

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
ANGELA MARIA PELEGRINI

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA INTEGRADO NA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI)**

**LAGES
2019**

ANGELA MARIA PELEGRINI

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA INTEGRADO NA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Renan Carlos de Ré Silveira


**LAGES
2019**

ANGELA MARIA PELEGRINI

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA INTEGRADO NA
EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Centro
Universitário Unifacvest como parte dos requisitos para
a obtenção do grau de Bacharel em odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Renan Carlos de Ré Silveira

Lages, SC 10/06 /2019. Nota 9,1 

Coordenador do curso de Odontologia Lessandro Machry

**LAGES
2019**

Dedico este trabalho a minha avó Marieta Carbonera Pelegrini (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo, apoio e confiança.

Ao meu orientador Prof. Dr. Renan Carlos de Ré Silveira, pelo suporte em tão pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e opiniões.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração.

Aos meus queridos amigos, que independente da situação, sempre estiveram ao meu lado.

E a todos que direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“Só se pode alcançar um grande êxito quando nos mantemos fiéis a nós mesmos.”

Friederich Nietzsche

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA INTEGRADO NA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Angela Maria Pelegrini¹
Renan Carlos de Ré Silveira²

RESUMO

Observou-se com este estudo a importância das atribuições que o cirurgião-dentista tem dentro das UTIs junto de uma equipe multidisciplinar. Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter qualitativo. Para isso foram pesquisados artigos disponíveis em bancos de dados eletrônicos, como Pubmed, BVS, Scielo e Cochrane. A coleta de dados foi do período de junho de 2018 até maio de 2019. Foram selecionados artigos publicados a partir do ano de 2000, independente do idioma. Verificou-se que há conhecimento das complicações de uma higiene oral inadequada por parte das equipes atuantes na UTI, porém o cirurgião-dentista ainda não é priorizado dentro de equipes multidisciplinares. Os estudos mostram que a presença de um cirurgião-dentista na equipe das UTIs, contribui para a melhora do quadro clínico dos pacientes, além de evitar complicações infecciosas, sendo a mais comum delas a pneumonia nosocomial associada à ventilação mecânica. Verificou-se também a importância adotar um protocolo de higienização.

Palavras-chave: Infecção hospitalar. Odontologia hospitalar. Protocolo bucal. Unidade de terapia Intensiva.

¹ Acadêmica da 10ª fase do Curso de Odontologia do Centro Universitário Unifacvest.

² Professor do Centro Universitário Unifacvest e Orientador do projeto.

IMPORTANCE OF THE DENTIST SURGERY INTEGRATED IN THE MULTIDISCIPLINARY TEAM OF THE INTENSIVE THERAPY UNIT (ICU)

Angela Maria Pelegrini¹
Renan Carlos de Ré Silveira²

ABSTRACT

This study consisted of a literature review and it was possible to observe the importance of the dentist together with the multidisciplinary team at the Intensive Care Unit (ICU). The electronic databases PubMed, Scielo, BVS and was used to research the articles. Data collection was from June 2018 to May 2019. Articles published from the year 2000 were selected, regardless of the language. The complications due to an inadequate oral care is known by the ICU team, however the dentist is still not a priority. The studies showed that the presence of a dentist in the ICU team contributes to improve the patient's condition, and also avoids infections like hospital-acquired nosocomial pneumonia associated to mechanical ventilation. It was also observed the importance of an oral care protocol in the ICU.

Keywords: Hospital infection. Hospital dentistry. Intensive therapy unit. Oral protocol.

¹ Academic of the 10th phase of the Dentistry Course of Unifacvest University Center.

² Professor at the Unifacvest University Center and Project Advisor.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 METODOLOGIA	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 Importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva	10
3.2 Principais complicações da falta de cuidados com a higiene oral no âmbito da UTI	12
3.3 Protocolo para higiene oral de pacientes admitidos em UTIs	15
4 CONCLUSÃO	18
REFERÊNCIAS	19

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as informações sobre infecções hospitalares são pouco divulgadas. Os dados coletados não são compartilhados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema no país. A situação é semelhante em casos de pacientes que vem a óbito após 48 horas de internação, que frequentemente apresentam infecção hospitalar associada (TURRINI&SANTOS, 2002). Integra-se a essa realidade que num país marcado pelas desigualdades socioeconômicas, as instituições hospitalares se revelam variadas quanto aos padrões de atendimento, estrutura física, organização financeira, atendimento a população e índice de infecção hospitalar (LIMA *et al.*,2007).

Os progressos tecnológicos relacionados aos procedimentos invasivos, diagnósticos e terapêuticos, e o surgimento de microrganismos multirresistentes aos antimicrobianos, os quais se faz uso rotineiramente no dia a dia hospitalar, tornaram as infecções hospitalares um problema de saúde pública. Os altos índices de infecção hospitalar são vistos em pacientes com idade avançada, nos serviços de oncologia, cirurgia e terapia intensiva. Assim, os dados de prevalência e incidência de infecções hospitalares obtidos em diferentes estudos, mesmo sendo em crianças, refletem tais aspectos populacionais e institucionais (GILIO *et al.*, 2000).

Por um longo tempo a unidade de terapia intensiva (UTI) foi organizada por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos em enfermagem. Entretanto, percebeu-se que essa composição estava inacabada, havendo indispensabilidade por um cirurgião-dentista (AMARAL *et al.*, 2013).

O projeto de lei N.º 2.776-B, de 2008 (Do Sr. Neilton Mulim), relata que os pacientes internados em Unidades de Terapia intensiva (UTIs) devem receber cuidados especiais e contínuos, não apenas para tratamento do problema que o levou à internação, mas também para manter cuidados dos demais órgãos e sistemas que podem sofrer alguma injúria prejudicial para sua recuperação e prognóstico. Nesses cuidados de atenção deve estar incluído o tratamento odontológico, com higiene bucal adequada, dada a inter-relação entre doenças sistêmicas e bucais. No entanto, ainda é raro encontrar um cirurgião-dentista fazendo parte da equipe multiprofissional das UTIs.

Os Projetos de Lei (PL): nº 2.776/2008 e PL 363/2011, ambos aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, estabelecem a obrigatoriedade da presença de profissionais da Odontologia em hospitais públicos e privados em que existam pacientes internados em UTI ou enfermarias.

2 METODOLOGIA

O presente trabalho consiste de uma revisão da bibliografia, de caráter qualitativo, buscando referências em artigos disponíveis em bancos de dados eletrônicos que informaram a importância do cirurgião-dentista dentro das UTIs. A coleta de dados foi do período de junho de 2018 até maio de 2019. Foram selecionados artigos publicados a partir do ano de 2000, independente do idioma. As bases de dados utilizadas foram BVS, SCIELO, PubMed e Cochrane.

As palavras-chave usadas na busca dos artigos foram: odontologia hospitalar (*hospital dentistry*), infecção hospitalar (*hospital infection*), saúde bucal hospitalizado (*oral health hospitalized*), protocolo bucal (*oral protocol*), unidade terapia intensiva (*intensive care unit*). A partir da pesquisa através das palavras-chave, foram selecionados apenas os artigos com título que apresentaram coerência ao tema principal. Aproximadamente 73 artigos relacionados foram selecionados em seguida foi feita leitura dos resumos, aos quais foram incluídos apenas os que tinham relação direta com o assunto da pesquisa. Restando apenas 24 artigos que de fato abordam o foco do tema. Para complemento da pesquisa foram utilizados Projetos de leis e regulamentação.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva

A infecção hospitalar é uma complicação constante com elevada mortalidade de pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI). As infecções podem ser divididas em exógenas, quando o patógeno infectante é adquirido diretamente do ambiente e endógena, quando pertence à flora microbiana do hospedeiro (paciente). O paciente da UTI é inicialmente colonizado por agentes potencialmente patogênicos, adquiridos no ambiente externo. Estes modificam a flora microbiana residente e, desse modo, as infecções podem ser divididas em primárias (infecções produzidas pela flora microbiana residente) e secundárias (infecções produzidas pela flora microbiana adquirida na UTI) (AGVALD-OHMAN *et al.*, 2003).

É importante que o cirurgião-dentista se integre ao atendimento dos pacientes hospitalizados nas UTIs com o objetivo de minimizar o risco de disseminação de patógenos da cavidade bucal, que potencialmente podem causar problemas sistêmicos, atuando na

manutenção da higiene dos dentes, gengiva, bochechas e língua, controlando a colonização intensa por patógenos. Além disso, a necessidade do cirurgião-dentista na equipe de atendimento das UTIs amplia o campo de ensino e atuação do profissional da Odontologia (AMARAL *et al.*, 2013).

Algumas pesquisas documentaram que pacientes admitidos em UTI apresentam comprometimentos com a higiene bucal, possivelmente pela ausência de supervisão e relacionamento interprofissional odontologia/enfermagem, visto que uma das funções do cirurgião-dentista no âmbito da UTI é a de supervisionar e orientar adequadamente os técnicos de enfermagem para a realização de uma higiene bucal satisfatória e eficaz nos pacientes (SANTOS *et al.*, 2008; ABIDIA, 2007; TOLEDO&CRUZ, 2009).

As atividades de um cirurgião-dentista também envolvem ações educativo-preventivas. Diante desses preceitos, o odontólogo pode e deve trabalhar sempre integrado a outros profissionais, como equipe de enfermagem (auxiliar e técnico de enfermagem e enfermeiro), técnicos de higiene dental (THD) e auxiliar de consultório odontológico (ACD) treinados e orientados sobre métodos de higiene bucal adequados aos pacientes (LIMA *et al.*, 2011).

A Odontologia Hospitalar foi regulamentada como habilitação através da Resolução CFO-162-163/2015, publicada no dia 16 de novembro, no Diário Oficial da União. Estabelece cursos de no mínimo 350 horas para capacitação e poderá ainda requerer o seu registro no CFO e inscrição no Conselho Regional de Odontologia, como habilitado em Odontologia Hospitalar, o profissional que tenha atuado pelo menos cinco anos nos últimos dez anos na área.

Um estudo, realizado por Pasetti e colaboradores (2013), levando em consideração o relato do trabalho empregado pela Odontologia junto a UTI do Instituto de Neurologia de Curitiba (INC) e controle realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), sem a intervenção da Odontologia, revela dados que coincidentes ou não, levam à reflexão dos resultados existentes. O controle de infecção respiratória dos pacientes da UTI, retirados dos arquivos da CCIH do INC, nota-se que há vários pontos que merecem ser observados, como a quantidade de pacientes internados, porcentagem de infecções pulmonares, a queda gradativa desta porcentagem, além da manutenção em níveis baixos de pneumonia na UTI. As datas a serem ressaltadas são: aumento da frequência da odontologia na UTI – fevereiro de 2005; adoção de protocolos de atuação na UTI – outubro de 2005; treinamento da enfermagem – novembro de 2005; ausência temporária da odontologia – maio a agosto de 2006; a inserção da odontologia em uma equipe multidisciplinar e taxas de

infecção respiratória com as datas anteriormente observadas, até abril de 2009. O número de pacientes acompanhados foi mais de 2600, de fevereiro de 2005 até abril de 2009. As taxas de infecção respiratória na UTI tiveram uma média de 5,46% até abril de 2006, mesmo com aumento de número de pacientes. De maio a agosto de 2006 quando o serviço odontológico esteve ausente, esta taxa saltou para 12,38%. A partir de setembro de 2006 até abril de 2009 houve uma redução brusca destas taxas para 3,53%, período que coincide com a retomada dos trabalhos odontológicos de maneira protocolada e contínua.

3.2 Principais complicações da falta de cuidados com a higiene oral no âmbito da UTI

A incapacidade do autocuidado contribui para a precariedade da higienização bucal, acarretando no desequilíbrio da microbiota residente da cavidade oral, com consequente aumento da possibilidade de aquisição de diversas doenças infecciosas comprometendo a saúde integral do paciente. Os pacientes mais vulneráveis a infecções são os internados em unidades de terapia intensiva (UTI), em especial os que estão sob ventilação mecânica, pois o reflexo da tosse, a expectoração e as barreiras imunológicas estão deficientes (TOLEDO&CRUZ, 2009).

Na UTI o paciente está mais exposto ao risco de infecção, é evidenciado que os pacientes têm um aumento de cinco a dez vezes da chance de contrair infecção e que esta pode representar cerca de 20% do total das infecções de um hospital. Estes pacientes estão com o estado clínico comprometido, ou seja, apresentam mudanças no sistema imunológico, exposição à procedimentos invasivos, desidratação terapêutica (prática comum para aumentar a função respiratória e cardíaca), o que leva a xerostomia (redução do fluxo salivar). Ainda é ressaltado que são suscetíveis ao ressecamento da secreção salivar, tornando-se muco espessado, especialmente devido à incapacidade de nutrição, hidratação e respiração (TOLEDO&CRUZ, 2009).

A cavidade bucal é a primeira porta de entrada para microrganismos patogênicos que causam infecções sistêmicas nas vias respiratórias, sendo a pneumonia uma delas. A pneumonia por aspiração é o tipo mais comum de pneumonia nosocomial ou hospitalar, é uma infecção do parênquima pulmonar provocada por diversos tipos de agentes etiológicos entre eles bactérias, fungos e vírus. A carência de atenção com a higiene bucal e a redução do fluxo salivar resulta num aumento da quantidade e complexidade da placa dental, que colabora para a interação entre bactérias (GOMES&ESTEVES, 2012).

Estes microrganismos que colonizam as superfícies da cavidade bucal podem ser dispersos para outras regiões do organismo, por meio dos procedimentos hospitalares de rotina na UTI como a intubação sob ventilação mecânica, que pode transportar bactérias existentes na cavidade bucal e orofaringe até os pulmões (RAGHAVENDRAN *et al.*, 2007), favorecendo o alojamento da pneumonia nosocomial, que se relaciona com aumento do tempo de hospitalização dos pacientes, onerando o tratamento ou, então, causando o óbito (PINHEIRO *et al.*, 2007).

Os pacientes de terapia intensiva frequentemente permanecem com a boca aberta, devido à intubação traqueal, facilitando a desidratação da mucosa oral. A diminuição do fluxo salivar aumenta a saburra ou biofilme da língua (matriz orgânica estagnada) na face dorsal da língua, favorecendo a produção de componentes instáveis de enxofre, como mercaptanas (CH₃SH) e hidratos de enxofre (HS) com cheiro desagradável e bactérias de colonização (ADIBIA, 2007).

A Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) é causada por microrganismos com entrada no trato respiratório. A PAV endêmica é adquirida principalmente pela colonização por microrganismos na orofaringe, que constituem uma comunidade ou população específica e é regularmente causada por contaminações de equipamentos, ar e água. O tubo endotraqueal (ETT) causa desvio dos sistemas normais de defesa, de modo que os cílios e as proteções da mucosa das narinas e ambiente bucal incentivem a formação de placa e subsequente crescimento de bactérias. Como as secreções se concentram na porção mais posterior da boca e acima do manguito do ETT, o mesmo ocorre com as bactérias. Não é difícil para estes patógenos entrar nos pulmões (microaspiração). Um Estudo realizado por Safdar *et al.*, (2005), relatou que dentro de 24 horas, todos os pacientes entubados tornam-se colonizados por bactérias patogênicas.

Tendo conhecimento dos riscos bacterianos originados na boca, indica-se a limpeza completa da cavidade oral, compreendendo dentes, gengiva e língua, removendo resíduos de alimentos e placa bacteriana. A ideia é promover um ambiente oral "imune" às complicações orais decorrentes da falta de cuidados. Pacientes com higiene bucal inapropriada e condições odontológicas insatisfatórias apresentam maior risco de complicações locais e sistêmicas (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

É importante salientar que as infecções hospitalares influenciam drasticamente no período de hospitalização e nos índices de morbimortalidade, interferindo de maneira significativa nos custos do tratamento, especialmente no consumo de antibióticos, gastos com

isolamento e exames laboratoriais, considerando o prolongamento do período de internação (PITTET, 2005).

As condições clínicas, comorbidades e extremos de idade elevam os riscos de infecção, especialmente em diabéticos, portadores de neoplasias, hipertensos, pacientes com insuficiência renal, tabagistas, alcoolistas, obesos, em estado de desnutrição, anemia entre outras condições (LIMA *et al.*, 2007).

O objetivo da atenção primária em odontologia é impedir o desenvolvimento de doenças ou reverter seu estado em estágios iniciais, como cáries, doenças periodontais e câncer bucal (ARAÚJO *et al.*, 2009).

A manutenção de um controle rigoroso da higiene bucal de pacientes admitidos em UTI tende a controlar o avanço e a maturação de um biofilme de patogenicidade elevada nos diversos sítios da cavidade bucal, não só nos dentes, mas também na mucosa de recobrimento, língua e dispositivos protéticos (AMARAL *et al.*, 2013). Bactérias gram-positivas são comumente vistas na cavidade bucal, mas, à medida que o biofilme se desenvolve, pode haver associações com bactérias anaeróbicas gram-negativas e fungos, tornando este biofilme mais patogênico e, portanto, elevando o risco de complicações sistêmicas (SANTOS *et al.*, 2008).

A higiene bucal eficaz de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta seu volume de maneira rápida e intensa, pois é comum nestes pacientes a diminuição da autolimpeza natural da cavidade bucal. A autolimpeza bucal insatisfatória acontece por diversos motivos: redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, diminuição da movimentação da língua e das bochechas, queda do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos, sangramentos espontâneos da mucosabucal e a presença de ressecamento e fissuras labiais (TABLAN *et al.*, 2003).

O acúmulo da placa bacteriana na cavidade bucal pode influenciar as terapêuticas médicas, devido à condição de virulência dos microrganismos que nela se encontram, os quais 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 repercussões na sua condição sistêmica (RABELO *et al.*, 2010).

Um estudo realizado por Amaral e seus colaboradores em 2013, usando questionários aplicados em equipes multidisciplinares de UTIs, trouxe questionamentos sobre a influência da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar na melhora no quadro clínico dos pacientes. Os autores verificaram que apenas 55% dos profissionais concordaram que com o cirurgião-dentista atuando junto à equipe no atendimento aos pacientes hospitalizados em

UTI, resultaria numa melhora no quadro clínico dos pacientes. Por outro lado, todos os voluntários responderam que a higiene bucal eficiente dos pacientes internados em UTI é importante.

Outro estudo feito por Blum e colaboradores (2017), realizado entre março e agosto de 2015, utilizou um questionário auto administrado que foi aplicado a 231 membros da equipe de 9 UTIs de três hospitais localizados na Região Sul do Brasil. Em sua maioria (99,6%), os participantes concordaram com a importância dos cuidados bucais para pacientes em UTI, e 88,3% da equipe concordou que os problemas de saúde bucal são comuns na terapia intensiva. Em relação à higiene bucal, 32% da equipe responderam que é uma tarefa desagradável para desempenhar em pacientes de UTI, e 69,3% relataram ter dificuldades para realizar a tarefa. Ainda, 22,1% referiram não receber treinamento apropriado para realizar higiene bucal dos pacientes da UTI. Finalmente, 52,8% da equipe relataram a ausência de um profissional em odontologia para avaliação de questões oportunas à saúde bucal dos pacientes na UTI.

Os profissionais ressaltam a higiene bucal dos pacientes internados, mas não valorizam a presença do cirurgião-dentista, talvez pela razão de que os profissionais não associam a importância do controle de biofilme na prevenção das pneumonias. A desatenção aos cuidados bucais é um fator de risco para o aparecimento das pneumonias nosocomiais. É importante inserir um protocolo de prevenção, monitoramento e descontaminação da cavidade bucal desses pacientes (AMARAL *et al.*, 2013).

3.3 Protocolo para higiene oral de pacientes admitidos em UTIs

Não se encontra uma unanimidade entre os protocolos sugeridos na literatura, mas os mais atuais sobre como a higienização bucal deve ser realizada em pacientes internados em UTI abordam aspectos como o uso de solução de clorexidina 0,12% ou 0,2% (sem álcool), recomendável quando a permanência em UTI for inferior a 20 dias, nos casos de permanência por períodos maiores que 20 dias, deve-se reavaliar continuidade do uso, utilização de escova macia, raspadores de língua, fio dental, aspiração e remoção do conteúdo da orofaringe. Também faz parte do protocolo a lubrificação de mucosa com saliva artificial de duas em duas horas e a hidratação do lábio com vaselina estéril, vitamina E ou óleo de coco (ABIDIA, 2007).

Dentre os efeitos adversos relatados com o uso prolongado da clorexidina podemos citar o manchamento dos dentes, descamação reversível da mucosa, alterações do paladar e

aumento dos depósitos calcificados supragengivais. Deve ser destacado que o manchamento provocado pela clorexidina não é no dente, e sim na película adquirida que está junto ao dente. Assim, este manchamento extrínseco, ele pode ser removido com uma profilaxia dental ou com agentes oxidantes (TORRES *et al.*, 2000).

Na pesquisa realizada por Gmür, et al, (2013) na Suíça, por meio da aplicação de questionários para várias equipes de UTIs a respeito do uso de antibióticos sistêmico para profilaxia oral, observou-se que em nenhuma das clínicas participantes era realizada profilaxia com antibióticos sistêmicos em pacientes com intubação de longo prazo. A opinião dominante é que as desvantagens devido ao desenvolvimento de genes patogênicos resistentes superam os benefícios do tratamento antibiótico profilático para evitar VAP.

Um protocolo detalhado para cuidados bucais em pacientes com traqueostomia reduz as taxas de pneumonia associada à ventilação mecânica. Com base no protocolo apresentado por Sona *et al.*, (2009), podemos sugerir que é importante realizar uma avaliação da língua do paciente, mucosa oral, dentes e lábios. Ter cuidado com regiões em que tenham feridas, instruir o paciente antes de fornecer cuidados orais. Escovar os dentes, a língua e a mucosa oral por 1 a 2 minutos com movimentos suaves usando pasta de dentes e uma pequena quantidade de água filtrada para umedecer a escova de dente. Pacientes desdentados também merecem cuidados em sua língua e mucosa. Muito importante também é a sucção da boca conforme necessário durante e após a escovação dos dentes para remover o excesso de água e secreções. Após 30 a 60 minutos da escovação dos dentes ou limpeza da boca, aplica-se solução de gluconato de clorexidina (CHG) 0,12% na cavidade oral e na língua com cotonetes de esponja. No caso do paciente fazer uso de prótese, remove-se as mesmas, realizando limpeza da prótese e da cavidade oral com solução CHG 0,12%. Sucção da boca conforme necessário para remover o excesso de solução e secreções.

Também podem ser usados cloridrato de celtipiridíneo, triclosan e povidine. Medidas simples como limpar os dentes dos pacientes com escovas dentais duas vezes ao dia e realizar uma profilaxia profissional na cavidade oral uma vez por semana contribuem para a descontaminação (RABELO *et al.*, 2010).

O uso de várias práticas de cuidados orais indica que existe uma necessidade de um protocolo de cuidado oral mais padronizado, que inclui a escovação dos dentes e utilização de clorexidina 0,12%. Soh *et al.*, (2012) realizaram um estudo em Kuala Lumpur, capital da Malásia, em um hospital de referência envolvendo 50 enfermeiras, responderam que utilizavam mais de um método para a prática de higiene oral. Os métodos para a higiene oral e a frequência de utilização variaram entre enfermeiras na mesma unidade. O mesmo estudo

verificou a atitude em relação ao cuidado oral e a maioria dos enfermeiros relatou ter uma atitude positiva para prestação de cuidados orais para os pacientes ventilados, 85% concordaram que o tratamento oral é um procedimento de alta prioridade para tais pacientes. No entanto, quase 16% dos enfermeiros responderam que a cavidade oral é uma área do corpo difícil de limpar e que este procedimento é uma tarefa desagradável.

A avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista habilitado em Odontologia Hospitalar. A presença do cirurgião-dentista é necessária para a avaliação da presença de biofilme bucal, doença periodontal, cáries, lesões bucais precursoras de infecções virais e fúngicas sistêmicas, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados. Sabe-se que os cuidados bucais, quando realizados adequadamente, reduzem muito o aparecimento de pneumonia associada ao uso de ventilação mecânica, nos pacientes em UTI.

A participação da Odontologia na equipe multidisciplinar de saúde é de fundamental importância para a terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados (RABELO et al., 2010). O cirurgião-dentista deve atentar para este novo campo de trabalho, aprendendo a atuar em condições específicas hospitalares que são diferentes da rotina do consultório, visualizar o trabalho em equipes multiprofissionais, aprender sobre os equipamentos e medicamentos, interpretar exames laboratoriais e de imagens. Estas são ações que tornarão o cirurgião-dentista, cada vez mais, significativo às equipes, para proporcionar saúde integral ao paciente em hospitais (AMARAL *et al.*, 2013).

O conselho federal de odontologia publicou em seu site a notícia de que o presidente da república, Jair Bolsonaro (PSL), vetou dia 05 de junho de 2019, o PLC 34/2013, que torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar. A Presidência da República apresentou o parecer técnico concedido pelo Ministério da Saúde (MS), de que a vigência da lei promoveria, em médio e longo prazo, forte impacto financeiro aos cofres públicos. Bolsonaro alegou que o projeto é inconstitucional.

4 CONCLUSÃO

Conclui-se com esse estudo que ainda não há muitos profissionais da odontologia participando de equipes multidisciplinares de UTIs, destaca-se sua fundamental importância. Uma adequada higiene oral melhora a qualidade do tempo em internação, prognóstico e evita complicações infecciosas. O cuidado bucal ainda é realizado de maneira não padronizada. A odontologia hospitalar ainda é uma área que tem muito a crescer, cabendo ao cirurgião-dentista impedir o envolvimento sistêmico de patógenos causadores de infecções.

REFERÊNCIAS

ABIDIA, R.F. **Cuidado bucal na unidade de terapia intensiva: uma revisão.** J Contemp. Dent Pract. 2007, p. 76-82.

AGVALD-OHMAN, C; WERNERMAN, J; NORD, C.E; EDLUND, C. **Bactérias anaeróbias comumente colonizam as vias aéreas inferiores de pacientes com UTI intubados.** Clin Microbiol Infect. 2003, p. 397-405.

AMARAL, C.O.F; MARQUES, J.A; BOVOLATO, M.C; PARIZI, A.G.S; OLIVEIRA, A; STRAIOTO, F.G. **Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar.** Rev assoc paul cir dente. 2013, p. 107-11.

ARAÚJO, R.J.G; VINAGRE, N.P.L; SAMPAIO, J.M.S. **Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente.** Acta Scientiarum. Health Sciences. 2009, Maringá, v. 31, n. 2, p. 153-157.

BLUM. D.F.C; MUNARETTO, J; BAEDER, F.M; GOMEZ, J; CASTRO, C.P.P; BONA, A.D. **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. 2017, p. 391-393.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Bolsonaro veta projeto que garante assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar.** Disponível em: <http://cfo.org.br/website/bolsonaro-veta-projeto-que-garante-assistencia-odontologica-a-pacientes-em-regime-de-internacao-hospitalar/>. Acesso em: 22 de junho de 2019.

GILIO, A.E; STAPE, A; PEREIRA, C.R; CARDOSO, M.F; SILVA, C.V; TROSTER, E.J. **Risk factors for nosocomial infections in a critically ill pediatric population: a 25-month prospective cohort study.** Inf Control Hosp Epidemiol. 2000, p. 340-2.

GMÜR, C; IRANI, S; ATTIN, T; MENGHINI, G; SCHMIDLIN, P.R. **Pesquisa sobre Medidas de higiene oral para pacientes entubados em Unidades de Terapia Intensiva suíços.** Suíça Monatsschr Zahnmed. 2013, v. 123.

GOMES, S.F; ESTEVES, M.C.L. **Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma.** Rev. bras. odontol. 2012, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70.

LIMA, D.C; SALIBA, N.A; GARBIN, A.J.I; FERNANDES, L.A; GARBIN, C.A.S. **The importance of oral health in the view of inpatients.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1173-1180, 2011.

LIMA, M.E; ANDRADE, D; HAAS, V.J. **Prospective assessment of the occurrence of infection in critical patients in an intensive care unit.** *Rev. bras. ter. intensiva*. 2007, São Paulo, vol.19, n.3.

OLIVEIRA, L.C.B.S; CARNEIRO, P.P.M; FISCHER, R.G; TINOCO, E.M.B. **A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial.** *Rev. Bras. Ter Intensiva*. 2007, p.428-433.

PASETTI, L.A; LEO, M.T.C; ARAKI, L.T; ALBUQUERQUE, A.M.M; RAMOS, T.M.B; SANTOS, S.F; DORIGO, B; CHARELLO, E.R; LIMA, P.V.C; BRAGA, R.J; NORIS, R; RODRIGUES, D; OLIVEIRA, M.C; MARZOLA, C. **Hospital dentistry the importance of the dental surgeon in the therapy intensive unit.** *Rev. Odontologia (ATO)*, Bauru, SP., v. 13, n. 4, p. 211-226, abr., 2013.

PINHEIRO, P.G; SALANI, R; AGUIAR, A.S.W; PEREIRA, S.L.S. **Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial.** *R. Periodontia* 2007, p. 67-72.

PITTET, D. **Infection control and quality health care in the new millennium.** *Am J Infect Control*. 2005, p. 258-267.

PROJETO LEI. **363/2011.** Disponível em: <https://www.camara.leg.br/sileg/integras/854186.pdf>. Acesso em: 29 de setembro de 2018.

PROJETO DE LEI N.º **2.776-B, DE 2008** (Do Sr. Neilton Mulim). Disponível em: www.camara.gov.br. Acesso em: 29 de Setembro de 2018.

RABELO, G. D; QUEIROZ, C. I; SANTOS, P. S. S. **Dental care in a patient in intensive care unit.** *Arq. Med. Hosp. Cienc. Med.* 2010, Santa Casa São Paulo, p. 67-70.

RAGHAVENDRAN,K; MYLOTTE,J.M; SCANNAPIECO,F.A. **Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation.** *Periodontol*. 2007, p.164-77.

RESOLUÇÃO CFO-163/2015. Disponível em:
http://www.crogo.org.br/documentos/imp/Resolucao_CFO-163-15
Odontologia_Hospitalar.pdf. Acesso em: 22 de Junho de 2019.

SANTOS, P.S; MELLO, W.R; MELLO, W.R; WALKIN, R.C; PASCHOAL, M.A. **Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva.** RBTI. 2008, p. 154-9.

SFADAR, N; DEZFULIAN, C; OLLARD, H.R; SAINT, S. **Clinical and economic consequences of ventilador-associated pneumonia: a systematic review.** Crit Care Med. 2005, p. 2184-93.

SOH, K.L; GHAZALI, S.S; SOH, K.G; RAMAN, R.A; ABDULLAH, S.S.S; ONG, S.L. **Prática de higiene bucal para os pacientes ventilados em unidades de terapia intensiva: um estudo-piloto.** J Infect Dev Ctries. 2012, p.333-339.

SONA, C.S; ZACK, J.E; SCHALLOM, M.E; MCSWEENEY, M; MCMULLEN, K; THOMAS, J; COOPERSMITH, C.M; BOYLE, W.A; BUCHMAN, T.G; MAZUSKI, J.E; SCHUERER, D.J.E. **The impact of a simple, low-cost oral care protocol on ventilator associated pneumonia rates in a surgical intensive care unit.** J Intensive Care Med. 2009, p. 54-62.

TABLAN, O.C; ANDERSON, L.J; BESSER, R; BRIDGES, C; HAJJEH, R.C.D.C. **Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee.** Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia. 2003.

TOLEDO, G; CRUZ, I. **The importance of the oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection - Sistematic Literature Review.** Journal of Specialized Nursing Care. 2009.

TORRES, C.R.G; KUBO, C.H; ANIDO, A.A; RODRIGUES, J.R. **Agentes antimicrobianos e seu potencial de uso na Odontologia.** PGR: Pós-Grad. Rev. Fac. Odontol. São José dos Campos. 2000, p. 43-52.

TURRINI, R.N; SANTOS, A.H. **Nosocomial infection and multiple causes of death.** J Pediatr. 2002, p. 485-490.