

**FACULDADE PATOS DE MINAS
CURSO DE ODONTOLOGIA**

ISABELA MOURA MAIA

**ODONTOLOGIA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: revisão de
literatura**

**PATOS DE MINAS
2016**

ISABELA MOURA MAIA

**ODONTOLOGIA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: revisão de
literatura**

Artigo apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito parcial para a conclusão do Curso de Odontologia

Orientador: Prof.^a Esp. Lilian de Barros

**PATOS DE MINAS
2016**

ISABELA MOURA MAIA

ODONTOLOGIA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 28 de Novembro de 2016, pela comissão examinadora constituída pelos professores:

Orientador: _____
Prof.º Esp. Lilian de Barros
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Ms. Mayra Maria Coury França
Faculdade Patos de Minas

Examinador: _____
Prof.º Dr. Willian Morais de Melo
Faculdade Patos de Minas

ODONTOLOGIA HOSPITALAR COM ÊNFASE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Isabela Moura Maia*

Lilian de Barros**

RESUMO

O presente trabalho teve como finalidade evidenciar a real necessidade do cirurgião dentista em hospitais, compondo a equipe multidisciplinar que atua nas Unidades de Terapia Intensiva – UTI. Ressaltou, também, a importância de uma higienização bucal efetiva, através de protocolos de higienização, executados em pacientes internados nas UTIs. Essa higienização, realizada sob a supervisão e acompanhamento do Cirurgião Dentista é de grande importância, pois diminui o tempo de internação e evita o surgimento ou agravamento de doenças sistêmicas, como, por exemplo, a Pneumonia Nosocomial; o que trás uma melhora do estado de saúde geral do paciente. Utilizou-se uma pesquisa bibliográfica com uma abordagem qualitativa descritiva. Foram consultadas 30 referências publicadas no período de 2002 à 2016.

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar. UTI. Cirurgião Dentista na UTI. Pneumonia Nosocomial. Higienização Bucal.

ABSTRACT

The present study aimed to show the real need of the dentist surgeon in hospitals, composing the multidisciplinary team that works in the Intensive Care Units - ICU. He also emphasized the importance of effective oral hygiene, through hygiene protocols, performed in patients admitted to the ICUs. This hygiene, performed under the supervision and follow-up of the Dentist is of great importance, as it reduces the length of hospitalization and prevents the onset or aggravation of systemic diseases, such as Nosocomial Pneumonia; Which leads to an improvement in the patient's general health status. We used a bibliographical research with a qualitative descriptive approach. A total of 30 published references were consulted from 2002 to 2016.

Keywords: Hospital Dentistry. ICU. Dental Surgeon in the ICU. Nasocomial Pneumonia. Oral hygiene.

*Aluna do Curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas (FPM) formanda no ano de 2016 isabelamaia_111@hotmail.com

**Professora de Cirurgia e Periodontia no curso de Odontologia da Faculdade Patos de Minas. Especialista em Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial pela Universidade Federal de Minas Gerais. liliandebarrros@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A odontologia não é responsável por avaliar apenas os dentes e a boca. Ela vai muito além. É responsável por analisar o indivíduo como um todo. Isto é, há multidisciplinariedade com outras áreas da saúde, não deixando de considerar o estado geral de saúde do paciente. ^(1,2,3)

A atuação hospitalar do Cirurgião Dentista favorece diversas situações na qual o procedimento fica restrito e/ou comprometido no Consultório Odontológico. Na concepção de muitos, é de que o atendimento hospitalar é utilizado apenas nos casos cirúrgicos; porém, isso não é verdade. ^(2,3,4,5)

O Cirurgião Dentista deve exercer a função de realizar um exame clínico adequado no paciente hospitalizado para avaliar a condição oral, analisando se há presença de alterações bucais e focos infecciosos que possam comprometer o tratamento médico. É muito comum encontrar pacientes que foram internados que já apresentavam condições orais pré-existentes como cáries e doenças periodontais. ^(2,6,7)

Além disto, o Cirurgião Dentista também deve estar apto para interpretar exames complementares, diagnosticar e prevenir alterações bucais e saber agir e atuar frente às situações de emergência, podendo cessar a proliferação dos microorganismos para que as alterações bucais não sejam agravadas. Por esses motivos, esses profissionais, quando presentes em hospitais devem estar preparados para condições específicas e diferenciadas do cotidiano do consultório. ^(1,2,4,5,6,7)

Já que os pacientes hospitalizados não podem se dirigir aos consultórios odontológicos ou postos de saúde, a prevenção da saúde bucal irá ocorrer por procedimentos simples que não precisam de grandes tecnologias para a execução, já que não se tem equipamentos específicos e nem a maioria dos pacientes possuem condições favoráveis para procedimentos invasivos. Assim, os procedimentos girarão em torno de profilaxias, escovação e aplicação tópica de flúor. ⁽³⁾

Se houver a eliminação dos fatores de riscos à saúde oral do paciente na UTI, conseqüentemente ocorre a redução do aparecimento de possíveis infecções hospitalares e/ ou agravamento da saúde do mesmo. Por isso, há a necessidade de remover focos infecciosos através de restaurações, curativos, cirurgias, tratamentos periodontais e medicações, prevenir sangramentos,

tratar lesões orais e realizar, ainda, tratamentos paliativos para que o tratamento médico não seja interrompido e para que o paciente se recupere o mais rápido possível; não permitindo que o potencial patogênico seja aumentado. ^(1,2,4,5,6,7)

Estudos apontam que há uma relação direta entre a condição bucal e doenças sistêmicas. Ou seja, a higienização bucal está diretamente relacionada à melhor sobrevida do paciente e diminuição significativa do agravamento do mesmo, pois contribui para a redução e prevenção de várias patologias ^(2,6)

A higienização oral em pacientes de UTI é considerada um procedimento básico e essencial, cujo objetivo principal é manter a saúde dos tecidos orais. Esse procedimento é necessário para prevenir infecções, manter a umidade da mucosa e promover o conforto ao paciente. ^(5,7)

A deficiência na higienização pode estar relacionada com fatores que contribuem para a diminuição da limpeza natural da boca, como a diminuição ou ausência de mastigação de alimentos, movimentação da língua e das bochechas durante a fala e a redução do fluxo salivar pelo uso de alguns medicamentos que causam xerostomia. Todos esses fatores contribuem para um aumento significativo da quantidade de biofilme. A disseminação desse biofilme pela cavidade oral pode trazer consequências maiores, pois acarreta a proliferação e disseminação de bactérias e fungos, que podem gerar complicações bucais e sistêmicas; podendo, assim, agravar o estado de saúde geral do paciente. ^(1,8)

A condição oral pode estar, também, relacionada à doenças sistêmicas ou decorrentes do uso de medicamentos e, aos estados em que o paciente está ligado em equipamentos de respiração artificial. ⁽⁷⁾

Uma das consequências que pode ocorrer quando não há uma higienização adequada é a doença periodontal, que é considerada resultado de um processo de interação entre o biofilme e os tecidos periodontais por meio de respostas celulares e vasculares. Esses fatores, em pacientes de UTI, podem favorecer, por exemplo, o desenvolvimento de Pneumonia Nosocomial em pacientes de alto risco. Isso pode ocorrer por existir patógenos em alta concentração na saliva, que podem ser aspirados, contribuindo para a infecção dos pulmões. A pneumonia é considerada, atualmente, um dos maiores

agravantes do estado geral de saúde do paciente que está internado na Unidade de Terapia Intensiva. ^(1,10)

A má higienização ocorre, na maioria das vezes, possivelmente pelo desconhecimento de técnicas adequadas de remoção do biofilme pela equipe de enfermagem das UTIs, devido a ausência do relacionamento interprofissional odontologia/enfermagem; já que são os enfermeiros que realizam tal higienização. Por isso, há a necessidade da interação interdisciplinar e multidisciplinar de todas as especialidades que atuam no hospital, dando uma maior ênfase à integralidade da atenção e assistência odontológica. Para o paciente internado no leito de UTI, essa interligação contribui não só para um tratamento adequado, como também para um diagnóstico mais preciso e correto. ^(4, 5, 6,8, 11)

Os métodos de prevenção e/ou manutenção da saúde bucal mais importante talvez sejam os procedimentos de menor complexidade. O protocolo mais utilizado é o de “Treinamento de Enfermagem para Higiene Oral”. Nesse protocolo, são passadas orientações para o profissional de enfermagem de como deve ser realizada a correta escovação bucal, já que as maiorias desses profissionais desconhecem a técnica correta por, muitas vezes, não haver um treinamento e uma supervisão de um profissional qualificado; no caso, o Cirurgião Dentista habilitado em Odontologia Hospitalar. ^(1,2)

O presente estudo tem, como foco principal, aprofundar os conhecimentos na importância do cirurgião dentista na Unidade de Terapia Intensiva; pois a atuação desse profissional contribui com a diminuição do tempo da internação do paciente e com a qualidade de vida do mesmo. Buscou analisar, também, as intervenções odontológicas mais comuns, como o protocolo adequado de higienização e as alterações bucais mais acometidas nos pacientes hospitalizados devido ao déficit e/ou falta de higienização oral. Esse trabalho foi elaborado utilizando revisões literárias, buscando pesquisa documental em livros de referência, periódicos, artigos científicos e sites de busca científica; o que possibilitou o desenvolvimento de uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa descritiva, com o objetivo de distinguir considerações teóricas de diferentes autores sobre o tema. Para este estudo, o material foi encontrado na internet utilizando-se as seguintes palavras-chaves: Odontologia Hospitalar, UTI, Cirurgião Dentista na UTI, Pneumonia Nosocomial e Higienização Bucal.

REVISÃO DA LITERATURA

Atuação do Cirurgião Dentista na odontologia hospitalar

O cirurgião dentista, no ambiente hospitalar, ainda é uma concepção nova no Brasil. A atuação desse profissional não é apenas de caráter cirúrgico, como é a atuação dos cirurgiões buco maxilo facial. Os cirurgiões dentistas também realizam atendimento à crianças que não contribuem para a realização dos procedimentos, pacientes portadores de necessidades especiais com algum tipo de limitação que impeça que o tratamento seja realizado no consultório (seja ela física, mental e/ou comportamental), casos de intolerância à anestesia local, ou em pacientes cuja condição médica não permita o seu tratamento em consultório convencional, como pode ser observado na Figura 1. O objetivo da odontologia hospitalar é trazer ao paciente a melhora do seu quadro sistêmico. ^(2,3,4,5)

Figura 1: Tratamento odontológico em ambiente hospitalar realizado em paciente com deficiência intelectual



Fonte: (12)

Quando se fala de odontologia hospitalar, devemos levar em consideração vários profissionais que atuam em um mesmo ambiente, ou seja, é um trabalho multidisciplinar. A equipe geralmente é composta por médico intensivista, enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fonoaudiólogo e, por último e não menos importante, o Cirurgião Dentista; como pode se observar na Figura 2.

Quando há essas relações interdisciplinar e multidisciplinar, o diagnóstico e o tratamento do paciente ficam mais precisos e eficientes. Isso ocorre pelo fato do paciente ser analisado como um todo, não restringindo áreas. Assim, torna-se possível tomar decisões e realizar atividades que irão melhorar a saúde geral do paciente e a qualidade de vida do mesmo, pois estas estarão baseadas na compreensão das condições fisiológicas do paciente e, no uso de novas terapias. ^(1,3,4,13)

Figura 2: Atuação da equipe multidisciplinar



Fonte: (14)

Apesar de estudos mostrarem que os cirurgiões dentistas no ambiente hospitalar, são de suma importância por haver uma ligação direta entre a saúde bucal com as doenças sistêmicas, muitos profissionais de outras áreas ainda preferem acreditar que deve-se preocupar e tratar apenas a atual doença, desconsiderando outros meios de disseminação de microrganismos que podem prejudicar o paciente; levando-o para mais tempo de internação e aumentando, assim, o custo do tratamento; gerando mais gastos e comprometendo a qualidade de vida do mesmo, como está ilustrado na Figura 3. ^(1,4)

Para o profissional de odontologia atuar no ambiente hospitalar não basta ele ser um bom clínico geral, é necessário ter uma habilitação em

odontologia hospitalar e aprofundar os estudos de clínica médica, pois esse profissional precisa ter uma compreensão das doenças gerais do corpo e suas etiopatogenias. Várias doenças sistêmicas estão diretamente relacionadas com patologias bucais. Deve conhecer, também, os mecanismos de diagnóstico e as terapias a serem aplicadas, sabendo reconhecer e prevenir alterações bucais, além de agir corretamente frente às situações emergenciais; lembrando sempre que, para cada paciente, há um plano de tratamento. ^(1,4)

Figura 3: Dentista contribuindo para a diminuição de infecções



Fonte: (15)

Portanto, é necessária a inclusão do cirurgião dentista no ambiente hospitalar para que sejam realizados procedimentos de caráter curativo, preventivo e educativo, com o objetivo de prevenir o aparecimento de doenças ou evitar o agravamento de problemas bucais considerados comuns, que podem comprometer o quadro clínico do paciente hospitalizado. Mas, para que isso ocorra, é necessário que o cirurgião dentista seja capacitado para desempenho ético e seguro no atendimento odontológico, sensibilizado com o paciente em questão e devidamente conscientizado e capacitado em desenvolver estratégias e, aprender a lidar com o inesperado; além de saber trabalhar em equipe. ⁽⁴⁾

Importância do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva

Os profissionais da odontologia no âmbito hospitalar contribuem diretamente para que haja uma melhora do estado de saúde do paciente. Com isso os procedimentos realizados nesses irá visar a redução de infecções bucais causadas por microrganismos em geral, e a redução da incidência de patologias. Assim, eles atuam de forma preventiva e curativa, como nos casos de dores orofaciais, mucosites, doença periodontal, pneumonia nasocomial, e sintomas relacionados a hipossalialia, que é o fluxo salivar diminuído. Esses profissionais são responsáveis, também, por investigar e remover os focos infecciosos, detectar precocemente o câncer bucal e abordar manifestações bucais de doenças sistêmicas, como é representado na Figura 4. (1,4,13)

Figura 4: Dentistas realizando medidas preventivas nos pacientes hospitalizados



Fonte: (16)

Esses profissionais executam técnicas ou delegam procedimentos a serem executados por outros profissionais como por exemplo, os enfermeiros. Deve-se controlar efetivamente a quantidade de biofilme presente na cavidade bucal para que as doenças que já acometem os pacientes sejam erradicadas e/ou estabilizadas e, também, para que seja possível obter a prevenção de novas patologias, o que pode ser observado na Figura 5. Para que isso ocorra, é necessário que o paciente crítico receba uma higienização bucal eficaz; pois a falta da mesma é propícia às condições de crescimento bacteriano e, com isso, a cavidade bucal serve de reservatório para esses microrganismos. (2,7,10,18,20)

Figura 5: Profissionais realizando higienização bucal na UTI



Fonte: (21)

A quantidade de Biofilme aumenta gradativamente com o tempo de internação e, conseqüentemente, pode haver o aumento de patógenos respiratórios que estão presentes nesse biofilme. Pacientes internados nas UTIs aspiram mais frequentemente as secreções orais e, geralmente, estão em uso de ventilação mecânica, ilustrado na Figura 6. Esse fato pode levar ao desenvolvimento da Pneumonia Nosocomial, que é desenvolvida pela colonização da orofaringe por microorganismos gram-negativos em pacientes intubados. Geralmente, ocorre nas primeiras 48hs de internação hospitalar e, não estava presente ou estava em período latente no momento da entrada do paciente no âmbito hospitalar. Ela ainda pode ser classificada em precoce, quando ocorre até o quarto dia de intubação e início da ventilação mecânica e, tardia, quando ocorre após o quinto dia. (5,7,9,10,11,24)

Figura 6: Paciente na UTI submetido a ventilação mecânica apresentando saburra lingual.



Fonte: (10)

Existem dois fatores que influenciam de forma significativa o desenvolvimento da pneumonia por aspiração mecânica. São eles: a dificuldade de deglutição e a higiene oral inadequada ou a ausência da mesma. Esses fatores contribuem com a alteração da barreira antimicrobiana, na qual há alterações como xerostomia, ressecamento da mucosa oral, lesões e presença de biofilme na cavidade oral. (7,19,28)

Para a prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica é utilizado o protocolo de higiene bucal e, para haver melhores resultados, também foi criado um protocolo de medidas de higienização: o “*bundle da ventilação*”. (1,9)

A Pneumonia Nosocomial é uma doença de alto custo hospitalar; por isso, há a necessidade de um cirurgião dentista na UTI, para que possa prevenir o desenvolvimento dessa doença que agrava a condição de saúde do paciente e tem um alto custo para ser tratada. (5,7,9,10,11,24)

Outro papel importante dos Cirurgiões dentistas nos centros de terapia intensiva é a prevenção e tratamento da doença periodontal. Essa doença é caracterizada como um conjunto de condições inflamatórias, de caráter crônico e de origem infecciosa, que afeta primeiramente o tecido gengival e pode levar, com o tempo, à perda dos tecidos de suporte dos dentes. A causa primária da doença periodontal é a presença do biofilme dental, pois os microrganismos responsáveis por essa patologia habitam a cavidade oral e estão inseridos na placa bacteriana dental, como está ilustrado na Figura 7. (10,24)

Figura 7: Condição bucal de paciente internado 12 dias na UTI. Desenvolveu pneumonia nasocomial evoluindo para óbito.



Fonte: (10)

A presença do biofilme dental na cavidade bucal ocorre por um processo natural. Porém, há fatores que podem contribuir com o aumento da quantidade e com a complexidade do biofilme presente como: a idade do paciente, higiene bucal deficiente ou ausente, estado nutricional desequilibrado, presença do uso de antibioticoterapia, o tabagismo e a permanência em ambiente hospitalar. A presença da placa bacteriana pode servir como nicho permanente de microrganismos; portanto, podem ocasionar infecções à distância. Por isso, fala-se que a doença periodontal é de origem infecciosa. Causar infecção ao paciente internado na UTI pode contribuir, e muito, para a piora do quadro de saúde geral do mesmo. Por isso, é de suma importância a higienização bucal para que o biofilme não se instale na cavidade oral. ^(10,26)

Enfim, o Cirurgião Dentista, no âmbito hospitalar, tem como importância diagnosticar as lesões bucais e auxiliar no tratamento de manifestações bucais decorridas de doenças sistêmicas; além do diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam desencadear em infecções e hemorragias e em complicações neurológicas ou cardiovasculares. ^(3,17)

Pode-se concluir que, os procedimentos realizados contribuem para as reduções do uso de antibiótico, do tempo de internação e dos custos hospitalares proporcionando maior rotatividade dos leitos hospitalares. ^(1,3,18)

Atuação do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva

O projeto de lei N 2.776/2008 estabelece a obrigatoriedade de profissionais de odontologia na UTI em hospitais públicos e privados. Os pacientes internados em UTI deverão receber assistência odontológica prestada obrigatoriamente por um Cirurgião Dentista. Porém, essa norma ainda não está em vigor. Isso ocorre por ainda ser uma concepção atual, pois a odontologia hospitalar é uma área relativamente nova. A tendência é que a presença de cirurgiões dentistas em hospitais se fortaleça. Estudos comprovam a importância do tratamento bucal em pacientes hospitalizados para a prevenção de possíveis infecções hospitalares e respiratórias que, muitas das vezes, não estão relacionadas ao problema inicial, podendo agravar o quadro clínico do interno. ^(1,3,5,6,7)

Primeiramente, é necessário que o médico e o enfermeiro tenham realizado os cuidados que competem a eles para, somente depois, haver uma

avaliação odontológica. O Cirurgião Dentista irá realizar uma anamnese completa para que se tenha conhecimento do estado geral de saúde do paciente e seu estado de saúde bucal; priorização de um programa preventivo personalizado; tratamento odontológico com mensuração de risco e de intervir no paciente devido ao seu quadro geral de saúde quando for possível e tratamento educativo com ênfase em prevenção. ^(2,6,19)

Para que o Cirurgião Dentista não encontre barreiras para desempenhar um trabalho de qualidade na UTI, este deverá possuir habilitação ou especialização em odontologia hospitalar; tendo conhecimento dos aspectos médicos que estão inter-relacionados com sua atuação, devido à relação direta entre as doenças sistêmicas e as patologias bucais. ^(2,5,6)

Sendo assim, é de suma importância que os Cirurgiões Dentistas estejam aptos para interpretar exames laboratoriais, que tenha uma noção básica de farmacologia, conhecimento das infecções hospitalares e saber determinar a hora certa para realizar atendimentos odontológicos; conseguir executar procedimentos de forma ágil e eficaz e ter criatividade com responsabilidade. Por último, mas não menos importante, ter habilidade para trabalhar em equipe. ⁽²⁾

Nos centros de odontologia intensiva, é necessário que sejam tomados alguns cuidados para que não comprometa a recuperação do paciente internado, como ter respeito ao paciente e à família do mesmo, dar uma sensação de conforto ao paciente, atenção a infecção cruzada, realizar corretamente os procedimentos de biossegurança, anotar os procedimentos realizados no prontuário odontológico e médico. Parece muito banal, porém, esses passos fazem toda diferença para que o paciente internado na UTI tenha uma redução no tempo de internação e melhora do seu estado geral de saúde do paciente na UTI. ⁽²⁾

Desconhecimento/deficiência da técnica de higienização

A maioria dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva são totalmente dependentes do serviço de enfermagem para a realização de sua higiene oral. Esses profissionais são os responsáveis por manterem a higienização bucal dos mesmos. Porém, a maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem desvalorizam e subestimam a eficiência dessa higienização

para a recuperação do paciente por falta de informações/conhecimento da importância de se realizar a técnica de forma efetiva. Por ser um procedimento simples e de baixo custo, muitos não percebem a complexidade de problemas que uma má higiene bucal pode acarretar. Sendo assim, a maior parte dos pacientes críticos não apresenta uma higienização oral adequada. ^(1,7,11)

Portanto, para que haja uma melhora do quadro geral de saúde dos pacientes da UTI, é necessário que a equipe de enfermagem tenha uma capacitação de como realizar uma higienização bucal de qualidade; com a finalidade de promover avanços qualitativos na reabilitação do paciente. Por isso, há necessidade da assistência dos dentistas dentro da UTI, para que haja uma troca de informações e vivências entre profissionais, além de um treinamento específico dos técnicos de enfermagem em relação aos protocolos de higiene oral e uma supervisão rigorosa feita pelos Cirurgiões Dentistas, como é demonstrado na Figura 8 ^(11,22)

Figura 8: Treinamento de higienização bucal: odontólogos, enfermeiros e fisioterapeutas



Fonte: (23)

Protocolos de higienização oral nas UTIs

Protocolo de higienização para prevenção de Pneumonia Nosocomial

Esse protocolo é denominado “*bundle* da ventilação”. Os principais componentes são:

- Elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus; é necessário ver se não há restrições para a mudança de posição do paciente no leito.
- Interrupção diária da sedação
- Avaliação diária das condições de extubação ou desmame;
- Profilaxia de úlcera péptica (úlceras causadas pelo stress);

- Profilaxia de trombose venosa profunda (TVP); a menos que seja indicada para o paciente que receberá esse protocolo. ^(1,9,26)

Há também outro protocolo: o de higienização propriamente dito, composto por:

- Descontaminação mecânica da cavidade oral
 - Remoção do biofilme presente nas superfícies dentais, mucosas e no tubo orotraqueal e secreções presentes na cavidade oral; esse procedimento é realizado com escova macia ou escova acoplada em cabo podendo conter aspirador, com a utilização de pasta dental.
 - Outra alternativa que pode ser utilizada é a gaze com clorexidina a 0,12%, montada em espátula ou porta agulha para a higienização da cavidade bucal.
 - Fio dental para passar nas interproximais dos dentes
 - Aspiração do conteúdo presente na orofaringe do paciente
 - Aspiração do conteúdo bucal; deve ser realizada preferencialmente com sugador odontológico para minimizar o aparecimento de lesões na mucosa do paciente

Geralmente, essa higienização deve ser realizada de 12/12horas; porém, cada paciente recebe um plano de tratamento diferenciado, que é determinado de acordo com o seu quadro clínico e estado geral de saúde.

- Descontaminação química da cavidade oral
 - Utiliza-se clorexidina na concentração de 0,12% ou de 0,2% de 12/12 horas; porém, a clorexidina na concentração de 0,12% gera menos secreções, ou seja, há um menor risco de aspiração por parte do paciente, além de ser econômico; já que é um produto relativamente barato e é utilizado uma pequena quantidade, 10mL é suficiente para a higienização.
- Lubrificação das mucosas oral e labial
 - É realizado a lubrificação da mucosa oral e labial. Para realizar esse processo, pode-se utilizar gel enzimático, saliva artificial, pasta de vaselina estéril, hidratação da mucosa com vitamina E; ou, ainda, utilizar óleo de coco. Utilizar sachês individuais de uso único. (introdução da rotina de visitas odontológicas e descontaminação oral aos pacientes sob cuidados intensivos, ⁽¹⁹⁾

Figura 9: Higienização de um paciente adulto na UTI intubado



Fonte: (29)

Protocolo de higienização bucal para paciente neonatal e pediátricos sem dentes:

Para se falar da higienização bucal do paciente neonatal é de fundamental importância saber quem são os componentes desse grupo. O período neonatal engloba os pacientes desde o seu nascimento até o vigésimo oitavo dia de vida. Esse grupo de pacientes não pode ser deixado de lado, pois a colonização da flora microbiana inicia-se a partir do nascimento e outro fator que intensifica a preocupação com os pacientes neonatais se deve ao fato de esses pacientes ainda possuírem uma imaturidade do sistema imunológico, não produzindo anticorpos suficientes para se protegerem; por isso, há a necessidade do protocolo de higienização bucal para esse grupo de pacientes.

- Avaliação da necessidade de intervenção
- Utilização de gaze estéril embebida em água estéril. É fundamental que tenha delicadeza ao higienizar as mucosas dos prematuros ou neonatais
- Limpeza das mucosas com água estéril
- Se o paciente estiver submetido a sondagem para nutrição e/ou dreno orogástrico deve-se avaliar as condições e fazer a limpeza dos mesmos.

(28,30)

Figura 10: Protocolo de cuidados bucais na UTI neonatal



Fonte: (29)

Protocolo de higienização para pacientes pediátricos com dentes

O paciente pediátrico é composto por crianças de até 12 anos de idade. E o protocolo que deve-se seguir para realização dessa higienização é composto por três passos:

- Uso de escova dental ideal para cada idade
- Para todos os pacientes é recomendado a utilização de flúor; porém, quanto menor a idade, menor será a quantidade de pasta de dente. Isso é realizado para evitar a ingestão de flúor contribuindo também para a diminuição do risco de intoxicação e fluorose.

- A escovação dos pacientes que não são dependentes ou que são semi dependentes menores de 3 anos deve ser supervisionada. A quantidade de pasta dental deve ser pequena, equivalente a um grão de arroz. A escovação deve ser realizada 2x/ dia. Já a escovação dos pacientes de 3 a 6 anos também deve ser supervisionada; porém, a quantidade de pasta de dente é um pouco maior, sendo equivalente a um grão de ervilha. Também deve ser realizada 2x/dia. ⁽³⁰⁾

- Pacientes dependentes o profissional deve realizar a higienização corretamente, sempre da região posterior para a região anterior, para evitar a aspiração

- Limpeza das mucosas com clorexidina 0,12%
- Limpeza do TOT, caso a criança esteja sob uso
- Enxágue da cavidade oral
- Aspiração dos produtos utilizados e secreções
- Hidratação dos lábios com géis hidrossolúveis (Glicerina) ^(28,30)

Protocolo de higienização bucal para paciente adulto:

- Cabeça do paciente elevada a 30 graus. Verificar se não há alguma restrição para mudança da posição do paciente
- Explicar ao paciente o que será realizado e quais produtos serão utilizados
- A limpeza da cavidade oral deve ser realizada sempre da região posterior para anterior. Esse procedimento realizado dessa forma evita a translocação das bactérias da cavidade oral para a orofaringe, o que influencia diretamente a aspiração dos microrganismos.
- Escovação deve ser realizada com escova extra macia e de cabeça pequena. Pode ser utilizada uma escova infantil.
- Escovação dos dentes com a frequência de 2x/dia. Será utilizada a técnica de Boss modificada, na qual a escova deve estar a 45 graus em direção ao colo dentário e o sulco gengival com ligeiras vibrações nos dentes posteriores e, higienização da mucosa com gaze úmida e escovação da língua.
- Raspagem da língua é realizada com espátula de madeira ou raspador esterilizável e higienização da mesma com gaze seca
- Uso do fio dental para a limpeza das regiões interproximais
- Caso haja necessidade, utilizar instrumentos para auxiliar na abertura bucal do paciente
- Os pacientes com lesão bucal devem utilizar 10mL de clorexidina a 0,12%. Já os pacientes sem lesão na cavidade bucal deve-se usar colutório normal
- Pacientes edêntulos: utiliza-se gaze embebida em 20mL de solução de clorexidina a 0,12% nas superfícies das mucosas e da língua
- Os pacientes que utilizam próteses deve-se higienizar a mesma com água e sabão ou com pasta de dente e escova média
- É recomendado realizar a aspiração da solução de higienização e de secreções bucais simultaneamente por 30 segundos
- Caso seja necessário aplicar géis hidrossolúveis como, por exemplo, saliva artificial, passar vaselina ou glicerina de 2/2 horas na mucosa intraoral e nos lábios

- A escova dental deve ser guardada adequadamente após a limpeza da mesma. (1,3,19,26)

Protocolo de higienização para pacientes totalmente dependentes

- Uso de 10mL de solução bucal Bioténe, clorexidina 0,12% ou soro fisiológico
 - Embebedar a gaze na solução
 - Passar nos vestibulos e bochechas sentido póstero-anterior
 - Passar no palato sentido póstero-anterior
 - Passar raspando a língua no sentido póstero-anterior
 - Aplicar com auxilio da escova nas superfícies vestibular, lingual e oclusal dos dentes
- Aspirar orofaringe durante todo o procedimento ⁽⁸⁾

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do cirurgião dentista, tanto no ambiente hospitalar quanto na Unidade de Terapia Intensiva, é de fundamental importância pois, com a atuação desse profissional nesses ambientes, são realizados procedimentos importantes na cavidade bucal para que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida e uma recuperação mais rápida. Por isso, há a necessidade de que se tenha uma relação interprofissional e multiprofissional para que se possa oferecer um tratamento integral e adequado ao paciente.

Como foi exposto, o protocolo de higienização é uma das principais atividades que deve ser realizada dentro da UTI; porém, como ainda não está em vigor a lei que determina a presença do dentista nesse ambiente, essa higienização é realizada por enfermeiros ou técnicos de enfermagem que, muitas vezes, não a realizam adequadamente. Por isso, é necessária a presença do cirurgião dentista compondo a equipe multidisciplinar que atua nos centros de terapia intensiva.

Outro ponto a ser abordado em relação aos protocolos de higienização bucal é a necessidade de se respeitar a individualidade de cada paciente, levando em consideração a idade e o tipo de respiração na qual o mesmo está submetido; como também, o seu estado geral de saúde. Porém, há muitas

etapas básicas que devem ser seguidas rigorosamente. Executando a higienização bucal de forma correta, é possível dar, aos pacientes internados nos leitos de UTI, uma melhor qualidade de vida e, ainda, reduzir o seu tempo de internação.

REFERÊNCIAS

- 1 Sousa LVS, Pereira AFV, Silva NBS. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. Rev. Ciênc. Saúde. 2014; 16 (1): 39-45.
- 2 Pinheiro TS, Almeida TF. A saúde bucal em pacientes de UTI. Revista Bahiana de Odontol. 2014; 5(2): 94-103.
- 3 Pereira AJ, Costa SB. Odontologia hospitalar: Revisão de Literatura [TCC]. Patos de Minas: Faculdade Patos de Minas – FPM; 2015.
- 4 Wayama MT, Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D., Garcia Junior IR. Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre odontologia hospitalar. Rev. bras. Odontol. 2014; 71(1): 48-52.
- 5 Santana A, Xavier DC, Santos KL, Menezes MV, Piva RM, Werneck RI. Atendimento odontológico em UTI (unidade de terapia intensiva).[TCC]. Curitiba: Faculdade Herrero; [2011?].
- 6 Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. Arq. Med. Hosp. Cienc. Med. Santa Casa São Paulo. 2010; 55(2): 67-70.
- 7 Batista AS, Siqueira JSS, Silva Junior A, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Rev. Bras. Odontol. 2014; 71(2): 156-9.
- 8 Santos PSS, Mello WR, Wakim RCS, Paschoal MAG. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2008; 20(2): 154-9.
- 9 Souza AF, Guimarães AC., Ferreira EF. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. Rev. Min. Enferm. 2013; 17(1): 177-184.
- 10 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. Rev. Bras. de Terapia Intensiva, 2016; 18 (4): 412-6.

11 Neumann I. Soluções utilizadas para higiene oral em pacientes de terapia intensiva: uma revisão integrativa de literatura [TCC]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

12 KÜchler V, Conselho regional de odontologia do Paraná [homepage na Internet]. Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná amplia tratamento odontológico para pessoas com deficiência [20/05/2016]. Disponível em: <http://www.cropr.org.br/index.php/noticias/detalhes/centro-hospitalar-de-reabilitacao-do-parana-amplia-tratamento-odontologico-para-pessoas-com-deficiencia/72#prettyPhoto>

13 Godoi APT, Franccesco AR, Duarte A, Kemp APT, Lovato CHS. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. Rev. De Odontologia da UNESP. 2009; 38(2): 105-9

14 Ferrari D, Medicina intensiva [homepage da Internet]. A unidade de terapia intensiva – Guia prático para familiares [19/05/2016]. Disponível em <http://www.medicinaintensiva.com.br/uti-guia.htm>

15 Dentistry. Jornal do oeste [homepage da Internet]. Cirurgiões dentistas se preparam para atuar em UTIs [27/05/2016]. Disponível em: <http://www.jornaldooeste.com.br/odonto/2011/05/cirurgioes-dentistas-se-preparam-para-atuar-em-utis/1012757/>

16 Huk VK. Jornal gazeta informativa [homepage da Internet]. Odontologia no ambiente hospitalar, temos espaço? [24/04/2016]. Disponível em: <http://www.gazetainformativa.com.br/odontologia-no-ambiente-hospitalar-temos-espaco/>

17 Souza AF. Associação de medicina intensiva brasileira [homepage na Internet]. Manual de inserção da odontologia em unidades de terapia intensiva [20/03/2016]. Disponível em: http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/MANUALDIMENSIONAMENTO_QUALITATIVO_A_MIB_FINAL_2014_1.pdf

18 Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares CF. 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

19 Pimentel P, Freitas C, Guatimosim P, Lage L, Pasetti L, Souza AF, Martins MTF, Centro multidisciplinar de odontologia intensiva [homepage na Internet]. Introdução da rotina de visitas odontológicas e descontaminação oral aos

pacientes sob cuidados intensivos [06/04/2016]. Disponível em: http://www.cemoi.com.br/artigos_cientificos/OI_30.pdf

20 Siqueira JSSS, Batista AS, Silva Junior A, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Candidíase oral em pacientes internados em UTI. Rev. bras. odontol. 2014; 71(2): 176-9.

21 Governo do Maranhão [homepage na internet]. Governo realiza cerca de 500 atendimentos por mês em odontologia hospitalar no Carlos Macieira [20/05/2016]. Disponível em: <http://www.ma.gov.br/governo-realiza-cerca-de-500-atendimentos-por-mes-em-odontologia-hospitalar-no-carlos-macieira/>

22 Cortizo PA, Freitas MCA, Moreira DC, Xavier FCA, Santos PSS, Oliveira DT. Cuidados bucais e práticas realizadas pela equipe da unidade de terapia intensiva da cidade de Ilhéus-BA. Rev. Uningá. 2014; 40: 67-70.

23 Huufma A. Hospitais Universitários Federais Ministério da Educação [homepage na internet]. Odontólogos realizam treinamento de higiene bucal [17/06/2016]. Disponível em: http://www.huufma.br/site/noticias/mostra_noticia.php?id=1243#.VzOsGVUwhdg

24 Reis RCC, Cantador FP. Acompanhamento a pacientes na unidade de terapia intensiva, cuidado e controle do biofilme dental: estudo piloto [TCC]. Curitiba: Universidade Positivo; [20--]

25 Associação de Medicina Intensiva Brasileira [homepage na Internet]. Recomendações para higiene bucal do paciente adulto em UTI [03/04/2016]. Disponível em: http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/RECOMENDACOES_PARA_HIGIENE_BUCAL_DO_PACIENTE_ADULTO_EM_UTI_-_AMIB.pdf

26 Paiva PS, Botelho MPJ, Dias JRC, Baptista LM. Análise microbiológica da cavidade bucal de pacientes internados na UTI. In: Anais eletrônico VIII Encontro internacional de produção científica; 22 a 15 de outubro de 2013; Maringá, Brasil. Maringá: CESUMAR; 2014. 1-4

27 Moraes TMN. Associação de medicina intensiva brasileira [homepage na Internet]. Risco infeccioso da cavidade bucal [06/03/2016]. Disponível em: <http://www.amib.org.br/pageflip/archive/Jamib-20090701/files/assets/basic-html/page4.html>

28 Associação de medicina intensiva brasileira [homepage na Internet]. Recomendação para higiene bucal do paciente pediátrico em UTI [18/04/2016]

Disponível

em:http://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/Institucional/AMIB-RecomendacoesHigieneBucal-PacientePediatrico.pdf

29 Padovani MCRL, Souza SAB, Sant'Anna GR, Guaré RO. Protocolo de cuidados bucais na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde. 2012; 14(1):71-80.

30 Gomes SF, Esteves MCLE. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. Revista Brasileira de Odontologia. 2012; 69(1): 67-70

AGRADECIMENTOS

Primeiramente devo agradecer a Deus, sem ele nada disso seria possível. Meus pais que sempre foram meus maiores incentivadores, que mesmo sem tempo, ou cansados, liam meu TCC, mesmo sem entender nada, só para me agradar. A minha orientadora, Lilian, a mais fofa de todas, sempre me colocando lá em cima com elogios ao TCC. Sempre preocupada com o que eu já tinha realizado e como estava o andamento. Aos meus amigos, pela compreensão, de tantas vezes recusei sair ou conversar por causa do bendito TCC. Por todas as pessoas que aguentarem o meu stress e mau humor, sei que não é nada fácil, nem eu me aguento às vezes. Meu muito obrigado a todos que contribuíram de uma forma ou de outra para que esse trabalho fosse concluído.

Data de entrega do artigo para a banca: 21/11/2016