



**CURSO DE ODONTOLOGIA**

BEATRIZ LOPES VICENTE  
MARIA GEOVANA DE ALMEIDA BRAGA  
VIVIANE LEAL PEREIRA

**IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:  
DOENÇAS CONTRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA E IMPACTO GERAL NO  
ESTADO DO PACIENTE**

São Paulo

2023

BEATRIZ LOPES VICENTE  
MARIA GEOVANA DE ALMEIDA BRAGA  
VIVIANE LEAL PEREIRA

**IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:  
DOENÇAS CONTRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA E IMPACTO GERAL NO  
ESTADO DO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Odontologia,  
como parte dos requisitos necessários à  
obtenção do título de Cirurgião Dentista.

Orientador: Prof. Dr Renato Assis  
Machado

São Paulo

2023

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos e dedicamos este trabalho aos nossos pais, cujo apoio inabalável tem sido a nossa âncora ao longo deste percurso acadêmico. Nossos sinceros agradecimentos aos nossos dedicados professores, cuja orientação moldou nosso crescimento intelectual.

A nós, pelos cinco anos de dedicação e comprometimento incansáveis com o curso, reconheço os sacrifícios feitos e as lições aprendidas. Por fim, expresso gratidão à força divina que me tem guiado, reconhecendo as bênçãos e a força concedida por Deus. Essa conquista é resultado coletivo do amor familiar, orientação educacional, perseverança pessoal e graça divina.

## RESUMO

As doenças bucais quando disseminadas, podem complicar o quadro geral do paciente internado na unidade de terapia intensiva, aumentando o período de internação e levando até mesmo o paciente ao óbito. Com a presença de um cirurgião dentista na equipe de saúde fazendo um exame intra-oral rotineiro, é possível detectar precocemente doenças que podem agravar o quadro sistêmico, favorecendo o tratamento e o prognóstico no geral, podendo observar-se uma melhora significativa no quadro do paciente. O objetivo desse trabalho é estudar as principais doenças bucais e como o cirurgião dentista pode atuar, e, também observar como os outros profissionais que trabalham na terapia intensiva enxergam essa atuação.

**Palavras-chave:** doenças bucais; diagnóstico; prognóstico; cirurgião dentista.

## **ABSTRACT**

Oral diseases, when left unaddressed, can complicate the overall health of patients admitted to the intensive care unit, potentially prolonging hospitalization and even leading to fatal outcomes. The presence of a dental surgeon on the healthcare team, conducting routine intra-oral examinations, can enable early detection of conditions that may exacerbate systemic health issues. This, in turn, facilitates more effective treatment and a better overall prognosis, often resulting in a significant improvement in the patient's clinical status. The primary aim of this study is to investigate prevalent oral diseases and the role of dental surgeons in their management. Additionally, we aim to gather insights from other healthcare professionals working in the intensive care setting regarding the significance of this contribution.

**Keywords:** oral diseases; diagnosis; prognosis; dental surgeon.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Candidíase pseudomembranosa .....	15
Figura 2: Candidíase eritematosa .....	15
Figura 3: Candidíase hiperplásica.....	16
Figura 4: Queilite angular .....	16

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fatores locais e sistêmicos que podem predispor à candidíase.....	13
Quadro 2: Tratamento da candidíase bucal em adultos.....	14

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CD: Cirurgião Dentista

LILACS: Literatura Latino-Americano em Ciências de Saúde

PAHO: Pan American Health Organization (Organização Pan-Americana da Saúde)

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 OBJETIVO .....	11
3 METODOLOGIA .....	12
4 REVISÃO DA LITERATURA .....	13
4.1 Candidíase Oral .....	13
4.2 Candidíase Oral em Pacientes de UTI.....	15
4.3 Pneumonia Nosocomial.....	16
4.4 Microbiota bucal, doença periodontal e atuação do cirurgião dentista na UTI	17
4.6 Cirurgião bucomaxilofacial nas unidades de terapia intensiva .....	19
5 DISCUSSÃO .....	21
6 CONCLUSÃO .....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	23

## 1 INTRODUÇÃO

A odontologia ao longo dos anos vem ganhando seu espaço no cenário hospitalar devido aos estudos epidemiológicos que mostram a correlação entre a saúde bucal e sistêmica. Em 2004 foi criada a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar e a partir desse ponto a odontologia hospitalar foi se desenvolvendo e ganhando seu espaço. Os pacientes que estão imunocomprometidos e internados necessitam de cuidado e monitoração constante, pois sabemos que a unidade de terapia intensiva aumenta de cinco a dez vezes o nível de infecção e isso acontece pelo fato de que esses pacientes além de estarem imunocomprometidos, são expostos a procedimentos invasivos e desidratação terapêutica. Além de estarem suscetíveis a xerostomia, por conta da incapacidade de nutrição, hidratação e respiração (RIBOLI *et al.*, 2016).

Os pacientes admitidos nas unidades de terapia intensiva (UTI) frequentemente não contam com assistência à saúde bucal, provocando um incremento direto nos problemas de saúde bucal relacionados com morbidade e mortalidade mais elevadas. Uma má saúde bucal pode levar a problemas clínicos, como a disseminação local de infecções, infecções do trato respiratório, maiores custos na internação em UTI, maior utilização de medicamentos como antibióticos, que favorece o estabelecimento de resistência bacteriana e infecções oportunistas (BLUM, *et al* 2017).

As infecções orais parecem favorecer complicações sistêmicas como a pneumonia nosocomial ou hospitalar. Na maioria dos hospitais do Brasil, a presença do cirurgião dentista na equipe multiprofissional das UTI é recente. Portanto, pouco se sabe sobre as alterações que podem surgir nos pacientes internados em UTI e também sobre os aspectos orais que influenciam as condições sistêmicas na população brasileira (SIQUEIRA, *et al*, 2014).

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 estes pacientes necessitam de cuidados rigorosos devido a um quadro clínico caracterizado por imunodeficiência, fato que os tornam mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral. Geralmente, pacientes hospitalizados em UTI encontram-se totalmente dependentes para a realização de higiene bucal adequada e eficiente, necessitando,

assim, do suporte profissional devidamente capacitado ou bem orientado para adequação ou reestabelecimento da qualidade do meio bucal destes pacientes (SIQUEIRA, *et al.* 2014).

## **2 OBJETIVO**

O objetivo deste estudo é conduzir uma revisão bibliográfica com o propósito de identificar as principais doenças bucais que os pacientes na UTI podem adquirir e examinar como o cirurgião-dentista pode desempenhar um papel crucial no tratamento dessas condições. Além disso, investigar o impacto das condições bucais na saúde geral dos pacientes hospitalizados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Por meio desta revisão, almejamos compreender o valor que o cirurgião-dentista atribui à saúde bucal dos pacientes na UTI.

Debater com base na revisão bibliográfica, quais são as principais doenças bucais contraídas pelos pacientes na UTI e como pode ser a contribuição do cirurgião-dentista nesses casos.

### **3 METODOLOGIA**

O desenvolvimento deste trabalho baseou-se em uma meticulosa revisão da literatura, abrangendo uma busca criteriosa em renomados bancos de dados, tais como Pubmed, Scielo, Lilacs, Google e Google Scholar. A seleção dos artigos foi realizada considerando um período abrangente, de 2012 a 2022, visando abarcar as mais recentes contribuições científicas disponíveis. A escolha dessas fontes de informação foi guiada pela busca de uma ampla variedade de perspectivas e abordagens, garantindo assim a robustez e abrangência das informações utilizadas neste estudo.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 Candidíase Oral

A candidíase oral é uma infecção e o agente etiológico mais frequente é a espécie de fungo *Candida albicans*, geralmente acometendo adultos com sistema imunológico comprometido (SIQUEIRA, *et al.* 2014). Em uma Unidade de Terapia Intensiva, devido às condições graves dos pacientes e os procedimentos invasivos realizados, pode haver a deficiência tanto no sistema imunológico quanto na higienização bucal, fazendo com que o acúmulo de biofilme dental seja frequente e sirva de reservatório para microrganismos patogênicos, principalmente para o fungo da candidíase (SIQUEIRA, *et al.* 2014).

**Quadro 1:** Fatores locais e sistêmicos que podem predispor à candidíase

### → Quadro 1 – Fatores locais e sistêmicos que podem predispor à candidíase

LOCAIS	SISTÊMICOS
- Próteses removíveis (especialmente antigas ou mal higienizadas).	- Imunossupressão (medicamentos ou doenças imunossupressoras).
- Tabagismo.	- Fatores nutricionais (deficiência vitamínica, anemia ferropriva).
- Perda de dimensão vertical (desequilíbrio oclusal causado pela perda dentária).	- Doenças endócrinas (diabetes, hipotireoidismo).
- Higiene bucal ineficiente.	- Medicamentos (corticoides tópicos e sistêmicos, antibióticos).
- Próteses para dormir.	-Terapia antineoplásica (quimioterapia e radioterapia).

**Fonte:** Telessaúde RS-UFRGS (2022), adaptado pelas autoras 2023.

O diagnóstico é feito através do exame clínico e exames laboratoriais, cultura fúngica pode ser solicitada para a investigação microbiológica das lesões, sendo assim, o cirurgião dentista é responsável por administrar o tratamento com

antifúngicos tópicos como a nistatina ou miconazol (SIQUEIRA, *et al.* 2014).

**Quadro 2:** Tratamento da candidíase bucal em adultos.

 <b>Quadro 2 – Tratamento da candidíase bucal em adultos.</b>	
Pacientes imunocompetentes	Pacientes imunossuprimidos
<b>Primeira manifestação</b>	<b>Manifestação leve da doença</b>
<p>Terapia tópica: Manifestação leve da doença</p> <p>-Miconazol gel 2%</p> <p>Passar uma camada fina sobre área infectada, 4x/dia, por 7 a 14 dias.</p> <p>Se o paciente for usuário de prótese, passar miconazol sobre a prótese e colocá-la na boca de modo que o medicamento fique em contato com a lesão:</p> <p>Ou</p> <p>-Nistatina 100.000 U/mL:</p> <p>Bochechar de 4 a 10 mL, 4x/dia, por 7 a 14 dias e cuspir. Se o paciente for usuário de prótese, remover a prótese para o bochecho.</p>	<p>Terapia tópica:</p> <p>-Miconazol gel 2%:</p> <p>Passar uma camada fina sobre área infectada, 4x/dia, por 7 a 14 dias.</p> <p>Se o paciente for usuário de prótese, passar miconazol sobre a prótese e colocá-la na boca de modo que o medicamento fique em contato com a lesão:</p> <p>Ou</p> <p>-Nistatina 100.000 U/mL:</p> <p>Bochechar de 4 a 10 mL, 4x/dia, por 7 a 14 dias e cuspir. Se o paciente for usuário de prótese, remover a prótese para o bochecho.</p>
<b>Sem remissão com a terapia tópica ou recorrência</b>	<b>Manifestação moderada ou severa</b>
<p><b>Terapia sistêmica:</b></p> <p><b>Fluconazol 100-200 mg, via oral, 1x/dia, durante 7 a 14 dias, com ou sem dose de ataque de 200 mg.</b></p>	<p><b>Terapia sistêmica:</b></p> <p><b>Fluconazol 100-200 mg, via oral, 1/dia, durante 7 a 14 dias, com ou sem dose de ataque de 200 mg.</b></p>
<b>Persistência da candidíase após o uso de fluconazol</b>	
<p><b>Itraconazol 100 mg, via oral, tomar 2 comprimidos (200 mg), 1x/dia, de 14 a 28 dias.</b></p>	

#### 4.2 Candidíase Oral em Pacientes de UTI

Estudos epidemiológicos apresentados por um hospital na Inglaterra, mostrou que, 75% dos pacientes apresentavam colonização por *Candida* encontrada em um ou mais sítios anatômicos, como virilha e boca, por exemplo. No Brasil, a candidíase também foi a infecção predominante em pacientes de UTI. No entanto, apenas entre 50 e 30% dos pacientes desenvolvem candidíase invasiva (SIQUEIRA, *et al.* 2014).

Os pacientes em UTI apresentam maior probabilidade de desenvolver candidíase, pois pelo seu estado de imunodeficiência, baixo pH, higienização deficiente, baixo fluxo salivar e interações com a microbiota, favorecem a aderência fúngica (SIQUEIRA, *et al.* 2014; SLAWSKI, *et al.* 2012).

A candidíase oral pode se manifestar de 4 formas: pseudomembranosa, eritematosa, crônica hiperplásica e queilite angular, podendo também se manifestar com mais de um tipo clínico (SIQUEIRA, *et al.* 2014).

**Figura 1:** Candidíase pseudomembranosa



**Fonte:** Neville, Damm, Allen e Chi (2016) *apud.* Gonçalves MR, Santos IR. 2022.

**Figura 2:** Candidíase eritematosa



**Fonte:** Neville, Damm, Allen e Chi (2016) *apud.* Gonçalves MR, Santos IR. 2022.

**Figura 3 –**  
**Figura 3:** Candidíase hiperplásica



**Fonte:** Neville, Damm, Allen e Chi (2016) *apud*. Gonçalves MR, Santos IR. 2022.

**Figura 4:** Queilite angular



**Fonte:** Neville, Damm, Allen e Chi (2016) [3] *apud*. Gonçalves MR, Santos IR. 2022

O diagnóstico é dado através do exame clínico e físico, assim como em dados de anamnese. A cultura fúngica pode ser solicitada para confirmar o diagnóstico, assim como uma biópsia para os casos mais atípicos ou resistentes ao tratamento de candidíase (SIQUEIRA, JSS. BATISTA, SA. FERREIRA, MF. et al. 2014).

#### **4.3 Pneumonia Nosocomial**

A pneumonia nosocomial, também conhecida como pneumonia adquirida no hospital (HAP), é um tipo de infecção pulmonar que ocorre em pacientes hospitalizados por outros motivos que não a pneumonia. A pneumonia nosocomial normalmente ocorre quando bactérias, vírus ou outros patógenos entram nos pulmões de um paciente enquanto ele está em um centro de saúde. Isso pode acontecer por diversos meios, como aspiração de conteúdo oral ou gástrico para os pulmões, uso de ventilação mecânica ou contato com equipamentos médicos contaminados.

Causas: a. Infecções bacterianas : Patógenos bacterianos comuns incluem *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*. b. Infecções virais : A gripe e o vírus sincicial respiratório (RSV) também podem causar pneumonia nosocomial. c. Infecções fúngicas : Em alguns casos, fungos como *Candida* podem levar a esta condição.

Os fatores de risco para pneumonia nosocomial incluem sistema imunológico enfraquecido, hospitalização prolongada, uso de ventiladores, cirurgia recente e problemas de saúde subjacentes.

Intervenção de um dentista da UTI : Um dentista da UTI pode desempenhar um papel crucial na prevenção e no tratamento da pneumonia nosocomial das seguintes maneiras:

Cuidados bucais : Os dentistas podem fornecer medidas de higiene bucal aos pacientes, incluindo escovação de dentes, enxaguatório bucal e aspiração oral. Isso ajuda a reduzir a carga bacteriana na boca, diminuindo o risco de pneumonia por aspiração.

Avaliação da saúde bucal : Os dentistas podem identificar e tratar problemas de saúde bucal, como doença periodontal ou abscessos dentários, que podem contribuir para o risco de infecção.

Colaboração : Os dentistas podem colaborar com a equipe de saúde para garantir que os pacientes em risco de pneumonia nosocomial recebam cuidados bucais adequados e que os pacientes ventilados tenham tubos endotraqueais devidamente protegidos para minimizar a contaminação oral.

Educação : Os dentistas da UTI podem educar tanto a equipe de saúde quanto os pacientes sobre a importância da higiene bucal na prevenção da pneumonia nosocomial.

Investigação : Podem também realizar investigação para melhorar a nossa compreensão da ligação entre a saúde oral e a pneumonia e desenvolver melhores estratégias preventivas.

Em suma, a pneumonia nosocomial é uma infecção pulmonar que ocorre em pacientes hospitalizados, muitas vezes devido à presença de patógenos e fatores de risco em ambientes de saúde. O dentista da UTI pode intervir prestando cuidados bucais, avaliando a saúde bucal, colaborando com a equipe de saúde, e educando.

#### **4.4 Microbiota bucal, doença periodontal e atuação do cirurgião dentista na UTI**

A manutenção da saúde bucal, além de uma maior integração da Odontologia e da Medicina visando o tratamento global dos pacientes, se fazem necessárias e importantes em critério da intercessão direta da recuperação total do paciente (SIQUEIRA, *et al.* 2014; GOMES e ESTEVES, 2012).

Com a presença da placa bacteriana na boca, os fatores de virulência dos micro-organismos encontradas nela podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como a doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões em mucosas, dentes fraturados ou infectados, traumas provocados por próteses fixas ou móveis que podem trazer para o paciente uma reprodução na sua condição sistêmica, que para o seu tratamento é necessário a presença de um cirurgião-dentista em área hospitalar como suporte no diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na terapêutica médica; seja na atuação em procedimentos emergenciais frente aos traumas, em procedimentos preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, procedimentos curativos e restauradores na adequação do meio bucal e maior conforto ao paciente (SIQUEIRA, *et al.* 2014; GOMES, e ESTEVES, 2012; SILVA, *et al.* 2017).

Em resumo, a microbiota oral desempenha um papel significativo no desenvolvimento da doença periodontal, que pode ter implicações sistêmicas para a saúde. Os cirurgiões-dentistas na UTI têm um papel multifacetado, incluindo avaliação, prevenção e gerenciamento de problemas de saúde bucal para melhorar os resultados dos pacientes e prevenir complicações futuras. A Odontologia é necessária na análise da presença de biofilme bucal, doença periodontal, presença de cáries, lesões bucais precursoras de infecções virais e fúngicas sistêmicas, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados.

#### Procedimento de higiene bucal em Unidades de Terapia Intensiva (UTI)

A solução antimicrobiana é uma grande aliada no método principal para higiene oral de idosos ou indivíduos com deficiência física objetivando, com isto, prevenir doenças sistêmicas como pneumonia bacteriana e endocardites.

Limpar os dentes dos pacientes com escovas dentais duas vezes ao dia e realizar uma profilaxia profissional na cavidade oral uma vez por semana mostraram reduções na mortalidade dos pacientes que contraíram pneumonia durante o período de internação.

Outro método fácil para uma descontaminação da cavidade oral e redução da incidência de infecção nosocomial em pacientes internados em UTI para cirurgia cardiovascular foi a utilização de Digluconato de clorexidina a 0,12% (que permite a retenção de mais de 30% da clorexidina, por bochecho, nos tecidos moles, estendendo o período de atividade antimicrobiana) duas vezes ao dia.

A odontologia hospitalar trabalha em uma equipe multidisciplinar dispondo-se um tratamento amplo ao paciente evitando infecções hospitalares relacionadas ao sistema estomatognático principalmente as infecções respiratórias que prejudicam a recuperação do paciente, diminuição do tempo de internação e do uso de medicamentos pelo paciente crítico, contribuindo de forma efetiva para o seu bem estar e dignidade. Para o paciente em recuperação ou tratamento, é favorecido o atendimento odontológico em ambiente hospitalar. O hospital estabelece maiores recursos em situações de urgência e emergência, além do trabalho, quando em equipe, para proporcionar melhores condições de saúde ao paciente.

#### **4.6 Cirurgião bucomaxilofacial nas unidades de terapia intensiva**

As infecções provenientes de focos sépticos dentários podem se espalhar ao longo dos espaços musculofaciais profundos, levando a um grave edema na laringe e no pescoço. A Angina de Ludwig e a celulite cervical oferecem um grande risco de morte e exigem que o paciente fique internado na UTI. Para a entrada do paciente que apresenta alguma infecção grave na região maxilofacial, é necessário um cirurgião bucomaxilofacial e equipe medica para tomar as decisões em conjunto.

A necessidade de monitoramento é avaliada. Porém, cabe ao cirurgião bucomaxilofacial realizar o tratamento da infecção e esse tratamento pode ser realizado de várias formas como drenagem cirúrgica sob anestesia geral, eliminação do foco etiológico e administração intravenosa de antibióticos.

Em pacientes internados vítimas de acidentes domésticos ou automobilísticos, é tarefa do cirurgião bucomaxilo avaliar os traumas na face, as lacerações na região maxilofacial, o sangramento e o comprometimento das vias aéreas superiores. O comprometimento das vias aéreas pode gerar em trauma facial e resultar no deslocamento de tecidos, edemas e sangramentos, vômito, corpo estranho e lesão traumática cerebral. Nesse caso, para o tratamento, o cirurgião precisa optar por manobras adequadas para cada caso, como a redução de fraturas deslocadas em traumas maxilofaciais, podem ajudar a reduzir o sangramento e a

restaurar as vias aéreas. A decisão pelo tratamento cirúrgico também é responsabilidade do buco e da sua equipe. O buco também pode atuar no reconhecimento de focos sépticos nos pacientes da unidade de terapia intensiva.

Em uma pesquisa feita em um hospital público dos Estados Unidos, os pesquisadores analisaram o quadro clínico, o tratamento e o tempo de internação de 42 pacientes internados na unidade de terapia intensiva por infecção odontogênica. 74% das infecções causou o envolvimento de muitos espaços faciais e a mandíbula foi mais afetada do que a maxila. O tratamento mais eficaz foi apontado como a drenagem cirúrgica e o tempo médio de permanência na UTI foi de 1 a 3 dias. Com isso, os pesquisadores chegaram a conclusão que as estratégias para melhorar a saúde bucal com a redução da incidência de cárie dentária não tratada reduziriam a porcentagem de pacientes que chegam a uma infecção grave necessitando de uma internação na UTI (RIBOLI, SIQUEIRA e CONTO, 2016).

Durante a internação, os pacientes ficam impossibilitados de realizar a higiene oral e por isso, a condição oral desses pacientes fica muito crítica e isso pode acarretar outros problemas como gengivite, periodontite e cáries ou até o comprometimento sistêmico como otites, faringite e sinusite. O acúmulo de biofilme nas superfícies dentárias podem estar também associadas à redução do fluxo salivar (causado pelo uso de coquetéis medicamentosos) aumenta o risco de doenças como pneumonias de aspiração, uma vez que as bactérias no meio oral podem ser aspiradas.

Em uma nova pesquisa feita em Belém-PA, pesquisadores acompanharam 73 pacientes com pneumonia nosocomial internados nas UTIs para avaliar o perfil desses pacientes e os principais agentes infecciosos envolvidos na infecção respiratória. A idade média dos pacientes era de 38 anos e 87,7% era do gênero masculino. A partir do lavado bronco alveolar, da hemocultura e da secreção traqueal, foram obtidas culturas positivas para dezessete tipos diferentes de bactérias, sendo *Staphylococcus aureus* o agente infeccioso mais frequente. Considerando os patógenos existentes no meio bucal, é importante ressaltar que os cuidados odontológicos em pacientes internados na UTI são essenciais, a fim de evitar agravos sistêmicos.

## 5 DISCUSSÃO

Com base nos artigos selecionados para o presente estudo, revelou que quase a totalidade dos estudos trazem a afirmativa sobre a importância em ter um cirurgião dentista na Unidade de Tratamento Intensivo.

A presença de um profissional da odontologia ajuda a manter a adesão aos protocolos de saúde bucal, além de apoiar e dar assistência à equipe para enfrentar as possíveis dificuldades durante os cuidados ao paciente. É também importante ressaltar a associação entre treinamento adequado da equipe e a presença de um profissional em odontologia na rotina da UTI.

O cirurgião dentista presente no meio hospitalar pode diagnosticar qualquer alteração no meio bucal, avaliar a presença do biofilme dental, realizar o controle e a adequação do meio bucal através de procedimentos preventivos e curativos. O diagnóstico precoce e o tratamento das condições orais podem melhorar a condição sistêmica e a recuperação dos pacientes (SIQUEIRA, *et al.* 2014; AMARAL, *et al* 2013; NEVES, LIMA, e MARANHÃO, 2021).

As medidas de higiene adotadas pelo cirurgião dentista dentro da UTI, mostraram uma redução significativa na mortalidade dos pacientes que contraíram pneumonia durante a internação (GOMES, e. ESTEVES,. 2012).

Doenças periodontais podem atuar como foco de disseminação de microrganismos patogênicos, com efeito, metastático sistêmico, principalmente em indivíduos com a saúde comprometida (AMARAL, *et al* 2013).

As infecções bucais podem contribuir como fonte de disseminação de microrganismos por via hematogênica, por vezes piorando o prognóstico do paciente (NEVES, LIMA, e MARANHÃO,. 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 (AMARAL, *et al* 2013; NEVES, LIMA, e MARANHÃO,. 2021).

## 6 CONCLUSÃO

Em virtude dos dados coletados através do presente estudo, o cirurgião dentista se mostrou essencial para diminuir o índice de infecções sistêmicas relacionadas a saúde bucal dos pacientes na UTI. O CD que está no meio hospitalar pode diagnosticar qualquer alteração no meio bucal dos pacientes, avaliar a presença de biofilme, realizar o controle e a adequação do meio bucal através de procedimentos preventivos e curativos. Pois, medidas simples, como escovar os dentes do paciente duas vezes ao dia, comprovou a diminuição na mortalidade dos enfermos que contraíram pneumonia durante a internação.

Foi comprovado que o diagnóstico precoce na UTI e o tratamento preventivo das condições bucais, melhoram a condição sistêmica e a recuperação dos pacientes. Atualmente ainda existe uma baixa prioridade para os procedimentos odontológicos e do cuidado bucal em ambiente hospitalar quando comparados aos demais problemas apresentados pelo paciente. Existe também um certo preconceito com a prática odontológica em hospitais, mesmo sendo comprovada a eficácia do CD no ambiente hospitalar para a melhora do quadro clínico dos pacientes. Conclui-se que a atuação do cirurgião-dentista na UTI vai muito além do atendimento odontológico tradicional.

Suas contribuições na prevenção de complicações, no manejo de doenças sistêmicas, na colaboração com a equipe de saúde e no fornecimento de apoio emocional coletivo demonstram sua presença indispensável no ambiente da UTI. O envolvimento do cirurgião-dentista não só promove uma melhor saúde bucal, mas também contribui significativamente para o bem-estar geral e a recuperação dos pacientes da UTI. Esta abordagem holística e matizada ao cuidado do paciente sublinha a natureza essencial do seu papel na UCI, tornando-os membros inestimáveis da equipa de cuidados intensivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, COF. MARQUES, JA. BOVOLATO, MC.. Importância do cirurgião-

BATISTA, SA. SIQUEIRA, JSS. SILVA JR, A. . Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 156-9, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n2/a09v71n2.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

BLUM, D. F. C. et al. Influence of dentistry professionals and oral health assistance protocols on intensive care unit nursing staff. A survey study. Revista brasileira de terapia intensiva, v. 29, n. 3, p. 391–393, 2017.

dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. Rev assoc paul cir dent 2013;67(2):107-11 . Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a04v67n2.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

FEITOSA, DAS. SOUZA, HTN. ALENCAR, AM.. Percepção dos profissionais atuantes nas UTI's quanto à importância de condutas de saúde bucal. RFO UPF ; 24(3): 328-333, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-135763>. Acesso em: 28 nov. 2022.

GOMES, SF. ESTEVES, MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a15v69n1.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

NEVES, PKF. LIMA, ACSM. MARANHAO, VF. IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Odontol. Clín.-Cient., Recife, 20(2) 37 -45, Junho, 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1368995/8b6aff08b75639cfd321234ad52c287.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2022.

RIBOLI, R. SIQUEIRA, SP. CONTO, F. Papel do cirurgião bucomaxilofacial nas unidades de terapia intensiva. RFO, Passo Fundo, v. 21, n. 2, p. 267-270, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rfo/v21n2/a20v21n2.pdf>. Acesso em: 28 nov.

SILVA, IO. AMARAL, FR. CRUZ, PM. . A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar / The importance of the surgeon-dentist at hospital environment. Rev. méd. Minas Gerais ; 27: [1-5], jan.-dez. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1006753>. Acesso em: 28 nov. 2022.

SIQUEIRA, JSS. BATISTA, SA. SILVA JR, A. . Candidíase oral em pacientes internados em UTI. Rev. Bras. Odontol. vol.71 no.2 Rio de Janeiro Jul./Dez. 2014. Disponível em: [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72722014000200013](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000200013). Acesso em: 28 nov. 2022.

SLAWSKI, EG. MOREIRA, IB. JUNGES, R. A participação do cirurgião-dentista na equipe das unidades de terapia intensiva (UTI) / The role of the dentist in the staff of the intensive care units (ICU). Perionews ; 6(1): 39-44, jan. 2012. tab. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-688087>. Acesso em: 28 nov. 2022.