



SAMARA DE MORAES CONCEIÇÃO

**O IMPACTO DO CIRURGIÃO DENTISTA NAS UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: RELEVÂNCIA E SEUS DESAFIOS**

CUIABÁ/ MT

2024

SAMARA DE MORAES CONCEIÇÃO

**O IMPACTO DO CIRURGIÃO DENTISTA NAS UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: RELEVÂNCIA E SEUS DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Departamento de Odontologia, da Faculdade Fasipe Cuiabá, como requisito para a obtenção do título de bacharel em odontologia.

Orientador: Prof.º Douglas Carlos da Silva

CUIABÁ/MT

2024

SAMARA DE MORAES CONCEIÇÃO

**O IMPACTO DO CIRURGIÃO DENTISTA NAS UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA: RELEVÂNCIA E SEUS DESAFIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Avaliadora do Curso de Odontologia–
da Faculdade Fasipe Cuiaba - FASIPE CUIABÁ como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em odontologia.

Aprovado em: ___/___/

Professor Orientador: Douglas Carlos da Silva
Departamento de Odontologia – FASIPE
CUIABÁ

Professor(a) Avaliador(a):
Departamento de Odontologia – FASIPE CUIABÁ

Professor(a) Avaliador(a):
Departamento de Odontologia – FASIPE CUIABÁ

Professor(a) Avaliador(a): Thayna Ferreira
Departamento de Odontologia – FASIPE
CUIABÁ Coordenador do Curso de
Odontologia

CUIABÁ/MT

2024

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais que sempre me apoiaram e incentivaram, dedico também aos meus professores por contribuírem com o ensino nessa jornada rumo ao meu sonho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela força e persistência que tem me dado para superar mais este desafio, a minha família, em especial a minha sobrinha e dupla de clínica pelo esforço e companheirismo.

EPIGRAFE

“Se você não for obstinado, você vai desistir de experiências muito cedo. E se você não for flexível, você vai bater com a cabeça na parede e não vai ver uma solução diferente para um problema que está tentando resolver.”

Jeff Bezos

CONCEIÇÃO, Samara de Moraes. O impacto do cirurgião dentista nas unidades de terapia intensiva: relevância e seus desafios; 2024. 44 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso II – Faculdade Fasipe Cuiabá.

RESUMO

Introdução: Historicamente, o desenvolvimento da Odontologia Hospitalar tem se dado de forma lenta e gradual. Nos últimos anos ganhou maior visibilidade e reconhecimento, em especial nos casos que envolvem a Unidade de Terapia Intensiva. Ter um profissional capacitado favorece casos de prevenção, promoção, diagnóstico e de cuidados paliativos, em que influencia no manejo e conseqüentemente no sucesso do quadro do paciente. **Objetivo:** Mostrar a importância do cirurgião dentista dentro das Unidades de Terapia Intensiva e a relação entre saúde bucal e geral, além dos riscos gerados quando não há um acompanhamento prévio. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão da literatura, em que a coleta de dados ocorreu através de artigos, livros e revistas online ligadas a odontologia hospitalar. Assim, a base de dados utilizada inicialmente foi o Google Scholar e Library online, utilizando termos determinados. O critério de inclusão adotado foram artigos publicados nos últimos cinco anos e que tivessem o texto a disposição, tanto no português quanto no inglês. Foram utilizados 39 artigos que se encaixam nos pontos propostos.

Palavras Chaves: Cirurgião Dentista. Biofilme. Unidade de Terapia Intensiva.

CONCEIÇÃO, Samara de Moraes. “THE IMPACT OF THE DENTAL SURGEON IN INTENSIVE CARE UNITS: Relevance and its challenges”; 2024. 44 pages. Course Completion Work II – Faculty Fasipe Cuiabá.

ABSTRACT

Introduction: Historically, the development of Hospital Dentistry has been slow and gradual. In recent years it has gained greater visibility and recognition, especially in cases involving the Intensive Care Unit. Having a trained professional favors case of prevention, promotion, diagnosis and palliative care, which influences the management and consequently the success of the patient's condition. **Objective:** To show the importance of the dental surgeon within Intensive Care Units and the relationship between oral and general health, in addition to the risks generated when there is no prior monitoring. **Methodology:** This is a literature review, in which data collection occurred through articles, books and online magazines linked to hospital dentistry. Therefore, the database used initially was Google Scholar and Online Library, using specific terms. The inclusion criteria adopted were articles published in the last five years and that had the text available, both in Portuguese and English. 39 articles were used that fit the proposed points.

Keywords: Dental Surgeon. Biofilm. Intensive Care Unit.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Sequência das normas de paramentação.....	21
Quadro 2 – Lista dos materiais em uso na higienização bucal do paciente.....	24
Quadro 3 - Resumo explicativo do protocolo de atendimento.....	29
Quadro 4 – Conduta em pacientes independentes.....	31
Quadro 5- Conduta em pacientes dependentes.....	32
Quadro 6 - Benefícios e riscos potenciais da higiene oral em UTI.....	33

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	9
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	11
2.1 Odontologia Hospitalar e seus aspectos gerais.....	11
2.2 A Unidade de Terapia Intensiva.....	12
2.3 As principais atribuições do Cirurgião Dentista intensivista.....	14
2.4 Procedimentos Odontológicos executados em nível hospitalar.....	16
2.5 Protocolo de atendimento.....	18
<i>2.5.1 Fatores de proteção individual.....</i>	<i>18</i>
<i>2.5.2 Exame odontológico do paciente em UTI.....</i>	<i>22</i>
<i>2.5.3 Higienização bucal do paciente.....</i>	<i>22</i>
<i>2.5.4 Tratamento não farmacológico.....</i>	<i>24</i>
<i>2.5.4.1 Protetores bucais.....</i>	<i>24</i>
<i>2.5.4.2 Substitutos da Saliva.....</i>	<i>25</i>
<i>2.5.4.3 Laserterapia.....</i>	<i>27</i>
<i>2.5.5 Acompanhamento evolutivo do paciente.....</i>	<i>28</i>
<i>2.5.5.1 Tempo de tratamento.....</i>	<i>28</i>
<i>2.5.5.2 Monitorização.....</i>	<i>28</i>
<i>2.5.5.3 Pós tratamento.....</i>	<i>29</i>
2.6. Atendimento Odontológico em UTI: quanto ao grau de dependência.....	31
2.7 Infecções hospitalares mais frequentes.....	34
<i>2.7.1 Pneumonia Nosocomial.....</i>	<i>36</i>
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar (OH) é definida como a prestação de serviços odontológicos para pacientes que se encontram hospitalizados. Neste viés, o papel do Cirurgião Dentista (CD) está voltado a realização de atividades de promoção e prevenção de saúde, diagnósticos e a execução de tratamentos relacionados a cavidade bucal. O fato de os pacientes encontrarem-se acamados, e não ter possibilidade de ir ao consultório convencional, restringe a atuação do profissional aos leitos hospitalares.

CAMPÊLO (2020), aponta que indivíduos com imunodeficiência possuem maiores chances de desenvolverem alguma infecção sistêmica secundária podendo levar à óbito. A condição oral do paciente hospitalizado interfere diretamente com o estado geral do mesmo, visto que, a boca é uma porta de entrada de microrganismos e a ausência de cuidados corrobora para o desenvolvimento de diversas espécies em especial, aquelas causadoras de patologias bucais.

Desse modo, tal expansão da microbiota patógena contribui no surgimento de problemas bucais locais e infecções sistêmicas, como a pneumonia nosocomial. O uso de equipamentos invasivos, como catéter e respirador de ventilação mecânica, facilita não apenas a entrada e proliferação de vírus, bactérias e fungos no hospedeiro, como também são fatores para alteração do fluxo salivar e formação de lesões traumáticas bucais.

A implementação desta modalidade de odontologia e a solicitação do cirurgião dentista em grande demanda dentro das Unidades de Terapia Intensiva, levou-se a questionar e expor a importância deste profissional como parte da equipe hospitalar. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral compreender a correlação existente entre a saúde bucal e o impacto na saúde geral do paciente. Por assim dizer, é preciso entender de maneira específica quais são as atribuições deste profissional como parte da equipe multidisciplinar, analisar as complicações com maiores recorrências em pacientes hospitalizados, entender os protocolos de atendimento, analisar as complicações com maiores recorrências em pacientes hospitalizados e quais riscos gerados na ausência de um acompanhamento odontológico prévio.

Para a confecção desta Revisão de Literatura, foi realizado um levantamento bibliográfico em que se utilizou de livros, revistas online e artigos específicos sobre o tema. Realizou-se uma busca no DECS/BVS em que os termos: Dentista na UTI, Equipe Hospitalar, Serviço Odontológico Hospitalar e Doenças bucais em UTI foram selecionados e então acoplados entre si. As bases de dados selecionadas foram Google Scholar, Lilacs e PubMed. Durante essa busca científica houve delimitação de ano de publicação e tipo de estudo. A metodologia da análise dos dados ocorreu de maneira descritiva. Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram publicações ocorridas nos últimos cinco anos, de 2020 a 2024, independentemente do idioma. O critério de exclusão utilizado foram artigos que não possuíam texto completo disponível. Foram selecionados previamente 52 artigos, sendo que destes, 13 foram excluídos durante a leitura dos resumos, à medida que somente 39 foram utilizados.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Odontologia Hospitalar e seus aspectos gerais

O desdobramento e evolução da Odontologia Hospitalar no continente americano se dá desde o século XIX. Em território brasileiro, os pequenos avanços ao longo do tempo foram marcos importantes para conquistar o que se tem hoje (MIRANDA AF, 2020).

Com o nascimento da Constituição Federal de 1988, estabeleceu uma nova era, o surgimento do SUS e a concepção abordada no Art. 196, em que trata a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Assim, desde este período vincula-se a boca como um meio inseparável do restante do corpo, resultando em um único grande sistema. A regulamentação oficial da OH, bem como a implementação de cursos na área, se deu em 2015 através do Código de Ética Odontológico, em que ressalta as diretrizes e competências do cirurgião dentista no complexo hospitalar abrangendo no capítulo X, um setor destinado a esta área. Um avanço significativo foi a medida criada em uma parcela dos estados brasileiros através da criação de leis estaduais tornando obrigatória a assistência odontológica no paciente hospitalizado (ANDRADE. LS, 2020).

De acordo com o Manual de Odontologia Hospitalar (CRO, 2021), este termo está vinculado a um conjunto de ações preventivas, de diagnóstico e terapêuticas/paliativas seja de problemas orofaciais, manifestações bucais de origem sistêmicas ou de complicações de seus respectivos tratamentos, seja em ambiente hospitalar ou domiciliar, monitorada por uma equipe multiprofissional, em que prioriza à manutenção da saúde bucal e à melhoria da qualidade de vida.

Com base em Santos e Soares Junior (2021), a definição de hospital é vasta. Os autores citam que, a Organização Mundial de Saúde aborda um conceito de que “o hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja missão consiste em proporcionar à

população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial”.

Nos últimos anos, pós COVID-19, as pesquisas e especulações nessa esfera ampliou gradativamente. Um estudo realizado pela Universidade de São Paulo em 2021 mostrou que a higiene bucal associada ao tratamento odontológico dos pacientes internados foi responsável pela diminuição em 21,4% o risco de morte. Embora a importância do CD neste tipo de ambiente, especialmente na UTI, seja de grande valia somente neste ano a OH foi reconhecida como especialidade odontológica, de acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2023).

A prestação de serviços e o atendimento por um especialista, além de contar com o conhecimento técnico de cuidados e preparo com a cavidade oral está vinculada com o trabalho humanizado, promovendo compromisso e atendimento individualizado prezando sempre buscar um bem estar biopsicossocial. Nesta analogia, a possibilidade do odontólogo direcionar pacientes do consultório convencional ao centro de saúde de atenção terciária já é uma realidade. Isto, reduz as chances de intercorrências, dispensa o manejo do paciente ansioso e possibilita o CD a dedicar-se ao procedimento com paciência, estratégia, tempo e cautela, já que, em sua maioria se encontrarão sob sedação geral (MIRANDA. AF, 2020).

Portanto, trabalhar em um ambiente com uma vasta rede de estrutura de aparelhos e uma equipe profissional capacitada contribui proporcionando segurança ao operador e ao operado, seja desde tratamentos mais simples como extrações de siso a cirurgias complexas, como ortognática. Assim, as vantagens e facilidades são inúmeras principalmente pelo fato da existir disponibilidade de recursos ligados a urgência e emergência odontológica.

Assim, de acordo com Miranda *et al.* (2020), o CD pode vir a atuar em diferentes setores na área hospitalar: em unidades de internação, centro cirúrgico e nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), em que as condutas odontológicas tomadas se dá de acordo com a necessidade e capacitação do profissional.

2.2 A Unidade de Terapia Intensiva

A UTI é uma estrutura de grande complexidade com inovação tecnológica, alto custo financeiro e formado por uma equipe multidisciplinar especializada, atribuído a pacientes graves que necessitam de cuidados (BARBOSA, 2020).

Esta estrutura é definida como uma área voltada para o atendimento de pacientes com potencial ou efetivo comprometimento das funções vitais decorrentes de falhas de um ou mais sistemas orgânicos. Desta maneira, é considerado o nível mais evoluído, complexo e avançado dentro da hierarquia hospitalar. Os indivíduos hospitalizados que apresentam estado de saúde considerado grave são encaminhados à UTI, onde receberão cuidados integrais e estarão sob constante monitoramento e observação da equipe (ANDRADE *et al.*, 2020).

A deficiência na higiene oral é um ponto característico que se vê nos atendimentos dos internos nestas unidades, isto somado a outros fatores contribui para a alteração do sistema imune local e geral. Tal precariedade com a higienização e o acúmulo de biofilme dentário beneficia a proliferação e o aumento na colonização de bactérias patógenas (Gram Negativas), e certamente, a complexidade e o número destas acaba determinando o aumento no período de internação (SOUZA & PEREIRA, 2022).

O biofilme, com sua aglomeração de microrganismos pode desencadear alterações bucais locais como gengivite, periodontite, cárie, complicações de origem pulpar, lesões na mucosa oral, em dentes com fratura e nas superfícies de aparelhos protéticos. Essas condições não podem ser negligenciadas e para o tratamento adequado, faz-se necessária a presença de um CD no complexo hospitalar como suporte no diagnóstico de tais alterações e como cooperadores na terapêutica médica, seja na atuação em procedimentos de emergências e/ou curativo e paliativo (RABELLO, QUEIROZ & SANTOS, 2020).

Os portadores de alterações sistêmicas, em sua maioria, se encontram completamente dependentes dos cuidados de terceiros, portanto, se torna inviável manter um controle bucal preciso, exigindo auxílio e suporte de pessoas qualificadas para esta e ademais funções (INCA, 2022). A manutenção desses cuidados gera uma conectividade fundamental integrando a medicina e a odontologia, cujo objetivo em comum seja o tratamento completo de pacientes interferindo diretamente na recuperação total destes (SILVA *et al.*, 2020).

A ideia de equidade é um dos princípios que se tem destaque, em que, ao ter acesso ao atendimento, isto ocorrerá na ordem de prioridade como em casos de doenças sistêmicas graves, comprometimentos neurológicos e seres com deficiência. Diante disso, entender como será feito o manejo com cada tipo de paciente de acordo com sua restrição é fundamental, já que reconhecer a vulnerabilidade e susceptibilidade dos mesmos diminuirá a incidência de problemas com maior gravidade e conseqüentemente menor probabilidade de insucessos (SOARES, RODRIGUES & BELFORT, 2022).

Artigos literários têm mostrado, de forma assertiva, a relação da condição oral na progressão do quadro dos pacientes acamados. A análise e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exige o monitoramento e intermédio do cirurgião de “cabeça e pescoço” na estabilização ou eliminação da doença periodontal, da cárie, diagnóstico e se preciso no manejo e, no tratamento precoce de lesões bucais provenientes de infecções virais fúngicas, de lesões traumáticas e de outras modificações bucais (RABELLO, QUEIROZ & SANTOS, 2020).

Uma das saídas de se prevenir as lesões em boca, originadas por doenças sistêmicas e/ou traumáticas, é a utilização de protetores bucais. Estes utensílios são formados por um material que permite o afastamento e ao mesmo tempo, a proteção dos tecidos bucais locais contra alguma forma de trauma. Além disto é de fácil manejo e adaptação, em que podem ser removidos e inseridos sem dificuldades favorecendo a sua limpeza. Isto é de fundamental, pois, os cuidados quando realizados adequadamente, reduzem o aparecimento de pneumonia ligada ao uso de ventilação mecânica nos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (DE MELLO *et al.*, 2020).

2.3 As principais atribuições do Cirurgião Dentista intensivista

Por muitos anos, o papel do dentista na UTI foi tomado por outros profissionais em especial técnicos de enfermagem e enfermeiros. Por não terem formação específica em tratamentos que envolve a região de cabeça, muitos protocolos de higienização e acompanhamentos eram executados de forma incompleta ou errônea. A partir do ano de 2008, o CD passou a fazer parte da equipe multiprofissional no país, e então atendendo nos hospitais e nos leitos de UTI. Nesta analogia, um paciente ao ser internado recebe acompanhamento destes profissionais, por estarem impossibilitados de receberem atendimentos odontológicos dos consultórios físicos convencionais (EMÍDIO *et al.*, 2021).

O acompanhamento e tratamento diário dos pacientes, ajuda na eliminação de agentes infecciosos locais, já que os mesmos não podem realizar sua própria limpeza bucal. Isto auxilia na melhora do funcionamento sistêmico e diminui as chances de infecções no trato respiratório e conseqüentemente, mortalidade. Nesse viés, tais pacientes precisam de atenção integral e rigorosa por conta da queda da imunidade quando estão nesses ambientes. Assim, o acompanhamento nas UTI'S vai muito além do que somente meros cuidados físicos, está voltado a um atendimento humanizado, cujo a prioridade é o bem estar e a qualidade de vida destes (DIETRICH *et al.*, 2023).

De acordo com SANTOS *et al.*, (2024), uma das funcionalidades do CD é a capacidade e necessidade de promover diagnósticos com rapidez e precisão das doenças bucais, além de atuar em outras situações diversas. Promove análises, discussões e estudo de casos com a equipe além de traçar estratégias na obtenção de um melhor plano de tratamento possível. O Exame Bucal no Leito (EBL), realizado pós internação é importante para averiguar a presença de focos de infecção e analisar alguns pontos relevantes como a sanidade dos tecidos, o fluxo e viscosidade salivar, alterações de cor, odor e deglutição para somente depois definir qual a forma de intervenção que o paciente receberá.

BARBOSA *et al.*, (2020) aponta que todas essas características estão correlacionadas com os cuidados de higiene oral e o grau de relação da doença base da internação com a saúde bucal. Assim, caso seja preciso é papel do dentista executar restaurações, cirurgias, raspagem, curativos de demora, tratar lesões orais, elaborar tratamentos de caráter paliativo e principalmente, acompanhar a evolução diária do paciente (EMÍDIO *et al.*, 2021).

Um ponto interessante que vale a pena ser destacado é a capacidade do dentista atuar frente aos pacientes oncológicos, onde dados apontam que cerca de 30% dos pacientes diagnosticados com leucemia contém um aumento de volume na gengiva (hiperplasia gengival) somada pela gengivite. Isto está vinculado mediante a infiltração dos tecidos por células cancerígenas, no início da doença. Os casos benignos também requerem atenção especial, onde o profissional precisa atuar frente a lesões ulcerosas como o Lúpus Eritematoso, tratamento de celulite e sinusite odontogênica, hemangiomas e endocardite bacteriana, por exemplo. Diante disso, se vê que existe um controle de uma higiene para cada tipo de patologia e dessa forma, cada instituição tem de criar métodos individualizados de protocolo de higienização oral com auxílio de um cirurgião dentista em paralelo a equipe de enfermagem, desde procedimentos básicos até os mais complexos. (PEDROSA, *et al.*, 2023).

Mais do que simplesmente efetuar o controle do biofilme dentário é importante inspecionar a boca e as estruturas adjacentes, indicar técnicas de profilaxia dentária e periodontal, instruir sobre o uso correto de enxaguantes bucais a fim de proporcionar conforto e segurança ao paciente. Em graus mais elevados, é sua atribuição a execução de extrações dentárias em casos de abscessos intraósseos, efetuar drenagens em abscessos, realização de biópsias ou citologia esfoliativa e até mesmo aplicações de laserterapia em regiões de tecidos duros e moles da cavidade oral (CRO, 2021).

Miranda (2020), demonstra que os procedimentos de maior recorrência à atribuição exclusiva aos especialistas estão vinculados a profilaxia dentária, tratamento de raspagem periodontal (subgengival e supragengival) e tratamentos de lesões erosivas como úlceras, aftas e herpes labial.

Como o público da UTI é composto basicamente por indivíduos imunossuprimidos (pacientes oncológicos, portadores de AIDS, transplantados ou em tratamento de hemodiálise) a maior contribuição a eles nestes casos é criar meios e alternativas para que o tratamento médico não necessite ser interrompido e que o doente se recupere o mais rápido possível (PINHEIRO & SOARES, 2022).

Como já mencionado, a higiene bucal é um fator coadjuvante que auxilia na diminuição dos focos de placa bacteriana e conseqüentemente menor probabilidade de riscos de infecção, por isso é fundamental a interação familiar nestes ambientes, pois trazem de certa maneira, pontos benéficos quando ligados a evolução da saúde do paciente. A família, nestes casos, tem que ser vista como um grupo aliada a equipe multiprofissional de saúde, a fim de atuar na promoção e conforto do paciente, em que o ajuda a durante seu estado de recuperação proporcionando então um aumento da confiança (CRECE & PAIVA, 2023).

Seguindo tal lógica, Neves *et al.*, (2023), a presença do CD junto aos familiares possibilita uma troca de informações e assim, gera certo grau de evolução da condição de recuperação do interno, através de uma comunicação afetiva, compartilhamento das dificuldades entre os mesmos, solidariedade e uma rede de apoio necessário.

2.4 Procedimentos Odontológicos executados em nível hospitalar

No ambiente hospitalar, o cirurgião dentista possui uma grande área de abrangência em que pode atuar, o que engloba a parte ambulatorial, as enfermarias, centro cirúrgico, pronto atendimento e nas Unidades de Terapia Intensiva. No ambiente externo podem ser inseridos nos casos de visitas domiciliares, nas ações de gestão e no âmbito educacional. Outro fator que merece atenção são os acompanhamentos de rotina aos pacientes com diagnóstico de doenças sistêmicas e os com necessidades especiais (SANTOS, *et al.*, 2022).

A ANVISA com sua resolução de N°7 do ano de 2010, delibera as condições básicas para o funcionamento das UTI. A resolução, em sua sessão IV preside que tenha acesso aos

recursos de assistência, em que devem ser assegurados à beira do leito, e isto inclui a parte odontológica.

Dentro das UTI, o paciente interno é monitorado frequentemente pela equipe de saúde local. Neste contexto, o cirurgião dentista é responsável por realizar um acompanhamento com o paciente efetuando os procedimentos clínicos padrões básicos que se resumem em averiguar a anamnese e efetuar um exame clínico detalhado com inspeção interna e externa a cavidade oral. A intenção é entender os pontos críticos com a finalidade de traçar um plano de prevenção ou de tratamento direcionado a pessoa hospitalizada.

Os tratamentos mais complexos, ou considerados invasivos são realizados desde que veja necessidade e que seja apropriado. Caso contrário, as condutas de medidas preventivas devem ser realizadas. Por essa razão, o profissional capacitado tem como atividade controlar de maneira efetiva o biofilme na cavidade bucal e tomar medidas associadas com intuito de minimizar os riscos de infecções associadas, como a pneumonia nosocomial. A análise e avaliação dos tecidos moles e duros são imprescindíveis com o propósito de detectar e evitar lesões bucais.

Quando observado alguma alteração fora dos padrões de normalidade os mecanismos de prevenção iniciais são efetuados pois reduz a chances de complicações e, conseqüentemente uma queda no tempo de permanência na internação. Se caso o interno precisar de procedimentos de maiores complexidades, o cirurgião dentista está apto para executar exodontias dentárias com mobilidades ou restos radiculares que colaboram como foco de infecção, arestas e/ou bordas cortantes devem ser evitadas e por isso regularizadas com intuito de não vir traumatizar regiões de tecidos moles. No entanto, se houver traumas, tais profissionais realizam suturas de lacerações além de confeccionar e instalar protetores bucais para maior comodidade (Protocolos de Atenção à Saúde, 2023).

Em caso de presença de cálculos dentais é realizado raspagem dentária associada a profilaxia, a fim de evitar processos inflamatórios como gengivite e doença periodontal. Nos pacientes em que se identifica lesões de origem duvidosa, além do diagnóstico, exames histopatológicos e laboratoriais podem ser solicitados e analisados isoladamente ou em equipe. Por tanto, ao melhorar a assistência ao paciente, em especial o de estado grave, contribui para a elevação dos indicadores (SOARES *et al.*, 2022).

2.5 Protocolo de atendimento

Conhecido simplesmente como protocolo ou instrução de trabalho, os Procedimentos Operacionais Padrões (POP) trata-se de um documento em que aborda de forma descritiva e assertiva atividades a serem realizadas dentro de uma empresa, pontuando de maneira minuciosa informações detalhadas. Por assim dizer, o objetivo empregado é viabilizar as atividades, em que garanta eficácia e a padronização dos atendimentos mesmo que sejam executadas por um grupo de indivíduos diferentes (CORRÊA, T. Geovane *et al.*, 2020).

Em um hospital estes documentos, que possuem respaldo científico, são de grande valia já que descrevem o passo a passo das funções a serem colocadas em prática o que promove a previsibilidade dos resultados. Por assim dizer, haver essa conduta é imprescindível para promover a uniformização dos procedimentos de tratamento, conduzir no controle diário além de corroborar no monitoramento de doenças. No entanto, a introdução de uma POP dentro das Unidades de Terapia Intensiva normalmente é limitada inicialmente por alguns obstáculos.

O fator restritivo ocorre normalmente pela ausência de profissionais habilitados, somado ao fato de encontrar um protocolo de atendimento que passou por uma elaboração previamente sem a presença de um cirurgião dentista. Por tanto, a ação de reformulação do documento não pode ser negligenciada em que necessita ser abordado e debatido com a equipe hospitalar desde fatores relacionados ao perfil dos pacientes quanto investimentos, custos e a flexibilidade de materiais (GOMES, A. Barbara *et al.*, 2023).

A equipe de multidisciplinar, como introduzido anteriormente, mesmo ciente de suas funções e entendimento sobre a importância da higienização da cavidade oral, nem sempre é treinada especificamente de forma correta o que resulta em um déficit na limpeza bucal dos pacientes. Assim, ressalta a relevância e contribuição de cada membro da equipe de maneira individualizada e neste caso, nada substitui a atuação do cirurgião dentista.

A apresentação de padronizações (POP) para higiene bucal de pacientes críticos faz parte das orientações para prevenir de Pneumonia Aspirativa por Ventilação Mecânica (PAVM), por parte de importantes órgãos de controle sanitário ambiental em nível nacional e internacional. No ano de 2017, foi divulgado orientações para Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde pela ANVISA, que tem como foco uma abordagem referente as Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada a assistência à Saúde (IRAS). Ao ter um enfoque em odontologia, mostra a real importância dos cuidados aos pacientes intensivistas e a prevenção a pneumonia, em especial a PAVM.

As atividades de higiene bucal é umas das diligências de precaução das IRAS. Por essa razão, preconizar este protocolo de atividade diária, em pacientes dependentes, precisa estar entre as preocupações nos cuidados a saúde. Os cuidados diários envolvem a remoção da placa bacteriana das superfícies e de próteses dentárias, higienização e hidratação da mucosa oral. Ações como as citadas são facilitadas pelo uso de escovas dentais, dentifrícios e antissépticos como o Digluconato de Clorexidina 0,12% (ROCHA *et al.*, 2020).

No ambiente de prática odontológica, se dispõe de meios de contaminação por microrganismos patogênicos presentes tanto na saliva quanto no sangue. Estes são os principais agentes capazes de difundir graves doenças, inclusive, corresponsável pelas incidências de contaminação cruzada. Por tanto, os profissionais e os próprios pacientes propagam microrganismos e conseqüentemente disseminam enfermidades (ADA, 2022).

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos a todo momento a riscos, sejam eles ocupacionais, químicos, físicos, mecânicos ou biológicos, e as lesões no tecido epitelial que podem ocorrer durante o atendimento tem interferência diretamente no processo laboral. Se tratando do risco de contaminação ou infecção eles podem se tornar maior quando o profissional negligencia os protocolos de biossegurança (LINDOSO *et al.*, 2023).

Nesse cenário, as ações de biossegurança são estabelecidas como um agrupamento de medidas que envolvem os fatores preventivos e aqueles que reduzem ou elimine os riscos que podem ser prejudiciais a saúde, seja esta humana, animal ou ambiental. Conhecer essa conjuntura, bem como aplicá-las de forma assertiva no cotidiano odontológico é de suma relevância para proteção do enfermo e da equipe interdisciplinar (MAIA *et al.*, 2021).

Com este cenário é inegociável que os profissionais da odontologia realizem e atualizem os conhecimentos e protocolos de biossegurança a respeito dos procedimentos, bem como as normas previstas. A aplicação do CD envolve muito mais do que apenas conhecimento técnico-científico da área principal de atuação, mas também a insistência em adquirir conhecimento, determinação, métodos organizativos e responsabilidade na área vinculada a biossegurança (LINDOSO *et al.*, 2023).

De acordo com o manual Serviços Odontológicos: Prevenção e Controle de Riscos lançado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o profissional da área da saúde está a todo momento exposto a uma variedade de riscos na sua rotina diária, em que, para precaver, atenuar ou minimizar estes riscos é crucial a adoção de medidas de precauções padrões. Tais precauções básicas são ações que carecem de serem priorizadas universalmente,

independente do diagnóstico do indivíduo fonte e adotadas na assistência a todos os pacientes: higienização das mãos e o uso de equipamentos de proteção individual (EPI'S).

2.5.1 Fatores de Proteção Individual

- Higienização das mãos

A limpeza ou higienização é visto como a prática de maior relevância para a prevenção e o controle das infecções. A lavagem das mãos com água e sabão somado a técnica correta, minimiza a aglomeração microbiana e conseqüentemente reduz a transmissão de infecções. O álcool só deve ser o material de escolha quando as mãos não estiverem com sujidades ou umidade aparente. Todavia, em casos de realização de procedimentos invasivos, além da higienização se faz necessário a utilização de antissépticos alcoólicos.

- EPI para proteção da cabeça

I) Gorro: Trata-se de uma barreira fundamental na rotina clínica para evitar a prática de contaminação. Assim, reduz as chances de transferência desses contaminantes seja por aerossóis, secreções ou demais produtos. Favorece a prevenção de acidentes e eventuais quedas de cabelo nos ambientes de procedimento. Dessa maneira, o ideal é fazer o uso de um gorro, de preferência descartável, que cubra toda extensão que envolva cabelo e orelhas.

- EPI para proteção dos olhos e face

I) Óculos / protetores faciais: São utilizados para proteção contra secreções, aerossóis, vapores, injúrias físico-mecânico e precisam ser transparentes. São lavados e desinfetados após cada atendimento e armazenados em um local limpo e seco.

II) Máscaras: Desempenha um papel na proteção física para proteção contra perdigotos e aerossóis. Por isso, deve ser necessário envolver toda região da cavidade nasal e da região da boca para um melhor controle, ademais, é capaz de permitir uma respiração normalizada e não é irritativa a pele. O ideal é que as máscaras possuam filtro duplo e seja descartável, de preferência a cada paciente.

- EPI para proteção do tronco

I) Avental: Usado para evitar com que respingos sejam depositados em contato com a pele e até mesmo sob as vestimentas. Assim, é indicado o uso de aventais fechados com mangas longas, confortável e que seja de coloração clara independente se for de descartável ou de pano,

desde que seja impermeável. Promove segurança contra fatores relacionados a aerossóis, respingos, acidentes mecânicos e contaminação por agentes biológicos.

- EPI para proteção dos membros superiores

I) Luvas: Barreira física que deve ser utilizada em todos os procedimentos que envolvam manipulação de secreção do paciente por parte do profissional, a fim de evitar quaisquer chances de infecção cruzada, acrescenta-se a isto a redução de riscos em acidentes de trabalho. Atuam na proteção das mãos contra agentes biológicos, perfurocortantes, químicos, térmicos e escoriantes.

- EPI para proteção dos membros inferiores

I) Calçados: Imprescindível que seja fechado e com solado antiderrapante, deste modo protege e gera segurança aos pés contra materiais perfurocortantes, quedas de objetos e respingos de produtos. Um exemplo de protetor para os pés é a sapatilha descartável, Propé.

Quadro 1 – Sequência das normas de paramentação

SEQUÊNCIA DE PARAMENTAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> 1) Higienização das mãos e dos punhos com água e sabão ou/e antisséptico alcoólico 70%. 2) Colocação do gorro. 3) Colocação de máscara de proteção. 4) Colocação do óculos de proteção e do protetor facial. 5) Repetir a higienização das mãos. 6) Vestir-se com avental/capote impermeável. 7) Calçar as luvas para procedimento.
SEQUÊNCIA DE DESPARAMENTAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> 1) Remover as luvas de procedimentos. 2) Higienização das mãos. 3) Retirar o avental/capote. 4) Repetir a higienização das mãos. 5) Retirar o protetor de face, óculos de proteção, máscara e gorro pela extremidade. 6) Repetir a higienização das mãos.

Fonte: Adaptada de (Manual de Boas Práticas em Biossegurança Para Ambientes Odontológicos, 2022).

2.5.2 Exame Odontológico do paciente em UTI

Os pacientes que estão internados em Unidades de Terapia Intensiva necessitam passar por uma avaliação clínica odontológica pela equipe de odontologia responsável, esta que ainda que faz parte do grupo de profissionais multidisciplinares.

O fechamento de diagnóstico da condição apresentada pelo paciente e elaboração de um plano de tratamento individualizado é efetuado pelo cirurgião dentista, que é determinada pela avaliação clínica extraoral e intraoral. O odontólogo, com sua destreza e olhar clínico observa minuciosamente as estruturas híginas, tecidos moles e condição salivar, separadamente. Isto abrange pacientes que encontram-se entubados, estando ou não traqueostomizados, com uso ou sem de ventilação mecânica, que possuem síndromes de Asia ou de secreções e, demais comorbidades (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023)

Na avaliação intraoral em tecido duro observa-se o enfermo, se é desdentado ou não. Em casos de presença de dentição averiguar as condições de saúde e se existe algum grau de mobilidade dentária, presença de cárie cavitada, dentes fraturados ou com exposição pulpar. Certificar se o indivíduo faz uso de alguma prótese dentária seja ela fixa, removíveis parciais ou totais, ou que faça uso de aparelhos ortodônticos. Em contrapartida, na análise em tecido mole deve ser examinado mucosa bucal, labial e lingual, assolho de boca, palato duro e mole bem como sua extensão afim de identificar se há: lesões traumáticas, ulcerativas e aquelas causadas por microrganismos como herpes e candidíase, presença de hemorragias, halitose, saburra lingual, mucosite, gengivite e doença periodontal (GOMES, A. Barbara *et al.*, 2023).

A condição salivar é outro ponto fundamental a ser avaliado. A diminuição ou ausência do fluxo salivar influencia diretamente no comprometimento da higiene bucal por conta das substâncias presente em sua composição. Por assim dizer, favorece o desenvolvimento de outras problemáticas como a maior facilidade do desenvolvimento das infecções bucais.

2.5.3 Higienização Bucal do paciente

I) Escova Dental

De acordo com a literatura, as escovas dentais são significantes para o controle da placa bacteriana e, favorece a remoção de manchas extrínsecas que se encontra sob a superfície dentária. A Associação Dentária Americana (ADA), aponta que a escova ideal é a manual que

possui a cabeça pequena e que contenha tufo de cerdas macias e de mesmo comprimento. O cabo precisa ser longo, para facilitar a pega e levá-la em regiões mais posteriores, em áreas de difícil acesso. Assim, a morfologia da escova contribui para a eficiência no controle da placa bacteriana.

II) Gaze

Trata-se de um meio mecânico, assim como a escova dental, que auxilia na limpeza e higienização da cavidade oral e suas estruturas, por ser maleável permite envolvê-la nos dedos e espátula de madeira. Os estudos científicos apontam grande eficácia da associação da gaze com clorexidina 0,12%. (HORTENSE, Sandra Regina *et al.*, 2021).

III) Dentifrício

Somado a escova dental, o dentifrício desempenha papel fundamental na prevenção de doenças bucais e por isso, a sua formulação é imprescindível na sua eficácia. Todos os componentes presentes são de suma importância para o efeito desejado, no entanto, para que atinja um efeito esperado é preciso que a porcentagem de flúor esteja na concentração ideal: 1450 PPM para adultos e 1100 PPM para os pacientes pediátricos (DE QUEIROZ, S. Alessandra *et al.*, 2021).

IV) Antisséptico bucal

O Digluconato de Clorexidina 0,12% é tido como uma solução antimicrobiana com ação bactericida e bacteriostática, e que colabora diretamente no tratamento de infecções uma vez que atua como dispersor da placa já formada e inibe a recolonização da placa bacteriana. Tal ação favorece a redução da quantidade de agentes bacterianos presente no fluxo salivar e evita assim, um desencadeamento no quadro de inflamação. Aliado ao controle mecânico, o controle químico atinge uma excelente condição de higiene bucal (DE SOUZA, CS. Sildely *et al.*, 2022).

V) Técnica

A técnica de escolha e manejo, a frequência de higienização, bem como o aparato de materiais selecionados a serem utilizados no atendimento tem relação direta com a condição em que o paciente se encontra, ou seja, com grau de independência ou dependência (MELO, CN. Jerlúcia *et al.*, 2020).

Por ter apresentado na sequência acima os materiais indispensáveis de uso, se vê a necessidade de listar os instrumentos utilizados na rotina clínica hospitalar, aqueles que possuem uma com maior abrangência.

Quadro 2 – Lista dos materiais em uso na higienização bucal do paciente

MATERIAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS REGULARMENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Escovas dentais (cabeça pequena, cerdas macias e haste longas). • Dentifrícios. • Raspador de língua. • Espátulas de madeira. • Compressas de Gazes. • Sistema com sonda para aspiração. • Seringa descartável 5 ml ou recipiente descartável. • Antisséptico Bucal (Digluconato de Cloredixina 0,12%). • Hidratante Labial. • Protetor bucal e Saliva Artificial em alguns casos.

FONTE: Adaptado de (GOMES, B.A *et al.*, 2023).

2.5.4 Tratamento não farmacológico

2.5.4.1 Protetores Bucais

Os pacientes que se encontram internados nas Unidades de Terapia Intensiva precisam receber um cuidado reforçado e contínuo para solucionar os problemas que levaram a internação e, evitar com que esta internação não corrobore para o surgimento de outros agravos e danos que venham comprometer negativamente a saúde e prognóstico do caso.

Na realidade clínica hospitalar, o cenário é de pacientes incapacitados de forma temporal ou definitiva em que faz o uso de ventilação mecânica, cujo aparelho pode estar conectado com tubo orotraqueal (TOT). Esse tubo pode favorecer o surgimento de lesões na cavidade oral e desenvolvimento do acúmulo de biofilme decorrente da deficiência de higienização. A pressão exercida através do TOT propicia a manifestação

de lesões ulcerativas em áreas de pele e mucosa oral, o que instaura as chances de manifestação de sintomatologia dolorosa e consequentemente riscos de infecção (HAMPSON *et al.*, 2020).

Na conduta de procedimentos que envolvem técnica anestésica existe casos de traumas dentários nos pacientes, ou episódios de movimentos mandibulares involuntário em situações de indivíduos com comprometimento neurológico. Assim, para prevenir e diminuir as chances de complicações, estudos indicam o uso de protetores bucais como alternativa para os internos (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023).

O dispositivo de proteção tem como objetivo promover um afastamento e proteção dos tecidos que se encontram no plano oclusal, a fim de precaver traumas em decorrência dos atos de involuntariedade. Essa medida, assegura que as ulcerações e sangramentos, contaminação por agentes infecciosos e compressão do TOT com prejuízo no fluxo de ar sejam evitados (FLORENTINO, A. Flávia Alessandra *et al.*, 2023).

A literatura traz a existência de uma diversidade de opções de protetores bucais. Os protetores individualizados são aqueles que precisam efetuar uma moldagem previamente afim de obter uma cópia das arcadas dentárias para sua confecção e instalação posteriormente. Já os pré-fabricados possui como vantagem o fato ser possível efetuar a instalação de maneira imediata, suscetível a adaptações necessárias.

Independente da escolha do tipo de protetor bucal, este precisa ter alguns requisitos importantes. Tem que ser observado se o dispositivo apresenta resistência contra impactos, questão de conforto, facilidade na instalação e em sua remoção para promover facilidade na higienização e que não prejudique a respiração. O aparato ainda não pode limitar os movimentos mandibulares e devem resistir as forças de ruptura, além do que não pode gerar nenhum risco ao paciente (FRANCO. *et al.*, 2020).

2.5.4.2 *Substitutos da saliva*

Os pacientes que estão em tratamento de radioterapia em área de cabeça e pescoço normalmente enfrentam condições comuns como a hipossalivação ou em casos mais avançados, a xerostomia. A diminuição ou ausência do fluxo salivar é uma realidade que enfrenta com frequência os internos, isso por conta da rotina medicamentosa ou pelo aparato de intubação (SILVA & SEROLI, 2022).

A sedação dos pacientes nos Centro de Terapia Intensiva (CTI) e o acréscimo no tempo em que permanecem internados, compromete na redução da produção de secreção salivar e promove mudanças na flora oral microbiana em poucas semanas, favorecendo a prevalência de bactérias gram-negativas e, conseqüentemente, possibilitando quadros de infecções pulmonares por aspiração desses patógenos (BARROS *et al.*, 2021).

A redução da saliva com associação a deficiência de higiene oral, favorece o agrupamento de biofilme dental e conseqüentemente o desencadeamento de outras doenças como gengivite/periodontite e lesões de cárie. A lubrificação salivar auxilia na autolimpeza, no controle do hálito e na redução das bactérias presentes. Assim, com a ausência salivar ocorre também a diminuição de flúor presente no meio bucal e, maiores chances de desmineralização associada a cárie dentária (LEITE, J.C *et al.*,2022).

A produção deficiente de lubrificação resulta em fissuras na mucosa e tecidos adjacentes, em que serve como um meio de entrada para microrganismos patógenos. Para evitar rachadura nos lábios, principalmente em comissura labial, os produtos lanolina e vaselina são indicados (DE SOUZA, S.C *et al.*,2022).

Além de ter a atribuição de lubrificação da cavidade oral, possui também propriedades antimicrobianas e de efeito tampão. Contudo, em pacientes ventilados esses resultados são comprometidos. Uma vez que o paciente fica com a boca aberta por muito tempo devido ao tubo orotraqueal, o fluxo salivar é diminuído e favorece a formação do biofilme nos dentes e língua, colonização por seres na cavidade oral e lesões em mucosa. Em virtude da hipossalivação e suas conseqüências, a utilização da saliva artificial se faz importante, visto que eleva a umidade e lubrificação da boca (CABRAL *et al.*,2023).

Nuchit *et al.*, (2020), considera que além de ampliar esta umidade e função lubrificante, auxilia nas propriedades de tamponamento e antimicrobianas, além de evitar rachaduras na mucosa

Os substitutos da saliva são produtos utilizados para substituí-la. Embora o método artificial não seja o mais adequado, a saliva artificial é o que mais se assemelha com o método natural. O produto atua como lubrificante, hidratante e como agente antimicrobiano. A imitação da saliva natural torna-se complexa e, para ser eficaz tem de responder as características semelhante à saliva em que se baseia em propriedades viscosas e elásticas. Existem diversas formulações no comércio que se aproxima com a

forma natural, como a Bioextra, que possui componentes para complementar o sistema imunológico (NUCHIT *et al.*, 2020).

2.5.4.3 Laserterapia

As lesões orais por trauma são injúrias causadas por danos mecânicos, materiais cortantes, dentes mal posicionados, conversação, mordidas acidentais, trauma durante a higienização bucal e por pressão decorrente do tubo orotraqueal. Essas injúrias normalmente são ulcerativas com um quadro agudo ou crônico. Tais condições comprometem a melhora no quadro do paciente, por conta de uma limitação de abertura bucal dificultando a higiene, dor local, e chances de desenvolver problemas secundários decorrentes de infecção por conta da lesão inicial (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023)

O rompimento do tecido epitelial oral com a exposição das estruturas nervosas subjacentes, emite um sinal doloroso. Neste processo, normalmente compromete as atividades diárias de fala e a alimentação, o que interfere na qualidade de vida dos indivíduos. O tratamento de escolha para tratar as injúrias está baseado em métodos que amenizem o processo sintomático e acelere a reparação cicatricial para que retorne a condição de conforto ao paciente (MACEDO *et al.*, 2023).

A fototerapia com o laser de baixa potência nos últimos tempos tem sido amplamente utilizada para o tratamento destas patologias para a melhoria no quadro inflamatório, reparador e cicatricial. Promove uma aceleração nos tecidos, diminuição na dor e do edema, já que o laser é aliado ao processo anti-inflamatório.

Diversos autores relatam na literatura, que até pouco tempo apenas fármacos eram adotados como medidas para o regresso das injúrias mencionadas. As medicações analgésicas e anti-inflamatórias, como os corticoides, eram amplamente receitadas como tratamento padrão. Atualmente o recurso terapêutico de escolha envolve uma série de intervenções, medicamentosa e local, e comumente são associadas para alcançar o resultado desejado.

As injúrias habitualmente regridem após a remoção do fator causal, contudo, o laserterapia é um mecanismo complementar de tratamento para acelerar a cicatrização e em sequência diminuição sintomática de forma imediata. A aplicação do laser ocorre de forma local, ao redor da lesão e o planejamento da frequência de sessões sujeita-se aos sinais e sintomas clínicos, bem como a gravidade da região comprometida.

O tratamento fototerápico é utilizado para articular os processos biológicos, ou seja, aumenta o nível de resposta do metabolismo celular por conta de estímulos da

microcirculação. Esta melhora no desempenho das células, impulsiona os resultados analgésicos, anti-inflamatórios e no processo reparador tecidual. O laser de baixa potência tem como aspecto vantajoso, o fato de não gerar efeitos colaterais ou interações indesejadas mediante o seu uso, como geralmente acontece nas interposições farmacológicas. Diante disso, o cirurgião dentista pode oferecer como uma possibilidade, um tratamento com tecnologia mais avançada ao paciente e que quase sempre contribui para o conforto psicológico (GOMES, *et al.*, 2023).

2.5.5 Acompanhamento evolutivo do paciente

Acompanhar a condução do quadro clínico do paciente é fundamental para avanço e alta do enfermo, por isso é importante frisar a necessidade de que todos os dados fiquem registrados no prontuário. Informações como os sinais vitais, as condições médicas e odontológicas precisam estar atualizadas na prática hospitalar. Assim, efetuar a coleta de dados iniciais, elaborar um plano de tratamento detalhado é imprescindível para contribuir na evolução da trajetória clínico hospitalar. O aumento do tempo na internação hospitalar além de promover um acréscimo nas despesas do indivíduo pode acarretar o aparecimento de doenças secundárias. Logo estabelecer um tempo de tratamento, monitorar o paciente e acompanhá-lo pós alta é essencial para manutenção das expectativas almejadas.

2.5.5.1 Tempo de tratamento

O protocolo de cuidados ao paciente, principalmente em estado crítico, é executado de forma holística com uma abordagem única nos aspectos biológicos, físicos, culturais e espiritualmente. Isto submete-se a equipe de saúde responsável em construir um protocolo com enfoque na patogênese, etiologia, diagnóstico do paciente e objetivo do plano de tratamento. Logo, a duração de tratamento é relativo e depende do estado de consciência e dependência da pessoa, a sequência medicamentosa estipulada e o tempo de resposta do organismo de cada um de uma forma única (SOARES, H.L *et al.*, 2022).

2.5.5.2 Monitorização

Nas Unidades de Terapia Intensiva, os pacientes são submetidos a uma monitorização contínua com condutas e abordagens. O controle rigoroso visa criar protocolos preventivos e identificar os sinais em caso de desencadeamento de alguma complicação, assim ao identificar previamente é possível adotar condutas menos

invasivas e menor tempo de tratamento. Em virtude disso, o regulamento criado precisa ser realizado diariamente por um cirurgião dentista e sua manutenção realizada pela equipe de enfermagem (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023).

De acordo com Silva *et al.* 2020, o monitoramento do profissional proporciona conforto ao paciente em momentos delicados, evita complicações sistêmicas e ajuda a controlar o biofilme e o fluxo salivar. A higienização bucal com clorexidina 0,12% deve ser feita no máximo de 12 em 12 horas com acompanhamento das condições da cavidade bucal.

2.5.5.3 Pós tratamento

Com a liberação médica, um acompanhamento deve ser efetuado. Em caso de permanência na enfermaria, a equipe de Odontologia Hospitalar do respectivo local é responsável por este atendimento. Em circunstância em que o paciente encontra-se em sua residência, o ideal é procurar atendimento na Unidade de Saúde mais próxima ou no respectivo local de tratamento prévio.

O processo de hospitalização provoca certa fragilidade na pessoa internada. Logo, pacientes que passam por longos períodos na UTI podem apresentar a médio e a longo prazo problemas relacionados a complicações respiratórias, problemas de mobilidade e comprometimento psicológico. Após a alta médica, quando necessário, ocorre o acompanhamento no primeiro, terceiro e no sexto mês até que possíveis riscos de complicações sejam evitadas e descartas (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023).

Quadro 3 – Resumo explicativo do protocolo de atendimento

PROTOCOLO	DESCRIÇÃO
1) Quadro Clínico / Diagnóstico	De acordo com as condições apresentadas pelo paciente, ao ter um diagnóstico clínico é realizado um plano de tratamento detalhado e individualizado. O diagnóstico é efetuado pelo Cirurgião Dentista através de inspeção clínica, visual e olfação.

<p>2) EPIS</p>	<p>Os Equipamentos de Proteção Individuais são fundamentais na rotina clínica hospitalar, já que cria uma barreira mecânica para proteção profissional-paciente. Assim, Máscara, gorro, óculos protetor, avental impermeável, luvas e protetor aos pés faz parte do aparato de segurança, o que minimiza as chances de contaminação cruzada.</p>
<p>3) Exame Odontológico</p>	<p>É imprescindível para efetuar a avaliação odontológica e conduzir a um bom diagnóstico clínico. Assim, os exames intraorais e extraorais são importantes para avaliar estruturas dentárias, condição gengival, detectar lesões teciduais, inspeção da simetria facial, averiguar as cadeias linfáticas e limitações físicas.</p>
<p>4) Higiene Bucal</p>	<p>Manter a cavidade bucal limpa reduz a presença de biofilme dental e consequentemente bactérias indesejadas, o que previne infecções orais e demais complicações. Dessa forma, os materiais como escova dental, gaze, dentifrício e antisséptico colaboram na manutenção da higiene. A técnica empregada dependerá do grau de dependência do paciente.</p>
<p>5) Tratamento não farmacológico: a) Protetor Bucal b) Substituto Salivar c) Laserterapia</p>	<p>a) Confeccionados de forma individual ou pré-fabricados é ideal para proteger a cavidade oral de traumas, como as mordeduras.</p> <p>b) Substância Artificial que auxilia na lubrificação bucal nos casos de hipossalivação ou xerostomia.</p> <p>c) Método que contribui na reparação dos tecidos, decorrente de injúrias locais.</p>
<p>6) Evolução do paciente a) Tempo de Tratamento b) Monitorização c) Pós Tratamento</p>	<p>a) Cada paciente responde de maneira única, no entanto, o tempo de tratamento depende do grau de dependência e consciência.</p> <p>b) Acompanhar o quadro de saúde bucal afim de não ocorra nenhuma intercorrência.</p> <p>c) Deve existir um acompanhamento nos meses consecutivos pós liberação hospitalar</p>

2.6 Atendimento Odontológico em UTI: quanto ao grau de dependência

Entender o grau de dependência e mobilidade da pessoa hospitalizada é importante para se criar um protocolo de tratamento, o que inclui as técnicas de higienização bucal. Estudos recentes apontam, que após internação nas UTI'S, ocorre uma modificação no estado funcional do indivíduo e são classificados como dependentes e independentes (SHUJMANN.D,S *et al.*,2021).

Segundo SOARES.H,L *et al* (2022), os internos se encontram dependentes de cuidados e isso faz com que não consigam realizar uma limpeza correta, precisando de ajuda profissional. Este fato, os tornam submissos parcial ou totalmente. Os determinantes relacionados a idade, administração de sedativos, uso de corticosteroides, força muscular e ventilação mecânica influenciam nesta classificação. Somado a isto, escala de Glasgow foi desenvolvida e é utilizada para apontar o estado de consciência nos pacientes traumatizados baseado em respostas verbal, ocular e motora (SILVA & CUNHA, 2020).

Dependendo da situação em que o indivíduo se encontra, o regime e as medidas de cuidados são adotados especificamente. Contudo, os princípios básicos gerais estão relacionados na hidratação oral, higienização bucal por meio de escovação, fio dental e clorexidina 0,12%. Os pacientes que estão internados em UTI, mesmo sem alteração de consciência e na respiração, precisam realizar a limpeza bucal com a mesma frequência daqueles pacientes considerados saudáveis. Todavia, os que se encontram em estado crítico em UTI precisam ter este controle de higiene redobrado (SOUZA *et al.*,2022).

Em relação aos pacientes independentes e dependentes um protocolo de passo a passo referente a conduta de higiene foi criado e exemplificado nos quadros 3 e 4 respectivamente.

Quadro 4 – Conduta em pacientes independentes

PASSO A PASSO
1) Higienização das mãos e paramentação com EPI'S
2) Explicação para o paciente e/ou responsável sobre conduta a ser realizada
3) Posicionar o paciente mantendo a cabeça elevada entre 30° e 45°, a menos que esteja contraindicado.

4) Hidratar a mucosa labial antes de iniciar a limpeza.
5) Realizar inspeção bucal, observando: fluxo salivar, mobilidade dental, traumas, edemas e a presença ou não de próteses dentárias.
6) Iniciar a higienização dos dentes seguindo da região posterior para anterior com escova dental associada a dentífrício ou clorexidina 0,12%. Limpar o tecido mucoso e os lábios com gaze e clorexidina, aspirando os excessos continuamente.
7) Friccionar a compressa umedecida em região lingual para remoção de saburra.
8) Nos desdentados totais higienizar toda região de mucosa e a língua com gaze associada a clorexidina 0,12%.
9) Hidratação da comissura labial, lábios e mucosas adjacentes
10) Nos casos de utilização na escova dental é preciso lavar em água corrente e em clorexidina, para posteriormente secar e armazenar em recipiente fechado.
11) Descarte dos materiais em locais apropriados.
12) Desparamentação e higienização das mãos.
13) Evoluir o paciente no prontuário clínico.

FONTE: Adaptado de (GOMES, B.A *et al.*, 2023)

Quadro 5 – Conduta em pacientes dependentes

PASSO A PASSO
1) Higienização das mãos e paramentação com EPI'S
2) Explicação para o paciente e/ou responsável sobre conduta a ser realizada
3) Posicionar o paciente mantendo a cabeça elevada entre 30° e 45°, a menos que esteja contraindicado.
4) Hidratar a mucosa labial antes de iniciar a limpeza.
5) Realizar inspeção bucal, observando: fluxo salivar, mobilidade dental, traumas, edemas e a presença ou não de próteses dentárias.
6) Iniciar a higienização dos dentes seguindo da região posterior para anterior. Quando for possível limpar com escova, caso contrário com gaze e clorexidina 0,12%. Limpar o tecido mucoso e os lábios, aspirando os excessos continuamente. Utilizar abridor de borracha/silicone quando necessário.
7) Friccionar a compressa umedecida em região lingual para remoção de saburra.

8) Nos desdentados totais higienizar toda região de mucosa e a língua com gaze associada a clorexidina 0,12%.
9) Hidratação da comissura labial, lábios e mucosas adjacentes
10) Nos casos de utilização na escova dental é preciso lavar em água corrente e em clorexidina, para posteriormente secar e armazenar em recipiente fechado.
11) Limpar o tubo, se orotraqueal, com gaze embebida na solução de clorexidina a 0,12%;
12) Descarte dos materiais em locais apropriados.
13) Desparamentação e higienização das mãos.
14) Evoluir o paciente no prontuário clínico.

FONTE: Adaptado de (GOMES, B.A *et al.*, 2023).

Contudo, embora realizar a higienização oral seja de suma importância para a prospecção e melhorias no quadro do indivíduo internado é preciso ter em mente que existem benefícios e riscos na conduta de limpeza. Porém, é fundamental enfatizar que o meio científico pontua que há maiores resultados benéficos registrados do que riscos.

Quadro 6 – Benefícios e riscos potenciais da higiene oral em UTI.

BENEFÍCIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Padronização os procedimentos de higienização bucal nas Unidades de Terapia Intensiva • Efetuar a higiene oral proporcionando bem estar ao paciente. • Manutenção a cavidade bucal limpa. • Controle do biofilme dental evitando a formação de placas bacterianas. • Diminuir a colonização da orofaringe. • Evitar a contaminação da traqueia. • Prevenir e controlar infecções. • Remover a saburra lingual e reduzir a halitose. • Colaborar no controle da cárie e da doença periodontal. • Manter a hidratação dos tecidos orais. • Reduzir a Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM)

RISCOS

- A posição da cabeça do paciente inadequada e falta de sucção durante o procedimento de higiene oral pode favorecer aspiração de resíduos.
- Quantidade excessiva de pasta profilática que podem ser aspirados pelo paciente.
- O Profissional que executa o procedimento sem treinamento ou conhecimento técnico pode utilizar manobras incorretas que levam à ocorrência de eventos adversos.
- Higienização precária da cavidade oral pode contribuir para o início de patologias orais ou para a evolução de infecções bucais pré-existentes.

FONTE: Adaptado de (Protocolos Clínicos, 2020).

2.7 Infecções hospitalares mais frequentes

As infecções hospitalares (IH) têm sido correlacionadas ao desenvolvimento de microrganismos potentes, onde estudos antecedentes demonstram que 50% destas ocorrem nas UTIs, possuem agentes etiológicos resistentes (DESPOTOVIC *et al.*, 2020).

No núcleo hospitalar a monitorização do paciente ocorre de forma contínua, pois é onde se encontra maior presença de situações descompensadas e estágios considerados graves. É essencial que o interno receba cuidados específicos neste período e que, a equipe de saúde tenha por objetivo a prevenção de complicações bucais, patologias que envolvem o sistema estomatognático e no desenvolvimento de doenças sistêmicas (SILVA & SEROLI, 2022).

De acordo com Soares *et al.*, (2022), a higienização deficiente proporciona um local propício para a evolução dos microrganismos, em especial as bactérias. O crescimento desenfreado desses seres pode agravar o estado em que o indivíduo se encontra, já que torna-se susceptível a complicações que são adquiridas no meio hospitalar. Conscientes ou inconscientes, sob sedação, os pacientes não possuem capacidade de autorrealizarem a alimentação, higiene pessoal e bucal o que contribui para um caso desfavorável.

Com o aumento da quantidade de biofilme e a presença de saburra lingual, os patógenos comumente encontrados são os do gênero *Streptococcus* em que abrange as espécies *Pneumonia* e *Hemolítico*, além das bactérias *Staphylococcus Aureus*, *Pseudomonas Aeruginosa*, *Klebsiella Pneumoniae* e fungos responsável pela candidíase, a *Candida Albicans* (SOARES *et al.*, 2020).

A aspiração orofaríngea do conteúdo contaminado é responsável pela ampliação no número de casos que envolvem endocardite bacteriana, pneumonia e conseqüentemente a

mortalidade. Os microrganismos, presentes no reservatório bucal, pode agredir e atingir a corrente sanguínea, e assim oferecer maior probabilidade de infecção sistêmica. Ao atingir o trato respiratório inferior, o patógeno pode gerar alterações que envolvem queda nas funções das células de defesa do Sistema Imune humoral e celular, e assim, comprometimento na cadeia respiratória (SOARES *et al.*, 2020).

As infecções locais ou gerais aparecem com maior incidência em pacientes imunocomprometidos. A manifestação da herpes simples oral tem ligação com as alterações imunológicas, assim com a queda do sistema imune as lesões bucais surgem de forma numerosa e aglomeradas. Como se não bastasse, regiões ulceradas e traumatizadas são acesso indireto a chances de desenvolver infecções secundárias comprometendo no tempo de internação e piora no quadro sistêmico (MARTINS & SOUZA, 2022).

A magnitude das infecções por cândida em ambiente hospitalar passou a ganhar notoriedade a partir do ano de 1980. Os pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) apresentam o pH reduzido, diminuição do fluxo salivar, higienização insatisfatória levando assim a facilidade de colonização oral por espécies de cândida. Outros fatores predisponentes estão o uso de medicação, imunossupressão, alterações hormonais, radioterapia, quimioterapia e outras doenças sistêmicas (MARTINS & SOUZA, 2022).

Barros *et al.*, (2012), argumenta que os microrganismos da boca estão ligados a várias complicações, bem como, as doenças periodontais, endocardite bacteriana e pneumonia. Esta última, além de elevar o número de mortes, provoca um impacto expressivo nos custos dos hospitais, nesse sentido, esses fatores podem atuar como fator secundário complicador prorrogando, em média de 7 a 9 dias a hospitalização

Martins & Sousa (2022), ainda reforça que a análise da cavidade oral do paciente e um reajuste do meio bucal do realizadas pelo cirurgião dentista são necessárias para reduzir e evitar possíveis complicações. Além do diagnóstico é importante executar o tratamento de focos de cárie, infecções endodônticas, infecções gengivais, periodontais como em casos de abscessos. Dessa maneira, a intervenção imediata do cirurgião dentista é imprescindível devido ao risco de bacteremia e obstrução das vias aéreas.

A aspiração do material presente na cavidade bucal e orofaringe é a razão de modificações de origem respiratórias, como a pneumonias e abscessos pulmonares. A evolução de patógenos orais pode transformar as condições ambientais da cavidade oral e favorecer a infecção das vias aéreas por novos microrganismos. A placa bacteriana de pacientes na UTI é capaz de ser colonizado por patógenos respiratórios, e nestes casos a doença periodontal pode ser um fator colaborador, para o desenvolvimento da pneumonia nosocomial (SOARES *et al.*, 2022).

A gengivite e a periodontite fazem parte do grupo das doenças periodontais e são caracterizadas por serem inflamatórias, infecciosas, assintomáticas e com cronicidade. Enquanto a primeira trata-se de uma inflamação que envolve edema, vermelhidão, sangramento, a periodontite possui estes pontos citados com acréscimo da perda óssea em que pode ser local ou generalizada (SOARES & MACHADO, 2022).

Soares & Machado (2022) expõem também que os diabéticos e portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) são pessoas predisponentes para desenvolverem a doença periodontal, devido a deficiência imunológica e fatores metabólicos. Com a diminuição da resposta das células de defesa, a doença periodontal interligada com a higiene bucal precária são fontes para o acometimento de doenças cardiovasculares. Indicativos científicos descrevem a relação existente entre complicações periodontais com o surgimento das infecções respiratória, principalmente a pneumonia nosocomial.

2.7.1 Pneumonia Nosocomial

A pneumonia é uma doença infecciosa, causada por agentes bacterianos, virais, fungicidas e outros microrganismos, sendo a maioria causada por bactérias. Nesta infecção, os bronquíolos e alvéolos, presentes no pulmão são preenchidos por exsudato inflamatório, o que dificulta as trocas gasosas. Dentre as doenças mais comuns do sistema respiratório inferior, destacam-se as pneumonias. A taxa de internações por conta das inflamações pulmonares vem diminuindo nos últimos anos, porém continua elevada (ALVES *et al.*, 2021).

A Pneumonia é uma condição estabelecida por uma infecção pulmonar aguda e que pode ser identificada através de alguns sinais e sintomas do paciente acometido. A principal alteração é a disfunção respiratória, por meio de tosses, respiros e sinais febris. Normalmente são classificadas em pneumonia adquirida e pneumonia hospitalar ou nosocomial, em que esta última apresenta maior grau de complexidade (MARTINS & SOUSA, 2022).

A infecção adquirida ou pneumocócica ocorre em ambientes comuns, ou seja, externamente a centros de saúde. Trata-se da forma mais comum de pneumonia primária, sendo causa frequente de morbidade e mortalidade, chegando a 80% dentre todas as pneumonias. Em contrapartida, a Pneumonia Nosocomial (PN) se desenvolve em ambiente hospitalar e tem como foco o acometimento do trato respiratório inferior, onde 20 a 50% dos indivíduos infectados costumam resultar em óbito (ALVES *et al.*, 2021).

Estudos recentes mostram que o tempo de internação e a condição de acúmulo de biofilme são diretamente proporcionais, dessa forma, quantidade de placa bacteriana se amplia à medida que o período dessa internação se estende. A microbiota oral se modifica dentro das primeiras horas pós inserção na UTI, o que favorece a integração das bactérias Gram-negativas em prol das Gram-positivas. (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023).

Os idosos e pessoas hospitalizadas normalmente apresentam um aumento gradativo na quantidade de bacilos Gram-Negativos na cavidade oral, o que não é comum em adultos visivelmente saudáveis. Os estudos mostram que casos de pneumonia relacionados à ventilação mecânica têm início algumas horas após a intubação endotraqueal e estão diretamente relacionados à ação de microrganismos de baixa resistência, como *Streptococcus*. Alguns autores apontam uma correlação significativa entre a colonização da cavidade oral por patógenos e o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica (MACEDO *et al.*, 2023).

Martins & Sousa (2022) mostram que pacientes imunocomprometidos, em especial aqueles que fazem o uso de Ventilação Mecânica (VM), possuem uma suscetibilidade elevada de contrair PN o que é reflexo na deficiência da barreira imunológica. Quando a pneumonia nosocomial desenvolve-se mediante a intubação, recebe o nome de Pneumonia Associada por Ventilação Mecânica (PAVM). As bactérias gram-negativas colonizam a região de orofaringe, dos pacientes em intubação, entre 48 e 72 horas e se deslocam até os pulmões por meio por intermédio das secreções bucais.

Esse tipo de infecção de nível hospitalar representa uma alteração entre a flora microbiana normal e mecanismos de defesa, que comumente é presenciado em pacientes gravemente doentes, em que pode ser subsequente de determinadas condições de saúde responsáveis pela internação, por procedimentos invasivos ou decorrentes da aplicação de imunossupressores aos pacientes (BARROS *et al.*, 2021).

Os fatores predisponentes para o advento da pneumonia nosocomial está relacionado com a faixa etária, doenças cardiológicas e pulmonares, depressão e a gravidade em que se encontra a pessoa internada. Pacientes com idade superior a 70 anos, que faz uso de ventilação mecânica, cânulas nasogástricas e intubação orotraqueal tem mais propensão a desenvolver esta pneumonia hospitalar. Assim, a prevenção é a melhor forma de evitar o desencadeamento de doenças infecciosas, através da higienização adequada e controle do biofilme (SOUZA *et al.*, 2020).

A literatura mostrou através de estudos, a eficácia da descontaminação oral na prevenção das pneumonias nosocomiais, sobretudo, com o uso de antissépticos e antimicrobianos orais como forma de prevenção. Nos dias atuais, tem sido cada vez mais explorado uma comprovação de como os microrganismos da cavidade oral podem influenciar no alargamento dessas infecções e, como esses quadros podem ser reduzidos caso houver uma descontaminação adequada. (SOUZA *et al.*, 2022).

A descontaminação com solução de clorexidina 0,12% ou gel de clorexidina 0,2% a tem se mostrado um efetivo no tratamento de gengivite, dispersor da placa já formada e inibidor da recolonização da placa bacteriana. Diminuem consideravelmente o agrupamento de bactérias a nível dental, reduzindo assim, a probabilidade de infecções nosocomiais em pacientes de UTI vinculado à ventilação mecânica. Ao contrário dos antibióticos, a clorexidina não causa resistência microbiana ao seu uso. Mesmo que com a divulgação da importância da higiene bucal nos pacientes debilitados, muitos paradigmas precisam ser alterados em meio hospitalar. Para os casos de pacientes com pneumonia associada à ventilação mecânica o protocolo de higiene precisa ser seguido à risca (CABRAL *et al.*, 2023).

Ligado a isto, ampliou a busca pelo entendimento da efetividade do Digluconato de Clorexidina 0,12% como descontaminante orofaríngeo. O índice de infecção nosocomial apresentou uma redução significativa em 65%. Os autores ressaltaram que os pacientes que utilizaram clorexidina no anteriormente e no pós-operatório, tiveram a incidência total de infecções reduzida em 69% (BARROS *et al.*, 2021).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando-se em conta os argumentos apresentados e desenvolvidos durante este trabalho é possível concluir que a Odontologia Hospitalar tem passado por uma curva crescente de evolução, em que ocorre de forma linear e contínua. Isso se deve ao enriquecimento de estudos voltados à essa área e, conseqüentemente o aumento da adesão de profissionais graduados a esta especialidade, em que resulta no interesse e discussões por de trás de cada caso. Os desafios encontrados, principalmente dentro dos leitos de UTI, sempre encontrarão presentes, contudo, a evolução de pesquisas e assuntos faz com que as informações sejam divulgadas e aderidas com maior facilidade, o que contribui para a redução do número de contaminações advindas da cavidade bucal. Assim, ao priorizar a fase inicial de exame bucal e diagnóstico somado a confecção de um plano de tratamento adequado por parte do CD, evita com que condições/complicações secundárias (local ou sistêmica) se alojem no paciente, decorrentes da higienização precária e alteração do fluxo salivar. Assim, a presença de um profissional capacitado efetuando suas atribuições é indiscutível, pois a boca é uma porta de entrada para instalação de problemas adjacentes.

REFERÊNCIAS

ALGAISSI, A. Abdullah *et al.* **Preparedness and response to COVID-19 in Saudi Arabia: Building on MERS experienc.** Journal of Infection and Public Health Volume 13, Issue 6, June 2020, Pages 834-838. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034120304664?via%3Dihub>>. Acesso em: 30 de Agosto de 2023.

AMARAL, Simone Macedo; CORTÊS, Antonieta de Queiróz; PIRES, Fábio Ramôa. **Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 35, p. 1116-1124, 2009.

ANDRADE, S.Livia; ANDRADE, S.Lídia; TORRES,D. Luís Cláudio. **A importância da presença do cirurgião dentista na unidade de terapia intensiva de um hospital municipal do Rio de Janeiro.** Rev. Cient. da Saúde, v.4,n.2. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.academia.edu/76759778/A_import%C3%A2ncia_da_presen%C3%A7a_do_cirurgi%C3%A3o_dentista_na_unidade_de_terapia_intensiva_de_um_hospital_municipal_do_Rio_de_Janeiro>. Acesso em: 10 de Setembro de 2023.

A avaliação do paciente em cuidados paliativos / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro : INCA, 2022. Disponível em: < https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/completo_serie_cuidados_paliativos_volume_1.pdf>. Acesso em: 16 de Setembro de 2023.

BARBOSA, M. Mirelle *et al.* **Importância do Cirurgião-Dentista no âmbito hospitalar: revisão narrativa da literatura.** Research, Society and Development, v. 9, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/7622/6766/110404>>. Acesso em: 17 de Setembro de 2023.

BARROS. S, Gessika Bitencourt *et al.* **Atuação do cirurgião dentista na diminuição de casos de Pneumonia Nosocomial.** RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218, v. 2, n.7, p. e27565-e27565, 2021.

CABRAL. Júlia Beatriz, S ; SILVA, Raislaine, S ; DA SILVA,Deborah B, S *et al.* **Pneumonia nosocomial: Impacto do Cirurgião-Dentista na Unidade de Terapia Intensiva (UTI).** Research, Society and Development, v. 12, n. 12, e142121244026, 2023. Acesso em: < <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i12.44026>>. Acesso em: 20 de Abril de 2024.

CRECE,T.Elisangela; PAIVA,F.Gustavo; NUNES,B.Fabiana. **A COLABORAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** Disponível em: < <https://dspace.doctum.edu.br/bitstream/123456789/3962/1/A%20COLABORA%C3%87%C3%83O%20DO%20CIRURGI%C3%83O%20DENTISTA%20NA%20UNIDADE%20DE%20TERAPIA%20INTENSIVA.pdf>>. Acesso em:30 de Agosto de 2023.

CONSELHO REGIONAL DO TOCANTINS. **MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR.** 1.ed, 2020. Disponível em: < <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/11/MANUAL-DE-ODONOLOGIA-HOSPITALAR-CRO-TO-70p.pdf>>. Acesso em: 23 de Maio de 2024.

- CORRÊA. Geovane, T et al. **Uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) comportamentais na realização de atividades profissionais.** Disponível em: < Rev. Psicol., Organ. Trab. vol.20 no.2 Brasília abr./jun. 2020>. Acesso em: 02 de Abril de 2024.
- DE MELO. G, Marcelo Augusto et al. **A importância da atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional em unidades de terapia intensiva (UTI): revisão de literatura.** Revista Interdisciplinar em Saúde, 2021.
- DESPOTOVIC, A.; MILOSEVIC, I.; MITROVIC, N.; CIRKOVIC, A.; JOVANOVIC, S.; STEVANOVIC, G. **Hospital-acquired infections in the adult intensive care unitepidemiology, antimicrobial resistance patterns, and risk factors for acquisition and mortality.** *American Journal of Infection Control*, v. 48, n. 10, p. 1211-15, 2020.
- DIETRICH,R.Tauana *et al.* **A INSERÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA ODONTOLOGIA HOSPITALAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA.** REVIVA / Revista do Centro Universitário FAI – UCEFF / Itapiranga – SC, v 2 .n.1, jun. 2023. Disponível em: < <https://revistas.uceff.edu.br/reviva/article/view/345>>. Acesso em: 10 de Setembro de 2023.
- DIRETRIZES CLÍNICAS – PROTOCOLOS CLÍNICOS. **HIGIENE BUCAL DE PACIENTES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA.** Disponível em: <<https://www.fhemig.mg.gov.br/>>. Acesso em: 16 de Abril de 2024.
- EMIDIO,S.THAYNÁ *et al.* **O cirurgião-dentista em âmbito hospitalar viabilizando a melhoria da qualidade de vida do paciente.** *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v.7, n.3, p. 30711-30722 mar 2021. Acesso disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/download/27056/21395/69450>>. Acesso em: 30 de Agosto de 2023.
- FLORENTINO. Flávia, A,A ; FERREIRA. Flavya, DS ; MAGALHÃES. Jackeline, M,I. **Uso de protetor bucal para a prevenção de lesões orais em pacientes intubados na unidade de terapia intensiva: Uma revisão integrativa da literatura.** *Research, Society and Development*, v. 12, n.11. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43757/35178>>. Acesso em: 02 de Maio de 2024.
- GOMES. Barbara, A ; ISHIY. Thaynara M.S ; SANTOS. Hísala,Y.F.T et al. **PROTOCOLOS DE HIGIENIZAÇÃO BUCAL EM UTI: REVISÃO DE LITERATURA.** *Contemporary Journal*, 2023. Acesso disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2417/1682>. Acesso em: 03 de Abril de 2024.
- GONÇALVES.M, Augusto Marcelo *et al.* **A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): REVISÃO DE LITERATURA.** *Revista Interdisciplinar em Saúde*, v8.n1.p1094-1105. Disponível em: < http://www.interdisciplinaremsaude.com.br/Volume_29/Trabalho_82_2021.pdf>. Acesso em: 30 de Agosto de 2023.
- GUIOTTI.Aimée Maria. **Revista Odontológica de Araçatuba.** V.43, n.3, p. 12-71, Setembro/Dezembro, 2022. Disponível em: < <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/11/1399226/revista-suplemento-2022.pdf>>. Acesso em: 28 de Outubro de 2023.

LEITE,C.Juliana; PROPÉRCIO,C.Samara; ROCHA,P. Angélica. **A importância do Cirurgião-Dentista na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev.Ibero. Disponível em: <file:///C:/Users/amand/OneDrive/Documentos/Artigos%20TCC%20Samara/[ICD]+A+IMPORT%C3%82NCIA+DO+CIRURGI%C3%83O+DENTISTA+NA+UNIDADE+DE+TERAPIA+INTENSIVA+(UTI).pdf>. Acesso em: 26 de Outubro de 2023.

LINDOSO. Caio, S et al. **BIOSSEGURANÇA NÃO DONTOLOGIA. PORQUE ELA É TÃO IMPORTANTE ? UMA REVISÃO DE LITERATURA.** Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. São Paulo, v.9.n.01. jan. 2023. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/8323/3260>. Acesso em: 29 de Março de 2024.

MACEDO, Bruno, S ; DA SILVA, Djama ; CARRILHO, Priscila *et al.* **O impacto da presença do cirurgião-dentista na UTI.** e-Acadêmica, v. 4, n. 2, e1442468, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v4i2.468>. Acesso em: 21 de Maio de 2024.

MARTINS. Amanda, F; DE SOUZA. Celso, O. **IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)** v. 4, n.2, (2022). Disponível em:<https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/2701/1195>. Acesso em: 22 de Maio de 2024.

MESTRINER.F, Soraya *et al.* **A Odontologia na Residência Multiprofissional em Saúde: experiência da formação na rede de atenção à saúde.** Revista da ABENO 22(2):1674, 2022. Disponível em: < https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1674/1211>. Acesso em: 10 de Setembro de 2023.

MIRANDA, F. Franco. **Odontologia Hospitalar: Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Ciência e Odontologia, 2020. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/283/282 >. Acesso em: 24 de Outubro de 2023.

NEVES,F. Priscilla Kelly; LIMA,S. Ana Cláudia; MARANHÃO,F. Valéria. **IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.** Odontol. Clín.-Cient., Recife, 20(2) 37 - 45, Junho, 2021. Disponível em: < https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/publicacao/foto/8b6aff08b75639cfd321234ad52c287.pdf>. Acesso em: 30 de Agosto de 2023.

NUCHIT, S. et al. Alleviation of dry mouth by saliva substitutes improved swallowing ability and clinical nutritional status of post-radiotherapy head and neck cancer patients: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, v. 28, n. 6, p. 2817–2828, 1 jun. 2020.

RABELO.GD; QUEIROZ. CL; SANTOS. PSS. **Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva.** Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2020;55(2):67-70.

ROCHA, Gabriela, S.R et al. **Práticas de higiene bucal aplicadas a pacientes sob ventilação mecânica: revisão de literatura.** RSBO. 2021 Jan-Jun;18(1):100-6. Disponível em: <https://periodicos.univille.br/RSBO/article/view/1569/1342>. Acesso em: 28 de Maio de 2024.

RODRIGUES, Amanda Carvalho Alves et al. **ODONTOLOGIA HOSPITALAR.** Interação-Revistade Ensino, Pesquisa e Extensão, v. 20, n. 1, p. 282-297, 2018.

SANTOS, Neusa de Queiroz. **A resistência bacteriana no contexto da infecção hospitalar.** Texto &Contexto-Enfermagem, v. 13, p. 64-70, 2004.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **Protocolo de Atenção à Saúde: Atendimento odontológico em UTI.** Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF, 2023. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+Atendimento+Odontol%C3%B3gico+em+UTI.pdf/e9582039-7058-ecf5-0902-a5fe40afe254?t=1698232899113>>. Acesso em: 25 de Maio de 2024.

SILVA,M.Gabriela Elen *et al.* **Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos? Uma análise do cenário dos últimos anos.** Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre V. 61, n. 1 (2020) - Revisão de Literatura. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/99716>>. Acesso em: 30 de Agosto de 2023.

SILVA,Rosineide R; SEROLI, Wagner. **Odontologia aplicada em unidade de terapia intensiva.** E-Acadêmica,v.3,n.1 (2022). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.52076/eacad-v3i1.94>>. Acesso em: 23 de Maio de 2024.

SOARES,Heloisa L; MACHADO, Livia. S & MACHADO, Mateus S. **Atendimento odontológico em pacientes na UTI: Uma revisão de literatura sobre as doenças mais comuns causadas pela má higienização bucal e a importância do Cirurgião dentista no ambiente hospitalar.** Research, Society and Development, v. 11, n. 12, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34659/29178>>. Acesso em:27 de Maio de 2024.

SOUZA, Daniel Adrian Silva *et al.* **O PAPEL DA ODONTOLOGIA NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA NOSOCOMIAL: REVISÃO NARRATIVA.** Brazilian Journal of Case Reports, v.2, n. Suppl. 3, p. 619-624, 2022.

SOUZA,Elaine R,L *et al.* **Fisiopatologia da pneumonia nosocomial: uma breve revisão.** Arch Health Invest, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.21270/archi.v9i5.4728>>. Acesso em: 07 de Maio de 2024.

SOUZA. Sildely, C.S *et al.* **Qual a importância da odontologia hospitalar para o paciente internado em UTI ?** e-Acadêmica, v. 3, n. 3. Disponível em: <<https://www.eacademica.org/eacademica/article/view/277/222>>. Acesso em: 26 de Maio de 2024.

SCHUJMANN. Débora, S *et al.* **Fatores associados com o declínio funcional em uma unidade de terapia intensiva: estudo prospectivo sobre o nível de atividade física e os fatores clínicos.** Rev Bras Ter Intensiva. 2021; Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/98sxzzYVf9nCbKQWmRmk5Lf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 10 de Maio de 2024.

TEIXEIRA, F. Karoline; SANTOS,M. Luana; AZAMBUJA,G.Fabiano. **ANÁLISE DA EFICÁCIA DA HIGIENE ORAL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE DO SUL DO BRASIL.** Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo 2021 abr-jun; 31(2): 134-44 . Disponível em: <<https://publicacoes.unicid.edu.br/revistadaodontologia/article/view/826>>. Acesso em: 10 de Agosto de 2023.

TICIANEL, Ana Karina *et al.* **Manual de Odontologia Hospitalar.** CRO/MT : 2020; p.5-23 . Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/manual-odontologia-hospitalar.pdf>>. Acesso em: 02 de Novembro de 2023.

THOMÉ, G ; BERNARDES, S.R ; GUANDALINI, S ; GUIMARÃES, MC.V. **Manual de Boas Práticas em Biossegurança para Ambientes Odontológicos**. CFO, 2022. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/04/cfo-lanc%CC%A7a-Manual-de-Boas-Pra%CC%81ticas-em-Biosseguranc%CC%A7a-para-Ambientes-Odontologicos.pdf>>. Acesso em: 20 de Maio de 2024.