

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
NÚCLEO DE PESQUISA E EXTENSÃO ACADÊMICA – NUPEA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

DIEGO ALESSANDRO DE OLIVEIRA ALVES

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

MOSSORÓ/RN
2021

DIEGO ALESSSANDRO DE OLIVEIRA ALVES

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE – como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Esp. Stheshy Vieira e Souza

MOSSORÓ/RN
2021

Faculdade Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

A474a Alves, Diego Alessandro de Oliveira.

A atuação do cirurgião-dentista na equipemultiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) / Diego Alessandro de Oliveira Alves. – Mossoró, 2021.

23 f.

Orientadora: Profa. Esp. Stheshy Vieira e Souza.

Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade Nova Esperança de Mossoró.

1. Odontologia hospitalar. 2. Unidade de Terapia Intensiva.
4. Saúde Bucal. I. Souza, Stheshy Vieira. II. Título.

CDU 616.314:616-083.98

DIEGO ALESSANDRO DE OLIVEIRA ALVES

**A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)**

Monografia apresentada à Faculdade Nova Esperança de Mossoró – FACENE – como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Profa. Esp. Stheshy Vieira e Souza
(FACENE/RN)

Prof. Esp. Ricardo Jorge Alves Figueiredo
(FACENE/RN)

Prof. Dr. Francisco Aedson de Souza Oliveira
(FACENE/RN)

RESUMO

A odontologia hospitalar tem como objetivo a melhora da saúde sistêmica e qualidade de vida dos pacientes hospitalizados. Há grandes riscos desses pacientes contraírem doenças infecciosas e pulmonares que, conseqüentemente, prejudicam não só a saúde bucal, como também afetam órgãos e a saúde de modo geral, prorrogando a estadia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) agravando o quadro clínico. Assim, a integração do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional busca proporcionar melhorias ao quadro de saúde geral dos pacientes. Diante desse contexto, esta pesquisa objetivou indicar a importância da presença do Cirurgião-Dentista nessas unidades como membro efetivo, com a finalidade de prevenir a incidência de possíveis infecções. O estudo consiste em uma revisão de literatura integrativa de caráter exploratório e explicativo com abordagem qualitativa, buscando em bancos de dados artigos disponíveis. Por esse viés metodológico, pode-se, ainda, caracterizar este trabalho como de natureza bibliográfica, já que para sua constituição recorremos apenas a textos já publicados em bases de dados de domínio público, a saber: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Google Acadêmico* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*. Além disso, usamos os seguintes descritores: Odontologia Hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva, Equipe de Assistência ao Paciente. O impacto do Cirurgião-Dentista em Unidades de Terapia Intensiva é positivo, pois há evidência que reduz o risco de possíveis infecções e até problemas sistêmicos. Entretanto, não há unanimidade no reconhecimento quanto a imprescindibilidade da presença deste profissional em ambiente hospitalar. É necessário aprofundar pesquisas para quantificar o impacto que possui um odontólogo hospitalar, pois ainda não é uma área que possui a devida valorização.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva. Saúde Bucal.

ABSTRACT

The hospital dentistry aims to improve the systemic health and quality of life of hospitalized patients. There are great risks in these patients of contracting infectious and pulmonary diseases that, consequently, affect not only oral health, but also affect organs and health in general, extending their stay in the Intensive Care Unit (ICU) and worsening the clinical condition. Therefore, an integration of the dentist in the multidisciplinary team in search of improvements to the general health of patients. An objective research indicates the importance of the presence of the dentist in these units as an effective member, with a place to prevent the occurrence of possible occurrences. The impact of the Dental Surgeon in Intensive Care Units is positive, because there is evidence that reduces the risk of possible infections and even systemic problems. However, there is no unanimity in the recognition of the need for presence in a hospital environment. It is necessary to deepen research to quantify the impact that a hospital dentist has, as it is not yet an area that has the proper valuation. The study consists of a review of the integrative literature of an exploratory and explanatory character with a qualitative approach, searching available articles in databases. For this methodological bias, this project can also be characterized as bibliographic in nature, since for its constitution we resort only to texts already published in public domain databases, a knowledge: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Library Virtual Health (VHL), Google Scholar and Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); in addition, we will use the following descriptors: Hospital Dentistry, Intensive Care Unit (ICU), Patient Assistance Team.

KEY-WORDS: Hospital dentistry. Intensive Care Unit. Oral health.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 A ODONTOLOGIA HOSPITALAR: ALGUMAS PERSPECTIVAS	9
2.2 A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ÂMBITO HOSPITALAR DE UTI ..	10
3 METODOLOGIA.....	13
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
5 CONCLUSÃO.....	19
6 REFERÊNCIAS	20

1 INTRODUÇÃO

O principal objetivo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a assistência aos pacientes que necessitam de cuidado e maior observação. Por anos, a UTI foi organizada por equipes multidisciplinares envolvendo enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Todavia, percebeu-se que havia deficiência na composição da equipe, havendo a necessidade de acrescentar um Cirurgião-Dentista (CD) (PASETTI *et al.*, 2013).

A presença do CD nas UTIs pode minimizar o risco de infecções nosocomiais em pacientes, principalmente aqueles com ventilação mecânica. A Odontologia Hospitalar foi designada como especialidade pela qual o CD participa da equipe multiprofissional em ambientes hospitalares, tendo em vista propiciar o suporte de atendimento integral a pacientes internados (SILVA; MORAIS, 2015).

A presença de infecções em UTIs mostra-se por uma elevada taxa de mortalidade e grande frequência. Pacientes admitidos têm restrições absolutas das necessidades diárias e de higiene oral, desse modo, a condição de higiene oral inadequada com a permanência da boca aberta, na maioria das vezes causada pela intubação orotraqueal, provoca desidratação da mucosa e redução do fluxo salivar e, conseqüentemente, desenvolvem-se periodontites, gengivites, candidose, halitose, dentre outras infecções (GOMES; ESTEVES, 2012).

Com o tempo de internação do paciente, a quantidade de biofilme aumenta consideravelmente e, paralelo a isso, ocorre uma proliferação de patógenos respiratórios que também estão ligados ao biofilme dental. Entre 48h à 72h após a admissão do paciente em UTI, o biofilme deixa de ser colonizado por bactérias *gram positivas* e passa a ser colonizado por bactérias anaeróbias e *gram negativas*. Os patógenos respiratórios encontrados no biofilme são mais difíceis de serem debelados, devido à proteção que o biofilme promove às bactérias, fazendo, assim, com que antibióticos não sejam capazes de ter o efeito desejado (RABELO, 2010).

Segundo o Projeto de Lei Nº 2.776-B, criado por Neilton Mulin, em 2008, os pacientes admitidos em UTIs precisam receber cuidados contínuos e de maior atenção, enfatizando que a atenção não deve ser voltada somente para o problema do paciente e, sim, para com a saúde sistêmica. Nos cuidados multiprofissionais é de grande valia a inclusão de dentistas especializados em odontologia hospitalar para manter uma boa higiene bucal e evitar possíveis problemas sistêmicos, já que possuem interligação. Entretanto, não é comum a presença de CD fazendo parte da equipe multiprofissional de uma UTI.

Destaca-se que essas inflamações na cavidade oral, entre outras ocorrências advindas da ausência do cuidado com a higiene, poderiam ser diagnosticadas ou mesmo evitadas com o suporte do CD atuando como coadjuvante na terapêutica médica, propiciando, assim, um maior conforto ao paciente. A atuação do dentista é, ainda hoje, limitada por não ter abertura para ele fazer parte da equipe multidisciplinar. Além disso, essa limitação surge da necessidade de uma maior verticalização nas discussões acerca da importância do dentista, no contexto hospitalar da UTIs, tendo em vista que a literatura existente ainda é bastante restrita.

O encaminhamento de pacientes clínicos ou cirúrgicos mais graves é destinado à UTI, por, geralmente, esses necessitam de monitoração e suporte contínuos de suas funções vitais. Nesse ambiente existe maior risco de infecção devido à condição clínica, à variedade de procedimentos invasivos e à deficiência da resposta imunológica do indivíduo. Além disso, ao longo da internação esses pacientes podem passar por desidratação terapêutica, uma prática comum para aumentar a função respiratória e cardíaca, o que, conseqüentemente, leva à hipossalivação e xerostomia. Assim, o ressecamento da secreção salivar torna o muco espessado, especialmente devido à incapacidade de nutrição, hidratação e respiração (TABLAN, 2003).

A cavidade oral torna-se um ambiente em que nutrientes e microrganismos são inúmeras vezes introduzidos e removidos. Há possíveis maneiras de microrganismos se proliferarem na cavidade, dentre elas, a boa aderência aos tecidos epiteliais, que torna o local propício ao acúmulo de patógenos. Quando há um desequilíbrio da microbiota bucal, as bactérias residentes associam-se com a etiologia de alterações bucais, como, a doença cárie e a doença periodontal, e de alterações sistêmicas, principalmente infecções do trato respiratório (SILVA, 2015).

A inserção do CD em ambiente hospitalar e, especialmente, em UTI visa a uma possibilidade de manutenção da qualidade de vida dos pacientes por meio dos cuidados com as condições e alterações orais. Entretanto, a presença do CD nesses ambientes tem sido um grande desafio, pois, por muitos anos, a prática odontológica se restringiu apenas ao consultório, focado em atendimentos de pacientes saudáveis (GOMES, 2012).

Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi discutir, por meio de uma revisão integrativa da literatura, o impacto da atuação do CD nas UTIs, como também refletir sobre o papel do CD na equipe multiprofissional hospitalar de terapia intensiva.

Diante desse contexto, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar cada vez mais as discussões acerca da inserção do CD no ambiente hospitalar, a fim de demonstrar como esse profissional pode contribuir significativamente com a qualidade da assistência aos pacientes que se encontram, de forma específica, nas UTIs, e que devido às suas condições e à

ventilação mecânica, por exemplo, acabam desencadeando a pneumonia nosocomial causada por fatores etiológicos diversos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A ODONTOLOGIA HOSPITALAR: ALGUMAS PERSPECTIVAS

A prática odontológica deu-se início em hospitais na Filadélfia, em 1901. No Brasil, em 1945, a ideia começou a ser realizada por meio do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo. Entretanto, embora esta área esteja inserida em ordem cronológica na história da indústria odontológica e citado no Código de Ética da Odontologia, não há uma aceitação unanime por parte da classe médica. O desenvolvimento da Odontologia Hospitalar se deu pelos empenhos de Simon Hullihen e James Garretson, os quais, no decorrer dos anos, devidos aos grandes esforços, conseguiram o reconhecimento através da Associação Dental Americana. Contudo, mesmo com essa e outras medidas, ainda existem dificuldades da atuação do CD na equipe hospitalar, tornando-a difícil e somente atuando no campo de Cirurgia Oral e Maxilofacial e traumatologia (COSTA *et al.*, 2016).

Com o tempo, surgiu a Associação Brasileira de Odontologia hospitalar (ABRAOH), cujos objetivos são: conscientizar sobre a importância do CD no ambiente hospitalar; acompanhar a tendência da área de saúde e congregar colegas nos esforços de suas metas em promoção de saúde, educação do paciente, alta resolutividade e responsabilidade profissional. Também enfatiza que quando há a necessidade da realização de um procedimento odontológico em ambiente hospitalar, as responsabilidades devem ser compartilhadas entre as equipes médica e odontológica. Em casos de intervenções cirúrgicas, há a necessidade de uma avaliação pré-operatória adequada do paciente, a qual deve ser realizada pelo médico clínico ou pelo especialista, cabendo ao médico anestesista a responsabilidade por todo o procedimento anestésico (COSTA *et al.*, 2016).

O CD no ambiente hospitalar tem a liberdade para atuar como prestador de serviços e consultor da saúde bucal, podendo ser a nível ambulatorial até ambientes críticos, como a UTI. A condição bucal pode interferir diretamente em tratamentos médicos por meio de respostas do paciente, até mesmo pelas interações medicamentosas. A cavidade oral em estado equilíbrio microbiótico já é portadora de microrganismos patogênicos que alteram a qualidade, quantidade e pH da saliva, que podem ser facilmente deslocados para a corrente sanguínea. Contudo, há a necessidade de acompanhamento do paciente pelo CD. (SILVA e MORAIS, 2015).

Segundo o artigo 18 do Código de Ética Odontológico, que trata da Odontologia hospitalar, compete ao CD internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-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 (BRASIL, 2003).

O CD preparado para a realização de procedimentos em nível hospitalar como internações, solicitações e interpretação de exames complementares e controle de infecções auxilia de forma direta na diminuição de custos e na média de permanência do paciente no hospital. O conhecimento e a busca por um objetivo comum entre os membros da equipe multidisciplinar permitem o crescimento de todos os profissionais envolvidos no processo e o desenvolvimento da ciência da saúde como um todo (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

O atendimento hospitalar é indicado para pacientes com doenças sistêmicas congênitas (deficiência mental ou comprometimentos neuromotores com envolvimento sistêmico, diabetes, displasias sanguíneas, síndromes e outras), adquiridas (HIV, tuberculose, hepatite, sífilis, neoplasias e outras) ou traumáticas (traumatismo bucomaxilofacial, cirurgia ortognática). Frente aos inúmeros casos em que o CD necessita atuar em ambiente hospitalar, este favorece a realização dos procedimentos (ARANEGA, 2012).

No entanto, um dos principais problemas, ainda atualmente encontrado, é o preconceito referente à prática odontológica no ambiente hospitalar, o que dificulta o atendimento integral do paciente. Esse fato também contribui para que o atendimento odontológico, ainda hoje, seja exercido, em sua grande maioria, nos consultórios odontológicos ou em postos de saúde pública, delegando aos hospitais, primordialmente, o atendimento cirúrgico bucomaxilofacial ou técnicas com indicação de anestesia geral. Porém, os autores concordam que, além dos procedimentos cirúrgicos, outros procedimentos odontológicos devem ser realizados em hospitais (GODOI *et al.*, 2009).

2.2 A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ÂMBITO HOSPITALAR DE UTI

Em UTIs, a infecção hospitalar é uma complicação que se apresenta com altas taxas de mortalidade em pacientes internados. As infecções exógenas são adquiridas quando o patógeno infectante é contraído diretamente do ambiente; ao passo que a endógena, quando pertence ao hospedeiro. O paciente da UTI é, inicialmente, colonizado por microrganismos potencialmente patogênicos, adquiridos em ambientes externos. Ocorre a modificação da flora microbiana e as infecções dividem-se em: primárias (infecções da flora microbiana do hospedeiro) e secundárias (infecções produzidas pela flora microbiana da UTI) (AGVALD-OHMAN *et al.*, 2003).

Faz-se importante a integração do CD nos atendimentos a pacientes hospitalizados em UTIs para minimizar o risco de disseminação de microrganismos patogênicos da cavidade oral, que podem desencadear possíveis problemas sistêmicos no paciente. O acompanhamento e controle rigoroso da higiene bucal dos pacientes admitidos em UTI controla o avanço de um biofilme com alta patogenicidade na boca (AMARAL *et al.*, 2013).

O paciente internado em UTI geralmente traz em sua saúde um enfraquecimento sistêmico, evidenciando focos infecciosos perigosos e oportunistas, como o biofilme, o que pode levar a sérias complicações hospitalares. Comumente, apresenta higiene oral deficiente, com uma abundância significativa de biofilme, sendo que a quantidade e a patogenicidade do biofilme aumentam com a permanência da internação. A higiene oral de pacientes hospitalizados em UTI é imprescindível para assegurar que não haja a disseminação de bactérias e fungos que comprometam o bem-estar do paciente e sua saúde oral e sistêmica, ocasionando até outras infecções e doenças bucais (AMARAL *et al.*, 2013).

Pesquisas evidenciaram que pacientes admitidos em UTI apresentam deficiência com a higiene bucal devido à ausência de supervisão e relação interprofissional, visto que o dever do dentista na UTI é orientar e supervisionar os técnicos de enfermagem em hospitais, como também trabalhar na prevenção de infecções secundárias, intervindo diretamente na boca do paciente e promovendo saúde de forma geral (SANTOS *et al.*, 2008).

A eficácia da higiene bucal em pacientes internados em UTIs é fundamental, uma vez que o biofilme bucal se desenvolve rapidamente devido à redução da autolimpeza da boca. A autolimpeza bucal insatisfatória ocorre por diversos motivos, como: redução do movimento lingual, xerostomia devido ao uso de medicamentos, redução da ingestão de alimentos duros, presença de ressecamento e fissuras labiais que sangram espontaneamente (TABLAN *et al.*, 2003).

A deficiência na higiene oral é um achado clínico nos pacientes de UTI, sendo uma agravante característica para a saúde do paciente internado, geralmente contribuindo para a evolução de sua piora. Diversas doenças podem surgir devido à má higiene oral, dentre elas: a pneumonia nosocomial e a pneumonia associada à ventilação mecânica (SILVA; MORAIS, 2015).

O estudo realizado por Oliveira *et al.* (2007) mostrou que os cuidados da saúde bucal dos pacientes na UTI são realizados pelos técnicos de enfermagem e eles não recebem orientações específicas para a realização. Os técnicos, por sua vez, relataram ser importante a integralização CD junto à equipe dos hospitais.

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

Em pacientes internados em UTIs, a exposição ao risco de infecção é mais evidente. A chance de contrair infecções nosocomiais possui aumento de cinco a dez vezes, o que pode representar cerca de 20% do total de infecções de um hospital. Os pacientes com estado clínico comprometido apresentam mudanças no sistema imunológico (TOLEDO, 2009).

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em uma revisão de literatura do tipo integrativa, a qual, segundo Souza; Silva; Carvalho (2010) é a abordagem metodológica mais ampla dentre as revisões, permitindo a seleção de diferentes estudos para um entendimento completo, buscando analisar, sintetizar e identificar resultados distintos sobre o mesmo assunto.

Destaca-se que esse tipo de revisão utilizou critérios bem definidos para busca e amostragem dos trabalhos encontrados na base de dados, envolvendo, assim, critérios de inclusão e de exclusão, os quais possibilitaram uma filtragem, a fim de entrar em contato de forma mais profunda somente com aqueles que oferecessem maior credibilidade e que pudessem contribuir de modo relevante para a pesquisa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Por esse viés metodológico, pode-se, ainda, caracterizar este trabalho como de natureza bibliográfica, já que para sua constituição recorreremos apenas a textos já publicados em bases de dados de domínio público, a saber: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Google Acadêmico* e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline)*. Além disso, são usados os seguintes descritores: Odontologia Hospitalar, Unidade de Terapia Intensiva, Equipe de Assistência ao Paciente.

Para a filtragem, após a busca nas plataformas supracitadas, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados entre os anos de 2003 a 2019; textos publicados em língua inglesa e portuguesa; além de trabalhos encontrados na sua versão completa, o que, conseqüentemente, levou-nos a excluir todos os trabalhos que não se encaixaram no perfil traçado para a inclusão, os quais são: idiomas diferentes do português, e inglês, obras acadêmicas publicadas antes de 2003, artigos com viés opinativo e que não eram passíveis de referência autoral. Foram selecionados, então, 7 trabalhos científicos que atenderam aos critérios estabelecidos, dentre os 143 que foram pesquisados.

A fim de delinear de forma mais clara esta pesquisa, salienta-se que, quanto aos objetivos, este trabalho assume um caráter exploratório e explicativo, haja vista que o intuito foi entrar em contato com diversos textos científicos encontrados nos espaços de buscas *online*, com a intenção de aprofundar o nosso conhecimento acerca da temática selecionada e, além disso, descrever resultados, discutir e, sequencialmente, entrar no nível de interpretação e análise. Isso pode ser justificado com base no entendimento de Gil (2016), para quem, o pesquisador, ao explorar, assume o objetivo de ter um maior contato com o problema, com a finalidade de debater e construir hipóteses, as quais poderão ser comprovadas ou não; já no que

se refere ao âmbito explicativo o investigador, tem a finalidade de identificar os fatores determinantes para o acontecimento de fenômenos, como também aprofundar o conhecimento da realidade, explicando o porquê de serem desencadeados (GIL, 2016).

Para a construção dos resultados e discussão dos dados adotou-se o método de abordagem qualitativo, pois não buscamos quantificar dados, mas, sim, descrever, interpretar e analisar as informações coletadas, com o propósito de identificar, entre outros aspectos, lacunas, semelhanças e divergências entre os textos que foram selecionados para compor nosso *corpus* (GIL, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista detalhar o estado da arte que compôs nossa pesquisa, apresentamos, na Tabela 1, a seguir, o conjunto dos artigos que foram analisados e discutidos nesta seção.

Tabela 1 - Distribuição dos artigos que constituem o corpus do estudo segundo autores, ano de publicação e título.

Ref.	Autor (es)	Ano	Título
1	AMARAL <i>et al.</i>	2013	Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar
2	GODOI <i>et al.</i>	2009	Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral.
3	OLIVEIRA <i>et al.</i>	2007	A Presença de Patógenos Respiratórios no Biofilme Bucal de Pacientes com Pneumonia Nosocomial.
4	SANTOS <i>et al.</i>	2012	Impacto da remoção de biofilme lingual em pacientes sob ventilação mecânica
5	SILVA, A.; MORAIS, T.	2015	Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI
6	SPEZZIA	2019	Pneumonia nosocomial, biofilme dentário e doenças periodontais.
7	TABLAN <i>et al.</i>	2003	Diretrizes para prevenção de pneumonia associada a cuidados de saúde, 2003: recomendações do Comitê Consultivo de Práticas de Controle de Infecção em Saúde.

Fonte: Acervo do Pesquisador.

Como vemos, os trabalhos foram selecionados compreendendo os anos entre 2003 e 2019 e tem em comum o fato de serem pesquisas voltadas para a compreensão das relações entre odontologia e UTIs.

Na Tabela 2, por sua vez, mostramos os espaços em que os artigos foram publicados, bem como seus objetivos e as conclusões a que os pesquisadores puderam chegar.

Tabela 2 - Distribuição dos artigos que constituem o corpus do estudo segundo periódicos, objetivos e conclusões (achados/resultados/apontamentos)¹.

Ref.	Periódico	Objetivo	Conclusão
1	Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas.	Verificar qual a importância que os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar de UTI e os profissionais da Odontologia atribuem à integração de um cirurgião-dentista a essa equipe.	Embora a saúde bucal seja considerada importante por todos os profissionais de saúde, o CD não é visto como necessário em uma equipe multidisciplinar de terapia intensiva.

¹ As referências da Tabela 2 retomam a ordem apresentada na Tabela 1.

2	Revista de Odontologia da UNESP.	Avaliar a importância e buscar as informações relacionadas ao seu desenvolvimento, legislação e setores de atuação.	Embora seja uma área que venha tendo seu crescimento tímido, é de suma importância que a inserção do cirurgião-dentista seja fomentada por toda a sociedade e, principalmente, por profissionais da saúde.
3	Revista brasileira de terapia intensiva.	Investigar a presença de patógenos respiratórios na cavidade bucal em pacientes em UTI.	A cavidade oral pode servir como reservatório para microrganismos respiratórios com alto grau de patogenicidade, assim servindo de alerta para o aprimoramento de procedimentos que reduzam o grau de patógenos.
4	Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Investigar se o limpador de língua é eficaz contra o biofilme lingual em pacientes com ventilação mecânica.	Os limpadores linguais e enxaguantes bucais são eficientes e reduzem as bactérias da língua. É preciso usar com frequência junto com outros métodos de higiene oral para um maior resultado, mas não houve dificuldade no uso com os pacientes em ventilação mecânica.
5	Livro, Editora Elsevier	Relatar experiências e evidências científicas para enriquecer a vivência do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar	O CD conquistou seu espaço fora do ambiente hospitalar, mas atualmente vem sendo inserido e sua integração profissional está sendo positiva. Há evidência que a presença do CD impacta diretamente na saúde sistêmica, evitando futuras complicações, como as infecções.
6	Jornal Brasileiro de Odontologia	Averiguar como pode ocorrer possivelmente associação entre biofilme dentário, doenças periodontais e desenvolvimento da pneumonia nosocomial.	A inserção da odontologia preventiva no ambiente hospitalar promove uma relação custo-benefício satisfatória. A inclusão do profissional da odontologia nas equipes multiprofissionais no espaço de UTI se revela de extrema relevância, já que a averiguação constante das condições de saúde bucal nessas circunstâncias pode evitar complicações.
7	Centro de Doenças Infecciosas Nacionais	Instruir profissionais e pacientes para a prevenção de infecções adquiridas pela ausência de cuidados com a saúde.	Indica-se manter uma desinfecção e esterilizar minuciosamente os materiais de intubação orotraqueal, pois algumas bactérias resistentes ficam aderidas aos equipamentos, disseminando-as. Instruir os profissionais a realizar desinfecção oral sempre retirando a bactéria para o ambiente externo para não levar ao sistema respiratório.

Fonte: Acervo do pesquisador.

Mostra-se neste trabalho, inclusive por meio do que se visualiza na Tabela 2, que há inúmeras formas do CD atuar em equipes de UTIs, como: prevenindo fatores que desenvolvem patologias; atuando diretamente no cuidado com a saúde bucal do paciente; realizando a manutenção do meio oral, mesmo em pacientes sem problemas bucais. Visando o bem-estar do

paciente, precisa-se da integralização de saberes entre a Medicina e a Odontologia para proporcionar um suporte completo à saúde geral dele.

As pesquisas relatam a redução de microrganismos patogênicos na cavidade oral quando o odontólogo hospitalar está atrelado diretamente a UTI. A redução de microrganismos orais é de importância considerável, pois reduz as chances de infecções nosocomiais e um possível comprometimento sistêmico, dando assim uma maior qualidade de vida ao paciente.

A inserção da odontologia nesse novo cenário de prática já está sendo uma realidade em algumas instituições hospitalares, mesmo que, na maioria das vezes, essa atuação seja em outras áreas. Com a ampliação da atuação do dentista na prevenção de infecções nosocomiais, abre-se um novo horizonte para o desenvolvimento de novas atividades na alta complexidade, um campo desconhecido para a atuação do CD.

A relação de fatores orais com os sistêmicos evidencia a necessidade da participação efetiva do CD na equipe interdisciplinar nas UTIs. Há evidência de que a higiene bucal deficiente e a negligência da saúde oral por parte dos próprios pacientes e profissionais representam riscos para a saúde sistêmica do paciente.

Godoi *et al.* (2009) relata que não há necessidade de um profissional de odontologia nas UTIs, podendo ser substituído por um enfermeiro, desde que o mesmo possua comprometimento com o processo de saúde e doença do paciente, mantendo efetivamente a limpeza da cavidade oral.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Amaral *et al.* (2013) conclui que, embora a higiene bucal do paciente internado em UTI seja considerada importante por todos os profissionais da equipe multidisciplinar, não há o reconhecimento do impacto do CD como integrante da equipe de profissionais da área da saúde em UTIs.

Oliveira *et al.* (2007), por sua vez, deixa claro que, para a limpeza da boca, é necessário adotar medidas que visam reduzir o nível de microrganismos patogênicos, independente do profissional, podendo ser o técnico em enfermagem ou o CD, desde que obtenha a resposta esperada, pois os métodos de controle do biofilme são ineficientes.

Já Santos *et al.* (2008), em um estudo realizado por dentistas que atuam diretamente em ambientes de Terapia Intensiva, mostra a eficácia das soluções enxaguantes diante do biofilme e que, embora o odontólogo tenha conhecimento da cavidade oral, o profissional auxiliar de enfermagem também contribui para a melhoria do estado de doença da boca utilizando tal instrumento. Porém, ela não é eficaz contra a placa de microrganismos formada entre os dentes.

Tablan *et al.* (2003) e Silva; Morais (2015) indicam que o CD é insubstituível e somente esse profissional tem a capacidade de debelar o biofilme e realizar a limpeza da cavidade oral.

Ressalta também que nenhum profissional tem o conhecimento e domínio das técnicas para promover saúde, uma vez que, a deficiência na higiene é uma característica clínica dos pacientes admitidos em ambientes de terapia intensiva.

No campo da Odontologia, estudos como o de Spezzia (2019) evidenciam que há correlação entre a saúde bucal e sistêmica do paciente, o que indica a importância de um maior aprofundamento em pesquisas para ressaltar a atuação do CD na saúde geral do paciente, dando espaço para provar que a presença da odontologia hospitalar faz diferença na vida dos indivíduos que estão inseridos nesse ambiente.

De acordo com Spezzia (2019), notabiliza-se que o odontólogo especializado na UTI tem proveito expressivo, evidenciando a necessidade de um suporte preventivo para amenizar problemas sistêmicos agravados pela ausência do profissional.

5 CONCLUSÃO

Pacientes admitidos em ambiente hospitalar exigem um tratamento com abordagem multiprofissional, uma vez que isso implica em uma visão geral, promovendo uma melhor qualidade de vida durante todo período de internação. A ausência de higiene oral aliada ao tempo de internação eleva o nível de patogenicidade do biofilme, o que pode causar infecções nosocomiais.

Ao considerar os diferentes pontos de vista que foram abordados neste estudo, vemos que o impacto CD em UTI é positivo, pois há evidência de que o trabalho desse profissional reduz o risco de possíveis infecções e até problemas sistêmicos.

Entretanto, não há unanimidade no reconhecimento quanto à imprescindibilidade da presença do CD em ambiente hospitalar, especialmente aqueles ligados a UTI. É necessário aprofundar, portanto, pesquisas nesta área, as quais possam indicar o impacto que possui um odontólogo hospitalar, bem como sua necessidade, tendo em vista a saúde e a recuperação dos pacientes que precisam ser assistidos em UTIs.

O papel do CD na equipe multiprofissional provou ser de grande importância, pois ele é o profissional da saúde apto e capaz de reduzir o número de microrganismos presentes na cavidade bucal pelo decaimento da probabilidade de infecções nosocomiais pela proliferação de bactérias presentes na boca para a orofaringe, proliferando-se e que causaria uma pneumonia na região pulmonar. Dessa forma, o CD é eficiente na melhoria da qualidade de vida do indivíduo, permitindo a sobrevivência pela não-expansão de doenças de risco microbiológico e contribuindo para a posterior alta médica do paciente hospitalizado.

REFERÊNCIAS

- AGVALD-OHMAN, C.; WERNERMAN, J.; NORD, C. E.; EDLUND, C. Bactérias anaeróbias comumente colonizam as vias aéreas inferiores de pacientes com UTI intubados. **Clinical Microbiology and Infection**. 2003, p. 397-405.
- AMARAL, C. O. F.; MARQUES, J. A.; BOVOLATO, M. C.; PARIZI, A. G. S.; OLIVEIRA, A.; STRAIOTO, F. G. Importância do Cirurgião-Dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas**, 2013, p. 107-11. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a04v67n2.pdf>. Acesso em 23/11/2020
- ARANEGA, A. M. et al. Qual a importância da odontologia hospitalar? **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 90-93, 2012.
- BRASIL, Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética**. Resolução CFO 42 de 20 de maio de 2003.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 2776/08 - Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva**. Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>. Acesso em 22/11/2020.
- COSTA, J. R. S.; SANTOS, P. S. S.; TORRIANI, M. A.; KOTH, V. S.; HOSNI, E. S.; ALVES, E. G. R.; ARRIEIRA, I. C. O.; MIGUENS JÚNIOR, S. A. Q. A Odontologia Hospitalar em conceitos. **Revista da Academia Brasileira de Odontologia**, v.25, n. 2, p. 211-218, 2016.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2016, p. 41 – 43. Disponível em: http://www.uece.br/nucleodelinguasitaperi/dmdocuments/gil_como_elaborar_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em 24/11/2020.
- GODOI, A. P. T., FRANCESCO, A. R., DUARTE, A. et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Revista Odontologia**. Unesp. V.38, n.2, p.105-9. 2009. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ana_Godoi2/publication/228664342_Odontologia_hospitalar_no_Brasil._Uma_visao_geral/links/55ebb33a08ae65b6389ded5b.pdf. Acesso em: 27/05/2021
- GOMES, S. F.; ESTEVES, M. C. L. Atuação do Cirurgião-Dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira Odontológica**, 2012; 69(1): 67-70. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a15v69n1.pdf>. Acesso em: 21/11/2020.
- OLIVEIRA, L. C. B. S.; CARNEIRO, P. P. M.; FISCHER, R. G.; TINOCO, E. M. B. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 2007, p. 428-433. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a04v19n4.pdf>. Acesso em 20/11/2020.

PASETTI, L. A. *et al.* Odontologia hospitalar a importância do Cirurgião-Dentista na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Odontologia (ATO)**, Bauru, SP. v. 13, n. 4, p. 211-226, abr., 2013.

RABELO, G. D.; QUEIROZ, C. I.; SANTOS, P. S. S. Atendimento odontológico ao paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa**; São Paulo. 2010; 55(2): 67-70.

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

SILVA, A.; MORAIS, T. **Fundamentos da odontologia em ambiente hospitalar/UTI.** 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015, p. 440.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo. v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf. Acesso em 24/11/2020.

SPEZZIA, S. Pneumonia nosocomial, biofilme dentário e doenças periodontais. **Revista da Sociedade Brasileira de Periodontologia**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 65-72, jun. 2019.

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

TOLEDO, G.; CRUZ, I. The importance of the oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection - Sistematic Literature Review. **Journal of Specialized Nursing Care.** 2009. Disponível em: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/j.1983-4152.2009.2047/453>. Acesso em 27/10/2020.