

Brenda Oliveira de Almeida
brendaodonto16@gmail.com

Aluna de graduação de Odontologia na Faculdade Adventista da Bahia.

Júlia dos Santos Vianna Néri
dra.julianeri@gmail.com

Cirurgiã-dentista. Mestre em Estomatologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Odontologia e Saúde pela Universidade Federal da Bahia – UFBA, Brasil. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.

Juliana Borges de Lima Dantas
julianadantas.pos@bahiana.edu.br.

Cirurgiã-dentista. Mestre em Estomatologia pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas da Universidade Federal da Bahia – UFBA, Brasil. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.



Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

CUIDADOS ODONTOLÓGICOS DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

DENTAL CARE OF INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS

RESUMO

Introdução: A Odontologia Hospitalar é a área que visa os cuidados de pacientes hospitalizados através de procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, sob a presença de um Cirurgião-dentista. **Objetivo:** Apresentar a importância dos cuidados odontológicos de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, em que a coleta de artigos ocorreu no período de janeiro a julho de 2020, nas bases de dados: SciELO, PubMed, Google acadêmico, Lilacs e BIREME. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: publicações entre 2010 a 2020, escritos em língua inglesa e portuguesa. Após o cruzamento dos descritores Decs/Mesh e termos livres com operadores booleanos, as etapas de refinamento resultaram em um total de 41 trabalhos, os quais foram selecionados para o presente estudo. **Resultados:** Os levantamentos evidenciaram que os cuidados odontológicos de pacientes em UTI são de suma importância para diminuição de possíveis focos que agravem a saúde geral do enfermo. Através do controle de biofilme dental, prevenção e tratamento de lesões de cárie, controle da doença periodontal, redução de focos de infecção e de lesões de diversas origens, além de outras intercorrências que podem ocorrer durante o tempo de internação, há uma importância do paciente ser tratado de forma integral. Isso pode reduzir o tempo de internação e aumentar a qualidade de vida, além de diminuir custos hospitalares. **Considerações finais:** Desta maneira, faz-se necessária a implementação do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional, para que esse profissional possa prevenir e tratar possíveis alterações em cavidade oral.

PALAVRAS-CHAVE:

Cuidados odontológicos; Terapia Intensiva; Dentista.

ABSTRACT

Introduction: Hospital Dentistry is the area which is aimed to care for hospitalized patients through low, medium or high complexity procedures, under the presence of a Dental Surgeon. **Objective:** To present the importance of dental care for patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU). **Materials and Methods:** This is a narrative literature review, in which the articles were collected from January to July 2020 in the databases: SciELO, PubMed, Google academic, Lilacs and BIREME. The inclusion criteria established were: publications between 2010 to 2020, written in English and Portuguese. After crossing the Decs/Mesh descriptors and free terms with Boolean operators, the refinement steps resulted a total of 41 articles, which were selected for the present study. **Results:** The surveys indicated that the dental care of patients in the ICU is extremely important to reduce possible outbreaks that aggravate the patient's general health. Through the control of dental biofilm, prevention and treatment of caries lesions, control of periodontal disease, reduction of outbreaks of infection and injuries of different origins, in addition to other complications that may occur during hospitalization, show the importance of the patient be treated in a complete manner. This can reduce hospital stay and improve the quality of life, in addition to reducing hospital costs. **Final considerations:** Thus, it is necessary to implement the position of a Dental Surgeon in the multidisciplinary team, so that this professional can prevent and treat possible occurrences in the oral cavity.

Keywords: Dental Care; Intensive therapy; Dentist.

INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar é a área que visa os cuidados de 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 enfermos⁽¹⁾ que se encontram internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), as quais são voltadas ao atendimento de pacientes cujo estado exige uma maior assistência, sob a observação contínua dos profissionais⁽²⁾.

Foi necessária uma grande dedicação para que a Odontologia Hospitalar fosse reconhecida. O desenvolvimento dessa reivindicação iniciou-se na América a partir da metade do século XIX. No Brasil, foi legitimada em 2004, com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2008, foi decretada a Lei nº 2776/2008, que exige a presença do Cirurgião-dentista nas equipes hospitalares para atendimento em UTIs. Devido à resistência ainda existente, esses profissionais, na maioria das vezes, apresentam seu atendimento limitado ao consultório e postos de saúde. Esse pensamento deve ser modificado, pois, além dos procedimentos cirúrgicos, outros procedimentos odontológicos devem ser realizados em hospitais, fazendo assim necessária a inserção deste profissional no ambiente hospitalar. Tal inserção ajuda na prevenção de complicações sistêmicas com manifestações bucais, além de reduzir os custos efetivos e aumentar a sobrevivência desses pacientes⁽³⁻⁴⁾.

A inclusão do Cirurgião-dentista tem como objetivo integrar a equipe multidisciplinar nos atendimentos de alta complexidade, através da participação direta no processo de cura e melhora dos pacientes. É preciso considerar, nesse sentido, que os enfermos necessitam de cuidados rigorosos devido à possível presença de condições sistêmicas complexas, fato que os torna ainda mais susceptíveis à instalação de infecções e outras alterações em cavidade oral⁽⁵⁻⁸⁾.

Fatores que promovam a diminuição do processo de limpeza natural da boca, precariedade da higiene bucal, diminuição do fluxo salivar e internações longas contribuem ainda mais para o acúmulo de biofilme, com conseqüente resistência aos antimicrobianos. Esses pacientes raramente apresentam uma higiene bucal satisfatória devido a diversos fatores, com destaque para a ausência de um profissional de Odontologia na UTI, falta de conhecimento dos pacientes e acompanhantes, restrição de tempo e limitações físicas dos pacientes, o que acarreta no

agravamento do quadro clínico⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Apesar da necessidade dos cuidados odontológicos em prol desses pacientes, essa prática ainda é escassa e realizada de forma deficiente. Nas UTIs do Brasil, compete aos profissionais da enfermagem a realização da higiene oral dos pacientes. Por este motivo, tanto os Cirurgiões-dentistas, enfermeiros e médicos devem entender e ter pleno conhecimento da relação entre a doença bucal e sistêmica, para que ocorra um plano de tratamento correto e seja possível proporcionar a melhora ao paciente⁽¹¹⁻¹²⁾.

A deficiência na higiene oral favorece o surgimento de outras alterações e a formação de reservatório de microrganismos que alteram a microbiota, com consequente acúmulo de biofilme e saburra lingual, o que altera o quadro de saúde do paciente. Por isso, torna-se indispensável o cuidado com a saúde bucal, por ser um indicador importante para o bem-estar e melhora considerável dos enfermos⁽¹³⁾.

Tendo em vista as informações previamente relatadas acerca da presença do Cirurgião-dentista no âmbito hospitalar, o presente trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura sobre os cuidados odontológicos de pacientes em UTI, com o intuito de relatar e enfatizar a importância desses cuidados em pacientes internados.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se um estudo descritivo e de caráter exploratório. Para a construção da presente revisão narrativa de literatura sobre os cuidados odontológicos de pacientes em UTI, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos, teses, dissertações e sites institucionais em língua portuguesa e inglesa, publicações durante o período de 2010 a 2020, com tema central sobre a abordagem da importância do Cirurgião-dentista no âmbito hospitalar e os cuidados odontológicos de pacientes em UTI. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: monografias, além de artigos que não apresentassem seus respectivos resumos nas plataformas de busca. Foram consultadas as bases de dados/repositórios: Scientific Electronic Library Online - SciELO, PubMed, LILACS, Google Acadêmico e centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – BIREME.

As palavras-chave selecionadas para refinar a busca nas respectivas bases de dados/repositórios foram utilizadas através do cruzamento com os operadores booleanos AND e OR. Foram utilizados descritores Decs/Mesh e termos livres para busca de artigos. Os descritores provenientes do Decs/Mesh nos idiomas português e inglês, respectivamente, foram: “cuidados odontológicos” e “dental care”, “terapia intensiva” e “critical care”, “UTI” e “intensive care units”, “dentista” e “dentist-patient relations”. Com relação aos termos livres adotados, utilizou-se as palavras “odontologia hospitalar” e “hospital dentistry”.

Foram selecionados 7 (sete) artigos na plataforma SciELO, 8 (oito) no PubMed, 3 (três) no LILACS, 11 (onze) no Google Acadêmico, 8 (oito) no BIREME e 5 (cinco) sites institucionais. Devido à relevância sobre a temática proposta e por abordar o histórico da Odontologia Hospitalar, 4 (quatro) artigos adicionais foram incluídos fora do período previamente estabelecido. Após busca inicial, foram selecionados os periódicos que fornecessem uma atualização sobre o tema proposto, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, totalizando 41 trabalhos para a presente revisão narrativa de literatura, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 01 – Cruzamentos dos descritores Decs/Mesh e quantidade de estudos encontrados nas respectivas bases de dados / repositórios.

BASE DE DADOS	CRUZAMENTO	AMOSTRA IDENTIFICADA	EXCLUÍDOS	AMOSTRA FINAL
GOOGLE SCHOLAR	Dentista and UTI	23.200	23.186	14
PUBMED	Dental care AND Critical care	2.657	2.648	9
SCIELO	Dental care AND Critical care	46	39	7
LILACS	Dental care AND Critical care	245	242	3
BIREME	Hospital dentistry AND Critical care	91	83	8
TOTAL		26.239	26.199	41

Fonte: Elaboração própria (Salvador, Bahia, Brasil, 2020).

REVISÃO DE LITERATURA

HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

O principal conceito de atendimento na Odontologia Hospitalar surgiu em 1901, no Hospital Geral da Filadélfia, que organizou o 1º Departamento de Odontologia, por um Comitê de Serviço Dentário, da Associação Dentária Americana (ADA). Em 1969, essa mesma entidade notou que 34,8% dos hospitais de todo o território norte-americano tinham condições e necessidade de instalar o serviço de tratamento odontológico, pois entendiam que a implementação de Cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar diminuiria os agravamentos de pacientes internados⁽¹⁴⁾.

O avanço da Odontologia Hospitalar na América começou a partir da metade do século XIX, com a dedicação dos pesquisadores Simon Hullahen e James Garretson, com seus esforços voltados para a obtenção do reconhecimento da área. Logo em seguida, recebeu o apoio da ADA e o respeito da comunidade médica^(1,15).

No Brasil, o Projeto de Lei Nº 2.776, aprovado em 2008, determina a obrigatoriedade da presença de um odontólogo na UTI, estipulando que os internados em outras unidades hospitalares e clínicas também devem receber os cuidados de um Cirurgião-dentista. Levando então em consideração que os pacientes em UTI devem receber assistência prestada obrigatoriamente por esse profissional, a Portaria Nº 1.032, de 5 de maio de 2010, incluiu logo em seguida os procedimentos odontológicos na tabela do Sistema Único de Saúde (SUS) para atendimento às pessoas com necessidades especiais, com a inclusão, nesse grupo, dos pacientes hospitalizados. A partir dessa regulamentação no sistema de implementação, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) exige o Cirurgião-dentista na montagem de UTIs em qualquer hospital, seja público, seja privado^(1, 14, 16).

Vivenciamos uma era de muitas mudanças na Odontologia, em que devemos olhar o paciente por completo, com avaliação não apenas da boca, mas de seu estado de saúde como um todo, que muitas vezes pode estar em risco pela falta de cuidados no ambiente hospitalar^(17,18). Apesar de ainda não estar em vigor a norma que exige a presença desses profissionais nas UTIs,

ela tende a se fortalecer, pois já se mostra notória a importância desse profissional em ambiente hospitalar, através de estudos científicos^(4, 19, 20).

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI

Na UTI, a participação de profissionais de saúde bucal tem como objetivo colaborar e ajudar na melhora do quadro clínico dos pacientes, o que proporciona mais força e empenho à equipe multidisciplinar. Os cuidados odontológicos em UTI mostram uma grande responsabilidade dos enfermeiros com relação aos cuidados diários de higienização oral dos enfermos. Todavia, diante da necessidade de manutenção do quadro estável de saúde do paciente, as equipes de Odontologia e Enfermagem devem estar comprometidas e interligadas nesse processo saúde-doença em cavidade oral. Os atendimentos e acompanhamentos odontológicos têm como principal base a busca pela higiene bucal satisfatória, com o objetivo de reduzir possíveis focos que agravem a saúde geral do enfermo. Através do controle de biofilme dental, prevenção e tratamento de lesões de cárie, controle da doença periodontal, redução de focos de infecção e de lesões de diversas origens, além de outras intercorrências que podem ocorrer durante o tempo de internação, faz-se necessário que o paciente seja tratado de forma completa, o que pode reduzir o tempo de internamento e aumentar a qualidade de vida do mesmo. O Cirurgião-dentista deve participar das escolhas da equipe multidisciplinar e ser responsável por tomadas de decisões relacionadas às intervenções em cavidade oral, que possam colaborar para o desequilíbrio sistêmico de pacientes vulneráveis⁽²¹⁾.

Mattevi et al. (2011)⁽²²⁾ relatam, em seu artigo, que a participação do Cirurgião-dentista como membro da equipe multidisciplinar é fundamental, pois, ao pensar em saúde, não se pode dissociar da saúde bucal. Desta maneira, destaca-se que a saúde engloba o conceito como um todo, não apenas de forma fragmentada, pois não se pode separar o indivíduo do sistema completo ao qual ele pertence. Assim, as atividades realizadas por esse profissional são de fundamental importância, porque garantem um cuidado mais integral e minimizam as chances de complicações. Ainda nos tempos de hoje, segundo Pinheiro et al. (2014)⁽²³⁾, 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, através de movimentos com ligeiras vibrações nos dentes. Em seguida, inicia-se o movimento de varredura de forma suave e repetida por pelo menos 5 (cinco) vezes, envolvendo 2 (dois) a 3 (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 se deve esquecer de higienizar próteses com água e sabão ou com dentífrico e escova dental com cerdas média/dura. Em casos de pacientes que façam o uso de próteses parciais removíveis e/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⁽²⁾.

A clorexidina, até o presente momento, é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Esse agente apresenta boa substantividade, pois se adsorve às superfícies orais, com consequente efeito bacteriostático até 12 horas após sua aplicação. 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, realiza-se a aplicação com gaze estéril 4 (quatro) vezes ao dia⁽⁹⁾.

Em pesquisa realizada por Araújo et al. (2010)⁽²⁴⁾, foram analisadas as percepções e ações dos cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem, nas UTIs. Foi observado que os pacientes alocados nessa unidade são afetados por patógenos pertencentes ao biofilme bucal, os quais são

grandes responsáveis pela pneumonia nosocomial. Esta patologia representa a infecção do trato respiratório inferior diagnosticada após a internação do paciente, com ausência de doença prévia ou incubação anterior à data de admissão em ambiente hospitalar. Esse exemplo ilustra como é importante determinar o impacto dos protocolos de atenção bucal na saúde dos pacientes. Quando um desses protocolos está presente, a qualidade das atividades é melhorada de forma significativa e a equipe envolvida no cuidado é mais completa. Medidas simples e básicas, como a escovação dos pacientes hospitalizados e a utilização de antissépticos bucais, mostraram redução da morbidade de pacientes em UTIs, destacando-se que é de total importância uma higiene adequada nessas situações, pois além de ser um procedimento relativamente simples e barato, certamente promoverá a diminuição do tempo de internamento^(2, 4, 8).

Santos et al. (2017)⁽²⁵⁾ recomendam a higienização bucal de pacientes em UTI com nível de consciência baixo ou debilitado, quatro vezes ao dia, com o intuito de prevenir o ressecamento das mucosas e diminuir possíveis chances de complicações futuras. O Cirurgião-dentista poderá ajudar a identificar os danos causados por procedimentos invasivos, como intubação orotraqueal e outras complicações, e implementar um tratamento específico para cada paciente. Alguns tratamentos direcionados para pacientes em UTI, além de incluir o uso de antisséptico bucal a base de clorexidina 0,12% quatro vezes ao dia, utilizam saliva artificial 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)⁽²⁶⁾ 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.

Amaral et al. (2013)⁽²⁷⁾ afirmam que esses pacientes necessitam de cuidados mais rigorosos devido ao quadro clínico de imunodeficiência associado, fator este que os tornam mais predispostos à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, com piora do estado de saúde geral. Isso porque, em grande parte dos casos, os enfermos encontram-se totalmente dependentes para a realização de higiene bucal adequada e eficiente, com necessidade, assim, de suporte profissional devidamente capacitado. Blum et al. (2017)⁽²⁸⁾, complementam que a presença de um profissional da Odontologia ajuda a manter os protocolos de saúde bucal, além de dar assistência à equipe para enfrentar as possíveis dificuldades durante os cuidados ao paciente, ajudando também no treinamento adequado da equipe.

Bezinelli (2014)⁽⁴⁾ 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. Através de estudo realizado nos hospitais de São Paulo, foi notório que o custo para implantação e manutenção do serviço de Odontologia no hospital é relativamente baixo perto do orçamento hospitalar como um todo. Ou seja, o custo com a implementação do serviço de Odontologia representa cerca de 2,9% do orçamento anual e a inserção desse profissional numa equipe multidisciplinar diminuirá possíveis riscos de infecções e complicações mais graves, o que promoverá a diminuição do tempo de internação e de gastos com medicamentos, como também poderá prevenir possíveis intercorrências.

Baeder et al. (2012)⁽²⁹⁾ mostraram que a quantidade de biofilme bucal e patógenos respiratórios em pacientes internados em UTI aumenta com o tempo de internação, levando em consideração que a higiene bucal desses pacientes é um fator relevante para o agravamento ou diminuição desse quadro, pois o biofilme acumulado propicia uma proteção a essas bactérias respiratórias, tornando-as mais resistentes aos antibióticos. Deve-se ressaltar, ainda, que paciente com alteração do nível de consciência, condição bem comum em UTI, aspira maior quantidade de secreção proveniente da cavidade oral com maior frequência, pois passa maior parte do tempo com suas vias aéreas abertas, o que facilita os processos de broncoaspiração, com elevação do risco de desenvolvimento de pneumonia.

Pacientes em uso de ventilação mecânica são os mais susceptíveis à pneumonia, correspondendo de 20% a 25% dos internados em UTI, sendo que a mortalidade chega a 80%. A colonização dos patógenos respiratórios ocorre nas primeiras 48 a 72 horas da entrada do paciente

ao hospital, alcançando os pulmões pelas secreções orais, que ultrapassam o tubo traqueal. Os microrganismos responsáveis pela pneumonia nosocomial, que é a pneumonia predominante em UTIs, são encontrados em dentes e mucosa oral, o que reitera a importância da presença de Cirurgiões-dentistas e de uma higiene bucal rigorosa nesses centros, de forma a integrar os princípios de protocolos às equipes envolvidas e, desse modo, prevenir o avanço da infecção em cavidade bucal⁽²⁴⁾.

Dentre os protocolos de higiene da cavidade bucal descritos na literatura, é recomendada a remoção química e mecânica do biofilme, tanto em indivíduos dentados como desdentados, além de aparelhos protéticos. Pereira et al. (2010)⁽³⁰⁾ relatam também que o método mecânico associado ao químico é mais eficaz quando comparado com métodos apenas químicos. Além disso, higiene bucal deficiente acontece por diversos motivos, sendo eles: redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, pelo fato do paciente em grande parte da internação estar com nível de consciência rebaixado associado à diminuição da movimentação da língua e das bochechas; redução do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos e pelas vias aéreas permanecerem abertas em grande parte do tempo; sangramentos espontâneos da mucosa bucal e a presença de ressecamento e fissuras labiais⁽²⁷⁾.

Saldanha et al. (2015)⁽³¹⁾ 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 oro-traqueal 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⁽²⁵⁾.

Em ambiente hospitalar, Pizza et al. (2010)⁽³²⁾ analisaram que os pacientes internados devem ser monitorados a todo momento e os Cirurgiões-dentistas demonstram um papel de suma importância na avaliação da saúde oral desses pacientes, o que reforça que essas avaliações são essenciais para obtenção de um quadro de saúde geral do enfermo. Isso porque diversas manifestações em cavidade oral podem surgir a partir de condições sistêmicas alteradas, como doenças respiratórias, diabetes mellitus, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), dentre outros. 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, assim como esse distúrbio sistêmico apresenta capacidade de agravar a doença periodontal pré-existente no indivíduo⁽³⁾. Somma et al. (2011)⁽³³⁾ acrescentam ainda que as infecções orais podem influenciar as doenças cardiovasculares, tromboembolismo e aterosclerose, que podem gerar consequências fatais ao paciente internado.

Além dos cuidados básicos e essenciais que já foram justificados e 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 de unidades com focos de infecção, raspagem e alisamento radicular, bem como restaurações de dentes fraturados ou com cárie extensa⁽³⁴⁾.

Franco et al. (2015)⁽³⁵⁾ afirmam que muitos 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. O uso dos protetores bucais tem como objetivo afastar e proteger os tecidos de possíveis traumas dentários. Este dispositivo deve ser feito com um material de fácil adaptação e manipulação, conforme a necessidade de cada paciente, podendo ser removido e inserido sem causar traumas, devendo

ser passível de higienização para não causar ainda mais agravos no quadro dos pacientes, através do afastamento e proteção dos tecidos bucais em região de trauma dentário. A instalação desses protetores visa a segurança, proteção e conforto bucal, o que melhora a qualidade de vida do paciente.

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 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^(26, 36).

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI EM ÉPOCA DE COVID-19

A Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), nomeada como COVID-19, em inglês coronavirus disease 2019, foi primeiramente relatada em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China. Devido a sua rápida progressão no número de casos e de óbitos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) decretou em 11 de março de 2020 o status de pandemia mundial. Essa doença surgiu ligada a formas graves de pneumonia, com rápida contaminação entre a espécie humana. Os pacientes que adquirem a COVID-19 apresentam dor de cabeça, tosse seca, hipóxia, febre, dispneia, mialgia, hiposmia, disgeusia, entre outros. A principal causa de morte ocorre em decorrência da falência respiratória progressiva devido aos graves danos pulmonares. Dessa forma, os casos mais severos requerem maior cuidado nos centros de UTI⁽³⁷⁻³⁸⁾.

Em pacientes em UTI, muitas vezes torna-se necessária a ventilação mecânica invasiva. Por se tratar de uma infecção respiratória grave e por promover transmissão através de gotículas e aerossóis, cabe ao Cirurgião-dentista o discernimento para executar os procedimentos odontológicos adequados, com indicação apenas de urgências e emergências, tendo em vista que o potencial de infecção através da saliva é elevado⁽³⁴⁾. A American Dental Association (ADA), registra que os procedimentos a serem realizados pelo Cirurgião-dentista em momento de COVID-19 são a celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume intraoral ou extraoral, com potencial risco de comprometimento das vias aéreas dos pacientes; sangramentos não controlados; traumatismos que envolvem ossos da face, associado ao risco de comprometimento da via aérea do paciente⁽³⁹⁾.

Todos os cuidados e recomendações aplicadas na rotina clínica devem ser seguidas para o atendimento odontológico hospitalar. Orienta-se o atendimento à beira leito, principalmente para pacientes em UTI, para que a possibilidade de agravo seja diminuída, o que minimiza os riscos de infecções. É importante salientar que se deve ter prudência no atendimento desses pacientes, através da redução do contato, restrição na geração de aerossóis e uso de EPIs de forma adequada. Cabe a cada integrante da equipe multidisciplinar o cuidado para que possa gerenciar de forma adequada as aflições, solucionar os problemas e proporcionar segurança para a continuidade das atividades em centros de UTI^(40, 41).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia Hospitalar vem se tornando uma especialidade com papel de destaque, pois visa à melhora clínica do paciente enfermo, com diminuição de quadros infecciosos que possam agravar a saúde sistêmica dos pacientes e de gastos hospitalares. A atuação nessa área permite o aprimoramento no atendimento das fisiopatologias envolvidas nas alterações sistêmicas, assim como no estabelecimento de protocolos em cavidade oral a serem aplicados de forma integral na assistência em saúde. O trabalho em equipe vem se desenvolvendo cada vez mais, e dessa forma, os profissionais precisam estar conscientes de que as especialidades devem se inter-relacionar, com o

objetivo de promover o tratamento do paciente como um todo.

Desta maneira, faz-se necessária a atuação do Cirurgião-dentista em centros de UTI, para que esse profissional tenha competência de orientar à equipe de enfermeiros à realização de higiene oral satisfatória e tratar os enfermos de forma mais adequada, com o objetivo de minimizar os possíveis danos em cavidade oral e não agravar ainda mais a saúde geral do paciente. É essencial, portanto, a continuidade de mais estudos que enfatizem a real importância da atuação do Cirurgião-dentista não só nesses centros, como também em ambiente hospitalar, a fim de que traga melhorias para o sistema de saúde e conforto aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- 1- 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.
- 2- Pinheiro TS, Almeida TF. A saúde bucal de pacientes de UTI. *Rev Bahiana Odontol*, 2014;5(2):94-103. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Tatiana_Almeida14/publication/333360121_A_SAUDE_BUCAL_EM_PACIENTES_DE_UTI/links/5d1bb0c7a6fdcc2462bac520/A-SAUDE-BUCAL-EM-PACIENTES-DE-UTI.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- 3- Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Junior IRG. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? *Rev Brasil Odontol*, 2012;69(1):90-93. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a20v69n1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 4- Bezinelli LM. A odontologia hospitalar nos hospitais públicos vinculados à secretaria do Estado da saúde de São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2014.
- 5- Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Arq Med*, 2010;55(2):67-70. Disponível em: <http://www.cbrohi.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Atendimento-odontol%C3%B3gico-ao-paciente-em-unidade-de-terapia.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 6- Souto KCL, Santos DBN, Cavalcanti UDNT. Dental care to the oncological patient in terminality. *Rev Gaúcha Odontol*, 2019;67:2-4. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372019000100502 Acesso em: 20 out. 2019.
- 7- Gomes RFT, Castelo EF. Hospital dentistry and the occurrence of pneumonia. *Rev Gaúcha Odontol*, 2019;67:2-8. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1981-86372019000100805&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2019.
- 8- Blum DFC, Silva JAS, Baeder FM, Bona AD. The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. *Rev Bras Ter Int*, 2018;30(3):327-332. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30183977/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 9- Souza AF, Guimarães AC, Ferreira EF. Evaluation of the implementation of new protocol of oral hygiene in an intensive care center for prevention of pneumonia associated with mechanical ventilation. *Rev Mineira Enferm*, 2013;17(1):185-19. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684237>. Acesso em: 20 out. 2019.

- 10-Amaral COF, Belom LMR, Silva EA, Nadai A, Amaral Filho MSP, Straioto FG. The importance of hospital dentistry: oral health status in hospitalized patients. *Rev Gaúcha Odontol*, 2018;66(1):35-41. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372018000100035 Acesso em: 20 out. 2019.
- 11-Schlesener VRF, Rosa UD, Raupp SMM. O cuidado com a saúde bucal de pacientes em UTI. *Cinergis*, 2012;13(1):73-77. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/3164>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 12-Rodrigues WTB, Meneguetti MG, Gaspar GG, Nicolini EA, Martins MA, Filho AB, et al. Effectiveness of a Dental Care Intervention in the Prevention of Lower Respiratory Tract Nosocomial Infections among Intensive Care Patients: A Randomized Clinical Trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2014;35(11):1342-1348. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25333428/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 13-Ferreira JA, Londe LP, Miranda AF. A relevância do cirurgião-dentista na UTI: educação, prevenção e mínima intervenção. *Rev Cien Odontol*, 2017;1(1):18-23. Disponível em: <https://docplayer.com.br/67571991-A-relevancia-do-cirurgiao-dentista-na-uti-educacao-prevencao-e-minima-intervencao.html>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 14-Lima DC, Saliba NA, Garbin AJI, Fernandes LA, Garbin CAS. The importance of oral health in the view of inpatients. *Cienc Saúde Col*, 2011;16(1):1173-1180. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21503465/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 15-Cillo JE. The development of hospital dentistry in América – the first one hundred years (1850-1950). *J Hist Dent*, 1996;44(3):105-9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9468900/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 16-Sartori LC. Rastreamento do câncer bucal: aplicações no Programa Saúde da Família [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
- 17-Brasil. Projeto de lei nº 2.776 de abril de 2008. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na Unidade de Terapia Intensiva. [publicação online]. Câmara dos Deputados, Brasília, 18 de abr. de 2008. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filename=Avulso+PL+2776/2008. Acesso em: 20 out. 2019.
- 18-Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código de ética: Resolução CFO-42, de 25 de maio de 2006, São Paulo. Disponível em: http://www.crosp.org.br/profissionais/servicos/etica/arquivos/codigo_etica.pdf. Acesso em: 20 out. 2019.
- 19-Euzebio LF, Vianna KA, Cortines AA, Costa LR. Atuação do residente cirurgião-dentista em equipe multiprofissional de atenção hospitalar à saúde materno-infantil. *Rev Odontol Brasil-Central*, 2013;21(60):16-20. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2013/v22n60/a3635.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 20-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: 20 out. 2019.

- 21- Governo do estado de São Paulo. Manual de Odontologia Hospitalar. 1ª Edição. São Paulo; 2012.
- 22-Mattevi GS, Figueredo DR, Patrício ZM, Rath IBS. The Participation of the Dental Surgeon in the Multidisciplinary Health Team for Child Care in the Hospital Context. *Cienc Saúde Col*, 2011;16(10):4229-4236. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011001100028&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acesso em: 20 out. 2019.
- 23-Diamantino L, Monteiro B, Dantas J, Reis S, Medrado A. A retrospective study on the oral health of patients in the intensive care unit. *Rev Cienc Med Biol*, 2020;19(2):287-291. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/download/36692/21911>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 24-Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Perceptions and actions of oral care performed by nursing teams in intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2010;21(1):38-44. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000100006. Acesso em: 20 out. 2019.
- 25-Santos TB, Amaral MA, Peralta NG, Almeida RS. A inserção da Odontologia em Unidades de Terapia Intensiva. *J Health Sci*, 2017;19(2):83-8. Disponível em: <https://revista.pgskroton.com/index.php/JHealthSci/article/view/3057>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 26-Franco J, Jales S, Zambon C, Fajarra F, Ortegosa M, Guardieiro P, et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med*, 2014;59(3):126-31. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/196>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 27-Amaral COF, Marques JA, Bovolato MC, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2013;67(2):107-11. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762013000200004&script=sci_arttext. Acesso em: 20 out. 2019.
- 28-Blum DF, Munaretto J, Baeder FM, Gomez J, Castro CP, Bona AD. 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;29(3):391-393. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1042571>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 29-Baeder FM, Cabral GMP, Prokopowitsch I, Araki AT, Duarte DA, Santos MTBR. Condição odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Pesq Bras Odontop Clin Int*, 2012;12(4):517-20. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002410091> Acesso em: 20 out. 2019.
- 30- Pereira SR, D'Ottaviano L. Saúde bucal dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI), diretrizes, normas e condutas da área da saúde, serviço de odontologia do HC Unicamp. [publicação online]. São Paulo; Fev de 2010. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 31-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/ArcHI/article/view/881>. Acesso em: 20 out. 2019.

- 32- Pizzo G, Guiglia R, Lo Russo L, Campisi G. Dentistry and internal medicine: from the focal infection theory to the periodontal medicine concept. *Eur J Intern Med*, 2010;21(6):496-502. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111933/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 33-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*,2011;1:35-51. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21381498/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 34-Franco J, Camargo A, Peres M. Cuidados Odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, 2020;74(1):18-21. Disponível em: <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/8b9e5bd8d0d5fd9cf5f79f81e6cb0e56.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 35-Franco J, Jales S, Zambon C, Fajarra F, Ortegosa M, Guardieiro P, et al. Utilização de protetores bucais em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med*, 2015;60:85-90. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/155>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 36-Kallás M, Santos P, Jales S, Parsons H. Dental Management of Oral Self-Injury in a Stroke Patient: Case Report and Literature Review. *J Palliat Care Med*, 2013;3:2-3. Disponível em: <https://www.omicsonline.org/open-access/dental-management-of-oral-selfinjury-in-a-stroke-patient-case-report-and-literature-review-2165-7386.1000163.php?aid=20139>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 37-Moreira R. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. *Cad Saúde Pub*, 2020;36(5):e00080020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2020000505007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 out. 2019.
- 38-Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, 2020:1-6. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30211-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30211-7/fulltext). Acesso em: 20 out. 2019.
- 39- Jon Sukuzi. Covid-19 Resources for dentists [site]. American Dental Association: Tim Wright; 10/01/2019 [Acesso em: 20 out. 2019]. Disponível em: <https://www.ada.org/en/member-center/coronavirus-resource-toolkitfor-adamembers>.
- 40-Doremalen N, Bushmaker T, Morris D, Holbrook M, Gamble A, Williamson B, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*, 2020; NEJMc2004973. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182409/>. Acesso em: 20 out. 2019.
- 41-Coulthard P. Dentistry and coronavirus (COVID-19) - moral decision-making. *Br Dent J*, 2020;228(7):503-505. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32277203/>. Acesso em: 20 out. 2019.