



FACULDADE EDUFOR
CURSO DE ODONTOLOGIA

SABRINA COSTA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

SÃO LUÍS - MA
2022

SABRINA COSTA DA SILVA

**A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ASSISTÊNCIA AO PACIENTE
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

Trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade Edufor, Unidade São Luís-MA, como pré-requisito para colação de grau de Cirurgiã-dentista.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Clélea de Oliveira Calvet
Coorientador(a): Laysa da Cunha Barros

SÃO LUÍS - MA
2022

S586i Silva, Sabrina Costa da

A importância do cirurgião-dentista na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva (UTI) / Sabrina Costa da Silva — São Luís: Faculdade Edufor, 2022.

34 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (ODONTOLOGIA) — Faculdade Edufor - São Luís, 2022.

Orientador(a) : Clélea de Oliveira Calvet

1. Assistência odontológica. 2. Odontologia hospitalar. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título.

FACULDADE EDUFOR SÃO LUÍS

CDU 616.314-07-043.84

Silva, SC. **A Importância do Cirurgião-Dentista na Assistência ao Paciente em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Curso de Odontologia da Faculdade Edufor como pré-requisito para o grau de cirurgião-dentista.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado em:...../...../.....

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. CLÉLEA DE OLIVEIRA CALVET
(ORIENTADORA)

Prof^ª. JULIANA FERNANDA SOARES DE ARAÚJO
(1º MEMBRO)

Prof^ª. KARIME LIMA SILVA
(2º MEMBRO)

Este trabalho dedico a Deus o maior orientador da minha vida, pois sem ele eu não teria a capacidade de ter chegado até aqui e desenvolver este trabalho.

Dedicado especialmente aos meus pais, pois é graças aos seus esforços que hoje posso estar nesta reta final concluindo o meu curso. Mãe, o seu cuidado e dedicação foi que deu em muitos momentos a esperança para seguir. Pai, sua presença e conselhos significaram segurança e a certeza de que não estou sozinha nessa caminhada.

À minha querida família, que tanto torceu e acreditou em mim, dedico o resultado do esforço realizado ao longo deste percurso.

À conclusão deste trabalho resume-se em dedicação, dedicação que vi ao longo desses cinco anos em cada um dos professores deste curso, a quem especialmente também dedico este trabalho, pois, foram os mediadores de todo conhecimento que adquiri até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a DEUS, que sempre guia meus caminhos, proporcionando sempre o melhor, me ajudando a transpor barreiras e a obter vitórias.

Aos meus pais Luiz e Rosinete, minha inspiração de vida! Obrigada pelos ensinamentos dos princípios e valores da vida, pela oportunidade, apoio, confiança, por todo amor, incentivo, por todo suporte necessário, financeiro e emocional para que eu me tornasse a pessoa que hoje sou.

À minha irmã Irlane pelo apoio, companheirismo, amor e amizade.

À professora, orientadora Clélea de Oliveira Calvet, pelo grande e valioso aprendizado, paciência e compreensão. Meu exemplo como uma grande profissional!

Com muita satisfação agradeço às minhas amigas e futuras colegas de profissão que estiveram comigo ao longo dessa caminhada, Larissa Valadão, Késsia Carvalho pelo companheirismo e suporte que me deram durante todo o curso e pelas incontáveis horas de ajuda durante os momentos difíceis.

Agradeço à minha amiga e dupla Fernanda Araújo por não ter soltado a minha mão, agradeço por todos esses anos juntas compartilhando conhecimentos, obrigada por todo amor e carinho.

À minha Faculdade Edufor a quem fico lisonjeada por dela ter feito parte como aluna, onde pude ter grandes aprendizados e experiências.

A todos o meu Muito Obrigada!

*“Não é a força ou a sorte, mas o empenho e a persistência que determinam seu sucesso.”
(Maquiavel)*

RESUMO

A participação do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) tem o propósito de auxiliar, oferecer e agregar mais qualidade ao atendimento prestado em ambiente hospitalar, dando maior destaque na integralidade da atenção e assistência ao paciente. Este trabalho tem como objetivo abordar a participação dos cirurgiões-dentistas na assistência da saúde bucal, de modo ativo em nível hospitalar, mencionando as práticas odontológicas preventivas de mínima e máxima intervenção, além de avaliar a qualidade da saúde bucal dos pacientes hospitalizados. A metodologia adotada baseia-se em uma revisão de literatura que envolve a assistência e atividade odontológica aos pacientes em unidade de terapia intensiva. Vale ressaltar que estas atividades exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista habilitado em Odontologia Hospitalar, ele deve atuar como profissional especializado e habilitado a diagnosticar as alterações na cavidade oral, bem como dando as diretrizes à equipe multidisciplinar, ele servirá como base no diagnóstico das condições bucais e como aliado na terapêutica médica, seja em procedimentos de emergência ou preventivos, proporcionando maior conforto ao paciente. Desse modo, o presente trabalho apontou que o cirurgião-dentista deve estar presente nos hospitais e preparado para o atendimento odontológico em condições específicas, diferenciadas do cotidiano do consultório.

Palavras-chave: Assistência Odontológica. Odontologia Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The participation of the dentist in the Intensive Care Unit (ICU) has the purpose of assisting, offering and adding more quality to the care provided in the hospital environment, giving greater emphasis on the integrality of care and assistance to the patient. This work aims to approach the participation of dentists in oral health care, actively at the hospital level, mentioning the preventive dental practices of minimal and maximum intervention, in addition to assessing the quality of oral health of hospitalized patients. The methodology adopted is based on a literature review involving the dental care and activity for patients in intensive care unit. It is noteworthy that these activities require monitoring by a dentist surgeon qualified in hospital dentistry, he must act as a specialized professional and able to diagnose changes in the oral cavity, as well as giving guidelines to the multidisciplinary team, he will serve as a basis for diagnosis of oral conditions and as an ally in medical therapy, either in emergency or preventive procedures, providing greater comfort to the patient. Thus, this study pointed out that the dental surgeon should be present in hospitals and prepared for dental care in specific conditions, different from the daily routine of the office.

Keywords: Dental Care. Hospital Dentistry. IntensiveCare Unit.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAOH	Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar
ADA	Associação Dentária Americana
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFO	Conselho Federal de Odontologia
MS	Ministério da Saúde
PAV	Pneumonia Associada á Ventilação Mecânica
SUS	Sistema Único de Saúde
TOT	Tubo Orotraquial
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	METODOLOGIA	13
3	REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1	Histórico da Odontologia Hospitalar.....	14
3.2	Assistência e Manejo ao Paciente Hospitalizado na UTI.....	15
3.3	Protocolos de Descontaminação da Cavidade Bucal.....	21
4	DISCUSSÃO	27
5	CONCLUSÃO	29
	ANEXO A- Declaração de aptidão para defesa de TCC	30
	ANEXO B- Termo de compromisso do orientador de TCC II	31
	ANEXO C- Termo de autorização para publicação de trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações e outros trabalhos acadêmicos na forma eletrônica no repositório	32
	REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

Segundo o Ministério da Saúde (MS), a Odontologia Hospitalar é a área que visa os cuidados dos pacientes hospitalizados e suas alterações bucais através de procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, sob a presença de um cirurgião-dentista capacitado. Tais cuidados ocorrem com o objetivo de melhorar a saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes que se encontram internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), as quais são voltadas exclusivamente ao atendimento de pacientes cujo estado de saúde exige uma maior atenção e assistência, sob a observação contínua da equipe multidisciplinar (BARROS et al., 2019)

A partir da metade do século XIX começou o desenvolvimento da Odontologia Hospitalar na América, com empenho dos Drs. Simon Hüllihen e James Garrestson. Foram necessários grandes esforços para que a Odontologia Hospitalar fosse reconhecida. Sendo considerado um dos maiores progressos obtidos pela classe odontológica visto que, antes o cuidado ao paciente era realizado por equipe de enfermeiros, nas próprias enfermarias, faltando área física, recursos materiais e humanos adequados para fornecer a melhor qualidade do cuidado bucal (ARANEGA AM et al., 2012).

AMARAL 2013; BEZINELLI et al., 2014 afirmam que a presença do cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados, pois estes necessitam de cuidados rigorosos devido apresentarem um quadro clínico caracterizado por imunossupressão e condições sistêmicas complexas, fato que os tornam mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral.

A falta de cuidado com a boca durante a permanência na UTI afeta a qualidade de saúde bucal. Por isso é essencial uma boa qualidade na higiene bucal principalmente dos pacientes em estado crítico. Todos os procedimentos realizados exigem o trabalho da equipe multidisciplinar, um dos fatos que fez a odontologia engrenarem no ambiente hospitalar (BARROS et al., 2019).

A atuação do cirurgião-dentista pode ir desde a orientação de higiene, até os tratamentos mais complexos como, os cirúrgicos, diagnosticar e tratar as patologias bucais e as complicações decorrentes dos tratamentos ou doenças sistêmicas o mais precoce possível, pois estudos afirmam que a mudança da microbiota bucal e a qualidade formam o biofilme mais patogênico e está relacionado com aumento do tempo de hospitalização dos pacientes, o que favorece no aparecimento de doenças, podendo inclusive haver agravamento do estado clínico e levar a óbito (BARROS et al., 2019).

O presente trabalho tem como intuito apresentar por meio de uma revisão de literatura, a participação dos cirurgiões-dentistas na assistência da saúde bucal, de modo ativo em nível hospitalar, mencionando as práticas odontológicas preventivas de mínima e máxima intervenção, além de avaliar a qualidade da saúde bucal dos pacientes hospitalizados.

2 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento deste trabalho, a metodologia adotada teve como base uma revisão de literatura. Foram utilizadas informações obtidas na internet para levantamento teórico nas bases de dados PUBMED, GOOGLE ACADÊMICO, SCIELO, através dos descritores Assistência Odontológica, Odontologia Hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva. Para esta pesquisa, foram incluídos 33 artigos através dos seguintes critérios: redigido na língua portuguesa e estrangeira, artigos online e de livre acesso, publicados no período compreendido entre 2012 a 2022. Títulos de não interesse para o estudo, teses, monografias e artigos que não preenchiam aos critérios relacionados ao assunto a ser abordado foram excluídos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Histórico da odontologia hospitalar

A odontologia hospitalar é uma especialidade que visa à realização de procedimentos e cuidados bucais no âmbito hospitalar (PINHEIRO et al., 2014). Este conceito em atendimento surgiu em 1901, no Hospital Geral da Filadélfia, por um comitê de serviço dentário, da Associação Dentária Americana (ADA).

Em 1969, essa mesma comissão notou que alguns hospitais de alta complexidade do território norte-americano tinham condições e suportes necessários para instalar o serviço odontológico, pois entendiam que a inserção de um cirurgião-dentista diminuiria a maioria dos agravamentos dos pacientes internados (PINHEIRO et al., 2014).

No Brasil, a literatura sobre a prática odontológica em hospitais é recente, o Projeto de Lei Nº 2.776, aprovado em 2008, determina a obrigatoriedade da presença de um odontólogo na UTI, levando em consideração que os pacientes internados na área intensiva devem receber assistência prestada obrigatoriamente por este profissional. As vantagens estariam relacionadas a uma maior expectativa em relação das infecções, tempo de internações, gastos hospitalares como, antibioticoterapia, exames, manutenções diárias das UTIs e a diferenciação na assistência ao paciente de maneira integral (SOUZA LVS; PEREIRA AFV et al., 2014)

A Portaria Nº 1.032, de 05 de maio de 2010, incluiu procedimentos odontológicos na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) enfatizando suas diretrizes e competências. A partir dessa regulamentação a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) exige a presença do cirurgião-dentista capacitado na equipe multidisciplinar (BRASIL; ANVISA, 2013).

Segundo o artigo 18 do código de ética, compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitando as normas técnicas administrativas das instituições. No artigo 19, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal e o artigo 20 estabelece constituir infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da odontologia (BRAZIL; CFO 2012)

Para o cirurgião-dentista atuar em nível hospitalar, ele deve ser habilitado em odontologia hospitalar pelo reconhecimento clínico, técnico, científico e ou educacional na área, pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO), conforme a resolução 162- 2015 do CFO.

3.2 Assistência e manejo ao paciente hospitalizado na UTI

A promoção em saúde bucal no paciente crítico requer cuidados específicos de planejamento, manejo, adaptação e ações em saúde e prevenção, condutas de mínima intervenção, bem-estar e qualidade de vida. As intervenções simples e ações de condutas preventivas podem ser direcionadas e realizadas pela equipe de enfermagem por meio da orientação do cirurgião-dentista como, controle do biofilme que é feito por meio da ação mecânica da escovação e eliminação da saburra da língua (AMARAL; MARQUES et al., 2013).

Na Unidade Terapia Intensiva (UTI), os pacientes podem estar conscientes ou inconscientes sobre sedação profunda, onde se encontram em condições de saúde muito grave, incapacitados de promoverem a manutenção da limpeza bucal, frequentemente perdem a autonomia para exercer atividades de vida diária como higiene pessoal, alimentação e excreção, fato esse que podem contribuir para aspiração de conteúdo bacteriano presente na saburra lingual e

biofilme dentário, esse conteúdo se concentra em regiões de difícil acesso para uma correta higienização bucal normalmente realizada pela equipe de enfermagem e familiares (SOUZA et al., 2017).

A assistência médica hospitalar pode ser mais bem direcionada classificando os pacientes de acordo com a gravidade do problema que apresentam, concentrando-os em grupos neste ambiente de acordo com suas necessidades. Pacientes que apresentam estado de saúde considerado grave são encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva, onde receberão cuidados eficientes, adequados e integrais e estarão sob constante observação. (ALBUQUERQUE et al., 2016).

A atuação do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar requer conhecimentos prévios, além de experiência dentro da equipe de saúde multidisciplinar, sendo necessário adaptar-se às condições existentes, tanto com relação ao paciente e processo de trabalho (normas, rotinas e protocolos), quanto à estrutura física disponível, sendo essencial que seja definido o perfil desse profissional, bem como suas atribuições e competências, avaliando o impacto que é percebido pela sua presença dentro da equipe multidisciplinar (SANTANA; XAVIER et al., 2012).

Essa atuação pode ir desde a orientação de higiene, até os tratamentos mais complexos como os cirúrgicos, bem como diagnosticar e tratar patologias bucais e complicações decorrentes de tratamentos ou doenças sistêmicas, sendo tanto melhor, quanto mais precoce possível (BARROS et al., 2019).

Segundo (BARROS et al., 2019) estudos mostram que a mudança na microbiota bucal, relativo à quantidade e qualidade, torna o biofilme mais patogênico e está relacionado com aumento do tempo de hospitalização dos

pacientes, o que favorece o aparecimento de doenças, podendo inclusive chegar ao óbito.

Trabalhos apontam que grande maioria dos pacientes internados em UTI apresenta condições odontológicas insatisfatórias desde a sua admissão e podendo desenvolver no período de sua internação em função de diversos fatores, exibindo frequentemente infecções bucais como candidíase, herpes e abscessos dentários (BAEDER et al., 2012; PASETTI et al., 2013). Condições estas, que são importantes fontes de agravamento sistêmico (GOMES; ESTEVES 2012).

Além de estar suscetível a colonização bucal por microrganismos multirresistentes devido ao uso de vários antibióticos, ausência de movimentos mastigatórios da língua e das bochechas durante a fala, ressecamento das mucosas, agressões epiteliais, diminuição do fluxo salivar e acúmulo de secreções devido à presença do tubo orotraqueal (TOT) que como efeito, prejudica o acesso a cavidade bucal, aumentando a presença de biofilme (PIMENTEL, 2012).

SALDANHA KFD; COSTA DC et al., 2015 relatam que, quando se obtém um acúmulo descontrolado de bactérias na cavidade oral dos pacientes por dificuldades de higiene, sua proliferação para outras regiões se torna mais rápida e facilitada, com promoção de desequilíbrios que afetam o sistema imunológico como um todo.

As terapias médicas de tratamento para cada paciente podem ser influenciadas pela presença de biofilme, devido aos microrganismos que nele se encontram, com possibilidade de condições locais que agravem como a doença periodontal, necrose pulpar, lesões em mucosa, intubação orotraqueal associada

à ventilação mecânica, cáries, dentes fraturados ou com infecção, traumas provocados por próteses fixas ou removíveis, que podem promover repercussões na condição sistêmica do paciente. Por isso, deve-se levar em consideração a remoção de possíveis focos de infecção ou estabilização de tais focos (SANTANA, 2012; WAYAMA et al., 2014).

“A presença da placa bacteriana na cavidade oral pode influenciar as condutas médicas, devido aos fatores de virulência dos microrganismos que nela se deparam, os quais podem ser acentuados pela presença de outras alterações bucais como a doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões em mucosas, dentes fraturados ou infectados, traumas provocados por próteses, podem acarretar para os pacientes maiores problemas na sua condição sistêmica (SANTANA, 2012 p.19-24)”.

A complexidade do biofilme bucal e doença periodontal associada correm o risco de evoluir com o tempo de internação, acarretando ao paciente uma fonte de pneumonia nosocomial. Esta é a segunda causa de infecção hospitalar e causadora de taxas significativas de morbidade e mortalidade em pacientes de todas as idades. Atinge de 10% a 15% das infecções hospitalares, sendo que de 20% a 50% dos pacientes afetados por este tipo de pneumonia vão a óbito (ORLANDINI, 2013; DANTAS, 2015; VILELA, 2015).

BOUNDY et al., 2013, afirmam que a infecção bucal pode se dividir em: infecções exógenas (quando o patógeno é de meio externo) e endógenas (quando esse pertence à flora microbiana do paciente). O paciente na UTI é precocemente infectado por agentes patógenos adquiridos do meio externo, eles alteram a flora microbiana de modo que as infecções endógenas são subdivididas em primárias (flora microbiana residente) e secundárias (flora microbiana adquirida em UTI). Os principais microrganismos relacionados a um foco primário na boca são: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus coagulase*.

FERREIRA; LODE; MIRANDA et al., 2017, afirmaram que a proliferação de bactérias gram-negativas acontece quando existe o acúmulo de biofilme causado pela falta de higiene oral em pacientes internados em unidades de terapia intensiva.

A pneumonia nosocomial é aquela desenvolvida após 48h de internação e que não estava presente ou incubada no paciente no momento da admissão hospitalar (LODE et al., 2012). Quando ocorre após 48 horas de intubação endotraqueal e instituição de ventilação mecânica invasiva, bem como também até 48 horas após a extubação, é denominada de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAV) (BOUNDY et al., 2013).

A PAV é uma importante causa de morbidade e mortalidade em UTI, representa 25% de todas as infecções nosocomiais, sendo as principais infecções hospitalares de pacientes sob ventilação mecânica. São potencialmente mais elevadas nos grupos de pacientes imunocomprometidos ou quando os microrganismos multirresistentes estão envolvidos (HINGSTON et al., 2010; ANVISA, 2013).

LODE, 2012 relata que a pneumonia associada à ventilação mecânica é uma preocupação primordial em UTIs. O uso de ferramentas avançadas, incluindo higienização de dentes e área subglótica acima do balonete endotraqueal, associado a um protocolo de assistência oral integral, resulta em diminuição da PAV e da duração da ventilação mecânica.

Para o desenvolvimento da PAV, os microrganismos podem ser aspirados de um sítio proximal, como a cavidade bucal do paciente, em direção ao trato respiratório inferior, através do biofilme bucal que abriga os mesmos

microrganismos respiratórios patogênicos encontrados na secreção traqueal dos pacientes (MOTA VBR; SOUZA LCD et al., 2017).

De acordo com AMARAL et al., 2013 os pacientes hospitalizados portadores de afecções sistêmicas muitas vezes se encontram totalmente dependentes de cuidados, portanto, impossibilitados de manter uma higienização bucal adequada, necessitando do suporte de profissionais da saúde para esta e outros tipos de tarefas. A aquisição e manutenção da saúde bucal, além de uma maior integração da odontologia e da medicina visando o tratamento global dos pacientes, se fazem necessários em virtude da interferência direta da recuperação total do paciente.

O manejo clínico do paciente crítico na UTI, de maneira geral, intubado ou traqueostomizado, deve ser feito conjuntamente com o médico intensivista, fisioterapeuta ou enfermeiro responsável pelo melhor posicionamento do paciente para atuação odontológica, posição de 45° da cama hospitalar, para execução do procedimento deve ser bem planejado muito bem organizado, geralmente pela equipe de enfermagem, existe real necessidade para o desligamento da dieta para não ocorrer risco de bronco aspiração que pode ser feita pela nutricionista ou enfermeiro, pois as atividades odontológicas podem desencadear ânsias de vômito aos pacientes conscientes, principalmente higienização da língua e dentaria na região posterior da cavidade bucal (COSTA et al., 2013).

Deste modo, a participação dos cirurgiões-dentistas como consultores da saúde bucal ou, de modo mais ativo, como prestadores de serviços realizados em nível hospitalar, tem o propósito de auxiliar, oferecer e agregar mais qualidade ao atendimento prestado em ambiente hospitalar, dando maior

destaque na integralidade da atenção e assistência. É necessário que estas estratégias sejam incorporadas na manutenção de rotina com relação aos cuidados bucais (SANTANA, 2012).

3.3 Protocolos de descontaminação da cavidade bucal no âmbito de UTI

Pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentam alterações de sua microbiota bucal após 48 horas de internação, onde passam a apresentar patógenos respiratórios que podem ser aspirados, causando assim, as pneumonias hospitalares (SOUZA et al., 2017). Essa carga microbiana é aumentada na presença de infecções periodontais e fúngicas, comumente encontradas no paciente crítico, cujo tratamento tem potencial relevante na prevenção de infecções respiratórias (ANVISA, 2017).

Por outro lado, as enfermidades sistêmicas também podem surgir ou ser potencializadas a partir de condições orais alteradas, como, por exemplo, a doença periodontal, que pode agravar a diabetes mellitus. (SOMMA et al., 2012) acrescentam ainda que as infecções orais podem influenciar as doenças cardiovasculares, tromboembolismo e aterosclerose, que podem gerar consequências fatais ao paciente internado.

As atividades odontológicas devem ser realizadas sempre a quatro mãos, de maneira que o auxiliar esteja preparado a desempenhar todas as atividades logísticas e de cooperação junto ao cirurgião dentista. Deve enfatizar a importância de uma equipe de enfermagem muito bem treinada em relação às ações odontológicas, principalmente no uso correto de abridores de boca, as condutas odontológicas têm como objetivo a adequação do meio bucal por meio da eliminação de processos inflamatórios, infecciosos e sintomatologia dolorosa que possam comprometer a saúde geral do paciente hospitalizado a partir de um

planejamento e execução clínica interdisciplinar. A higiene bucal se inicia a partir da entrada até a saída do paciente da unidade (COSTA et al., 2013).

Na literatura são abordadas várias instruções de higiene bucal aos pacientes que se encontram sob tratamento médico no ambiente hospitalar, explicando o método de escovação de Bass, escovação da língua e a utilização de enxaguantes bucais, como a aplicação de solução de clorexidina 0,12% em mucosa oral, rebordos desdentados, gengiva, dentes, língua e região de palato e aspiração do excesso sem haver a ação de enxágue (GOMES et al 2012; PASSETI, 2013).

Segundo (GOMES SF; ESTEVES MCL,2012), a utilização de solução antimicrobiana é importante como coadjuvante ou método principal para higiene oral dos indivíduos com impossibilidade física durante o período de internação, objetivando com isto, prevenir doenças sistêmicas como pneumonia bacteriana e endocardites. Entende-se como solução antimicrobiana oral, uma substância contendo derivados fenólicos como o timol, gluconato de clorexidina, até o momento é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Esta substância se adsorve as superfícies orais, mostrando efeitos bacteriostáticos até 12 horas após sua utilização. Cloridrato de celtipiridíneo, triclosan e povidine também fazem parte da substância.

Medidas simples como limpar os dentes dos pacientes com escovas dentais e realizar uma profilaxia profissional na cavidade oral uma vez por semana mostraram reduções na mortalidade dos pacientes. (GOMES SF et al. 2012) afirmam que a medida significativa para uma descontaminação da cavidade bucal é a utilização de digluconato de clorexidinaa 0,12% (permite a retenção de mais de 30% da clorexidina, por bochecho nos tecidos moles, estendendo o

período de atividade antimicrobiana) duas vezes ao dia, sem deixar de lado a escovação, que deve ser diária.

SANTOS PSS et al., 2017 afirmaram que o uso de uma solução enzimática à base de lactoperoxidase, embebida em bastonetes para a higiene da cavidade bucal em pacientes intensivistas, também é eficaz, principalmente na homeostase bucal, com a finalidade de melhorar a hidratação bucal, abrindo mais um campo de estudo para cuidados orais nesse grupo de pacientes. Para a higienização oral, pode-se utilizar escova de dente extra-macia swab ou gaze embebida em clorexidina, aplicando em todas as superfícies dos dentes, língua e mucosas, bem como no tubo de ventilação mecânica.

Apesar da escova de dente com cabeça pequena ser comprovada como tendo uma boa efetividade na remoção de biofilme dental, em pacientes intensivistas, estudos evidenciaram que o swab ainda é o instrumento de escolha com mais utilização além de ter um custo baixo para cuidados orais em UTI (BARROS et al., 2019).

Segundo (ALMEIDA; PINHEIRO et al., 2014), o protocolo mais utilizado para higienização da cavidade oral ocorre através do treinamento de enfermeiros, pela orientação da realização da higienização mecânica com o uso de escova dental. A técnica compreende a utilização de escova com cerdas macias e umedecidas em água destilada ou filtrada, com angulação de 45° em direção à coroa dental e o sulco gengival. Em seguida, inicia-se o movimento de varredura de forma suave e repetida por pelo menos cinco vezes, envolvendo dois a três dentes de forma a desorganizar o biofilme, além da higienização em região de língua e mucosa, através da realização da limpeza com gaze úmida à base de digluconato de clorexidina a 0,12%. Não devendo esquecer-se de higienizar

próteses com água e sabão ou com dentifrício e escova dental com cerdas média ou dura.

Em casos de pacientes que façam o uso de próteses parciais removíveis ou próteses totais, deve-se verificar a possibilidade de retirada desses instrumentos durante o período de hospitalização, pois são nichos de colonização de microrganismos, além de possíveis causadoras de traumas em pacientes nessas condições (FRANCO et al., 2015).

Apesar de existir a vertente que adota o uso da clorexidina a 2%, a concentração atual preconizada é de 0,12%. Em pacientes que conseguem realizar a escovação, utiliza-se a clorexidina sem álcool na forma de bochecho de 12 em 12 horas. Já em pacientes inconscientes e sem possibilidades de realizar sua própria higienização, recomenda-se realizar a aplicação com gaze estéril 4 vezes ao dia, com o intuito de prevenir o ressecamento das mucosas e diminuir possíveis chances de complicações futuras (PINHEIRO, 2014; SANTOS et al., 2017).

O cirurgião-dentista poderá ajudar a identificar os danos causados por procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal e outras complicações, e programar um tratamento específico para cada paciente. Alguns tratamentos direcionados para pacientes em UTI utilizam saliva artificiais em pacientes com ressecamento bucal, antifúngicos tópicos e aplicação de laser de baixa potência em lesões locais de diversas origens. Por sua vez, (FRANCO et al., 2014) relatam a importância da aspiração constante na cavidade bucal durante o processo de higienização, para que não ocorra o risco de engasgamento. Ademais, deve-se também adotar o uso de lubrificante nos lábios a cada 6h para minimizar o risco de ressecamento.

Além dos cuidados básicos que já foram embasados, procedimentos odontológicos de urgência à beira leito podem ser realizados com o intuito de minimizar o estado de saúde geral do indivíduo. Dentre esses procedimentos, inclui-se a drenagem de abscessos, exodontias com focos de infecção, raspagem e alisamento radicular, bem como restaurações de dentes fraturados ou com cárie extensa (PASSETI LA et al., 2013).

FRANCO J; JALES S; ZAMBON C et al., 2015 afirmam que a maioria desses pacientes em UTIs são susceptíveis a traumas provenientes do seu estado neurológico pré-existente, como: uso de próteses, dentes fraturados, entre outros. Por esse motivo, algumas ferramentas podem ser adotadas na tentativa de minimizar e tratar esses traumas. Dentre eles, destaca-se o uso de protetores bucais, lasers de baixa potência, corticosteroides tópicos, hidratação de lesões, arredondamento de bordas dentárias cortantes, exodontias e aplicação de toxina botulínica, com o objetivo de minimizar a dor e possíveis focos de infecções, situações que agravam o quadro clínico do paciente.

FRANCO et al., 2014 afirmam que, a promoção em saúde bucal no paciente crítico requer cuidados específicos de planejamento, manejo, adaptação e ações em saúde e prevenção, condutas de mínima intervenção.

Além dos problemas ocasionados pela higiene bucal insatisfatória e trauma local, pacientes em UTI estão mais propensos a complicações bucais com manifestação sistêmica, com destaque para as infecções oportunistas. Por mais esse motivo, destaca-se a importância da assistência do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar de UTI, que ultrapassa as barreiras dos cuidados bucais, mas objetiva também o diagnóstico e tratamento de lesões, através de meios que

proporcionam o aumento na qualidade de vida do paciente hospitalizado (FRANCO J; JALES S; ZAMBON C et al., 2015).

4 DISCUSSÃO

Todos os profissionais da área da saúde devem avaliar a cavidade oral como segmento integrante do corpo e não devendo ser deixada de lado na atenção ao paciente hospitalizado. Deverá ser tão bem acompanhada quanto qualquer parte do corpo (SOUZA, GUIMARÃES e FERREIRA, 2013).

SANTANA et al., 2012 afirmam que, em pacientes internados, o cuidado odontológico e as práticas de promoção de saúde ajudam na prevenção e no restabelecimento do quadro sistêmico do paciente, contribuindo para a diminuição de infecções respiratórias, diminuição do uso de medicamentos como antibióticos e taxa de mortalidade, tais medidas causam uma diminuição dos gastos com internação.

Na maior parte das vezes, estes pacientes internados na UTI apresentam higiene oral precária, em função de diversos fatores adicionais relacionados, como a diminuição da limpeza natural da boca promovida pela mastigação, a movimentação da língua e das bochechas, além da redução do fluxo salivar pelo uso de alguns medicamentos (SOUZA, GUIMARÃES e FERREIRA, 2013). Há também a existência do tubo orotraqueal, que prejudica o acesso à cavidade bucal, aumentando a presença do biofilme, que com o tempo de internação se estendendo, favorece a colonização bucal por patógenos respiratórios mais resistentes aos antimicrobianos (SOUZA, GUIMARÃES e FERREIRA, 2013).

É de suma importância a realização de uma higiene bucal adequada, para uma eficiente eliminação do biofilme bucal. Pois, este serve como um meio de transporte de patógenos para o trato respiratório inferior do paciente, constituindo em mais um fator de risco para o desenvolvimento de PAV (SOUZA et al., 2019) assim, os achados do presente estudo reforçam essa linha de conhecimento.

A adoção de protocolos odontológicos, bem como o treinamento da equipe multiprofissional que presta assistência aos pacientes em ventilação mecânica, traz benefício no controle das infecções respiratórias em pacientes críticos (PASETTI et al., 2014; ANVISA, 2017).

A participação dos cirurgiões-dentistas como prestadores de serviços realizados em nível hospitalar, tem o propósito de auxiliar, oferecer e agregar mais qualidade ao atendimento prestado em ambiente hospitalar, dando maior destaque na integralidade da atenção e assistência. É necessário que estas estratégias sejam incorporadas na manutenção de rotina com relação aos cuidados bucais (SANTANA et al., 2012).

Atualmente, o exercício do cirurgião-dentista nesse campo ainda é muito restrito pelo fato de esse profissional não fazer parte da equipe multidisciplinar da grande maioria dos hospitais brasileiros (GOMES SF; ESTEVES MCL, 2012) e segundo (SANTANA, 2012) percebe-se que, mesmo com estudos comprovando que os cuidados com a higiene bucal em pacientes em UTI são imprescindíveis, essa prática ainda é bastante deficiente nos dias atuais.

BEZINELLI, 2014 discute que se torna necessário e indispensável a inserção deste profissional não apenas em centros de UTI, mas também no ambiente hospitalar como um todo, pois ajuda na prevenção de complicações bucais ou sistêmicas, além de reduzir os custos efetivos do hospital e aumentar a sobrevivência dos enfermos.

O presente estudo comprovou que as ações da odontologia no ambiente hospitalar podem influenciar na redução dos dias de internação do paciente, redução dos focos de infecções que podem acometer o paciente como um todo, e redução da ventilação mecânica, o que impacta na diminuição da incidência de PAV.

5 CONCLUSÃO

Baseado nos dados, conclui-se que é fundamental a integração e assistência do cirurgião-dentista habilitado em Odontologia hospitalar dentro das UTIs para realização de medidas preventivas bucais e para melhoria do quadro clínico dos pacientes internados. Além disso, é importante também que esse profissional atue na avaliação dos pacientes antes, no discurso de sua internação e após seu tratamento sistêmico, já que existe uma correlação entre as condições de saúde sistêmica e oral. A higiene bucal deficiente e as condições de saúde bucal comprometidas desses pacientes fazem com que se torne necessária a presença deste profissional na equipe multidisciplinar, pois assim pode-se evitar a proliferação de bactérias e fungos, possíveis infecções e piora no quadro sistêmico.

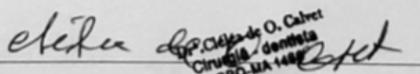
ANEXO A- Declaração de aptidão para defesa de TCC

FACULDADE EDUFOR
CURSO DE ODONTOLOGIA

DECLARAÇÃO DE APTIDÃO PARA DEFESA DE TCC

Sr Coordenador do Curso de Odontologia, declaro para os devidos fins que o orientando Sabrina Costa da Silva, matrícula nº 253223, no Curso de Odontologia, cumpriu todas as exigências acadêmicas e Institucionais na elaboração do seu Trabalho de Conclusão de Curso intitulado A importância do cirurgião-dentista na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva (UTI). e está, portanto, o (a) acadêmico (a) apto (a) à defesa do seu TCC.

São Luís - Maranhão, 26 de Outubro de 2022.


Clélea de Oliveira Calvet
Cirurgiã Dentista
CRO-MA 1482

ANEXO B-Termo de compromisso do orientador de TCC II

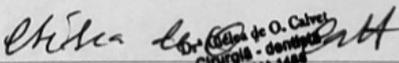
FACULDADE EDUFOR
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE COMPROMISSO DO ORIENTADOR DE TCC

Eu, Clélea de Oliveira Calvet, Professor(a) desta Instituição, declaro para os devidos fins, estar de acordo em assumir o compromisso de orientação do Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) Fabrizia Costa da Silva, matrícula nº 253221, do curso de Odontologia, no seguinte tema e área de atuação:

Tema: A importância do auxílios-dentista na assistência ao paciente em
Área de atuação: Odontologia Hospitalar. (UTI)

São Luís - Maranhão, 26 de Outubro de 2022.


Clélea de Oliveira Calvet
Assinatura do Professor Orientador e carimbo

ANEXO C- Termo de autorização para publicação de trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações e outros trabalhos acadêmicos na forma eletrônica no repositório.



**FACULDADE
EDUFOR**
Construindo o seu futuro

FACULDADE EDUFOR
CURSO DE ODONTOLOGIA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO, TESES, DISSERTAÇÕES E OUTROS TRABALHOS ACADÊMICOS NA FORMA ELETRÔNICA NO REPOSITÓRIO

Na qualidade de titular dos direitos de autor da publicação, autorizo a Faculdade Edufor a disponibilizar por meio de seu repositório institucional sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o texto integral da obra abaixo citada, conforme permissões assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:

() Tese () Dissertação Trabalho de Conclusão de Curso () Outros (especifique) _____

2. Identificação dos Autores e da a Obra:
 Autor: Sabrina Costa da Silva
 RG.: 0270365220040 CPF: 612.998.683-12 E-mail: sabrina.silva99@hotmail.com
 Orientador: Cleia de Oliveira Calvet CPF 620.639.603 - 72
 Membros da banca: _____
Juliana Fernanda Soares de Araújo
Maxime Lima Silva

Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? SIM () NÃO

Data de Defesa (se houver): 12 / 12 / 2022 Nº de páginas: 35

Título: A importância do cirurgião - dentista na assistência ao paciente em unidade de terapia intensiva (UTI).

Área de Conhecimento/Curso: Odontologia Hospitalar

Palavras-chave (3): Assistência Odont., Odontologia Hosp., UTI

São Luís - Maranhão, 26 de outubro de 2022.

Assinatura do Autor: Sabrina Costa da Silva

CNPJ: 06.307.102/0001-30
 Av. São Luís Rei de França, 19 - Turu, São Luís - MA, 65065-470
 www.edufor.edu.br | (98) 3248-0204

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, DMS; SENNA, MAA; BEDRAN, NR; NETO, TS; QUEIROZ, TF. **A importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo.** Revista Fluminense De Odontologia. ANO XXII, N.45, Janeiro/Junho, 2016

ANVISA 2013. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde.** Disponível em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/3852/3507912>. Acesso:21 out.2022.

ANVISA 2017. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde.** Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852>. Acesso: 21 out.2022.

AMARAL COF; MARQUESJA; BOVOLATO MC; PARIZI AGS; OLIVEIRA A; STRAIOTO FG. **Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar.** RevAssoc Paul CirurDent, 2013, 67(2): 107-111.

ARANEGA AM; BASSI APF; PONZONIL D; WAYAMA MT; ESTEVES JC; JUNIOR IRG. **Qual a importância da Odontologia hospitalar?** Rev. Bras. Odontol. 2012; 69(1): 0034-7272

BARROS, JNP; QUEIROZ, L.P.B; MONTEIRO CLSJ. **A importância da capacitação do cirurgião-dentista no atendimento ao paciente de UTI.**Revista Fluminense de odontologia, ano X, N° 51, Rio de Janeiro, Janeiro/Junho, 2019.

BATISTA SA; SIQUEIRA JDSS; SILVA JR. A; FERREIRA MF; AGOSTINI M; TORRES SR. **Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva.** RevBrasOdontol, 2014; 71(2): 156-159

BAEDER F.M, CABARL GMP, PROKOPOWITSCH I, ARAKI AT, DUARTE DA, SANTOS MTBR. **Condição odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.** PesqBrasOdontopClinInt, 2012;cp.12, p.517-20. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002410091> Acesso em: 20 out. 2022.

BEZINELLI LM. **A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados à secretaria do Estado da saúde de São Paulo.** São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados - **Congresso Nacional. Projeto de Lei n.º 2.776-A 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI.** Brasília/DF 2012. Acesso em: 31 mar.2022. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>.

BRASIL. **Conselho Federal de Odontologia. Código de ética: Resolução CFO-42.** São Paulo 2012. Disponível em:

http://www.crosp.org.br/profissionais/servicos/etica/arquivos/codigo_etica.pdf. Acesso em: 11 out. 2022.

BOUNDY J; CONSENEY CH; SOUZA SR. **Enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2013.

COSTA ACO, (2013). **A Odontologia Hospitalar no serviço público do estado de São Paulo**. Rer APCD (2013) 67(3), 224-28

FERREIRA JÁ; LONDE LP; MIRANDA AF; **A relevância do cirurgião-dentista na UTI: educação, prevenção e mínima intervenção**. RevCien Odontol. v.01.p.18-23. 2017. Acesso em 05 out. 2022. Disponível em: <https://docplayer.com.br/67571991-A-relevancia-do-cirurgiao-dentista-na-uti-educacaoprevencao-e-minima-intervencao.html>.

FRANCO J; JALES S; ZAMBON C; FUJARRA F; ORTEGOSA M; GUARDIEIRO P, et al. **Utilização de protetores bucais em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo**. ArqMedHospFacCienMed, 2015;60:85-90. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/155>. Acesso em: 20 out. 2022.

GOMES SF; ESTEVES MCL. **Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma**. Rev. bras. odontol. Rio de Janeiro/RJ v.69. p.67-70. 2012

HINGSTON CD; COLE JM, HINGSTON EJ; FROST PJ; WISE MP. **Oral hygiene and nosocomial pneumonia in critically ill patients**. Chest 2010; p. 237-238.

LODE H; RAFFENBERG M; ERBES R; GEEDES H MAUCH H. **Nosocomial pneumonia: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and prevention**. 2012. CurrOpinInfectDis, p.377-384.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução n ° 07 de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**.

PASSETI LA et al. **Odontologia hospitalar a importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva**. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP. v. 13, n. 4, p. 211-226, abr. 2013.

PEREIRA RS; D'OTTAVIANO L. **Saúde Bucal dos pacientes internados na Unidade de terapia Intensiva (UTI) Diretrizes normas e Condutas**. Serviço de Odontologia do HC, Campinas/SP p.249-70. 2015.

PINHEIRO PG; SALANI R; AGUIAR ASW; PEREIRA SLS. **Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial**. Fortaleza/CE v.17.p.67-72. 2018.

PINHEIRO, TS; ALMEIDA, TF. **A saúde bucal em pacientes de UTI.** Revista Bahiana de Odontologia. p.94-103, ago- 2014.

SALDANHA KFD; COSTA DC; PERES PI; OLIVEIRA MM; MASOCATTO DC; JARDIM ECG. **A odontologia hospitalar: revisão.** Arch Health Invest. 2015;4(1):58-68. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchHI/article/view/881>. Acesso em: 17 set. 2022.

SANTANA A; XAVIER DC; SANDOS KLD; MENEZES MV; PIVA RM; WERNECK RI. **Atendimento odontológico em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).** Rev. assoc. paul. cir. dent. Presidente Prudente/SP v.3. p.19-24. 2012.

SANTOS PSS et al. **Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva.** Rev. Bras. Ter. Intensiva. v.20. p.154-9. 2017.

SOMMA F; CASTAGNOLA R; BOLLINO D; MARIGO L. **Oral inflammatory process and general health Part 2: How does the periapical inflammatory process compromise general health?** European Rev Med Pharmacol Sci, 2012;1:35-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21381498/>. Acesso em: 17 set. 2022.

SOUZA LCD; MOTA, VBR; CARVALHO AVSZ; CORRÊA RGCF; LIBÉRIO AS; LOPES FF. 2017. **Association between pathogens from tracheal aspirate and oral biofilm of patients on mechanical ventilation.** Brazilian Oral Research. 31 e 38.

SOUZA AF; GUIMARÃES AC; FERREIRA EF. **Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada.** Rev. min. enferm. Minas Gerais/MG v.17. p.177-84. 2017.

SOUZA LVS; PEREIRA AFV; SILVA NBS. **A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar.** Rev Cien Saúde, 2014;16(1):39-45. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/3406>. Acesso em: 20 out. 2019.

ORLANDINI TRM; BASUALDO A; OLIVEIRA KC. **Manutenção da higiene oral de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de hospitais.** J Oral invest, 2013;2(2):4-8. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/JOI/article/view/824>. Acesso em: 05 out. 2022.

VILELA MCN; FERREIRA GZ; SANTOS PSS; REZENDE NPM. **Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática.** Einstein. 2015;13(2):290-6.

WAYAMA MT; ARANEGA AM; BASSI APF; PONZONI D; GARCIA JUNIOR IR. **Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar.** Rev Bras Odontol. 2014;71(1):48-52.