



Odontologia Hospitalar: interações preventivas e terapêuticas em pacientes sob cuidados intensivos- uma revisão da literatura

Eliane de Souza Cruz¹, Elaine de Lira Cerqueira¹, Saul Alfredo Antezana Vera²

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

A relevância da presença de cirurgiões-dentistas em ambientes hospitalares, particularmente na atenção a pacientes em situações de risco. Este artigo tem como objetivo ressaltar, por meio de uma revisão de literatura. Embora as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) não estejam diretamente vinculadas à saúde bucal dos pacientes, seus sistemas e órgãos são constantemente monitorados. Essa supervisão contínua faz toda a diferença para evitar novos problemas e manter o paciente o mais saudável e confortável possível. Não apenas para tratar problemas bucais, a intervenção odontológica ajuda a recuperação e estabilidade do paciente durante a internação. O papel dos cirurgiões-dentistas na UTI é fundamental para a recuperação do paciente, tanto no tratamento quanto na prevenção de diversas condições bucais e no sistema estomatognático, isso inclui o controle do biofilme. Além disso, ajuda a prevenir infecções hospitalares, especialmente respiratórias, e reduzir custos de internação.

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar, Cirurgião-dentista, Saúde Bucal.

Hospital dentistry: preventive and therapeutic interactions in intensive care patients - a literature review

ABSTRACT

The importance of the presence of dental surgeons in hospital environments, particularly in the care of patients in high-risk situations. This article aims to highlight this through a literature review. Although Intensive Care Units (ICUs) are not directly linked to patients' oral health, their systems and organs are constantly monitored. This continuous supervision makes all the difference in preventing new problems and keeping the patient as healthy and comfortable as possible. Not only to treat oral problems, but dental intervention also helps the patient's recovery and stability during hospitalization. The role of dental surgeons in the ICU is fundamental to the patient's recovery, both in the treatment and prevention of various oral and stomatognathic system conditions, including biofilm control. It also helps prevent hospital-acquired infections, especially respiratory infections, and reduce hospitalization costs.

Keywords: Hospital Dentistry, Dental Surgeon, Oral Health.

Instituição afiliada – 1 Graduanda da Faculdade de Odontologia de Manaus, AM, Brasil.2 Biólogo, Professor Dr. da Faculdade de Odontologia de Manaus, AM, Brasil.

Dados da publicação: Artigo recebido em 03 de Junho e publicado em 23 de Julho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n7p2280-2297>

Autor correspondente: Dr. Saul A. Antezana Vera aav.saul@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

As infecções hospitalares representam um desafio relevante para a saúde pública, o que resulta em aumento da mortalidade e dos custos hospitalares. A infecção no sistema respiratório é comum em pacientes hospitalizados, e pesquisas indicam uma conexão direta entre o acúmulo de placa bacteriana na boca e as infecções respiratórias (Rocha e Ferreira, 2014). A cavidade oral desempenha um papel crucial como interface entre o ambiente interno e externo do corpo humano, abrigando uma ampla variedade de espécies de microrganismos (Deo e Deshmukh, 2019). A infecção respiratória é uma das mais frequentes em pacientes hospitalizados, e a literatura mostra a uma associação direta entre o biofilme bucal e estas infecções respiratórias (Rocha e Ferreira, 2014)

De acordo com o Global Burden of Disease (GBD) de 2015, as infecções do trato respiratório inferior foram a quarta doença mais frequente no mundo, com mais de 290 milhões de casos e correspondendo a 4,9% de todas as mortes a nível mundiais (Corrêa et al. 2017). Além disso, estudos recentes demonstraram que as taxas de mortalidade por pneumonia estão correlacionadas ao aumento das bolsas periodontais, bactérias anaeróbias associadas à doença periodontal, podendo impactar tanto na incidência quanto no prognóstico da pneumonia (Jeronimo et al. 2019).

A periodontite é responsável por diversas perdas dentárias, prejudicando a capacidade de mastigar, a estética e a qualidade de vida do paciente, uma vez que, as bactérias causam uma ocorrência inflamatória no sistema imunológico, resultando em perda de osso e, eventualmente, perda dentária. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças CDC, aproximadamente 64,7 milhões de adultos americanos com 30 anos ou mais, ou a cada dois, sofrem de periodontite leve, moderada ou grave. A taxa de prevalência da doença é ainda mais elevada em adultos com 65 anos ou mais, essa morbidade é maior (Jeronimo et al. 2019).

A relevância da higiene bucal para a saúde, a prevenção de doenças sistêmicas e a recuperação eficaz dos pacientes internados na UTI ainda não é amplamente reconhecida no Brasil (Gondim et al. 2012; Pinheiro et al. 2007). No entanto, a odontologia está gradualmente ganhando reconhecimento no ambiente hospitalar, enfrentando desafios e resistências que estão enraizados na cultura hospitalar, entre os



profissionais de saúde (Amaral et al. 2013). Diante disso, a presença do cirurgião-dentista é crucial para identificar lesões decorrentes de técnicas invasivas, como a intubação orotraqueal, em desequilíbrio do imunológico, a propagação de bactérias da cavidade oral para outras regiões do corpo pode se tornar mais suscetível, o que reforça a necessidade do cuidado odontológico (Cabral et al. 2023).

Sendo assim, a presença de cirurgiões-dentistas em hospitais, especialmente em unidades de terapia intensiva, é crucial para garantir a saúde bucal e geral dos pacientes. Este estudo de revisão da literatura visa destacar a importância desses profissionais na prevenção e tratamento de condições bucais em pacientes sob cuidados intensivos, promovendo uma abordagem multidisciplinar para o bem-estar dos pacientes hospitalizados.

METODOLOGIA

Este estudo é composto por uma revisão narrativa de literatura fundamentada na análise de pesquisas descritas por Gonçalves (2019), fornecendo o conhecimento a partir de fontes secundárias dos principais conceitos, descobertas e possíveis limitações que relacionadas ao tema. Para a elaboração deste estudo de revisão literária, foi realizado uma pesquisa na base de dados digitais de artigos científicos disponibilizados em: PubMed, Google Acadêmico, SciELO. Os termos pesquisados foram as palavras-chaves: “dental surgeon”, “Odontologia Hospitalar”, “Intervenção Odontológica na UTI”, “Oral Health in ICU”, “Periodontitis in UCI”, “Abordagem terapêuticas na UTI”, “Xerostomia em pacientes internados”, “Mucosite Oral”, “Orofaciais na UTI”. Os critérios de inclusão foram os artigos publicados em português e inglês que abordassem temas e pesquisas dentro da (Odontologia Hospitalar: Abordagens Preventivas E Terapêuticas Em Pacientes Sob Cuidados Intensivos), sendo os mais relevantes, sendo assim, foram obtidas um total de 41 artigos selecionados.

RESULTADOS

Odontologia Hospitalar

A odontologia hospitalar é caracterizada pela prestação de serviços

odontológicos em hospitais, com foco na prevenção e tratamento de problemas inflamatórios, infecciosos e dolorosos relacionados às condições de saúde de pacientes internados. Isto contribui para a superação de obstáculos e preconceitos entre os profissionais da área da saúde (Miranda, 2018).

A Odontologia Hospitalar começou a evoluir nos Estados Unidos no século XIX, graças aos trabalhos dos Drs. Simon Hullihen e James Garrestson. Seu empenho foi fundamental para que essa especialidade fosse reconhecida (Cillo, 1996; de Oliveira et al. 2017). Em 2004, a oficialização da Odontologia Hospitalar no Brasil, foi oficializado pela Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar marcando um avanço importante nessa área (Saldanha et al. 2015; Lucas et al. 2018). De acordo com da Silva et al. (2016), somente em 2005, na cidade de Barretos, interior de São Paulo, a odontologia foi incorporada às Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (Morais et al. 2006). Esse marco permitiu à realização de diversos estudos que evidenciam a importância do cirurgião-dentista como parte da equipe multiprofissional nessas unidades (Saldanha et al. 2015).

A oficialização da Odontologia Hospitalar como especialidade pela Resolução CFO-262 de 2024, durante o 41º Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo (CIOSP), representou um avanço importante. Além disso, este marco histórico estabelece critérios precisos para a especialização nesse campo, fornecendo uma base sólida de conhecimentos teóricos e práticos aos profissionais. No entanto, esses progressos são fundamentais para a melhoria da qualidade do atendimento odontológico hospitalar no país (CRO-SP, 2024). A odontologia hospitalar é uma prática externa para o tratamento de problemas bucais que requerem intervenções de uma equipe multidisciplinar, que colabora com outros profissionais de saúde para uma abordagem integral no cuidado aos pacientes (Wayama et al. 2014). Além disso, diversos estudos demonstram a ligação entre problemas bucais e condições sistêmicas, destacando que uma saúde bucal inadequada pode ser um foco para a disseminação de micro-organismos prejudiciais com potencial impacto metastático (Rocha e Ferreira, 2014).

Doenças infecciosas na cavidade oral podem desencadear complicações sistêmicas, como a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), que apresenta alta morbidade e mortalidade. Com isso, a falta de higienização bucal durante a

internação pode agravar essa condição (Saldanha et al. 2015). Ainda assim, a suspeita antiga da relação entre saúde bucal e sistêmica impulsionou inúmeras pesquisas, revelando o potencial da doença periodontal como um possível fator de risco para complicações sistêmicas, especialmente em pacientes imunocomprometidos (Morais et al. 2006). A existência do biofilme pode iniciar uma resposta inflamatória, causando um aumento considerável na quantidade de imunoglobulinas e mediadores químicos de inflamação circulantes, resultando em danos tanto localmente quanto em áreas distantes, sustentando uma possível ligação entre a doença periodontal e as doenças sistêmicas (Simões et al. 2020).

Nesse contexto, a inclusão do profissional de odontologia pode reduzir o risco de infecções e, por conseguinte, o tempo de hospitalização (Mattevi et al. 2011). Diante disso, a odontologia hospitalar é essencial para pacientes em cuidados intensivos, oferecendo intervenções preventivas e terapêuticas que contribuem para a saúde bucal e geral dos pacientes.

Importância da saúde bucal em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI)

O foco é o paciente em estado crítico nas unidades de cuidados intensivos (UTI). Infelizmente, a higiene oral desses pacientes é geralmente inadequada. Além disso, eles enfrentam desafios adicionais, como a ausência de higiene bucal devido à escassez de alimentos fibrosos e duros, e a redução dos movimentos da língua e das bochechas durante a fala (Amaral et al. 2009). O risco de contrair pneumonia nosocomial é aumentado devido aos microrganismos respiratórios presentes no biofilme bucal desses pacientes (Cabral et al. 2023; Oliveira et al. 2007).

Biofilmes de placa dental tendem a aumentar em volume e complexidade, o que facilita a colonização por patógenos respiratórios hospitalares. A falta de higiene bucal é um fator de risco relevante neste processo. Além disso, durante o período de internação, podem ocorrer alterações como o ressecamento e a xerostomia na cavidade oral. Ainda assim, a diminuição da salivagem prejudica a autolimpeza normal, pois aumenta o espessamento dos biofilmes da placa dental (Oliveira et al. 2007; Simões et al. 2020). A cavidade oral está constantemente colonizada, abrigando aproximadamente

de metade da microbiota total do corpo humano. Além disso, a placa bacteriana atua como um reservatório persistente de microrganismos e pode causar, infecções sistêmicas (Jeronimo et al. 2019). Além disso, considera-se que patógenos orais, como as bactérias e leveduras são mais comuns durante o período de intubação, a situação melhorará quando o paciente for extubado, ou seja, quando ele sair da UTI (da Silva et al. 2016).

Os pacientes que apresentam uma alteração do nível de consciência, uma condição comum em UTIs, tendem a aspirar uma maior quantidade de secreção da boca com maior frequência, o que facilita os processos de broncoaspiração e aumentando ainda mais os riscos de pneumonia (Baeder et al. 2012). Além disso, diversos estudos demonstraram que, após cinco dias de internação em UTI, os pacientes que desenvolveram pneumonia nosocomial tinham a sua etiologia bacteriana associada à composição bacteriana do biofilme bucal (Cabral et al. 2023; Oliveira et al. 2007). Entretanto, outro tipo de queixa oral é a dificuldade de deglutição (disfagia) de alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos (Batista et al. 2015).

Os pacientes que estão sob cuidados intensivos em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) requerem atenção contínua e especializada não apenas para tratar a condição que os levou à internação, mas também para garantir o funcionamento adequado de outros órgãos e sistemas que podem ser afetados, contribuindo assim para uma recuperação mais completa e um prognóstico mais favorável (Morais et al. 2006). Dentre esses cuidados, o atendimento odontológico é de suma importância e não deve ser negligenciado, pois as infecções presentes na cavidade bucal podem agravar a condição sistêmica do paciente (já comprometida) ou favorecer o surgimento de novas doenças, em especial as respiratórias, que são bastante frequentes em pacientes críticos (Amaral et al. 2018).

A atuação do Cirurgião Dentista (CD) atua juntamente com a equipe multidisciplinar da UTI auxilia garantir a rápida recuperação do paciente, garantindo que a saúde bucal e o sistema estomatognático do paciente permaneçam saudáveis durante a internação, controlando o biofilme e prevenindo e tratando estomatites, candidíases, cárie periodontal e outros problemas bucais. Além disso, o atendimento odontológico a pacientes graves ajuda a prevenir infecções nosocomiais, principalmente as

respiratórias, e reduz os custos hospitalares (Toledo e Cruz, 2009).

Além disso, a recuperação de pacientes graves requer cuidados da saúde bucal que incluam o controle de patógenos. É perceptível a relevância de cada pequeno cuidado, especialmente quando se trata de garantir o conforto e a segurança de pacientes que estão lutando pela vida. Os protocolos de cuidados sistêmicos fornecendo diretrizes para a verificação da eficiência das intervenções odontológicas (Pinheiro e Almeida, 2014).

Intervenção odontológica em pacientes de estado crítico

Doença periodontal

A periodontite é atualmente reconhecida como uma condição infecciosa e inflamatória que causa prejuízos aos tecidos que suportam os dentes. Esses prejuízos podem surgir devido diretamente à atividade das bactérias e seus produtos secundários, ou de forma indireta, com o anfitrião influenciando as respostas de manipulação dos tecidos. Essa situação não ocorre sozinha, sendo impactada por diversos fatores, como a rotina de cuidados com a higiene bucal e a genética (Jeronimo et al. 2019; Lotufo e Pannuti, 2004). A interação do biofilme oral com os tecidos periodontais promove um conjunto de eventos imunopatológicos e inflamatórios que culminam na doença periodontal. Esta condição é influenciada por uma combinação de fatores locais, sistêmicos, ambientais e genéticos, que contribuem para seu início e progressão (Morais et al. 2006).

Os avanços científicos fornecem evidências que nos permitem acreditar na contribuição significativa do tratamento odontológico, especificamente a intervenção periodontal sendo relevante (Morais et al. 2006). Além disso, a intervenção odontológica é indispensável para melhorar a saúde dos pacientes em estágio crítico. Além de tratar doenças bucais, uma boa saúde bucal auxilia ao corpo contra complicações como infecções respiratórias. O controle do biofilme oral é fundamental na prevenção e o tratamento das doenças periodontais, ressaltando a importância da odontologia hospitalar na promoção do bem-estar bucal e sistêmico.

Controle do biofilme oral

O biofilme bucal, quando associado a falta de higiene bucal adequada, pode contribuir para infecções respiratórias por três mecanismos principais. Em primeiro lugar, a alta concentração de patógenos na saliva, devido à presença do biofilme, podendo ser aspirada para os pulmões, causando comprometimento danos a defesa imunológica. Em segundo lugar, o biofilme bucal pode ser um reservatório de patógenos pulmonares, promovendo seu crescimento. Em suma, as bactérias presentes no biofilme podem facilitar a colonização das vias aéreas superiores por patógenos pulmonares (Oliveira et al. 2007).

Pacientes internados em UTI geralmente apresentam higiene bucal deficiente, com uma quantidade significativamente de biofilme e maior colonização por patógenos respiratórios (bactérias gram negativas). Sendo que, a quantidade e a complexidade do biofilme aumentam com o tempo de internação (Miranda, 2018). Diante deste cenário, é primordial salientar que um milímetro cúbico de biofilme dental pode conter aproximadamente 100 milhões de bactérias, o que o torna um reservatório permanente de patógenos potenciais. Esses microrganismos não apenas causam danos locais, como também podem causar infecções a longo prazo (Rocha e Ferreira, 2014). A higienização bucal contribui para a diminuição da halitose, melhora a auto-estima e principalmente atuar na remoção de restos alimentares e desorganização do biofilme, o que contribui para a adequação do meio bucal e diminuição dos riscos para o surgimento de problemas de saúde para os pacientes. Além disso, é preciso implementar e monitorar de forma contínua como parte integrante do cuidado odontológico em unidades de terapia intensiva (Miranda, 2018).

A remoção diária do biofilme dentário e da saburra lingual contribui para uma melhora da saúde bucal e, conseqüentemente sistêmica do paciente internado. Esta medida deve ser realizada, pelo menos três vezes ao dia, após as refeições, o uso de fio dental deve ser diário, pois atua na eliminação da placa bacteriana presente entre os dentes. O dentista deve avaliar a necessidade de ajustes na indicação, especialmente quando relacionada ao fator sistêmico (El-Rabbany et al. 2015).

Essas iniciativas têm sido fundamentais para integração da higiene bucal à rotina hospitalar, reduzindo a formação de biofilme dentário e, conseqüentemente, o risco de infecções causadas pela microbiota bucal. Além disso, é conhecido que muitas doenças

sistêmicas apresentam manifestações na cavidade bucal, o que aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de condições patológicas (Rocha e Ferreira, 2014).

Xerostomia e suas implicações na saúde bucal

A xerostomia, conforme definida por Sreebny (1988) é a sensação subjetiva de boca seca, causada pelo hipofunção das glândulas salivares. Além disso, os sintomas incluem dificuldade ao comer, em falar, engolir e usar próteses dentárias, a xerostomia pode causar complicações, tais como cáries, aumento da parótida, inflamação labial, candidíase oral e mau hálito. Ademais, estudos recentes revelam que os pacientes com xerostomia desejam métodos eficazes e seguros para o tratamento, porém, até o presente, não há opções que atendam a essa expectativa (Rao et al. 2019).

Mucosite Oral

A Mucosite Oral (MO) é uma reação adversa comum em pacientes com câncer submetidos à radioterapia e/ou quimioterapia (Filho et al. 2010; Menezes et al. 2014). Os pacientes submetidos à quimioterapia têm uma incidência de 40% de mucosite oral, enquanto em crianças com idade inferior a 12 anos, essa probabilidade é superior a 90%. Em adultos que são submetidos a radioterapia na cabeça e pescoço, o risco supera 80%. Além disso, os sintomas comuns incluem sangramento, dor e desconforto ao se alimentar ou na hora da higiene bucal (Schirmer et al. 2012; Menezes et al. 2014).

Diversos estudos têm sido realizados para prevenir ou diminuir o comprometimento dos tecidos intraorais. Os tratamentos convencionais, como anestésicos tópicos e opioides sistêmicos, bem como a higiene bucal e terapias com laser ou crioterapia, têm demonstrado eficácia na diminuição da mucosite oral. Além disso, o tratamento da mucosite oral pode ser melhorado usando produtos naturais como própolis, Aloe Vera e camomila. Os cirurgiões-dentistas têm um papel crucial na prevenção e no tratamento desses sintomas, demonstrando compaixão e conhecimento ao cuidar dos pacientes durante uma fase difícil da vida (Albuquerque e Camargo, 2007; Singh et al. 2008; Santos et al. 2009; Menezes et al. 2014; Sahebamee et al. 2015).

Lesões traumáticas orofaciais

As lesões traumáticas orofaciais em pacientes sob cuidados intensivos são como uma batalha adicional para aqueles que já enfrentam problemas nas UTIs. Essas lesões são causadas por procedimentos médicos invasivos, incidentes ocorridos durante o transporte ou especificamente do paciente ou simplesmente pela fragilidade dos tecidos moles, que já estão comprometidos por um estado de saúde ruim. Tais lesões vão desde cortes e contusões, leves até lesões mais graves e até mesmo fraturas ósseas.

A intervenção odontológica em lesões traumáticas orofaciais é vital para a recuperação dos pacientes, promovendo saúde bucal, prevenindo infecções e acelerando a recuperação. Além disso, a integração do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar das UTIs é essencial para garantir uma abordagem abrangente à saúde bucal dos pacientes. Manter uma higiene bucal adequada, incluindo dentes, gengivas, bochechas e língua, e controlar o afluxo de patógenos é crucial para a saúde geral. Essas práticas não apenas melhoram a saúde bucal, mas também reduzem a disseminação de microrganismos para outras partes do corpo, contribuindo para a qualidade de vida e recuperação dos pacientes. Isso promove um atendimento integral e individualizado (Batista et al. 2024).

Atendimento hospitalar humanizado

Na jornada do cuidado hospitalar, é fundamental que os profissionais mostrem não apenas competências técnicas, mas também empatia e inovação ao enfrentar os desafios específicos de cada paciente. Neste procedimento, são empregados métodos interdisciplinares e múltiplos com a finalidade de humanizar as interações no ambiente hospitalar. O respeito ao paciente é resultado de relações éticas profissionais que se fundamentam na confiança (Miranda, 2018).

Diante disso, é essencial no ambiente hospitalar que o cirurgião-dentista se comunique de forma clara e objetiva, explicando todas as etapas e condutas dos procedimentos para estabelecer confiança e respeitar a autonomia do paciente, seguindo as atividades éticas e legais, como a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (Mattevi et al. 2011). A utilização de palavras positivas e reconfortantes é fundamental para a atenção integral e psicológica no ambiente hospitalar, especialmente em meio à insegurança e ansiedade dos pacientes (Miranda, 2018). Em

adição, isso requer que os médicos sejam muito sensíveis para entender a complexidade de cada situação e estejam atentos ao paciente (Backes et al. 2006; Miranda, 2018).

Abordagens preventivas e terapêuticas

O cuidado da saúde bucal no ambiente hospitalar visando também os cuidados sistêmicos dos pacientes em unidades de terapia intensiva. Os métodos preventivos e terapêuticos evitam complicações orais como infecções, lesões traumáticas, xerostomia, mucosite, problemas periodontais relacionados à imobilidade, ventilação mecânica e outros fatores relacionados à internação em ITU. Adicionalmente, metas de como reduzir a dor, controlar o biofilme oral e manter a saúde bucal visam promover o bem-estar e o conforto dos pacientes. Essas medidas são necessárias para garantir a qualidade de vida e a recuperação eficaz dos pacientes internados.

DISCUSSÃO

A partir dos anos 1970 e 1980, foram identificadas bactérias do biofilme dental capazes de colonizar a cavidade orofaríngea. As bactérias responsáveis pela pneumonia nosocomial na UTI podem ter origem no biofilme bucal, em pacientes internados (Oliveira et al. 2007). A cavidade bucal é uma fonte de bactérias potencialmente perigosas, o que aumenta as chances de infecções respiratórias em pacientes da unidade de terapia intensiva devido a sua condição de saúde comprometida. A redução na produção de saliva e as limitações físicas e mentais decorrentes do comprometimento do sistema imunológico tornam esses pacientes mais propensos à colonização por microrganismos resistentes a diversas bactérias (Saldanha et al. 2015).

Estudos mostram que pacientes internados em UTI apresentam uma higiene bucal precária, com um nível de biofilme elevado do que pessoas fora do ambiente hospitalar. Além disso, o biofilme bucal nesses pacientes tende a ser mais colonizado por patógenos respiratórios. Apesar de o aumento do tempo de internação, a quantidade e complexidade do biofilme bucal também aumentam (Morais et al. 2006; Saldanha et al. 2015). Em relação à xerostomia, ressaltam que a saliva desempenha um papel fundamental na manutenção da saúde das estruturas orais e no bem-estar geral



do paciente (Dias et al. 2021).



O estudo sugere que a combinação de escovação dentária com enxaguatório bucal contendo clorexidina pode contribuir na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes sob cuidados intensivos. No entanto, não foram observadas vantagens em relação à limpeza com algodão combinada com enxaguatório bucal de clorexidina. Além disso, é necessário realizar ensaios clínicos mais rigorosos para orientar as diretrizes de prática clínica para cuidados bucais e prevenção em pacientes críticos, visando melhorar a eficácia do tratamento (Fu et al. 2023). A prevenção e o controle da doença periodontal podem reduzir microrganismos e biofilme dental em pacientes em UTI, sendo a higiene oral uma estratégia fundamental na prevenção de infecções hospitalares, especialmente associada à redução das taxas de pneumonia nosocomial em pacientes sob ventilação mecânica (Batista et al. 2015).

Além disso, a higiene bucal em pacientes hospitalizados é frequentemente inadequada, devido à incapacidade do paciente, falta de incentivo dos acompanhantes, escassez de materiais e subestimação da importância pelos profissionais de saúde (Amaral et al. 2018). Portanto, é indispensável manter uma higiene bucal adequada para prevenir doenças como a xerostomia, periodontite e gengivite. Essas condições não apenas podem causar complicações em outras áreas do corpo, mas também têm impacto direto na saúde bucal (Pinheiro e Almeida, 2014). Em vista disso, constataram que é o cirurgião-dentista esteja preparado desde a sua formação acadêmica para integrar equipes hospitalares, tendo em vista a significativa necessidade de realizar procedimentos odontológicos e diagnosticar patologias bucais em unidades de terapia intensiva (Rocha e Ferreira, 2014).

Diante do exposto, A integração abrangente e humanizada da odontologia nos cuidados intensivos é garantir uma atuação mais planejada e abrangente, atendendo às necessidades específicas dos pacientes nesse ambiente difícil (CRO-SP, 2024). Além disso, a odontologia hospitalar desempenha um papel fundamental na prevenção e tratamento de complicações bucais e sistêmicas em pacientes sob cuidados intensivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este resumo da literatura enfatiza a importância da odontologia hospitalar na prevenção e tratamento de questões bucais em pacientes em unidades de cuidados



intensivos. Os cirurgiões-dentistas desempenham um papel fundamental na melhoria da saúde bucal e da saúde geral dos pacientes, participando dos cuidados médicos prestados no hospital. É essencial valorizar a relevância das intervenções preventivas e terapêuticas oferecidas pelos dentistas hospitalares para garantir o cuidado dos pacientes hospitalizados. A atuação humanizada e especializada desses profissionais é um pilar fundamental na busca pela excelência no tratamento desses pacientes. Em síntese, a odontologia hospitalar não apenas melhora a qualidade de vida dos pacientes em UTIs, mas também é essencial para evitar complicações graves, criando um ambiente de cuidados de saúde mais seguro e eficiente. É fundamental priorizar a integração de práticas odontológicas preventivas e terapêuticas em ambientes hospitalares visando garantir a saúde e o bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, de S. I. L., e Camargo, T. C. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista brasileira de cancerologia*, 53(2), 195-209.
- Amaral, C. O. F. D., Belon, I. M. R., Silva, E. A. D., Nadai, A. D., filho, A. M. S. P. D., Straioto, F. G. (2018). The importance of hospital dentistry: oral health status in hospitalized patients. *RGO-Revista Gaúcha de Odontologia*, 66(01), 35-41.
- Amaral, C. O. F. D., Marques, J. A., Bovolato, M. C., Parizi, A. G. S., Oliveira, A. D., Straioto, F. G. (2013). Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, 67(2), 107-111.
- Amaral, S. M., Cortês, A. D. Q., Pires, F. R. (2009). Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35, 1116-1124.
- Backes, D. S., Lunardi Filho, W. D., Lunardi, V. L. (2006). O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 221-227.
- Baeder, F. M., Cabral, G. M. P., Prokopowitsch, I., Araki, A. T., Duarte, D. A., Santos, M. T. B. R. (2012). Condição odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Pesquisa brasileira em odontopediatria e clínica integrada*, 12(4), 517-520.
- Batista, V. M. A., de Moura, É. F., de Lima, C. B. V. (2024). Atuação do cirurgião-dentista em unidade de terapia intensiva durante a pandemia da covid-19. *Saber Científico (1982-792X)*,



12(2), 1-11.



- Batista, S. A., Siqueira, J. D. S. S., Silva Jr, A., Ferreira, M. F., Agostini, M., Torres, S. R. (2015). Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Odontologia*, 71(2), 156.
- Cabral, J. B. da S.; Silva, R. dos S.; Silva, D. B. S. da.; Pereira, T. F.; Torres, E. da S. (2023). Nosocomial pneumonia: Impact of the Dentist in the Intensive Care Unit (ICU). *Research, Society and Development*, [S. l.], v. 12, n. 12, p. e142121244026.
- Cillo Jr, J. E. (1996). The development of hospital dentistry in America--the first one hundred years (1850-1950). *Journal of the history of dentistry*, 44(3), 105-109.
- Corrêa, R. D. A., José, B. P. D. S., Malta, D. C., Passos, V. M. D. A., França, E. B., Teixeira, R. A., Camargos, P. A. M. (2017). Carga de doença por infecções do trato respiratório inferior no Brasil, 1990 a 2015: estimativas do estudo Global Burden of Disease 2015. *Revista Brasileira de epidemiologia*, 20(Suppl 01), 171-181.
- da Silva, J. L., de O, E. K. G., Kudo, G. A., Junior, S. J., Saraiva, P. P. (2016). Oral Health of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit. *The journal of contemporary dental practice*, 17(2), 125-129.
- de Oliveira, E. L., Cabral, G. M. P., de Carvalho Galvão, A. K. F., Silva, C. A. M., Campos, F. D. A. T., Farina, M. P. (2017). *Odontologia Hospitalar: uma realidade na graduação*. *Revista Campo do Saber*, 3(2).
- Conselho Regional de Odontologia de São Paulo (CRO-SP) (2024).
- Deo, PN, e Deshmukh, R. (2019). Microbioma oral: Revelando os fundamentos. *Journal of oral and maxillofacial pathogen*, 23 (1), 122-128.
- Dias, H. M., de Oliveira Alves, M. C., Silva, I. A. P. S., Santos, G. A., de Almeida, A. L. P., de Andrade, R. S. (2021). Cuidados paliativos odontológicos a pacientes com câncer de cabeça e pescoço em Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 10(15), e143101522902-e143101522902.
- El-Rabbany, M., Zaghlol, N., Bhandari, M., Azarpazhooh, A. (2015). Prophylactic oral health procedures to prevent hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(1), 452-464.
- Filho, M. M. R., Pires, de O. M. B., Júnior, H. M., Bonan, P. R. F., Lima, L. M. C. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de Radioterapia no Norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 19(50).
- Fu, L.S., Zhu, L.M., Yang, Y.P., Lin, L., Yao, L.Q. (2023). Impacto das modalidades de cuidados orais



na incidência de pneumonia associada à ventilação na unidade de terapia intensiva: uma meta-



análise. *Medicina*, 102 (13), e33418.

Gonçalves, J. R. (2019). Como escrever um artigo de revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2(5), 29-55.

Gondim, C. G., Moura, W. V. B. D., Lucena, R. G. R. D., Silva, B. R. D., Vasconcelos, H. M., Aguiar, A. S. W. D. (2012). Saúde bucal de pacientes internados em hospital de emergência. *Arquivos em Odontologia*, 48(4), 270-279.

Jeronimo, L. S., Abreu, L. G., Cunha, F. A., Lima, R. P. E. (2019). Association between periodontitis and nosocomial pneumonia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Oral Health and Preventive Dentistry*. 18:11-17.

Lotufo, R. F. M., e Pannuti, C. M. (2004). Efeitos diretos dos patógenos bucais nas condições periodontal e sistêmica. *Periodontia Médica*.

Lucas, A. C. M., Euclides, K. L. L. C., do Nascimento, L. S., Pontes, F. S. C., Medeiros, A. M., Lira, P. B. (2018). A Bioética no contexto da Odontologia Hospitalar no Brasil. *Amazônica-Revista de Antropologia*, 10(2), 538-550.

Mattevi, G. S., Figueiredo, D. D. R., Patrício, Z. M., Rath, I. B. D. S. (2011). A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4229-4236.

Menezes, A. C., Rosmaninho, É., Raposo, B. S., Alencar, M. J. D. S. (2014). Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer. *Revista brasileira de odontologia*, 71(1), 35.

Miranda, A. F. (2018). Odontologia hospitalar: unidades de internação, centro cirúrgico e unidade de terapia intensiva. *Revista Ciências e Odontologia*, 2(2), 5-13.

Morais, T. M. N. D., Silva, A. D., Avi, A. L. R. D. O., Souza, P. H. R. D., Knobel, E., Camargo, L. F. A. (2006). A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18, 412-417.

Oliveira, L. C. B. S. D., Carneiro, P. P. M., Fischer, R. G., Tinoco, E. M. B. (2007). A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, 428-433.

Pinheiro, P. G., Salani, R., Aguiar, A. S. W. D., Pereira, S. L. D. S. (2007). Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. *Periodontia*, 17(03), 67-72.

Pinheiro, T. S., e Almeida, T. F. (2014). A saúde bucal em pacientes de UTI. *Journal of Dentistry & Public Health (inactive/archive only)*, 5(2).



Rao, RS, Akula, R., Satyanarayana, TS, Indugu, V. (2019). Avanços recentes de marcapassos no



tratamento de xerostomia: Uma revisão sistemática. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 9 (4), 311-315.

Rocha, A. L., e Ferreira, E. (2014). Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arquivos em Odontologia*, 50(4).

Sahebamee, M., Mansourian, A., Hajimirzamohammad, M., Zadeh, M. T., Bekhradi, R., Kazemian, A., et al. (2015). Comparative efficacy of aloe vera and benzydamine mouthwashes on radiation-induced oral mucositis: a triple-blind, randomised, controlled clinical trial. *Oral Health Prev Dent*, 13(4), 309-15.

Saldanha, K. F. D., da Costa, D. C., Peres, P. I., Oliveira, M. M., Masocatto, D. C., Jardim, E. C. G. (2015). A odontologia hospitalar: revisão. *Archives of Health Investigation*, 4(1).

Santos, P. S. D. S., Messaggi, A. C., Mantesso, A., De Magalhães, M. H. C. G. (2009). Mucosite oral: perspectivas atuais na prevenção e tratamento. *RGO: Revista Gaúcha de Odontologia*, 57(3).

Schirmer, E. M., Ferrari, A., Trindade, L. C. T. (2012). Evolução da mucosite oral após intervenção nutricional em pacientes oncológicos no serviço de cuidados paliativos. *Revista Dor*, 13, 141-146.

Simões, T. M. S., Neto, J. D. A. F., Ferreira, A. C. D., de Sousa, J. A., de Medeiros, C. L. S. G., de Catão, V. M. H. C. (2020). Controle do biofilme oral e sua relação com a redução de infecções respiratórias em pacientes de UTI: uma revisão de ensaios clínicos. *Research, Society and Development*, 9(10), e8339108594-e8339108594.

Singh, M. V., Dias, L. O., Baldini, N. L. F., Silveira, D., Zago, R. (2008). Desenvolvimento farmacotécnico e avaliação da estabilidade de gel com extrato aquoso de camomila para uso bucal. *Rev. Bras. Farm*, 89(2), 134-138.

Toledo, G.B., e da Cruz, I.C. (2009). A importância da higiene bucal em Unidade de Terapia Intensiva como forma de prevenção de infecção hospitalar-Revisão Sistemática da Literatura. *Journal of Specialized Nursing Care*, 2 (1).

Wayama, M. T., Aranega, A. M., Bassi, A. P. F., Ponzoni, D., Junior, G. I. R. (2014). Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar. *Revista Brasileira de Odontologia*, 71(1), 48-52.