

ODONTOLOGIA HOSPITALAR: O USO DO TUBO OROTRAQUEAL (TOT) NAS UTÍ'S

HOSPITAL DENTISTRY: USE OF THE ENDOTRACHEAL TUBE (ETT) IN ICUs

Maria Eduarda Mello Costa da Silva e Rafaela Moraes Costa de Oliveira

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

Prof. Raquel Florencio

Titulação Acadêmica: Prof. Me. Em Periodontia

RESUMO

A odontologia hospitalar é uma especialidade que se dedica a ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas para doenças orofaciais, manifestações bucais de condições sistêmicas e as sequelas de seus tratamentos e pacientes hospitalizados ou em atendimento domiciliar. Este estudo tem como objetivo destacar o papel do cirurgião dentista na prevenção e tratamento de pneumonias associadas ao uso do tubo orotraqueal (TOT) em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). Esse trabalho tem como base as pesquisas realizadas em bancos de dados como Scielo, Web of Science, PubMed e BVS, a pesquisa foi baseada nos anos de 2007 até 2024. Concluindo assim a importância da atuação do cirurgião dentista no ambiente hospitalar, em especial na UTI, para monitorar e manter a saúde bucal dos pacientes, reduzindo o risco de infecções sistêmicas graves

Palavras-chave: Tubo Orotraqueal, UTI e Odontologia.

ABSTRACT

Hospital dentistry is a specialty dedicated to preventive, diagnostic, and therapeutic actions for orofacial diseases, oral manifestations of systemic conditions, and the sequelae of their treatments in hospitalized patients or those receiving home care. This study aims to highlight the role of the dentist in the prevention and treatment of pneumonia associated with

the use of the endotracheal tube (ETT) in patients admitted to the intensive care unit (ICU). This work is based on research conducted in databases such as Scielo, Web of Science, PubMed, and BVS, the research covered studies from the years 2007 to 2024. The study concludes by emphasizing the importance of the dentist's role in the hospital setting, particularly in the ICU, to monitor and maintain patients' oral health, thereby reducing the risk of severe systemic infections.

Keywords: Orotracheal Tube, ICU e Dentistry.

LISTA DE ABREVIações:

TOT: TUBO OROTRAQUEAL
UTI: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
PN: PNEUMONIA NASOCOMINAL
HRAN/SES/DF: HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE/ DISTRITO FEDERAL
VM: VENTILAÇÃO MECÂNICA
IOT: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
PAH: PNEUMONIA ADQUIRIDA NO HOSPITAL
PAVM: PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA
POP: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO
CD: CIRURGIÃO DENTISTA
IRAS: INFECÇÕES RELACIONADAS À SAÚDE
AMIB: ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA

INTRODUÇÃO:

A odontologia hospitalar é uma especialidade dentro da odontologia, que compreende um conjunto de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças orofaciais, manifestações bucais de origem sistêmicas ou de sequelas de seus respectivos tratamentos, em pacientes em ambiente hospitalar (internados ou não) ou em assistência domiciliar. O paciente é avaliado de forma integral por equipes interdisciplinares (profissionais de áreas afins entre si) e multidisciplinares (em conjunto com profissionais de áreas especializadas fazem parte do dia a dia destas unidades) da área de saúde, visando à manutenção da saúde bucal e a melhoria da qualidade de vida. (CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MATO GROSSO, 2020)

A Odontologia Hospitalar tem se consolidado como uma área essencial no cuidado integral dos pacientes, principalmente após a regulamentação por meio de legislações e resoluções. Em 2013, o Projeto de Lei Nº 2776/2008 tornou obrigatória a presença de cirurgiões-dentistas nas UTIs, posteriormente substituído pelo PL da Câmara Nº 34, de 2013, que por sua vez torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade HOME CARE. Em 2015, a Resolução Nº 162/2015 e Nº 163/2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO) - reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar e a apresenta com uma nova área de atuação dentro da profissão, com os objetivos de “promoção da saúde bucal, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos”. A Resolução CFO-262, de 25 de janeiro de 2024 reconhece a Odontologia Hospitalar como Especialidade Odontológica.

A presença de um cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois a maioria apresenta uma higiene bucal deficiente, levando a um aumento do índice da placa bacteriana na cavidade bucal e orofaríngea (SABA, et al 2007).

Uma das infecções mais frequentes, em relação a doença pulmonar, é a Pneumonia Nosocomial (PN), que é acometida nos tecidos pulmonares, que constitui as principais causas de morbidade e mortalidade em UTIs e essa infecção acomete mais pacientes em ventilação mecânica (SCANNAPIECO; SHAY, 2014; DENYS; RELICH, 2014). Nesse sentido, a placa bacteriana bucal pode implicar em desordens sistêmicas, quando colônias bacterianas

presentes na saliva contaminada são translocadas para o aparelho respiratório inferior, conseguindo vencer o sistema imunológico e estabelecer a pneumonia nosocomial (PN). (VILELA; FERREIRA; REZENDE, 2015; FERREIRA; LONDE; MIRANDA, 2017; MANGER et al., 2017).

O estudo “Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares” teve como objetivo traçar o perfil geográfico e clínico dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva através da Central de Regulação de Internações Hospitalares, no período de março a julho de 2009, 67 pacientes foram admitidos na UTI do HRAN/SES/DF, identificando o índice prognóstico no momento da admissão. Essa revisão observou predominância do sexo masculino (tanto no total de pacientes admitidos, quanto entre aqueles pacientes que morreram). Em relação à idade a maior parte dos pacientes pertencia à categoria acima de 60 anos (29,9%), sendo que 70% deles foram a óbito, seguidos pela faixa etária de 41 a 50 anos representando 23,9% das admissões; estes dados foram agrupados para uma melhor análise estatística. O principal motivo de admissão encontrado neste estudo foi por insuficiência respiratória e um maior número de pacientes (37%) apresentou comorbidade associadas ao diagnóstico primário, dentre elas, a Hipertensão arterial foi a mais expressiva (17,9%) seguida pela Diabetes mellitus (9,0%). Percebe-se que esses pacientes com comorbidade apresentaram a maior taxa de óbito. A categoria mais frequente foi relacionada às doenças do aparelho respiratório (31,3%). As doenças do aparelho respiratório foram representadas, principalmente, pela pneumonia. O uso de ventilação mecânica (VM) enquanto terapêutica adotada esteve presente na maioria dos pacientes, o que esteve associado com uma maior ocorrência de óbito com 67,3%

Pacientes que são institucionalizados e/ou que necessitam de atendimento domiciliar, devem continuar com os serviços de atenção à saúde bucal, evitando a influência da interação entre as doenças bucais e sistêmicas e mantendo assim um bem-estar geral.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A intubação orotraqueal (IOT) é um procedimento crítico realizado em pacientes com situações emergenciais ou cirúrgicas que requerem suporte respiratório. (WILLIAMS; PARRY, 2018).

O uso do tubo orotraqueal (TOT) é uma realidade nos hospitais, pacientes internados em unidades de terapia intensiva são considerados em estágio crítico, por isso necessitam de uma assistência e observação contínua proporcionando melhores condições para sua recuperação. (PINHEIRO, 2014). Dessa forma, a Ventilação Mecânica apresenta-se como um importante instrumento utilizado para a recuperação dos pacientes críticos internados em UTI.

É um procedimento invasivo que pode causar desconforto e complicações aos pacientes e, portanto, requer atenção cuidadosa por parte da equipe médica e de enfermagem envolvida (WILLIAMS; PARRY, 2018).

Embora o Tubo Orotraqueal seja inserido pela boca, na UTI os doentes tendem a apresentar higiene bucal deficiente, observando-se uma grande quantidade patologias bucais. (SILVA, 2020). Apesar da importância dos cuidados com higiene oral em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estudos e revisões sistemáticas mostram que esta prática ainda é escassa. (Berry AM, Davidson PM, Masters J, Rolls K. 2007)

A existência entre as doenças bucais e condições sistêmicas afeta diretamente na saúde total dos pacientes, assim sendo as assistências carecem ser de um formato interdisciplinar, especialmente com a participação do cirurgião-dentista (SILVA, 2020)

CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO

O tubo endotraqueal, conhecido pelos profissionais como TOT (Tubo Orotraqueal), é um dispositivo médico-hospitalar, estéril, invasivo, utilizado em pacientes quando há necessidade de submetê-los à ventilação mecânica, ou seja, quando um respirador artificial assume a respiração e inspiração naturais.

Nas UTÍ's, os doentes tendem a apresentar higiene bucal deficiente, observando-se uma grande quantidade de placa bacteriana e trazendo as diversas doenças bucais, como, doença periodontal, gengivite, cárie e sintomas como xerostomia. A existência entre as doenças bucais e condições sistêmicas afeta diretamente na saúde total dos pacientes, assim sendo as assistências carecem ser de um formato interdisciplinar, especialmente com a participação do cirurgião-dentista (SILVA, 2020).

A condição oral quando comprometida, pode influenciar negativamente no tempo de hospitalização, principalmente pela condição sistêmica quando o paciente apresenta alguma doença crônica, como problemas hepáticos, cardiovasculares, diabetes e outras necessidades especiais (HAUMSCHILD, 2009).

Para MACEDO et al., 2020, a ventilação mecânica traz consequências na cavidade bucal, por permanecer com abertura prolongada, observando, o ressecamento da mucosa oral, redução da saliva e conseqüentemente a desproteção dos tecidos bucais. Com a intubação há entrada de bactérias da boca para os pulmões, o que pode favorecer uma representação de infecção pulmonar. Sendo a boca um meio de reservatório de patógenos e após 48 horas da admissão em UTI, apresentando colonização por bacilos Gram-negativos na orofaringe, frequentes agentes etiológicos das infecções respiratórias.

Pneumonia adquirida no hospital (PAH): aquela que ocorre após 48 h da admissão hospitalar, geralmente tratada na unidade de internação (enfermaria/apartamento), não se relacionando à intubação orotraqueal ou à ventilação mecânica (VM), podendo, entretanto, o paciente ser encaminhado para tratamento em UTI quando apresenta ou evolui para a forma grave. Devido a implicações etiológicas, terapêuticas e prognósticas, a PAH tem sido classificada quanto ao tempo decorrido desde a admissão até o seu aparecimento, podendo ser precoce (a que ocorre até o quarto dia de internação) ou tardia (a que se inicia após cinco dias da hospitalização).

Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM): aquela que surge em 48-72 h após intubação orotraqueal e instituição de VM invasiva. De modo similar, a PAVM também é classificada em precoce (a que ocorre até o quarto dia de intubação e início da VM) e tardia (a que se inicia após o quinto dia da intubação e VM).

Desta maneira, nos casos em que a extubação é improvável dentro de 10 a 14 dias, a traqueostomia deve ser considerada; e, nos pacientes nos quais, antecipadamente, já se prevê um tempo de ventilação superior a 14 dias, a traqueostomia deve ser considerada o mais breve possível (Viana, 2007).

O método ideal para a fixação deve permitir a menor movimentação possível do tubo, ser confortável para o paciente, permitir higiene oral, preservar a integridade da pele e ser de fácil aplicação. A fixação deve ser realizada por duas pessoas, sendo uma responsável por segurar o tubo na posição correta, enquanto a outra realiza a fixação. Devemos estar sempre atentos à cavidade oral, aos lábios e à pele ao redor da boca.

O II Consenso Brasileiro de Ventilação mecânica discorre sobre as complicações relacionadas ao tubo (orotraqueal e traqueal TOT). A segunda complicação salientada é a existência de lesões de pele e/ou lábio, decorrentes ao modo de fixação do tubo, tipo de material utilizado (esparadrapos) e à falta de mobilização da cânula em intervalos de tempos regulares.

Este consenso ainda aborda questões acerca dos cuidados com o tubo, sendo eles: a higiene oral a cada quatro horas com antisséptico; presença de dois profissionais durante a troca da fixação e mudança do posicionamento do tubo como prevenção da extubação acidental ou da mobilização inadvertida do TOT; troca da fixação, diariamente e sempre que necessária, considerando a limpeza e a prevenção de lesão em lábios e lobos de orelha; posicionar preferencialmente a fixação no centro da rima labial, a fim de diminuir risco de erosão da comissura labial; reposicionamento do TOT deve acontecer, pelo menos, a cada 12 horas, como forma de prevenir lesões em língua.

O TOT pode proporcionar o aparecimento de lesões orais, acúmulo de biofilme agravado pela dificuldade de realização da higiene bucal, além de favorecer a translocação de microorganismos para as vias aéreas inferiores (Guimarães & Rocco, 2006; Othman & Abdelazim, 2017)

Dentre os riscos decorrentes da intubação orotraqueal, ressaltam-se as lesões orais por pressão. Estas lesões podem ser representadas por úlceras, localizadas na mucosa oral e/ou na pele circundante devido à pressão e laceração causada pelo TOT. Em decorrência disto, pode haver sintomatologia dolorosa e infecção associada (Hampson et al., 2018).

Traumas orais por mordeduras e compressão direta sobre o TOT, acarretando ulcerações orais e diminuição da perfusão de oxigênio, respectivamente (JB et al., 2020).

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 (GOMES; ESTEVES, 2012; PADOVANI et al., 2013)

O profissional executor da higiene bucal do paciente crítico deverá observar as orientações contidas no Procedimento Operacional Padrão (POP), apregoado pelos Departamento de Odontologia e Departamento de Enfermagem da AMIB.

DESCRIÇÃO DOS 6 PASSOS DA HIGIENE BUCAL

PASSO 1	Remover as sujidades da região peribucal e parte externa dos lábios, com gaze estéril umedecida em água destilada estéril ou filtrada. Se as sujidades estiverem fortemente aderidas, aplicar sobre elas óleo vegetal comestível para facilitar a sua remoção. Atentar para não lesionar os tecidos moles (não empregar força manual).
PASSO 2	Realizar a antisepsia da região peribucal e parte externa dos lábios, com gaze estéril umedecida em solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2%.
PASSO 3	Lubrificar a região peribucal e parte externa dos lábios, com óleo vegetal comestível. Após abordar a região peribucal: Instrumento: Gaze estéril montada em espátula abaixadora de língua, de forma “acolchoada”, envolvendo completamente a ponta e o corpo de ação da espátula para evitar lesão em tecidos moles.
PASSO 4	Remover as sujidades das estruturas intrabucais. Aplicar gaze seca e/ou umedecida em água destilada estéril ou filtrada, a depender das condições pré-existentes de lubrificação das mucosas, com movimentos pósteroanteriores (de trás para frente), sem empregar força manual. Realizar este passo em todas as estruturas moles e duras presentes na boca: mucosa jugal; parte interna dos lábios; gengiva; palato; dorso da língua; dentes; próteses fixas e tubo orotraqueal (TOT). Se houver sujidades fortemente aderidas ao dorso lingual, utilizar o óleo vegetal comestível para amolecer e facilitar a sua soltura. Realizar este passo da arcada superior para a inferior. Evitar raspadores linguais
PASSO 5	Reduzir a carga microbiana bucal por meio da aplicação de gaze estéril umedecida em solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% (sem excesso e sem deixar sobrenadante em saliva) em todas as estruturas moles e duras presentes na boca (inclusive TOT), com movimentos póstero-antteriores (de trás para frente), sem empregar força manual. Realizar este passo da arcada superior para a inferior.

PASSO 6	Lubrificar os tecidos intrabuciais moles (mucosas da bochecha, parte interna dos lábios, gengivas, palato, dorso e ventre da língua) com óleo vegetal comestível. Aplicar sem excesso, sem friccionar e sem deixar sobrenadante em saliva, com movimentos póstero-anteriores (de trás para frente). Se não houver risco para o executante, o lubrificante pode ser aplicado com as pontas dos dedos enluvadas. Realizar este passo da arcada superior para a inferior.
---------	--

Adaptado: DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA E DE ENFERMAGEM-AMIB PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TAREFA: HIGIENE BUCAL (HB) EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO OU PEDIÁTRICA PRESCRIÇÃO: Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro ORIENTAÇÃO: Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro EXECUTANTE: Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem”, [s.d.]

HIGIENE DE PRÓTESES DENTÁRIAS E PROTETORES BUCAIS (HP):

A frequência da HP segue a frequência da HB
Materiais/medicamentos/equipamentos/instrumentais necessários: Escova dental descartável (cerdas macias); Sabão neutro; Compressa de gaze; Copo/recipientes descartáveis; Solução de digluconato de clorexidina a 2%.
Etapas do procedimento de HP: - Remover aparelhos móveis após a higiene peribucal e antes de realizar a higiene intrabucal; - Higiene manual propriamente dita com remoção mecânica das sujidades com auxílio de gaze estéril ou escova de dente descartável, embebida em água, seguida da antissepsia da superfície da prótese dentária/protetor bucal com solução de digluconato de clorexidina a 2%, aplicada com gaze estéril, para, então, retornar à boca do paciente.
Em caso de acondicionamento na UTI, aplicar a solução de digluconato de clorexidina a 2% com gaze em toda a superfície; envolver com gaze seca e acondicionar dentro de um invólucro plástico. Preferencialmente, entregar a prótese dentária aos familiares, registrando em prontuário o dia, a hora e o nome do familiar que recebeu).
O uso, ou não, de próteses dentárias pelos pacientes durante a internação na UTI deverá ser avaliado e definido pelo Cirurgião-Dentista, bem como o uso das mesmas para a alimentação.

Adaptado: DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA E DE ENFERMAGEM-AMIB PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TAREFA: HIGIENE BUCAL (HB) EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO OU PEDIÁTRICA PRESCRIÇÃO: Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro ORIENTAÇÃO: Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro EXECUTANTE: Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem”, [s.d.]

PARA UMA HIGIENE BUCAL SEGURA:

Nas primeiras 24h da admissão, o paciente deverá receber os cuidados necessários para a adequação do meio bucal por um Cirurgião-Dentista (CD), visando à prevenção de bacteremias e infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS). Dentre esses cuidados, destacam-se a remoção de focos de infecção; de dentes com risco de avulsão; de bordas cortantes; de fatores de retenção de biofilme bucal, como cálculo dentário e aparelhos ortodônticos.
A equipe de enfermagem deverá solicitar auxílio ao CD em toda situação adversa, tais como patologias associadas, dentes com mobilidades, lesões de mucosa, sangramentos de origem bucal, presença de aparelhos fixos ou móveis, dentre outras.
A solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% deverá ser aplicada sempre após a remoção de sujidades e desorganização do biofilme.

O TOT também deverá ser higienizado da mesma forma que as estruturas bucais, com movimentos póstero-anteriores e leves para a redução do risco de extubação acidental.
O digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% não deve ser diluído em água, nem tampouco se deve realizar enxagues ou lavagens locais após a sua aplicação, o que reduziria a sua efetividade.
Nunca aplicar solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% diretamente na cavidade bucal pelo risco de broncoaspiração, somente umedecida em gaze estéril.
Manter o intervalo de 12 horas entre as aplicações da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2%, mesmo que sejam necessários novos procedimentos de HB no paciente. Assim sendo, a HB intermediária deverá ser realizada com água destilada estéril ou filtrada.
Não raspar a língua com limpadores ou escova dentária pelo maior risco de eventos adversos (lesões e/ou bacteremia), tendo em vista alguns estudos demonstrarem que esta ação reduz de forma ínfima a carga microbiana do dorso lingual. Seguir a sequência de gases que se encontra recomendada nos 6 passos da HB.
Executar a HB desvinculada do momento do banho no leito. Na impossibilidade, realizar a HB impreterivelmente antes da higiene corporal, para reduzir os riscos de quebra da cadeia asséptica e eventos adversos.
Sempre aspirar a saliva e sobrenadantes, ou seja, proceder a aspiração da cavidade bucal do paciente imediatamente antes, durante e depois dos procedimentos de HB com sugador odontológico ou sonda de aspiração conectados ao circuito de aspiração.
O uso de escovas dentárias descartáveis e/ou de fio dental somente deverão ser indicados pelo CD ou Enfermeiro, sendo tais dispositivos utilizados em procedimentos de HB executados exclusivamente por esses profissionais. Ao utilizar a escova de dente: - Umedecer a escova com água destilada estéril ou filtrada; - Posicionar suavemente a cabeça da escova, na região de gengiva livre e o dente, de modo que forme um ângulo de 45° com o longo eixo do dente; - Com movimentos vibratórios brandos, pressione levemente as cerdas de encontro à gengiva, fazendo com que elas penetrem no sulco gengival e abrace todo o contorno do dente; - Em seguida, inicie um movimento de varredura no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, por pelo menos 5 vezes, envolvendo 2 ou 3 dentes de forma a desorganizar o biofilme; - Prossiga sistematicamente com o movimento por todos os dentes pelo lado de fora (face vestibular) e pelo lado interno dos dentes (face lingual); - Com movimentos de vaivém, escove as superfícies mastigatórias dos dentes superiores e inferiores, do palato e da parte interna das bochechas. Na presença de saburra lingual, a associação de raspador de língua está indicada; - Em pacientes sob ventilação mecânica e portadores de sonda orogástrica ou oroenteral, realizar a higiene do TOT e das sondas com gaze estéril umedecida com água destilada estéril ou filtrada; - Sempre que necessário, umidificar a escova de dente na água destilada estéril ou filtrada. Em seguida, finalizar o procedimento de HB aplicando a solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% em gaze estéril.

Adaptado: DEPARTAMENTOS DE ODONTOLOGIA E DE ENFERMAGEM-AMIB PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO TAREFA: HIGIENE BUCAL (HB) EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI ADULTO OU PEDIÁTRICA PRESCRIÇÃO: Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro ORIENTAÇÃO: Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro EXECUTANTE: Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem”, [s.d.]

Quadro 01: Recomendações para a prevenção da PAVM (Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica)

PROCEDIMENTO	CDC	APIC	IHI	AACN
Cabeceira elevada entre 30º e 45º	✓	✓	✓	✓
Avaliação diária da sedação com a diminuição sempre que possível	✓	✓	✓	
Profilaxia de úlcera péptica	✓	✓	✓	
Higiene bucal	✓	✓	✓	✓
Drenagem de secreção subglótica - contínua ou intermitente	✓	✓		✓
Higiene das mãos	✓	✓		✓
Prevenção da colonização orofaríngea	✓	✓		

Fonte: comissão de trabalho da AMIB para elaboração de padronizações na higiene bucal do paciente crítico

A inserção de cirurgiões-dentistas qualificados, traz melhoria no estado geral do paciente. Evitar a carência dos cuidados da integralidade da boca do paciente, visto que há uma extrema importância para o estabelecimento do melhor prognóstico e sendo assim menor tempo de internação na UTI, esses cuidados podem diminuir a via de acesso infecciosa pela cavidade oral (SILVA, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho aborda detalhadamente sobre o papel essencial da Odontologia Hospitalar, especificamente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI'S), no contexto de prevenção e tratamento de infecções sistêmicas em pacientes intubados, com destaque para a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). Essa abordagem sublinha a importância da participação do cirurgião-dentista na manutenção da saúde bucal, apontando que a higiene deficiente pode contribuir significativamente para a colonização bacteriana, o que favorece infecções pulmonares em pacientes sob ventilação mecânica.

Além disso, o documento inclui um detalhado Procedimento Operacional Padrão (POP) para a realização da higiene bucal e o cuidado com próteses dentárias em UTIs, dividido em etapas, que vão desde a limpeza da região peribucal até a lubrificação dos tecidos bucais, usando antissépticos como o digluconato de clorexidina. Essas práticas, aliadas a medidas de reposicionamento e fixação segura do tubo orotraqueal, são fundamentais para minimizar riscos como úlceras por pressão, xerostomia e

proliferação microbiana, promovendo um ambiente hospitalar mais seguro e reduzindo a incidência de infecções relacionadas ao cuidado de saúde (IRAS).

O trabalho enfatiza a interdisciplinaridade no cuidado ao paciente em estado crítico e destaca a regulamentação e as normativas legais brasileiras, que reconheceram e oficializaram a Odontologia Hospitalar como uma especialidade essencial para a promoção da saúde bucal e a prevenção de infecções em contextos hospitalares, em especial para pacientes em UTIs e em assistência domiciliar.

REFERÊNCIAS

1. Aragão, Luana Daiane dos Santos, and Karina Sarno Paes Alves Dias. "A Doença Periodontal Como Fator Predisponente Para O Estabelecimento Da Pneumonia Nosocomial: Revisão de Literatura / Periodontal Disease as a Predisposing Factor for the Establishment of Nosocomial Pneumonia: A Literature Review." ID on Line. *Revista de Psicologia*, vol. 13, no. 47, 28 Oct. 2019, pp. 924–939, [idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2095#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20periodontal%20pode%20predispor, https://doi.org/10.14295/online.v13i47.2095](http://online.emnuvens.com.br/id/article/view/2095#:~:text=A%20doen%C3%A7a%20periodontal%20pode%20predispor,&https://doi.org/10.14295/online.v13i47.2095).
2. Batista, Simone Alves, et al. "Alterações Orais Em Pacientes Internados Em Unidades de Terapia Intensiva. " *Revista Brasileira de Odontologia*, vol. 71, no. 2, 1 Dec. 2014, pp. 156–159, revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000200009.
3. "Diretrizes Brasileiras Para Tratamento Das Pneumonias Adquiridas No Hospital E Das Associadas à Ventilação Mecânica - 2007. " *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 33, no. suppl 1, Apr. 2007, pp. s1–s30, <https://doi.org/10.1590/s1806-37132007000700001>
4. Farias, Augusto, et al. "III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica Desmame

- E Interrupção Da Ventilação Mecânica.” *Scielo- Brazil* , 2007,
www.scielo.br/j/jbpneu/a/krFF3nskTkRX4dZXtp3FmVR/?format=pdf&lang=pt.
5. Fleury Vasconcelos, Isabela, and Marcelo Pasini. “DOENÇAS SISTÊMICAS CRÔNICAS RELACIONADAS À DOENÇA PERIODONTAL. ”
 6. Florentino, Flávia, et al. *Uso de Protetor Bucal Para a Prevenção de Lesões Orais Em Pacientes Intubados Na Unidade de Terapia Intensiva: Uma Revisão Integrativa Da Literatura*. Nov. 2AD, file:///C:/Users/Dell/Downloads/43757-Article-460631-1-10-20231102%20 (2).pdf.
 7. Franco, Juliana, et al. “Higiene Bucal Para Pacientes Entubados Sob Ventilação Mecânica Assistida Na Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de Protocolo. ” *Arquivos Médicos*, 2014,
file:///C:/Users/Dell/Downloads/root,+6.+Higiene+bucal+para+pacientes+entubados+sob+ventila%C3%A7%C3%A3o%20(1).pdf.
 8. Jerre, George, et al. “Fisioterapia No Paciente Sob Ventilação Mecânica. ” *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 33, no. suppl 2, July 2007, pp. 142–150,
www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s2/a10v33s2.pdf, <https://doi.org/10.1590/s1806-37132007000800010>.
 9. marcus.santos. “POLÍTICA NACIONAL de SAÚDE BUCAL_15_03_04.Doc.” *Bvsms.saude.gov.br*, 24 Mar. 2004,
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm.
 10. “RECOMENDAÇÕES PARA HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO EM UTI -AMIB INTRODUÇÃO. ” Aug. 15AD.
 11. Santos, Agriscimaria , et al. “ASSISTÊNCIA de ENFERMAGEM NA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL: Revisão Integrativa .” *Repositório Universitário Da Âmina*

(RUNA), 2023, repositório-
api.animaeducacao.com.br/server/api/core/bitstreams/ee1b08ee-a02b-4e83-
8700-d00a9bf0e59e/content.

12. Tenório, Luiz, et al. "A Importância Do Cirurgião-Dentista Na Unidade de Terapia Intensiva. " *Brazilian Journal of Health Review*, 2021,
file:///C:/Users/Dell/Downloads/admin,+BJHR+010%20(1).pdf.
13. Ticianel, Ana, et al. "MANUAL de ODONTOLOGIA HOSPITALAR."
14. Vianna, Arthur. "Traqueostomia Em Pacientes Sob Ventilação Mecânica: Quando Indicar? " *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 33, no. 6, Dec. 2007, pp. xxxvii–xxxviii, <https://doi.org/10.1590/s1806-37132007000600003>. Accessed 8 Jan. 2021.
15. Vieira, Melina. "Perfil Geográfico E Clínico de Pacientes Admitidos Na UTI Através Da Central de Regulação de Internações Hospitalares. " *Biblioteca Virtual Em Saúde*, Apr. 16AD,
bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v22_n3_a02_Perfil_geografico_clinico.pdf.