

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Ana Clara de Araújo Silva

**O PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA NAS UNIDADES DE TRATAMENTO
INTENSIVO NO BRASIL**

Taubaté

2023

**Grupo Especial de Tratamento da Informação – GETI
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBi
Universidade de Taubaté - UNITAU**

S586p Silva, Ana Clara de Araújo
O papel do cirurgião-dentista nas unidades de tratamento
intensivo no Brasil / Ana Clara de Araújo Silva. -- 2023
33 f. : il.

Monografia (graduação) - Universidade de Taubaté,
Departamento de Odontologia, 2023.

Orientação: Profa. Dra. Sheila Cavalca Cortelli, Departamento
de Odontologia.

1. Unidade de terapia intensiva. 2. Odontologia hospitalar.
3. Higiene bucal. I. Universidade de Taubaté. Departamento de
Odontologia. Curso de Odontologia. II. Título.

CDD – 617.607

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ

Ana Clara de Araújo Silva

**O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS UNIDADES DE TRATAMENTO
INTENSIVO NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como parte dos requisitos para
obtenção do título de Cirurgião Dentista do
departamento de Odontologia da
Universidade de Taubaté.

Orientadora: Prof^a Dra^a Sheila Cavalca
Cortelli

Taubaté

2023

ANA CLARA DE ARAÚJO SILVA

O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NAS UNIDADES DE TRATAMENTO
INTENSIVO NO BRASIL

Data: 07/12/2023

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Drª. Sheila Cavalca Cortelli

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Profª Drª. Claudia Auxiliadora Pinto

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Alexandre Cursino de Moura Santos

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

Prof. Dr. Mário Peloggia

Universidade de Taubaté

Assinatura _____

RESUMO

O presente trabalho objetiva apresentar o papel do cirurgião-dentista nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), a sua importância e as consequências de sua ausência. Através de revisão de literatura acadêmica e pesquisas sobre hospitais do Brasil, este estudo analisou a falta significativa desses profissionais nas equipes multidisciplinares hospitalares, além de manifestar a relação intrínseca da negligência da higiene bucal com a piora no quadro sistêmico dos pacientes. Para tanto, foi elaborada uma linha do tempo sobre as leis de obrigatoriedade do cirurgião dentista nas Unidades de Tratamento Intensivo e todo seu trâmite. Por fim, ressalta-se que a incorporação do cirurgião dentista é imprescindível apesar de ser pouco adotada no Brasil, o que aumenta os riscos para os pacientes de desenvolverem doenças sistêmicas por proliferação bacteriana bucal.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, odontologia hospitalar, higiene bucal

ABSTRACT

This study aims to elucidate the role of dentists in Intensive Care Units (ICUs), emphasizing their importance as well the consequences when they are absent. Through a comprehensive review of academic literature and investigations into Brazilian hospitals, this research analyzed the significant professional lack among multidisciplinary hospital teams. Additionally, explored the intrinsic connection between neglect of oral hygiene and the deterioration of patients' systemic health. Furthermore, this study provided a chronological overview of the mandatory laws for the presence of dentists in ICUS' and its implementation process. Finally, it is emphasized that the dentists incorporation is mandatory despite being sparsely adopted in Brazil, which increases the risks for patients to develop systemic diseases due to oral bacterial proliferation

Keywords: ICUs, hospital dentistry, oral hygiene.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
1.2 OBJETIVOS	6
1.2.1 OBJETIVO GERAL	6
1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	6
1.3 JUSTIFICATIVA	7
1.4 METODOLOGIA	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1 A ODONTOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL	9
2.2 HOSPITAIS COM E SEM A PRESENÇA DE CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI	11
2.3 PAPEL DO DENTISTA NO AMBIENTE HOSPITALAR NO BRASIL RELACIONADO AO MENOR ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	14
2.4 PATOLOGIAS BUCAIS MAIS COMUNS NAS UTIS	17
2.5 CUIDADOS ODONTOLÓGICOS	20
3 DISCUSSÃO	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O papel do cirurgião-dentista (CD) nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) é substancialmente definido como crucial na promoção da saúde bucal e no bem estar geral dos pacientes internados. A presença deste profissional é de suma importância nas equipes multidisciplinares do hospital já que ela impacta diretamente na recuperação dos mesmos. Segundo Assis (2012), a necessidade do atendimento odontológico é crucial nas UTI 's. Um exemplo é o Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), que conta com um CD nas UTIs desde 2009. A Dra. Tereza Araújo integrante desta equipe relata que a situação dos pacientes que estão restritos ao leito favorece o aumento de bactérias e fungos na boca, levando ao surgimento de infecções hospitalares, especialmente as que afetam o sistema respiratório. Isso prejudica o conforto do paciente, sua saúde como um todo e seu potencial de recuperação (Assis, 2012).

Desta maneira, a importância de se aprofundar e difundir esse tema se dá pelo fato da saúde de um paciente de risco estar interligada à patologias orais não tratadas. Em casos de descuido da higiene oral, é comum haver complicações sistêmicas graves que interferem na evolução dos pacientes. Especialmente, os gravemente debilitados nas UTIs, cujo sistema imunológico já está comprometido pelo uso de medicamentos e obstruído por equipamentos de respiração artificial.

Reduzir a disseminação de micro-organismos, que podem migrar da cavidade oral para o trato respiratório inferior, pode resultar em uma diminuição do período de internação dos pacientes, o que, por sua vez, contribui para a redução dos custos hospitalares — e até mesmo prevenção de óbitos/risco de morte iminente (Assis, 2012). Os pacientes dentro do ambiente das UTIs correm um risco muito maior de contraírem alguma infecção oral, cerca de cinco a dez vezes maior, Toledo e Cruz (2009) apontam que esta estatística representa 20% de todas as infecções hospitalares com as taxas de mortalidade podendo chegar em até 80%.

Tendo este dado em vista, o Brasil ainda não conta com um projeto de Lei que impõe a obrigatoriedade do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares. Portanto,

será feita uma minuciosa investigação para quantificar a porcentagem dos hospitais públicos no Brasil que contam com um CD nos recintos das unidades de tratamento intensivo.

Nesse contexto, o desenvolvimento de uma revisão bibliográfica sobre o tema proposto, pode contribuir com a solução dessa lacuna, uma vez que as revisões têm a função de possibilitar uma análise sobre um determinado assunto a partir de diferentes perspectivas, auxiliando em sua compreensão (Sampaio, 2022).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo é compreender o papel do cirurgião-dentista nas Unidades de Tratamento Intensivo no Brasil.

1.2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

Investigar o impacto da saúde bucal adequada na recuperação global dos pacientes de UTI e na prevenção de complicações de saúde associadas.

Analisar a relevância da presença do cirurgião-dentista nas UTIs para a saúde bucal dos pacientes em tratamento intensivo.

Avaliar a colaboração interdisciplinar entre cirurgiões-dentistas e equipes médicas nas UTIs visando a otimização dos cuidados integrais aos pacientes

Identificar as principais intervenções odontológicas necessárias em pacientes internados em UTIs, considerando as condições médicas e as limitações do ambiente.

1.3 JUSTIFICATIVA

Durante a permanência em UTI podem ocorrer alterações orais associadas a doenças sistêmicas ou ao uso de medicamentos e equipamentos de ventilação mecânica. As infecções orais, por sua vez, parecem favorecer complicações sistêmicas como a pneumonia nosocomial ou hospitalar.

Como consequência da internação e das manobras realizadas em UTI, os pacientes internados podem apresentar alterações no sistema imunológico, comprometimento respiratório, dificuldade para dormir, incapacidade de ingestão e hidratação e são mais vulneráveis a desenvolver infecções orais e nosocomiais (Batista S. A. et al., 2014). Nesse contexto percebe-se a importância do CD para o bem-estar total dos pacientes acamados nas UTI, entretanto, nem todos os hospitais dispõem desse profissional. Dessa forma o tema é relevante para compreender o papel do cirurgião-dentista na UTI. Além disso, essa pesquisa possibilita preencher a lacuna dessa temática, possibilitando que os profissionais de saúde saibam o qual contribuição os cirurgiões dentistas podem trazer para a UTI além de ser possível contribuir para que haja políticas visando a obrigatoriedade do profissional cirurgião-dentista dentro das o UTIS.

3 METODOLOGIA

Tratou-se de uma revisão bibliográfica integrativa realizada no período entre agosto e setembro de 2023. Foram obtidos dados através das seguintes bases de dados online: Scientific Electronic Library online (SciELO), PubMed e Google Acadêmico.

Para a busca dos artigos, utilizaram-se as palavras-chave: UTI, cirurgião dentista, patologias orais, odontologia hospitalar e saúde bucal. O cruzamento entre as palavras-chave foi realizado através dos operadores booleanos AND. Os artigos selecionados foram restritos aos idiomas português e inglês. Os critérios de inclusão definidos foram estudos de caso e pesquisas primárias, publicados nos últimos 15 anos. Por outro lado, foram definidos critérios de exclusão, como repetição de artigos nas bases de dados, artigos em outros idiomas, período de publicação superior a 10 anos, artigos fora da temática, revisões de literatura e artigos sem clara autoria.

No Google Acadêmico, houve uma modificação nos critérios de inclusão devido à grande quantidade de artigos correlatos trazidos pela base de dados. Foi necessário definir um período temporal de 2018 a 2023 e analisar apenas as 10 primeiras páginas.

A revisão documental do projeto de lei Nº 2776/2008 foi feita através do site do congresso nacional e publicações de matérias feita pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) e elaborado uma linha do tempo sobre a tramitação da PL durante todos esses anos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A ODONTOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL

A presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar é crucial, uma vez que a assistência odontológica desempenha um papel significativo na recuperação de pacientes hospitalizados devido a problemas sistêmicos. (O autor analisa o surgimento da odontologia hospitalar, sua importância e o esforço para o cirurgião-dentista obter seu espaço no ambiente hospitalar, assim como o reconhecimento da importância deste na equipe multiprofissional). A odontologia hospitalar inicia-se na América a partir do século XIX, com empenho dos Drs. Simon Hüllihen e James Garretson e o processo para ser legitimada no Brasil, foi a partir de 2004 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), fundada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (JORGE et al., 2020).

Em 2008 começou o progresso legislativo e regulatório em relação à presença de profissionais de odontologia em unidades de terapia intensiva (UTIs) de hospitais públicos e privados. O Projeto de Lei nº 2776 de 2008 estabelece essa obrigatoriedade, enquanto a Resolução nº 7 de 2010 detalha os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, incluindo a assistência odontológica integrada à equipe multiprofissional. Em 2011, o Projeto de Lei 363 reforçou a necessidade de profissionais de odontologia no ambiente hospitalar. Em 2014, a III Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas formalizou o reconhecimento da Odontologia Hospitalar como campo de atuação. Em 2015, o Conselho Federal de Odontologia regulamentou o exercício dessa especialidade, exigindo uma habilitação específica para os cirurgiões-dentistas atuarem nesse campo (JORGE et al., 2020).

Apesar da longa trajetória que a odontologia hospitalar vem enfrentando, ainda não há, ao longo do curso de graduação, uma preparação para o cirurgião-dentista atuar nesse contexto. Surge diante desta lacuna, a necessidade de profissionais com capacitação específica para o atendimento em ambiente hospitalar, adotando uma abordagem generalista e abrangente que inclui a prevenção, tratamento paliativo e curativo das condições presentes na cavidade bucal. Assim como em todo começo, o exercício da Odontologia Hospitalar pode implicar em algumas barreiras e desafios.

Contudo, um profissional bem preparado, confiante e sempre atualizado estará apto a superá-los, demonstrando de maneira incontestável a relevância de sua atuação dentro do ambiente hospitalar (JORGE et al., 2020).

Como caracteriza Silva et al., (2017)

A odontologia hospitalar é a prática de atividades que contribuem com a melhora da saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos hospitalizados, os quais apresentam grandes riscos de contração de doenças infecciosas e pulmonares, que, além de prejudicar a saúde bucal, podem acometer outros órgãos e sistemas, agravando o quadro clínico e estendendo a sua estadia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Assim, a presença do cirurgião dentista dentro da equipe multidisciplinar visa melhorar efetivamente o quadro de saúde geral dos pacientes.

Como descrito por Amaral et al., (2018) a higiene bucal de pacientes hospitalizados é retratada como precária devido à deficiência do paciente, motivação de pessoas próximas, falta de material de higiene bucal e principalmente a desvalorização do CD na equipe multidisciplinar. Segundo a autora, a implementação de protocolos preventivos para preservar a saúde bucal é crucial para minimizar problemas gerais de saúde e o período de hospitalização do paciente. A utilização de métodos químicos (anti-sépticos) e mecânicos (escovação) para o controle do biofilme desempenha um papel significativo na diminuição dos níveis microbianos, diminuindo assim o risco de aspiração de microrganismos e o desenvolvimento de pneumonia em pacientes gravemente enfermos. A odontologia hospitalar age na melhoria da saúde integral do paciente. O autor mostra que 63,1% dos indivíduos avaliados apresentaram má higiene bucal, 44,7% dos indivíduos apresentaram sangramento gengival após a realização do procedimento de sondagem (sangramento induzido) e 17,5% dos indivíduos apresentaram sangramento gengival com sangramento espontâneo. Portanto, a condição de saúde e higiene bucal dos pacientes foi avaliada como inadequada. A grande maioria dos pacientes considerou a assistência odontológica em hospitais como sendo de grande importância.

Conforme diz Marín et al., (2017), a presença de cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar ainda permanece em seus estágios iniciais devido a escassez de informações entre os profissionais de saúde sobre a implementação dos CD nas práticas hospitalares, em segundo lugar, eles demonstram uma abordagem cautelosa

para enfrentar as complexidades das rotinas hospitalares, que superam as exigências de um consultório odontológico típico.

Segundo os autores Marín et al., (2017), as discussões acerca da necessidade de integrá-los nas equipes multiprofissionais do ambiente hospitalar têm sido amplamente fundamentadas em duas correntes principais de evidências clínicas: a possibilidade do paciente apresentar bactérias gram-negativas na cavidade oral devido à presença de doença periodontal e cárie extensa, o que pode desencadear diversas complicações sistêmicas e as condições gerais de saúde do paciente influenciarem diretamente em seu estado bucal durante o período de internação. De acordo com os autores, a necessidade e a importância da odontologia hospitalar na fase atual das discussões, é inquestionável e o estudo contribui para divulgar a visão dos profissionais da odontologia sobre o tema e incentivar a expansão dessas discussões em diferentes espaços e com diferentes assuntos.

2.2 HOSPITAIS COM E SEM A PRESENÇA DE CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI

Segundo Costa et al., (2013), por meio da regulamentação das especialidades de cirurgia bucomaxilofacial em 1975 e de estomatologia em 1992, pelo Conselho Federal de Odontologia, a odontologia no Brasil, amplamente reconhecida pela maioria da população como uma profissão de natureza individual, alcançou um marco significativo ao se integrar de forma definitiva no tratamento multidisciplinar de pacientes. No entanto, ao longo do tempo, a prática odontológica nesse contexto foi progressivamente vinculada a procedimentos cirúrgicos de alta e média complexidade. O autor relata:

Diversas pesquisas têm demonstrado sua importância na melhora da condição sistêmica do paciente, na redução de infecções oportunistas, diminuição dos índices de morbidade e mortalidade, bem como na viabilização da redução significativa de custos ao sistema de saúde público e privado.

Diante da crescente demanda por esse tipo de atendimento, o Governo do Estado de São Paulo instituiu em 2012, no programa "Sorria Mais São Paulo" a abordagem conhecida como "Odontologia Hospitalar", na qual engloba um conjunto de intervenções preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal,

realizadas em ambiente hospitalar de acordo com a missão da instituição e integradas ao contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Contudo, conforme a Secretaria Estadual de Saúde, o profissional indicado para trabalhar nesse contexto deve ser um Cirurgião-Dentista com formação abrangente, especializado em atendimento a pacientes especiais e/ou com comprovada experiência em ambientes hospitalares (COSTA et al., 2013).

Albuquerque et al., (2016) analisaram a presença do cirurgião-dentista em hospitais públicos e privados do Estado do Rio de Janeiro através de um questionário semiestruturado entregue aos profissionais responsáveis pelos cuidados da saúde. Os resultados da pesquisa evidenciaram que em todos os hospitais avaliados não havia um cirurgião-dentista integrado à equipe multidisciplinar das UTIs bucal. Em 72,70% das unidades, o enfermeiro era o profissional da saúde encarregado dos cuidados de higiene bucal para os pacientes internados. Essa prática era conduzida em 45,50% das unidades, realizada duas vezes ao dia, e supervisionada por um profissional não especializado. Aproximadamente 81,82% dos profissionais afirmam ter recebido alguma forma de orientação, embora esta não tenha sido providenciada por um especialista em Odontologia. É basilar que se destaque que, a presença desse profissional no ambiente hospitalar não demanda uma cobertura de 24 horas. Todavia, necessita-se de uma participação ativa e diária, identificando possíveis infecções bucais e orientando a equipe de enfermagem sobre os procedimentos adequados de higiene oral.

Os autores relatam que a maioria dos pacientes exibia problemas bucais, tais como mau-hálito, cáries, gengivite e tártaro e não havia um profissional qualificado designado para tratar essas condições em nenhuma das unidades, resultando na ausência de tratamento específico para as doenças bucais em 100% dos casos. De acordo com os autores, a presença do CD ainda não é concreta nesses hospitais, o que acaba dificultando o correto tratamento de distúrbios bucais contribuindo para o surgimento e/ou agravamento de doenças sistêmicas (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Segundo Ferreira et al., (2017), o CD possui duas frentes dentre suas responsabilidades no centro de terapia intensiva para com seus pacientes: a concepção e a efetivação de quais cuidados bucais devem fazer parte da rotina

hospitalar. Neste sentido, a equipe de enfermagem deve receber treinamento e estar apta a realizar os procedimentos de saúde bucal. Portanto, fica na incumbência do CD tanto a preparação deste treinamento quanto o auxílio dos procedimentos para manter o controle de qualidade cada vez mais rígido. No entanto, é notório na pesquisa dos autores que esses profissionais adquirem seus conhecimentos de maneira empírica, visto que não recebem formação e treinamento específicos durante seus cursos de habilitação.

Contudo, os autores mostram que se torna crucial contar com a presença de um cirurgião-dentista nas UTIs para implementar as iniciativas educacionais e técnicas conforme as diretrizes referentes à higiene bucal, pois os pacientes admitidos na UTI frequentemente apresentam comprometimento na saúde bucal devido à falta de supervisão e colaboração interprofissional entre Odontologia e Enfermagem. Nesse contexto, uma das responsabilidades do cirurgião-dentista na UTI é supervisionar e orientar devidamente os técnicos de enfermagem na realização de uma higiene bucal satisfatória e eficaz. Os autores salientam que a atenção dada à rotina de cuidados bucais nas UTIs permanece reduzida por não ser uma prioridade no ambiente, o que torna improvável que a higienização seja realizada de maneira adequada durante a internação, especialmente nas primeiras 48 a 72 horas, onde ocorre a colonização por microrganismos gram-negativos, especialmente em pacientes intubados sob ventilação mecânica (FERREIRA et al. 2017).

Através da Resolução CFO 162/2015, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) oficializou o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista e a importância da capacitação para habilitar o profissional a oferecer esses serviços no contexto hospitalar no Brasil. Diante disso, é fundamental integrar o cirurgião dentista à equipe interdisciplinar das UTIs, uma vez que essa colaboração é essencial para o desenvolvimento eficaz de atividades cotidianas, como a incorporação da higiene bucal na rotina diária. Já é bem estabelecido que essa prática desempenha um papel significativo na prevenção de complicações e infecções hospitalares, garantindo a manutenção de uma condição bucal apropriada, com o objetivo de reduzir a gravidade da condição de saúde do paciente, o tempo de internação e o custo do tratamento (FERREIRA et al. 2017).

2.3 PAPEL DO DENTISTA NO AMBIENTE HOSPITALAR NO BRASIL RELACIONADO AO MENOR ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Com base nos estudos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP), a atuação do Cirurgião-Dentista em UTIs pode diminuir em até 60% as probabilidades de ocorrência de infecções respiratórias em pacientes hospitalizados. Segundo o presidente da Comissão de Odontologia Hospitalar do CFO, Keller De Martini:

Podemos destacar os cuidados de higiene oral com a inserção de um protocolo de higiene bucal com clorexidina 0,12% que, aplicado aos pacientes diariamente, podem reduzir as bactérias que causam infecções respiratórias hospitalares e que, muitas vezes, migram para os pulmões a partir da cavidade bucal. (CFO, 2023)

Conforme o manual de odontologia hospitalar, as atribuições do cirurgião-dentista intensivista são: (Quadro 1)

Quadro 1 – Atribuições do cirurgião-dentista intensivista

1. Identificar a doença primária e verificar o estado geral do paciente para estabelecer o protocolo odontológico.
2. Diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam colaborar para manutenção ou piora de desordens sistêmicas graves.
3. Adequação do meio bucal, removendo focos de infecções.
4. Diagnóstico e tratamento de lesões bucais e auxílio no tratamento de manifestações bucais oriundas de doenças sistêmicas.
5. Determinar a condição de saúde bucal no momento da internação (presença de lesões cáries e nível de doença periodontal).
6. Controle de biofilme.
7. Realizar o diagnóstico e o tratamento de infecções odontogênicas.
8. Tratamento/remoção de fatores de retenção de placa que apresentem potencial de infecção, como raízes residuais, lesões de cárie abertas, restaurações e dentes fraturados que apresentem bordas cortantes, dentes com mobilidade acentuada, aparelhos ortodônticos fixos e próteses fixas e removíveis totais ou parciais insatisfatórias;
9. Laserterapia em lesões de tecidos moles e duros da cavidade oral.
10. Exodontia em casos de abscessos intra ósseos de origem endodôntica.
11. Drenagem de abscesso, através de incisão em ponto de flutuação.
12. Moldagem e confecção de placas interoclusais para a proteção de dentes e mucosas.
13. Realização de citologia esfoliativa/ biópsias.
14. Capacitação e supervisão de equipes auxiliares para manutenção da saúde oral em pacientes internados motivando a higienização bucal com métodos mecânicos (escovação dentária, lingual e uso adequado do fio dental).
15. Indicar técnicas especiais de profilaxia dentária e periodontal.
16. Indicar e orientar o uso correto de enxaguatórios para remoção de biofilme microbiano e umidificação das mucosas com saliva artificial, se necessário.
17. Realizar constante inspeção da boca e estruturas associadas.
18. Elaboração de protocolos do tipo Procedimento Operacional Padrão (POP).
19. Proporcionar conforto e assistência ao paciente.

Fonte: Ticianel et al (2020)

Visto do prisma de Aranega et al. (2012), a maioria da população associa a Odontologia Hospitalar principalmente a intervenções cirúrgicas de grande porte, desconhecendo procedimentos adicionais, como a capacitação e supervisão de pacientes internados, a manutenção da saúde bucal e a promoção de hábitos de higiene. Nesse viés, os autores realçam a existência de um preconceito em relação à prática odontológica no ambiente hospitalar, no qual cria obstáculos para o atendimento completo do paciente, resultando na limitação da atuação dos cirurgiões-dentistas em consultórios e postos de saúde pública e relatam ser crucial superar esse pensamento, considerando que, além das intervenções cirúrgicas, outros procedimentos odontológicos devem ser realizados nos hospitais.

Muitos profissionais de saúde carecem de informações sobre a relevância da presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar sendo que a figura do CD na monitorização do paciente internado é essencial, desempenhando um papel fundamental na avaliação da saúde oral para o atendimento integral do paciente. Manifestações na cavidade oral podem estar associadas a condições sistêmicas, como doenças respiratórias, diabetes, uso de medicamentos como bisfosfonatos e AIDS. Da mesma forma, enfermidades sistêmicas podem originar-se de condições orais, como na doença periodontal, devido à diversidade de espécies bacterianas presentes no biofilme (ARANEGA et al. 2012).

Não obstante, por certos níveis da sociedade condenarem a presença do CD por julgá-lo dispensável, o Estado Brasileiro ainda pena em conseguir reunir artifícios para promover a entrada de novos profissionais com este tipo de especialização, bem como sofre em manter aqueles que já ocupam esta função. Não muito distante da nossa contemporaneidade, em 2013, o congresso ainda estava discutindo este tema. Deste modo, temos no Brasil uma situação calamitosa neste sentido. Passamos um longo período sem a obrigatoriedade do CD nas utis, portanto ainda temos uma grande parte da população com o desconhecimento da sua importância o que acarreta numa fraca mobilização popular, apesar das conquistas adquiridas até agora.

Voltando-nos para a face social do problema da pesquisa, é notório que o atendimento dos hospitais públicos é majoritariamente voltado para o espectro mais

carente da população. Dentro deste âmbito, “é esperado que haja demanda de necessidades odontológicas acumuladas” (ROCHA et al. 2014) visto que tanto a média de renda quanto o nível de escolaridade tendem a ser baixos. Os cuidados com os pacientes do SUS possuem as suas próprias particularidades vistos que denotam de uma camada social mais desprivilegiada, o contato dos pacientes com o cirurgião dentista nestes casos que estão mais agravados permite a prevenção das complicações respiratórias e diminui a incidência de doenças e infecções como também a taxa de mortalidade. Portanto acaba gerando para o hospital uma economia em tratamentos, dispêndios de equipe, custos de remédios e energia de uma maneira geral para os pacientes que possuam o acompanhamento do cirurgião dentista.

2.4 PATOLOGIAS BUCAIS MAIS COMUNS NAS UTIS

As principais doenças bucais acometidas pelo paciente intubado são as de origem local que envolve má higiene bucal, quantidade e qualidade de saliva presente, qualidade de próteses e restaurações inadequadas como por exemplo trismo, úlceras traumáticas, cárie, doença periodontal e hipossialia e sistêmicas que dizem respeito à nutrição do paciente, câncer, regime de tratamento, imunidade, uso de medicamentos, imunossupressão e predisposição genética, entre elas estão candidíase oral, herpes oral, pneumonia nosocomial (OLIVEIRA, 2022).

Através de revisões de literatura, Batista et al., (2022) analisaram a atuação do Cirurgião Dentista na prevenção de doenças infecciosas no âmbito hospitalar envolvendo bactérias, arqueas, fungos, vírus e protozoários. Os autores relatam que a falta de higiene bucal adequada em pacientes da UTI transforma o biofilme (microrganismos ligados com proteoglicanos e glicoproteínas) em um ambiente favorável para microrganismos, o qual intensifica infecções nos tecidos periodontais e em outras partes do corpo, como pneumonia por aspiração, conseqüentemente elevando as taxas de mortalidades e custos hospitalares.

Conceitua Batista et al., (2022)

Classifica-se a pneumonia em pneumonia adquirida na comunidade ou pneumonia nosocomial, aquela desenvolvida após 48h de internação hospitalar não estando presente ou incubada no paciente no momento do ingresso ao hospital, mais decorrente a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), responsável pela alta taxa de morbidade, morbimortalidade e aumento

do tempo de internação, favorecida ou agravada com a higienização bucal negligenciada durante o período de internação dos pacientes.

Do ponto de vista de Batista et al., (2022), a cárie é uma das manifestações orais observadas em pacientes hospitalizados e trata-se de uma condição crônica e multifatorial, que envolve um desequilíbrio de pH bucal menor que 5,5 e a hipossalivação, resultando no surgimento da doença. Alguns pacientes já podem apresentar a doença antes da internação ou desenvolvê-la durante o período hospitalar. Em síntese, a negligência na higiene bucal de pacientes em cuidados intensivos cria um ambiente favorável para microrganismos no biofilme, resultando na intensificação das infecções nos tecidos periodontais e aumentando o risco de infecções, incluindo a pneumonia induzida por aspiração como citado anteriormente.

Além da cárie, a doença periodontal também é comum entre os pacientes acamados, sendo uma das principais causadoras da infecção hospitalar. Ela possui origem infecciosa, resultante da interação entre o biofilme e o tecido periodontal e desencadeando respostas celulares e vasculares iniciadas e agravadas por eventos imunopatológicos e inflamatórios. Esses processos estão interligados a fatores locais, sistêmicos, ambientais e genéticos, sendo diretamente relacionada a doenças sistêmicas representando uma ameaça à vida do paciente.

Conjuntamente, os autores discorrem sobre os fungos *C. albicans*, *Candida glabrata* e *Candida tropicalis* do gênero *Cândida* que vivem habitualmente na microbiota oral mas se manifesta como a doença “Candidíase” após uma fragilidade imunológica do paciente junto à terapia medicamentosa, baixo pH/fluxo salivar e desidratação da mucosa, sendo necessário a prescrição de antifúngicos tópicos em casos leves e intravenoso para casos sistêmicos graves ou resistência a azóis.

Lima et al., (2016) revisam a literatura sobre os principais agravos na saúde do paciente internado. Os autores expõem alterações orais mais comuns nas UTIs como trismo, úlceras traumáticas, mucosite, hipossalivação, herpes oral, candidose, líquen plano, endocardite bacteriana e pneumonia. O trismo consiste em uma restrição da abertura da boca por espasmos e contrações musculares, ocorrendo com maior frequência em pacientes que ficam internados com a boca aberta por períodos prolongados. Recorre-se ao uso de relaxantes musculares, placas de proteção,

miorrelaxantes e fisioterapia para a melhora do quadro do paciente. Para as ulcerações nos tecidos moles e necrose superficial é ideal a realização de irrigação com soro fisiológico nas feridas para suprir o ressecamento e cicatrizar as feridas causadas pela intubação.

A herpes oral é a infecção causada por vírus mais comum e o tratamento pode envolver o uso de Aciclovir, seja na forma tópica ou sistêmica, além da possibilidade de aplicação de laser em baixa intensidade, dependendo da condição imunológica do paciente e da extensão da lesão (LIMA et al., 2016).

A endocardite infecciosa é uma infecção que afeta as válvulas cardíacas ou os tecidos endoteliais do coração, causada pela entrada de microrganismos na corrente sanguínea. Pode se manifestar de maneira subaguda, muitas vezes durante procedimentos odontológicos em pacientes de risco, que possuem condições predisponentes para o desenvolvimento dessa condição sendo crucial uma anamnese detalhada. O tratamento envolve a administração de antibioticoterapia por um período de até seis semanas, podendo ser necessária a intervenções cirúrgicas (LIMA et al., 2016).

A mucosite oral acomete pacientes que estão submetidos a quimioterapia e radioterapia na região de cabeça e pescoço surgindo como uma inflamação aguda nos tecidos, irritação, dor, eritema e, quando severa, por lesões ulcerativas e limitando a qualidade de vida do paciente dificultando funções básicas como a alimentação, deglutição e fonação. Atualmente, o tratamento para a mucosite oral ainda é predominantemente paliativo, porém, pesquisas recentes têm indicado os benefícios da aplicação da fototerapia com laser em baixa intensidade tanto no tratamento dessas lesões quanto no gerenciamento da dor associada (CAMPOS et al., 2013).

Dessa forma, existem muitas patologias orais que podem acometer o internado na UTI trazendo agravos para seu quadro clínico atual, portanto, os cuidados odontológicos do CD para com os pacientes são de extrema importância na promoção de qualidade de vida dos acamados.

2.5 CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

Os pacientes internados em UTIs exigem uma atenção redobrada aos cuidados bucais, pois além de seu quadro clínico já apresentar-se debilitado, a utilização de fármacos e a própria ventilação mecânica abre portas à infecções hospitalares de modo geral e principalmente à pneumonia nosocomial (PN). (BATISTA et al., 2014).

Os microrganismos que se estabelecem nas superfícies da cavidade bucal têm a capacidade de se espalhar para outras partes do corpo durante os procedimentos hospitalares comuns na UTI, como a intubação para ventilação mecânica. Esse processo pode transportar bactérias da cavidade bucal e da orofaringe para os pulmões, aumentando o risco de pneumonia nosocomial, conseqüentemente, prolongando o tempo de internação dos pacientes, o que pode aumentar os custos do tratamento ou, em casos mais graves, levar ao óbito (AMARAL et al., 2013).

Na opinião de Amaral et al., (2013) é essencial manter um controle rigoroso da higiene bucal em pacientes admitidos em UTI com o objetivo de regular o desenvolvimento e a formação de um biofilme patogênico nos diversos locais da cavidade bucal, incluindo dentes, mucosa de revestimento, língua e os dispositivos protéticos fixos.

Dentre os protocolos de higienização da cavidade bucal descritos na literatura é recomendada a remoção química e mecânica do biofilme, tanto em indivíduos dentados como desdentados e também em aparelhos protéticos, uma vez que o método mecânico associado ao químico é mais eficaz quando comparado com métodos apenas químicos (soluções bactericida e/ou bacteriostática)

Segundo Vilela et al., (2015), as infecções adquiridas no ambiente hospitalar representam uma das principais razões para a mortalidade de pacientes gravemente enfermos que estão sob cuidados intensivos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Por sua vez, de acordo com os autores, a utilização da higienização mecânica com escova de dente atrapalha no controle de biofilme e possíveis infecções pelo fato de espalhar as bactérias no meio bucal. A higienização e controle do biofilme é mais eficaz quando exercido apenas com clorexidina 0,12% sem o deslocamento do biofilme dental para as secreções subglóticas do pulmão, além da solução não agredir a mucosa bucal e apresentar melhores resultados no combate da pneumonia nosocomial (PN).

Silva et al., (2021) salienta que a frequência da higiene bucal no ambiente hospitalar é determinada com base nas necessidades específicas de cada paciente, e essa determinação deve ser feita pelo dentista. No entanto, o Procedimento Operacional Padrão (POP) atual endossado pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva e pelo Colégio Brasileiro de Odontologia Intensiva Hospitalar recomenda a realização de higiene bucal com uma solução aquosa de gluconato de clorexidina (0,12% ou 0,2%) a cada 12 horas, aproveitando seu efeito de substantividade. A higiene oral também pode ser realizada usando água destilada estéril ou água filtrada em intervalos apropriados de acordo com requisitos individuais e prescrição.

Contudo, afirma os autores que é indicado para os pacientes em ventilação mecânica (com nível de consciência reduzido), a aplicação de uma gaze enrolada ao redor do dedo ou um cotonete bucal umedecido com solução de clorexidina por um minuto, duas vezes ao dia na região da mucosa, língua e dentes na direção pósterio anterior.

3 DISCUSSÃO

Em 2008, foi criado na Câmara o Projeto de Lei N° 2776/2008, apresentado pelo Deputado Neilton Mulim (RJ), que visava responsabilizar os hospitais pela presença integral do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares. O objetivo desta PL é trazer saúde para todo o sistema estomatognático dos pacientes internados e prevenir patologias orais que agravam o quadro clínico sistêmico deles. Nesse sentido, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou a PL em 18 de abril de 2012, porém antes de ser julgada pela Comissão de Constituição e Justiça, antes de seguir para o Senado e foi vetada e arquivada totalmente (Brasil, 2008; Brasil, 2012). “Não há um prazo específico para o PL se tornar lei. Depende, principalmente, do trâmite dentro da Casa Legislativa, porém estamos confiantes pela receptividade demonstrada”, afirma Mulim (ASSIS, 2012, p. 75).

Dia 29 de maio de 2013, o PL n° 2776/2008 já teria passado por atualizações e emendas, foi remetida à sanção, aprovada pelo Senado e encerrada com veto total em Junho de 2019 pelo ex-presidente Jair Messias Bolsonaro (BRASIL, 2008; BRASIL, 2019).

Dia 13 de maio de 2021, o Conselho Federal de Odontologia (CFO), conduz novo Projeto de Lei N° 883/2019 para aprovação. A lei, após sancionada, tem como objetivo obrigar que hospitais tenham profissionais de Odontologia em seus quadros para cuidar da manutenção da saúde bucal de pacientes internados. Os benefícios citados pelo diretor do Departamento de Odontologia Hospitalar da APCD Keller de Martini são:

Redução do tempo de internação dos pacientes e dos custos hospitalares como, por exemplo, diminuição de uso de antibióticos caríssimos, hora, atividade e rotatividade do leito, diminuição de uso de imagens, diminuição de pneumonia nosocomial e pneumonia dentro das UTIs, principalmente, diminuição do risco de endocardite bacteriana, e diagnóstico precoce de doenças graves que podem trazer agravo para o paciente. De uma maneira geral, a colocação do Cirurgião-Dentista dentro do hospital ajuda na redução de foco infecção e a desospitalização do paciente (BRASIL, 2019)

Hoje, em 2023, a tramitação do PL 883/2019 está parada e aguardando ser sancionada e aprovada (Figura 1).

Figura 1- projeto de lei



Fonte: elaborado pela autora

Em sua pesquisa, Jorge et al., (2020) dissertam sobre a lacuna existente entre os cirurgiões dentistas e a presença do mesmo em ambiente hospitalar relacionado ao processo legislativo envolvendo a obrigatoriedade do CD que ainda não foi aprovado. Relatam a importância e a necessidade de integração deste profissional na área para melhorar na qualidade de vida do paciente dentro do ambiente hospitalar e a grande trajetória que a odontologia hospitalar vem trilhando desde o século XIX.

Nesse contexto, Amaral et al., (2018) avaliaram em seu estudo a saúde bucal e as necessidades odontológicas de pacientes hospitalizados, destacou a importância da presença da Odontologia nesse ambiente e notou que a qualidade da saúde bucal dos pacientes não estava adequada. Após avaliar 103 pacientes hospitalizados, por meio do índice CPO-D constatou-se que a maioria necessitava de procedimentos de alto nível de invasão e que consideravam crucial a assistência odontológica nos hospitais

Apesar da academia apresentar uma malha espessa de estudos contundentes sobre a importância, a eficácia, e a necessidade do cirurgião dentista na configuração da equipe hospitalar especializada no atendimento aos pacientes internados nas

unidades de tratamento intensivo desde 2004, São Paulo só pode apresentar a sua população um programa que assistisse alguma abordagem odontológica a partir de 2012 com o programa “Sorria Mais São Paulo”. Ainda que o programa apresentasse a lacuna da obrigatoriedade do tema deste estudo, a presença do CD nas UTI's, ele contribuía com novos mecanismos e ações para melhorar a saúde bucal da população de São Paulo, focando na população mais precarizada de São Paulo, o que, definitivamente, interveio de maneira positiva a condição dos pacientes a serem intubados. (COSTA et al., 2013)

Concomitantemente, Albuquerque et al. (2016) observaram que em todos os hospitais pesquisados não havia a presença de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das UTIs. Além disso, em 72,70% das unidades, o enfermeiro era designado para realizar os procedimentos de higiene bucal nos pacientes internados, tendo assim, uma dificuldade de um correto tratamento de desordens bucais pela ausência de um tratamento específico, podendo contribuir para o surgimento e/ou agravamento de doenças sistêmicas.

Nesta perspectiva, Aranega et al. (2012) elucidam um pouco mais o status das Unidades de Tratamento Intensivo do Brasil, no quesito da abordagem odontológica. Além da questão social das UTIs exposta acima, dos hospitais públicos serem preenchidos por uma população que já carrega doenças pela falta de cuidado com a saúde bucal, a orientação do CD e o papel que ele adquire é de suma importância para a monitorização, avaliação e atendimento integral do paciente controlando enfermidades sistêmicas que podem originar-se de condições orais.

Rocha et al. 2014 analisaram a contribuição da Odontologia em equipes multiprofissionais no ambiente hospitalar, utilizando como base a demanda por avaliação odontológica em um hospital de Belo Horizonte e concluiu que ao longo de dois anos, houve um aumento nas solicitações por avaliações odontológicas, embora esse crescimento tenha sido bastante modesto em comparação com o número total de internações no mesmo período. A expansão na procura por serviços do cirurgião-dentista pode indicar o reconhecimento da necessidade de sua integração à equipe hospitalar, mesmo que a compreensão da noção de equipe multiprofissional ainda não esteja completamente clara.

No contexto discutido, surge a razão fundamental da relevância do Cirurgião-Dentista (CD) nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), conforme revisado por Batista et al. (2022) na literatura, que se diz respeito sobre a prevenção de doenças infecciosas no ambiente hospitalar como por exemplo o biofilme, a cárie, a doença periodontal e a candidíase. De acordo com os autores, o cirurgião-dentista está se aprimorando e adquirindo habilidades específicas para realizar intervenções reabilitadoras em pacientes hospitalizados, com o objetivo de reduzir potenciais focos de infecção no ambiente bucal.

Juntamente, Lima et al., (2016) destacam outras patologias comuns adquiridas pelos pacientes internados como trismo, úlceras traumáticas, mucosite, hipossalivação, herpes oral, candidose, líquen plano, endocardite bacteriana e pneumonia e pode-se inferir que a participação do cirurgião-dentista nos hospitais engloba a realização de ações significativas, proporcionando um acompanhamento qualificado nas práticas voltadas para os cuidados relacionados às alterações bucais, resultando em melhorias no quadro sistêmico.

Quando se trata de aprimorar a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados, os cuidados odontológicos se destacam como cruciais. Isso ocorre porque, além de o estado clínico dos pacientes já estar fragilizado, o uso de medicamentos e a ventilação mecânica criam condições propícias para infecções hospitalares em geral, com ênfase na pneumonia nosocomial (BATISTA et al., 2014).

Portanto, em sua revisão bibliográfica, Amaral et al., 2013 propõe um protocolo de higienização que se dá pela remoção química e mecânica do biofilme, pois de acordo com os autores, o método químico associado ao mecânico é mais eficaz.

Em contrapartida, para Vilela et al., (2015), a utilização do método mecânico com o químico atrapalha no controle de biofilme pois a escova de dente acaba propagando e conduzindo ao pulmão essas bactérias. Além disso, os autores afirmam que quando exercida com clorexidina a 0,12% (antisséptico químico com ação antibacteriana contra bactérias gram positivas e gram negativas) a higienização se torna mais eficiente, sem deslocamento do biofilme e não agredindo a mucosa do paciente.

No entanto, segundo Silva et al. (2021), as diretrizes do Procedimento Operacional Padrão (POP), respaldadas pela Associação Brasileira de Medicina

Intensiva e pelo Colégio Brasileiro de Odontologia Intensiva Hospitalar, preconizam a prática da higiene bucal utilizando uma solução aquosa de gluconato de clorexidina (0,12% ou 0,2%) a cada 12 horas ou também água destilada estéril ou água filtrada em intervalos apropriados de acordo com requisitos individuais e prescrição. Do ponto de vista de pacientes em ventilação mecânica e nível de consciência reduzido a recomendação é a aplicação de uma gaze enrolada ao redor do dedo ou um cotonete bucal umedecido com solução de clorexidina por um minuto, duas vezes ao dia na região da mucosa, língua e dentes na direção pósterio anterior.

Dessa maneira, a contribuição deste trabalho para a literatura é que através dessa revisão foi possível realizar uma atualização sobre um tema tão importante em nossa sociedade apresentado as informações mais relevantes publicadas sobre ele.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho realizou uma revisão de literatura sobre o papel do cirurgião-dentista (CD) nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) no Brasil. A partir dos estudos foi possível observar que no cenário atual, a conscientização sobre a importância da odontologia no ambiente hospitalar e principalmente nas UTIs está em ascensão, levando a uma integração mais efetiva das equipes de saúde bucal nas unidades de cuidados intensivos. Neste sentido, a colaboração interdisciplinar entre cirurgiões-dentistas, médicos intensivistas, enfermeiros e demais profissionais de saúde é fundamental para garantir uma abordagem abrangente e eficaz no cuidado integral ao paciente internado. Dessa forma, podemos nos encaminhar para a conclusão de que o cirurgião-dentista desempenha um papel crucial na UTI, sendo responsável pela prevenção e tratamento de condições bucais ele contribui assim, para a saúde geral dos pacientes, tanto promoção da higiene bucal como na redução do risco de infecções associadas à ventilação mecânica.

Constatou-se um reconhecimento cada vez mais pujante da importância da odontologia neste ambiente tão delicado, resultando em uma colaboração mais estreita entre as equipes de saúde para proporcionar um atendimento mais abrangente e integrado. Apesar da gravidade do assunto e a necessidade do profissional estar presente neste campo de atuação, desafios como a aprovação do Projeto de Lei N° 2776/2008 sobre a obrigatoriedade do CD nas UTIs ainda impede o avanço dos tratamentos nos hospitais.

REFERÊNCIAS

- AMARAL, C do et al. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas, v. 67, n. 2, p. 107-111, 2013. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762013000200004&script=sci_abstract. Acesso em: 14 out. 2023.
- ALBUQUERQUE, D. M. S. et al. “A importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo”. Revista Fluminense de Odontologia, julho de 2016. DOI.org (Crossref), Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/30481>. Acesso em 26 set. 2023.
- ARANEGA, A. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Revista Brasileira de Odontologia, v. 69, n. 1, p. 90, 2012. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/269>. Acesso em: 20 set. 2023.
- ASSIS, C . Atendimento odontológico nas UTIs Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 72-5, jan./jun. 2012. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/375>. Acesso em: 25 set. 2023.
- BATISTA G. C. et al. A importância da odontologia hospitalar e as principais manifestações orais infecciosas em unidades de terapia intensiva. JNT- Facit Business and Technology Journal. Qualis B1. Fluxo Contínuo. Maio/2022. Ed. 36. V. 2. Págs. 308-319. Disponível em: <https://jnt1.websiteseuro.com/index.php/JNT/article/view/1576>. Acesso em: 12 out. 2023.
- BATISTA, Simone Alves et al. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 2, p. 156, 2014. Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/561/430>. Acesso em: 20 set. 2023.
- BRASIL. Projeto de Lei no 2776/2008. Dispõe sobre. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008.
- CALAZANS, M. Bolsonaro veta projeto que garante assistência odontológica a 1pacientes em regime de internação hospitalar. CFO, 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/bolsonaro-veta-projeto-que-garante-assistencia-odontologica-a-pacientes-em-regime-de-internacao-hospitalar/>. Acesso em: 31 ago.de 2023.
- CAMPOS, L. et al. Laserterapia no tratamento da mucosite oral induzida por quimioterapia: relato de caso. Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas, São Paulo, v. 67, n. 2, p. 102-106, 2013. Disponível em:

http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762013000200003&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em: 31 ago. 2023.

COSTA, A. C. O. et al. A odontologia hospitalar no serviço público de São Paulo. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*, São Paulo, v. 67, n. 4, p. 306-313, 2013. Disponível em: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130282268604186624>. Acesso em: 14 set. 2023.

CFO, Assessoria de Comunicacao do. “Odontologia Hospitalar: presença do Cirurgião-Dentista nas UTIs reduz em até 60% as chances de infecção respiratória em pacientes internados”. CFO, 13 de janeiro de 2023, Disponível em: <https://www.eacademica.org/eacademica/article/view/468>. Acesso em: 31 ago. 2023.

Ferreira, J. A. et al, “A relevância do cirurgião-dentista na UTI: educação, prevenção e mínima intervenção”. *Revista Ciências e Odontologia*, vol. 1, no 1, junho de 2017, p. 18–23. revistas.icesp.br, <http://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/136>.

JORGE, W. A. et al. Odontologia Hospitalar: passado, presente e futuro. Fundação Faculdade de Odontologia, Butantã, mar. 2020. Disponível em: <https://repositorio.unisagrado.edu.br/handle/handle/1126>. Acesso em: 14 set. 2023.

LIMA, L. T. et al. Odontologia Hospitalar: competência do cirurgião-dentista. *Revista Uningá Review*, [s.l.], v. 28, n. 3, dez. 2016. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1880>. Acesso em: 23 set. 2023.

Marín. C et al. “Percepção dos cirurgiões-dentistas sobre odontologia hospitalar”. *Revista Brasileira de Odontologia*, vol. 74, no 1, março de 2017, p. 14. DOI.org (Crossref), Disponível em: <https://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/808>. Acesso em: 22 set. 2023.

OLIVIEIRA, M. M. Panorama geral da odontologia no Brasil. 2022. 34f. Trabalho de Conclusão de curso (Bacharel em odontologia) – Centro Universitário Sagrado coração, Bauru, 2022. Disponível em: <https://repositorio.unisagrado.edu.br/handle/handle/1126>. Acesso em: 25 set. 2023.

PANTANO, M. Senado torna obrigatória presença de cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar. APCD, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unisagrado.edu.br/handle/handle/1126> . Acesso em: 31 ago. 2023.

ROCHA, A. L. et al. “Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária”. *Arquivos em Odontologia*, vol. 50, no 4, junho de 2016. DOI.org (Crossref), Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/3656>. Acesso em: 26 set. 2023.

SAMPAIO, Tuane Bazanella Metodologia da pesquisa. Santa Maria, RS : UFSM, CTE, UAB, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/26138>. Acesso em: 31 ago. 2023.

SILVA, Isabelle Oliveira et al. A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. Rev Méd Minas Gerais, v. 27, p. e-1888, 2017.

SILVA, I. V. D. et al. The role of dentistry in the hospital environment: the oral microbiota control as secondary infections prevention, revista científica do CRO-RJ (Rio de Janeiro Dental Journal) v.6, n.2, May - August, 2021. Disponível em: <https://cro-rj.org.br/revcientifica/index.php/revista/article/view/196>. Acesso em: 25 set. 2023.

TICIANEL, Ana Karina (org). Manual de Odontologia Hospitalar. Mato Grosso: Cromt, 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/manual-odontologia-hospitalar.pdf> . Acesso em: 20 set. 2023.

TOLEDO, G.B.; CRUZ, I. A importância da higiene oral em Unidade de Terapia Intensiva como meio de prevenção de infecção nosocomial - Revisão Sistematizada da Literatura. Journal of Specialized Nursing Care, v.2, n.1, 2009. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA366082984&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&inkaccess=abs&issn=19834152&p=IFME&sw=w>. Acesso em: 12 set. 2023.

VILELA, M. C. N. et al. “Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review”. Einstein (São Paulo), vol. 13, no 2, maio de 2015, p. 290–96. DOI.org Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW2980>. Acesso em: 12 set. 2023.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citadas as fontes.

Ana Clara de Araújo Silva

Taubaté, 07 de dezembro de 2023.