UNIVERSIDADE TIRADENTES

ANA LUIZA SILVA LISBOA
KAOANE PAIXÃO SILVA SILVEIRA

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Aracaju
2016

ANA LUIZA SILVA LISBOA
KAOANE PAIXÃO SILVA SILVEIRA

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Trabalho de conclusão de curso Apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

ISABELA DE AVELAR BRANDÃO MACEDO

Aracaju
2016

ANA LUIZA SILVA LISBOA

KAOANE PAIXÃO SILVA SILVEIRA

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Tiradentes como parte dos requisitos para obtenção do grau de Bacharel em Odontologia.

Aprovado em _____/_____/_____

Banca Examinadora

_____

Prof. Orientador: _____

_____

1º Examinador:_____

2º Examinador:_____

_____

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREGA DO TCC

Eu, _____ orientador(a) do(a) discente, _____ _____ atesto que o trabalho intitulado: "_____" **está em condições de ser entregue à Supervisão de Estágio e TCC, tendo sido realizado conforme as atribuições designadas por mim e de acordo com os preceitos estabelecidos no Manual para a Realização do Trabalho de Conclusão do Curso de Odontologia.**

Atesto e subscrevo,

_____

Orientador(a)

"Determinação coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho."

Dalai Lama

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Ana Luiza Silva Lisboa [a], **Kaoane Paixão Silva Silveira** [b],
Isabela de Avelar Brandão Macedo [c]

[(a)] Graduanda em Odontologia -Universidade Tiradentes; [(b)] Graduanda em Odontologia -Universidade Tiradentes; [(c)] Doutoranda em Clínica Odontológica (SLMANDIC). Professora Assistente de Saúde Coletiva da UNIT-SE

Resumo
A Odontologia Hospitalar é uma especialidade que exige do profissional envolvimento multidisciplinar e com responsabilidades compartilhadas entre outros profissionais de saúde. O atendimento odontológico a pacientes hospitalizados portadores de enfermidades sistêmicas contribui efetivamente para a recuperação destes, impedindo que ocorra infecção em outros órgãos e sistemas, através de cuidados intensivos. O objetivo deste estudo é mostrar a importância da presença do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar, assim como a da implementação de um protocolo de atendimento clínico diário, para que haja uma atenção maior a prevenção, visando melhora significativa da saúde do paciente, reduzindo o tempo de internamento. Para a elaboração do presente trabalho, foi efetuada revisão de literatura nos banco de dados da PubMed, Scielo e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Com base na pesquisa, foi observado que não se deve tratar a saúde bucal desprendida da saúde sistêmica, tornando essencial a atuação do cirurgião dentista em todos os ambientes hospitalares, dando o sentido de integralidade a saúde e ao tratamento do paciente.

Palavras Chave: UTI; Prevenção; Higiene oral.

Abstract
Hospital Dentistry is a specialty that requires from its practitioner a multidisciplinary involvement and shared responsibilities with other professionals. Dental care for patients hospitalized with systemic diseases contributes effectively to their recovery, preventing occurrences such as infections in other organs and systems through intensive care. The goal of this study is to show the importance of the presence of the dental surgeon as part of the multidisciplinary team, as well as the implementation of a daily clinical care protocol, in order to achieve a greater focus on prevention to significantly improve the patient's health and consequently reducing the amount of time of hospitalization. This academic paper was developed through an extensive review of other academic articles published from 2012 to 2016 in databases such as PubMed, Scielo, Virtual Health Library (VHL). It concludes that oral health shouldn't be treated apart from systemic health, rendering as essential the presence of the Dentist surgeon in all hospital environments, attaching a sense of entirety to the health and treatment of a patient. Evidence.

Keywords: ICU; Prevention; Oral hygiene.

1. Introdução

A Odontologia Hospitalar é uma prática que visa a prevenção da progressão de uma enfermidade ou uma nova infecção, independente do seu grau de complexidade em um paciente hospitalizado, estando ele em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou não, sob o cuidado de uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é melhorar a saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes. (GAETTI-JARDIM, et al, 2013)

Apesar de ainda não ser realidade em todos os hospitais brasileiros, as leis que obrigam a presença do cirurgião dentista nas unidades de terapias intensivas, clínicas e hospitais da rede pública e privada tendem a se fortalecer. Em vista de que já existem regulamentações e projetos de lei que mostram a importância e obrigam a presença desses profissionais nos hospitais. (SOUSA, et al, 2014)

Pacientes com comprometimento sistêmico podem apresentar uma condição de higienização oral desfavorável, onde o maior acúmulo de biofilme bacteriano e fontes de infeções bucais como restos radiculares e unidades dentárias com necrose pulpar, apresentam maiores chances de disseminação por via hematogênica ou colonização orofaríngea. Tornando a avaliação do meio bucal, pelo cirurgião dentista fundamental para prevenir e minimizar complicações. Sendo necessário uma rotina de avaliação, assim como a implantação de um protocolo de higiene oral. (SALDANHA, et al., 2015)

A pneumonia nosocomial é a segunda maior infecção adquirida pelos pacientes internados, sendo os que estão nas UTIs os mais vulneráveis, devido uma ineficácia na higienização oral, gerando um grande acúmulo de bactérias. Essa infecção além de ser responsável pela alta taxa de morbidade e mortalidade, é uma doença de alto custo hospitalar, por isso a importância da implantação do protocolo de higienização bucal a fim de se evitar o agravo da situação dos pacientes. (MORAIS, et al., 2006, SANTOS, et al., 2008, TOLEDO, 2009)

O risco de desenvolver pneumonia em pacientes com ventilação mecânica é ainda maior (PAVM), pela dificuldade da higiene bucal. (SANTOS, et al., 2013)

Desta forma, este estudo tem objetivo de trazer em voga através de uma revisão de literatura a importância da presença do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar, assim como a da implementação de um protocolo de atendimento clínico, visando a melhora significativa da saúde do paciente.

2. Materiais e Métodos

Para essa revisão de literatura sobre Odontologia Hospitalar, foi realizada uma estratégia de busca de artigos publicados no período de 2012-2016 nos seguintes bancos de dados de pesquisa: PubMed, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando a combinação entre os seguintes descritores: “Odontologia Hospitalar” e “Protocolos”

O critério de inclusão dos artigos foi: 1) quanto ao conteúdo: deveria apresentar relação direta com os assuntos sobre a temática e 2) quanto ao período de publicação: artigos publicados entre 2012 a 2016 nos bancos de dados selecionados com disponibilidade de acesso livre para leitura. Além disto, se utilizou algumas referências bibliográficas de livros importantes sobre o assunto.

3. Revisão de literatura

O cirurgião dentista tem papel fundamental no monitoramento da saúde oral do paciente em ambiente

hospitalar, que é essencial para a saúde geral do mesmo. Assim como condições orais podem predispor alterações sistêmicas, condições sistêmicas podem ter manifestações orais. (PIZZO, et al. 2010; BEIKLER, FLEMMING, 2011; AMES, et al. 2011)

É preciso que o Cirurgião Dentista esteja apto a interpretar exames complementares, diagnosticar e prevenir alterações bucais, assim pode prevenir infecções hospitalares e em muitos casos diminuir custos e a permanência hospitalar do paciente. (GODOI, et al., 2009, GAETTI-JARDIM, et al., 2013)

Tendo como objetivo a prevenção de complicações do quadro clinico atual, os cuidados em relação a higiene oral de pacientes hospitalizados se faz de extrema importância, impedindo que ocorra infecções em outros órgãos e sistemas. Seja com práticas de alta, média ou baixa complexidade, para prevenção ou tratamento, em pré, trans e/ou pós operatório, ou cuidados paliativos em nível hospitalar. (GAETTI-JARDIM, et al., 2013)

São diversos os motivos que pacientes são internados em UTI, como consequência da internação, das manobras realizadas e do uso de medicamentos, esses pacientes podem apresentar alterações imunológicas e sistêmicas, comprometimento respiratório, disfagia, tornando mais vulneráveis a infecções orais e nosocomiais. (ASSIS, 2012)

A má higiene bucal associada a alterações da resposta imunológica, predispõe o desenvolvimento de deterioração dos tecidos de proteção e suporte dentário. De um modo geral, indivíduos hospitalizados não apresentam higienização oral satisfatória, e por não encontrarem uma barreira imunológica, pois na maioria das vezes o indivíduo encontra-se imunossuprimido e com hiposalivação, o biofilme dental se prolifera de maneira rápida, resultando no aumento da quantidade e da complexidade, favorecendo alterações sistêmicas, infecções, doenças gengivais. (MORAES, et al., 2006, WESTPHAL; LEITÃO, 2008, ARAUJO, et al., 2009, AMARAL, et al., 2013)

As pneumonias nosocomiais são, de forma geral, as infecções de maior importância que podem acometer os pacientes hospitalizados. Dentes e gengiva servem como um reservatório para patógenos. Os pacientes internados em Unidades de terapia intensiva são os mais vulneráveis de desenvolver uma pneumonia nosocomial, cerca de 10-20% de chances, principalmente os pacientes que estão sob ventilação mecânica, 7-40% de desenvolver pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM), essa, associada a uma taxa de 50-80% de mortalidade. Em pacientes que utilizam a ventilação mecânica, não existe o reflexo da tosse, a expectoração e as barreiras imunológicas estão deficientes. (TOLEDO; CRUZ, 2009)

As medidas de higienização diminuem a colonização de patógenos na cavidade bucal, com bons resultados para a prevenção da PAVM. A dificuldade de deglutir e a falta ou ausência de higiene oral são fatores de significância para o risco de desenvolver a pneumonia nosocomial. Alguns estudos recentes consideram a higiene oral como uma medida significativa para a prevenção da PAVM. (KAHN, et al., 2008)

Em pacientes críticos, a avaliação diária da orofaringe e a manutenção de uma higiene oral satisfatória são tarefas difíceis de cumprir, principalmente quando o paciente encontra-se intubado. Todo o aparato que faz parte da ventilação mecânica, dificulta a assistência realizada no leito. A equipe de enfermagem que faz a prática, sendo orientada e motivada pelo cirurgião-dentista. (OLIVEIRA, et al., 2007, PADOVANI, 2012)

É fato em que a permanência de pacientes em UTI, seja comum o surgimento de alterações bucais, que podem ser relacionadas a doença, aos medicamentos e/ou ao aparato de respiração artificial que alteram a microbiota, de acordo com o tempo, os procedimentos invasivos e as condições

clínicas do hospedeiro. (RAMOS, et al., 2009, AMES, et al., 2011, KURAMOTO, et al., 2011)

Problemas bucais como a doença periodontal, atuam como foco de disseminação de microrganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde já comprometida. (SOUZA, et al., 2005)

Slawski (2012) preconiza avaliação diária da cavidade oral, a partir de meios preventivos, adequação do meio bucal, procedimentos curativos e restauradores, permitindo um equilíbrio na microbiota oral, que poderá refletir na saúde sistêmica do paciente. Notoriamente, muitos dos pacientes internados, apresentam condições orais pré-existentes, e que devem ser adequadamente tratadas.

A hipossalivação, que é muito comum, pode ser causada pelo uso de certos medicamentos, favorecendo o crescimento microbiano. Facilitando o surgimento de mucosites, condições que podem se tornar bastante dolorosas. Halitose, úlceras traumáticas, saburra lingual e candidíase também podem aparecer durante a internação, que enfatizam a necessidade de higiene oral. (GOMES; ESTEVES, 2012)

A disfagia (dificuldade para deglutição) também é um tipo de manifestação oral, com maior risco de incidência com aumento da idade, causada pela mucosite, problemas locais na orofaringe ou esôfago, ou problemas neurológicos ou neuromuscular. Fatores esses que favorecem a colonização da cavidade bucal por microrganismos superinfectantes, como bactérias entéricas e pseudômonas. (SALDANHA, et al., 2015)

Uma alteração muito encontrada nos pacientes é a mucosite, principalmente nos que estão em tratamento antineoplásico, encontrada em quase 100% nos submetidos à radioterapia em região de cabeça e pescoço e cerca de 40% em pacientes que recebem quimioterapia. Manifestada na forma de eritema, ulceração, hemorragia, edema e dor, sendo definida como uma condição inflamatória. O que impede uma boa alimentação dos pacientes, pois quase sempre vem acompanhado de dor. (JUREMA, 2007)

O dorso da língua serve como reservatório de diversos microrganismos, que posteriormente vão ocupar superfícies dentárias supra e sub gengival. Com a modificação da microbiota oral, vai ocorrendo alterações orais como a periodontite, candidíase e saburra lingual, cárie e suas progressões, permitindo que sem a higiene adequada se torne foco de colonização de patógenos, agravando progressivamente as condições do paciente, aumentando seu tempo em meio hospitalar, diminuindo sua sobrevida e aumentando os custos para o hospital. (SALDANHA, et al., 2015)

Usualmente patógenos respiratórios não são encontrados na cavidade oral de pacientes saudáveis, mas, em ambiente hospitalar, podem colonizar o biofilme dental, próteses, a língua, sendo facilitada pela diminuição do fluxo salivar. (OLIVEIRA, et al., 2007)

A pneumonia por aspiração da secreção presente na orofaringe é o tipo mais comum de pneumonia nosocomial. (MORAES, et al., 2006)

A negligência da higiene oral e a diminuição do fluxo salivar, aumentando a quantidade e a complexidade da placa favorece a integração de bactérias indígenas e patógenas respiratórios como pseudômonas aeruginosa e bacilos gram entéricos, resultando na colonização da placa pelos patógenos respiratórios potenciais. (KAHN, et al., 2008)

A pneumonia nosocomial é estabelecida após a invasão bacteriana, especialmente bastonetes gram-negativos, predominantes em doenças periodontais, no trato respiratório inferior. (MORAES, et al., 2006)

Em pacientes com ventilação mecânica os microrganismos presentes na orofaringe alcançam o trato respiratório inferior através da passagem das secreções orofaríngeas, infiltrando pelas paredes dos tubos e

bastonetes endotraqueais. (ASSIS, 2012)

Portanto, a avaliação e higiene oral diária é indispensável, tanto para pacientes dentados como desdentados. Sendo importante a avaliação do grau de independência do paciente, devendo ser estimulado o autocuidado, estimulando a recuperação do paciente. E dando atenção maior a pacientes que não tenham independência para tal, principalmente os que fazem necessário o uso de ventilação mecânica. (GAETTI-JARDIM, et al., 2013)

Para avaliar os cuidados indicados e montar um protocolo de atendimento adequado, devemos saber o que é higiene oral(HO) e os objetivos da mesma.

A higiene oral é o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico da cavidade oral, onde a equipe de cirurgiões dentistas e a equipe de enfermagem devem estar comprometidos, principalmente, com os pacientes que apresentam deficiência na auto-higienização. (GAETTI-JARDIM, et al., 2013)

De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira os objetivos da higiene oral são: manter a cavidade limpa, controlar o biofilme, hidratar os tecidos intra e peribucal, reduzir a colonização da orofaringe, evitar a contaminação da traquéia, detectar focos infecciosos e lesões de mucosa, dor em região orofacial ou dificuldade na movimentação mandibular, diminuir os riscos de infecção respiratória, devido ao conteúdo presente na cavidade oral e, por fim, promover conforto e bem estar ao paciente. (SALDANHA, et al., 2015).

Martins (2001) afirma que no ambiente hospitalar o cuidado da higiene oral é uma atribuição da equipe de enfermagem, sob supervisão do cirurgião dentista. Muitas vezes os cuidados com a cavidade bucal são vistos como uma simples questão de conforto e por isso não são priorizados pela equipe de enfermagem, porque consideram que tais procedimentos contribuem menos para a saúde do paciente do que as demais intervenções.

O Indicador de Higiene Oral do Paciente Crítico (IHOPC) é um dos instrumentos utilizados para analise do estado de saúde e qualidade da higiene oral, auxiliando na avaliação diária do paciente, onde é feita a analise dos escores e a somatória determina a classificação da higiene oral em satisfatória, deficiente e precária. O indicador identifica a presença de biofilme, gengivite, saburra, halitose, secreção, sangue, restos alimentares, levando em consideração também a presença de fatores retentivos. Todos eles recebem valor 1 e a soma dos mesmos determinará a qualidade da higiene, onde 0-1 satisfatório , 2-3 deficiente, 4-7 precária , e a partir disto o protocolo de higienização será montado. (Tabela 01) (SALDANHA, et al., 2015)

Tabela 1: Indicador de higiene oral do paciente crítico

Escala da mensuração do IHOPC	
Presença de placa	1
Gengivite	1
Saburra	1
Halitose	1
Presença de secreção	1
Presença de sangue	1
Presença de restos alimentares	1
Total	
Fatores de retenção: tubo orotraquel, cânula, aparelho ortodôntico,cárie extensa, calculo dentário, prótese	
HO satisfatório: 0-1/ **HO deficiente:2-3/** **HO precária:4-7**	

Fonte: SALDANHA, et al., 2015

Para higienização da cavidade oral são utilizadas soluções antimicrobianas como, por exemplo, a clorexidina, que vem apresentando melhores resultados no controle do biofilme até o momento. (GAETTI-JARDIM, et al., 2013)

Essa substância possui poder bactericida e bacteriostático, e no Brasil é utilizada mais frequentemente em forma de enxaguatório na concentração de 0,12%.

Desta forma a prioridade do cirurgião dentista no âmbito hospitalar é o alivio da dor e a adequação do meio oral. Após avaliação clínica e utilizando IHOPC, o dentista deve seguir as seguintes etapas, segundo Gaetti-Jardim et al., para o tratamento assistencial de acamados:

- - manter a cabeceira elevada 30° (confirmar se não há restrições para mudança de decúbito);
- - lavar as mãos, calçar luvas de procedimentos e utilizar equipamento de proteção individual (EPI's);
- -verificar a pressão do cuff antes da realização do procedimento;
- - utilizar uma escova extra macia e de cabeça pequena ou uma espátula com gaze, embebidos em solução aquosa de clorexidina 0,12% sempre no sentido postero-anterior, aplicando em todas as superfícies dentarias, mucosa e língua;
- - injetar 10 ml da solução aquosa de clorexidina na cavidade oral e aspirar o conteúdo supra-cuff após 30 segundos;
- - aplicar lubrificante labial;
- - acondicionar a escova adequadamente após sua utilização;

O protocolo de atendimento também pode ser montado de acordo com o nível de dependência do paciente. (GAETTI-JARDIM et al., 2013). Tabela 02.

Tabela 2: Proposta de protocolo de atendimento ao paciente hospitalizado, de acordo com o nível de dependência do paciente.

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	CAPACIDADE MOTORA	RECURSOS PARA HIGIENIZAÇÃO
Independente	Paciente que pode se locomover	Paciente desloca-se até a pia e realiza a própria higiene, enquanto o CD o oriente quanto as técnicas corretas
Parcialmente dependente	Pacientes que não podem se deslocar ou possuem dificuldades motoras	Uma cuba é levada até o leito, onde o paciente pode realizar a própria higiene ou são oferecidos recursos auxiliares
Dependente	Pacientes com impossibilidades motoras ou intubados	A higiene é realizada pelo profissional com os materiais adequados e solução de clorexidina 0,12%

Fonte: GAETTI-JARDIM, et al., 2013

Estes protocolos tem como objetivo a aspiração das secreções bucais e orofaríngeas, descontaminação do tubo orotraqueal quando possível, remoção de biofilme, coágulos e saburra, para evitar a colonização bacteriana ao longo do trato respiratório.

Quando se fala em Odontologia Hospitalar, logo já se associa com trabalho curativo exclusivo do

cirurgião-dentista, porém, as atividades em meio hospitalar também incluem ações educativas e preventivas, devendo então o cirurgião-dentista sempre trabalhar integrado a outros profissionais, como equipe de enfermagem(auxiliar e técnico de enfermagem e enfermeiro),técnicos de higiene bucal, e auxiliar de consultório odontológico, devidamente treinados e orientados sobre os métodos adequados para higienização bucal. Esses cuidados são considerados de grande importância na assistência de pacientes totalmente dependentes, minimizando os riscos de complicações. A inclusão do CD na equipe médica é indispensável, pois atribui de forma positiva e integral a saúde do paciente, favorecendo um prognóstico melhor e recuperação. (LIMA, et al., 2011)

Quando se fala em multidisciplinaridade, com interação de profissionais de diferentes áreas cuidando de um mesmo paciente de forma integral, não está relacionado nos ambientes ou nos equipamentos especiais, e sim no processo de tomada de decisões, em cima da compreensão das condições fisiológicas e patológicas do paciente e novas terapias, tratando com integralidade, saúde bucal e saúde sistêmica. (ARAUJO, et al., 2009, BARROS, 2014)

O cirurgião bucomaxilofacial foi estabelecido dentro dos hospitais, sendo o marco inicial na inserção da Odontologia neste ambiente, para cuidar de pacientes vítima de trauma facial. Porém, existem situações clínicas que a presença do Cirurgião dentista é indispensável, além do cirurgião bucomaxilofacial, importante para a assistência dos pacientes internados, para manutenção da saúde bucal e prevenção de doenças, incentivando a higienização e a constante inspeção da boca e estruturas associadas. (ARANEGA, 2012)

Em 1901, no Hospital Geral da Filadélfia, surgiu o primeiro conceito de odontologia hospitalar, o primeiro modelo estruturado mundialmente. No Brasil, em 1945, no Hospital das Clínicas da Faculdade de medicina de São Paulo. A odontologia hospitalar ainda tem dificuldades em sua implantação, mesmo estando a bastante tempo dentro do Código de Ética Odontológico. (BARROS, 2014)

O Projeto de Lei N°2.776/2008, determina a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva, hospitais públicos e privados, e nas demais alas, bem como os SADs (Serviço de atendimento domiciliar), tendo como objetivo proporcionar atenção integral aos pacientes. (BRASIL, 2008)

Além da resolução normativa RDC7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) de 2010 que garante assistência odontológica na UTI, exigindo dentistas na montagem das equipes multidisciplinares das UTIs em qualquer hospital, público ou privado. (BRASIL, 2008)

A implantação de protocolos de saúde bucal nos hospitais envolve poucos gastos, pois consiste em procedimentos simples e baratos que proporcionam grandes benefícios. (SARIN, et al., 2008)

4. Discussão

A Odontologia Hospitalar é uma área que vem sendo bastante explorada, porém ainda enfrenta dificuldades em relação a aceitação do profissional dentista no âmbito hospitalar e ao cumprimento da legislação.

O Projeto de Lei N°2.776/2008, elaborado para tornar obrigatória a presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva, infelizmente ainda não entrou em vigor, apesar das várias pesquisas em relação aos benefícios da integração do cirurgião-dentista em meio hospitalar. Sua prática vem crescendo gradativamente. Problemas financeiros, políticos, organizativos ou éticos, são alguns dos obstáculos encontrados para a assistência à saúde no país.

Há um consenso entre os autores Araújo (2009), Godoi, Gaetti-Jardim(2013), Barros(2014) e Saldanha(2015) ao afirmarem ser de

fundamental importância a participação do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar para tratamento do paciente acamado. Disseram ainda que é importante a interação de profissionais de diferentes áreas da saúde para cuidar de um mesmo paciente de forma integral, a fim de auxiliar na tomada de decisões, para melhor compreender as condições fisiológicas e patológicas do paciente e aplicar novas terapias, tratando com integralidade da saúde bucal e saúde sistêmica.

Saldanha (2013), Gaetti-Jardim et al (2013), e Gomes; Esteves (2012) concordam que a indicação de protocolo de HO pode prevenir infecções e diminuir tempo de internamentos. Gaetti-Jardim et al (2013) inclusive enfatiza a necessidade de avaliação e higiene bucal diária, tanto para pacientes dentados como desdentados e pacientes que fazem uso de ventilação mecânica.

Somente Gaetti-Jardim et al (2013) estabeleceu um protocolo de atendimento que leva em consideração o nível de dependência do paciente. E isto tem sido interessante pelo ponto de vista que o paciente sem dependência pode deslocar-se até a pia e realizar a própria higiene enquanto o dentista apenas o orienta. Os pacientes parcialmente dependente, leva-se uma cuba até o leito onde o paciente pode realizar a própria higiene e se totalmente dependente, a higiene é realizada pelo profissional com os materiais adequados e solução de clorexidina 0,12%.

Os protocolos propostos por Saldanha (2015) e Gaetti-jardim et al (2013) tem em comum a limpeza do meio oral e orofaríngeo para barrar o microrganismo, evitando a colonização bacteriana e impedindo infecções ao longo do trato respiratório.

Morais et al (2006), Santos et al (2008), Toledo; Cruz (2009) concordam em relação ao alto risco de desenvolver pneumonia nosocomial em unidades de terapia intensiva, pelo grande acúmulo de bactérias devido a ineficácia na higiene oral.

Desta maneira, é imprescindível a participação do cirurgião dentista no âmbito hospitalar, prevenindo o agravo da situação atual do paciente.

5. Conclusão

Essencial para melhora da saúde do paciente, a atuação do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar dá integralidade ao sentido de saúde, que é como devemos ver o bem estar do paciente, e não tratando saúde bucal e sistêmica separadamente. Por isso a importância de um protocolo de atendimento clínico, fazendo parte da rotina diária dos pacientes, para atuarmos no sentido de prevenção de doenças e em promoção de saúde.

Sugere-se a partir do resultado desta revisão de literatura, que novos estudos possam trazer novas evidências cientificas capaz de subsidiar cada vez mais a inserção de Cirurgião Dentista em UTIs e demais ambientes hospitalares, com ênfase de prevenção de agravos na saúde do paciente acamado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÉFICAS

1. AMARAL COF; MARQUES JÁ; BOVOLATO MC; PARIZI AGS; OLIVEIRA A; STRAIOTO FG.Importância do cirurgião dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Revista de associação paulista de cirurgiões dentistas**, v. 67, n. 2, pp. 107-111, 2013.

2. AMES, N.J; SULIMA P; YATES JM; MCCULLAGH L; GOLLINS SL; SOEKEN K; WALLEN GR. Effects of systematic oral care in critically III patients. **A multicenter study. Am J. Crit. Care.** 2011. 20 (5):103-14.

3. ARANEGA AM; BASSI AF; PONZONI D; WAYAMA MT; ESTEVES JC; GARCIA JUNIOR IR. Qual a importância da odontologia hospitalar**? Rev. Bras. Odont.,** Rio de Janeiro, 2012, v.69,n. 1, p.90-3.

4. ARAUJO RJG; VINAGRE NPL; SAMPAIO JMS. Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Acta sci. Health sci. Maringá**. 2009; 31 (2): 153-7.

5. ARAUJO. R.J.G; OLIVEIRA LCG; HANNA LMO; CORRÊA AM; CARVALHO HV; ALVARES NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Rev. Bras. Ter. Intensiva** 2009; 21(1):38-44.

6. ASSIS, C. Atendimento odontológico nas UTIs. **Rev. Bra. Odont**. 2012; 69 (1): 72-5.)

7. BARROS, M. **Odontologia hospitalar: Revisão de literatura.** 2014. 41 f. Faculdade de Odontologia. Universidade Federal do Rio Garande do Sul, Porto Alegre, 2014.

8. BEIKLER, T., FLEMMING, T. F. Oral bioflm-associated diseases: trends and implications for quality of life, **systemic healthy and expenditures Periodontol.** 2011; 55 (1): 87-103.

9. BRASIL. Conselho Federal de Odontologia.Código de Ética resolução CFO-118/2012.

10. BRASIL. Projeto de lei n° 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.

11. BROWN SES; RATCLIFFE SJ; KAHN JM; HALPERN SC.the Epidemiology of intensive care unit readmissions in the United states. **Am. J. Crit. Care Med.** 2012; 185: 956-64.

12. GAETTI-JARDI EC; SETTI JS; CHEADE MFM; MENDONÇA JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão de literatura e proposta de protocolo de higiene oral. **Revbrasciênc saúde**. 2013; 11(35):31-6.

13. GODOI APT; FRANCESCO AR; DUARTE A, KEMPM APT; SILVA LOVATO CH.Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão Geral. **Rev Odontol UNESP**. 2009; 38 (2): 105-9.

14. GOMES, S.F; ESTEVES, MCL. Atuação do cirurgião dentista na UTI: um novo paradigma. **Rev. Bra. Odont.** 2012; 69 (1):67-70.

15. KAHN S; GARCIA CH; JUNIOR, JR. 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):18825-31.

16. LIMA, D.C; SALIBA NA; GARBIN AJ; FERNANDES LA; GARBIN CA. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. 2011. **Ciên. Saúde Coletiva**. 16 (1): 1173-1180.

17. LOTUFO, R.F.M.. PANNUTI, C.M. **Efeitos Diretos dos patógenos bucais nas condições sistêmicas. In: Brunetti MC, organizadora. Periodontia médica: uma abordagem integrada.** São Paulo: Senac; 2004. P.42-57.

18. MARTINS MA. Manual de infecção: epidemiologia, prevenção e controle. Belo Horizonte: **MEDSI**;2001.

19. MORAIS T.M; SILVA A; KNOBEL E; AVI AL; LIA RC. **Pacientes em unidade de terapia intensiva: atuação conjunta dos médicos e dos cirurgiões dentistas**. In: Serrano Jr CV, Lotufo RF, Morais TM, Moraes RG, Oliveira MC, coordinators. Cardiologia e Odontologia – Uma visão integrada. São Paulo: Santos; 2007. P.2249-70.

20. MORAIS, TMN; SILVA A; AVI ALRO; SOUZA PHR; KNOBEL E; CAMARGO LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. Rer. Bras. Ter. Intensiva**. 2006; 18 (4): 412-7.

21. OLIVEIRA LCBS; CARNEIRO PPM; FISCHER RG; TINOCO BEM. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. **Bras. Ter. Intensiva**. 2007; 19(4):428-33.)

22. PADOVANI, MCRL. Protocolo de cuidados bucais na Unidade de tratamento Intensivo (UTI Neonatal. **Rev. Bras. Pesq. Saude.** 2012; 14 (1): 71-80.

23. 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.

24. RAMOS M.M; GAETTI-JARDIM EC; GAETTI-JARDIM JUNIOR E. Resistence to tetracycline and {beta }-lactams and distribution of resistance markes in enteric microorganisms

and pseudomonads isolated from the oral cavity. **J Appl Sci**. 2009;17 Suppl:13.

25. SALDANHA, K.D.F.; COSTA DC; PERES PI; OLIVEIRA MM; GAETTI-JARDIM EC. A odontologia hospitalar: Revisão. **Arch Health Invest.** 2015. 4(1): 58-68.

26. SALDANHA, K.F.D; COSTA DC; PINTO SF; GAETTI-JARDIM EC. Avaliação do índice de higiene oral do paciente crítico. **Arch Health Invest**. 2015. 4 (6): 47-53.

27. SANTOS PSS; MELLO WR; WAKIM RCS; PASCHOAL MAG. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em UTI. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2008; 20 (2): 154-9.)

28. SLAWSKI, EG. A participação do cirurgião-dentista na equipe das Unidades de Terapia Intensiva UTI. **Rev. Perionews**. 2012; 6 (1): 39-44.

29. SOUSA, L.V.S., PEREIRA, A.F.V., SILVA, N.B.S. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. **Rev. Ciênc. Saúde.** V. 16, n. 1, p. 39-45, jan-jun, 2014.

30. SOUZA, C.R.D; LIBÉRIO AS; GUERRA NMR; MONTEIRO S; SILVEIRA EJD; PEREIRA ALA. Avaliação da condição periodontal de pacientes renais em hemodiálise. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2005; 51(5):285-90.

31. 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).

32. WESTPHAL MRA, LEITÃO NS. Avaliação dos protocolos de higiene bucal nas unidades de terapia intensiva de hospitais públicos e privados. **Revista HUGV** 2008; 1(1-2).

33. SARIN, J; BALASUBRAMANIAM, R; CORCORAN, AM; LAUDENBACH, JM; STOOPLER, ET. Reducing the risk of aspiration pneumonia among elderly patients in long-term care facilities through oral health interventions. **J am Med Dir Assoc.** 2008; 9(2):128-35.