



**CENTRO UNIVERSITÁRIO FAMETRO
ODONTOLOGIA**

**LUCIVANDA SOARES BARBOSA
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI: REVISÃO DE
LITERATURA**

**FORTALEZA
2020**

LUCIVANDA SOARES BARBOSA
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI: REVISÃO DE LITERATURA

Artigo TCC apresentada ao curso de bacharel em Odontologia da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO – como requisito para a obtenção do grau de bacharel, sob a orientação do prof. Dr. Paulo André Gonçalves de Carvalho

FORTALEZA
2020

LUCIVANDA SOARES BARBOSA
MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI: REVISÃO DE LITERATURA

Artigo TCC apresentado no dia 04 de junho de 2020 como requisito para a obtenção do grau de bacharel em Odontologia da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza – FAMETRO – tendo sido aprovado pela banca examinadora composta pelos professores abaixo:

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Paulo André Gonçalves de Carvalho
Orientador – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Profº. Dr. Diego Felipe Silveira Esses
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Profº. Dr. Nereu Barreira de Aguiar Filho
Membro - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Ao meu esposo Antônio Coelho pelo apoio demonstrado durante toda essa trajetória acadêmica.

Lucivanda Soares Barbosa

Dedico a Deus e aos meus familiares.

Maria das Graças da Silva

AGRADECIMENTOS

A Deus por me proporcionar perseverança durante toda a minha vida.

Aos meus pais Raimunda Nonata Soares Barbosa e Luciano Mendes Barbosa pelo incentivo ao estudo e apoio incondicional que serviram de alicerce para as minhas realizações.

Ao meu esposo Antônio de Sousa Coelho que acima de tudo é um grande amigo, sempre presente nos momentos difíceis com palavras de incentivo.

Ao meu orientador Paulo André Carvalho que apesar da intensa rotina de sua vida acadêmica aceitou me orientar neste trabalho. As suas valiosas indicações fizeram toda a diferença.

Por último, mas não menos importante aos meus irmãos (as) e sobrinhos (as) que sempre estiveram ao meu lado me apoiando ao longo de toda a minha trajetória.

Lucivanda Soares Barbosa

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante este projeto de pesquisa com saúde e forças para chegar até o final.

A minha tia Maria Eleni pelo apoio que sempre me deu durante toda a minha vida.

Deixo um agradecimento especial ao meu orientador Paulo André Carvalho pelo incentivo e pela dedicação do seu escasso tempo ao meu projeto de pesquisa.

Maria das Graças da Silva

A IMPORTANCIA DO CIRURGIÃO – DENTISTA NA UTI: Revisão de Literatura

Lucivanda Soares Barbosa¹

Maria das Graças da Silva¹

Paulo André Gonçalves de Carvalho²

RESUMO

A inserção do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva contribui efetivamente na recuperação do paciente sistematicamente comprometido. O objetivo deste estudo é destacar a relevância do cirurgião dentista em ambiente de UTI. Realizou-se buscas nas bases de dados Hebsco, Scielo e Pubmed. De acordo com os estudos selecionados, a prática de higiene oral em pacientes internados em UTI ainda é deficiente, tanto pela falta da equipe odontológica em compor a equipe multidisciplinar como pela incapacidade dos pacientes em realizá-la adequadamente. Dessa forma a presença do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva, resulta na redução de pneumonia associada a ventilação mecânica e reduz o tempo de internamento do paciente.

Palavras-chave: Odontologia hospitalar. Uti. Pneumonia Nosocomial. Unidade de terapia intensiva. Candidíase oral.

ABSTRACT

The insertion of the intensive care unit effectively contributes to the recovery of the systematically compromised patient. The aim of this study is to highlight the relevance of the dental surgeon in the ICU environment. Searches were carried out in the Hebsco, Scielo and Pubmed databases. According to the selected studies, the practice of oral hygiene in patients admitted to the ICU is still deficient, both due to the lack of the dental team to compose the multidisciplinary team and the inability of patients to perform it properly. Thus, the presence of the dentist in the Intensive Care Unit, results in a reduction in pneumonia associated with mechanical ventilation and reduces the patient's hospital stay.

Keywords: Hospital dentistry. Uti. Nosocomial pneumonia. Intensive Care Units. Oral candidiasis.

¹ Graduandas do curso de Odontologia pelo Centro Universitário Fаметro (Unifаметro).

² Prof. Orientador do curso de Odontologia do Centro Universitário Fаметro (Unifаметro).

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o primeiro curso oficial de Odontologia surgiu em 25 de outubro de 1884 através de um decreto do Governo Imperial, assinado por Dom Pedro II, nos Estados do Rio de Janeiro e Bahia. Com a regulamentação do exercício legal da profissão, propiciou-se um rápido crescimento de cursos caracterizado pela abertura de novas Unidades de Universidades Federais. Conforme o passar do tempo, a evolução da tecnologia e a necessidade, novos cursos foram se expandindo, e também modernizando, dando início as especificações de cada especialidade odontológica. Com isso, surgiram as especialidades e os curso de pós-graduação, como Prótese Dentária, Implantes Odontológicos, Cirurgia Bucomaxilofacial. (MOTT et al., 2008). Recentemente, a atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar ganhou mais espaço com a oferta de cursos de habilitação devidamente regulamentados pelos Conselho Federal de Odontologia.

Dessa forma, a Odontologia Hospitalar, que era quase restrita ao cirurgião bucomaxilofacial, aumentou a área de atuação para o cirurgião-dentista, inclusive nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Em ambiente hospitalar, o cirurgião-dentista atua em diversas situações: integrando equipes multidisciplinares, diagnosticando patologias bucais, realizando procedimentos para prevenção e cura, visando a manutenção da saúde bucal e contribuindo para a qualidade de vida do paciente. Dentre as principais equipes multidisciplinares, o cirurgião-dentista pode atuar no auxílio aqueles que tratam de: câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, neuro-crônico degenerativas (CURI et al., 2017).

Para a odontologia integrada em uma equipe multidisciplinar, deve-se, primeiramente, entender que a abordagem do paciente deve ser como um todo e que, a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar minimizará o risco de infecções e poderá reduzir o tempo de internamento, tanto em enfermarias como em UTIs, contribuindo para a recuperação do paciente. (GODOI et al., 2009). Em 2018 Vargas e Cruz relataram que a Unidade de Terapia Intensiva é uma área crítica que abriga indivíduos que requerem maiores cuidados e caracterizam-se como lócus causadores de patógenos.

Assim, promover ações de saúde bucal em ambiente hospitalar, incorporando e estimulando pacientes internados e seus acompanhantes o hábito de higiene bucal a rotina hospitalar pode reduzir o biofilme dentário e consequentemente o risco de infecções provenientes da microbiota bucal, visando

uma assistência integral e humanizada. (MATTEVI et al., 2011). Nesse mesmo aspecto, disserta que a higiene bucal de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta de volume de maneira rápida e intensa, pois é comum nesses pacientes a diminuição da autolimpeza natural da cavidade bucal devido à redução de ingestão de alimentos, redução do fluxo salivar e ao uso de alguns medicamentos, ressecamento da mucosa, dentre outros (AMARAL et al., 2013). De modo geral, Assis (2012) ressaltam que a prática de higiene oral em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva ainda é deficiente por parte da equipe multidisciplinar por não terem cirurgiões-dentistas em sua equipe ou com formação necessária para este fim. Além do mais, pacientes de UTIs, em geral, apresentam condições sistêmicas comprometidas e podem estar imunodeprimidos devido a doenças ou ações de medicamentos. Portanto, estratégias para reduzir o biofilme e aplicar técnicas locais de higiene bucal, prescrever uso de antissépticos pelo cirurgião-dentista pode melhorar a recuperação desse grupo de pacientes (SILVA et al., 2014)

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo destacar, através de uma revisão de literatura, a relevância do papel do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, mais precisamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi realizada utilizando as bases de dados Scielo, PubMed e Hebsco a fim de adicionar informações atualizadas a respeito do tema em questão. Os critérios de inclusão foram estudos dos anos de 2004 a 2020 nos idiomas inglês e português e os critérios de exclusão foram aqueles em duplicidade e que não se adequaram a temática por meio da leitura de títulos e resumos. Inicialmente foram selecionados 58 artigos e após a primeira revisão foram excluídos 28 artigos. Desse modo, 30 artigos foram utilizados para essa revisão. Os descritores utilizados foram: Odontologia Hospitalar. Uti. Pneumonia Nosocomial. Unidade de terapia intensiva. Candidíase oral.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Odontologia Hospitalar

A Odontologia Hospitalar é o ramo da odontologia especializada em desenvolver práticas cujos cuidados bucais visam garantir a manutenção da saúde bucal daqueles pacientes em ambiente hospitalar. O surgimento ocorreu com desenvolvimento da Cirurgia Bucomaxilofacial, conceituada como área da odontologia multiprofissional e interprofissional com atendimento de forma integral aos pacientes e cuidados às alterações do aparelho estomatognático (MORAIS; SILVA., 2015). Entretanto, a Odontologia Hospitalar ainda encontra dificuldades para compor equipes multiprofissionais e um dos problemas enfrentados pelo cirurgião-dentista está relacionado ao preconceito referente às práticas odontológicas em pacientes internados. A prática da Odontologia Hospitalar, em sua grande maioria está direcionada ao cirurgião-bucomaxilofacial ou procedimentos que necessitem de anestesia geral. (GODÓI et al., 2009).

Os Projetos de Lei (PL) nº 2.776/2008 e nº 363/2011, aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, determinam a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em hospitais públicos e privados em que existam pacientes internados em UTI ou enfermarias, além do suporte odontológico aos pacientes domiciliares na modalidade *home care*. A inserção dos mesmos nesses ambientes torna-se relevante para que o paciente tenha saúde de forma integral, pois estes pacientes necessitam de cuidados de forma mais rigorosa devido ao seu quadro clínico de imunodeficiência, fato que os tornam mais susceptíveis às infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde. (AMARAL et al., 2013, FREITAS et al., 2017).

Segundo o Conselho Federal de Odontologia (Código de Ética Odontológico), Capítulo X, “Art. 26. Compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitando as normas técnico-administrativas das instituições. Art. 27. As atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normatizações pertinentes”. Além disso, devido a multidisciplinaridade do ambiente hospitalar, é requerida à atuação do cirurgião-dentista em diversos segmentos como ambulatório, UTI e centro cirúrgico, sendo regulamentado pela resolução RDC nº 07/2010. Essa experiência deve iniciar nas residências multiprofissionais com a inclusão do cirurgião-dentista em diversas equipes, além do residente de Cirurgia e traumatologia Bucomaxilofacial e, segundo Silva et al (2015) após avaliação da experiência na residência multiprofissional, considerou que esta se configurava em

oportunidades de amadurecimento da concepção multiprofissional exigido em um atendimento hospitalar, tanto para cirurgiões-dentistas como para os demais profissionais. Resumindo, para atuar em ambiente hospitalar, o cirurgião-dentista deve ter formação e ser capacitado para realizar atividades de acordo com a gestão em saúde dos hospitais. O melhor treinamento é a residência específica para esse fim, pois além de manter o profissional atualizado tecnicamente, incentiva a participar de treinamentos e programas de educação continuada, dentre outros. (MORAIS; SILVA., 2015).

3.2 Cirurgião – Dentista e UTI

A UTI tem como definição a unidade do hospital que é destinada ao atendimento de pacientes graves ou de riscos, que precisam de maior atenção da equipe multiprofissional de saúde. (MORAIS; SILVA., 2015). Os pacientes hospitalizados em UTI apresentam debilidade sistêmica e geralmente higiene bucal deficiente devido a falta de autonomia em relação a higiene pessoal, tornando-se dependentes da realização por terceiros. Desse modo, em decorrência da precariedade da higiene bucal os focos infecciosos em sua maioria oportunistas podem evoluir para algumas complicações. Na região da orofaringe, por exemplo, a colonização por patógenos causadores da pneumonia nosocomial, pneumonia que está associada a ventilação mecânica, pode levar ao óbito do paciente. (OLIVEIRA et al., 2007, AMARAL, CORTÊS & PIRES., 2009, GOMES & ESTEVES., 2012; FERREIRA, LONDE & MIRANDA., 2017) ou quando há acúmulo descontrolado de bactérias na cavidade oral, sua proliferação para o organismo é facilitada, causando desequilíbrios, que afetam todo sistema imunológico (SANTOS et al; 2017).

Os pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva, em especial os que estão sob uso de ventilação mecânica, estão mais vulneráveis a diversas infecções, pois o reflexo da tosse, a expectoração e as barreiras imunológicas encontram-se deficientes. Complementando: A falta de higiene bucal eficiente para com o paciente intubado faz com que o tártaro dentário, formado por depósito sólidos de bactérias se estabeleça dentro de 72 horas, ocorrendo mudança de *Streptococos* e *Actinomyces* para um número crescente de bacilos gram-negativos aeróbicos. (BERRY; DAVIDSON., 2006).

Para Oliveira et al (2007), a cavidades oral dos pacientes hospitalizados em UTI dispõem como uma fonte de reservatório para patógenos respiratórios

causadores de pneumonias e de outras doenças. Silva et al (2014) relatam que a perda da integralidade do epitélio aumenta a chance de infecções sistêmicas decorrentes de patógenos presentes na boca. Deve-se ressaltar que paciente com alteração do nível de consciência, condição comum na UTI, aspira secreção da boca com maior frequência que um indivíduo sadio (MORAIS et al; 2006). Adicionado a esse fator, saúde bucal deficiente pode levar a problemas clínicos, como a disseminação local de infecções, infecções do trato respiratório, maiores custos da admissão à UTI, maior utilização de medicamentos como antibióticos, o que favorece o estabelecimento de resistência bacteriana, e infecções oportunistas (BLUM et al; 2017).

As alterações bucais mais comuns em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva são: gengivites, periodontites, doenças de origem infecciosas como herpes labial, candidose oral, úlceras traumáticas (decorrentes da intubação), além daquelas relacionadas a doenças de base devido, medicamentos ou decorrentes dos equipamentos utilizados para suporte ventilatório (MORAIS; SILVA., 2015). Mais ainda, a falta de higiene oral e o acúmulo de biofilme bucal em pacientes de UTI, pode influenciar as terapêuticas médicas, interferindo na qualidade de vida ou mesmo no prognóstico do paciente (MORAIS; SILVA., 2015).

3.3 Cuidados Odontológico ao Paciente de UTI

A diminuição do fluxo salivar, o comprometimento da autolimpeza natural da boca e a redução da ingestão de alimentos aumentam a volume de biofilme de maneira intensa, que pode aumentar o risco de desenvolver infecções oportunistas (SILVA et al., 2017). Daí a importância de investir em implementação de protocolos de cuidados com a saúde bucal a fim de minimizar riscos de doenças sistêmicas e infecções hospitalares. Medidas simples como escovar os dentes dos pacientes duas vezes ao dia e utilização de antissépticos orais como clorexidina 0,12%, por exemplo, podem diminuir a mortalidade e morbidade de pacientes internados em UTIs (PINHEIRO & ALMEIDA., 2014). Os cuidados de higiene bucal em UTIs geralmente são realizados pelas equipes de enfermagem (FERREIRA, LONDE & MIRANDA., 2017), mas para a implementação de protocolos de saúde bucal e prescrição medicamentosa é necessária a presença do cirurgião-dentista. Portanto, a realização do trabalho em conjunto com a equipe de enfermagem, identificando possíveis problemas e adotando protocolos de higiene oral de acordo com o quadro

clínico de cada paciente é fundamental. (MORAIS; SILVA., 2015). Dessa forma, a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, principalmente na UTI, supervisiona e orienta de forma correta sobre a realização da higiene oral (SILVA et al., 2017).

O cirurgião-dentista na UTI auxilia no diagnóstico e tratamento de diversas patologias e efeitos colaterais do tratamento que o paciente é submetido. Pode-se citar a candidose oral, endocardite bacteriana, xerostomia, úlceras traumáticas e mucosites, dentes fraturados devido a intubação, agudização de abscessos entre outras. Porém, a pneumonia nosocomial é a infecção mais recorrente e que pode agravar o quadro do paciente e aumentar seu período de internação. Desse modo, iremos abordar um pouco dessa condição para salientar a importância do cirurgião-dentista na UTI.

3.4 Pneumonia Nosocomial

A Pneumonia Nosocomial é uma infecção dos pulmões que apresenta como sinais e sintomas a tosse, dispneia, produção de secreções, dores no peito, fadiga e febre, dentre outros e sua manifestação ocorre, geralmente, após 48hs de internação hospitalar. Sendo que não estava presente no paciente no momento da admissão. (MIRANDA, COSTA & BEZERRA., 2016; AMARAL, CORTÊS & PIRES., 2009; OLIVEIRA et al., 2007). É a infecção mais comum, sendo responsável por 15% do total infecções em UTIs, tanto no Brasil quanto em países desenvolvidos. Além de causar morbidade e mortalidade e provocar impacto expressivo aos custos hospitalares, prorrogando o tempo de hospitalização. (VARGAS & CRUZ., 2018, ASSIS 2012, GOMES & ESTEVES., 2012, FREITAS et al., 2017).

Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da pneumonia nosocomial estão a idade acima de 70 anos, desnutrição; doenças de base; depressão do nível de consciência, doenças pulmonares e cardiológicas, uso de sondas ou de cânula nasogástrica, intubação ou reintubação orotraqueal; traqueostomia (AMARAL, CORTÊS & PIRES., 2009). A intubação ou manipulação da cavidade oral pode levar a aspiração de micro-organismos da cavidade oral e orofaringe e é a via mais comum de infecção (BARBOSA et al., 2010). A avaliação da orofaringe e a manutenção de um nível favorável de higiene são tarefas difíceis de serem desempenhadas em pacientes intubados oralmente e por tempo de intubação prolongada devido à falta de acesso à cavidade oral, quer seja pela

posição do tubo, fitas ou blocos de mordida (VARGAS & CRUZ., 2018, SALDANHA et al., 2015). Com a falta de higiene da cavidade oral e da orofaringe, a quantidade de biofilme pode aumentar com o tempo de internação e os patógenos respiratórios que se estabelecem tornam-se difíceis de ser debelados devido à proteção que o biofilme propicia às bactérias, tornando-as mais resistente (SALDANHA et al., 2015). Sabe-se que o ambiente hospitalar é grande reservatório de patógenos virulentos e oportunistas, que são transmitidos ao indivíduo por via endógena e desencadear infecções respiratórias, principalmente a pneumonia (Barbosa et al; 2010), Dessa forma, a implementação de programas de higiene e cuidados com a cavidade bucal para com pacientes críticos, gerenciados por cirurgiões-dentistas pode reduzir incidência de infecções relacionadas a ventilação mecânica. (MORAIS; SILVA., 2015).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme estudos de alguns autores, verificou-se que a cavidade bucal é considerada como uma porta de entrada de proliferação de micro-organismos nocivos à saúde, podendo levar ao desenvolvimento de várias doenças sistêmicas. A higiene oral efetiva de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta de volume de maneira rápida e intensa, em decorrência da diminuição da autolimpeza natural da cavidade bucal (AMARAL et al., 2013). Sendo assim, a revisão bibliográfica de Londe et al em 2017 destaca que a saúde bucal interfere diretamente na qualidade de vida do paciente, sendo de grande importância a análise do paciente como um todo, sem separar a boca do resto do corpo, visto que é comprovada a relação entre o estado de saúde bucal e a saúde geral.

Pacientes hospitalizados geralmente apresentam saúde debilitada que precisam de cuidados especiais, necessitando de uma equipe capaz de dedicar-se de forma integral de acordo com suas necessidades. Os cuidados prestados visam manter o equilíbrio microbiológico, onde a equipe multidisciplinar juntamente com o cirurgião-dentista contribui para esse equilíbrio através dos cuidados orais, contribuindo para menor tempo de internação desses pacientes e, conseqüentemente, diminuindo os gastos hospitalares, conforme relatos de Saldanha et al (2015).

Desse modo, a inserção do profissional de odontologia na equipe multidisciplinar é primordial para a recuperação do paciente hospitalizado. A sua

presença nas equipes interdisciplinares nas UTIs, assegura o tratamento global e integral do paciente, diminuindo os riscos de infecções e melhorando a qualidade de vida desses indivíduos. (FERREIRA, LONDE & MIRANDA., 2017).

Nos estudos de Kreb et al (2014), avaliaram os efeitos da higiene bucal com clorexidina 0,12% e a escovação mecânica por meio de um relato de caso clínico, onde 12 pacientes foram avaliados, os mesmos encontravam-se hospitalizados na UTI do Hospital Memorial de Maringá-Paraná, onde foi avaliado o índice de placa dental, índice de sangramentos e bolsas periodontais. A tabela a seguir detalha sobre as fases de avaliação realizadas pelos autores.

Tabela 1. Fonte: Kreb et al., 2014.

1° ETAPA	Avaliação da cavidade oral através de sondagem e evidenciador de placa dental.
2° ETAPA	Coleta de dados dividido por fases.
1° FASE / 2° ETAPA	Todos os pacientes em uso de VM continuaram a realizar a higiene oral pelo método convencional.
2° FASE / 2° ETAPA	a higiene oral foi realizada com a técnica de escovação associada à aspiração a vácuo, com escova e sonda comuns.
3° FASE / 2° ETAPA	foi utilizada a escova dental com sistema próprio para aspiração a vácuo.

Foi utilizada clorexidina 0,12% em todas as fases a fim de prevenir pneumonia nosocomial.

Após análise das fases, foi realizada proposta de tratamento, onde perceberam melhora na qualidade da saúde bucal dos pacientes e concluíram que a participação do cirurgião-dentista capacitado no atendimento hospitalar pode ajudar na mudança de quadros clínicos odontológicos prejudiciais à saúde sistêmica dos pacientes. Concordando com as palavras de Barbosa et al (2010), onde relata que o cirurgião-dentista tem a função de controlar a placa bacteriana evitando assim doenças relacionadas a cavidade oral e a pneumonia nosocomial em pacientes de UTI.

A pneumonia Nosocomial é de grande prevalência nas unidades de terapia intensiva, onde os pacientes se encontram, em sua grande maioria, em uso de ventilação mecânica invasiva, desse modo, muitos autores relataram sua preocupação para essa temática. Oliveira et al (2007) ressaltaram que a presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes internados em UTI pode servir de reservatório para micro-organismos associados com pneumonia nosocomial.

Nesse mesmo aspecto, Barbosa et al (2010) acompanharam 73 pacientes com pneumonia nosocomial internados nas UTIs – adulto, pediátrica e Centro de Queimados – do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), em Belém - PA, com o objetivo de avaliar o perfil desses pacientes e os principais agentes infecciosos envolvidos na infecção respiratória, e relataram que os *Staphylococcus aureus* era o agente infeccioso mais frequente nas infecções nosocomiais. Os autores discorreram ainda sobre a importância de incluir atendimento odontológico na UTI, evitando o agravamento sistêmico. A mesma opinião compartilhada por Amaral, Cortês e Pires (2009), concluíram em seus estudos que a inclusão do monitoramento e descontaminação da cavidade oral de pacientes hospitalizados por profissionais qualificados no protocolo de prevenção da pneumonia nosocomial parece ser um importante aliado nas tentativas de redução da colonização pulmonar por patógenos orais e, conseqüentemente, da incidência de pneumonia nosocomial.

Para avaliar sobre a percepção e cuidados com a saúde bucal de pacientes internados em Unidade de Terapia intensiva, Araújo, Vinagre e Sampaio (2009) entrevistaram 402 profissionais de enfermagem em 12 hospitais da cidade de Belém - PA, região Norte do Brasil, atuantes em unidades de tratamento intensivo, em relação a necessidade da presença de cirurgiões-dentistas nestas equipes, sendo que 86% dos entrevistados considerou necessário a presença de um cirurgião-dentista como parte integrante da equipe. De modo semelhante, Matos et al (2013) entrevistaram 100 médicos da rede pública e privada, sobre o conhecimento dos mesmos referente à saúde bucal de pacientes internados. Cerca de 93% desconheciam a forma adequada de diagnosticar a doença periodontal e 84% da doença cárie. Sobre as questões relacionadas à higiene bucal todos os profissionais desconheciam técnicas e instrumentos relacionados à higiene bucal. Destaca-se nas respostas que os médicos hospitalares, na sua grande maioria, acreditam que uma unidade hospitalar de odontologia poderia diminuir o tempo de internação dos pacientes.

Silva et al (2014) realizaram um estudo no Hospital A.C. Camargo Cancer Center, no estado de São Paulo, com objetivo de avaliar os problemas orais enfrentados pelos pacientes internados, além de descreverem sobre os procedimentos adotados pelos dentistas, a fim de minimizar tais problemas. A mucosite oral foi o principal problema (20,3%) relatado pelos autores, principalmente

em pacientes imunossuprimidos. Outros problemas mais prevalentes foram candidíase (16,6 %), biofilme bacteriano (14,9 %) e xerostomia (7,18 %). Os principais procedimentos realizados foram avaliação clínica e prescrição de medicamentos. Ao final do relato, os mesmos, concluíram que a implementação do dentista na UTI é primordial para a prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas bucais.

Dessa forma, alguns autores sugeriram a implementação de protocolos de higiene oral com a finalidade de implementar uma rotina pela equipe interprofissional Odontologia-Enfermagem a fim de diminuir riscos de doenças sistêmicas. Nas pesquisas de Blum et al (2017), foram aplicados questionários a 182 técnicos em enfermagem e 49 enfermeiros com objetivo de obter respostas da equipe sobre a percepção dos profissionais em relação à importância da odontologia na UTI, na qual concluíram que a presença de um dentista na rotina da unidade de terapia intensiva e a implantação de protocolos institucionais com adequado treinamento da equipe de Enfermagem, podem influenciar de forma positiva na saúde geral do doente hospitalizado.

Assim, os autores demonstraram unanimidade em relação a importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, não apenas em nível de intervenção curativa, mas acima de tudo, preventiva.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Baseado no que foi exposto, é possível concluir que a pneumonia nosocomial é o fator mais frequente de complicações em pacientes de unidade de terapia intensiva, aliado a isso, a falta de higiene bucal pode aumentar a incidência da doença. Dessa forma, a inserção do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva (UTI) e a introdução de protocolos de higiene oral, resulta na redução da pneumonia associada a ventilação mecânica e reduz o tempo de internamento do paciente.

6. REFERÊNCIAS

- AMARAL, C. O, F., et al. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.** v.67 n. 2. São Paulo, 2013.
- AMARAL, S. M.; CORTES, A. Q.; PIRES, F R. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **J. bras. pneumol.** v. 35 n.11, São Paulo, 2009.
- ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P., SAMPAIO J. M.S. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Health Sciences Maringá**, v.31, n.2, p.153-157, 2009.
- ASSIS, C. Atendimento Odontológico nas UTIs. **Rev. Bras. Odontol.** RJ, v. 69, n. 1, p. 72-5, 2012.
- BARBOSA, J. C., et al. Perfil dos pacientes sob terapia intensiva com pneumonia nosocomial: principais agentes etiológicos. **Revista de Odontol. UNESP.** v. 34, n.4, 2010.
- BERRY, A. M.; DAVIDSON, P. M. Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. **Intensive Crit Care Nurs.** v. 22, n. 6, 2006.
- BLUM, D. C., et al. Influência da presença de profissionais em odontologia e protocolos para assistência à saúde bucal na equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva. Estudo de levantamento. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v. 29, n.3, 2017.
- BRASIL. Câmara dos deputados – Congresso Nacional. Projeto de Lei n 2.776-A 13 de fevereiro de 2008. **Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI.** Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filename=Avulso+PL+2776/2008 . Acesso 02 março. 2020.
- Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológico.** Brasília; 2012. Cap. XI, Artigo 26. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>. Acesso 10 março. 2020.
- CURI, M.M., et al. Lesão traumática severa em paciente internado em uti. **SALUSVITA**, Bauru, v. 36, n. 3, p. 725-735, 2017.
- FERREIRA, J. A.; LONDE, L. P.; MIRANDA, A. F. A relevância do cirurgião-dentista na UTI: Educação, prevenção e mínima intervenção. **RCO.** v. 1, n. 1, 2017.
- FREITAS, A. L., et al. Odontologia hospitalar: Perspectivas e desafios. **Rev. Odont. Contemp.** v. 7, n. 1, 2017.

GODOI, A. P. T., et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Rev. Odontol. Unesp.** v. 38, n. 2, 2009.

GOMES, S.T., ESTEVES, M.C.L. Atuação do cirurgião-dentista na UTI; um novo paradigma. **Rev. Bras. Odont.** v. 69, n. 1, p.67-70, 2012.

KREB, L. R., et al. Escovação Supervisionada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Relato de caso. **Uningá Review.** v. 20, n.1, pp.59-63, 2014.

LONDE, L. P., et al. Pneumonia Nosocomial e sua relação com a saúde bucal. **RCO.** v. 1, n. 1, 2017.

MATOS, F.Z., et al. Conhecimento do Médico Hospitalar Referente à Higiene e as Manifestações Bucais de Pacientes Internados. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.**, João Pessoa, v. 13, n. 3, jul./set., 2013.

MATTEVI, G. S., et al. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Cienc. S. Col. RJ.** v. 16, n. 10, 2012.

MIRANDA, A. F.; COSTA, P. P.; BEZERRA, A. C.B. Oral care practices for patients in Intensive Care Units: A pilot survey. **Indian J Crit Care Med**, v. 20, n. 5, 2016.

MORAIS, T. M. N., et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, São Paulo., v.18, n. 4, p. 412-417, 2006.

MORAES, T. M., SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI.** 1º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MOTT, M.L., et al. **Moças e senhoras dentistas:** formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. v.15, suplemento, p.97-116, jun. 2008.

OLIVEIRA, L.C., et al. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Rev. Bras. Ter. Intensiva.** v. 19, n. 4, 2007.

PINHEIRO, T. S.; ALMEIDA, T. F. A saúde bucal em pacientes de UTI. **Revista Bahiana de Odontologia.** v.5, n. 2, p. 94 -103, 2014.

SALDANHA, K.D.F. et al. A odontologia hospitalar: revisão. **Arch Health Invest.**, v.4, n.1, p. 58-68, 2015.

SANTOS, T. B.; et al. A Inserção da Odontologia em Unidades de Terapia Intensiva. **J Health Sci.** v. 19, n. 2, 2017.

SILVA, I. O., et al. A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 27-e, 2017.

SILVA, J.C., Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paul Enferm.** v. 28, n.2, 2015.

SILVA, A. P., et al. Oral evaluation and procedures performed by dentists in patients admitted to the intensive care unit of a câncer center. **Support Care Cancer**. v. 22, n. 10, 2014.

VARGAS, G.S.A., CRUZ, I.C.F. Evidence-based practice guidelines for the nursing intervention in the prevention of ventilator-associated pneumonia in ICU - Systematic Literature Review. **Journal of Specialized Nursing Care**. v. 46, n. 6, 2018.

7. ANEXO

Submissão do artigo científico na revista Diálogos Acadêmicos da Unifametro.

REVISÃO Diálogos Acadêmicos

Capa > Usuário > Autor > Submissões > #245 > Resumo

#245 Sinopse

RESUMO AVALIAÇÃO EDIÇÃO

Submissão

Autores	Lucivanda Soares Barbosa, Maria das Graças Silva, Paulo André Gonçalves de Carvalho
Título	A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI: Revisão de Literatua
Documento original	245-702-1-SM.DOCX 2020-05-13
Docs. sup.	Nenhum(a) INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	Lucivanda Soares Barbosa
Data de submissão	maio 13, 2020 - 08:56
Seção	Artigos
Editor	Nenhum(a) designado(a)

Situação

Situação	Aguardando designação
Iniciado	2020-05-13
Última alteração	2020-05-13