

**CUIDADOS E PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EM
UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS (UTIs)
DENTAL CARE AND PROCEDURES PERFORMED IN INTENSIVE CARE UNITS
(ICUs)**

**Milena de Souza Cruz, Thaisa de Aquino D'Amico e Verônica Rodrigues
Santana Bondin**

Graduando (a) do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José.

Kelly Tambasco Bezerra

Titulação Acadêmica: Prof. Me. em Clínica Odontológica (Estomatologia)

RESUMO

Contexto: A Odontologia Hospitalar foi legitimada em 2004, onde permitiu a presença do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva, o que foi fundamental na adequação bucal, pois interfere positivamente no quadro clínico, diminuindo, muitas vezes, o crescimento de microrganismos na cavidade bucal, e, conseqüentemente, o tempo de internação dos pacientes. **Objetivo:** Este estudo terá como objetivo da importância dos cuidados e procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar, juntamente com a equipe multidisciplinar e discutir a prevenção e promoção das condições bucais e sistêmicas em pacientes com uso da ventilação mecânica. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura de caráter qualitativo, fundamentado em análises bibliográficas, através da leitura dos títulos e resumos, considerando os critérios de inclusão e exclusão. **Conclusão:** Conclui-se que as estratégias devem ser adotadas para promover a saúde e qualidade de vida na diminuição das infecções hospitalares, que são responsáveis pelo aumento da mortalidade e dos custos para os hospitais, são considerados um problema de saúde pública. Uma das infecções mais comuns são encontradas em pacientes hospitalizados, com relação ao trato respiratório demonstrando a associação ao biofilme dental, por muitas vezes, pacientes internados estão debilitados e não aptos a realizarem a sua higiene bucal. A higiene bucal é fundamental importância para diminuição de doenças como cáries, periodontites, gengivites e previne formação de biofilmes que constitui um depósito de bactérias, causadoras da pneumonia associada a ventilação mecânica. Medidas mecânicas como escova e fio dental e, químicas como a clorexidina a 0,12% são ideais para adequada higienização bucal.

Palavras-chave: Pneumonia Nosocomial, Higiene Bucal e Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Context: Hospital Dentistry was legitimized in 2004, which allowed the presence of the dental surgeon in the intensive care unit, which was fundamental in oral adequacy, as it positively interferes in the clinical picture, often reducing the growth of microorganisms in the cavity oral cavity, and, consequently, the length of hospital stay of patients. **Objective:** This study will aim to understand the importance of dental care and procedures in a hospital environment, together with the multidisciplinary team, and discuss the prevention and promotion of oral and systemic conditions in patients using mechanical

ventilation. **Methodology:** This is a qualitative literature review study, based on bibliographic analysis, through reading the titles and abstracts, considering the inclusion and exclusion criteria. **Conclusion:** It is concluded that strategies must be adopted to promote health and quality of life in reducing hospital infections, which are responsible for increased mortality and costs for hospitals, and are considered a public health problem. One of the most common infections is found in hospitalized patients, in relation to the respiratory tract, demonstrating the association with dental biofilm. Many times, hospitalized patients are weakened and not able to perform their oral hygiene, which is of fundamental importance in reducing diseases such as cavities, periodontitis, gingivitis and prevents the formation of biofilms that constitute a deposit of bacteria, which cause pneumonia associated with mechanical ventilation. Mechanical measures such as brushing and flossing and chemical measures such as 0.12% chlorhexidine are ideal for adequate hygiene.

Keywords: Nosocomial Pneumonia, Oral Hygiene, Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

É de suma importância a inclusão do cirurgião-dentista (CD) na equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para suprir as necessidades dos pacientes internados que devem receber cuidados especiais e constantes, não só para tratar o problema que o levaram à internação, mas também pela busca pela manutenção da saúde bucal e do sistema estomatognático durante a permanência hospitalar, controlando o biofilme, prevenindo e tratando as doenças periodontais, estomatites, candidíases, cáries e outros problemas orais que podem ser prejudiciais no processo de recuperação. (MORAIS *et al.*, 2006)

O atendimento odontológico desses pacientes críticos, proporciona saúde, capacidade de percepção quanto às alterações presentes na cavidade bucal, prevenção de infecções hospitalares, principalmente respiratórias, diminuição das taxas de pneumonia nosocomial e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), além de favorecer a diminuição de custos hospitalares com a internação. (TOLEDO e CRUZ, 2009; MORAIS *et al.*, 2006; BRITO *et al.*, 2007)

A literatura demonstra ser imprescindível a inclusão do CD no ambiente hospitalar e nota-se a influência da condição bucal na evolução positiva do paciente hospitalizado. No âmbito profissional, social e acadêmico, a odontologia hospitalar se destaca como uma das áreas mais importantes para uma melhor recuperação durante a internação. De acordo com o Manual de Odontologia Hospitalar (2012), essa especialidade atua na solicitação de exames específicos e mais detalhados para o tratamento das doenças bucais, além do acompanhamento clínico e do relacionamento integral entre equipe, paciente e instituição. No entanto, atualmente, a odontologia hospitalar enfrenta obstáculos, como a baixa prioridade da saúde bucal diante dos problemas sistêmicos apresentados pelo paciente e, também, certo

preconceito referente à prática odontológica nos hospitais. Isso faz com que os CDs exerçam seus trabalhos predominantemente em consultórios particulares e unidades ambulatoriais de saúde pública, com exceção dos casos de cirurgia bucomaxilofacial ou procedimentos que demandam anestesia geral. (ARANEGA *et al.*, 2012)

Quanto a graduação, durante a formação acadêmica, os alunos devem ser incentivados e preparados para o manejo do paciente em nível hospitalar. As faculdades de Odontologia devem conscientizar e trazer a percepção da relevância do CD nas UTIs, de modo enriquecedor aos conhecimentos no atendimento e de uma forma mais segura, agregando princípios éticos e morais. (ARANEGA *et al.*, 2012)

O propósito desse trabalho é reforçar a importância da atuação do CD na equipe multidisciplinar em UTIs, quanto as condições bucais que podem influenciar no quadro clínico do paciente internado. Os objetivos incluem: esclarecer os cuidados e procedimentos que o CD irá executar após a admissão hospitalar e refletir sobre a importância da higiene oral em pacientes em uso de ventilação mecânica (VM), para elucidar os riscos e agravos da pneumonia nosocomial, com o intuito de discutir a relevância da odontologia na prevenção e promoção ao cuidado das condições bucais e sistêmicas, devido aos altos índices de infecções hospitalares que tem contribuído para o aumento da mortalidade.

METODOLOGIA

Este estudo foi exclusivamente elaborado com evidências em textos científicos publicados para revisão da literatura atual, sem o envolvimento de ser humano ou animal, portanto, não foi necessária avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.

A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando as principais bases de dados, como PubMed, Scielo e plataformas de universidades. Os critérios de inclusão foram estudos sobre o tema odontologia hospitalar, escritos em português ou inglês e publicados entre os períodos de 2002 a 2022. Estudos que não abordassem especificadamente a importância dos cuidados e procedimentos odontológicos em UTIs foram excluídos da amostra.

A triagem foi realizada através da leitura dos títulos e resumos. Os artigos foram selecionados considerando os critérios de inclusão e exclusão determinados. Posteriormente foi realizada leitura do texto completo de cada artigo para extração e síntese de dados relevantes para o presente trabalho.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A promoção de saúde deve estar presente nos quatro momentos fundamentais do processo de hospitalização: acolhimento, diagnóstico, plano de tratamento e acompanhamento. No acolhimento, momento do primeiro contato entre o paciente e a equipe de saúde, onde ocorre o estabelecimento das relações de vínculo e cuidado, deve ser realizada a avaliação da situação de risco do paciente para que a sua assistência seja priorizada de acordo com sua necessidade. No diagnóstico, o paciente será avaliado a partir de uma ótica multidisciplinar e serão estabelecidos os atos e procedimentos que irão compor o plano de tratamento a ser desenvolvido. A partir do diagnóstico, das condições gerais e de saúde bucal do indivíduo, esse plano permitirá uma avaliação e discussão multiprofissional da capacidade de cooperação e comportamento do paciente e das suas possíveis dificuldades para definir a estratégia necessária para a elucidação do seu prognóstico (SCHNEID *et al.*, 2007).

Além de monitorar a causa direta do problema que levou o paciente para a UTI, a equipe envolvida com o paciente não pode se esquecer de supervisionar os órgãos e sistemas que não são a causa direta do problema que levou o paciente aquela condição. Esta atenção evita o comprometimento de áreas não afetadas pela doença em questão, inclusive a cavidade oral (MORAIS *et al.*, 2006). No ambiente da UTI, os pacientes internados apresentam a “síndrome do déficit no autocuidado”, pois encontram-se isolados, sendo completamente dependentes de outras pessoas para realizarem sua higiene bucal. Portanto, é de suma importância intensificar ações que promovam, com maior efetividade, o cuidado do paciente como um todo (BRITO *et al.*, 2007). Sob essa ótica, a finalidade das UTIs constitui-se em reduzir a mortalidade, pela provisão de cuidados individualizados, contínuos e integrais, de acordo com as necessidades do paciente (BRITO *et al.*, 2007).

A importância de um CD fazendo parte da equipe de uma UTI é de tal relevância que tramita na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) o Projeto de Lei (PL) 2.776/08. Tal projeto estabelece a presença obrigatória de um CD nas UTIs e a obrigatoriedade de profissionais de odontologia em clínicas ou hospitais públicos e privados que apresentam pacientes internados para que estes possam receber cuidados referentes à cavidade bucal. Apresentado em fevereiro de 2008, o PL 2.776/08 abre um novo caminho para a odontologia e, principalmente, para a melhora

da condição bucal do brasileiro. Ressalta a importância do CD nas equipes multiprofissionais e no trabalho multidisciplinar dentro do ambiente hospitalar, especificamente nas UTIs (PIETÁ, 2008). Também, a Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº162/2015, reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo CD (CRO, 2015).

No ambiente hospitalar, o CD tem a competência para atuar como um consultor da saúde bucal e/ou como prestador de serviços, tanto a nível ambulatorial como em regime de internação (GODOI *et al.*, 2009). A presença destes profissionais na equipe multidisciplinar hospitalar pode contribuir com a saúde geral dos pacientes hospitalizados e com a própria estrutura hospitalar (DORO *et al.*, 2005).

É recomendável que os CDs e os técnicos de saúde bucal (TSB) orientem, principalmente à equipe de enfermagem que, muitas vezes, tem dificuldades de desempenhar cuidados adequados da cavidade oral devido ao excesso de trabalho, falta de tempo, desinteresse ou desconhecimento e ausência de um protocolo a ser seguido (MORAIS *et al.*, 2006; BRITO *et al.*, 2007). No entanto, isso não acontece em virtude da pequena ou inexistente comunicação entre a odontologia e as equipes de enfermagem na administração desses cuidados. O maior desafio enfrentado, até os dias de hoje, pelos profissionais de odontologia para integrar nas equipes multidisciplinares em UTI concentra-se na baixa prioridade do procedimento odontológico diante dos numerosos problemas apresentados pelo paciente. Entretanto, as pesquisas e o conhecimento científico têm apontado, de maneira clara e vigorosa, a influência da condição bucal na evolução do quadro clínico dos pacientes internados (MORAIS *et al.*, 2006).

As condições bucais podem ter inter-relação com a saúde sistêmica do paciente, haja vista que alguns processos patológicos, por exemplo, necessitam de maior ingestão hídrica e quando esta necessidade não é satisfeita resulta em halitose, língua saburrosa, cálculo dentário, lábios secos e fissuras labiais decorrentes do acúmulo de microrganismos na boca. Essas alterações podem exercer um efeito negativo no apetite do paciente, assim como em seu bem-estar. (MORAIS, 2010)

De modo geral pacientes de UTI podem apresentar xerostomia e ressecamento labial. A hipossalivação (redução do fluxo salivar) que ocorre devido ao uso de vários medicamentos, favorece o crescimento microbiano oral (FORD, 2008; TOLEDO e CRUZ, 2009). A secreção salivar exerce um papel dinâmico na manutenção da saúde bucal. Quando suprimida ou diminuída, causa sensação de boca seca, dificuldade de

deglutição do bolo alimentar e aumento do risco de desenvolvimento de infecções oportunistas (KAHN *et al.*, 2008).

Os microrganismos presentes na cavidade oral desempenham um papel importante na etiopatogenia de diversas enfermidades sistêmicas, tais como as doenças cardíacas coronárias, acidentes vasculares cerebrais, endocardite bacteriana, diabetes mellitus, osteoporose, infecção respiratória, bacteremia, septicemia, abscesso cerebral e otite média supurativa. Essencialmente, são 3 mecanismos pelos quais os microrganismos bucais podem suscitar infecções sistêmicas: translocação de microrganismos bucais repercutindo em infecções metastática; circulação de toxinas de microrganismos bucais associados a dano metastático; dano imunológico induzido por microrganismos bucais resultando em inflamação metastática (MORAIS *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2007; TOLEDO e CRUZ, 2009; MOJON, 2002; KAHN *et al.*, 2008, HALM e ARMOLA, 2009).

A deficiência na higienização da cavidade bucal em pacientes em UTI, contribui ainda mais para o crescimento microbiano. Normalmente isso ocorre pela presença do tubo orotraqueal, pelo selamento dos lábios e dos dentes, pelo aumento da tensão dos músculos faciais, pela posição da língua, cabeça e pescoço (ABIDIA, 2007). A presença de tubo orotraqueal dificulta e/ou impossibilita o autocuidado e o acesso à cavidade bucal e a conseqüente formação de patógenos resistentes na placa dentária (ABIDIA, 2007; TOLEDO e CRUZ, 2009).

Em associação a todos estes fatores, os pacientes internados podem ser imunologicamente comprometidos devido a doenças ou a medicamentos e são mais vulneráveis a desenvolver infecções orais e nosocomiais (SCHLESENER *et al.*, 2012). A pneumonia nosocomial é a segunda infecção hospitalar mais comum e a causa mais frequente de morte entre as infecções adquiridas em ambiente hospitalar. Nas UTIs, a maior parte das pneumonias hospitalares são, de fato, casos de PAVM, podendo ocorrer em 8-38% dos pacientes submetidos à VM (AMARAL, 2009; CORTÊS, 2009; PIRES, 2009).

A adequação bucal pode interferir positivamente no quadro clínico dos pacientes e reduzir fatores que possam interferir negativamente no tratamento sistêmico. Com intuito, de estabelecer um protocolo de monitoramento e descontaminação da cavidade bucal, que estão submetidos ao ambiente hospitalar. Nesse mesmo pensamento, é importante a atuação de profissionais qualificados, assim, com essa junção será possível reduzir a colonização pulmonar por patógenos

buciais e diminuir a incidência de pneumonias nosocomiais (AMARAL, 2009; CORTÊS, 2009; PIRES, 2009).

CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO

A pneumonia adquirida no hospital (PAH) é aquela que ocorre após 48 horas da admissão hospitalar, geralmente tratada na unidade de internação e não relacionada à ventilação mecânica. Devido a implicações etiológicas, terapêuticas e prognósticas, a PAH é classificada quanto ao tempo decorrido desde a admissão até o seu aparecimento. A PAH precoce é aquela que ocorre até o quarto dia e a tardia após o quinto dia de internação. Quando o paciente é encaminhado para internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), com indicação de VM, poderão surgir indícios de infecção entre 48 e 72 horas após a intubação, sendo conceituada como pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), segundo as Diretrizes Brasileiras para Tratamento e Associadas à Ventilação Mecânica de 2007.

Pacientes sob terapia intensiva são o principal desafio para o controle de infecção hospitalar. A ventilação mecânica é um dispositivo auxiliar para o tratamento de pacientes com deficiência respiratória e tem a finalidade de manter o oxigênio, reverter fadiga e principalmente salvar vidas. O tubo endotraqueal impede o fechamento da glote e o indivíduo perde o mecanismo normal da deglutição, o que impossibilita a tosse, com isso os microrganismos orais conseguem penetrar com facilidade pelas laterais do balonete do tubo. A defesa natural é comprometida, vencendo as defesas imunológicas e facilitando a microaspiração de secreção para o pulmão, e assim a PAVM é adquirida. (ALMEIDA, 2020)

Para determinar um diagnóstico preciso é essencial realizar uma avaliação através da história do paciente, exame físico, exames laboratoriais, raio X de tórax, exame de escarro, biópsia pulmonar e hemocultura (culturas de sangue). Os exames clínicos devem abranger alguns critérios obrigatórios para a PAVM que é de difícil diagnóstico, como evidências de infecções agudas caracterizadas pela presença de febre, alterações no leucograma, evidências de inflamação do trato respiratório inferior, tais como tosse, expectoração purulenta, aumento da secreção brônquica, elevação e modificação do aspecto da secreção na traqueia, hipertemia ou hipotermia, infiltrado novo ou persistente no raio X do tórax, crescimento bacteriano em culturas

do escarro, do aspirado traqueal, do lavado broncoalveolar e do líquido pleural ou do sangue. (ALMEIDA, 2020)

Lindhe e Rylander (1975) observavam que após 24 horas sem limpeza da cavidade bucal, é possível detectar clinicamente uma camada de placa dental. Portanto, as manobras de higiene estão intimamente ligadas ao número e às espécies de microrganismos encontrados na boca, criando uma inter-relação da pneumonia nosocomial com a microbiota bucal. Em consequência, o biofilme pode ser relacionado com maiores incidências de infecções respiratórias. Também, é incluída como fator de risco, negligenciar a higiene oral do paciente comprometido, tornando o biofilme um reservatório propício para microrganismos que agravam o processo infeccioso e, ainda, com o potencial para causar infecções a distância. Os agentes etiológicos multirresistentes comumente são os bastonetes gram-negativos, como *Acinetobacter spp*, *Staphylococcus aureus*, *Enterobacter spp*, *Escherihia coli* e *Proteus mirabis*. (ALMEIDA, 2020)

A higienização da cavidade oral tem um papel importante no estímulo dos nervos sensoriais, podendo melhorar a disfagia (dificuldade de deglutir) e, conseqüentemente, diminuir a aspiração de microrganismos, favorecendo a reabilitação do paciente. Esse método pretende prevenir infecções, manter a umidade da mucosa, proporcionar comodidade ao paciente e monitorar o desenvolvimento e a maturação do biofilme que predispõe de uma maior patogenicidade na cavidade bucal. Havendo a necessidade do estabelecimento de um protocolo de higiene bucal para pacientes, não apenas durante a intubação como também depois da extubação, pois essa ação ainda não é vista como um cuidado terapêutico e muitas vezes ainda é negligenciada. (ALMEIDA, 2020)

Para compreender a qualidade de higiene oral dos pacientes internados na UTI existe um parâmetro chamado Indicador de Higiene Oral do Paciente Crítico (IHOPC) que consiste na visualização de itens que condicionam ou determinam a qualidade da higiene bucal, identificando a presença de biofilme, gengivite, saburra, halitose, secreção de vias aéreas, sangue e dieta nasogástrica. O somatório dos elementos visualizados no exame clínico classifica a higiene bucal do indivíduo como: satisfatória (boa) - apenas um item identificado; deficiente (regular) - dois a três itens presentes; e precária (ruim) - mais de quatro itens observados. O indicador proposto ainda considera a presença de fatores de retenção que prejudicam a realização e

manutenção da higiene bucal adequada: tubo orotraqueal, cânula de Guedel, aparelho ortodôntico, cáries extensas, cálculo e prótese dentária. (QUINTANILHA *et al.*, 2017)

O paciente sistemicamente comprometido em associação com a saúde bucal deficiente tende a desenvolver comorbidades bucais, sendo a periodontite a principal causa. Pacientes que possuem a periodontite e não fazem higienização na UTI podem apresentar quadros de infecções sanguíneas ou sepse, pois ocorre um grande volume de bactérias que acabam se disseminando e penetrando nos vasos sanguíneos. (ALMEIDA, 2020)

As manifestações orais mais prevalentes nos pacientes internados em UTI incluem a halitose, as úlceras aftosas e a saburra lingual. É importante ressaltar que a maioria desses indivíduos tem doenças preexistentes, neoplasias ou doenças autoimunes, podendo apresentar alterações bucais relacionadas a essas condições sistêmicas, como no caso da leucemia, em que o paciente pode exibir manifestações bucais como crescimento gengival, ulcerações e hemorragias. Também deve-se considerar que por conta da queda de imunidade do hospedeiro, desordens endócrinas, lesões em mucosa, higiene bucal deficiente e tratamento prolongado com antibióticos e corticosteroides os pacientes estão mais susceptíveis a infecções. (ALMEIDA, 2020)

As reações bucais a medicamentos podem manifestar efeitos colaterais. A maioria dos efeitos adversos é mediada pelo sistema imunológico, como as alergias medicamentosas e a hipersensibilidade à droga. Outros estão relacionados com overdose e toxicidade e podem, ainda, ser resultante de um efeito imprevisível particular de um agente químico ou medicamento. As manifestações clínicas das reações medicamentosas dependem do tipo da droga, da dose e de particularidades de cada indivíduo. A reação pode ser aguda ou ocorrer tardiamente. As manifestações clínicas mais comuns de reações adversas a medicamentos na boca são: xerostomia, ulcerações não específicas, mucosite vesículo-bolhosa ou ulcerativa, pigmentação e aumento de volume gengival. A hiperplasia gengival secundária a administração de fenitoína, nifedipina ou ciclosporina é um exemplo de manifestação bucal relacionada às reações medicamentosas. (QUINTANILHA *et al.*, 2017)

O estudo transversal de Quintanilha *et al.* (2017) avaliou clinicamente 168 pacientes internados em uma UTI. Os dados referentes às características clínicas foram coletados dos prontuários médicos. Durante os exames bucais as alterações bucais mais encontradas foram: ressecamento e crosta labial, língua saburrosa,

palidez da mucosa, candidíase, língua despapilada e lesões provocadas por trauma. As petéquias/equimoses/hematoma extrabucais foram observadas num número significativamente maior em pacientes internados por causas clínicas e a língua saburrosa e a palidez da mucosa dentre os pacientes pós-cirúrgico.

A partir desses dados, estabeleceram-se critérios de padronização para o diagnóstico e tratamento ser preciso e acessível a todos que estiverem à disposição. A saburra lingual foi definida pela presença de material branco-amarelado no dorso da língua, removível através de gaze embebida em soro fisiológico; ressecamento labial pela presença de vermelhão dos lábios opaco, friável com ulcerações, fissuras ou crostas; ressecamento bucal foi definido como a redução ou a ausência de saliva, caracterizada pela ausência do lago sublingual e/ou aderência da espátula de madeira na mucosa jugal; saliva foi considerada viscosa, quando se apresentava espessa e aderente podendo haver formação de pequenas bolhas; sinais de infecção odontogênica foram definidos como sendo a presença de pelo menos uma das seguintes alterações detectadas clinicamente: biofilme dentário, cálculos, mobilidade dentária, cárie dentária, restos radiculares, dentes fraturados ou abscessos de origem odontogênica. O ressecamento bucal, os sinais de infecção odontogênica e a má higiene são frequentes em pacientes internados em UTI e podem estar associadas ao aumento dos escores de gravidade. (QUINTANILHA *et al.*, 2017)

No estudo de Quintanilha *et al.* (2017) o ressecamento labial e as crostas labiais foram os mais prevalentes nos pacientes internados e ressalta-se que essas alterações podem ser prevenidas e tratadas. Além disso, mais da metade dos pacientes apresentou língua saburrosa e algum tipo de infecção odontogênica e cerca de 13% apresentaram petúquia/equimose/hematoma e candidíase bucal. Este foi o primeiro estudo que verificou a importância clínica das alterações bucais presentes em pacientes internados em UTI.

A detecção de alterações bucais pode contribuir para o juízo profissional sobre o prognóstico do paciente durante a internação na UTI e no estabelecimento de protocolos para cuidados bucais e sistêmicos nas unidades de saúde. Para uma correta e adequada higienização é necessário utilizar dispositivo provido de uma espátula envolta com gaze, géis para a cavidade bucal ressecada e produtos como digluconato de clorexidina para a realização da higiene em mucosas. Utiliza-se cotonete de espuma embebido com clorexidina 0,12%, a fim de reduzir processos

inflamatórios, edemas na gengiva, redução da saburra lingual, cáries, periodontites e biofilmes. (ALMEIDA, 2020)

A literatura tem mostrado que a clorexidina é eficaz contra bacilos gram-positivos por ser um agente antimicrobiano de amplo espectro e menor efetividade contra bacilos gram-negativos. É considerada o padrão-ouro para a odontologia, tendo a função de ser bacteriostática em pequenas doses e bactericida em elevadas concentrações, inibindo e combatendo os microrganismos, ou seja, é absorvida pela mucosa e pelos dentes e liberada até 12 horas. Passado o tempo de administração, por volta de 1 min, a redução do número de bactérias é de 80%, já quando a administração for superior a 5 horas, a redução de bactérias pode chegar a 88% a 92%. (ALMEIDA, 2020)

A clorexidina reduz o risco de desenvolvimento de PAVM em 65% na concentração de 0,12% e 55% na concentração de 0,2%, enquanto a solução na concentração de 0,12% para a realização de higiene bucal reduz aproximadamente 70%. No entanto, apresenta efeitos adversos, tais como: alterações de cor no dente, restaurações, próteses e língua, xerostomia, perda do paladar e aparecimento de biofilme supragengival, quando é utilizado. (ALMEIDA, 2020)

Entenda-se que a higiene com escova dentária tem sido necessária em indivíduos que tem condições saudáveis, o que vem trazendo poucos estudos relacionados a efetividade do procedimento de higiene oral mecânica. Em uma revisão sistemática (VILELA *et al.*,2015) indicaram que a escova mecânica pode provocar a saída do biofilme em grande volume para o pulmão, contraindicando a remoção da placa com escovas dentárias e sendo apenas indicado o uso da clorexidina 0,12%. (ALMEIDA, 2020)

Em contrapartida (FRANCO *et al.*,2020) afirmaram que a escovação dentária antes da aplicação da clorexidina a 0,12%, faz presente no dia a dia, mantém os dentes e mucosas saudáveis, desorganiza a placa bacteriana, possibilita qualidade e bem-estar ao paciente. Um estudo de relato de caso realizado no Hospital Memorial de Maringá, foi avaliado as condições bucais dos pacientes, como índice de placa e índice de sangramento gengival e o resultado foi uma redução de 38,65% desses índices, através da utilização de técnicas de escovação a vácuo e químicos associados. (ALMEIDA, 2020)

Os profissionais de saúde se esforçam para prevenir e tratar a PAVM. Por isso, os hospitais devem formar uma equipe multiprofissional em saúde que assume a

responsabilidade em virtude das condições sistêmicas dos pacientes que obtêm quadros clínicos complexos e críticos, esse grupo é composto por médicos, cirurgiões-dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares de enfermagem e serviços, denominado os bundles (pacotes). (ALMEIDA, 2020)

O bundle foi criado em 2002 no Reino Unido pelo National Institute for Clinical Excellence e é definido como um grupo de medidas baseadas em evidências, capazes de atuar em todos os pacientes sob VM resultando em reduções significativas na incidência de pneumonia nosocomial, incluindo elevação da cabeceira de 30-45 graus, lavagem das mãos ou utilização de álcool 70%, interrupção diária da sedação, profilaxia do trato gastrointestinal e profilaxia do tromboembolismo venoso. (ALMEIDA, 2020)

A integralidade dos profissionais se torna essencial, uma vez que diminui a permanência dos pacientes no ambiente hospitalar, reduzindo os custos. O (VIDAL *et al.*, 2023) mostra que a redução da PAV associado a medidas de adesão aos bundles, são indispensáveis para os pacientes e hospitais, a fim de reduzir casos novos, custos e VM, podendo economizar \$1.08 milhões se houver redução de 10 para 3 casos de PAVM. E quando os pacientes permanecem no hospital, as despesas aumentam, podendo ultrapassar 40.000 dólares quando o período de internação sofre um acréscimo de 12 dias. (ALMEIDA, 2020)

Portanto, é necessário a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, atuando nos procedimentos preventivos, emergenciais e curativos. A odontologia hospitalar é indispensável para o cuidado dos pacientes internados em Unidades de Terapias Intensivas (Blum *et al.*, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo buscou relacionar a importância da saúde bucal com a saúde sistêmica e qualidade de vida do paciente hospitalizado. Por muitas vezes, pacientes internados estão debilitados e não aptos a realizarem sua higiene bucal. Com isso, ressalta-se a importância da difusão da Odontologia dentro do ambiente hospitalar, reconhecendo e dimensionando o papel do cirurgião-dentista no processo

de tratamento e manejo com abordagem multidisciplinar, uma vez que isso proporciona uma visão integral do paciente, potencializando uma maior qualidade de vida com eliminação de possíveis focos infecciosos durante o período de internação e aumentando suas chances de cura. Contudo, a Odontologia ainda se insere timidamente.

Contudo, as estratégias devem ser adotadas para a diminuição e prevenção da PAVM. Com referência a maior monitorização e vigilância da equipe, menor erro de diagnóstico, melhor escolha de antissépticos, grupo adequado de profissionais em número e treinamento, elevação de cabeceira, protocolos de interrupção diária de sedação, higiene bucal, aspiração subglótica, cuidados com os circuitos do ventilador mecânico, lavagem adequada das mãos e uso adequado de medicamentos. Com todos os parâmetros, a higiene bucal deficiente contribui com o aumento de biofilme e saburra lingual provocando a pneumonia nosocomial. Dessa forma, é imprescindível saber que ocorre a melhora em pacientes com pneumonia na UTI relacionado a higiene bucal, pois sem a utilização dos recursos químicos e mecânicos necessários, pode-se aumentar a morbimortalidade nas Unidades de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS

ROCHA, A.L.; FERREIRA, E.F. **Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária**. Vol.50 no.4. Belo Horizonte: Brasileira de Odontologia, 2014.

ALVES, R.G. *et al.* **Atendimento odontológico em ambiente hospitalar: uma revisão de literatura**. 1. Paraíba: Realize, 2016.

ARANEGA, A.M. *et al.* **Qual a importância da odontologia Hospitalar?**. Vol.69 no.1. Rio de Janeiro: Brasileira de Odontologia, 2012.

JÚNIOR, O.L.A. *et al.* **A atuação da odontologia hospitalar em unidade cardiovascular intensiva.** Vol.17 n.36. Santa Catarina: Eletrônica de extensão – extensio, 2020.

NETO, J.M.A.S. *et al.* **A atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar: uma revisão de literatura.** Vol. Sup. 35. Maceió-Alagoas: Acervo mais, 2019.

ROCHA, S.C. *et al.* **Os benefícios da odontologia hospitalar para a população: uma revisão de escopo.** Vol.10 no.4. Minas Gerais: Research, Society and Development, 2021.

PASCOALOTI, M.I.M. *et al.* **Odontologia hospitalar: desafios, importância, integração e humanização do tratamento.** Vol.15 no.1. São Paulo: Rev Ciênc, 2019.

UNIVERSIDADE DA BAHIA. **Existe relação entre a pneumonia nosocomial e a higiene oral de pacientes internados nas unidades de terapia intensiva?,** 2020. BAHIA, 2020.

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Alterações bucais em pacientes internados em unidade de terapia intensiva e associação com dados clínicos de prognóstico,** 2017. Rio de Janeiro, 2017.

NETO, J.M.A.S. *et al.* **A atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar: Uma revisão de literatura.** Vol.Sup.35. Maceió: Rev. Eletrônica Acervo Saúde, 2019.

SANTI, S.S; SANTOS, R.B. **A prevalência da pneumonia nosocomial e sua relação com a doença periodontal: revisão de literatura.** Vol.21, no 2. Rio Grande do Sul, 2016

UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS. **Odontologia na UTI: Por que e para que?**, 2010. MINAS GERAIS, 2010.

ARANEGA, A.M. *et al.* **Qual a importância da Odontologia Hospitalar?**. Vol.69 no.1. Rio de Janeiro: Ver. Bras. Odontol, 2012.

UNIVERSIDADE DE RIO GRANDE DO SUL. **Odontologia Hospitalar: Revisão de literatura**, 2014. RIO GRANDE DO SUL, 2014.

APÊNDICES E ANEXOS

X

X

Constituem material complementar ao texto, não fazendo parte do corpo do trabalho. Têm por objetivo esclarecer ou ilustrar algum aspecto do trabalho. Exemplos: textos de lei, questionários utilizados na metodologia, tabelas, levantamento de dados, entre outros.

O anexo conforme a ABNT é o “texto ou documento não elaborado pelo autor, que serve de fundamentação, comprovação e ilustração”, enquanto o apêndice é “texto ou documento elaborado pelo autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho”.

REGRAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

As regras de apresentação representam um item fundamental na produção dos trabalhos acadêmicos. É imprescindível destacar algumas considerações quanto à numeração de páginas, aspectos referentes à digitação, maneira de redação, sequência de figuras, formatação de tópicos e estrutura de apresentação, seguindo normas da ABNT:

▪ **FORMATO:**

- ✓ Papel branco, formato A4 (21cm X 29,7cm);
- ✓ Modelo de fonte Times New Roman ou Arial;
- ✓ Tamanho de fonte 12 e tamanho menor (10) para citações de mais de três linhas, notas de rodapé, paginação e legendas das ilustrações e tabelas
- ✓ No caso das citações com mais de três linhas, deve-se observar o recuo de 4 cm da margem esquerda.

▪ **MARGENS:**

- ✓ Direita e inferior de 2 cm; esquerda e superior de 3 cm;
- ✓ Marca de parágrafo a 1,5cm da margem (geralmente um Tab. nos teclados).

▪ **ESPACEJAMENTO:**

- ✓ O texto deve ser digitado com espaço 1,5;
- ✓ As citações diretas de mais de três linhas, as notas, as referências, as legendas das ilustrações e tabelas e o resumo devem ser digitados em espaços simples e fonte 10;
- ✓ Os títulos das subseções devem ser separados do texto que os precede ou que os sucede por dois espaços 1,5.
- ✓ No que tange às citações diretas longas deve ocorrer um recuo de 4 cm e a redução do tamanho de letra (fonte 10).

PAGINAÇÃO.

Indicar na parte superior à direita. Contar a partir da primeira página, mas numerar a partir da segunda.

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