



**FACULDADE SOCIESC DE JARAGUÁ DO SUL  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA**

**GABRIELLE RODRIGUES MARTINO**

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA COMO MEMBRO  
ATUANTE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA**

Jaraguá do Sul  
2023

**GABRIELLE RODRIGUES MARTINO**

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA COMO MEMBRO  
ATUANTE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS UNIDADES DE  
TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade SOCIESC de Jaraguá do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel (a) em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Alexandre Fernandes

CIENTE DO ORIENTADOR:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Jaraguá do Sul  
2023

**GABRIELLE RODRIGUES MARTINO**

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA COMO MEMBRO ATUANTE DA  
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade SOCIESC de Jaraguá do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel (a) em Odontologia.

Aprovado

Reprovado

COMISSÃO EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Leonardo Alexandre Fernandes  
Examinador interno  
Faculdade Sociesc de Jaraguá do Sul

---

Prof. Vinicius Luiz Conte Santos  
Examinador interno  
Faculdade Sociesc de Jaraguá do Sul

---

Prof. Dr. Adhemar Mendes Duro Junior  
Examinador interno  
Faculdade Sociesc de Jaraguá do Sul

Jaraguá do Sul, 20 de Novembro de 2023.

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é muito importante em qualquer ocasião, a gratidão é um dos sentimentos mais bonitos que o ser humano pode, e deve, sentir!

Hoje, em primeiro lugar, sou grata a Deus “Porque dele, por ele e para ele são todas as coisas. A ele seja a glória para sempre! “Romanos 11:36.

Em seguida, sou grata a minha mãe Sandra, que nunca mediu esforços para que este momento chegasse, neste em que eu me tornaria cirurgiã-dentista e fosse a última de seus três filhos a se formar em uma graduação, depois de tanto escutar que isto jamais seria possível! Deu certo mãe! Obrigada por ser meu alicerce todos os dias, e por me permitir ser o seu, é uma honra! Não sou capaz de expressar a quão agradecida sou por te ter aqui conosco firme e forte, só sabe você o quanto lutou para que estivesse! Eu te amo incondicionalmente!

Sou grata a minha irmã Tatiane, minha segunda-mãe e melhor amiga! Passamos por diversos percalços juntas ao decorrer deste último ano, e é extremamente gratificante saber que conseguimos, e que estamos aqui de pé para comemorar mais esta vitória, que é nossa! Obrigada por ser tudo que você é para mim, e em especial, por me apresentar a Odontologia! Agora ganhou mais um adjetivo, colega de profissão! Eu te amo demais!

Sou grata ao meu namorado Pablo, por ser meu incentivador e meu suporte em todos os momentos! Com certeza me torno uma pessoa e uma profissional melhor por te ter ao meu lado, me motivando e me aconselhando! Obrigada por ser tão incrível comigo! Eu te amo um montão!

Sou grata a toda minha família, meu irmão Eduardo, minha cunhada Adriane, minha sobrinha Liz, meu padrasto Rudolfo e meu cunhado Diego por todo carinho e apoio de sempre! Amo vocês com todo o meu coração!

Sou grata a coordenação e aos professores do curso que possibilitaram que eu me tornasse quem sonhava em ser, a partir de todo o conhecimento transmitido!

Por fim, sou grata a estes cinco anos de graduação, por todas as experiências vividas e por todas as pessoas que conheci, principalmente aquelas que com certeza levarei para a vida!

## REVISÃO DE LITERATURA

### A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA COMO MEMBRO ATUANTE DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Gabrielle Rodrigues Martino<sup>1</sup>

Leonardo Alexandre Fernandes<sup>2</sup>

Vinicius Luiz Conte Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** A saúde é definida como um estado de completo bem-estar e garantida como direito de todos. Os hospitais devem garantir assistência, tanto curativa quanto preventiva, sendo a UTI a unidade destinada a oferecer atenção integral e cuidados intensivos. A UTI demanda de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas capazes de auxiliar no diagnóstico, tratamento e prevenção das condições sistêmicas apresentadas pelos pacientes, todavia, a ausência do cirurgião-dentista como membro ainda é uma realidade, por falta de contratação por parte dos hospitais. A saúde bucal não deve estar isolada, tendo em vista que pode gerar desde desconfortos á agravos severos ao quadro clínico. A Odontologia Hospitalar é uma especialidade reconhecida, capaz de diagnosticar, tratar e prevenir alterações bucais, além de auxiliar na precaução de agravos ao quadro clínico, na melhora da condição sistêmica e na diminuição da incidência de infecções pulmonares (complicação demasiadamente comum), resultando assim, na queda do índice de mortalidade, na economia significativa dos custos hospitalares por contribuir com a redução do tempo de internação dos pacientes, e consequentemente maior rotatividade dos leitos de UTI. Se faz necessária uma fiscalização mais árdua e a aplicação de medidas legais aos que optarem por desrespeitarem, já que a presença do cirurgião-dentista especializado se tornou obrigatória pelo projeto de lei aprovado.

**Palavras-chave:** Cirurgião-dentista. Equipe multidisciplinar. UTI. Odontologia hospitalar. Infecções pulmonares.

---

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º período do curso de Odontologia da Unisociesc Jaraguá do Sul; gabriellermartino@gmail.com

<sup>2</sup> Orientador, Pós-Doutorando em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná; leonardofernandes@outlook.com

<sup>3</sup> Coorientador, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial pelo Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; vinicius.conte@unisociesc.com



**Abstract:** Health is defined as a state of complete well-being and guaranteed as a right for everyone. Hospitals must ensure both curative and preventive care, with the ICU designated to provide comprehensive attention and intensive care. The ICU requires a multidisciplinary team composed of professionals from various areas capable of assisting in the diagnosis, treatment, and prevention of systemic conditions presented by patients. However, the absence of a dentist as a team member is still a reality due to hospitals not hiring them. Oral health should not be isolated, as it can lead to discomfort and severe complications in the clinical condition. Hospital Dentistry is a recognized specialty capable of diagnosing, treating, and preventing oral changes, as well as assisting in preventing complications to the clinical condition, improving systemic condition, and reducing the incidence of lung infections (a common complication). This results in a decrease in mortality rates, significant cost savings for hospitals by reducing patient hospitalization time, and consequently, increased turnover of ICU beds. Stricter oversight and the enforcement of legal measures are necessary for those who choose to disregard this, as the presence of a specialized dentist has become mandatory according to the approved bill.

**Keywords:** Dentist. Multidisciplinary team. ICU. Hospital Dentistry. Lung infections.

### ARTIGO

<b>RESUMO.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito hospitalar, uma Unidade de Terapia Intensiva pode ser definida como: Área crítica destinada a internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia (BRASIL. Ministério da Saúde, 2010).

A UTI oferece recursos de suporte vital altamente avançados, sendo necessários profissionais treinados e especializados nas mais diversas áreas para fornecer cuidados eficientes e constantes aos pacientes, incluindo: Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, dentistas, farmacêuticos, biomédicos e assistentes sociais. Entretanto, não são todos os hospitais que possuem um cirurgião-dentista atuando.

Existe em andamento o Projeto de Lei 883/19, este que torna obrigatória a presença de profissionais de Odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva (UTIs), de clínicas e hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados (BRASIL. Câmara dos Deputados, 2019). De todo modo, a falta do odontólogo ainda é uma realidade bem comum.

A prática diária de cuidados bucais é geralmente realizada por técnicos de enfermagem, que afirmam saber da importância da higienização correta e reconhecem sua responsabilidade sobre a conduta. Porém, sabe-se que seus conhecimentos foram adquiridos de forma empírica, já que esses profissionais não receberam a capacitação e treinamento específico durante seus cursos de habilitação. A rotina de cuidados bucais ainda recebe uma baixa prioridade nas UTIs, portanto, é improvável que durante a estadia nesse ambiente a higienização seja realizada da forma correta, principalmente nas primeiras 48 a 72 horas, em que há a colonização por microrganismos gram-negativos, especialmente em pacientes intubados sob ventilação mecânica (FERREIRA et al., 2017).

A saúde do paciente submetido a terapia intensiva precisa ser considerada como um todo, ou seja, de forma sistêmica, onde qualquer complicação deve ser evitada para que haja um bom prognóstico, desta forma torna-se crucial a presença do dentista para que haja uma higienização diária adequada e avaliação periódica da condição bucal, bem como a supervisão de medicações e a realização de procedimentos odontológicos emergenciais para prevenção e tratamento de possíveis dificuldades, desconfortos, dores, e sobretudo infecções oriundas da cavidade oral.

Esses pacientes podem desenvolver alterações bucais decorrentes do uso de medicamentos, associada a alterações sistêmicas e/ ou ao suporte ventilatório, que podem agravar o estado geral. Nesse perfil, observa-se principalmente alteração da produção de saliva, candidose e úlcera traumática. Mudanças na relação dinâmica entre o biofilme bucal e hospedeiro podem levar a uma maior suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças biofilme-dependente, como inflamação gengival, periodontite e acúmulo de biofilme. Tais microrganismos, podem atingir a corrente sanguínea e/ou serem aspirados juntos com a saliva contaminada, causando pneumonia nosocomial, que é uma causa frequente de mortalidade no paciente crítico (SILVA et al., 2023).

É necessário que se compreenda que cavidade oral e trato respiratório estão em íntimo contato, desta forma a colonização bacteriana da primeira refletirá diretamente sobre o segundo, e para pacientes que se encontram sedados, em unidade de terapia intensiva, sem reflexos protetores de tosse e em posição deitada, aumenta a susceptibilidade às infecções causadas pelos patógenos colonizadores. Dentre os patógenos comuns aos dois nichos e que mais são encontrados em análises de secreção pulmonar de pacientes intubados estão *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Porphyromonas gingivalis* que fazem parte do grupo de patógenos periodontais, considerados com a maior patogenicidade. Trata-se ainda de colonizadores tardios do biofilme, o que leva a crer que com a higiene bucal adequada, as chances dessas bactérias se desenvolverem no meio bucal diminui consideravelmente (GULLER et al., 2019; JERONIMO et al., 2020 apud DI PAOLO et al., 2021).

Dentre outras justificativas, visando assegurar melhor qualidade de vida ao paciente, podendo ainda, diminuir o tempo de internação e de permanência no ambiente hospitalar, possibilitando reduzir de maneira significativa os custos hospitalares (MORAIS e SILVA, 2015 apud VARJÃO et al., 2021).

Há mais de cento e cinquenta anos, a higiene das mãos é a mais importante medida para o controle da infecção hospitalar. Mas, até o momento, outra fonte de infecção tão importante como a boca vem sendo esquecida (BRASIL. Câmara dos Deputados, 2019).

Sendo assim, o presente trabalho tem como seu principal objetivo realizar uma revisão de literatura em busca de enfatizar a importância do cirurgião-dentista como membro atuante da equipe multiprofissional nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

## 2. METODOLOGIA

Esta revisão de literatura foi realizada através de uma vasta pesquisa bibliográfica no período de agosto a novembro de 2023, recorrida como base de dados a plataforma eletrônica Google acadêmico. Os descritores empregues na busca foram: UTI, equipe multidisciplinar, cirurgião-dentista, odontologia hospitalar, PAVM.

Foram selecionados 30 artigos científicos, publicados dentro de um intervalo de 10 anos. Ao final da seleção e intensa leitura foram coletados os trechos relevantes de cada artigo, subsequentemente aplicados a tópicos e dispostos de forma sequencial para que se complementassem afim de um pleno desenvolvimento e entendimento do tema.

## 3. REVISÃO DE LITERATURA

### 3.1. CONCEITOS DE SAÚDE, HOSPITAL E UTI

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1946) o conceito de saúde é definido como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”.

Á vista disso, ainda segundo a OMS, “o hospital é um organizador de caráter médico-social, que deve garantir assistência médica, tanto curativa como preventiva, para a população. É, também, um centro de medicina e pesquisa. Além da atenção especial às enfermidades, com diagnóstico, tratamento, reabilitação e atendimento de emergências, o ambiente hospitalar também se ocupa com o controle de doenças infectocontagiosas, a saúde ocupacional e a promoção à saúde” (SANTOS, 2019).

Já a UTI (Unidade Terapia Intensiva) é uma unidade hospitalar de pacientes graves, que necessitam de cuidados intensivos 24 horas por dia, com equipe especializada composta por profissionais de diferentes áreas (LOPES, 2021).

### 3.2. A MULTIDISCIPLINARIDADE PRESENTE NA UTI

Segundo Tenório et al. (2021), as Unidades de Terapia Intensiva foram criadas com a finalidade de um monitoramento contínuo, com o auxílio de máquinas e equipamentos. Sendo necessário uma equipe multidisciplinar para promover a saúde. Tendo em vista que o

profissional de cada área possa oferecer a sua contribuição para a mais completa possível reabilitação das pessoas ali hospitalizadas. Em tese, essas equipes devem contar com: Médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, entre outros.

Diante da complexidade do ser humano, em especial daqueles que se encontram hospitalizados, evidencia-se que apenas um profissional não consegue fazer de forma concisa e segura o diagnóstico desse paciente, sugerindo que nenhuma categoria detém isoladamente o conhecimento necessário para atender todas as necessidades desse indivíduo (GONDIM et al., 2020 apud EUZÉBIO et al., 2017).

De acordo com Martins et al. (2022), a saúde bucal não está isolada da saúde geral dos indivíduos. Cirurgiões-dentistas, enfermeiros, médicos e todos os profissionais da saúde devem trabalhar em grande união, a fim de prevenir, encaminhar e tratar os pacientes de forma adequada. A cavidade oral é um foco para diversos possíveis quadros como: Dificuldades, desconfortos, dores, inflamações, infecções, e até mesmo complicações mais severas ao quadro clínico geral do paciente hospitalizado. Todavia, ainda é demasiadamente relatado que a falta do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar ainda é uma realidade muito comum.

### 3.3. A NECESSIDADE DO CIRURGIÃO-DENTISTA E A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL PARA OS PACIENTES DE UTI

Na grande maioria dos hospitais existe uma grande falha no sistema, no qual os profissionais odontológicos não fazem parte da equipe multidisciplinar em unidades de tratamento intensivo. A higienização bucal é feita através de enfermeiros que não possuem formação adequada para tal habilidade, sem treinamento, aumentando o índice de infecções, tempo de internação e os custos que irão envolver esse paciente (OLIVEIRA et al., 2021).

Bezinelli (2014) discute que se torna necessário e indispensável a inserção deste profissional não apenas em centros de UTI, mas também no ambiente hospitalar como um todo, pois ajuda na prevenção de complicações bucais ou sistêmicas, além de reduzir os custos efetivos do hospital e aumentar a sobrevivência dos enfermos. Através de estudo realizado nos hospitais de São Paulo, foi notório que o custo para implantação e manutenção do serviço de Odontologia no hospital é relativamente baixo perto do orçamento hospitalar como um todo. Ou seja, o custo com a implementação do serviço de Odontologia representa cerca de 2,9% do orçamento anual e a inserção desse profissional numa equipe multidisciplinar diminuirá

possíveis riscos de infecções e complicações mais graves, o que promoverá a diminuição do tempo de internação e os gastos com medicamentos, como também poderá prevenir possíveis intercorrências (DE ALMEIDA et al. 2021).

A atuação em ambiente hospitalar requer algumas habilidades profissionais que não são da rotina da Odontologia, como a integração e o trabalho em equipe multidisciplinar. Esse conhecimento é adquirido no dia a dia através do trabalho em conjunto que visa o atendimento por diversos profissionais, com alinhamento das decisões assumidas, com o objetivo de assistir de forma mais ampla o paciente. O entendimento dessa atuação é importante, assim como das atribuições de cada profissional de saúde (FRANCO et al., 2022).

### 3.4. ODONTOLOGIA HOSPITALAR

A Odontologia Hospitalar é uma área de estudo conceituada com a prática de cuidados na região estomatognática que tem por objetivo, a melhoria da saúde, e qualidade de vida, de pacientes em âmbito hospitalar, por meio dos cuidados baseados em odontologia. Essa área de atuação vem ocupando cada vez mais espaço no ambiente hospitalar, devido inúmeros estudos que correlacionam à relação das alterações bucais, frente às respostas de patologias e condições sistêmicas, assim como o comprometimento das interações farmacológicas, em medicações prescritas para fins odontológicos. Pacientes internados, e com higiene oral deficiente, tem maior probabilidade de desenvolver infecções respiratórias, sendo a falta de controle do biofilme um dos fatores mais importantes para contenção do excesso de colonização de microrganismos patológicos no meio bucal (MAURI et al., 2021).

Para a atuação em Odontologia Hospitalar, o cirurgião-dentista pode ser um clínico geral ou especialista em alguma área odontológica, sendo fundamental o conhecimento sobre a rotina hospitalar e de protocolos assistenciais a pacientes complexos sistemicamente, experiência e habilidade para o atendimento de pacientes graves/ gravíssimos, conhecimento de patologia sistêmica, de farmacologia e das vias de administração de medicamentos e resolução das complicações e intercorrências (FRANCO et al., 2022).

O profissional habilitado em Odontologia Hospitalar, possui capacitação para atuar no tratamento, e prevenção e tratamento de algumas doenças evitando muitas vezes o risco de contaminações, e complicações após a internação, assim como diminuir de forma significativa o tempo de hospitalização, e a ocupação de leitos, visto que, a saúde do sistema estomatognático tem relação direta com a manifestação, e progressão de uma série de patologias de ordem

sistêmica (SANTOS et al., 2022).

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio da Resolução CFO 162/2015 reconheceu o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista bem como a necessidade de habilitação para preparar o profissional para que, a partir desta apropriação, esteja apto a realizar os serviços de odontologia hospitalar no Brasil. Neste cenário, torna-se indispensável a inclusão do cirurgião dentista a equipe interdisciplinar das UTIs, tendo em vista que essa integração é benéfica para um efetivo desenvolvimento de atividades rotineiras, como a implementação da higiene bucal na rotina diária, uma vez que já se sabe que esta prática desempenha um papel importante na prevenção de intercorrências e infecções hospitalares, garantido a manutenção da condição bucal adequada, com objetivo de diminuir o quadro de agravamento da saúde do paciente, o tempo de internação e o custo do tratamento (MIRANDA, 2017).

A Resolução do Conselho Federal de Odontologia nº 163/2015, conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do Cirurgião-Dentista habilitado a exercê-la.

O presidente do Conselho Federal de Odontologia, no uso de suas atribuições regimentais, “ad referendum” do plenário, RESOLVE:

Art.1º- A Odontologia Hospitalar é uma área da Odontologia que atua em pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em assistência domiciliar. Tem como objetivos: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequência de seus respectivos tratamentos.

Art.2º- As áreas de atuação do habilitado em odontologia hospitalar incluem: a) - atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção de saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização; b) - ter competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes críticos; c) - ter competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação, ambulatorial, domiciliar, urgência e emergência; d) - saber atuar em caso de emergência médica (suporte básico de vida); e) - atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo; f) - aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em odontologia hospitalar; g) - incrementar e estimular pesquisas que permitem o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da odontologia hospitalar; e, h) - atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar” (PACHECO et al., 2017, apud BRASIL, 2015).

Posteriormente, o Conselho Federal de Odontologia publicou a Resolução CFO nº 204/2019 que altera o art. 2º da resolução retro, e, disciplina a área de atuação desse novo braço da Odontologia contemporânea, nesse sentido, vejamos o que estabelece o documento em tela:

O presidente do Conselho Federal de Odontologia, no uso de suas atribuições regimentais, “ad referendum” do plenário, RESOLVE:

Art. 1º. Alterar as alíneas do art. 2º da Resolução CFO-163, de 09 de novembro de 2015, passando a vigorar com a redação que segue abaixo.

Art. 2º. As áreas de atuação do habilitado em Odontologia Hospitalar incluem: a) atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização; b)

prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência inclusive com suporte básico de vida e críticos; c) atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo; d) aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar; e) elaborar projetos de natureza científica e técnica, realizar pesquisas e estimular ações que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar; e, f) atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar.

Art. 3º. Esta resolução entrará em vigor na data de sua publicação na Imprensa Oficial, revogadas as disposições em contrário (GONDIM et al., 2020 apud BRASIL, 2019).

Foi necessária uma grande dedicação para que a Odontologia Hospitalar fosse reconhecida. O desenvolvimento dessa reivindicação iniciou-se na América a partir da metade do século XIX. No Brasil, foi legitimada em 2004, com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2008, foi decretada a Lei nº 2776/2008, que exige a presença do Cirurgião-dentista nas equipes hospitalares para atendimento em UTIs. Devido à resistência ainda existente, esses profissionais, na maioria das vezes, apresentam seu atendimento limitado ao consultório e postos de saúde. Esse pensamento deve ser modificado, pois, além dos procedimentos cirúrgicos, outros procedimentos odontológicos devem ser realizados em hospitais, fazendo assim necessária a inserção deste profissional no ambiente hospitalar. Tal inserção ajuda na prevenção de complicações sistêmicas com manifestações bucais, além de reduzir os custos efetivos e aumentar a sobrevida desses pacientes (ALMEIDA et al., 2021).

O obstáculo frequentemente enfrentado pelo cirurgião-dentista para integrar nas equipes interdisciplinares em UTI está relacionado a baixa prioridade do procedimento odontológico diante dos numerosos problemas apresentados pelo paciente. Entretanto, os Projetos de Lei (PL): nº 2.776/2008 e PL 363/2011, ambos aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, estabelecem a obrigatoriedade da presença de profissionais da Odontologia em hospitais públicos e privados em que existam pacientes internados em UTI ou enfermarias, demonstrando de maneira clara e vigorosa, a influência da condição bucal na evolução do quadro dos pacientes internados (MIRANDA et al., 2017).

O objetivo da atuação do cirurgião-dentista não é somente para a realização dos procedimentos odontológicos. A presença nos hospitais é importante para o treinamento da equipe médica e multidisciplinar em relação aos cuidados orais, para a conscientização da relação entre focos bucais e exacerbação da patologia de base do paciente ou diminuição da resposta terapêutica instituída, para o diagnóstico e tratamento dos agravos que acontecem durante a hospitalização e para a prevenção de infecções (FRANCO et al., 2022).

A descrição da experiência de um Serviço de Odontologia Hospitalar é importante para a divulgação da atuação do CD em ambiente hospitalar atuando à beira leito, apresentar ao profissional possibilidades de atendimento e adequação dos ambientes hospitalares, assim como quebrar o paradigma de que se faz necessário a presença de um consultório odontológico físico para a realização da Odontologia propriamente dita (FRANCO et al., 2022).

A Odontologia pode ser fazer presente das mais diversas formas, sendo realizada desde a execução de procedimentos operatórios, assim como de orientação de cuidados orais, diagnóstico de lesões orais ou infecções oportunistas, indicação de laserterapia, instituição de medidas secativas, ou de qualquer atuação realizada à beira leito (FRANCO et al., 2022).

### 3.5. A RELAÇÃO DA UTI COM O RISCO DE INFECÇÕES E DEMAIS POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES ORIUNDAS DA CAVIDADE BUCAL

A inserção de dispositivos médicos tem se tornado indispensável em quase todas as áreas da medicina, particularmente em UTIs. Dados do início dessa década, mostram que a indústria de biomateriais movimentou cerca de U\$ 28 bilhões por ano e encontra-se em rápida expansão, com taxa de crescimento anual de 15%. O crescente uso desse tipo de material elevou a expectativa de vida humana no restabelecimento de inúmeras funções vitais, mas concomitantemente, exacerbou o problema do biofilme em relação ao aumento de infecções e resistência aos antimicrobianos. A maioria das infecções graves estão associadas a biofilmes em dispositivos médicos implantados e dispositivos invasivos, e independentemente da sofisticação do dispositivo, todos estão suscetíveis ao risco de colonização microbiana e infecção (MARSON et al., 2020 apud BUSSCHER et al., 2012; OTTO et al., 2013 e HOLZAPFEL et al., 2013).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) representa um ambiente onde o risco de infecções relacionadas à assistência à saúde do paciente se agrava, uma vez que sua condição clínica comprometida associada à variedade de procedimentos invasivos são fatores que o predispõem a tal condição. As infecções em UTIs são as complicações mais prevalentes, com índices que variam de 10 a 30% conforme a população assistida, sendo que a taxa de mortalidade pode ultrapassar 25% (TULIO et al., 2017).

Como aponta Miranda (2017), a presença do cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados nas UTIs, pois estes pacientes necessitam de cuidados rigorosos devido a um quadro clínico caracterizado por

imunossupressão e condições sistêmicas complexas, fato que os tornam mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral.

O paciente na UTI está predisposto a contrair patógenos mais virulentos que aqueles encontrados na flora bucal de pacientes saudáveis ou de pacientes que se encontram hospitalizados em enfermarias. Além disso, soma-se o fato de que, muitas vezes, o cuidado bucal tem baixa prioridade, num ambiente onde o maior foco e importância são dados à estabilização da condição clínica e à manutenção da vida do paciente. Este fator pode ser minimizado com a instituição de um protocolo padronizado de cuidados bucais com o objetivo de aumentar a frequência e a qualidade do cuidado prestado (FRANCO et al., 2014).

Durante o período de internação é observado uma piora da saúde bucal dos pacientes devido a dependência de cuidados orais e falta de conhecimento sobre a importância da saúde bucal do paciente. Por conta de dispositivos mantenedores de vida (sonda nasoesofágica, traqueostomia, tubo orotraqueal) temos um aumento do risco de infecções respiratórias devido a disfagia e mudança da microbiota oral, sendo que a manutenção de uma boa saúde bucal está diretamente relacionada ao conforto oral e diminuição das intercorrências/ infecções hospitalares. A manutenção da saúde oral também proporciona melhora da resposta ao tratamento médico/ farmacológico/ reabilitador instituído (FRANCO et al., 2022).

A condição de saúde bucal reflete no estado geral do paciente, pois focos de infecção ativos, como raízes dentárias residuais, gengivites e infecções oportunistas, podem exacerbar patologias de base, comprometer a mastigação, fala e a deglutição, ocasionando diminuição da qualidade de vida do paciente, além da possibilidade de ocasionar bacteremia transitória e sepse em pacientes imunossuprimidos e/ ou debilitados. Quando presentes, estas infecções bucais afetam sistemicamente o paciente através das toxinas resultantes da bacteremia e do processo inflamatório (FRANCO et al., 2014).

As alterações bucais presentes ou desenvolvidas nos pacientes internados em ambiente hospitalar, mais especificamente na UTI, podem apresentar manifestações importantes, devido ao desequilíbrio hemodinâmico que favorece as infecções, traumas e alterações na cavidade oral pela condição e até mesmo em consequência de seus respectivos tratamentos, podendo interferir em seu processo de melhora do quadro clínico quando não tratados corretamente, tornando assim a presença de um cirurgião dentista nesse âmbito ganhe uma visibilidade e relevância ainda maior. Os diagnósticos precoces tornam precisos no controle e tratamento das patologias gerais, principalmente as pneumonias nosocomiais, promovendo o controle e melhora da saúde dos pacientes sistemicamente comprometidos (BATISTA et al., 2014).

Geralmente em pacientes de UTI, doenças orais pré-existentes podem ser observadas, como cáries, doenças periodontais, lesões, abscessos, lesões endodônticas, entre outros. Cabe aqui, ressaltar a importância dos cuidados odontológicos para esses pacientes, desde o diagnóstico, controle, planejamento e execução de procedimentos que contribuem para a melhora da condição oral e diminuição de microrganismos orais, colonizando os demais sistemas do corpo humano. Porém, outras condições podem aparecer durante a hospitalização do mesmo, como a halitose, úlceras traumáticas, saburra lingual, candidíase, xerostomia, ressecamento dos lábios causando lacerações nesta região, como consequência do uso de alguns medicamentos que juntamente com a condição sistêmica deprimida, pode prejudicar o bem-estar e a saúde deste paciente hospitalizado (BATISTA et al., 2014).

Um indivíduo que apresenta um quadro de periodontite crônica, por exemplo, possui maior risco de desenvolver, descompensar ou intensificar doenças sistêmicas como hipertensão, diabetes, doença renal, doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, além da pneumonia aspirativa, potencializando assim as doenças sistêmicas. Portanto, as infecções bucais podem contribuir como fonte de disseminação de microrganismos por via hematogênica, por vezes piorando o prognóstico do paciente (NEVES et al. 2021).

As doenças cardiovasculares causadas por microrganismos associados à cavidade bucal também estão presentes nas UTIs, os processos patológicos mais frequentes encontrados, estão diretamente relacionados ao que chamamos de endocardite bacteriana. A endocardite infecciosa é provocada principalmente pelas bactérias *Streptococcus Viridans* e 40% dos casos são originados por gengivites periodontites, lesões periapicais ou traumas sobre a mucosa bucal. Essa bactéria faz parte da flora natural da cavidade bucal; no entanto, quando está presente na circulação, pode provocar bacteremias e causar endocardites (NEVES et al., 2021).

Para pacientes que foram submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço, ainda apresentam outras condições que podem ser tratadas, ou até mesmo prevenidas mediante a atuação precisa de um cirurgião-dentista. Dentre elas, as mais comuns são: xerostomia, disgeusia, disfagia, cárie por radiação, e osteorradionecrose. Outro fator a ser identificado é o nível de independência e locomoção que o paciente possui, pois, esses fatores têm relação direta com a realização de tarefas como higienização da cavidade bucal, e motricidade dos músculos mastigatórios. Em pacientes entubados, ou com grau de mobilidade reduzido, o autocuidado, muitas vezes não ocorre, promovendo um ambiente favorável para a proliferação de bactérias, e patógenos que podem ser broncoaspirados pelo paciente (DE SOUZA et al., 2022 apud LESSA et al., 2020 e LOPES et al., 2020).

As alterações bucais foram agrupadas de acordo com o possível agente etiológico, segundo a metodologia adaptada de Eduardo et al.9 (2022). A) Infecção odontogênica: qualquer alteração como gengivite, periodontite, coto radicular, fratura coronária com exposição pulpar, abscesso dentário ou abscesso gengival; B) Distúrbios da produção de saliva: foram consideradas condições clínicas sugestivas de alterações salivares, como ressecamento labial e ressecamento da mucosa bucal; C) Lesões de tecido mole: Alterações da integridade da mucosa de origem não infecciosa, como úlcera traumática e mucosite; D) Infecções não odontogênicas: quando o aspecto clínico das lesões eram sugestivos de origem fúngica, viral ou bacteriana; E) Distúrbios vasculares: sangramento espontâneo, e petéquias/ hematoma e trombos (DA SILVA et al., 2023).

Como consequência da internação e dos procedimentos realizados em unidade de terapia intensiva (UTI), os pacientes internados podem apresentar comprometimento respiratório, dificuldades para dormir, problemas com a digestão e hidratação, alterações no sistema imunológico e são mais suscetíveis a desenvolver infecções orais e nosocomiais. Por outro lado, complicações de infecções nosocomiais, endocardite bacteriana, pneumonia, candidíase, halitose, úlceras traumáticas, saburra lingual e também da doença cárie e periodontal podem provocar impacto aos custos hospitalares e prejudicar mais ainda a saúde e o bem-estar desses pacientes críticos (SIQUEIRA et al., 2014).

Pacientes de UTIs apresentam uma higiene bucal insatisfatória, o que acarreta aumento da quantidade de biofilme e sua colonização por patógenos de origem respiratória. Esse quadro é explicado pela desidratação da mucosa oral, e conseqüentemente a queda do fluxo salivar e do pH local. Considera-se também que devido à nutrição inadequada, existe uma baixa na imunidade e uma redução da capacidade de reparação tecidual (DA SILVA et al., 2023).

As infecções da cavidade bucal podem ser de fato, fatores determinantes para a pneumonia nosocomial, levando em consideração as bactérias que prevalecem na infecção: pseudomonas aeruginosa, Sthaphylococcus aureus e bactérias gram-negativas entéricas, são bactérias que não prevalecem na microbiota orofaríngea e sim na cavidade bucal (SILVA et al., 2021).

Deve-se ressaltar, ainda, que paciente com alteração do nível de consciência, condição bem comum em UTI, aspira maior quantidade de secreção proveniente da cavidade oral com maior frequência, pois passa maior parte do tempo com suas vias aéreas abertas, o que facilita os processos de broncoaspiração, com elevação do risco de desenvolvimento de pneumonia (DE ALMEIDA et al., 2021).

## 3.6. PNEUMONIAS HOSPITALARES

As pneumonias hospitalares são as infecções mais recorrentemente apresentadas na literatura quando se trata de Odontologia em ambiente hospitalar. Sendo a maior causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Fatores como dificuldade de higienização, uso de próteses, maior tempo de internação entre outros, levam a uma maior probabilidade do aumento do biofilme bucal, conseqüentemente aumentando a colonização do mesmo por patógenos respiratórios, maximizando em larga escala a chance de pneumonia infecciosa (MAURI et al., 2021).

A cavidade bucal pode ser uma fonte importante de bactérias que causam infecções nos pulmões. O biofilme dentário pode influenciar o início e a progressão da pneumonia devido a realocização das bactérias no trato respiratório. A pneumonia nosocomial é, muitas vezes, causada por bactérias que não são da microbiota orofaríngea tais como: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, e bactérias Gram-negativas entéricas (SILVA et al., 2021).

Quando o paciente é submetido à entubação, a secreção da orofaringe é levada para a traqueia, e assim para o pulmão. Dependendo da condição de higiene e saúde bucal, a microbiota pode ser mais patogênica. Assim, caso o paciente seja submetido à entubação e a ventilação mecânica por mais de 48 horas existe aumento do risco de desenvolvimento de pneumonia aspirativa devido a vários fatores, como disfagia, aspiração da secreção da orofaringe ou do suco gástrico, presença de saliva e/ ou de secreção na cavidade bucal, uma vez que a entubação interfere no reflexo da tosse e na limpeza mucociliar, estimulando a produção de muco (FRANCO et al., 2014).

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções mais comuns na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e constitui um grande problema hospitalar devido a sua alta incidência, acometendo acima de 40% dos pacientes graves ou imunossuprimidos, com índices de mortalidade que variam de 13 a 55%. Esta complicação contribui para o atraso na recuperação, aumentando a morbidade e mortalidade dos doentes, assim como o tempo de permanência no leito e os custos hospitalares (FRANCO et al., 2014).

Em ambiente hospitalar, a PAVM ocorre nas primeiras 48 horas a partir da entubação até 72 horas após a extubação, não podendo estar incubada no período da admissão do paciente. O risco de pneumonia nosocomial aumenta em 6,5% quando associado a dez dias de ventilação, e em 28% com 30 dias de ventilação mecânica. Pacientes que estão sob ventilação mecânica assistida apresentam índices de mortalidade maiores e aumento do tempo de internação em 7 a

14 dias (FRANCO et al., 2014).

A VM é um método preventivo que pode ser feita de forma invasiva ou não invasiva. É invasiva quando se introduz um tubo orotraqueal ou cânula de traqueostomia na traqueia. Apesar de salvar muitas vidas, a aplicação de uma pressão positiva nos pulmões através do tubo ou cânula nas vias aéreas pode gerar uma série de efeitos adversos, tais como a instabilidade hemodinâmica e maior frequência de infecções respiratórias, devido à redução dos mecanismos de defesa locais pela presença do tubo e pela lesão induzida pela VM (ALECRIM et al., 2019).

Algumas condições relacionadas com a assistência à saúde e início de processos infecciosos são o aumento da colonização da orofaringe, colonização do estômago por bactérias patogênicas, utilização de sondas gástricas intestinais, posição supina com a permanência da cabeceira da cama inferior a 30° e imobilidade pelo estado de coma, trauma ou cirurgias, uso prolongado da VM e mãos dos profissionais de saúde contaminadas (MENDES et al., 2014).

O Centers for Disease and Control Prevention (CDC) define eventos adversos relacionados à VM considerando a piora do padrão respiratório após um período de estabilidade ou melhoria deste padrão, presença de infecção ou inflamação pulmonar e evidência laboratorial de infecção respiratória, detectando condições e complicações relacionadas à ventilação mecânica (VM) (ALECRIM et al., 2019).

Tem sido proposto que a PAVM ocorra através de quatro mecanismos: a) aspiração da secreção de orofaringe; b) inalação de aerossóis contaminados; c) disseminação de bactérias pela via hematogênica; d) translocação de bactérias do trato gastrointestinal. Destes mecanismos, a aspiração da secreção da cavidade bucal e da orofaringe é o mais comumente observado, recebendo por isso a denominação de pneumonia aspirativa (FRANCO et al., 2014).

A identificação dos principais fatores de risco para PAV são descritos na literatura como modificáveis e não modificáveis. Vários fatores são associados ao desenvolvimento da PAV, como idade avançada, nível de consciência rebaixado, intubação e reintubação traqueal, condições imunitárias defasadas, uso de drogas imunodepressora, choque, alta gravidade da doença, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tempo de ventilação mecânica maior que 7 dias, aspiração do condensado contaminado dos circuitos do ventilador utilizado, estado nutricional, contaminação exógena, antibioticoterapia como profilaxia do tratamento, colonização microbiana, cirurgia de tempo prolongado, aspirações de secreções contaminadas, colonização gástrica e aspiração da mesma e o pH gástrico maior que 4 (CHICAYBAN et al., 2017).

Os fatores modificáveis referem-se a intervenções e ações da equipe que assiste o

indivíduo sob ventilação mecânica (VM), como vigilância microbiológica periódica, instituição de protocolos de prevenção, redução de prescrições inadequadas de antimicrobianos, entre outras (CHICAYBAN et al., 2017 apud SILVA et al., 2014).

Assim, a higienização adequada da cavidade oral do paciente submetido à VM é imprescindível, pois nesses casos há diminuição da produção salivar e impossibilidade de mastigação, favorecendo aparecimento de biofilme dental, que pode ser um importante reservatório para patógenos e que, se broncoaspirados, podem causar a PAVM (DA SILVA et al., 2012).

A higiene bucal é uma medida significativa para reduzir a PAV. A colonização da cavidade bucal, especialmente por microrganismos associados à PAV, está presente em 67% das secreções de pacientes com período de intubação endotraqueal igual ou maior que 24h e nos equipamentos respiratórios utilizados (NEVES et al., 2021).

O Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sugere ainda a implantação de um programa que contemple a higiene bucal e a descontaminação da cavidade bucal com antissépticos em pacientes com quadro agudo, internados em instituições de longa permanência e com risco aumentado para a pneumonia hospitalar (ALECRIM et al., 2019).

A correlação entre PAVM e higiene bucal tem sido associada a pacientes que apresentam fatores de risco como DPOC, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus, idosos, pacientes sob ventilação mecânica, tabagistas, terapia antibiótica prévia, imunossupressão, rebaixamento de consciência, infecção bucal prévia, acessos venosos, refluxo gastroesofágico, disfagia, longa permanência em ambiente hospitalar e procedimentos cirúrgicos de longa duração (FRANCO et al., 2014).

Outras estratégias como a lavagem das mãos pelos profissionais, extubação precoce, aspiração orotraqueal frequente e o posicionamento do paciente no leito são medidas utilizadas pelos hospitais para redução dos índices de PAVM (FRANCO et al., 2014).

### 3.7. A PRÁTICA DE HIGIENE ORAL EM PACIENTES DA UTI

A manutenção da saúde bucal do paciente internado é de essencial, pois visa não apenas a diminuição da proliferação de bactérias, fungos, e o bem estar geral do paciente, como também, evitar um maior tempo de internação. O paciente internado na UTI fica propenso a maior probabilidade contrair infecções cruzadas, vista a possível exposição a patógenos e bactérias, além do favorecimento para colonização bucal de microrganismos resistentes aos

antimicrobianos de primeira escolha (MAURI et al., 2021).

Apesar da necessidade dos cuidados odontológicos em prol desses pacientes, essa prática ainda é escassamente realizada de forma eficiente. Nas UTIs do Brasil, compete aos profissionais da enfermagem a realização da higiene oral dos pacientes. Por este motivo, tanto Cirurgiões- dentistas, enfermeiros e médicos devem entender e ter pleno conhecimento da relação entre a doença bucal e sistêmica, para que ocorra um plano de tratamento correto e seja possível proporcionar a melhora ao paciente (FRANCO et al., 2014).

Nas palavras de Melo et al. (2022), cabe ao cirurgião dentista habilitado, através do seu conhecimento, experiência e prática odontológica, conhecer toda a cavidade oral e características das microbiotas existentes. Sendo fatores necessários para a promoção, educação, prevenção, acompanhamento e tratamento de pacientes com alterações sistêmicas.

Geralmente a equipe da enfermagem fica responsável pela higienização bucal dos pacientes, sendo necessário que tenham conhecimentos gerais sobre a região bucal e aspectos para relatar ao cirurgião dentista qualquer alteração de aspecto diferente do normal (DE ALMEIDA et al., 2021).

Blum et al. (2013) denota os percalços, e dificuldade dos profissionais de enfermagem para executarem os cuidados de higiene oral em pacientes internados na UTI, que necessitam de ventilação mecânica. Esta tarefa, é considerada por muitos profissionais um trabalho de difícil execução, o que corrobora para a importância da presença de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar hospitalar. Mais estudos ainda correlacionam as complicações relacionadas a uma higiene oral ineficiente com uma maior prevalência de permanência da internação de seis, até trinta dias, o que interfere diretamente na disponibilidade de leitos para novo pacientes que necessitem de vagas para receberem tais cuidados. O protocolo mais usado para pacientes internados é o controle do biofilme, o uso diário do fio dental, e a aplicação de clorexidina à 0,12% (DE SOUZA et al., 2022).

A demonstração do protocolo deve ser realizada pelo cirurgião-dentista ao corpo de enfermagem, iniciando pelos princípios básicos como o posicionamento do paciente no leito (decúbito dorsal de 30 a 45 graus) e a observação dos parâmetros da monitoração deste paciente (índice de saturação de oxigênio, frequência cardíaca e pressão arterial), os quais devem ser mantidos após o procedimento (FRANCO et al., 2014).

Na literatura existem muitos questionamentos de protocolos de higiene bucal em paciente em UTI, em relação aos produtos que podem ser utilizados, frequência, técnica de realização e dispositivos que são empregados. Pode-se associar a escovação dentária

convencional previamente e aplicação da clorexidina posteriormente, ou deve ser empregado swab para a realização da higiene bucal pela ação conjunta da remoção e desorganização da placa dentária e aplicação da clorexidina no mesmo momento (FRANCO et al., 2014).

A clorexidina é atualmente o padrão ouro, se tratando de agente antimicrobiano tópico, para higienização da cavidade bucal de pacientes internados em UTI, possui grande eficácia, e eficiência, além de propriedades hidrofílicas, e hidrofóbicas. Possui largo espectro bacteriano, mínima absorção sistêmica, além de ser bactericida atuando tanto em bactérias gram-positivas, quanto nas gram-negativas (MAURI et al., 2021).

É um antimicrobiano efetivo sobre bactérias aeróbias e anaeróbias. Apresenta a propriedade de substantividade, ou seja, é adsorvido pela mucosa bucal e pelos dentes, e é liberado com o decorrer do tempo (até 12 horas). Atua quimicamente na diminuição do acúmulo de placa dentária, sem a necessidade de escovação dentária. Após um minuto da sua administração, ocorre uma redução do número de bactérias aeróbias e anaeróbias de 87% e 84%, respectivamente, e após cinco horas esta redução pode chegar a 88% e 92% respectivamente (FRANCO et al., 2014).

A clorexidina, até o presente momento, é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Esse agente apresenta boa substantividade, pois se adsorve às superfícies orais, com consequente efeito bacteriostático até 12 horas após sua aplicação. Apesar de existir a vertente que adota o uso da clorexidina a 2%, a concentração atual preconizada é de 0,12%. Em pacientes que conseguem realizar a escovação, utiliza-se a clorexidina sem álcool na forma de bochecho de 12 em 12 horas. Já em pacientes inconscientes e sem possibilidades de realizar sua própria higienização, realiza-se a aplicação com gaze estéril 4 (quatro) vezes ao dia (FRANCO et al., 2014).

Foi comprovado através de estudos, a diminuição de infecção hospitalar, através de bochecho com solução de clorexidina 0,12%, quatro vezes ao dia ou o uso de gel de clorexidina 0,02%, três vezes ao dia. Neste caso, foi diminuída a taxa de mortalidade em pacientes que fazem uso de ventilação mecânica (MELO et al., 2022 apud SOUZA et al., 2020 e QUADROS et al., 2019).

Alguns casos específicos, como em pacientes com deficiência renal, são indicados que a higienização seja associada ao bochecho de clorexidina 0,12%, duas vezes ao dia e de forma mecânica (MOURA et al., 2020).

Para pacientes entubados, é necessário fazer uso de procedimentos de aspiração das secreções bucais, e orofaríngeas diariamente, se possível, assim como a remoção do biofilme,

coágulos, e debris por meio de soluções enzimáticas. A escovação, tão comum no paciente hígido, se torna mais difícil em indivíduos internados em UTI, todavia, a escovação deve ser feita sempre que possível seguida da descontaminação do tubo endotraqueal com clorexidina á 0,12%, finalizando com a hidratação, dos lábios, e mucosa bucal. Salienta-se a importância dos princípios em biossegurança para os pacientes internados em UTI, sendo vital a descontaminação das mãos, uso de luvas, e cuidados na manipulação de objeto que possam se contaminar com os patógenos presentes na cavidade bucal do paciente. Para adequada execução desse procedimento, é de suma importância a presença de um Cirurgião dentista na equipe intensivista (MAURI et al., 2021).

Dentre os protocolos de higiene da cavidade bucal descritos na literatura, é recomendada a remoção química e mecânica do biofilme, tanto em indivíduos dentados como desdentados, além de aparelhos protéticos. Pereira et al. (2010), relatam também que o método mecânico associado ao químico é mais eficaz quando comparado com métodos apenas químicos. Além disso, higiene bucal de deficiente acontece por diversos motivos, sendo eles: redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, pelo fato do paciente em grande parte da internação estar com nível de consciência rebaixado associado à diminuição da movimentação da língua e das bochechas; redução do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos e pelas vias aéreas permanecerem abertas em grande parte do tempo; sangramentos espontâneos da mucosa bucal e a presença de ressecamento e fissuras labiais (FRANCO et al., 2014).

A escovação mecânica, além do uso da clorexidina são significativamente importantes para a redução de alterações sistêmicas, como: endocardite bacteriana, pneumonia nosocomial e duração da ventilação mecânica são significativas e mostram diminuição da duração da internação de pacientes em UTI (SANTANA et al., 2021).

Pearson et al. (2002), avaliaram que a remoção da placa dentária com swab é efetiva, desde que exista treinamento para o seu manuseio. Yaacob et al. (2014), realizaram um estudo para observar a efetividade da remoção da placa dentária com escova dentária convencional versus escova elétrica. Concluíram que a escova elétrica é mais eficiente, mas que esta apresentou custo elevado, muitas vezes dificultando o seu acesso (FRANCO et al., 2014).

A técnica compreende a utilização de escova com cerdas macias e umedecidas em água destilada ou filtrada, com angulação de 45° em direção à coroa dental e o sulco gengival, através de movimentos com ligeiras vibrações nos dentes. Em seguida, inicia-se o movimento de varredura de forma suave e repetida por pelo menos 5 (cinco) vezes, envolvendo 2 (dois) a 3 (três) dentes de forma a desorganizar o biofilme, além da higienização em região de língua e

mucosa, através da realização da limpeza com gaze úmida à base de digluconato de clorexidina a 0,12%. Não se deve esquecer de higienizar próteses com água e sabão ou com dentifrício e escova dental com cerdas média/dura. Em casos de pacientes que façam o uso de próteses parciais removíveis e/ ou próteses totais, deve-se verificar a possibilidade de retirada desses instrumentos durante o período de hospitalização, pois são nichos de colonização de microrganismos, além de possíveis causadoras de traumas em pacientes nessas condições (MAURI et al., 2021).

Ainda, para Franco et al. (2014), a higiene bucal desempenha outro papel importante, no estímulo dos nervos sensoriais podendo melhorar a disfagia reduzindo o risco de aspiração e de pneumonias, contribuindo para a reabilitação do paciente.

### 3.8. A RELEVÂNCIA DA PROMOÇÃO DE SAÚDE BUCAL EM AMBIENTE HOSPITALAR E SIMILARES

Saúde bucal sempre foi um problema de saúde pública brasileira devido à dificuldade de acesso da população a serviços odontológicos que irão repercutir na saúde em geral do paciente e durante a sua hospitalização, quando houver. Essa situação é agravada com o passar dos anos de vida, tornando-se extremamente relevante durante a hospitalização do paciente, devido a imunossupressão presente e agudização das doenças crônicas (FRANCO et al., 2022).

A realização de intervenções educativas pode estar associada com a redução das taxas de PAVM em pacientes em ventilação mecânica em UTI, e a interação entre os cirurgiões-dentistas, médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e a enfermagem faz-se importante neste processo (FRANCO et al., 2014).

Um programa de cuidados de higiene bucal para pacientes internados com AVC conduzido durante a reabilitação intra-hospitalar foi eficaz na melhoria da saúde bucal e no desempenho do controle do biofilme em pacientes com AVC, com efeitos ainda observados três meses após alta hospitalar (DIAS et al., 2021 apud KIM et al., 2017).

Steel BJ (2017) elaborou um guia de prática clínica com recomendações clínicas para o profissional da saúde, o qual explorou a higiene oral e a provisão de cuidados com a boca aplicados aos idosos em hospitais de urgência. Ao passo que Xavier-Júnior JA, et al. (2018) propuseram construir um guia educativo para o cuidador de idosos atendidos em ambiente hospitalar, com orientações sobre A) recursos materiais empregados na rotina de higiene bucal; B) cuidados com as próteses dentárias e C) como manter a saúde bucal. Para os autores, o guia

pode contribuir para a execução do cuidado com a pessoa idosa, resultando em uma melhor qualidade de vida, por minimizar dificuldades nas ações de higiene bucal e nos cuidados com as próteses dentárias (DIAS et al., 2021).

Da Silva et al. (2021) afirma que, a promoção de saúde bucal coletiva nos hospitais proporciona conhecimento, motiva os pacientes internados e seus acompanhantes na geração de bons hábitos e visa uma assistência integral e mais humanizada. Essas ações mostram-se importantes na incorporação da higiene bucal dos pacientes à rotina hospitalar, reduzindo o biofilme dentário e, conseqüentemente, o risco de infecções provenientes da microbiota bucal.

Por fim, existe uma necessidade de educação, treinamento e motivação para o cuidado em saúde bucal entre as pessoas de alto risco da comunidade, lares de idosos e UTIs. A aplicação de medidas preventivas e de promoção em saúde pode resultar em economias significativas de custos em função do ônus econômico da hospitalização, além de melhorar a qualidade de vida da população. Desse modo, seria possível melhorar a qualidade de vida entre os grupos de alto risco e reduzir o número de internações hospitalares (DA SILVA et al., 2021).

## 4. DISCUSSÃO

É dito na literatura que a saúde leva como definição ser um estado de completo bem-estar, e não apenas a ausência de doença. Ainda aprofundando este ponto, o hospital deve garantir assistência médica tanto curativa, quanto preventiva. Já a UTI, foi desenvolvida para oferecer atenção integral aos pacientes que necessitam de cuidados intensivos.

O artigo 196 da Constituição Federal (1988) dispõe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Nesse sentido, legislações diversas no âmbito da assistência hospitalar têm sido promulgadas a fim de contribuir na implementação dos processos de trabalho e oferta de serviços de saúde bucal de acordo com os princípios básicos do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Esforços no sentido da reorganização, ampliação e qualificação da atenção secundária e terciária têm se acentuado a partir das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (2003), visando assegurar, qualificar e ampliar os cuidados complementares em outras unidades de saúde (pronto atendimento, pronto socorro e hospital) de acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde a partir do Decreto nº 7508/2011 (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.23).

Para garantir que o paciente tenha todo o auxílio que precisa, a UTI conta com máquinas e equipamentos de suporte especializados, além de uma equipe multidisciplinar que consiga compensar a complexidade do ser humano. Todavia, há uma grande reluta por parte dos hospitais na contratação do cirurgião-dentista, tanto para atuação em ambulatório, quanto para tornar-se membro atuante na rotina da UTI. Envolvendo profissionais de tantas áreas, por quê a Odontologia se torna menos importante? Seria por motivos econômicos, hostilidade ou realmente acredita-se que a saúde bucal não tem relevância em ambiente hospitalar?

O cuidado ao paciente hospitalizado depende da interação do trabalho multiprofissional, que é resultado da soma de pequenos cuidados parciais que, se somados, resultam em melhora mais rápida do paciente (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.17).

Diversas situações clínicas exigem a presença de um cirurgião-dentista de formação clínica nos hospitais. O cuidado odontológico a pacientes hospitalizados contribui para a prevenção de agravos e a melhora da condição sistêmica do paciente, diminuindo a incidência de infecções respiratórias, a diminuição da mortalidade, além de representar uma economia significativa ao sistema de saúde pelo fato de contribuir, muitas vezes, com a redução do tempo de internação (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.17).

Nesse viés, é importante salientar que o CD que atua em OH não realiza apenas procedimentos clínicos ou cirúrgicos, mas atua de forma ampla e multiprofissional no campo do diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças bucais em indivíduos que necessitam de cuidados multidisciplinares (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.18).

Existindo múltiplas evidências de que o mal cuidado com a saúde bucal pode gerar desde: Pequenos incômodos, a dores fortes, inflamações, infecções e ainda complicações mais severas ao quadro clínico geral do paciente hospitalizado, qual a razão para tamanha negligência por parte da coordenação dos hospitais? O que falta para que inclusão do profissional da área ocorra de fato?

No setor público e privado a necessidade do cirurgião-dentista nos hospitais que possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) já foi reconhecida através da publicação da Portaria nº 1.032/2010 pelo Ministério da Saúde (MS) e da Resolução nº 7 da RDC ANVISA, que no art. 18 garante, por meios próprios ou terceirizados, a assistência odontológica à beira leito de pacientes que necessitam de cuidados em UTI (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.21-22).

Em consonância com os artigos 18,19 e 20 do Código de Ética Odontológica, compete ao cirurgião-dentista “internar, bem como assistir pacientes em hospitais públicos, privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições e as normas do Conselho Federal de Odontologia” (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.22 apud BRASIL CFO, 2012, p. 8-9).

Apesar de todas normativas existentes sobre o assunto, ainda se faz necessário conscientizar, sensibilizar os profissionais de saúde e as autoridades sobre a importância do CD nas equipes multiprofissionais em âmbito hospitalar (COMISSÃO DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR CRO-TO, 2020, p.25).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão de literatura teve como objetivo ressaltar a importância da atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, em especial, nas unidades de terapia intensiva como membro de sua equipe multidisciplinar. Desta forma, conclui-se a partir dos dados apresentados que o profissional é indispensável para o correto diagnóstico, tratamento e prevenção de alterações bucais, além de precaução de agravos ao quadro clínico, melhora da condição sistêmica e diminuição da incidência de infecções pulmonares (complicação demasiadamente comum), resultando assim, na queda do índice de mortalidade, na economia significativa dos custos hospitalares por contribuir com a redução do tempo de internação dos pacientes, e conseqüentemente maior rotatividade dos leitos de UTI. A pesquisa foi motivada pela resistência dos hospitais na contratação do profissional de Odontologia para a função devida, e a maior dificuldade encontrada foi o entendimento sobre a motivação de tal conduta por parte da coordenação destes. Uma sugestão seria realizar uma fiscalização mais árdua e a aplicação de medidas legais aos que optarem por desrespeitarem, já que a presença do cirurgião-dentista especializado se tornou obrigatória pelo projeto de lei aprovado.

## 6. REFERÊNCIAS

ALECRIM, R.X. et al. **Boas práticas na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 32, p. 11-17, 2019.

BATISTA, S.A. et al. **Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 2, p. 156-159, 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº 883, de 19 de Fevereiro de 2019. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e demais unidades hospitalares de internações prolongadas e dá outras providências.. Brasília: Câmara dos Deputados, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 07, de 24 de Fevereiro de 2010, dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de fevereiro de 2010.

CHICAYBAN, L.M. et al. **Bundles de prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica:** a importância da multidisciplinaridade. Perspectivas Online: Biológicas e Saúde, v.7, n.25, p.25- 35, 2017.

DA SILVA, W. R. et al. **Alterações bucais em pacientes em unidade de terapia intensiva:** estudo retrospectivo. Revista Ciências e Odontologia, v.7, n.2, p. 143-150, 2023.

DE ALMEIDA, B.O. et al. **Cuidados odontológicos de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Brasileira de Saúde Funcional, v. 9, n. 2, p. 109-120, 2021.

DE SOUZA, S.C.S. et al. **Qual a importância da odontologia hospitalar para o paciente internado em UTI?** E-Acadêmica, v. 3, n. 3, p. e0933277-e0933277, 2022.

DIAS, W.J. et al. **A importância da saúde bucal em idosos hospitalizados:** revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 6, p. e7618-e7618, 2021.

DI PAOLO, G.B. et al. **Impactos da higiene bucal de pacientes em terapia intensiva sobre pneumonias nosocomiais e associadas à ventilação mecânica:** revisão integrativa da literatura. Research, Society and Development, v. 10, n. 13, p. 1-12, 2021.

FERREIRA, J.A. et al. **A relevância do cirurgião-dentista na UTI:** Educação, prevenção e mínima intervenção. Revista Ciências e Odontologia, v.1, n.1, p.18-23, 2017.

FRANCO, J.B. et al. **Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva:** proposta de protocolo. Arquivos médicos dos hospitais e da faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v.59, n.3, p. 126-131, 2014.

FRANCO, J.B.; PERES M.P.S.M. **Acessibilidade e assistência odontológica à beira leito hospitalar.** Revista da Associação Paulista de Cirurgiões-dentistas, v. 75, n.4, p. 383-390, 2022.

FREDERICO, Eugênio et al. **Manual de odontologia hospitalar.** Comissão de Odontologia Hospitalar CRO-TO. 1ed. Comissão de Odontologia Hospitalar CRO-TO, Edição do Autor, 2020.

GONDIM, F.M.L. et al. **A relevância do Cirurgião-Dentista na equipe multidisciplinar em ambiente hospitalar:** uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 9, n. 7, p. e873975021-e873975021, 2020.

LOPES, F.A.F. **Avaliação dos custos de materiais e medicamentos nas diárias de uma UTI adulto conforme três diferentes modelos de remuneração.** Dissertação de mestrado, 2021.

MARSON, P.G. et al. **Associação entre biofilme bucal e aspirado traqueal em pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica.** Revista Cereus, v. 12, n. 3, p. 272-288, 2020.

MARTINS, A.F.; DE SOUSA, C.O. **Importância do cirurgião dentista na unidade de terapia intensiva (UTI).** Cadernos de Odontologia do UNIFESO, v. 4, n. 1, 2022.

MAURI, A.P. et al. **A importância do cirurgião dentista no ambiente hospitalar para o paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão bibliográfica.** E-Acadêmica, v. 2, n. 3, p. e102342-e102342, 2021.

MELO, L.S.; JÚNIOR, R.A.V. **A importância da odontologia hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 15, n. 10, p. e11215-e11215, 2022.

MIRANDA, A.F. **A relevância do cirurgião-dentista na UTI: educação, prevenção e mínima intervenção.** Revista Ciências e Odontologia, v. 1, n. 1, p. 18-23, 2017.

MOURA, S.R.S. et al. **A importância do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** revisão de literatura. Conexão Unifametro, 2020.

NEVES,P.K.F et al. **Importância do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva.** Odontol. Clín.-Cient, p. 37-45, 2021.

OLIVEIRA, M.S. et al. **Atuação do cirurgião-dentista em centros de terapia intensiva com pacientes em ventilação mecânica.** Research, Society and Development, v. 10, n. 12, p. e551101220719-e551101220719, 2021.

SANTANA, M.T.P, et al. **Odontologia hospitalar:** uma breve revisão. Research, Society and Development, v.10, n.2, p. p. e4310212171-e4310212171, 2021.

SANTOS, J.C. **O impacto no número de internações com o fechamento de leitos nas unidades públicas de saúde.** Tese de Doutorado, 2019.

SILVA, M.B. et al. **Condição bucal e doenças respiratórias em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.** Archives of Health Investigation, v. 10, n. 1, p. 147-152, 2021.

SILVA, S.G. et al. **Bundle de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: uma construção coletiva.** Texto & Contexto-Enfermagem, v. 21, p. 837-844, 2012.

SIQUEIRA, J. S.S. et al. **Candidíase oral em pacientes internados em UTI.** Rev Bras Odontol., v. 71, n. 2, p. 9-176, 2014.

TENÓRIO L.M.F. et al. **A importância do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva.** Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 6, p. 23771-23776, 2021.

TULIO K.S.C. et al. **Alterações no perfil da microbiota bucal durante permanência na UTI: colonização por patógenos respiratórios potenciais.** Arch Health Invest, v. 7, n. 9, p. 351-357, 2018.

VARJÃO, L.S. et al. **A inclusão do cirurgião-dentista na UTI pela visão da equipe multidisciplinar.** Revista Eletrônica Interdisciplinar, v. 13, n., p. 122-134, 2021.