

**PRESENÇA DO CIRURGIÃO DENTISTA NO AMBIENTE HOSPITALAR:**

**UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**PRESENCE OF THE DENTAL SURGEON IN THE HOSPITAL**

**ENVIRONMENT: A LITERATURE REVIEW**

Lays Santos Silva<sup>1</sup>, Mayane Menezes Silva<sup>1</sup>, Cláudia Cristina Brainer de Oliveira Mota<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Estudante de Graduação em Odontologia, Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru – PE, Brasil.

<sup>2</sup>Doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Pernambuco, Professor Assistente III do Curso de Odontologia do Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA), Caruaru – PE, Brasil.

Autor correspondente:

Cláudia Cristina Brainer de Oliveira Mota

Centro Universitário Tabosa de Almeida (ASCES-UNITA)

Av. Portugal, 584, Bairro Universitário, Caruaru, PE, Brasil. CEP: 55016-400

E-mail: [claudiamota@asces.edu.br](mailto:claudiamota@asces.edu.br)

## **RESUMO**

Diversos microrganismos estão presentes na cavidade oral e, caso não ocorra sua remoção mecânica, ocorrerá a formação do biofilme dental, que acarretará no comprometimento sistêmico do paciente e suscetibilidade a infecções hospitalares, como a pneumonia nosocomial, elevando o número de óbitos por microrganismos. Deste modo, fica clara a necessidade da participação do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar nos atendimentos de alta complexidade. Este estudo tem por objetivo discutir a importância do cirurgião dentista no ambiente hospitalar e sua relação com a evolução dos pacientes. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, caráter analítico e corte transversal, através de consulta às bases de dados BVS, SciELO e PubMed, utilizando os descritores: unidades de terapia intensiva, saúde bucal, odontologia. Foram selecionados os artigos disponíveis na íntegra, publicados em Português ou Inglês, no período compreendido entre 2005 a 2017. A adoção de medidas de controle do biofilme dental nos pacientes hospitalizados mostrou impacto direto na recuperação, redução do tempo de internamento e sobrevida dos mesmos. Adicionalmente, pode-se afirmar que a presença do cirurgião-dentista na equipe hospitalar resulta, também, em benefícios administrativos, no que refere à redução de custos com o período de internação e maior rotatividade dos leitos hospitalares.

**Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva; Saúde Bucal; Odontologia.

## **INTRODUÇÃO**

A odontologia hospitalar pode ser definida como uma prática que visa os cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente podendo, assim, contribuir para a diminuição do risco de infecção, o tempo de internação e a prescrição de medicamentos<sup>1</sup>.

A promoção de saúde bucal coletiva em ambiente hospitalar proporciona conhecimento e motivação aos pacientes internados e seus acompanhantes na adoção de hábitos de higiene oral visando à assistência integral e mais humanizada do paciente hospitalizado<sup>2</sup>.

Todavia nem todos os hospitais contam com a presença do cirurgião dentista (CD), relegando ao segundo plano os cuidados de atenção com a higiene bucal, e conseqüente aumento da quantidade e complexidade da placa dental, sendo estes microrganismos intimamente associados a infecções nosocomiais. A placa dental pode assim, atuar como um reservatório para a colonização dos patógenos no trato respiratório, que podem ser encontrados na saliva, agravando o quadro clínico dos pacientes encontrados neste ambiente<sup>3</sup>.

No Brasil a Odontologia Hospitalar foi regulamentada em 2004, com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH). Em 2008, foi decretada a Lei nº 2776/2008:

Art. 1º § Esta lei estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva §.

Art. 2o § Em todas unidades de terapia intensiva, bem como em clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados será obrigatória a presença de profissionais de odontologia para os cuidados da saúde bucal do paciente §<sup>4</sup>.

O presente trabalho tem como objetivo discutir, por meio de uma revisão de literatura, a importância da presença do cirurgião dentista na equipe multiprofissional no ambiente hospitalar e sua contribuição para a melhoria dos pacientes.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, com abordagem qualitativa, caráter analítico e corte transversal. Foram consultadas as bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SciELO e PubMed, utilizando os descritores: unidades de terapia intensiva, saúde bucal e odontologia. Foram encontrados 95 artigos dos quais, a partir de uma leitura prévia dos resumos, foram selecionados 27 artigos, publicados nos idiomas Português ou Inglês, no período compreendido entre os anos de 2005 a 2017.

### **Contexto Legal da Odontologia Hospitalar**

Após comprovada a associação das infecções orais com agravos dos quadros de pacientes que se encontravam internados em ambiente hospitalar e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ficou clara a necessidade do CD habilitado a atuar em âmbito hospitalar e a partir disso, foram desenvolvidos os Projetos de Lei (PL): nº 2.776/2008 e o PL 363/2011, que estabelecem a

obrigatoriedade do cirurgião dentista em UTI e presença de qualquer profissional da área da saúde bucal no ambiente hospitalar trabalhando integrado ao demais profissionais da equipe hospitalar.

Com relação à competência técnica do cirurgião dentista para ocupar esta função, o Conselho Federal de Odontologia reconheceu, através da Resolução CFO-162/2015, o exercício da Odontologia Hospitalar. De acordo com o Art. 3ª, para o cirurgião dentista se tornar apto na área deve realizar um curso com no mínimo 350 horas, sendo 30% de aulas práticas e 70% de aulas teóricas. O Art. 6ª continua orientando que, ao final do curso, o profissional deve realizar uma avaliação teórica e prática para, assim, requerer o seu registro no Conselho Federal de Odontologia e inscrição no Conselho Regional de Odontologia, como habilitado em Odontologia Hospitalar. Segundo Art. 8ª aqueles CD que expediram certificado anteriormente à resolução em alguma instituição de ensino superior registrada no Conselho Federal de Odontologia terão direito à habilitação, desde que o curso atenda aos requisitos da referida Resolução e seja requerido registro no prazo máximo de 180 dias após a sua publicação. E o Art. 9ª, por sua vez, determina que o CD que comprovar que nos seus últimos 10 anos de carreira, cinco deles foram dedicados à área hospitalar, terá direito a requisitar o seu registro<sup>5</sup>.

### **Equipe Multidisciplinar**

A atuação do CD deve ocorrer de forma integrada com outros profissionais da área de saúde como médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, psicólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos. O contato entre esses profissionais deve ser constante, visando um trabalho multidisciplinar, objetivando melhora

nos resultados dos pacientes tratados, facilitando prestação de serviço desses profissionais e dando maior segurança nas situações mais críticas<sup>6</sup>.

Houve um tempo em que os cuidados como higiene oral eram realizados por técnicos de enfermagem com supervisão de enfermeiros chefe, entretanto tal medida leva à falta de rigor nos cuidados realizados por esses profissionais, visto que os mesmos não seguem um protocolo de higiene, pois desconhecem as práticas necessárias, negligenciando a higiene e podendo até desencadear infecção cruzada<sup>7</sup> são situações como essa que justificam a necessidade da presença de um profissional habilitado em odontologia hospitalar<sup>8</sup>.

A maioria dos pacientes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se encontra incapazes de se alimentar, respirar e muitos apresentam quadros clínicos que os deixam debilitados não apenas sistemicamente, mas também fisicamente – requerendo a adoção de medidas multidisciplinares no plano de tratamento. Como exemplo, citam o exemplo do tratamento de uma paciente internada na UTI, necessitando de acompanhamento médico e fonoaudiólogo, associado à fisioterapia para estabilizar os quadros de espasmos dos músculos de mastigação, nutricionista para estabelecer intubação nasogástrica, odontológico para realizar a remoção de aparelho e o tratamento de lesões traumáticas causada pelos espasmos musculares<sup>9</sup>.

Segundo Mattevi<sup>10</sup> nesse formato de atuação todos os profissionais encontram espaço para intervir e colaborar para a evolução do quadro de cada paciente envolvido, de forma facilitada e mais proveitosa, refletindo na redução da permanência dos pacientes no leito. Conseqüentemente há uma diminuição também nos gastos das instituições, o que mostra maior efetividade dos

investimentos, seja público ou privado. Sendo assim o resultado se mostra positivo em todos os aspectos.

É plausível reiterar que a atuação do CD tem contribuído na promoção de conforto e bem estar do paciente, atuando de forma significativa em conjunto com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, buscando qualidade de vida e contribuindo para obter bons resultados. Todavia nem todas unidades contam com a presença de um CD, havendo apenas com profissionais de enfermagem que não realizam a higiene de forma satisfatória e consistente, comprometendo muitas vezes a saúde do paciente<sup>11</sup>.

### **Situação Sistêmica dos Pacientes em Leito Hospitalar e Unidades de Terapia Intensiva**

Pacientes em UTIs costumam ter alteração no sistema imune, fazendo com que qualquer pequena infecção represente um risco considerável de agravamento, contribuindo para quadros mais graves. A pneumonia nosocomial é a infecção mais frequente nas UTIs, uma vez que neste ambiente a maioria desses pacientes se encontra respirando por aparelhos e com infecções simples, como a periodontite e outros problemas bucais, que podem ser um dos desencadeadores do problema respiratório com maior número de mortalidade<sup>12</sup>.

Estudos prévios mostraram que, após avaliação em pacientes internados em UTIs e enfermarias, muitos deles já apresentavam focos bacterianos instalados como gengivite, periodontite e abscessos<sup>13</sup>. Outras situações como halitose, saburra lingual, e úlceras traumáticas causadas por próteses mal adaptadas ou por aparelhos que auxiliam na respiração,

infecções oportunistas como herpes zoster, herpes simples e candidíase também podem ser encontrados durante o tempo de internação, interferindo no bem estar do paciente e na sua evolução clínica<sup>14,15,16</sup>.

Muitas das manobras utilizadas no ambiente hospitalar desencadeiam alterações orais que vão desde pequeno desconforto do paciente até o favorecimento do crescimento microbiano, comprometendo o quadro clínico. A hipossalivação e o ressecamento dos lábios são algumas das consequências mais frequentes nesses pacientes, resultantes do uso de medicamentos, principalmente nos pacientes com Ventilação Mecânica (VM), já que esses se mantêm de boca aberta, essa situação pode causar disfagia de alimentos sólidos, líquido ou semilíquidos<sup>17</sup>.

Algumas das alterações encontradas nesses pacientes podem ser confundidas com outras doenças, a exemplo das alterações causadas por medicamentos como a fenitoína, a nifedipina e a ciclosporina, que por mediação do sistema imunológico desencadeiam a hiperplasia gengival secundária. Outros efeitos imprevisíveis ainda podem acontecer, dependendo do tipo da droga, dose e particularidades do paciente, podendo causar manifestações agudas ou surgir tardiamente. Exige-se do profissional conhecimento para identificar do que se trata<sup>18,19</sup>.

A infecção por cândida também é uma das grandes preocupações no ambiente hospitalar, por isso tornou-se alvo de discussão e investigação desde a década de 1980, representando um grande desafio aos clínicos de diferentes especialidades devido às dificuldades diagnósticas e terapêuticas das infecções causadas por tais agentes. Essas infecções oportunistas também ganharam destaque nessa área devido à baixa imunidade que os pacientes se

encontram, resultado do uso de antibióticos ou de tratamentos como quimioterapia ou deficiência na higiene oral<sup>18,19</sup>.

Uma das situações hospitalares em que o cirurgião dentista é considerado o profissional mais adequado para intervir é a mucosite oral – lesão inflamatória do epitélio da mucosa oral, clinicamente reconhecida pelo aparecimento de úlceras que penetram na submucosa na região extra e intraoral, considerada um dos casos mais debilitantes dos pacientes submetidos à quimioterapia e/ou radioterapia em região de cabeça e pescoço. Uma vez que esses pacientes não sejam tratados adequadamente podem evoluir para quadros de infecções oportunistas, febre, hemorragia, dor, disfagia, levando ao agravamento do quadro e aumento do tempo de internação do paciente<sup>20,21</sup>.

### **Procedimentos Realizados Pelo Cirurgião Dentista no Ambiente Hospitalar**

- Controle de Infecção:

O paciente internado pode se apresentar com acúmulo de biofilme, saburra lingual, sangramento gengival e cáries. Muitas vezes o único profissional disponível para realizar a higiene necessária é o enfermeiro. Todavia, em casos que o paciente não tem boa abertura de boca ou, ainda, que se apresenta com cânula para ventilação mecânica, faz-se necessária a intervenção do CD para remoção adequada do cálculo, higiene correta da língua e restaurações das cáries, por exemplo, bem como para orientar enfermeiros na higienização e supervisionar a evolução do paciente<sup>22</sup>. Alívio da

dor e aceleração do reparo tecidual com tratamento à laser para mucosite oral em pacientes sob tratamento oncológico:

Uma das áreas hospitalares que mais requer atuação do CD é o atendimento de pacientes com tratamento quimioterápico, onde o profissional pode trabalhar prevenção e tratamento de mucosite oral, visando melhor conforto do paciente e evitando agravamento do caso para infecção. O tratamento da mucosite oral, de início, inclui cuidados com higiene, fazendo uso de colutórios, administração de analgésicos, crioterapia, agentes anti-inflamatórios e medicina alternativa. À medida que a gravidade das lesões aumenta, pode-se lançar mão da laserterapia de baixa intensidade, visando os efeitos analgésico e anti-inflamatório, visto que a terapia atua na biomodulação e reparo tecidual. A dosagem e frequência de irradiação devem ser planejadas de acordo com cada quadro, necessitando sempre da avaliação e intervenção de um cirurgião dentista<sup>23</sup>.

- Diagnóstico de alterações de cavidade oral:

Visando controle de infecção e bem estar do paciente exemplificam em seu estudo a necessidade de intervenção do CD em um caso de internação de UTI, no qual a paciente fazia uso de aparelho ortodôntico e apresentava espasmos musculares; por essa razão a mucosa jugal e o lábio inferior apresentavam lesão nodular com consistência fibrosa, úlceras traumáticas e sangramento considerável. O cirurgião dentista fez a remoção da lesão para realização de biópsia e profilaxia antibiótica para estabilização do quadro, uma vez que a paciente apresentava lesões bucais de etiologia viral e fúngica, sistêmicas, efeitos colaterais da administração de outras drogas com

manifestação na cavidade oral, lesões traumáticas e outras alterações bucais que representam risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados<sup>9</sup>.

- Higiene Bucal:

A Divisão Odontológica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira reforça a necessidade da manutenção de higiene bucal dos pacientes de UTI, e considera indiscutível eventuais questionamentos contrários. Todavia muitos hospitais não seguem esta orientação, realizando os cuidados de higiene bucal através de protocolos não padronizados e inconsistentes. Adicionalmente esses profissionais não são qualificados para realização de um exame clínico preciso e realização correta dos procedimentos, daí a necessidade de orientação por um profissional especializado. Apesar da clareza quanto à necessidade do CD, estudos apontam um crescimento lento da participação dos cirurgiões dentistas na resolução de casos em ambiente hospitalar, sendo sua presença requisitada apenas com justificativa de urgência, como dor ou situação dentária precária como selamento de fraturas ocorridas anteriormente a sua internação<sup>24,25</sup>.

Estudos mostraram que os materiais mais utilizados para realizar essa limpeza são o digluconato de clorexidina a 0,12%, antisséptico listerine ou peróxido de hidrogênio, aplicados com gaze manipulada com pinça portuguesa, esfregaço, ou hastes de algodão estéreis. Sendo que, destes, o mais usado é o digluconato de clorexidina a 0,12% aplicado com gaze em mucosa, língua e dentes<sup>26,27</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A adoção de medidas de controle do biofilme dental nos pacientes hospitalizados mostrou impacto direto na recuperação, redução do tempo de internamento e sobrevida dos mesmos. A presença de um profissional habilitado a tomar os cuidados necessários contribui positivamente para a evolução clínica dos pacientes, reduzindo os casos de infecção e otimizando o diagnóstico de quaisquer alterações de cavidade oral. Adicionalmente, pode-se afirmar que a presença do cirurgião-dentista na equipe hospitalar resulta, também, em benefícios administrativos, no que refere à redução de custos com o período de internação e maior rotatividade dos leitos hospitalares.

## **ABSTRACT**

There are several microorganisms in the oral cavity and, if mechanical removal does not occur, the biofilm formation occurs, leading to systemic impairment of the patient and susceptibility to hospital infections, such as nosocomial pneumonia, increasing the number of deaths by microorganisms. Thus, it is clear the need for the participation of the dental surgeon in the multidisciplinary team for high complexity care. The aim of this study was to discuss the importance of the dental surgeon in the hospital environment and its relation with the patients' evolution. A qualitative, analytical and cross-sectional exploratory bibliographical research was carried out by means of BVS, SciELO and PubMed databases, using the descriptors: intensive care units, oral health, dentistry. The selected articles were available in full, published in Portuguese or English language, between 2005 and 2017. The adoption of practices for dental biofilm control in hospitalized patients showed a direct impact on recovery,

reduction of hospitalization time and survival of patients. Additionally, it can be stated that the presence of the dental surgeon in the hospital team also results in administrative benefits, related to the costs reduction with the period of hospitalization and greater turnover of hospital beds.

**Keywords:** Intensive Care Units; Oral Health; Dentistry.

## REFERÊNCIAS

1. Camargo EC. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buço maxilofacial. *Jornal do Site* 2005; ano VI (98). Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>. Acesso em 12/08/2011.
2. Medeiros AJ, Alves MSCF, Nunes JP, Costa ICC. Experiência extramural em hospital público e a promoção da saúde bucal coletiva. *Rev Saúde Pública* 2005;39(2):305-310.
3. Moraes TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobel E, Camargo LFA, et al. Odontologia na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva São Paulo: Santos*, 2012;336.
4. Brasil. Projeto de Lei n.º 2.776-A, 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI. Câmara dos Deputados - Congresso Nacional Brasília, DF 2012. [acesso em 2017 jan 03]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>
5. Conselho Federal de Odontologia. Resolução-162/2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. *Diário Oficial da União* 16/11/2015;Seção 1.

6. Kahn S, Mangialardo ES, Garcia CH, Júnior JG, Machado WAS. Controle de infecção oral em pacientes internados: uma abordagem direcionada aos médicos intensivistas e cardiologistas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010;15:1819-1826.
7. Caldeira PM. Higiene oral de pacientes em entubação orotraqueal em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Enfermagem Integrada* 2011;4(1):731-741.
8. De 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 a ventilação mecânica. *Ver Min Enferm* 2013;17(1):177-184.
9. 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.
10. Mattevi GS, Figueiredo DR, Patrícia ZM, Rath IBS. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(10):4229-4236.
11. Diaz TL, Zanone SJ, Charms-Smith C, Kamoun H, Barraiz AI. Oral care in ventilated intensive care unit patients: Observing nursing behavior through standardization of oral hygiene tool placement. *American Journal of Infection Control* 2017.
12. Schlesener VRF, Rosa UD, Raupp SMM. O cuidado com a saúde bucal de pacientes em UTI. *Cinergis* 2012;13(1):73-77.

13. Siddiqui S. Patients readmitted to the intensive care unit: can they be prevented? *Int Arch Med* 2013;6(1):18.
14. Slawski EG. A participação do cirurgião-dentista na equipe das Unidades de Terapia Intensiva UTI. *Rev Perionews* 2012;6(1):39-44.
15. Baeder FM, Maria G, Cabral P. Condição Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Pesq Bras Odontoped* 2012;12(4):517-520.
16. Assis C. Atendimento Odontológico nas UTIs. *RBO* 2012;69(1):72-75.
17. Padovani MCRL, Souza SAB, Sant'Anna GR, Guaré RO. Protocolos de cuidados bucais na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal. *Rev bras pesq Saúde* 2012;14(1):71-80.
18. PIRES FR, Amaral SM, MIRANDA AMMA. As reações medicamentosas na cavidade oral: aspectos relevantes na estomatologia. *RBO* 2009;66(1):41-53.
19. Amaral SM, Cortês Ade Q, Pires FR. Nosocomial pneumonia: importance of the oral environment. *J Bras Pneumol* 2009;35(11):1116-1124.
20. Freitas ACC, Campos L, Brandão TB, Cristófarro M, Eduardo FP, Luiz AC, et al. Chemotherapy-induced oral mucositis: effect of led and laser phototherapy treatment protocols. *Photomed Laser Surg* 2014;32(2):81-87.
21. Cauwels R, Martens L. Low level laser therapy in oral mucositis: a pilot study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2011;12(2):118-123.
22. Pasetti LA, Carneiro Leão MT, Araki LT, Albuquerque AMM, Ramos TMB, Santos SF, et al. Odontologia Hospitalar a Importância do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Odontologia* 2013;13(4):211-226.

23. Silva GBL, Sacono NT, Othon-Leite AF, Mendonça EF, Arantes AM, Bariani C, et al. Effect of low-level laser therapy on inflammatory mediator release during chemotherapy-induced oral mucositis: a randomized preliminary study. *Lasers Med Sci* 2014;30(1):117-126.
24. Departamento de Odontologia. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Porto Alegre. 2011.
25. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista. *Arq Odontol* 2014;50(4):154-160.
26. Worman KR, Araújo TSB, Chatack D, Vieira WH, Tempeste L. Rosa APB, et al. The importance of dental care in hospitalized patients in intensive care unit. *International Journal of Development Research* 2015;5(10):5755-5760.
27. Munro CL, et al. Chlorhexidine reduces ventilator-associated pneumonia (VAP) in mechanically ventilated ICU adults. *Crit Care Med* 2006;34(12): Abstract 1.