

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Fátima Andrea Romero Zapata

Karla Raiane Souza Mariano

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Taubaté – SP

2018

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Fátima Andrea Romero Zapata

Karla Raiane Souza Mariano

ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Trabalho de Graduação, apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia

Orientação: Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo

Taubaté – SP

2018

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

Z35o Zapata, Fátima Andrea Romero
Odontologia hospitalar / Fátima Andrea Romero Zapata; Karla Raiane de
Souza Mariano. -- 2018.
30 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, 2018.

Orientação: Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo, Departamento de
Odontologia.

1. Equipe hospitalar de odontologia. 2. Higiene bucal. 3. Saúde bucal. I.
Mariano, Karla Raiane de Souza. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD - 617.601

FÁTIMA ANDREA ROMERO ZAPATA

KARLA RAIANE SOUZA MARIANO

Data: 27/11/2018

Resultado: Aprovadas.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _Carlos Eduardo Colombo Dias_____

Universidade de Taubaté

Julgamento _____

Prof.Dr. _Jarbas Francisco Fernandes dos Santos____

Universidade de Taubaté

Julgamento _____

Prof. Dr. _Marcelo Gonçalves Cardoso_____

Universidade de Taubaté

Julgamento _____

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades.

A nossos pais que sempre nos fizeram acreditar que conseguiríamos. E conseguimos, estamos na reta final.

A nossas famílias que deram ânimos e palavras de alento para continuar em frente.

Aos Professores do Curso de Odontologia da UNITAU, em especial ao nosso orientador Prof. Dr. Carlos Eduardo Dias Colombo, pela paciência, dedicação e sabedoria.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da conclusão deste trabalho.

**A MAIOR RECOMPENSA PARA O TRABALHO DO HOMEM NÃO É O QUE ELE GANHA COM ISSO,
MAS O QUE ELE SE TORNA COM ISSO.**

JOHN RUSKIN

RESUMO

A Odontologia Hospitalar é aquela exercida dentro de um ambiente hospitalar visando à inclusão do cirurgião-dentista (CD) na equipe multidisciplinar com o objetivo de participar do processo de cura e melhora da qualidade de vida, independentemente do tipo de doença que acomete o paciente. Contudo, a atuação do CD nos hospitais possui certa deficiência, mesmo sabendo que é imprescindível a higiene bucal para excluir doenças e manter a normalidade na cavidade bucal. O objetivo do estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre o papel do CD no atendimento hospitalar desde a dificuldade enfrentada para sua inserção nos hospitais até a utilização de procedimentos adequados durante a internação do paciente. Os protocolos de conduta, quando utilizados em larga escala, trazem benefícios tanto ao paciente quanto ao hospital, reduzindo custos que agravamentos poderiam trazer.

Palavras-chave: Equipe hospitalar de Odontologia. Saúde bucal. Higiene bucal.

ABSTRACT

Hospital dentistry is one performed within a hospital environment aiming at the inclusion of the dental surgeon in the multidisciplinary team with the objective of participating in the process of healing and improvement of the quality of life, regardless of the type of illness that affects the patient. However, the performance of dental surgeon in hospitals has a certain deficiency, even knowing that oral hygiene is essential to exclude diseases and maintain normality in the oral cavity. The objective of the study was to carry out a review of the literature on the role of the dental surgeon in the hospital care from the difficulty faced for its insertion in the hospitals until the use of adequate procedures during the hospitalization of the patient. The protocols of conduct, when used on a large scale, bring benefits to both the patient and the hospital, reducing costs that the aggravations could bring.

Keywords: Dental hospital team. Oral health. Oral hygiene.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 PROPOSIÇÃO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
4 DISCUSSÃO	23
5 CONCLUSÕES	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

Uma boa higiene bucal é uma das medidas mais importantes que se pode adotar para a saúde dos dentes e gengiva. Manter uma boca saudável é importante para o bem-estar geral das pessoas, mas em pessoas hospitalizadas, com problemas de saúde sistêmicos graves, muitas vezes é difícil ou impossível conseguir higienização adequada, devido à limitação física desses pacientes. A Odontologia vivencia uma era holística em que se deve olhar o paciente como um todo, avaliando não apenas a boca e os dentes, mas seu estado de saúde geral, que pode estar em risco pelo despreparo de profissionais em enfrentar determinadas situações no ambiente hospitalar (LIMA et al., 2011).

A Odontologia Hospitalar pode ser definida como uma prática que visa aos cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, realizados em ambiente hospitalar, cujo objetivo é melhorar a saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados, prevenindo novo foco infeccioso e evitando agravo da saúde geral do paciente. A abordagem integral do paciente, e não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal, é fundamental e depende da inter-relação de todos os membros da equipe multidisciplinar que assiste o paciente (JARDIM et al., 2012).

Há muito tempo que a equipe de profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) está estruturada e é composta por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos em enfermagem. Entretanto, a literatura é unânime em mostrar que a equipe não está completa, pois falta a presença do CD para que ocorra de fato promoção da saúde integral de pacientes internados em UTIs (MORAIS et al., 2006).

O CD tem o objetivo de realizar um exame clínico adequado no paciente hospitalizado para avaliar se tem presença de alguma alteração bucal e remover os focos infecciosos através de restaurações, curativos, cirurgias, raspagens e medicações, prevenir sangramentos, tratar lesões orais e realizar ainda tratamentos paliativos. Assim, permite que o tratamento médico não seja interrompido e que o paciente se recupere rapidamente (LOPES et al., 2014).

O CD deve estar capacitado para interpretar exames complementares, diagnosticar e prevenir alterações bucais e saber agir e atuar frente a situações emergenciais. As doenças infecciosas na cavidade oral têm sido frequentemente associadas a alterações na resposta imunológica, falta de higiene oral, desnutrição severa, tabagismo, alcoolismo e diabetes, os quais podem predispor o indivíduo ao desenvolvimento de gengivite e periodontite (AAS et al., 2007).

Pneumonia bacteriana, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardiovasculares, artrite reumatoide e partos prematuros são algumas das complicações que podem decorrer de patógenos advindos da cavidade oral. Contudo, as práticas de higiene bucal são realizadas geralmente por profissionais da Enfermagem, que muitas vezes desconhecem modo adequado de realizar esses procedimentos (ABIDIA et al., 2007).

No Brasil, foi apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 2.776/2008, que estabelece como obrigatória a presença do CD nas equipes multiprofissionais das UTIs, com a principal finalidade de tratar a saúde bucal dos pacientes (LIMA et al., 2011).

A melhora da higiene bucal e o acompanhamento por profissional qualificado reduz significativamente o aparecimento de doenças respiratórias entre pacientes adultos considerados de alto risco e mantidos em cuidados paliativos e, principalmente, os pacientes internados em UTI (RABELO et al., 2010).

Diante disso, torna-se importante o conhecimento da atuação do CD no ambiente hospitalar.

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo deste trabalho foi estudar, através de revisão da literatura científica, a Odontologia Hospitalar e a importância do papel do CD no controle de infecção em pacientes internados em UTI, analisando riscos sistêmicos relacionados a infecções de ordem bucal.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Santos et al. (2003) fizeram um estudo para verificar as principais manifestações clínicas gerais e bucais da leucemia em crianças e adolescentes, antes do diagnóstico da doença e durante a terapêutica adotada, além de enfatizar a participação do CD no diagnóstico e no acompanhamento da saúde bucal desses pacientes. Foram entrevistados e examinados 33 pacientes com diagnóstico de leucemia que estavam em tratamento ou acompanhamento de manutenção no Grupo de Pediatria Oncológica de São José dos Campos. Utilizou-se uma ficha criada especialmente para este trabalho, com o objetivo de facilitar o levantamento de dados como idade, sexo, tipo de leucemia e sintomatologia. Observaram que as manifestações gerais mais relatadas foram febre, fraqueza, cansaço e palidez e as manifestações bucais foram palidez de mucosa, sangramento gengival, candidíase, ulcerações e hiperplasia gengival. Durante a terapêutica adotada, náuseas e vômitos foram as manifestações gerais mais relatadas e ulcerações, candidíase, sangramento gengival e xerostomia, as manifestações bucais. Concluíram que a leucemia pode ter suas primeiras manifestações na boca, o que reafirma a participação do CD no diagnóstico precoce da doença e na equipe multidisciplinar de atendimento a esse tipo de paciente. Após o diagnóstico, a presença deste profissional na equipe oncológica pode diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas a complicações bucais, assim como aumentar o conforto e a qualidade de vida dos pacientes durante a terapia.

Segundo Cardoso et al. (2005) a cirurgia e radioterapia (RT) são os principais métodos de tratamento das neoplasias de cabeça e pescoço. Dentre os efeitos colaterais resultantes da interação da radiação ionizante sobre os tecidos, temos dermatites, mucosites, xerostomia, candidíase, alteração do paladar, disfagia, cárie, trismo e osteorradionecrose. Os autores realizaram um estudo de acompanhamento odontológico antes, durante e até 180 dias após a RT, em 12 pacientes submetidos à cirurgia e RT ou RT exclusiva. No período que antecede a RT foi registrado o estado atual do antes por meio de odontogramas e exames complementares (isso no antes, durante e depois da RT). Depois de ser explicado para cada paciente a importância da saúde bucal foi prescrito bochecho com gluconato de clorexidina 0,2%. Depois procederam a eliminação de qualquer foco de infecção bucal, com

exodontias, raspagens, remoção de cáries e troca de restaurações deficientes. Durante a RT reforçou-se as orientações sobre higienização e suspendeu-se o uso de próteses. Os bochechos com gluconato de clorexidina 0,2% foram trocados por água bicarbonatada e chá de camomila. Houve aplicação de flúor em gel neutro em pacientes dentados diariamente, e na presença de candidíase bochechos com nistatina, além de exercícios de abertura e fechamento de boca e massagens circulares na ATM. Observou-se que efeitos como mucosites, dermatites, alteração do paladar e disfagia cresceram a partir da segunda semana do tratamento, até o final, decrescendo visivelmente quando finalizou o tratamento. Quanto à xerostomia, a redução ocorreu mais lentamente e com menor efetividade. O acompanhamento odontológico junto com medidas preventivas como adequação do meio bucal, orientações sobre higienização, aplicações dos bochechos indicados e flúor contribuíram para melhorar a condição de pacientes com neoplasias na região de cabeça e pescoço, submetidos à RT.

Como relatam Morais et al. (2006) a doença periodontal possui origem infecciosa e natureza inflamatória, com participação de fatores modificadores locais, sistêmicos, ambientais e genéticos. A microbiota bucal pode ser alterada de acordo com fatores externos, como o tabagismo, alcoolismo, antibioticoterapia e corticoterapia, ambientes hospitalares, nutrição e higiene bucal, bem como por agentes intrínsecos ao paciente, como idade. O volume de biofilme nos pacientes cresce com o tempo de internação, aumentando o número de patógenos respiratórios presentes no mesmo. As bactérias que geralmente estão envolvidas com a doença periodontal são do grupo Gram-negativas, e suas espécies são: *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Porphyromonas gingivais*, *Tanerella forsythensis*. Dentre as doenças sistêmicas que possuem maior ligação com as periodontias, estão as respiratórias, com destaque para a pneumonia nosocomial. Essa é uma infecção debilitante, especialmente nos pacientes idosos e imunocomprometidos. Representa a segunda causa de infecções hospitalares (de 10% a 15%) e corresponde a taxas significativas de morbidade e mortalidade (20% a 50% de mortes por essa causa), em todas as idades. Os internos em UTI em uso de ventilação mecânica são os mais susceptíveis às pneumonias, correspondendo de 20% a 25% dos pacientes, sendo que a mortalidade chega a 80%. Sua colonização ocorre nas primeiras 48 a 72 horas da entrada na UTI, alcançando os pulmões pelas secreções orais que "vazam" pelos lados do bastonete do tubo

traqueal. Estudos mostram que 45% dos adultos saudáveis e 70% dos pacientes com depressão do nível de consciência apresentam aspiração de secreção da orofaringe durante o sono.

Araújo et al. (2009) fizeram um estudo com 402 entrevistados, sendo 73 enfermeiros, 284 técnicos em enfermagem e 45 auxiliares em enfermagem, todos atuando em equipes multidisciplinares. Observaram que aproximadamente 30% dos entrevistados responderam que têm conhecimento sobre técnicas de escovação dentária. Aproximadamente 76% afirmam reconhecer os aspectos normais da cavidade bucal e quando o assunto é as doenças mais comuns da cavidade bucal, como cárie dental, gengivite, periodontite e candidíase, 29% desconhecem. Dentre os entrevistados, 30% julgam saber sobre higienização das próteses e interrupção do uso destas e 29% afirmam ter conhecimentos sobre higiene das mucosas. A presença de um CD nas equipes hospitalares é necessária para 86% dos entrevistados que reconhecem que o dentista poderia atuar nos casos onde houvesse envolvimento odontológico. Durante as visitas que foram realizadas nas UTIs pelos autores deste artigo, observaram que alguns pacientes podem não necessitar do uso de ventilação mecânica, estando assim aptos a realizar seus próprios cuidados de higiene básica, requerendo ajuda da enfermagem para isso. Ressalta-se a importância da verificação do uso de próteses, as quais, no momento da internação e identificação, não estão sendo utilizadas. Todas as orientações quanto à higiene bucal devem ser direcionadas à capacidade motora e cognitiva do paciente e sempre relacionadas ao entendimento dos familiares. Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem uma higiene bucal satisfatória, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado, no caso um odontólogo incluso na equipe multidisciplinar.

Lanza et al. (2010) fizeram um estudo no qual avaliaram os tratamentos hospitalares, pacientes internados que receberam a avaliação odontológica no próprio leito, onde por meio de exame visual da cavidade oral a demanda por procedimentos odontológicos é apurada. Dependendo da necessidade e complexidade, a conduta é realizada de imediato ou o paciente é referido ao Anexo Borges da Costa (ABC), onde se disponibiliza de equipamentos odontológicos específicos para realização de procedimentos mais especializados. Os pacientes externos encaminhados ao serviço pelo médico responsável são avaliados por meio de triagens realizadas no próprio ABC, onde se verificam as necessidades

odontológicas e a condição sistêmica dos mesmos, solicitando em alguns casos exames complementares e se necessário. O trabalho desenvolve-se nas seguintes áreas de atuação: cirurgia oral ou bucomaxilofacial, conforme solicitação médica; tratamentos odontológicos preventivos e curativos dos pacientes internados; tratamento em pacientes especiais portadores de síndromes; adequação do meio bucal para pacientes que sofrerão algum tipo de transplante de órgãos ou cirurgias cardíacas, radioterapias, quimioterapias e utilização do laser de baixa intensidade como terapia para alterações de tecido mole decorrentes da quimioterapia e radioterapia. Nos tratamentos realizados, houve uma predominância dos procedimentos periodontais - raspagem e polimento coronário – representando 47% (374) seguido das exodontias - 21% (167), restaurações - 14% (107), outros procedimentos - 14% e a aplicação de laser - 4% (30). O acesso aos cuidados bucais permite melhorar a qualidade de vida dos pacientes debilitados sistemicamente e sua saúde geral, na medida em que elimina possíveis quadros de infecção dentária e possibilita condições melhores de mastigação.

Rabelo et al. (2010) relataram um caso de internação pediátrica em UTI onde a paciente apresentava no exame intrabucal lesões ulceradas em mucosa jugal e labial devido a um quadro de espasmos involuntários dos músculos da mastigação, presença de aparelho ortodôntico e trismo. Conforme relatam estes autores, a equipe de Odontologia Hospitalar realizou remoção do aparelho ortodôntico e prescreveu antibióticos pós-antibiograma. Em um segundo atendimento os espasmos musculares ainda persistiam e, os mesmos pesquisadores notaram uma lesão nodular em lábio inferior e quadro de púrpura trombocitopênica imunológica. Realizaram então uma biópsia excisional e administração de plaquetas e antibioticoterapia. Diagnosticaram a partir do resultado histopatológico, hiperplasia fibrosa inflamatória. Como manobra terapêutica realizaram a instalação de um protetor bucal de silicone, evitando o aparecimento de novos traumas e auxiliando no relaxamento muscular. Assim a participação da Odontologia na equipe multidisciplinar foi fundamental para a indicação da terapêutica adequada neste caso.

Barbosa et al. (2010) avaliaram as práticas de higiene bucal na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) e do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). A população do estudo foi composta pela equipe de enfermagem do setor de oncologia, crianças hospitalizadas e cuidadores das crianças. Observaram que o

diagnóstico mais frequente, de acordo com os dados obtidos dentre as 43 crianças avaliadas, foi a leucemia linfoblástica aguda (LLA), em 48% da amostra, seguido por linfoma de Burkitt (7%), neuroblastoma (7%) e osteossarcoma (6%). Algumas perguntas resultaram em dados estatisticamente significativos, uma vez que se tornaram discordantes. Por exemplo, quando questionados: “A criança é encaminhada para atendimento odontológico?”, 100% da equipe de enfermagem reportaram que sim, ao passo que apenas 23% dos cuidadores responderam o mesmo. O mesmo pôde ser observado frente à pergunta “A criança relata desconforto na cavidade bucal?”, em que 100% da equipe de enfermagem reportaram que sim, enquanto apenas 16% dos cuidadores responderam o mesmo que a equipe de enfermagem. De acordo com os resultados obtidos, pôde-se concluir que não existe um protocolo de cuidados com a higiene bucal de crianças hospitalizadas com câncer. A presença de um CD na equipe médica parece reforçar a preocupação em minimizar os danos provenientes do tratamento oncológico e pode, a partir de suas atribuições e habilidades, ser um agente ativador de mudanças em educação para a saúde.

Para Lima et al. (2011) um dos maiores indicadores de saúde sistêmica em ambiente hospitalar é a percepção da condição bucal dos pacientes. Em pesquisa realizada recentemente em Araçatuba (SP), os autores observaram que, ainda que seus pacientes considerassem realizar uma boa higiene bucal, a maior necessidade que eles apresentavam era de tratamento periodontal. Desta forma, ressalta-se que a necessidade da presença do CD no corpo clínico hospitalar contribui sobremaneira na manutenção do atendimento e no cuidado integral à saúde dos pacientes hospitalizados.

Rodrigues et al. (2011) propuseram avaliar os hábitos de higiene bucal empregados por crianças durante o período de internação hospitalar. Os dados foram coletados mediante entrevistas direcionadas aos cuidadores, sendo realizadas nas enfermarias do setor de internação do hospital. Foram coletados dados referentes a 91 cuidadores-crianças. As mães constituíram o grupo mais frequente de grau de parentesco como cuidadores, correspondendo a 87,9%, seguidos de avós (5,5%). Analisando os hábitos de higiene bucal e comportamentos das crianças durante a internação hospitalar, constataram que 67% crianças realizaram algum tipo de procedimento de higiene bucal durante a hospitalização. Em relação às orientações de saúde bucal obtidas durante a internação por

profissionais da unidade, 92,3% dos cuidadores informaram que não haviam recebido orientação durante o período; dentre os cuidadores que receberam algum tipo de orientação, essas foram concedidas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foi questionado se as crianças já haviam recebido algum atendimento odontológico, observando-se que 90,1% das crianças nunca foram atendidas por um CD. Concluiu-se frente aos resultados encontrados no presente estudo, a necessidade de se problematizar a abordagem da saúde bucal em ambiente hospitalar. Deve ser estimulada a formação de equipes multidisciplinares no intuito de enfatizar a adoção de medidas de promoção de saúde, incluindo a saúde bucal, na tentativa de auxiliar na melhoria do quadro de saúde durante a hospitalização.

Araújo et al. (2012) observaram o projeto onde alguns centros de saúde e hospitais incorporam o atendimento odontológico às rotinas das UTIs. No Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), no Rio de Janeiro, este trabalho começou com o Projeto Odonto-leito. Elaboraram um protocolo de atendimento onde os pacientes do CTI são atendidos. Até o momento não é exigido nenhum tipo de curso para o atendimento odontológico nas UTIs. De acordo com Dra. Tereza Araujo, com a implementação do Projeto Odonto-leito, no HFB, houve a necessidade de se iniciarem estudos para um entendimento do trabalho dentro do ambiente hospitalar. A partir daí, elaboraram o protocolo de atendimento. Deste modo o trabalho realizado pelos CDs foi reconhecido como necessário pela equipe multiprofissional do hospital. Além disso, segundo pesquisas, o controle de infecção oral nos pacientes internados ajuda a reduzir o tempo de internação em até dez dias, destaca Dra. Tereza Araujo. O Grupo Odonto-leito faz parte do protocolo do Grupo de Interesse em Prevenção de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, juntamente com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e a equipe multiprofissional do HFB. Foi observado que cursos de capacitação ou habilitação para atendimento aos pacientes das UTIs são indispensáveis para a atuação do CD nesses locais. As especialidades precisam se unir para promover saúde, em especial da Odontologia, tem nos trazido subsídios que comprovam que a condição bucal altera a evolução e a resposta ao tratamento médico, além da condição bucal ficar comprometida pelo estresse e interações medicamentosas, determinando a necessidade de acompanhamento odontológico durante a internação hospitalar, pondera a CD.

Amaral et al. (2013) realizaram um estudo com todos os integrantes das equipes multidisciplinares dentro das 3 UTIs do hospital regional de base de Presidente Prudente. As equipes constavam de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem. Separadamente também incluíram o CD. Foram entregues 150 questionários para os funcionários das UTIs. Observou-se que 28(96%) dos CDs avaliados concordaram que é importante a atuação deste profissional no acompanhamento de pacientes hospitalizados em UTI. Diferentemente da opinião da equipe interdisciplinar da UTI, em que apenas 57% destes profissionais manifestaram que o CD seria importante no acompanhamento e suporte do paciente internado em UTI. Quando questionados sobre a influência da presença do CD na equipe multidisciplinar na melhora no quadro clínico dos pacientes, foi verificado que apenas 55% concordaram que, com o CD atuando junto a eles no atendimento a pacientes hospitalizados em UTI, resultaria em uma melhora no quadro clínico dos pacientes. Pelos resultados dos estudos, os profissionais valorizam a higiene bucal dos pacientes internados, mas não valorizam a presença do CD, talvez pela razão de que os profissionais não associam a importância do controle de biofilme na prevenção das pneumonias. A manutenção da higiene bucal em pacientes internados em UTI exige que o CD seja inserido na equipe multidisciplinar no grupo de profissionais.

Costa et al. (2013) analisaram os atuais serviços de Odontologia na Rede Hospitalar Pública do Estado de São Paulo. Para realizar o presente estudo, foi consultada a base de dados do Ministério da Saúde, operacionalizando-se o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Com este trabalho, foi possível verificar que o Estado de São Paulo mantém contratualizações com hospitais escola e filantrópico, com o cunho de estruturar a rede e, conseqüentemente, assegurar o direito à saúde aos usuários do SUS. No presente estudo, foi possível notar que a esfera administrativa da maioria dos hospitais é privada (87,4%) e 66,3% são de gestão municipal, sendo que apenas 17% atendem exclusivamente ao SUS. Talvez tenha sido essa descentralização de gestão e administração, promovida pelo governo do Estado de São Paulo, que tenha contribuído para posicionar o serviço hospitalar do Estado como um dos melhores do país. Entretanto, apesar de ser uma das melhores redes hospitalares do país, nota-se que, ainda, há muito para ser feito. Observaram que o atual cenário da

Rede Hospitalar do SUS no Estado de São Paulo, no que se refere à Odontologia Hospitalar, ainda está em estruturação.

Jardim et al. (2013) com base na literatura classificam os pacientes hospitalizados de acordo com o nível de dependência. Os que podem realizar a própria higiene bucal; os parcialmente dependentes com dificuldades motoras, que precisam de recursos auxiliares como escova elétrica, cabo de escova adaptado e por último paciente dependente com impossibilidades motoras ou paciente intubado, higienização por meio de cuidador ou enfermagem. Com base nessa classificação foi feita uma proposta de protocolo das orientações a serem transmitidas ao paciente e seus cuidadores, para o correto procedimento de higienização do paciente internado: Manter a cabeceira elevada 30°; Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento e utilizar o EPI; Explicar ao paciente o que será realizado e que produtos serão utilizados; Este protocolo deve ser realizado, no mínimo, de 12/12hs; Técnica: utilizar uma escova dental extramacia e de cabeça pequena, molhando em solução aquosa de clorexidina 0,12%, aplicando em todas as superfícies dentárias, mucosas e língua, sempre no sentido posteroanterior, tanto para pacientes dentados quanto edêntulos; Pacientes edêntulos: ao invés de escova extramacia pode ser utilizada gaze embebida em 20ml de solução de clorexidina 0,12% nas superfícies mucosas e língua; Pacientes dentados: a escovação dental com dentifrício fluoretado deve ser realizada 2x ao dia. Utilizar simultaneamente aspiração das secreções bucais e da solução de higienização. Para pacientes intubados: Verificação da pressão do cuff antes da realização do procedimento (que deve estar entre 25 e 30cm H₂O); Injetar 10ml da solução de clorexidina 0,12% na cavidade oral e aspirar o conteúdo oral e supra-cuff após 30s; Aplicar lubrificante labial; Acondicionar a escova adequadamente após sua limpeza.

Gonçalves et al. (2014) através de estudos comprovaram que a melhora da higiene oral e o acompanhamento por profissional qualificado reduz significativamente a progressão da ocorrência de doenças respiratórias entre pacientes adultos considerados de alto risco e mantidos em cuidados paliativos, principalmente no caso dos pacientes internados em UTIs. A importância de se ter um CD dentro do hospital está pautada no conhecimento de que a adequação bucal pode alterar positivamente o desfecho clínico do paciente, minimizando ou até evitando fatores que possam influenciar negativamente o tratamento sistêmico do mesmo. Foi realizado um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa.

O universo eleito para o estudo foram os hospitais de grande porte localizados na Região Metropolitana da Grande Vitória - Espírito Santo (RMGV-ES). Observaram que das sete cidades que compõem a RMGV - ES, apenas três contam com hospitais de grande porte conforme a resolução do Ministério da Saúde, mantendo em sua equipe multidisciplinar a presença de CDs em seu corpo clínico. Conclui-se que, na Região Metropolitana da Grande Vitória-ES, ainda que o número de hospitais com a presença do CD seja satisfatório, poderia haver um maior número de profissionais e especialidades em cada um deles, para assim haver uma participação mais ativa dos CDs, visando à interdisciplinaridade.

Aranega et al. (2014) realizaram uma pesquisa sobre experiência do CD em hospitais, na qual 49% dos profissionais não têm experiência na área. Quanto ao interesse, em ter uma vivência hospitalar, apenas 26% dos profissionais acreditam que essa experiência seja válida, 46% relataram não gostar de hospital ou não achar importante a participação do CD nesse local e 24% acreditam que o ambiente hospitalar é destinado apenas para especialistas. A opinião dos CDs, caso o conteúdo sobre Odontologia Hospitalar fosse incluso no currículo de graduação, mostrou que 35% dos entrevistados gostariam de no mínimo saber como o CD deve atuar e comportar-se dentro de uma estrutura hospitalar, 27% gostariam de entrar e acompanhar o atendimento em um hospital durante a sua formação acadêmica e 14% gostariam inclusive de poder atuar em um hospital enquanto aluno de graduação. Já 24% mostraram desejo de estar capacitado a atender como clínico geral em um hospital.

Pinheiro et al. (2014) realizaram uma revisão de literatura narrativa sobre Odontologia Hospitalar em UTI, uma revisão sistemática a respeito das publicações brasileiras sobre o tema, a fim de sistematizar o conhecimento produzido sobre esta temática ainda tão recente na Odontologia, porém com tanta relevância para a qualidade de vida destes pacientes. Para realização da revisão sistemática de literatura de estudos nacionais sobre Odontologia Hospitalar em UTI, foram selecionados estudos acerca do tema publicados entre 2006 e 2013. As bases de dados empregadas para o rastreamento dos artigos foram LiLacs, BBO e SciELO. Em relação aos seus objetivos, grande maioria procurou demonstrar a necessidade e importância da atuação do CD na UTI. Ao término desta revisão de literatura concluíram que as afecções bucais são importantes fontes de agravamento sistêmico e que devem ser prevenidas e solucionadas por um CD capacitado a

trabalhar em ambiente hospitalar. A multidisciplinaridade contida nas UTIs não se faz completa sem a presença do CD, já que grande maioria dos profissionais de saúde que fazem parte do corpo clínico de UTIs não dispõe do conhecimento necessário para o diagnóstico e tratamento de quaisquer condições anormais da cavidade bucal. Os estudos nacionais analisados concluíram que além de propor protocolos clínicos de conduta a esses pacientes, os CDs devem estar presentes e capacitados para atuar nos hospitais.

Rocha et al. (2014) avaliaram a participação da Odontologia, em equipe multiprofissional, no contexto hospitalar, a partir da demanda por avaliação odontológica em um hospital de Belo Horizonte. Foram coletados dados referentes à idade e sexo dos pacientes. Um total de 137 pacientes foram indicados para avaliação odontológica. A maior parte dos indivíduos encontrava-se internada em enfermarias de clínica geral (66%), seguido pela de clínica de cuidados especiais (11,1%), clínica cirúrgica (9,6%), unidade de acidente vascular cerebral (9,6%), UTI (3%) e clínica obstétrica (0,7%). O número total de interconsultas aumentou consideravelmente do primeiro para o segundo ano de atuação da equipe de Odontologia, passando de 49 para 88 solicitações, alcançando um crescimento de 79,5% em relação ao ano anterior. A expressão mais recorrente foi “dentes em mau estado de conservação” representando 39,8% dos pedidos de avaliação e alocada no grupo condições patológicas, com 98 (58,3%) citações. Constatou-se que o presente estudo demonstrou que, apesar de o número de solicitações de avaliação odontológica parecer pequeno em comparação à quantidade de internações no mesmo período, pode-se observar que a procura pelo profissional cresceu sensivelmente, o que aponta para o reconhecimento da necessidade da atuação do CD, por parte dos demais profissionais. Problemas como a presença de cárie dentária, doença periodontal, mobilidade dentária, infecções bucais e outros começaram a despertar nos profissionais do hospital a necessidade de uma avaliação específica o que motivou o encaminhamento de demandas neste sentido, à equipe de odontologia.

Wayama et al. (2014) realizaram um estudo analisando o nível de conhecimento e opinião dos CDs em relação ao acompanhamento e à execução da odontologia hospitalar. A pesquisa foi feita por meio de questionários, entregues em consultório e serviços públicos da cidade de Araçatuba - SP, que perguntavam se o paciente já havia passado por alguma experiência odontológica hospitalar; se entrou

em um hospital para acompanhar ou executar um tratamento odontológico; opinião sobre odontologia hospitalar como parte integrante do currículo de graduação; se teve conteúdo sobre odontologia hospitalar, o que esperaria caso ele fosse incluído no currículo. Os autores verificaram que 49% responderam que nunca tiveram experiência hospitalar, 26% acreditam que essa experiência seja válida, 46% relataram que não gostam de hospital ou que não acham importante a participação do CD nesse local e 24% acreditam que o ambiente hospitalar é destinado apenas para especialistas. A opinião de 64% dos profissionais de odontologia demonstram que o currículo de graduação é carente, alguns acreditam que o conteúdo encontra-se fragmentado em 14%, já 18% acham o conteúdo bom, embora fragmentado entre as disciplinas, demonstrando assim a carência acerca do conhecimento sobre odontologia hospitalar.

Santos et al. (2015) observaram as indicações para a oferta de tratamento odontológico sob anestesia geral. O objetivo do presente estudo foi identificar as características demográficas dos pacientes e as características dos cuidados de tratamento odontológico sob sedação e anestesia em hospitais do SUS-MG. Todos os cadastrados registrados no banco de dados do SUS-MG foram analisados. A média de idade foi de 28,5 (\pm 18,2) anos, variando de zero a 90 anos. O percentual de crianças, adolescentes, adultos e idosos atendidos foi de 15,0%, 21,4%, 56,0% e 7,6%, respectivamente, sendo a maioria do sexo feminino (61,0%). Cento e quarenta e cinco (145) diagnósticos principais foram identificados, dos quais a maior frequência (60,3%) foi para transtornos mentais e comportamentais, seguida por doenças do sistema nervoso central (18,5%), do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo (5,0%), doenças infecciosas e parasitárias (4,5%), fatores que influenciam a saúde e acesso aos serviços de saúde (3,5%), doenças do trato geniturinário (2,8%), doenças da pele e tecidos subcutâneos (1,8%), malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (1,0%), neoplasias (0,8%), doenças do aparelho circulatório (0,8%), doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos, bem como alguns distúrbios imunológicos (0,4%), doenças endócrinas e metabólicas (0,4%) e doenças do aparelho digestivo (0,2%). Este estudo revelou um perfil clássico do paciente com necessidades especiais com tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral, ou seja, um homem adulto com diagnóstico de doença mental, distúrbio comportamental ou doença do sistema nervoso central. Os resultados demonstraram a existência de situações que

dificultaram o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde bucal para esse grupo populacional.

Lima et al. (2016) avaliaram a condição de saúde bucal de crianças internadas no Hospital Municipal Infantil de Imperatriz - MA. Buscaram clinicamente as alterações da mucosa bucal de 165 crianças de 03 a 12 anos hospitalizadas, com a finalidade de verificar a influência do fator tempo aliado às características da internação hospitalar nas condições de saúde bucal. Foram investigados hábitos comportamentais durante o período de internação, como adoção de práticas de higiene bucal, e quais instrumentos utilizados para a realização da higiene bucal. Foram questionados os responsáveis pelas crianças acerca da cárie dentária, se receberam orientações de higiene bucal concedida por profissionais da unidade hospitalar e se as crianças já haviam tido experiência odontológica. Analisando os hábitos de higiene bucal das 80 crianças avaliadas durante o período de hospitalização, constataram que a maioria delas (75%) realizavam a higiene bucal durante a hospitalização. Quanto à frequência da higiene bucal, 43,75% relataram realizar a higiene bucal uma vez ao dia, 22,50% duas vezes ao dia e somente 8,75% declararam realizar a higiene bucal três ou mais vezes ao dia. Indagou-se aos pais ou responsáveis pelas crianças hospitalizadas, em relação às orientações de higiene bucal obtidas durante a internação, sendo que 98,75% dos responsáveis informaram que não haviam recebido orientações durante o período em que as crianças permaneciam hospitalizadas; o único responsável, que recebeu algum tipo de orientação (1,25%), foi concedida por uma enfermeira. Frente aos resultados encontrados, conclui-se que a condição de saúde bucal das crianças hospitalizadas está comprometida por um alto índice de biofilme dental e um alto índice de cárie na dentição decídua.

4 DISCUSSÃO

Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem uma higiene bucal satisfatória em pacientes internados, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado, no caso um odontólogo incluso na equipe multidisciplinar, permitindo melhorar a qualidade de vida dos pacientes debilitados sistemicamente, evitando assim o agravo da saúde do paciente (ARAÚJO et al., 2009; LANZA et al., 2010; RABELO et al., 2010; LIMA et al., 2011; ARAÚJO et al., 2012).

Em diversos estudos é confirmado que o tratamento mais necessário em pacientes internados é o periodontal (LIMA et al., 2006; LIMA et al., 2011). Pacientes hospitalizados devem ter tratamento preventivo, já que a pneumonia nosocomial causada por aspiração de focos infecciosos bucais é uma das principais causas de morte em pacientes internados (MORAIS et al., 2006; ARAÚJO et al., 2012; AMARAL et al., 2013).

É preciso a inclusão do CD na equipe multidisciplinar para pacientes que sofrerão algum tipo de transplante de órgãos ou cirurgias cardíacas, radioterapias, quimioterapias e utilização do laser de baixa intensidade como terapia para alterações de tecido mole decorrentes da quimioterapia e radioterapia (LANZA et al., 2010).

Araújo et al., em 2009, observaram que, mesmo que a maior parte dos CDs entrevistados reconheçam que o dentista poderia atuar nos casos onde houvesse envolvimento odontológico, alguns autores relataram que pacientes que não necessitam do uso de ventilação mecânica são capazes de realizar seus próprios cuidados de higiene básica, requerendo ajuda apenas da enfermagem.

A participação do CD no diagnóstico precoce de doenças e na equipe multidisciplinar de atendimento a pacientes com leucemia em crianças e adolescentes é essencial, podendo diminuir a morbidade e a mortalidade relacionadas às complicações bucais, assim como aumentando o conforto e a qualidade de vida dos pacientes durante a terapia (SANTOS et al., 2003).

Costa et al. (2013) verificaram que, apesar da necessidade de ter um CD em redes hospitalares, ainda há muito para ser feito.

Problemas como a presença de cárie dentária, doença periodontal, mobilidade dentária, infecções bucais e outros começaram a despertar nos profissionais do hospital a necessidade de uma avaliação específica o que motivou o encaminhamento de demandas à equipe de odontologia (ROCHA et al., 2014).

Pinheiro et al., 2014, avaliaram que as afecções bucais são importantes fontes de agravamento sistêmico e que devem ser prevenidas e solucionadas por um CD capacitado a trabalhar em ambiente hospitalar. A multidisciplinaridade contida nas UTIs não se faz completa sem a presença do CD, já que grande maioria dos profissionais de saúde que fazem parte do corpo clínico de UTIs não dispõe do conhecimento necessário para o diagnóstico e tratamento de quaisquer condições anormais da cavidade bucal.

O acompanhamento odontológico junto com medidas preventivas como adequação do meio bucal, orientações sobre higienização, aplicações dos bochechos indicados e flúor contribuem para melhorar a condição de pacientes com neoplasias na região de cabeça e pescoço, submetidos à radioterapia (CARDOSO et al., 2005; BARBOSA et al., 2010).

Lima et al. (2016) observaram que a condição de saúde bucal das crianças hospitalizadas está comprometida por um alto índice de biofilme dental e um alto índice de cárie na dentição decídua, já que não há nenhuma orientação de higiene bucal aos cuidadores. Gonçalves et al. (2014) avaliaram que a higiene oral e o acompanhamento por profissional qualificado reduz significativamente a progressão da ocorrência de doenças respiratórias entre pacientes adultos considerados de alto risco e mantidos em cuidados paliativos, em pacientes internados em UTI.

Os internos em UTI em uso de ventilação mecânica são os mais susceptíveis às pneumonias, correspondendo de 20% a 25% dos pacientes, sendo que a mortalidade chega a 80%. Estudos mostram que 45% dos adultos saudáveis e 70% dos pacientes com depressão do nível de consciência apresentam aspiração de secreção da orofaringe durante o sono (MORAIS et al., 2006).

Além dos problemas sistêmicos são estudados e descritos os tipos de pacientes a se tratar dentro de um hospital, classificando os mesmos segundo os problemas físicos e limitações do mesmo (JARDIM et al., 2013).

Santos et al. (2015) relataram um perfil clássico do paciente com necessidades especiais com tratamento odontológico sob sedação e/ou anestesia geral, ou seja, um homem adulto com diagnóstico de doença mental, distúrbio

comportamental ou doença do sistema nervoso central. Demonstraram a presença de situações que dificultam o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde bucal para essa população específica.

Aranega et al., 2014, avaliaram que alguns CDs apesar de terem conhecimento obtido na graduação não se sentem qualificados para atuar em centros hospitalares, enquanto outros atuariam sem nenhum problema, observando opiniões divergentes entre os próprios CDs.

Alguns autores como WAYAMA et al. (2014) acreditam que o conteúdo currículo de graduação é carente, encontrando-se fragmentado entre as disciplinas, demonstrando assim a carência acerca do conhecimento sobre odontologia hospitalar.

A presença de um CD na equipe médica parece reforçar a preocupação em minimizar os danos provenientes do tratamento oncológico e pode, a partir de suas atribuições e habilidades, ser um agente ativador de mudanças em educação para a saúde (BARBOSA et al., 2010).

Deve-se problematizar a abordagem da saúde bucal em ambiente hospitalar, dando assim mais foco na promoção e prevenção da saúde, analisando o grau de dependência e estimulando sempre o autocuidado do paciente (ARAÚJO et al., 2009; RODRIGUES et al., 2011).

5 CONCLUSÕES

Após revisão da literatura sobre Odontologia Hospitalar, pode-se concluir que:

- Sendo a boca uma das principais fontes de disseminação de patógenos, ela merece principal atenção, já que é bastante negligenciada por médicos e enfermeiros, que não conhecem totalmente os procedimentos terapêuticos para cada caso;
- Pacientes hospitalizados devem ter tratamento preventivo, já que a pneumonia nosocomial causada por aspiração de focos infecciosos bucais é uma das principais causas de morte em pacientes internados;
- É evidente a necessidade da presença do CD na equipe multidisciplinar dentro do hospital, especialmente nos casos de pacientes em UTI;
- Há uma grande necessidade do CD procurar qualificação acadêmica;
- A participação do CD dentro do hospital precisa ser mais valorizada.

REFERÊNCIAS

Aas, J.A. et al. Subgingival plaque microbiota in HIV positive patients. **J Clin Periodontol**, v.34, n.3, p.189-95, 2007.

Abidia, R.F. et al. Oral care in the Intensive Care Unit: A Review. **J Contempor Dent Prat**, v.8, n.1, p.76-82, 2007.

Amaral, C.O.F. et al. Importância do cirurgião dentista em unidade de terapia intensiva: avaliação multidisciplinar. **Brasil: Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.67 n.2, p.107-11, 2013.

Aranega, A.M. et al. Qual a importância da odontologia hospitalar. Rio de Janeiro: **Rev Bras Odontologica**, v.69, n.1, p. 90-93, 2012.

Araújo, R.J.G. et al. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.2 n.1, p.38-44, 2009.

Araújo, T.G.P. et al. Atendimento Odontológico nas UTIs. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.69, n.1, p.72-5, 2012.

Barbosa, A.M. et al. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p.1113-1122, 2010.

Cardoso, M.F.A. et al. Prevenção e controle das sequelas bucais em pacientes irradiados por tumores de cabeça e pescoço. São Paulo: **Radiol Bras**, v.38, n.2, p.107-115, 2005.

Costa, A.C.O. et al. A Odontologia Hospitalar no serviço público do Estado de São Paulo. **Rev. Assoc Paul Circ Dent**, v.67, n.3, p.244-8, 2013.

Gonçalves, C.L. et al. Odontologia hospitalar nos hospitais de grande porte da região metropolitana da Grande Vitória. Espírito Santo. **Rev Bras Pesq Saúde**, v.16, n.1, p. 75-81, 2014.

Jardim, E.G. et al. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo oral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.47, n.2, p.24-27, 2013.

Lanza, C.R.M.; CASTRO, W.H.; SILVA, T.A. et al. Odontologia Hospitalar. Belo Horizonte: **Arq odontol**, v.47, n.2, p.24-27, 2010.

Lima, D.C. et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. São Paulo: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 1173-1180, 2011.

Lima, M.C.P.S. et al. Condição de saúde bucal de crianças internadas no hospital municipal infantil de imperatriz – Maranhão. **Rev. bras. Odontol**, v.73, n.1, p.24-9, 2006.

Lopes, D.R. Odontologia hospitalar - uma realidade. Disponível em: <http://jornal-dehoje.com.br>. Acesso em: 25 de maio de 2014.

Morais, T.M.N. et al. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n.4, p.412-427, 2006.

Pinheiro, T.S. et al. A saúde bucal em pacientes de UTI. **Revista Bahiana de Odontologia**, v.5, n.2, p. 94-103, 2014.

Rabelo, G.D.; QUEIROZ, C.I.; SANTOS, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa**, v.55, n.2, p.67-70, 2010.

Rocha, A.L. et al. Odontologia hospitalar: A atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. **Arq Odontol**, v.50, n.4, p.154-160, 2014.

Rodrigues, V.P. et al. Avaliação dos hábitos de higiene bucal de crianças durante o período de internação hospitalar. **Odontol Clin Cient**, v.10, n.1, p.49-55, 2011.

Santos, V.I. et al. Leucemia no paciente pediátrico: atuação odontológica. **Cienc Odontol Bras**, v.6, n.2, p.49-57, 2003.

Santos, J.S. et al. Utilização dos serviços de atendimento odontológico hospitalar sob sedação e/ou anestesia geral por pessoas com necessidades especiais no SUS-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.2, p.515-524, 2015.

Wayama, M.T. e al. Grau de conhecimento dos cirurgiões dentistas sobre Odontologia Hospitalar. **Rev Bras Odontol**, v.71, n.1, p. 48-52, 2014.

Autorizamos a reprodução e divulgação total o parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Fátima Andrea Romero Zapata

Karla Raiane Souza Mariano

Taubaté, dezembro de 2018.