

Qual a importância da odontologia hospitalar para o paciente internado em UTI?

What is the importance of hospital dentistry for the patient in the ICU?

Recebido: 30/08/2022 | Revisado: 05/09/2022 | Aceito: 06/09/2022 | Publicado: 10/09/2022

Sildely Candido da Silva de Souza

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: sildelycandido@gmail.com

Sillas Campos Viana Martins

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: sillaszetre@gmail.com

Sarah Moreira Miguel

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: sarahtreles@gmail.com

Luana Varanda Rodrigues

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: rodrigueluana989@gmail.com

Michele Cristina Silva do Vale

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: neuromvale@gmail.com

Wagner Seroli

Universidade Brasil, Brasil

E-mail: wseroli@yahoo.com.br

Resumo

A odontologia hospitalar é a área de atuação que têm como principal prática as atividades que auxiliam no tratamento de pacientes dentro do ambiente hospitalar. O descuido com os cuidados em relação a saúde bucal é capaz de produzir alterações prejudiciais para a saúde do indivíduo como um todo, o que pode colaborar em alguns casos para a piora do seu estado clínico geral, podendo acarretar a um maior tempo de internação, podendo predispor a situações que podem colaborar que esse paciente venha a óbito. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão narrativa da literatura, com intuito de explanar sobre a importância da presença do cirurgião dentista no ambiente hospitalar, frente aos cuidados indispensáveis para os pacientes internados. Conclusão: A literatura aponta dados que reforçam que a presença do Cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é necessária devido a diminuição dos índices de piora nos casos, devido a broncoaspiração de patógenos que podem estar presentes na cavidade bucal.

Palavras-chave: Unidade hospitalar odontológica; Odontologia intensiva; Saúde bucal.

Abstract

Hospital dentistry is the area of activity whose main practice is the activities that assist in the treatment of patients within the hospital environment. Carelessness with oral health care is capable of producing harmful changes to the health of the individual as a whole, which can contribute in some cases to the worsening of their general clinical condition, which can lead to a longer hospitalization time, and may predispose to situations that may contribute to the death of this patient. The objective of this study was to carry out a narrative review of the literature, in order to explain the importance of the presence of the dental surgeon in the hospital environment, in view of the essential care for hospitalized patients. Conclusion: The literature points to data that reinforce that the presence of the dentist in the hospital environment is necessary due to the decrease in worsening rates in cases, due to bronchoaspiration of pathogens that may be present in the oral cavity.

Keywords: Dental hospital unit; Intensive dentistry; Oral health.

1. Introdução

A odontologia hospitalar é uma área de estudo que possui em seu cerne a prática de cuidados na região estomatognática que tem por objetivo, a melhoria da saúde, e qualidade de vida, de pacientes em âmbito hospitalar, por meio dos cuidados relacionados ao sistema estomatognático. Essa área de atuação ocupa cada vez mais espaço no ambiente hospitalar, devido inúmeros estudos que correlacionam à relação das alterações bucais, frente às respostas de patologias e condições sistêmicas,

assim como o comprometimento das interações farmacológicas, em medicações prescritas para fins odontológicos. Pacientes internados, e com higiene oral deficiente, tem maior probabilidade de desenvolver infecções respiratórias, sendo a falta de controle do biofilme um dos fatores mais importantes para contenção do excesso de colonização de microrganismos patológicos no meio bucal. (Aranega et al, 2012; Blum et al, 2018; Júnior, 2020; Moreira et al, 2022; Rocha, 2014; Silva, 2017).

O profissional habilitado em odontologia hospitalar, possui capacitação para atuar no tratamento, e prevenção e tratamento de algumas doenças evitando muitas vezes o risco de contaminações, e complicações após a internação, assim como diminuir de forma significativa o tempo de hospitalização, e a ocupação de leitos, visto que, a saúde do sistema estomatognático tem relação direta com a manifestação, e progressão de uma série de patologias de ordem sistêmica. Outro fator, que merece atenção, tratando-se da aplicação da odontologia hospitalar são os pacientes com diagnósticos de doenças sistêmicas congênitas, e, os pacientes com necessidades especiais (PNE). (Santos et al, 2022)

Os pacientes em situação de internação, seja na UTI, ou CTI, apresentam uma necessidade de cuidados constantes, o que não se limita apenas a causa, e tratamento da condição patológica que o levou a internação, assim como também para a prevenção da piora deste paciente, e o conseqüente acometimento de outros órgãos, e sistemas que certamente irão levar a uma piora no quadro geral deste indivíduo, impossibilitando em via de regra um melhor prognóstico. (Silva, 2014; Assis, 2012; Júnior, 2020; Silva, 2014; Assis, 2012).

Blum et al, (2013), denota os percalços, e dificuldade dos profissionais de enfermagem para executarem os cuidados de higiene oral em pacientes internados na UTI, que necessitam de ventilação mecânica. Esta tarefa, é considerada por muitos profissionais um trabalho de difícil execução, o que corrobora para a importância da presença de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar hospitalar. Mais estudos ainda correlacionam as complicações relacionadas a uma higiene oral ineficiente com uma maior prevalência de permanência da internação de seis, até trinta dias, o que interfere diretamente na disponibilidade de leitos para novo pacientes que necessitem de vagas para receberem tais cuidados. O protocolo mais usado para pacientes internados é o controle do biofilme, o uso diário do fio dental, e a aplicação de clorexidina à 0,12%. (Assis, 2012; Gaetti-Jardim et al, 2013).

Os pacientes que foram submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço podem em muitos casos apresentar sequelas provenientes da ação da radiação ionizante sobre os tecidos, que provém da diminuição da resposta imunológica do indivíduo. Tais efeitos colaterais podem em alguns casos serem evitados mediante a um bom diagnóstico, e tratamento prévio, ou pós radioterápicos. A demais, o cirurgião-dentista atua de forma indispensável no tratamento de pacientes que foram submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço, principalmente quando este se encontra em situação de internação. Participando de ações que vão desde orientação sobre higiene bucal, e proposição de tratamentos para diminuir, ou prevenir possíveis complicações e sequelas relacionadas a radioterapia de cabeça, e pescoço. Dentre os efeitos adversos em pacientes submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço mais citados na literatura estão: xerostomia; cárie por radiação, mucosite oral, osteorradionecrose, trismo, disfagia e disgeusia. (Fonseca et al, 2022; Assis et al, 2021; Freitas et al, 2011; Lopes et al, 2020, Silva et al 2018)

Mais comumente descritos na literatura a respeito de pacientes que foram submetidos a radioterapia na região de cabeça e pescoço são: xerostomia, cárie de radiação, mucosite, trismo, osteorradionecrose, disfagia e disgeusia. Todavia algumas dessas condições podem diminuir de forma significativa mediante tratamento odontológico, antes, durante, e após a exposição à radioterapia, por meio do uso de laserterapia associada ao tratamento odontológico. (Assis et al, 2021; Canteiro et al, 2021; Freitas et al, 2011; Lopes et al, 2020, Silva et al 2018)

O objetivo dessa revisão narrativa da literatura, é apresentar a importância do cirurgião-dentista no âmbito hospital, por meio dos achados disponíveis na literatura, assim como sintetizar as informações relatadas em um protocolo para os cuidados bucais com o paciente internado.

2. Metodologia

Para a composição desta revisão narrativa da literatura, foi utilizado uma busca nos bancos de dados Pubmed, Biblioteca virtual da Saúde, LILACS e Google Acadêmico, no período de fevereiro á agosto de 2022, utilizando as terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela BVS: Unidade hospitalar odontológica, Odontologia intensiva, e Saúde Bucal. A pesquisa inicial repostou cerca de 135 artigos, dos quais 56 foram selecionados para leitura dos resumos, e um total de 24 artigos foram por fim selecionados para a composição final deste trabalho. Como critérios de inclusão adotou-se: artigos e livros com texto disponível na íntegra que tivessem relação com o tema proposto, escritos em português ou inglês, nos últimos 22 anos, visto que não há uma vasta literatura sobre o assunto a ponto de nos permitir o uso de fontes mais antigas, o que fomenta a necessidade de futuros trabalhos sobre esta temática. Foram utilizados como critérios de exclusão: artigos que não estivessem disponíveis na íntegra, em outros idiomas que não o português, e inglês, e trabalhos que não tivessem relação com a temática proposta. (Estrela, 2018)

3. Resultados

Muitos dos pacientes internados em UTI apresentam higiene oral precária, e isso se deve a uma variedade de fatores como por exemplo: xerostomia, diminuição da limpeza mecânica da região bucal pela limitação da mastigação, restrição de movimentos da língua e bochechas, além da presença do tubo traqueal, que dificulta o acesso a cavidade oral, induzindo a proliferação de bactérias presentes no biofilme dental. (Silva, 2014).

Para pacientes que foram submetidos a radioterapia de cabeça e pescoço, ainda apresentam outras condições que podem ser tratadas, ou até mesmo prevenidas mediante a atuação precisa de um cirurgião-dentista. Dentre elas, as mais comuns são: xerostomia, disgeusia, disfagia, cárie por radiação, e osteorradionecrose. Outro fator a ser identificado é o nível de independência e locomoção que o paciente possui, pois, esses fatores têm relação direta com a realização de tarefas como higienização da cavidade bucal, e motricidade dos músculos mastigatórios. Em pacientes entubados, ou com grau de mobilidade reduzido, o auto-cuidado, muitas vezes não ocorre, promovendo um ambiente favorável para a proliferação de bactérias, e patógenos que podem ser broncoaspirados pelo paciente. (Lessa et al 2020; Lopes et al 2020)

Tais cuidados, poderão ser predominantes na prevenção de novas infecções que poderão ampliar o tempo de internação desse paciente. Desta forma se torna necessário uma avaliação sobre o nível de mobilidade e consciência do paciente, que em alguns casos esta sob sedação, se faz uso de aparatos que facilitem a sua respiração, ou não, para somente então executar um planejamento clínico objetivando um bom prognóstico para esse paciente. (Fonseca et al, 2022; Rocha, 2014; Rocha, 2021; Aranega et al, 2012; Matevvi, 2011; Assis, 2012).

Alguns estudos recentes corroboram para a reflexão da importância da sistematização de protocolos de controle das bactérias presentes na cavidade bucal, devido resultados que demonstram a sua relação direta com a melhoria em casos de saúde bucal e sistêmica de pacientes internados. (Rocha, 2021; Silva, 2017; Matevvi, 2011; Wayama, 2014).

Em muitos casos indivíduos internados na UTI, possuem déficit na higiene bucal, que pode estar relacionado com diminuição da salivagem (hiposalivação), higienização ineficiente, ou ausente, diminuição da frequência de escovação, casos de xerostomia, onde é cessado o fluxo salivar tendo relação direta com a terapia medicamentosa, ou até mesmo patologias associadas a glândulas salivares. (Wayama, 2014).

Manter a saúde bucal de pacientes hospitalizados é fundamental, pois não é apenas projetado para reduzir a propagação de bactérias, fungos e a saúde geral do paciente, mas também para evitar internações mais longas. Os pacientes internados na UTI apresentaram maior probabilidade de infecção cruzada, dada a sua potencial exposição a patógenos e bactérias, e também

tenderam a colonizar a cavidade oral com microrganismos resistentes aos antimicrobianos preferidos. (Emídio, 2021; Rocha, 2021; Silva 2017; Wayama, 2014; Assis, 2012).

Os pacientes idosos e hospitalizados geralmente apresentam um aumento considerável no número de bacilos gram-negativos facultativos na cavidade oral, o que é incomum em adultos saudáveis, idosos ou não. O início ocorre em torno de 72 horas após a intubação endotraqueal, e supõe-se que esse evento esteja diretamente relacionado aos efeitos em microrganismos menos resistentes como: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus* suscetível à oxacilina. Após essa fase inicial, sugere-se que outros microrganismos estejam envolvidos na instalação de casos de pneumonia relacionada à ventilação mecânica: *Staphylococcus aureus* resistente à oxacilina, *Enterobacter* e bacilos Gram-negativos não fermentadores, com destaque para *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter*. (Assis, 2012; Emídio, 2021).

Além de condições que são amplamente independentes da patologia (por exemplo, falta de higiene e acúmulo de biofilme), existem muitas patologias imunológicas, sistêmicas, ou infecciosas que podem se apresentar com manifestações orais. A falta de controle do biofilme é um fator potencial no agravamento e velocidade do desenvolvimento da doença periodontal durante a internação, podendo levar a maiores complicações na saúde geral do paciente. (Assis, 2012; Emídio, 2021; Gaetti-Jardim et al., 2013).

Doenças de ordem infecciosa são apontadas como fatores de grande relevância nas alterações de respostas imunológicas, hábitos de higiene, fatores nutricionais, tabagismo, elitismo, e diabetes mellitus, fatores esses que podem levar ao acometimento de gengivite e periodontite. Aumentando sobre tudo o período de internação deste. Em pacientes imunocomprometidos, a falta de higiene nos biofilmes dentários associada ao processo infeccioso está frequentemente associada à disseminação desses microrganismos para órgãos e tecidos e piora da saúde sistêmica em pacientes internados em terapia intensiva. (Emídio, 2021; Gaetti-Jardim et al, 2013; Moreira de Faria, 2020).

A literatura sugere que pacientes hospitalizados são mais propensos a contrair candidíase oral, pois alterações sistêmicas podem alterar o meio bucal, o que predispõe ao acometimento de infecções oportunistas como candidíase, que é a infecção fúngica que mais acomete pacientes de UTI, e sua proliferação tende a promover um maior potencial patogênico, que é observado de forma mais relevante em pacientes que fazem uso de próteses totais, sendo o maior fator contribuinte uma higiene oral inadequada. (Aranega, 2012; Moreira de Faria, 2020).

Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista no cenário hospitalar (UTI) tem sido alvo de inúmeros estudos voltados para a plena implantação da especialidade nas equipes multidisciplinares nos hospitais. (Rocha, 2014; Aranega et al., 2012; Wayama, 2014; Assis, 2012, Fonseca et al, 2022).

Este privilégio pressupõe que o dentista possa interpretar e compreender o caso que lhe é apresentado, solicitando exames complementares se necessário, na tentativa de prevenir e tratar eventuais alterações orais. Em relação aos cuidados bucais de pacientes diagnosticados com câncer, diversos estudos têm demonstrado que a atenção insuficiente à saúde bucal dos pacientes, podem disseminar o foco de transmissão de microrganismos com potencial metastático, sendo assim os pacientes com câncer apresentam maior suscetibilidade e risco de infecção, devido ao comprometimento do sistema imunológico, para infecções cruzadas, bactérias e vírus oportunistas. Estudos recentes relatam que pacientes acometidos por câncer, podem ter um pior prognóstico, se contaminados com o Covid-19. (Wayama, 2014, Gaetti-Jardim et al, 2013, Lessa et al, 2020).

Dependendo de cada situação específica, existem muitos regimes, e protocolos de cuidados para a odontologia hospitalar, mas os princípios básicos são pautados na hidratação oral (utilizando solução líquida), higiene bucal, por meio de escovação, uso de fio dental sempre que possível e clorexidina 0,12%. Pacientes internados em UTI, sem alteração do nível de consciência, respirando espontaneamente, devem realizar higiene bucal com a mesma frequência que pacientes saudáveis. No entanto, pacientes críticos internados na UTI precisam receber o máximo de higiene bucal possível de seus cuidadores para evitar a colonização da cavidade oral por patógenos respiratórios. (Assis, 2012; Gaetti-Jardim et al., 2013).

Para pacientes entubados, é necessário, se possível, utilizar procedimentos de rotina de aspiração de toda a secreção oral e orofaríngea, bem como a remoção de biofilme, coágulos e detritos por meio de soluções enzimáticas. A escovação é comum em pacientes saudáveis, mas torna-se mais difícil em pacientes de UTI, contudo, a escovação deve ser feita sempre que possível, seguida de descontaminação do tubo endotraqueal com clorexidina 0,12% e, por fim, hidratação dos lábios e mucosa bucal. Ressaltar a importância dos princípios de biossegurança do paciente de UTI, a descontaminação das mãos, o uso de luvas e os cuidados ao manusear objetos que possam estar contaminados com patógenos presentes na boca do paciente são fundamentais. Para realizar este procedimento corretamente, a presença de um dentista na equipe de cuidados intensivos é fundamental. (Assis, 2012; Telles, 2010).

Em relação à frequência de escovação, há controvérsias na literatura, alguns recomendam escovar duas vezes ao dia, enquanto outros autores recomendam fazê-lo quando necessário de acordo com a situação clínica do paciente. Quanto à higiene bucal, de acordo com a situação atual dos pacientes, a clorexidina é a primeira escolha, seguida do cloreto de cetilpiridina, triclosan e peróxido de hidrogênio. A clorexidina é o padrão ouro atual quando se trata de antimicrobianos tópicos para limpeza, e higienização da boca de pacientes de UTI, com boa eficácia e eficiência, além de ser hidrofílico e hidrofóbico, possui amplo espectro bacteriano, absorção sistêmica mínima e atua tanto em bactérias Gram-positivas quanto Gram-negativas, além de seu efeito bactericida. (Telles, 2010).

Os estudos apresentados na literatura sugerem, protocolos para cuidados básicos de pacientes internados em UTI que irão variar de acordo com a patologia, diagnóstico clínico e necessidades do paciente. O protocolo começa com a proteção individual do operador, destinada a não contaminação ao se paramentar, se vestindo de forma segura e livre, seguida de uma criteriosa avaliação do ambiente bucal do paciente para determinar a doença de base, bem como seu estado sistêmico, para estabelecer o protocolo odontológico a seguir. Durante o exame clínico propriamente dito, serão observados e analisados os lábios, mucosas, língua, palato, gengivas, dentes, presença de próteses e fatores como a existência de fluxo salivar. Dessa forma, deve-se iniciar pela adequação do meio bucal, eliminando possíveis focos de bactérias, ao mesmo tempo em que se observar a presença de lesões na cavidade oral e sua relação com a doença de base do paciente. Anotando no prontuário o estado geral e a condição bucal do paciente no momento da admissão a UTI. Partindo desta fase, o profissional deve iniciar o processo de aspiração bucal no indivíduo, com o intuito de realizar a aspiração de possíveis patógenos e agentes infecciosos presentes na cavidade oral. Todo o processo do controle do biofilme é realizado de forma mecânica, por meio da escovação, seguida de administração de um agente antimicrobiano, em muitos casos, preconiza-se o uso da clorexidina a 0,12% a cada 12 horas, visando uma considerável diminuição de casos de pneumonia associada a ventilação mecânica. Não menos importante, porém muitas vezes negligenciada está a necessidade de hidratação bucal com substitutos de saliva artificial, pois muitos destes indivíduos possuem xerostomia, seja causada por uso de medicações, ou pela condição de entubação, nos lábios utiliza-se a lanolina, e vaselina, para evitar o surgimento de rachaduras nessas áreas. Por último, é de suma importância o registro da condição diária, assim como os cuidados realizados, para que toda a equipe possa partilhar deste prontuário em toda o período de estadia hospitalar. (Anvisa, 2020; CRO MT, 2020; Emidio 2021; Faria et al 2021; Telles, 2010).

4. Discussão

Mediante os estudos apresentados na literatura, apresenta-se abaixo uma tabela com os principais passos para um adequado protocolo de cuidados básico para o paciente internado em UTI, ou CTI, visando, o tratamento, e prevenção da condição clínica do paciente. Desde a nomenclatura da ação protocolar, sua descrição, e aplicação para o paciente internado. (Blum et al 2013; Emídio et al 2021; Gaetti-Jardim et al, 2013; Guimarães et al, 2017; Telles, 2010; Fonseca et al, 2022; Moreira et al 2022; Santos et al 2021; Silva et al 2022) Quadro 1.

Quadro 1. Ações do protocolo.

Ações protocolares de atendimento	Descrição da ação	Paciente internado em UTI/ CTI
Descontaminação, e paramentação do operador, e uso do EPI completo. (Telles, 2010)	É indispensável ao profissional seguir o protocolo de biossegurança utilizando os equipamentos de proteção individual do operador, (EPI). (Telles, 2010)	Essa ação garante tanto para o profissional, quanto para o paciente segurança em relação às possíveis contaminações, que poderão levar a uma piora no prognóstico do paciente. (Fonseca et al, 2022)
Avaliação da cavidade bucal do paciente por meio de avaliação clínica observacional. (Santos et al, 2022)	A análise não apenas clínica observacional, como também o uso de exames de imagem caso necessário são de grande importância para o diagnóstico correto da condição de lábios, mucosa, língua, palato, gengiva, dentes, e fluxo salivar. Assim como Investigação de doenças pré-existentes, e a presença de próteses, e doenças periodontais. (Gaetti-Jardim et al, 2013)	A análise observacional, é a principal prática de cuidado ao paciente internado. Sendo desta forma citada em todos os trabalhos que abordam a temática. (Santos et al, 2021)
Aspiração da cavidade bucal para eliminação de possíveis patógenos. (Moreira et al, 2022)	A aspiração bucal tem como finalidade a remoção por meio da aspiração dos fluidos bucais, diminuindo a proliferação de possíveis bactérias potencialmente patogênicas da cavidade bucal. (Blum et al, 2013)	Essa ação, é priorizada em pacientes que se encontrem em situação de mobilidade reduzida, ou entubados, e que não possuam autonomia para realizá-los sozinhos. (Emídio, 2021)
Escovação diária, e higienização da cavidade bucal. (Anvisa, 2020)	Para a realização da escovação em pacientes internados, é preconizado o uso de escova em multi-tufos que tenham cerdas macias. Em um ângulo de 45 graus, entre os elementos dentais e gengiva, de forma vibratória vertical no sentido cervico-incisal, ou cervico-oclusal. É importante salientar a higienização de toda a cavidade bucal, tecidos moles, e língua. Quando possível, deve-se realizar o uso de fio dental se possível. Realizando o processo duas vezes ao dia. (Telles, 2010)	Tratando-se de pacientes que possuam autonomia para efetuar a higienização sozinho, opta-se por manter o mesmo protocolo de acordo com a literatura duas vezes por dia. (Guimarães et al, 2017)
Uso de agente antimicrobiano. (Guimarães et al, 2017)	A higienização é promovida por meio de uma solução não alcóolica de clorexidina a 0,12% aplicada por toda extensão da cavidade oral, durante ao menos por 30 segundos, duas vezes ao dia. (Guimarães et al, 2017)	Para o cuidado como o paciente internado em CTI, a higienização com clorexidina à 0,12% apresentou uma diminuição de 0,44% no número de infecções mecânicas por meio da ventilação. Impactando diretamente nos patógenos passíveis de broncoaspiração. (Guimarães et al, 2017)
Lubrificação da cavidade oral do paciente. (Telles 2010)	Pacientes que possuem xerostomia, tem indicação para a aplicação de substitutos de saliva artificiais, por toda cavidade bucal a cada 2 horas. (Telles 2010)	Essa manobra tem como objetivo diminuir rachaduras e fissuras em toda a cavidade bucal, assim como a promoção de mais conforto para o paciente. (Fonseca et al, 2022)
Lubrificação dos lábios e mucosa	Sugere-se a lubrificação dos lábios do paciente internado em UTI, com agente hidratante com vaselina ou lanolina a cada 2 horas enquanto o durar o período de internação do paciente. (Telles 2010)	Devido a diminuição da produção de saliva, e capacidade de hidratação, essa ação é eficaz para reduzir rachaduras, e machucados no paciente. (Telles 2010)
Registro diário dos cuidados notificados em prontuário. (Telles 2010)	Todo o tipo de intervenção, ação, e cuidado deve ser registrado no prontuário clínico do paciente internado, objetivando uma sistematização, dos cuidados de acordo com o a evolução clínica do paciente. (Blum et al 2013)	Este procedimento é obrigatório para todos os pacientes internados, ou não. Pois permite que toda a equipe seja orientada acerca do estado geral do paciente. (Guimarães et al, 2017)

Fonte: Autores.

De acordo com os dados obtidos por meio da pesquisa bibliográfica, é possível inferir que, uma vasta quantidade de estudos corroboram para a necessidade da presença do cirurgião dentista no âmbito hospitalar, contudo. A literatura embasa a importância de mais conhecimento técnico, clínico, e científico para uma adequada atuação no ambiente hospitalar intensivista com cuidados odontológicos. (Aranega et al, 2012; Blum et al, 2018; Emidio, 2021; Mauri et al, 2021; Rocha, 2014; Rocha 2021; Silva, 2017).

Blum, *et al*, 2013, reforçam essa ideia ao apresentarem em seu estudo a dificuldade dos profissionais de enfermagem em promover uma satisfatória higienização oral dos pacientes internados, reafirmando que de fato a presença de um Cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar pode surtir efeitos positivos tratando-se de saúde bucal. Pensando-se em complicações relacionadas à falta de higiene oral no ambiente hospitalar, os estudos sugerem que, se realizada de forma incorreta, observou-se um aumento significativo na permanência do paciente internado, reforçando assim a importância do papel do Dentista no ambiente hospitalar. (Assis, 2012; Gaetti-Jardim et al, 2013, Guimarães et al, 2017).

5. Conclusão

Os estudos sugerem que a presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar pode colaborar para a diminuição do tempo de permanência do paciente em situação de internação. (Leite et al, 2022).

Outro fator contundente é a preservação, e impedimento de infecções provenientes de bactérias que podem ser broncoaspiradas em pacientes entubados, levando a pneumonia. Desta forma, aporte técnico, e teórico do odontólogo, é fundamental para tratamento e prevenção dos pacientes internados. A literatura necessita de mais estudos sobre a importância do Dentista no ambiente hospitalar com populações específicas como por exemplo pacientes síndromicos, e PNE, visando estabelecer uma relação entre a evolução clínica, e prognóstico desses pacientes com aspectos mais elaborados de saúde e higienização bucal. (Fonseca et al 2022)

Referências

- Assis, A. M. R. (2021). Importância da odontologia durante o tratamento de pacientes oncológicos. *Repositório de trabalhos de conclusão de curso Unifagig*.
- Aranega, A. M., Bassi, A. P. F., Ponzoni, D., Wayama, M T., Esteves, J. C., Junior, I. R. G. (2012). Qual a importância da Odontologia Hospitalar?. *Rev. bras. Odontol.* 69(1), 90-3.
- Assis, C. (2012). Atendimento odontológico nas UTI'S. *Rev. bras. odontol* 69(1), 72-5.
- Blum, D. F. C., Silva, J. A. S., Baeder, F. M., Bona A. D. (2018). A atuação da Odontologia em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva.* 30(3), 327-332.
- Brasil.(2020). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus: (SARS COV-2). *Anvisa.* 1-118.
- Canteiro, G. D., Camargo, C. C., Silva , E. G. da ., Fernandes , J. R. S., Vale, M. C. S. do ., & Montesino, A. C. . (2021). O uso da terapia fotodinâmica na candidíase oral: Uma revisão de literatura. *E-Acadêmica*, 2(3), e322377. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.77>
- Faria, L. M. M., Cordeiro, C. B., Gomes, G. de F., Baracho, V. da S., de Aguiar, E. C. F., de Oliveira, E. S., Douglas de Oliveira, D. W., Gonçalves, P. F., & Flecha, O. D. (2021). Prevalência de infecções bucais em ambiente hospitalar. *Revista Estomatologia*, 28(2), 8-16.
- Freitas, D. A., Caballero, A. D., Pereira, M. M., Oliveira, S. K. M., Silva, G. P. E., & Hernández, C. I. V. (2011). Oral sequelae of head and neck radiotherapy/Sequelas bucais da radioterapia de cabeça e pescoço. *Revista CEFAC: Atualizacao Científica em Fonoaudiologia e Educacao*, 13(6), 1103-1109.
- Emidio, T. S., Toledo F. L., Mariotto, L. A., Pereira, E. S. B. M., Trazzi, B. F. M. (2021). O cirurgião-dentista em âmbito hospitalar viabilizando a melhoria da qualidade de vida do paciente. *Brazilian Journal of Development.* 7(3). DOI:10.34117/bjdv7n3-681.
- Estrela, C. (2018). Metodologia Científica, Ensino, Pesquisa. *Editora Artes Médicas*.
- Gaetti-Jardim, E., Setti, J. S., Cheade, M. F. M., Mendonça, J. C. (2012). Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: Revisão de literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde.* 35(11), 31-36.
- Guimarães¹, G. R., Queiroz, A. P. G., & Ferreira, A. C. R. (2017). Instituição de um protocolo de higiene bucal em pacientes internados no CTI do HUSF. *Braz J Periodontol- March*, 27(01).
- Leite, J. C., Propércio, S. C., & Rocha, A. P. (2022). A importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva (UTI). *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(5), 2228-2239.
- Lessa, A. F. N., Amancio, A. M. T. S., Santana, L. A. M., Aguiar, M. C. F. (2020). Tratamento odontológico em pacientes com câncer durante a Pandemia de Covid-19. *Rev. Bras. Cancerol.* 66 (TemaAtual), e-1005. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2020v66nTemaAtual.1005>.
- Lopes, R. B., Júnior, J. J. V., de França, M. M. C., de Sousa, G. A., de Sousa, E. A. R., & Mendes, E. M. (2020). Principais complicações orais da radioterapia de cabeça e pescoço: revisão de literatura. *Revista de Odontologia Contemporânea*, 4(1), 68-74.

- Mauri, A. P., Silva, M. R. da ., Vale, M. C. S. do, Rios, P. A. G. S., Seroli, W. (2021). A importância do cirurgião dentista no ambiente hospitalar para o paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva. uma revisão bibliográfica. *E-Acadêmica*, 2(3), e102342. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.42>
- Mattevi, G. S., Figueiredo, D. R., Patrício, Z. M., Rath, I. B. S. (2011). A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção á saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciência e saúde coletiva*, 16(10), 4229-4236.
- Rocha, A. L; Ferreira, E, F. (2014). Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arq. Odontol.*, 50(4), 154-160.
- Santos, I. L. dos, Toline, C., Furuko, B. A., Schutz, B. C., Fuster, E. de M., Pedron, I. G., Vale, M. C. S. do, & Shitsuka, C. (2021). A importância dos radioprotetores na prática odontológica: uma revisão da literatura. *E-Acadêmica*, 2(3), e242353. <https://doi.org/10.52076/eacad-v2i3.53>
- Silva, I. O., Amaral, F. R., Miranda-da Cruz, P., Sales T. O. (2017). A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. *Rev Med Minas Gerais*. 27, 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20170083>.
- Silva, R. R. da ., & Seroli, W. (2022). Odontologia aplicada em unidade terapia intensiva. *E-Acadêmica*, 3(1), e083194. <https://doi.org/10.52076/eacad-v3i1.94>
- Silva, C. Q. D., & Gouvêa, T. S. (2018). Prevenção e controle das manifestações bucais em pacientes irradiados com tumores de cabeça e pescoço. *Repositório Unitau*.
- Telles, Talita B. S. (2010). Protocolo de atendimento odontológico ao paciente crítico internado em unidade de terapia intensiva. *Faculdade de Medicina de Belo Horizonte*. 1-28.
- Wayama M. T., Aranega, A. M., Bassi A, P, F., Ponzoni, D., Júnior, I. R. G. (2014). Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar. *Rev. bras. odontol.*, 71(1), 48-52.