

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

CARLOS HUMBERTO RODRIGUES JUNIOR

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI –
REVISÃO DE LITERATURA

BAURU

2013

CARLOS HUMBERTO RODRIGUES JÚNIOR

O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UTI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos para obtenção de título de Cirurgião Dentista, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Pinto Saraiva.

BAURU
2013

Rodrigues Junior, Carlos Humberto

R6961p

O papel do cirurgião dentista na UTI / Carlos Humberto Rodrigues Junior -- 2013.

27f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Patricia Saraiva Pinto.

Coorientadora: Profa. Dra. Mirella Gomes Campos.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade do Sagrado Coração – Bauru – SP.

1. Cirurgião dentista. 2. Hospitais. 3. UTI. 4. Saúde. 5. Microrganismos. I. Pinto, Patricia Saraiva. II. Campos, Mirella Gomes. III. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais que tanto me apoiaram nesta longa caminhada dando-me forças para superar as dificuldades do dia a dia, agradeço também aos meus amigos os quais caminhamos lado a lado durante toda esta etapa acadêmica.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus que me deu o dom da vida, e me prestigiou com pessoas maravilhosas, principalmente meus pais que sempre me apoiam e me dão forças perante os obstáculos que a vida nos propõe.

Em segundo lugar agradeço minha orientadora, Patrícia Pinto Saraiva, que me auxiliou durante estes quatro anos do curso de Odontologia, como professora e orientadora deste Trabalho de Conclusão de Curso.

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	01
2 OBJETIVO	03
3 MATERIAIS E MÉTODOS	04
4 REVISÃO DE LITERATURA	05
4.1 Saúde geral e saúde bucal	05
4.2 Relações entre doenças bucais e doenças sistêmicas	06
4.3 Odontologia hospitalar	06
4.4 Infecções desenvolvidas em UTI	08
4.5 Obrigatoriedade do Cirurgião Dentista na UTI	09
4.6 Higienização bucal em pacientes internados na UTI	11
4.7 Remoção da placa dental	12
4.8 Protocolos de higiene bucal em Unidades de Terapia Intensiva	12
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
6 CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXO A	20

CARLOS HUMBERTO RODRIGUES JUNIOR

**O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UTI – REVISÃO DE
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências da Saúde
como parte dos requisitos para obtenção de título de Cirurgião Dentista, sob
orientação da Prof.^a Dr.^a Patrícia Pinto Saraiva.

Banca examinadora:

Prof. Dr.^a Patrícia Pinto Saraiva
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dr.^a Nathália Marcumini Polla
Universidade do Sagrado Coração

Prof.^a Dr.^a Mirella Gomes Campos
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 11 de Dezembro de 2013.

RESUMO

A realidade nos grandes hospitais relacionados aos pacientes internados na UTI era e em alguns hospitais continua sendo uma grande preocupação para nós Cirurgiões Dentistas, pois a contaminação destes pacientes pelos microrganismos presentes nos ambientes hospitalares poderá levar a infecções graves ocasionando até mesmo o óbito dos pacientes. Baseado nisso, a presente revisão de literatura tem por objetivo esclarecer a importância dos Cirurgiões Dentistas na Unidade Terapia Intensiva, juntamente trazendo informações sobre os cuidados necessários com o paciente internado.

Palavras – chave: Cirurgião Dentista; UTI; Infecções por microrganismo

ABSTRACT

The reality in large hospitals concerning patients admitted to the ICU and was in some hospitals remains a major concern for us Dental Surgeons, these patients because contamination by microorganisms in hospital environments can lead to serious infections causing even patient death. Based on this, the present review aims to clarify the importance of Dental Surgeons in the Intensive Care Unit, bringing together the necessary information with inpatient care.

Keywords - Keywords: Dentist, ICU, infections by microorganisms

1 INTRODUÇÃO

A chamada odontologia hospitalar é uma prática que tem como objetivo cuidar das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente. Uma boa saúde bucal deve ser acompanhada de uma boa saúde geral do indivíduo, já que uma influencia diretamente a outra (QUELUZ & PALUMBRO, 2000).

Quando o paciente é internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI) fica mais exposto ao desenvolvimento de infecções, uma vez que estes pacientes encontram-se com seu estado de saúde geral comprometido. Estes pacientes também passam por procedimentos e recebem medicamentos que modificam seu fluxo salivar, tornando o acúmulo de placa bacteriana mais fácil de ocorrer. A diminuição do fluxo salivar também leva a diminuição da autolimpeza, o que piora ainda mais o quadro bucal deste paciente (TOLEDO & CRUZ, 2009).

O acompanhamento da saúde bucal de pacientes hospitalizados deve ser realizado por um cirurgião capacitado para isto, ou seja, com especialização em Odontologia Hospitalar. A atuação deste profissional deve incluir a avaliação clínica de presença de placa bacteriana, cáries e doença periodontal, lesões precursoras de doenças fúngicas e virais, lesões traumáticas e lesões que possam comprometer o bem estar ou que ofereçam risco ao paciente. Esta atuação reduz de forma significativa o desenvolvimento de pneumonia nosocomial, que afeta grande parte dos pacientes internados em UTI (RABELO et al., 2010).

Em 2008, duas leis (Lei nº 2.776/2008 e Lei nº 11.889/2008) foram aprovadas, tornando obrigatória a presença de um profissional odontológico nos hospitais, necessariamente nas unidades de tratamento intensivo, e torna a equipe auxiliar odontológica apta a realizar suas atribuições em ambiente hospitalar.

Sendo assim, o presente trabalho objetivou demonstrar a importância da aquisição e manutenção da saúde bucal para pacientes hospitalizados, principalmente àqueles que se encontram em unidades de terapia intensiva e

evidenciar maior integração da Odontologia e da Medicina a partir da aprovação das Leis supracitadas, possibilitando melhores condições a estes pacientes.

2 OBJETIVO

Realizar uma revisão da literatura sobre a atuação do cirurgião-dentista em ambientes hospitalares, com foco na Unidade de Terapia Intensiva.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão da literatura nacional e internacional utilizando os bancos de dados MEDLINE, LILACS-BIREME e PUBMED, sendo selecionados artigos publicados a partir de 1980, abordando a atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, principalmente sua atuação em Unidades de Terapia Intensiva. Os seguintes termos de pesquisa (palavras-chaves e delimitadores) foram utilizados em várias combinações: 1) cirurgião-dentista; 2) hospitais; 3) Unidade de Terapia Intensiva

A pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais, artigos de revisão, editoriais e diretrizes escritos nas línguas inglesa e portuguesa.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Saúde geral e saúde bucal

De todas as partes do corpo humano a cavidade bucal é a que apresenta maior variedade e níveis de microrganismos. As características anátomo-fisiológicas são responsáveis por esta diversidade, em função dos diversos tipos de estruturas e tecidos, de acordo com a quantidade de oxigênio, temperatura, exposição aos fatores imunes e disponibilidade de nutrientes (PETERSEN, 2003).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde bucal faz parte da saúde geral do indivíduo, proporcionando o bem estar físico, social e mental. A responsabilidade de manter a higiene bucal é do próprio indivíduo, com auxílio de um profissional da saúde, inclusive das equipes de saúde bucal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

4.2 Relações entre doenças bucais e doenças sistêmicas

Há muito se suspeita da relação entre doenças bucais e sistêmicas, sendo as primeiras citações científicas desta relação datada em 2.100 a.C. (REILLY & GLAFFEY, 2005). Desde então, muito se tem estudado, e inúmeras pesquisas vem se desenvolvendo com os resultados evidenciando cada vez mais esta possível relação, indicando que problemas bucais, especialmente a doença periodontal, podem atuar como foco de disseminação de microrganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde comprometida (COHEN, 1998)

A doença periodontal é, hoje, reconhecida como doença de origem infecciosa e de natureza inflamatória, que envolve a destruição dos tecidos de suporte do dente por meio da ação direta de bactérias e de seus produtos, ou por ação indireta, onde as reações de destruição tecidual são mediadas pelo hospedeiro (LOTUFO et al., 2005).

As bactérias envolvidas com a doença periodontal são espécies Gram-negativas representadas por:

- *Actinobacillus actinomycetemcomitans* – Capacidade de invadir células epiteliais bucais e células endoteliais vasculares humanas. Além de induzir a morte celular por apoptose;
- *Porphyromonas gingivalis* – Capaz de invadir células epiteliais e células endoteliais humanas e potencial para colaborar com fenômenos de agregação plaquetária;
- *Tanarella forsythensis* – Invade células epiteliais e induz a morte celular por apoptose (SOCRANSKY & HAFFAJEE, 2005).

4.3 Odontologia hospitalar

O desenvolvimento da Odontologia hospitalar na América começou a partir da metade do século XIX, com os empenhos dos Drs. Simon Hüllihen e James Garretson. Ao longo de seu estabelecimento, grandes esforços foram voltados para obtenção de reconhecimento da Odontologia no âmbito hospitalar. Posteriormente, a Odontologia hospitalar viria ter o apoio da Associação Dental Americana e o respeito da comunidade médica (CILLIO, 1996).

A odontologia hospitalar tem por objetivo trazer ao paciente a melhora do quadro sistêmico. Os pacientes portadores de afecções sistêmicas, hospitalizados, encontram-se, muitas vezes dependentes de cuidados específicos da região bucal, sendo que no ambiente hospitalar estes cuidados são mais escassos (WILLIAMS & OFFENBACHER, 2005). Estudos apontam uma melhora significativa no estado geral de saúde, bem como prevenção de possíveis infecções hospitalares e respiratórias em pacientes hospitalizados que recebem tratamento odontológico (MORAIS et al., 2006).

A UTI (Unidade de Terapia Intensiva) é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento dos pacientes em estado grave, onde se concentram

o pessoal mais qualificado e os equipamentos mais diferenciados do hospital. É uma unidade dentro do próprio hospital, que cuida dos pacientes em estado crítico ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, monitorado continuamente (Ito et al., 2006).

No Brasil, as UTIs surgiram no início da década de 70, e marcaram um dos maiores progressos obtidos pelos hospitais, visto que antes o cuidado ao paciente grave realizava-se nas próprias enfermarias, faltando área física adequada, além de recursos materiais e humanos para melhor qualidade desses cuidados (ARAÚJO et al., 2009).

Dentro da UTI existem fatores estressantes para o paciente, como o confinamento, a distância de casa, a falta dos familiares, a presença dos profissionais da saúde, e dos equipamentos diferentes com seus ruídos. Estes fatores causam reações psicológicas, como medo, a ansiedade, a insegurança e a depressão nos pacientes internados na UTI (KOIZUMI et al., 1979).

Assim, é função da UTI a amenização do sofrimento, sendo essas a dor ou falta de ar, independente do prognóstico, a unidade de cuidados intensivos é destinada a cuidados especiais por equipes especiais (WALDOW, 2002).

4.4 Infecções desenvolvidas em UTI

A infecção é uma complicação comum e de elevada mortalidade nos pacientes internados em UTI. A preocupação com infecções bucais como foco primário de infecções sistêmicas em pacientes totalmente dependentes de cuidados, internados em UTI, apesar de pouco documentada, tem sido relevante nas discussões das equipes interdisciplinares (SANTOS et al., 2008).

A pneumonia é um acometimento no parênquima pulmonar causada por grande variedade de agentes, incluindo bactérias, micoplasmas, fungos, parasitas e vírus, sendo a pneumonia bacteriana a causa mais comum da doença (TOEWS, 1986). Na UTI, esta infecção é a mais comumente encontrada em pacientes intubados e sob ventilação mecânica. O risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial é maior, sendo considerada uma enfermidade debilitante, principalmente no paciente idoso e imunocomprometido, devido à quimioterapia, radioterapia, diabéticos descompensados, pacientes em pós-operatórios extensos e imunossuprimidos por drogas em transplantes de órgãos e tecidos. A pneumonia nosocomial, é aquela desenvolvida após 48h de internação hospitalar e que não estava presente ou incubada no paciente no momento da admissão hospitalar (LODE et al., 2000).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonias nosocomiais incluem: idade acima de 70 anos; desnutrição; doenças de base; depressão do nível de consciência; doenças pulmonares e cardiológicas; manipulação do paciente pela equipe hospitalar; uso de sondas ou de cânula nasogástrica; intubação ou reintubação orotraqueal; traqueostomia; macro ou microaspiração de secreção traqueobrônquica; uso prévio de antimicrobianos; trauma grave; broncoscopia e bronco aspiração de microrganismos da orofaringe; administração de antiácidos; permanência em posição supina; e transporte dentro do hospital (PINHEIRO et al., 2007; RAGHAVENDRAN et al., 2007).

Trabalhos científicos demonstram a grande relação entre o biofilme presente nas doenças orais e o curso das infecções respiratórias, principalmente da pneumonia por aspiração, sendo esta o tipo mais comum de

pneumonia nosocomial e, como tal, uma séria causa de morbidade e mortalidade dentre os pacientes internados (QUAGLIARELLO et al., 2005).

Em adultos saudáveis, o *Streptococcus viridans* predomina na cavidade oral, mas a flora bacteriana nos pacientes críticos muda e passa a ser predominantemente de organismos gram-negativos, que é mais agressiva. As bactérias usualmente responsáveis pelo estabelecimento da PAVM são: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Haemophilus influenzae* e *Pseudomonas aeruginosa* (MUNRO & GRAP, 2004). O percentual total dessas bactérias na boca pode chegar a 70% no biofilme dental, 63% na língua e 73% no tubo do respirador artificial. Ao analisar todas essas áreas como um único sistema, a população desses organismos pode chegar a 43% do total de bactérias orais em pacientes sob ventilação mecânica (OLIVEIRA et al., 2007).

4.5 Obrigatoriedades do cirurgião-dentista na UTI

Inúmeras doenças podem ter seus sintomas minimizados pela associação da tríade: diagnóstico correto, intervenções terapêuticas e educacionais precoces e atendimento multiprofissional em conjunto que contemple a presença do cirurgião-dentista, integrando-o à equipe multidisciplinar que atua na UTI (SETTI et al., 2012).

A participação dos profissionais da saúde bucal, como consultores da saúde bucal ou, de forma mais ativa, como prestadores de serviços realizados em nível ambulatorial ou hospitalar, em especial na UTI, tem o objetivo de colaborar, oferecer e agregar mais força ao que caracteriza a nova identidade do hospital, dando maior ênfase na integralidade da atenção e assistência (ABO, 2011).

De acordo com a Lei nº 7.498, de junho de 1986, que regulamenta o exercício da Enfermagem no ambiente hospitalar, o cuidado cotidiano de higiene e conforto, incluindo a higiene oral, é uma atribuição da equipe de

enfermagem com capacidade técnica, sob orientação e supervisão do Enfermeiro.

Porém, mediante a importância da higienização oral de pacientes em terapia intensiva, especialmente os pacientes sob ventilação mecânica, entende-se que é de grande importância a participação de um cirurgião-dentista para proceder à profilaxia e a avaliação da saúde bucal. Segundo Araújo et al., (2009), o profissional enfermeiro não tem o domínio do conhecimento sobre as patologias odontológicas, aplicando deste modo, vários conceitos incorretos sobre estas práticas.

Uma das principais tarefas da equipe de saúde bucal é a atenção aos pacientes com traqueostomia ou intubação traqueal. A equipe de intervenção odontológica deverá aprimorar o cuidado da cavidade bucal dos pacientes submetidos ou não à ventilação mecânica, com a realização de escovação dentária e da língua, e aplicação de gluconato de clorexidina a 0,12% em toda a mucosa bucal, gengivas, dentes, língua e palato e umidificação da cavidade bucal e lábios (LOTUFO, et al, 2004).

Há pouco tempo atrás, foi aprovada uma lei que se faz obrigatória a presença de um profissional odontológico nos hospitais, necessariamente nas Unidades de atendimento Intensivo (UTI), onde encontraremos pacientes debilitados a ponto de não conseguirem realizar higienização bucal, o que pode ser uma grande ameaça à saúde bucal e geral do indivíduo.

Profissionais de saúde que se encontram comumente nestas unidades (enfermeiros, médicos, etc.) não oferecem um tratamento adequado ao indivíduo em relação à higiene bucal. No entanto está presente a seguir, a lei que obriga a presença dos odontólogos neste ambiente:

- Lei nº 2.776/2008 – estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais da odontologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
- Lei nº 11.889/2008 – a equipe auxiliar odontológica está apta a exercer suas atribuições em ambiente hospitalar.

4.6 Higiene bucal em pacientes internados em UTI

A autolimpeza da cavidade oral normalmente é realizada por meio da fala, mastigação de alimentos e adequada produção de saliva. Como esses mecanismos de defesa não estão presentes no paciente em estado crítico, o resultado é o acúmulo de biofilme, e a colonização da orofaringe por microrganismos nosocomiais responsáveis, por exemplo, pela pneumonia nosocomial (CHAN et al., 2007).

Além do prejuízo no processo de autolimpeza, os pacientes hospitalizados e que requerem cuidados intensivos, possuem maiores riscos de colonizações por microrganismos, em especial na cavidade oral, por encontrar-se em íntimo contato com tubos, cadarços para fixação, afastadores bucais, entre outros (ABIDIA, 2007).

Estudos recentes mostraram que a quantidade de biofilme em pacientes de UTI, aumenta com o tempo de internação, paralelamente também ocorrem aumentos de patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal. Lembrando que os patógenos respiratórios, que se estabelecem no biofilme, são mais difíceis de serem debelados, pois o biofilme propicia uma proteção às bactérias, tornado-as mais resistentes aos antibióticos do que às bactérias planctônicas (SANNAPIECO, 2002). Deve-se ressaltar que paciente com alteração do nível de consciência, condição comum UTI, aspira maior quantidade de secreção da boca com maior frequência (FOURRIER et al., 2000).

4.7 Remoção de placa dental

Essencialmente, existem duas formas de remover a placa dental e seus microrganismos associados: através de intervenções mecânicas e/ou farmacológicas (MUNRO & GRAP, 2004). Esses processos incluem a descontaminação com a administração de antibióticos sistêmicos, a descontaminação local com o uso tópico de antissépticos orais e a escovação dentária (CHAN et al., 2007).

A higiene oral em UTI é considerada um procedimento básico, indispensável de enfermagem, cujo objetivo é manter a cavidade bucal dos pacientes saudável. Tais procedimentos são necessários para obter e manter a limpeza, prevenir infecções e estomatites, manter a mucosa oral úmida e promover conforto ao paciente (SCHLESENER et al., 2012).

Os resultados dos trabalhos de Yoneyama et al., (2002); Adachi et al., (2002) e Fourrier et al., (2000) demonstraram que o controle de infecção oral em pacientes internados diminui o número de casos de pneumonia por aspiração e complicações cardíacas.

A clorexidina, até o momento, é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Ela apresenta boa substantividade, pois se adsorve as superfícies orais, mostrando efeitos bacteriostáticos até 12 horas após sua utilização. A concentração preconizada atualmente é de 0,12%, o que permite a retenção de mais de 30% da clorexidina, por bochecho, nos tecidos moles, estendendo o período de atividade antimicrobiana (LOTUFO, et al, 2005).

De Riso et al.,(1996) testaram a descontaminação orofaríngea utilizando digluconato de clorexidina a 0,12%, em pacientes que seriam submetidos a procedimentos cirúrgicos, obtendo um resultado bastante satisfatório com redução do índice de infecção nasocomial em 65%.

Em UTIs, a dificuldade de realizar a higiene bucal de forma mecânica, através de escova de dente e dentifrício é muito grande. Estudos avaliaram a eficácia da descontaminação da flora bucal com clorexidina a 0,12% para reduzir a colonização oral de patógenos, evitando casos de pneumonia

nasocomial (PINEDA et al., 2006, WISE et al., 2008, SCANNAPIECO et al., 2009). Entende-se que em situações de emergência não há tempo viável para realizar a higiene bucal, mas a aplicação de protocolos com o uso de clorexidina a 0,12% pode ser uma alternativa para diminuir os índices de infecção, considerando seu tempo de ação de até 12 horas.

4.8 Protocolos de Higiene Bucal em Unidades de Terapia Intensiva

Embora existam recursos que poderiam ser utilizados como meios auxiliares de manutenção da saúde bucal, como a saliva artificial, sugadores, antissépticos, escovas dentais elétricas e raspadores de língua, raramente são encontrados nos ambientes hospitalares. Estes meios auxiliares não seriam utilizados por falta de tempo, de conhecimento sobre sua utilização ou mesmo a falta de profissionais habilitados dentro das UTIs (POTTER & PERRY, 1999)

Westphal e Leitão (2008) avaliaram protocolos de higiene bucal nas unidades de terapia intensiva de hospitais públicos e privados, e observaram que os métodos de higiene bucal mais usados em pacientes internados foram: a escovação com creme dental e colutório, e para os pacientes submetidos entubados, o uso de swab. Para pacientes internados e intubados, o enxagatário mais comumente utilizado foi o cloreto de cetilperidínio.

De acordo com Kahn et al. (2008), é importante a utilização de solução antimicrobiana como coadjuvante ou método principal para higiene oral de idosos ou indivíduos com deficiência física objetivando, com isto, prevenir doenças sistêmicas como pneumonia bacteriana e endocardites.

A elaboração de protocolos para os procedimentos de higiene oral em pacientes hospitalizados tem ocorrido com frequência, com o objetivo de padronização dos procedimentos e aplicação por parte dos profissionais responsáveis, para que se consiga um controle efetivo da carga bacteriana.

ANVISA, em 2009, prescreve em seu Manual para Infecções do Trato Respiratório, o seguinte protocolo denominado “MEDIDAS ESPECÍFICAS

FORTEMENTE RECOMENDADAS PARA PREVENÇÃO DA PAV (Prevenção de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica) :

- A. Manter os pacientes com a cabeceira elevada entre 30 e 45°;
- B. Avaliar diariamente a sedação e diminuir sempre que possível;
- C. Aspirar a secreção acima do balonete (subglótica);
- D. Higiene oral com antissépticos (clorexidina veículo oral).

O Protocolo adotado no HCA (Hospital Central da Aeronáutica), em 2010 dispõe:

“Os pacientes internados fora do Centro de Terapia Intensiva (CTI), sem alteração do nível de consciência, respirando autonomamente devem realizar sua higiene bucal com a mesma frequência de um paciente hígido. Da mesma forma, os pacientes críticos internados nas UTIs devem receber cuidados em higiene bucal tão logo seja possível, pois a colonização da cavidade bucal por patógenos respiratórios ocorre em até 72 horas após a internação na UTI. Os procedimentos de aspiração das secreções bucais e orofaríngeas, remoção de biofilme e debris, coágulos e outros, através do uso de soluções enzimáticas aplicadas sobre as mucosas, dorso da língua, escovação dentária, quando possível, descontaminação das superfícies bucais e do tubo endotraqueal com solução de clorexidina a 0,12%, hidratação e umidificação dos lábios e mucosa bucal com substitutos de saliva são realizados, de acordo com a possibilidade do paciente em receber esses cuidados. É solicitado que o paciente seja aspirado com frequência, bem como a elevação da cabeceira entre 30 e 45°” (Assis, 2012).

Em 2012, o Estado de São Paulo lançou o Manual de Odontologia Hospitalar, que traz um protocolo a ser utilizados em pacientes internados em UTI. Este protocolo é descrito a seguir:

Consulta odontológica inicial

A consulta odontológica inicial realizada nos pacientes da UTI compreende os seguintes procedimentos:

- Identificar a doença primária e verificar o estado geral do paciente, para determinar o protocolo adequado de higiene oral - link para o item abaixo.

- Determinar a condição em saúde bucal: obter índice CPO-D e avaliar o nível de doença periodontal.

- Controlar a quantidade de placa bacteriana.

- Realizar o diagnóstico e o tratamento de infecções odontogênicas e não-odontogênicas.

- Avaliar se é necessária a remoção de aparelhos ortodônticos, próteses parafusadas e restaurações metálicas, bem como de outros aparatos que interfiram em exames de imagem ou que possam causar lesões em tecidos moles.

- Avaliar a necessidade de instalação de aparelhos bucais para prevenir ou tratar lesões traumáticas em tecidos moles.

- Avaliar a necessidade de hidratação labial diária.

A hidratação labial não deve ser realizada com vaselina devido à possibilidade de combustão quando em contato com o oxigênio durante oxigenioterapia.

Protocolos de higiene bucal

Para pacientes entubados:

- Verificar a angulação da posição de decúbito do paciente. Embora ainda não existam estudos em relação à posição do paciente no momento da higiene bucal, recomenda-se 30° para evitar pneumonia aspirativa.

- Calçar luvas de procedimento.
- Aspirar na região da orofaringe antes do procedimento.
- Embeber escova de dente e/ ou boneca de gaze e/ ou swab em solução não-alcoólica de clorexidina 0,12% e realizar os seguintes movimentos:

- * Friccionar os vestíbulos e a mucosa jugal no sentido pósterio-anterior.

- * Friccionar o palato no sentido pósterio-anterior.

- * Friccionar as superfícies vestibulares, linguais e oclusais dos dentes.

- * Friccionar o tubo orotraqueal.

- Passar raspador na língua no sentido pósterio-anterior.

- Aspirar na região da orofaringe durante todo procedimento.

Para pacientes não-entubados:

Caso o paciente esteja recebendo alimentação por via oral, além de repetir os itens acima, deve-se escovar os dentes com escova dental 3 vezes ao dia, após as principais refeições. Caso o paciente não esteja se alimentando por via oral, os procedimentos de higiene oral devem ser realizados 2 vezes ao dia”

A AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira, por meio dos Departamentos de Odontologia e Enfermagem, acaba de lançar (06/2013) as Recomendações para Higiene Bucal em UTI Adulto. O documento foi

elaborado por membros de ambos os departamentos com o objetivo de atender as necessidades e importância da higiene bucal do paciente crítico e os critérios de atendimento da enfermagem. (Anexo I).

Alguns hospitais contam com a presença do cirurgião-dentista em sua equipe multidisciplinar , como a Santa Casa de Misericórdia de Barretos (SP). Um trabalho pioneiro também é desenvolvido na UTI do Hospital Municipal Desembargador Leal Junior (HMDLJ), em Itaboraí (RJ). Neste hospital uma equipe de CDs visita diariamente os leitos das UTIs realizando procedimentos de higiene bucal juntamente com os cuidadores dos pacientes. A remoção da placa bacteriana é feita com o uso de escova de dente própria, gaze, gluconato de clorexidina e espátula de madeira. Outra instituição que também aderiu, desde abril de 2010, ao atendimento odontológico de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) foi o Hospital Central da Aeronáutica (RJ). Ali são realizados procedimentos de higiene bucal nos pacientes internados e, por extensão, àqueles em tratamento na UTIs (Assis, 2012).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Anteriormente à aprovação da Lei 2.776/08 a norma que exigia a presença de dentistas nas UTIs estava sendo impulsionada pelos próprios hospitais, pois já existiam regulamentações que mostravam a importância dos profissionais de Odontologia nos hospitais. A Portaria Nº 1.032, de 5 de maio de 2010, incluía procedimentos odontológicos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais, incluindo nesse grupo pacientes hospitalizados.

Além da inclusão de procedimentos odontológicos na Tabela do SUS, estendidos a pacientes que se encontravam em ambiente hospitalar, a Resolução Normativa RDC7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de 2010 garantia a assistência odontológica na UTI. A partir dessa regulamentação, a Anvisa exigia dentistas na montagem de UTIs em qualquer hospital, público ou privado.

Em 10/04/2013 foi aprovado por unanimidade, o Projeto de Lei 2.776/08, na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), da Câmara dos Deputados. O Projeto que estabelece a obrigatoriedade do Cirurgião-Dentista nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) no âmbito hospitalar da rede pública e privada segue agora para aprovação no Senado Federal e sanção presidencial.

Alguns hospitais como a Santa Casa de Barretos, Instituto do Câncer Dr. Arnaldo, Instituto de Infectologia Emílio Ribas e o Hospital Infantil Darcy Vargas são alguns dos poucos hospitais que mantem o cirurgião-dentista atuando na UTI. Em fevereiro de 2013, o Estado de São Paulo lançou o Programa de Odontologia Hospitalar para expandir até 2014 a toda rede hospitalar estadual o acompanhamento odontológico, hoje restrito a alguns hospitais especializados.

Cursos em Odontologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) realizado pela Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (Sobрати) e Instituto Brasileiro de Odontologia Intensiva (Ibroi) promovem a capacitação de cirurgiões-dentistas

habilitando-os para a identificação e prevenção de patologias orais acometidas em ambiente de terapia intensiva. Estes cursos tem, em média, 200 horas de carga horária teórica e prática, distribuídas em um conteúdo programático adequado aos protocolos recentemente criados para a odontologia intensiva. Além do certificado de emergencista IBS (Suporte Básico Intensivo), ministrado pela SOBRATI, aos alunos que concluírem o curso receberão ainda a inscrição no CNI (Conselho Nacional de Intensivistas).

A Odontologia na UTI está inserida na Odontologia Hospitalar que abrange os cuidados preventivos e das alterações bucais em paciente internados em leitos ou nas UTIs, que exigem intervenções odontológicas integradas às de equipes multidisciplinares que atuam nos hospitais. A Odontologia na UTI diagnostica, controla e/ou elimina infecções bucais que podem se disseminar no organismo do paciente que necessita de terapia intensiva. Na UTI, o mais importante é a descontaminação e não o tratamento odontológico convencional.

Para concluirmos este trabalho, disponibilizamos uma figura (Figura 1) que representa a importância do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, não somente promovendo melhora no estado geral do paciente internado, mas como consequência, trazendo uma economia com gastos relacionados à saúde.

APÊNDICE



Figura 1 – COMO A ODONTOLOGIA HOSPITALAR PODE CONTRIBUIR PARA A SAÚDE DO PACIENTE

Fonte: [http://abomg.no-ip.com/abo/\(S\(mb2aslul4q2grjn55eam4qsl\)\)/noticia.aspx?ID_NOT=77](http://abomg.no-ip.com/abo/(S(mb2aslul4q2grjn55eam4qsl))/noticia.aspx?ID_NOT=77)

6 CONCLUSÃO

Esta revisão de literatura concluiu que:

A lei 2.776/2008, que estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e demais instituições públicas e privadas que mantenham pacientes sob regime de internação, em médios e grandes hospitais do Brasil foi assinada e aprovada.

A finalidade do profissional na UTI consiste em manter a integridade da saúde bucal do indivíduo que se encontra incapaz de realizar movimentos e conseqüentemente sua higienização oral.

Como o auxílio profissional para realização da higiene oral adequada destes pacientes, estaremos contribuindo para prevenção das doenças citadas no presente trabalho, e que possa levar o indivíduo a óbito, o que acontece frequentemente nestes ambientes.

Sendo assim, este trabalho teve como objetivo a informação aos leitores sobre a importância da odontologia hospitalar e seus objetivos com os pacientes que encontram-se nos leitos destes.

7 REFERÊNCIAS

ABIDIA RF. Oral care in the intensive care unit: a review. **J Contemp Dent Pract.** 2007;**8**(1):76-82. Review.

ABO. Associação Brasileira de odontologia, 2011. Disponível em: <<http://www.abo.org.br>>. Acesso em agosto de 2013.

ADACHI M, ISHIHARA K, OKUDA K. Effect of professional oral health care on the elderly living in nursing homes. **Oral surgery oral medicine oral pathology** 2002; **94**(2):191-195.

AMIB. [POP – PROCEDIMENTOS OPERACIONAL PARA HIGIENE BUCAL EM UTI ADULTO](http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/amib-lanca-recomendacoes-para-higiene-bucal-em-uti-adulto/)<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/amib-lanca-recomendacoes-para-higiene-bucal-em-uti-adulto/>, acesso em: 10/09/2013.

ANVISA. INFECÇÕES DO TRATO RESPIRATÓRIO ORIENTAÇÕES PARA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE, 2009.

ARAÚJO RJG, DE OLIVEIRA LCG, HANNA LMO, CORRÊA AM, CARVALHO LHV, ÁLVARES NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidade de tratamento intensivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* 21(1), 38-44, 2009.

ASSIS, C. Atendimento odontológico nas UTIs. **Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro**, v. 69, n. 1, p. 72-5, jan./jun. 2012

Brasil. Lei no. 7498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 25 de jun. de 1986.**

Brasil. Projeto de lei nº 11.889/2008 de abril de 2008. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na Unidade de Terapia Intensiva. Câmara dos Deputados, Brasília, 18 de abr. de 2008.

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. Câmara dos Deputados, Brasília, 18 de abr. de 2008.

CHAN EY, RUEST A, MEADE MO, COOK DJ. Oral decontamination for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2007;**334**(7599):889.

CILLO, J. E. The development of hospital dentistry in América – the first one hundred years (1850-1950). *J. Hist. Dent.* 1996; 44 (3): 105-9.

COHEN D.W. - Relação de Risco Médico-Periodontal, em: Cohen DW - Aspectos Periodontais da Saúde Sistêmica. *Compendium of Continuing Education in Dentistry.* 1998;19:11-24.

DE RISO AJ, DILLON TA, PETERSON AC. Chlorhexidine gluconate 0,12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and

nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. *Chest* 1996; 109(6):1556-1561.

FOURRIER F, CAU-POTTIER E, BOUTIGNY H, ROUSSEL-DELVALLEZ M, JOURDAIN M, CHOPIN C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000; 26:1239-1247.

Governo do Estado de São Paulo. **Manual de Odontologia Hospitalar**. 1ª ed., 2012, 88p.

KAHN, S.; GARCIA, C.H.; GALAN JÚNIOR, J.; NAMEN, F.M.; MACHADO, W.A.S.; SILVA JÚNIOR, J.A.; SARDENBERG. E.M.S.; EGREJA, A.M. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2008; 13 (6): 1825-31.

KOIZUMI MS, KAMIYAMA Y, FREITAS LA. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. *Rev Esc Terapia Enferm USP* 1979 abr/jun; 13(2): 135-45.

LODE H, RAFFENBERG M, ERBES R et al - Nosocomial pneumonia: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and prevention. *Curr Opin Infect Dis*, 2000;13:377-384.

LOTUFO R.F.M., SOLIS A.C.O., PANNUTI, C.M. Bases racionais para indicação de antimicrobianos locais e sistêmicos em Periodontia. *Atualização Clínica em Odontologia, Anais do Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo*, 2005. p. 381-393

LOTUFO RFM, PANNUTI CM - Efeitos Diretos dos Patógenos Bucais nas Condições Sistêmicas, em: Brunetti MC - *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004;42-57.

MORAIS, T. M.N., SILVA, A.; AVI, A. L. R. O.; SOUZA, P. H. R.; KNOBEL, E.; CAMARGO, L. F. A. 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.

MUNRO CL, GRAP MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *Am J Crit Care*. 2004;13(1):25-34.

OLIVEIRA LCBS, CARNEIRO PPM, FISCHER RG, ET AL. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial *Rev Bras Ter Intensiva*, 2007;19:4:428-433

PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003 Continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol*. 31(1), 3-23, 2003.

PINEDA LA ; SALIBA RG ; SOLH AAE. Effect oral descontamination with chlorhexidine on the incidence of nosocomial pneumonia: a meta-analysis. *Crit Care Med*. 10(1), R:35, 2006.

PINHEIRO PG, SALANI R, AGUIAR ASW, PEREIRA SLS. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. *Periodontia*. 2007;17(03):67-72.

POTTER PA, PERRY AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999

QUAGLIARELLO V, GINTER S, HAN L, VAN NESS P, ALLORE H, TINETTI M. Modifiable risk factors for nursing home-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* 2005; 40:1-6.

QUELUZ, D. P., PALUMBRO, A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. **Jornal de Assessoria e Prestação de Serviços ao Odontologista**. 2000; 3 (19): 40-6.

RABELO, G. D., QUEIROZ, C. I., SANTOS, P. S. S. Atendimento Odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. Dental care in a patient in intensive care unit. *Arq. Med. Hosp. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo*. 2010; 55 (2): 67-70.

RAGHAVENDRAN K, MYLOTTE JM, SCANNAPIECO FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol 2000*. 2007;44:164-77.

REILLY PG, GLAFFEY NM - História da Sepsia Bucal como Causa de Doenças, em: Williams RC, Offenbacher S - *Periodontologia 2000*. São Paulo: Santos, 2005;13-18.

SANTOS, P. S. S.; Mello, W.R.; Wakim, R.C.S.; Paschoal, M.A.G. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*. 2008; 20 (2): 154-9.

SCANNAPIECO FA - Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias, em: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL et al - *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos, 2002;83-97.

SCANNAPIECO FA, YU J, RAGHAVENDRAN K, VACANTI A, OWENS S, WAAD K, MYLATTE J. A randomized trial of chlorhexidine gluconate on oral bacterial pathogens in mechanically ventilated patients. *Crit Care Med*. 13(4),117, 2009

SCHLESENER, V.R.F.; ROSA, U.D.; RAUPP, S. M.M. O CUIDADO COM A SAÚDE BUCAL DE PACIENTES EM UTI. *Cinergis – Vol 13, n. 1, p. 73-77* Jan/Mar, 2012.

SETTI, J.S.; PINTO, S.F., GAETTI-JARDIM, E.C., MANRIQUE, G.R.; MENDONÇA, J.C.G. Assistência multiprofissional em unidade de terapia intensiva ao paciente portador de síndrome de Prader-Willi: um enfoque odontológico. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012; 24(1):106-110.

SOCRANSKY SS, HAFFAJEE AD - Microbiologia da Doença Periodontal, em: Lindhe J, Karring T, Lang NP - Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005;105-147.

TOEWS GB - Nosocomial pneumonia. Am J Med Sci, 1986;291:355-367.

TOLEDO, G., CRUZ, I. The importance of the oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection - Sistematic Literature Review. Journal of Specialized Nursing Care. 2009: 2 (1).

WALDOW, V. R. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WESTPHAL MRA, LEITÃO NS. Avaliação dos protocolos de higiene bucal nas unidades de terapia intensiva de hospitais públicos e privados. Revista Hugv 2008; 7: 69-77.

WILLIAMS, R.C., OFFENBACHER S. Periodontologia 2000. São Paulo: Santos,2005.

Wise MP, Cole JM, Williams DW, Frost P, Lewis MA. Efficacy oral chlorhexidine in critical care. Crit Care Med. 12(3), 419, 2008.

WORLD HEALTH ASSEMBLY, 2005. Revision of the International Health Regulations, WHA 58.3 (2005) Disponível em: <<http://www.who.int>>.

YONEYAMA T, YOSHIDA M, OHRUI T, MUKAIYAMA H, OKAMOTO H, HOSHIBA K, IHARA S, YANAGISAWA S, ARIUMI S, MORITA T, MIZUNO Y, OHSAWA T, AKAGAWA Y, HASHIMOTO K, SASAKI H, ORAL CARE WORKING GROUP. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. J Am Geriatr Soc 2002; 50:430-433.