

**A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO ODONTOLÓGICA EM PACIENTES
INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) COM ÊNFASE NA
HIGIENE BUCAL: UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**THE IMPORTANCE OF DENTISTRY PERFORMANCE IN PATIENTS
HOSPITALIZED IN AN INTENSIVE CARE UNIT (ICU) WITH EMPHASIS ON ORAL
HYGIENE: A LITERATURE REVIEW**

Alicia Carvalho Schuffner^{1*}

Luciana Silva Fonseca^{2**}

Grazielly Lopes Ferreira^{3***}

RESUMO

No contexto hospitalar muitas são as conexões multidisciplinares, especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). No que diz respeito a atuação do cirurgião dentista no hospital, a atenção que um paciente recebe em uma UTI pode estar despontando como um dos pilares para a prevenção de infecções hospitalares oportunistas, diagnóstico precoce e tratamento eficaz dessas condições. A inclusão do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares das UTIs demonstra-se efetiva nos casos de pneumonia nosocomial, visto que o acompanhamento constante das condições de saúde bucal nessas circunstâncias pode evitar complicações gerais e consequentemente reduzir o tempo de internação dos pacientes. O objetivo deste trabalho foi discutir sobre a importância da atuação do cirurgião dentista na UTI. Foi realizada uma revisão de literatura com busca na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, Google acadêmico, PubMed e Scielo, utilizando de publicações dos últimos 10 anos. Este trabalho conclui que é de suma importância e necessidade a inserção e atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional e no

1

*Rede de Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni - e-mail:lucianasilvafonseca2000@gmail.com – graduando em Odontologia

**Rede de Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni - e-mail:aliciacarvalhoschuffner683@gmail.com – graduanda em Odontologia

***Rede de Ensino Doctum – Unidade Teófilo Otoni - e-mail:prof.grazielly.ferreira@doctum.edu.br – Cirurgiã-Dentista com Especialidade em Ortodontia e Atenção Básica / Saúde da Família

atendimento integral de pacientes internados em UTI para o controle da disseminação de infecções a partir da cavidade bucal.

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva; Higiene Bucal; Saúde Bucal; Equipe Hospitalar de Odontologia.

ABSTRACT

In the hospital context, there are many multidisciplinary connections, especially in the Intensive Care Unit (ICU). With regard to the performance of the dental surgeon in the hospital, the attention that a patient receives in an ICU may be emerging as one of the pillars for the prevention of opportunistic hospital infections, early diagnosis and effective treatment of these conditions. The inclusion of dentists in the multidisciplinary teams of ICUs is effective in cases of nosocomial pneumonia, since constant monitoring of oral health conditions in these circumstances can prevent general complications and consequently reduce the length of hospital stay for patients. The objective of this work was to discuss the importance of the role of the dentist in the ICU. A literature review was carried out with a search in the Virtual Health Library database, academic Google, PubMed and Scielo, using publications from the last 10 years. This work concludes that it is extremely important and necessary to insert and act as a dentist in the multidisciplinary team and in the comprehensive care of patients admitted to the ICU to control the spread of infections from the oral cavity.

Keywords: Hospital Dentistry; Intensive care unit; Oral hygiene; Oral Health; Hospital Dental Team.

1 INTRODUÇÃO

No contexto hospitalar, na unidade terapia intensiva (UTI), muitas são as conexões multidisciplinares, onde cada segmento profissional de saúde tem uma abrangência clara. Desta forma, realizam todos os cuidados necessários para a evolução do indivíduo, como uma dinâmica hierárquica do hospital. Neste aspecto, é necessário haver um sistema interdisciplinar e interprofissional harmonioso, cooperativo e eficaz para o paciente, dada a importância da formação de uma equipe.

No contexto da atuação do cirurgião dentista no hospital, a atenção que um paciente recebe em uma UTI, pode estar despontando como um dos pilares para a prevenção, diagnóstico e tratamento do paciente.

Para Spezzia (2019), a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares das UTIs demonstra-se efetiva nos casos de pneumonia nosocomial, visto que o acompanhamento constante das condições de saúde bucal nessas circunstâncias pode evitar complicações gerais. Apesar da necessidade da inclusão do cirurgião-dentista no corpo de profissionais das UTIs ser reconhecida pela maioria dos demais profissionais atuantes, isto não ocorre na prática, o que dificulta o exercício do correto tratamento de distúrbios bucais e, conseqüentemente, contribui para o surgimento ou agravamento de doenças sistêmicas.

A disbiose da microbiota oral tem impacto significativo sobre outras microbiotas do corpo humano e, devido a multirresistências em UTIs, os tratamentos com antimicrobianos tornaram-se ineficazes. Com o desenvolvimento da atuação do cirurgião dentista e o estabelecimento da higiene da cavidade oral, o número de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) diminuiu. (MORSE et al., 2019).

Faz-se essencial o controle e homeostase da saúde bucal por meio da higiene da cavidade oral, pois a presença do biofilme confere um papel na etiopatogenia das infecções orais e pulmonares. Nesta mesma concepção, a condição da prótese oral, no que diz respeito à microbiota, assume um alto grau de importância devido às ordens da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Assim sendo, devem ser retiradas as próteses dos pacientes em UTI e entregá-las à família. (AMIB, 2021).

A existência de patógenos na cavidade bucal e sua relação direta com o desenvolvimento de infecções respiratórias secundárias como a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), atualmente pode ser uma complicação adicional aos pacientes com síndrome respiratória aguda grave (SRAG) causada pelo novo coronavírus, dessa forma, a presença do cirurgião-dentista na UTI é indispensável para a prevenção, localização e erradicação de possíveis focos infecciosos nos pacientes internados. Diversos estudos corroboram que a presença do cirurgião-dentista integrado à equipe multidisciplinar leva à redução da mortalidade nas UTI's (SÁ et al., 2021).

Esse estudo sobre a importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva com ênfase na higiene bucal é considerado relevante e tem como objetivo, evidenciar a indispensável presença e atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em UTIs, visto que a minimização de focos de infecções do meio bucal através das ações odontológicas está relacionada com a diminuição do tempo de internação, devido à redução das possíveis infecções relacionadas ao meio bucal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A UTI hospitalar como campo de prática odontológica

No continente americano, conforme destacaram Pascoaloti et al (2019), a prática da Odontologia Hospitalar começou em meados do século XIX com a colaboração dos Drs Simon Hullihen (1810-1857) e James Garretson (1828-1895). Especificamente, no Brasil, na década de 70, ganhou destaque realizando serviços nunca antes realizados e sem apoio oficial.

Conforme Souza et al. (2019), o Conselho Federal de Odontologia (CFO), em 2012, por meio da Resolução CFO-162/2015, padronizou os serviços odontológicos hospitalares brasileiros elaborando um código de ética da Odontologia Hospitalar; prestação de serviços odontológicos em hospitais públicos e outras providências. Em 2018, foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o papel fundamental do cirurgião-dentista dentro de UTIs, semi-intensivas, coronarianas ou mesmo quartos hospitalares para contribuir nos diagnósticos e prevenção de doenças, como Pneumonia Associada à Ventilação (PAV).

Embora a presença do dentista na UTI seja amparada pela lei supracitada, o número médio de cirurgiões dentista por hospital ainda é muito baixo. Conforme Taques et al. (2019), a UTI é o setor hospitalar estruturado que abriga pacientes que necessitam de cuidados monitorados contínuos, que podem apresentar condições descompensadas de um ou mais sistemas orgânicos e múltiplas alterações fisiopatológicas. Equipe especializada com fornecimento de materiais e equipamentos de alta tecnologia são necessários ao tratamento do paciente.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, existe uma padronização para o bom funcionamento de uma UTI, Norma Nacional RDC 50/2002, que pode ser encontrada no site do governo. (BRASIL, 2002). Vale ressaltar que há uma

diferenciação entre UTI e Centro de Setores de Terapia Intensiva (CIT), sendo que este último compreende o agrupamento de UTIs no mesmo local.

Nesse contexto, Ticianel et al. (2020), enfatiza que a atuação do cirurgião-dentista vai além dos consultórios odontológicos tradicionais. Com base nessa premissa, o CFO (Conselho Federal de Odontologia), além de reconhecer o papel do Cirurgião Dentista atuando no ambiente hospitalar, estabeleceu diretrizes para a qualificação profissional por meio de curso específico, efetivando a Resolução CFO-162/2015. O sistema consiste em uma carga horária mínima de 350 horas, 30% das horas clínicas e 70% das aulas teóricas, ministradas por professor mestre ou doutor.

2.2 Diversas atuações do Cirurgião Dentista no âmbito hospitalar

Objetivando melhor conforto ao paciente e reduzir riscos de infecção, os procedimentos odontológicos realizados em ambiente hospitalar, compreendem: avaliação clínica, solicitação e avaliação de exame por imagem, biópsia, coleta de material para avaliação citopatológica e microbiológica, controle de biofilme bucal, extração dentária, remoção de foco de infecção, restauração dentária, raspagem e alisamento radicular, confecção e instalação de placa protetora de mordida, controle de hipersalivação através do uso de toxina botulínica, uso de tecnologia a laser para tratamento de lesões fúngicas, virais, traumáticas, osteoradionecrose, mucosite ou outros tipos de lesões ulceradas, remoção de aparelho ortodôntico e reajuste de próteses dentárias.

Estudos apontam que a laserterapia é uma excelente opção de tratamento, por apresentar efeitos benéficos para os tecidos, pois ativa a microcirculação, produz novos capilares, possui efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, além de estimular o crescimento e a regeneração celular resultando na reparação tecidual. Pode ser utilizado em úlceras por pressão ou traumáticas como, por exemplo, as decorrentes do contato do tubo oram traqueal com os tecidos bucais, mordeduras e muco sites. A utilização de fototerapia com laser pode ser um recurso terapêutico no tratamento desses pacientes. (MEINBERG; et al., 2012) (CAVALCANTI; et al., 2011).

Em pacientes internados vítimas de acidentes domésticos ou automobilísticos, é competência do cirurgião bucomaxilofacial avaliar os traumas de face, as lacerações na região maxilofacial, o sangramento e o consequente comprometimento das vias aéreas superiores. Ele precisa estar apto a reconhecer

os sinais da obstrução e ser hábil em procedimentos cirúrgicos de emergência das vias aéreas, envolvendo-se na equipe multiprofissional de trauma. (PERRY M; MORRIS C, 2008).

A Odontologia Hospitalar na área de Pacientes com Necessidades Especiais estabelece como diretriz, a formação e desenvolvimento intelectual e profissional do cirurgião-dentista para o atendimento de pacientes portadores de doenças sistêmicas, vinculado aos princípios éticos, contribuindo para a melhora de qualidade de vida dos pacientes. As competências e habilidades desenvolvidas e a assimilação dos conteúdos curriculares, estão direcionadas à capacitação profissional no atendimento das demandas e necessidades ligadas à prevenção e tratamento das doenças odonto-estomatológicas dos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). (JACOBSEN M. *ET AL.*, 2010).

2.3 Pneumonia nosocomial

A pneumonia é definida como uma infecção do parênquima pulmonar, causada por fungos, vírus, infecção parasitária ou bacteriana e que se inicia através de colonização da cavidade bucal e da mucosa da faringe por patógenos respiratórios potenciais, da aspiração dos patógenos pelo trato aéreo inferior e pelo fracasso dos mecanismos de defesa do hospedeiro. A pneumonia pode ser classificada em dois tipos em relação aos seus agentes causais: adquirida na comunidade e adquirida no hospital (nosocomial) (BANSAL *et al.*, 2013).

A pneumonia nosocomial é a segunda infecção hospitalar mais comum e a causa mais comum de morte entre as infecções adquiridas em ambiente hospitalar. (CAVALCANTI M; VALENCIA M; TORRES A, 2005).

O termo pneumonia nosocomial ou pneumonia adquirida no hospital é dado às infecções do trato respiratório inferior que são diagnosticadas após 48 horas da internação e que não estava presente ou mesmo incubada quando da admissão do paciente no hospital (MORAIS *et al.*, 2007).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonias nosocomiais incluem: idade acima de 70 anos; desnutrição; doenças de base; depressão do nível de consciência; doenças pulmonares e cardiológicas; VM; manipulação do paciente pela equipe hospitalar; uso de sondas ou de cânula nasogástrica; intubação ou reintubação orotraqueal; traqueostomia; macro ou microaspiração de secreção traqueobrônquica; uso prévio de antimicrobianos; trauma grave; broncoscopia e

broncoaspiração de micro-organismos da orofaringe; administração de antiácidos ou de bloqueadores de receptores H₂; permanência em posição supina; e transporte dentro do hospital. (RAGHAVENDRAN K; MYLOTTE JM; SCANNAPIECO FA, 2000).

Em associação a todos esses fatores, em ambiente hospitalar, existe uma maior probabilidade de estarmos lidando com pacientes imunologicamente comprometidos devido a doenças ou a medicamentos, com diminuição do fluxo salivar devido a procedimentos, como a desidratação terapêutica (com o objetivo de aumentar a função respiratória e cardíaca), além do decréscimo do reflexo da tosse e da capacidade de higiene diminuída, entre outros, que fazem com que esse grupo de pacientes tenha um risco maior de desenvolver outras doenças.

(RAGHAVENDRAN K; MYLOTTE JM; SCANNAPIECO FA, 2000).

2.4 Higienização Bucal em Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A cavidade bucal deve ser vista como parte integrante do corpo, não devendo ser desconsiderada no cuidado do paciente hospitalizado. A eficácia das medidas de higiene bucal depende da integração da equipe assistencial responsável pelo cuidado do paciente gravemente enfermo (SOUZA, GUIMARÃES e FERREIRA, 2013).

A associação da deficiência da higiene bucal e a incorporação de protocolos de Higiene Bucal com a finalidade de redução dos indicadores de pneumonia já estão bem definidos na literatura científica (SHI *et al.*, 2013) e (HUA *et al.*, 2016).

A higiene bucal deficitária pode resultar em maior acúmulo de biofilme na cavidade bucal que está associada ao aparecimento da cárie, da doença periodontal e de lesões na mucosa. Além do comprometimento da saúde bucal, as bactérias dos biofilmes bucais podem ser aspiradas para o trato respiratório e influenciar o início e a progressão de condições infecciosas sistêmicas. A colonização bucal por potenciais patógenos respiratórios e por bactérias específicas da cavidade bucal podem contribuir para infecções pulmonares (BANSAL *et al.*, 2013).

A ANVISA preconiza a higiene bucal como uma das medidas de prevenção das infecções relacionadas à assistência à saúde. Dessa forma, o estabelecimento de um protocolo de higiene bucal para os indivíduos funcionalmente dependentes para as atividades diárias de higiene bucal deve ser uma preocupação nos cuidados em saúde. Os protocolos de saúde bucal fundamentam-se principalmente na

remoção de biofilme dos dentes, limpeza da mucosa bucal e contínua hidratação da vida oral.

Essas práticas são facilitadas pelo uso de gaze e produtos como digluconato de clorexidina ou géis para a boca seca. Este tipo de protocolo deve incluir colaboração regular com profissionais de Odontologia e fornecer um programa de formação contínua para equipe de enfermagem (GIL-MONTOYA et al., 2006)

A partir do ano de 2020, a Odontologia Hospitalar foi incluída na Política Hospitalar Valora Minas, que está regulamentada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.214/2020. Em setembro de 2021, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.566/2021 alterou a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.214/2020 e trouxe um importante indicador para os hospitais do Módulo Valor em Saúde que não compõem a RASB-MG (Indicador de implantação/manutenção dos Núcleos de Qualidade da Atenção à Saúde Bucal para Pacientes Internados – NQASB). Dentre as ações a serem desenvolvidas pelos NQASB, destacam-se a implantação/avaliação dos Protocolos de Higiene Bucal para os pacientes internados nos hospitais (PHBH). (MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal.)

Conforme mostra a Figura 1 e Figura 2 existe um protocolo de higienização para pacientes inconscientes/ não colaborativos disponibilizado nas Diretrizes e Protocolos de Higiene Bucal para os Pacientes Internados nos Hospitais do SUS-MG. que representa a grande maioria dos pacientes internados nas UTI's.

PROTOCOLO HIGIENE BUCAL PACIENTE ADULTO INCONSCIENTE/NÃO COLABORATIVO

Objetivos

- Implementar a rotina de higiene bucal em pacientes internados nos leitos hospitalares clínicos, oncológicos, obstétricos e cirúrgicos;
- Sistematizar o processo de higiene bucal;
- Controlar e reduzir o biofilme bucal.

Materiais Necessários

- EPI completo para cada profissional envolvido (luvas, avental/capote impermeável de mangas longas, máscara cirúrgica, óculos de proteção com vedação lateral e gorro);
- 02 pacotes de gaze estéril;
- Abridor de boca (Anexo IV);
- Água filtrada;
- 01 sistema de aspiração a vácuo montado (sondas de aspiração nº 10, 12 ou 14) ou 01 seringa descartável;
- 06 espátulas de madeira;
- Esparadrapo ou micropore;
- 10 ml da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12%;
- Lubrificante extrabucal a base de ácidos graxos essenciais, dexpanthenol creme 5% ou lubrificante à base de água.

Frequência

A frequência de higiene bucal deverá manter o intervalo de 12 horas entre as aplicações da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% (manhã/noite). Se for necessário realizar a higiene bucal do paciente em um intervalo menor que 12 horas, deverá ser utilizada a água destilada ou filtrada.

Metodologia

- Higienizar as mãos;
- Reunir e conferir o material necessário para a HB;
- Paramentar com EPI indicado para o paciente;
- Cumprimentar o paciente e acompanhante;
- Avaliar o nível de consciência do paciente ou efeito de medicamentos sedativos;
- Explicar sobre o procedimento a ser realizado, independentemente do nível de consciência do paciente;
- Higienizar as mãos e calçar luvas;
- Cobrir o tórax do paciente com papel toalha;
- Avaliar a cavidade bucal do paciente. O paciente inconsciente não deverá permanecer com prótese dentária removível ou aparelho ortodôntico. Seguir as instruções descritas nas tarefas críticas;
- Aspirar a cavidade bucal (antes de posicionar a cabeceira do paciente), utilizando sonda para aspiração ou seringa descartável;
- Elevar a cabeceira do paciente entre 30º e 45º, salvo quando contraindicado (verificar em prontuário as condições limitantes);
- Realizar a lateralização da cabeça do paciente;
- Montar gaze estéril em espátula abaixadora de língua;
- Utilizar abridor de boca confeccionado com gaze estéril e espátula, quando necessário (Anexo IV);
- Observar a presença de alterações, lesões e/ou sangramentos na cavidade bucal do paciente e solicitar interconsultas, conforme descrito nas tarefas críticas;
- Realizar a higiene bucal, seguindo os passos a seguir (Anexo III):
 - ✓ Remover as sujidades da região peribucal e parte externa dos lábios, com gaze estéril montada em espátula umedecida em água destilada ou filtrada;


Figura 1: Protocolo de Higiene Bucal em Pacientes Adultos Inconscientes/Não colaborativos.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. (Org: Mirna Rodrigues Costa Guimarães, Jacqueline Silva Santos). Diretrizes e Protocolos de Higiene Bucal para os Pacientes Internados nos Hospitais do SUS-MG. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/saudebucal>

ANEXO III- HIGIENE BUCAL PARA PACIENTE INCONSCIENTE/NÃO COLABORATIVO

Material Necessário:
Espátula de madeira, gaze, abridor de boca, 01 copo, solução de Digluconato de Clorexidina (0,12%), hidratante labial


Frequência: 02 vezes ao dia




Avalie a cavidade bucal do paciente (Lesões, próteses dentárias e aparelhos removíveis)




Posicione o abridor de boca na região posterior da cavidade bucal



Umedeça a gaze em uma solução de digluconato de clorexidina 0,12% com o auxílio de uma espátula



Aplique a solução de digluconato de clorexidina na mucosa bucal do paciente (lateral direita e esquerda)



Aplique a solução de digluconato de clorexidina no palato, língua e rebordo alveolar/dentes do paciente




Aplique o hidratante no lábio do paciente com o auxílio de uma gaze





ANEXO IV- MODELO DE ABRIDOR DE BOCA PARA HIGIENE BUCAL PACIENTE INCONSCIENTE/NÃO COLABORATIVO

Material Necessário
4 a 6 espátulas de madeira, 2 a 3 gazes e esparadrapo

Observação
Realize o descarte após o uso







Posicione o abridor de boca na região posterior da cavidade bucal até alcançar a abertura necessária




Figura 2: Higiene Bucal em Pacientes Adultos Inconscientes/Não colaborativos.

Fonte: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. (Org: Mirna Rodrigues Costa Guimarães, Jacqueline Silva Santos). Diretrizes e Protocolos de Higiene Bucal para os Pacientes Internados nos Hospitais do

SUS-MG. Belo Horizonte, 2022. Disponível em:
<https://www.saude.mg.gov.br/saudebucal>

3 METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de uma revisão de literatura sobre a inserção, atuação e importância do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar nas UTIs, tendo como questionamento norteador: Como as ações desenvolvidas pelo cirurgião-dentista pode interferir de forma positiva na saúde geral do paciente internado em UTI?

Para a elaboração deste trabalho foi efetuada uma pesquisa bibliográfica mediante ao assunto, entre os meses de setembro de 2022 e novembro de 2022, nas bases de dados bibliográficos como: PubMed/MEDLINE, Internacional e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Committee on Undergraduate Medical Education (CUMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google scholar. Nessas bases serão utilizados os seguintes cruzamentos: (Odontologia Hospitalar) AND (Unidade de Terapia Intensiva) AND (higiene bucal) AND (saúde bucal) AND (“equipe hospitalar de odontologia”); estando em conformidade como os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Portanto, os critérios de inclusão definidos foram, estudos publicados entre 2012 a 2022; Idiomas, português, inglês e espanhol. Já os critérios de exclusão definidos serão, outros idiomas além dos citados; estudos que se encontram em duplicidade nas bases de dados consultadas; artigos baseados em relatórios de opinião profissional e relatos de experiência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura classificatória e aplicados os critérios de exclusão e inclusão, por meio dos descritores combinados, essa revisão bibliográfica evidencia que a atuação do cirurgião dentista no âmbito hospitalar tem a finalidade de colaborar na qualidade de vida do paciente auxiliando na prevenção de infecções oportunistas e desenvolvimento de novos comprometimentos sistêmicos, deixando enfatizado que

a saúde bucal do paciente interfere de forma significativa para sua recuperação de forma mais rápida .

A presença do cirurgião-dentista nos hospitais abrange ações significativas no acompanhamento qualificado nas práticas que almejam os cuidados referentes às alterações bucais com melhora no quadro sistêmico e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados (LIMA et al.,2016).

Os estudos demonstraram a presença de patógenos orais no trato respiratório de pacientes internados em UTI devido à higiene insatisfatória. (SILVA et al., 2021.)

Sendo assim é sabido que a condição bucal implica diretamente na saúde geral do indivíduo. A cavidade oral é um dos principais reservatórios de microrganismo (bactérias e fungos), que facilmente adentram na corrente sanguínea implicando ainda mais a resolutividade do problema que levou o indivíduo a necessidade de internação.

A deficiência na higienização pode colaborar até mesmo para o comprometimento da resposta imune do paciente. Desse modo, a participação do cirurgião-dentista, como profissional responsável pelos cuidados e manutenção da saúde da cavidade oral em nível hospitalar ou ambulatorial, tem por intuito diminuir, oferecer e agregar mais força ao que caracteriza a nova identidade do hospital, uma lacuna de integralidade da atenção e assistência.

Um estudo mostrou o efeito positivo com relação às técnicas de higiene bucal, tais como a escovação, o uso de clorexidina e aspiração, que consistem em uma estratégia simples, porém, capaz de diminuir as taxas de infecções, confirmando ainda mais que é extremamente importante a inclusão de um cirurgião-dentista dentro do ambiente hospitalar (ORY et al., 2017).

A inserção de cirurgiões-dentistas em equipes multiprofissionais nas UTIs é fundamental para implementar técnicas e protocolos de higiene bucal. (BARBOSA et al.,2020).

Uma educação adicional é necessária para aumentar a conscientização dos profissionais de UTI sobre a associação entre placa bacteriana e condições sistêmicas dos pacientes, para padronizar protocolos de cuidados bucais e para promover a saúde bucal dos pacientes internados. (MIRANDA et al., 2016.)

A presença deste profissional no ambiente hospitalar visa minimizar os impactos causados por estas alterações, tendo como objetivo primordial prevenir e cuidar dos pacientes internados, visando diminuir o período e os

gastos gerados pelo período de internamento. Para que os pacientes internados em UTI recebam tratamento adequado durante o período de permanência neste setor é necessário que haja Cirurgião Dentista. Esse profissional atuará da maneira cordial, servindo como um apoio no diagnóstico das condições bucais dos pacientes internados, principalmente para os pacientes entubadas e com traqueostomia que necessitam da atenção redobrada do Cirurgião Dentista. Desse modo, o cirurgião-dentista deve estar preparado para o atendimento odontológico, em condições específicas e diferenciadas do cotidiano do consultório, com o objetivo de proporcionar melhores condições de saúde ao paciente internado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O papel da atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é crucial para reduzir o tempo de internação e o risco de infecções oportunistas. Dentro de um hospital, uma série de exames básicos podem ser realizados de forma multidisciplinar e interprofissional para um diagnóstico consistente e rápido. Todos os profissionais de saúde que atuam no hospital, como médicos, cirurgião-dentista, enfermeiros, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e triagens sociais, devem interagir diariamente na UTI.

Portanto, conseguimos evidenciar a importância e a necessidade da inserção e atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional e no atendimento integral de pacientes internados em UTI para o controle da disseminação de infecções a partir da cavidade bucal.

REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. Procedimento operacional padrão – POP – de Higiene bucal pediátrico e neonatal e a 3ª revisão do POP de Higiene bucal UTI adulto. 2021. Disponível em:
<<https://www.amib.org.br/procedimento-operacional-padrao-pop-de-higiene-bucal-pediatico-e-neonatal-e-a-3a-revisao-do-pop-de-higiene-bucal-uti-adulto/>>. Acesso em: 12 set. 2022.
2. BANSAL M, KHATRI M, TANEJA V. Potential role of periodontal infection in respiratory diseases-a review. Rev Research gate, India 2013; 6: 244-248.

3. BARBOSA, A. M. C. et al. Odontologia Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: revisão de literatura. *Odontologia Clínico-Científica*. Recife, v. 19, n. 6, p. 472-477, 2020.
4. BRASIL, 2015, Resolução CFO nº162 de 03/11/2015. Disponível em <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf> Acesso em : 19 set. 2022
5. BRASIL. Resolução – RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 21 fev. 2002.
6. CAVALCANTI M, VALENCIA M, TORRES A. Respiratory nosocomial infections in the medical intensive care unit. *Microbes Infect.* 2005;7(2):292-301.
7. CAVALCANTI TM, et al. Conhecimento das propriedades físicas e da interação do laser com os tecidos biológicos na odontologia. *An. Bras. Dermatol.* 2011; Out;86(5):955-60.
8. GIL-MONTOYA, J. A.; DE MELLO, A. L. F.; CARDENAS, C. B.; LOPEZ, I. G. Oral Health Protocol for the Dependent Institutionalized Elderly. *Geriatric Nursing*, v. 27, p. 95-101, 2006.
9. HUA F et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator associated pneumonia. *Cochrane Data base of Systematic Reviews* 2016, Issue10.
10. JACOBSEN, Manoel Teixeira. *Odontologia Hospitalar Pacientes com Necessidades Especiais*. UPS. São Paulo. 2010 Disponível em : <https://www.fm.usp.br/ccex/residencias-uni-e-multi-profissionais/odontologia-hospitalar-pacientes-com-necessidades-especiais>
11. LIMA, L. T. et al. Odontologia Hospitalar: competência do cirurgião-dentista. *Revista Uningá Review*, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 164-171, 2016.
12. MEINBERG MCA, et al. The use of 2% chlorhexidine gel and toothbrushing for oral hygiene of patients receiving mechanical ventilation: effects on ventilator associated pneumonia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2012;24(4): 369-74.
13. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. (Org: Mirna Rodrigues Costa Guimarães, Jacqueline Silva Santos).

- Diretrizes e Protocolos de Higiene Bucal para os Pacientes Internados nos Hospitais do SUS-MG. Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/saudebucal>
14. MIRANDA, A. F. et al. Práticas de higiene bucal para pacientes em unidades de terapia intensiva: uma pesquisa piloto. *Medicine*, v. 20, n. 5, p. 267-273, 2016.
 15. MORAIS TM ET AL. Pacientes em unidades de terapia intensiva: atuação conjunta dos médicos e dos cirurgiões-dentistas. In: Serrano Jr CV, Lotufo RF, Moraes TM, Moraes RG, Oliveira MC, coordinators. *Cardiologia e Odontologia - Uma visão integrada*. São Paulo: Santos; 2007. p. 249-70.
 16. MORSE, D. J.; SMITH, A.; WILSON, M.J.; MARSH, L. et al. Molecular community profiling of the bacterial microbiota associated with denture-related stomatitis. *Scientific Reports*, v. 9, n.1, p. 10228, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-46494-0> [Google Scholar]
 17. ORY, J. et al. Estudo comparativo de 2 protocolos de cuidados bucais em unidades de terapia intensiva. *American Journal of Infection Control*, [S.l.], v. 45, n. 3, p. 245-250, 2017.
 18. PASCOALOTI, M. I. M. et al. Odontologia hospitalar: desafios, importância, integração e humanização do tratamento. *Rev. Ciênc. Ext.* v.15, n.1, p.20-35, 2019. [Google Scholar]
 19. PERRY M, MORRIS C. Advanced trauma life support (atls) and facial trauma: can one size fit all? *Int J Oral Maxillofac Surg* 2008; 37:309-20
 20. RAGHAVENDRAN K, MYLOTTE JM, SCANNAPIECO FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol* 2000.
 21. SÁ, P. K. O. et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes com covid-19: avaliação das culturas de aspirados traqueais. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 25, n. 1, p. 10, 2021.
 22. SHI Z et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 8. 2013.

23. 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.
24. SOUZA AFD, GUIMARÃES AC, FERREIRA E. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Revista Mineira de Enfermagem. 2013; 17(1): 178-192.
25. SOUZA, M. C. A. et al. Prevalência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Pacientes na Unidade de Terapia Intensiva após Implementação de Protocolo de Higiene Bucal. Arch Health Invest, v. 8, n.8 p.:451- 454, 2019. DOI: 10.21270/archi.v8i8.4648. [Google Scholar]
26. SPEZZIA, S. Pneumonia nosocomial, biofilme dentário e doenças periodontais. Revista da Sociedade Brasileira de Periodontologia, [S.l.], v. 29 n. 2 p. 65-72, 2019.
27. TICIANEL, A. K. et al. Manual da Odontologia. Mato Grosso: Conselho Federal De Odontologia-CFO, 2020. 30 p. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wpcontent/uploads/2020/07/manual-odontologia-hospitalar.pdf>. Acesso em: 19 set. 2022.