

A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UTI

EMOALAINÉ MARTINS FERREIRA¹

BRUNO CÉSAR LADEIRA VIDIGAL²

Resumo: É essencial a presença do profissional da Odontologia em ambientes hospitalares, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI, a fim de reduzir o risco de infecções, principalmente em pacientes que necessitam de monitoramento e cuidados, dentre os quais está a higiene bucal. Tais cuidados são responsáveis por evitar a proliferação de biofilmes com patógenos que podem causar a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica – PAVM, que consiste em uma infecção adquirida após a intubação orotraqueal, podendo desenvolver-se cerca de 48 (quarenta e oito) a 72 (setenta e duas) horas após o paciente ser submetido à ventilação mecânica. Essa infecção pode levar à morte e, em razão disso, é muito temida nas unidades de terapia intensiva. O presente estudo objetivou indicar a importância da presença do cirurgião dentista nestas unidades como membro efetivo, com a finalidade de prevenir a incidência da PAVM, o que ocorrerá por meio da melhoria nos cuidados com os pacientes internados. Dentre os artigos encontrados por meio destes termos, foram selecionados aqueles com maior relevância ao tema da presente pesquisa, o que foi apurado por meio da leitura dos respectivos resumos. Conclui-se que é necessária a presença diária do cirurgião-dentista da equipe de odontologia hospitalar na UTI, pois esse profissional avalia os pacientes nas primeiras 24 horas de internação na terapia intensiva.

Palavras-chave: PAVM. Odontologia hospitalar. Unidade de terapia intensiva. Odontologia em pacientes hospitalizados.

Abstract: The presence of a dentistry professional in hospital environments, especially in Intensive Care Units - ICU, is essential in order to reduce the risk of infections, especially in patients who require monitoring and care, including oral hygiene. Such care is responsible for preventing the proliferation of biofilms with pathogens that can cause Ventilator-Associated Pneumonia – VAP, which consists of an infection acquired after orotracheal intubation, and can develop in approximately 48 (forty-eight) to 72 (seventy-two) hours after the patient is subjected to mechanical ventilation. This infection can lead to death and, as a result, is greatly feared in intensive care units. The present study aimed to indicate the importance of the presence of the dental surgeon in these units as an effective member, with the purpose of preventing the incidence of VAP, which will occur through improved care for hospitalized patients. Among the articles found using these terms, those with the greatest relevance to the topic of this research were selected, which was determined by reading the respective abstracts. It is concluded that the daily presence of the dentist from the dentistry team is necessary hospital in the ICU, as this professional evaluates patients in the first 24 hours of admission to intensive care.

Keywords: VAP. Hospital dentistry. Intensive care unit. Dentistry in hospitalized patients.

Emoalaine Martins Ferreira¹, acadêmica do curso de Odontologia da Universidade FEAMGI- Faculdade Minas Gerais

Bruno César Ladeira Vidigal ², Orientador (a). Docente do curso de Odontologia da Universidade FEAMGI- Faculdade Minas Gerais

1 INTRODUÇÃO

A odontologia é definida na literatura como um conjunto de práticas de baixa, média ou alta complexidade. Sua atuação no âmbito hospitalar visa tratar e prevenir enfermidades provenientes de procedimentos complexos, além de promover um melhor prognóstico geral, principalmente em pacientes críticos. O atendimento odontológico nas unidades de terapia intensiva (UTI) tem como objetivo a prevenção de infecções bucais, limitando a disseminação de microrganismos patogênicos que possam colonizar desde a cavidade bucal até o trato respiratório inferior.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente no qual os pacientes encontram-se mais vulneráveis aos riscos de infecções. O aumento da proliferação de fungos, vírus e bactérias pode agravar o estado de saúde destes pacientes e o controle de infecção, por parte da equipe profissional, incluindo o cirurgião-dentista contribuirá, para controle e recuperação destes pacientes

Acredita-se que a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é algo recente, mas na verdade essa atuação teve início na França, em 1854. Já no Brasil, a Odontologia Hospitalar surgiu no século XX, em 1940, no Hospital da Santa Casa de São Paulo, com o doutor Mário Graziani, que criou o primeiro serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial.

A Odontologia Hospitalar é uma área de atuação, que o profissional trabalha na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, que são responsáveis, por diversas complicações do quadro sistêmico de pacientes hospitalizados.

Verificou-se que a presença dos profissionais nos hospitais é de grande importância, para a prevenção de infecções bucais, através de cuidados com a higiene oral e controle de focos infecciosos, no intuito de promover uma melhor recuperação e reduzir seu tempo de internação e custos. No entanto, apesar dos resultados satisfatórios e da contribuição já verificada, poucas localidades possuem a exigência legal dessa categoria profissional, como membro da equipe.

O cirurgião-dentista vem conquistando espaço na equipe multidisciplinar, nos ambientes hospitalares, pois além de diagnosticar e tratar lesões bucais, ele adquire conhecimentos da clínica médica, patologias clínicas e laboratoriais, tornando-o apto para dar suporte odontológico, dignidade e conforto, aos pacientes hospitalizados.

As principais alterações bucais encontradas em pacientes internados são: doença periodontal, hipossalivação, trismo, hiperplasia gengival medicamentosa, candidíase, herpes e mucosite. Além destas, observam-se alterações sistêmicas, que podem ser provenientes de infecções bucais, sendo elas: endocardite infecciosa e pneumonia nosocomial.

O problema que norteou esse trabalho foi discutir, qual a importância do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva? O objetivo geral deste trabalho é avaliar a importância do cirurgião dentista estar presente nas unidades de terapia intensiva hospitalares. Temos como Objetivos específicos, descrever as características dos pacientes hospitalizados; relatar a importância do controle das alterações bucais, e discorrer o tratamento odontológico em pacientes na UTI.

2.0 Referencial teórico

2.1. Conceito de Odontologia Hospitalar

“A Odontologia Hospitalar (OH) pode ser definida como prática de atividades que visam contribuir com a melhora da saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados por meio dos cuidados com a cavidade bucal” (WAYAMA et al., 2014, p. 48).

A odontologia hospitalar na América teve início na metade do século XIX, com o Dr. Simon Hullihen e Dr. James Garretson. No Brasil a OH teve início, em 2004, com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), com objetivo de agregar colegas (profissionais) de todas as áreas da saúde no esforço de suas metas em promoção de saúde; educação do paciente (ARANEGA et al., 2012).

O artigo 18 do Código de Ética Odontológico, capítulo IX, que trata da OH, determina que compete ao cirurgião-dentista internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições (CFO, 2006).

Em 2014 após a decisão da III Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEOD), o Conselho Federal de Odontologia adotou a OH como área de atuação para o cirurgião-dentista. Por meio da Resolução 162 de 03 de novembro de 2015, o CFO resolveu abraçar o exercício da OH pelo cirurgião-dentista, mas com

a necessidade de uma habilitação para atuar neste campo (PINHEIRO; ALMEIDA, 2014).

2.2. Características dos pacientes hospitalizados

Os estudos de Scannapieco, Stewart e Mylotte, em 1992, indicaram que a proliferação do biofilme dental e de bactérias na orofaringe, em enfermos, está relacionada ao aumento na incidência de pneumonia em pacientes sob cuidados intensivos

A infecção mais frequente nos pacientes internados nas UTIs é a pneumonia decorrente de broncoaspiração, bem como aquela desenvolvida em pacientes que necessitam de ventilação mecânica. No caso destes últimos, o risco de pneumonia existe, pois, durante a intubação orotraqueal, pode ocorrer a transferência de bactérias da boca e da orofaringe para os pulmões, resultando em um processo de pneumonia associada à ventilação mecânica - PAVM (FRANCO *et al.*, 2014).

A PAVM se desenvolve cerca de 48 a 72 horas após a intubação orotraqueal, sendo que qualquer paciente submetido à ventilação mecânica estará suscetível, é causada por bactérias da orofaringe, tais como *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* e *Enterobacter spp*, no entanto, convém mencionar que os que apresentam maior vulnerabilidade são os tabagistas, os portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus, os idosos e os imunocomprometidos (FRANCO *et al.*, 2014).

As principais alterações bucais encontradas em pacientes internados são: doença periodontal, hipossalivação, trismo, hiperplasia gengival medicamentosa, candidíase, herpes e mucosite. Além destas, observam-se alterações sistêmicas, que podem ser provenientes de infecções bucais, sendo elas: endocardite infecciosa e pneumonia nosocomial. (LUCAS *et al.*, 2018).

2.3. Tratamento odontológico em pacientes na UTI

O paciente crítico requer um cuidado específico, ou seja, um cuidado especializado através de uma equipe multidisciplinar. Para uma excelente efetividade no seu tratamento, uma recuperação de qualidade durante a sua permanência na unidade de terapia intensiva (UTI), é essencial que o paciente tenha uma higiene oral de qualidade (GONÇALVES; RODRIGUES e SEIXAS, 2014).

Recomenda-se o uso de produto enzimático com lactoferrina/ lactoperoxidase que por meio de sua ação e interação na saliva, reduz o processo inflamatório nas gengivas, a secura bucal, a halitose e facilita a remoção de debris (crostas) (SOUZA; GUIMARÃES e FERREIRA, 2013).

Digluconato de Clorexidina, comercialmente chamado apenas de clorexidina, é um anti-séptico químico, com ação antifúngica e bactericida, capaz de eliminar tanto bactérias gram-positivas quanto gram-negativas, e também possui ação bacteriostática, inibindo a proliferação bacteriana, diminuindo assim o acúmulo de placa dentária. Apresenta a propriedade de substantividade, ou seja, é adsorvido pela mucosa bucal e pelos dentes, e é liberado com o decorrer do tempo (até 12 horas) (SANTOS *et al.*, 2008).

O uso de clorexidina 0,12% duas vezes ao dia, pode ajudar na redução de colonização bacteriana na placa dental e diminuir a ocorrência de infecções hospitalares em pacientes submetidos à ventilação mecânica, diminuindo o tempo desta (GODOI *et al.*, 2009).

A laserterapia também é uma excelente opção de tratamento, possuem benefícios para os tecidos, pois ativa a micro-circulação, possui efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, produz novos capilares, além de estimular o crescimento e a regeneração celular resultando na reparação tecidual. Pode ser utilizado em úlceras como, por exemplo, as decorrentes do contato do tubo orotraqueal com os tecidos bucais, mordeduras e mucosites (SALDANHA *et al.*, 2015).

Os protetores bucais apresentam inúmeras finalidades, dentre elas a proteção de traumas dentários durante procedimentos anestésicos, em procedimentos de endoscopia, em casos de movimentos mandibulares involuntários de pacientes neurológicos, sendo usado como proteção e tratamento da mucosa bucal traumatizada de pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI) nos eventos de

automutilação (SILVEIRA *et al.*, 2010).

Além do uso de clorexidina como controle químico, a escovação é essencial para os pacientes internados na UTI. É necessário orientar o profissional de enfermagem sobre a higienização mecânica através da escovação bucal, com a escova a 45° em direção ao colo dentário e o sulco gengival com ligeiras vibrações nos dentes posteriores e, além de higienização da mucosa com gaze úmida e escovação de língua. A higienização das próteses deve ser realizada com água e sabão e escova dental média. Os pacientes desdentados devem utilizar boneca de gaze embebida em solução antimicrobiana não alcoólica para higienização dos tecidos moles (SLAWSK *et al.*, 2012).

2.4. Importância do controle das alterações bucais

A Odontologia Hospitalar é uma área de atuação, que o profissional trabalha na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, que são responsáveis, por diversas complicações do quadro sistêmico de pacientes hospitalizados. (MORAIS *et al.*, 2006).

O cirurgião-dentista vem conquistando espaço na equipe multidisciplinar, nos ambientes hospitalares, pois além de diagnosticar e tratar lesões bucais, ele adquire conhecimentos da clínica médica, patologias clínicas e laboratoriais, tornando-o apto para dar suporte odontológico, dignidade e conforto, aos pacientes hospitalizados. (LUCAS *et al.*, 2018).

Os microrganismos colonizam todas as superfícies do corpo humano, e o que se observa é um equilíbrio, entre as determinadas microbiotas, com o seu respectivo hospedeiro. Na cavidade oral não é diferente, pois ela é colonizada, por uma grande população de bactérias, fungos e vírus (MORAIS *et al.*, 2006).

Pacientes hospitalizados tendem a apresentar entre cinco e dez vezes mais chance de contrair infecções, além de apresentarem um estado clínico comprometido, a exposição aos procedimentos invasivos, desidratação terapêutica (prática comum para aumentar a função respiratória e cardíaca), pode gerar, xerostomia (diminuição ou ausência do fluxo salivar) que torna o muco espesso, especialmente devido à incapacidade de nutrição, hidratação e respiração (GOMES; ESTEVES, 2012). Além

disso, esses pacientes frequentemente ficam com a boca aberta devido à intubação traqueal associada à ventilação mecânica, causando uma desidratação na mucosa oral.

Outro ponto relevante é o estado nutricional da maioria dos pacientes internados na UTI, que pode estar inadequado e insuficiente, refletindo na cavidade oral. Na maioria das vezes a alimentação desses pacientes é de forma enteral ou parenteral, o que auxilia na redução da capacidade de reparação tecidual e na imunidade contra infecções (BARRY; GRAP,2004).

Por se encontrarem muitas vezes impossibilitados de realizarem a sua própria higienização oral, os pacientes hospitalizados encontram-se mais vulneráveis a infecções, o que pode desencadear diversos agravos bucais relacionados ao acúmulo de biofilme, como a cárie dentária, a periodontite e a gengivite, propiciando maior risco de complicações locais e sistêmicas (LUCAS et al.,2018).

Essas alterações predisõem ao aumento da saburra ou biofilme, no dorso da língua e favorece o desagradável mau hálito (SANTOS et al.,2017). É comprovado que a quantidade de biofilme aumenta com o tempo de internação, e associado a esse fato, aumenta também, o número de patógenos respiratórios, que colonizam o biofilme bucal, tornando estes, mais resistentes aos antibióticos, onde acabam sendo aspirados pelos pacientes internados através da secreção bucal (MORAIS et al., 2006).

3.0 Metodologia

A metodologia utilizada para este estudo foi uma pesquisa bibliográfica com finalidade revisão bibliográfica, onde foram pesquisados livros, teses, dissertações e artigos científicos por meio das bases de dados nacionais e internacionais, utilizado por base artigos científicos de periódicos e indexadores virtuais biblioteca Virtual em Saúde (BVSMS), coleção de periódicos e artigos Científicos (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em ciências da saúde (LILACS), Google Scholar, National Literature Journal e livros especializados, através das palavras-chave, PAVM, odontologia hospitalar, unidade de terapia intensiva, odontologia em pacientes hospitalizados em livros, revistas e artigos.

Quanto à temporalidade, as bases referências bibliográficas datadas do ano 2013 ao ano 2023, utilizou-se como critério de inclusão ou exclusão dos materiais bibliográficos a proximidade com temas centrais elencados pelos objetivos deste trabalho e aqueles que não correspondem ao tema, e estão fora do prazo estabelecido foram excluídos.

4.0 Resultados e Discussão

A OH visa garantir o cuidado das alterações do aparelho estomatognático em ambiente hospitalar ou pacientes em ambulatório. Determinadas alterações podem resultar em problemas sistêmicos ou de uso de medicamentos. Vale lembrar que além de outros profissionais da saúde em ambiente hospitalar a odontologia atua também de forma integral, colaborando no tempo de recuperação e permanência no leito principalmente os de UTI, reduzindo o número de gastos com medicamentos ajudando também de maneira significativa os custos hospitalares (GOMES; ESTEVES, 2012).

A higiene bucal efetiva de pacientes internados em UTI é essencial, visto que o biofilme bucal aumenta seu volume de maneira rápida e intensa, e é natural que aconteça a diminuição da higiene oral autônoma destes pacientes. De acordo com AMARAL *et al.* (2013), a higiene bucal deficiente nos pacientes internados é decorrente de vários fatores, tais como a redução na ingestão de alimentos duros e fibrosos, diminuição da movimentação da língua e das bochechas, redução do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos, sangramento espontâneo da mucosa bucal, bem como a presença de ressecamento e fissuras labiais.

5.0 Conclusão

Conclui-se que é necessária a presença diária do cirurgião-dentista da equipe de odontologia hospitalar na UTI. Esse profissional deve avaliar os pacientes nas primeiras 24 horas de internação na terapia intensiva, com objetivo de realizar busca ativa em relação à presença de infecções bucais e orientar a enfermagem com relação à correta higiene oral, que as afecções bucais são importantes fontes de agravamento sistêmico e que devem ser prevenidas e solucionadas por um cirurgião dentista capacitado a trabalhar em ambiente hospitalar.

A multidisciplinaridade contida nas UTIs não está completa sem a presença do cirurgião dentista, já que grande maioria dos profissionais de saúde que fazem parte do corpo clínico de UTIs não apresenta conhecimento necessário para o diagnóstico e tratamento de qualquer condição oral anormal.

Referências

AMARAL, Cristiane O. F. *et al.* Importância do cirurgião-dentista em unidade de terapia intensiva: avaliação multidisciplinar. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 107-111, fev 2013.

Acesso: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762013000200004

ARANEGA, A. M. *et al.* Qual a Importância da Odontologia Hospitalar?. **Revista brasileira de odontologia.**, v. 69, n. 1, p. 90-3, 2012

Acesso: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-72722012000100020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

BARRY,C.L.; GRAO,M.J. oral **health and care in the intensive care unit: state of the science**. *Am j crit care*, v.13, n.1, p.25-34, 2004.

FRANCO, Juliana Bertoldi *et al.* Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 126-31, jul 2014.

GODOI, A. P. T. *et al.* Odontologia Hospitalar no Brasil. Uma visão Geral. **Revista odontologica UNES.**, v. 38, n. 2, p. 9-105, 2009.

Acesso: <https://revodontolunesp.com.br/article/5880188a7f8c9d0a098b4cc0/pdf/ro>

GOMES,S.F.; ESTEVES,M.C.L. Atuação do cirurgião-dentista na uti: Um novo paradigma. **Revista Brasil odontologia**, v.69, n.1, p.67-70, 2012.

Acesso: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722012000100015

GONÇALVES, P. E.; RODRIGUES, N. A. L. R.; SEIXAS, F. L. Ações de promoção de saúde bucal no âmbito hospitalar. **Revista de ciências médicas.**, v. 23, n. 1, p. 15-23, 2014.

Acesso: <https://seer.sis.puccampinas.edu.br/cienciasmedicas/article/view/2411>

GUEUDEVILLE, R. Avaliação da Comunicação entre a Equipe Multidisciplinar e do Tempo de Permanência na UTI, após a Introdução do Formulário de Objetivos Diários. **Revista Odontologica de minas gerais.**, v. 2, n. 12, p. 45-50, 2007.

Acesso: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/89609>

GUIMARÃES, A. C.; FERREIRA,E. F. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Min Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 177-184,2013.

Acesso: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-24417>

LIAO, Yu-Mei; TSAI, Junr-Rung; CHOU, Fan-Hao. The effectiveness of an oral health careprogram for preventing ventilator-associated pneumonia. **British Association of Critical Care Nurses**, Taiwan, v. 20, n. 2, p. 89-97, 2014.

LUCAS, A.C.M. et al. Bioética no contexto da odontologia hospitalar no brasil. **Revista antropol**, v.10, n.2, p.538-550, 2018. Acesso: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2616>

MORAIS,T.M.N. et at. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v.18, n.4, p.412-417, 2006.

Acesso:

<https://www.scielo.br/j/rbti/a/sn8wZ9YkfDNbRh3SvQpvPRw/?format=pdf&lang=pt>

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

Acesso : <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/367>

PIRES, F. R.; AMARAL, S. M.; MIRANDA, A. As reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na estomatologia. **Revista brasileira de odontologia.**, v. 66, n. 1, p. 53-41, 2009.Acesso:

<https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/85>

SALDANHA, K. F. D. *et al.* Avaliação do índice de higiene oral do paciente crítico. **Arch Health Invest.**, v. 4, n. 6, p. 47-53, 2015.

SALWSKI, E. G. *et al.* A participação do cirurgiãodontista na equipe das Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **Perionews.**, v.6, n. 1, p. 39-44, 201

SANTOS, R.B. A prevalência da pneumonia nosocomial e sua relação com a doença periodontal: revisão de literatura. **RFO.**, v. 21, n. 2, p. 260-266, 201

SANTOS,T.B. et al. A inserção da odontologia em unidades de terapia intensiva. **J health sei**, v.19, n.2, p.83-88, 2017.

SILVEIRA, I. R. *et al.* Oral hygiene: a relevant practice to prevent hospital pneumonia in critically ill patients. **Acta paul. Enferm.**, v. 23, n. 5, p.697-700, 2010.

WAYAMA, M. T. *et al.* Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar. **Rev Bras Odontol.**, v. 71, n. 1, p. 48, 2014

Acesso: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000100010

