical. Evidenciou-se a superioridade dos casos de infecção respiratória, especialmente na UTI geral, com 61,26% dos casos, seguida da UTI do Serviço de Pronto Socorro, com 58,16 %. O caso que apresentava menor prevalência de infecção foi a de ferida operatória. As infecções respiratórias estão associadas à pneumonia em pacientes em ventilação mecânica, sendo esta a infecção mais comum. Nas UTIs, os fatores propícios para o desenvolvimento de uma Infecção Hospitalar são: o tempo de permanência prolongado, o uso de ventilação mecânica e procedimentos invasivos, a susceptibilidade dos pacientes, idade, uso de imunossuppressores, doenças de base e condições nutricionais, têm contribuído para a prevalência de infecções neste serviço.

OLIVEIRA.,T. et. al., 2011. Em um estudo retrospectivo sobre a Prevalência da Pneumonia Nosocomial em Pacientes de Terapia Intensiva. Avaliou 211 indivíduos adultos, com idade média de 41 anos, atendidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Geral Clériston Andrade, em Feira de Santana. Os casos foram constituídos por indivíduos que desenvolveram infecção do trato respiratório (pneumonia nosocomial) após admissão hospitalar. O grupo caso foi constituído pelos pacientes com diagnóstico de pneumonia nosocomial (PN) e o grupo controle, pelos pacientes sem Pneumonia Nosocomial. Foi possível observar que a frequência de

pneumonia nosocomial na amostra foi de 21,8%, constituindo 46 casos e 165 controles. Ainda no que se refere aos cuidados de higiene bucal, houve uma associação estatisticamente significativa entre não uso de fio dental e de enxaguante bucal. No entanto, atenta-se para o fato de que houve maior relato de frequência de uso do fio dental e enxaguante bucal por parte do grupo caso do que o grupo controle. Ressalta-se que o uso de próteses mal higienizadas, especialmente por idosos dependentes, que não conseguem manter suas próteses suficientemente limpas, acaba funcionando como reservatório de patógenos respiratórios, que, quando deglutidos ou aspirados, podem provocar infecções inesperadas. No estudo citado, a frequência de indivíduos com menos de 20 dentes (quantidade mínima de dentes funcionais estimada pela Organização Mundial da Saúde) foi maior nos casos de pneumonia nosocomial, bem como a magnitude da associação entre sangramento gengival e pneumonia foi quase duas vezes maior, embora não tenham se revelado estatisticamente significantes. Dessa forma, é preciso enfatizar a conscientização profissional, para buscar a excelência no atendimento, e abordagem holística do indivíduo hospitalizado, visando minimizar a ocorrência de pneumonias nosocomiais.

4. CONCLUSÃO

É importante que a Odontologia se integre ao atendimento dos pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva, minimizando o risco de disseminação de patógenos da cavidade bucal que possam causar problemas sistêmicos, atuando na manutenção da higienização da cavidade bucal e controle de colonização intensa de patógenos.

Diante do exposto, há fortes argumentos de que o cirurgião-dentista deva se integrar à equipe multidisciplinar de profissionais de saúde em UTIs.

Em uma UTI, o cirurgião-dentista desempenha múltiplas funções para que ocorra um adequado diagnóstico e controle de alterações bucais. Estes procedimentos visam diminuir o risco de alterações sistêmicas e infecções hospitalares associadas a condições bucais, reduzindo assim o tempo de internação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, M.C.A.; OLIVEIRA, E.R.A. Eficácia de medidas de higiene bucal sobre a microbiota oral potencialmente patogênica para pneumonia aspirativa em idosos residentes em instituições de longa permanência [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2008.

AMIB, ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. 2014. Disponível em: < <http://www.amib.org.br/noticia/nid/infecoes-nas-utis>>. Acesso em: 15 out. 2018, 16:12': 25".

BATISTA, A.B., et al. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Revista Brasileira de Odontologia, Rio de Janeiro, v.71, n.2, p.156-159, jul./dez. 2014.

BATISTA, S.A., et al., Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rev. Bras. Odontologia. Rio de Janeiro, Vol. 71, Jul./Dez.2014.

BERK, J.L., SAMPLINER, J.E., - Manual de Tratamento Intensivo. 2ª Ed, Rio de Janeiro: Medsi, 1983.

CARVALHO, M.P.N.M.; BARROZO, A. F., Mobilização precoce no paciente crítico internado em unidade de terapia intensiva. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v.8, n.3, p.66-71, set./nov. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA ÉTICA ODONTOLÓGICA.
BRASÍLIA, 2012. Cap. XI, Artigo 2.

FERREIRA, A.P., Equipamentos e Materiais Utilizados na Unidade de Terapia Intensiva, Revista Viva Saúde, Maio, 2013.

GLURICH, I., ACHARYA A., SHUKLA S.K., NYCZ G.R., BRILLIANT M.H. The Oral-Systemic Personalized Medicine Model at Marshfield Clinic. Oral Dis. 2014.

GOMES, S.F., Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. RBO. 2012.

KAHN, S.; GARCIA, C.H., et al. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. Ciênc. Saúde coletiva, 2008.

KAMADA, C., Equipe Multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Brasileira de Enfermagem. Vol. 31, Nº 1, Brasília, 1978.

LINDHE, J.; KARRING, T.; LANG, N.P., Tratamento de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MELO, A.C. et al., Perfil do Paciente na Unidade de Terapia Intensiva, Rev. Enferm. UFPE on line, Recife, Set., 2014.

MICHELIM, L. et al. Pathogenic factors and antimicrobial resistance of Staphylococcus epidermidis associated with nosocomial infections occurring in intensive care units. *Braz. J. Microbiol.*, São Paulo, v. 36, n. 1, mar. 2005.

MOURA, M.E.B. et al., infecção hospitalar: estudo da prevalência em um hospital público de ensino. *reven. Rev. Bras. Enfermagem.* Brasília, Jul/Ago 2007.

NEVILLE, BRAD.W.; et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 4ª ed. Amesterdã: Editora Elsevier, 2016.

OLIVEIRA, P.C. Perfil Epidemiológico da unidade de terapia intensiva de um hospital d reabilitação. Especialização em Fisioterapia Cardiopulmonar e Terapia Intensiva do Centro de Estudos avançados e Formação Integrada, Pontificia Universidade Católica de Góias, 2013.

OLIVEIRA, P.C.C. et al. Impacto financeiro das infecções nasocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. Rev. Brasileira de Terapia Intensiva. 2012.

OLIVEIRA, THAÍS. et. al. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados. Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, 2011.

OPPERMANN, R.V. et al- Epidemiologia das Doenças Periodontais, Rev. Periodontia, 2005.

PRENDERGAST, V., HALLBERG, et al. Oral Health, Ventilator Associated Pneumonia, and Intracranial Pressure in Intubated Patients in a Neuroscience Intensive Care. 2009.

RABELO, G.O., QUEIROZ, C.I., et al. Atendimento Odontológico ao Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Arq. Méd. Hosp. Fac. Ciênc., Méd. Santa Casa de São Paulo, 2010.

SANTOS, N.Q., A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 13, n. spe, 2004

SANTOS, P.S.; JUNIOR, L.A. Medicina Bucal: A Prática na Odontologia Hospitalar. 1ª. ed. São Paulo: Editora Santos, 2012.

TOMMASI, A.F., Diagnóstico em Patologia Bucal. São Paulo. Editora: Artes Médicas. 1982.