



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GIOVANNA CILIÃO ADAMCZIK

**CUIDADO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE INTERNADO
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Londrina

2016

GIOVANNA CILIÃO ADAMCZIK

**CUIDADO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE INTERNADO
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Ademar Takahama Junior

Londrina
2016

GIOVANNA CILIÃO ADAMCZIK

**CUIDADO ODONTOLÓGICO EM PACIENTE INTERNADO EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ademar Takahama Junior
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Profa. Dra. Priscila Paganini Costa
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Londrina, ____ de _____ de ____.

Dedico este trabalho a Deus, que me deu força e sabedoria e igualmente à minha mãe, que não mediu esforços para que eu chegasse até aqui.

*Saber não é tudo. É necessário fazer. E para
bem fazer, homem algum dispensará a calma e
a serenidade, imprescindíveis ao êxito, nem
desdenhará a cooperação, que é a
companheira dileta do amor.*

Emmanuel

ADAMCZIK, Giovanna Cilião. **Cuidado odontológico em paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva**. 2016. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2016.

RESUMO

A unidade de terapia intensiva (UTI) é a área hospitalar que abriga os pacientes graves, que necessitam de atenção especializada e contínua. Em vista disso, o paciente deve estar protegido de qualquer complicação adicional e focos de infecção. Por conta disso, o objetivo deste trabalho é justificar a inclusão da atenção odontológica para pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Sabe-se que a cavidade oral possui uma microbiota muito diversificada, e alguns desses microrganismos, em situações de descompasso da homeostase, podem causar e/ou agravar doenças sistêmicas, como a pneumonia por exemplo. Assim sendo, é imprescindível que a cavidade oral receba atenção adequada de um profissional capacitado, para executar desde prevenção até tratamentos. Diante disso, foram criados procedimentos padrões para serem empregados na cavidade oral em pacientes internados em UTI e um projeto de lei está em tramitação para que a presença do cirurgião-dentista seja obrigatória no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva. Pneumonia. Higiene Bucal. Equipe de Assistência ao Paciente.

ADAMCZIK, Giovanna Cilião. **Odontologic care in patient at Intensive Care Unit.** 2016. 25 p. Final work for the undergraduate degree (Graduation in Dentistry) – State University of Londrina, Londrina, 2016.

ABSTRACT

The intensive care unit (ICU) is the hospital area that houses the serious patients who need specialized and continuous attention. In view of this, the patient should be protected from any additional complications and focus of infection. It is known that the oral cavity has many types of microorganisms in its microbiota and some of them, in situations of homeostasis descompensation, may cause and / or aggravate systemic diseases such as pneumonia. Therefore, it is indispensable that the oral cavity receives adequate attention from a trained professional, to perform since prevention until treatments. In view of this, standard procedures have been developed to be used in the oral cavity in ICU patients and a bill is in progress so that the presence of the dental surgeon be required in the hospital environment.

Key words: Intensive care units. Pneumonia. Oral Hygiene. Patient Care Team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	A UTI.....	10
2.2	A RELAÇÃO DA CAVIDADE ORAL COM PROBLEMAS SISTÊMICOS	11
2.3	PNEUMONIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	12
2.4	CUIDADOS ODONTOLÓGICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	15
2.5	AMPARO LEGAL PARA A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM UTI	19
3	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS.....	22

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é levantar dados que fundamentem a inclusão da atenção em saúde bucal no âmbito hospitalar, mais especificamente em unidade de terapia intensiva.

A Unidade de Terapia Intensiva é a área hospitalar que abriga e oferece os cuidados necessários aos pacientes graves e potencialmente recuperáveis que precisam de atenção de forma contínua. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). O Brasil tem 2.342 Unidades e uma média de 1,3 leitos para 10.000 habitantes, sendo que o ideal é de 1 a 2. (AMIB, 2010).

A pneumonia é uma das principais complicações de pacientes internados em UTIs. Acomete cerca de 5 a 10 pacientes a cada 1000 nos Estados Unidos e representa um quarto das infecções adquiridas na UTI, além de apresentar alto índice de mortalidade. (ARANHA et al., 2009). Segundo Schandert et al. (2010) esse risco de adquirir pneumonia aumenta a cada dia de internação, visto que o paciente recebe terapia antimicrobiana prolongada, e em muitos casos faz uso de intubação orotraqueal. Nessa situação, o tubo anula parte da barreira natural de defesa entre a orofaringe e a traquéia, tornando mais fácil a entrada de microrganismos. (SCHANDERT; GOTO; MEDEIROS, 2010). Os microrganismos orais podem ser os responsáveis pelo desenvolvimento da pneumonia bacteriana aguda, além de agravar outras doenças sistêmicas como aterosclerose, endocardite infecciosa e diabetes melito. (MEALEY; KLOKKEVOLD, 2016).

Um dos mecanismos utilizados para prevenção da pneumonia associada a ventilação mecânica, de acordo com Aranha (2009), é a higiene oral com antissépticos. Na maioria das unidades, esse procedimento é executado por profissionais de enfermagem, que enfrentam várias dificuldades, pois não há um treinamento e um protocolo padrão. (SILVA et al., 2015).

Diante disso, foi criado por cirurgiões-dentistas da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB um Procedimento Operacional Padrão para cuidados com a cavidade oral em pacientes internados em UTI e estabeleceu-se que a higienização deveria ser feita por uma equipe com cirurgiões-dentistas e enfermeiros e que o cirurgião-dentista deveria avaliar e estabelecer os procedimentos a serem realizados em cada paciente internado. (AMIB, 2013, 2014a).

Um projeto de lei foi criado e está em tramitação para que o cirurgião-dentista obrigatoriamente integre a equipe multiprofissional de todos os hospitais do Brasil. (BRASIL, 2016). Desse modo, o paciente terá melhor qualidade de vida, menos riscos de infecções, além da diminuição do tempo e custo da internação. (ARANHA et al., 2009).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A UTI

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é definida como uma área crítica do hospital destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. Um mesmo hospital pode conter vários tipos de UTIs, divididas de acordo com a idade ou tipo de enfermidade, por exemplo. Na UTI especializada, os pacientes são divididos de acordo com o tipo de doença ou intervenção, como cardiopatias e cirúrgicos. As UTIs divididas de acordo com a idade são: UTI adulto, na qual são atendidos pacientes a partir de 18 anos; neonatal, onde estão os pacientes com até 28 dias de vida; pediátrica para pacientes com idade entre 29 dias e 14 ou 18 anos, e pediátrica mista com os pediátricos e neonatais no mesmo ambiente separados por uma barreira física. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Em uma mesma unidade, apesar de não ser o ideal, pode-se internar pacientes em estado grave e pacientes que necessitam de tratamento coronário ou de alta dependência, desde que eles estejam separados fisicamente. (SINGER; WEBB, 2001).

Os leitos de UTI são preferencialmente ocupados por pacientes graves potencialmente recuperáveis e o critério de admissão é feito de acordo com prioridades. A prioridade máxima é para os casos de pacientes críticos, instáveis, com necessidade de tratamento intensivo e/ou monitoração, que não podem ser conduzidos fora da UTI. Pacientes portadores de doenças crônicas não terminais com descompensação reversível da doença aguda, sem limites terapêuticos, que necessitam de monitoração intensiva e eventual intervenção são de prioridade alta. Aqueles instáveis e críticos com baixa probabilidade de recuperação são de prioridade média. Já os pacientes de prioridade baixa são os que não necessitam de intervenções ativas nem monitoração intensiva ou em fase avançada de doença terminal ou morte iminente. (MAGALHÃES, 2010). Esse critério de admissão pode variar de acordo com o protocolo estabelecido por cada hospital. (BUENO, 2006).

Para que uma UTI possa funcionar é obrigatório que haja uma equipe multiprofissional, com profissionais da medicina, enfermagem e fisioterapia,

capacitados para atuar em cada cargo previsto. Além disso, também são necessários técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e funcionários para serviço de limpeza. Todos eles devem estar disponíveis durante todo o horário em que estão escalados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Segundo o senso divulgado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira AMIB (2010) o Brasil conta com 2.342 Unidades de Terapia Intensiva e 25.367 leitos divididos em 1.421 estabelecimentos. De todas essas UTIs, 68,4% são para adultos, 18,7% neonatal, 12,5% infantil e 0,4% para queimados. A fonte mantenedora dessas UTIs é 37,4% privada, 33,9% filantrópica, 27,1% pública e 1,6% não classificada. A distribuição das Unidades pelas regiões do país se dá da seguinte forma: 53,8% sudeste, 16,9% sul, 16,8% nordeste, 7,6% centro-oeste e 5,0% norte, sendo que 30,4% das unidades estão localizadas em São Paulo. Segundo a portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002, elaborada pelo Ministério da Saúde o ideal é que a cada 10.000 habitantes tenha de 1 a 2 leitos de UTI e a média do Brasil é de 1,3 leitos. A média por região é de 1,7 no sudeste, 1,6 no sul, 1,4 no centro-oeste, 0,8 no nordeste e 0,7 leitos/10.000 habitantes no norte.

2.2 A RELAÇÃO DA CAVIDADE ORAL COM PROBLEMAS SISTÊMICOS

A doença periodontal pode influenciar em vários problemas sistêmicos, como aterosclerose, infecção do miocárdio, acidente vascular cerebral, diabetes melito, lactentes prematuros de baixo peso e pneumonia bacteriana aguda. Isso pode ocorrer por conta dos microrganismos presentes na cavidade oral, que eventualmente causam inflamação e infecção locais, e podem ocasionar a disseminação de microrganismos e seus produtos por todo o corpo. (MEALEY; KLOKKEVOLD, 2016). Alguns dos microrganismos da microbiota oral que também podem causar patologias em outras partes do corpo estão representados na tabela 1.

Tabela 1 - Infecções Sistêmicas Causadas por Microrganismos Bucais

Infecções	Microrganismos
Endocardite infecciosa	<i>Streptococcus bucais</i> <i>E. corrodens</i> <i>A. actinomycetemcomitans</i> <i>M. micros</i>
Bacteremia	<i>Streptococcus bucais</i> <i>P. gingivalis</i> <i>Enterobacteriaceae</i> <i>Cândida sp.</i>
Sepse	<i>A. actinomycetemcomitans</i>
Abscesso cerebral	<i>A. actinomycetemcomitans</i>
Infecções respiratórias	<i>A. actinomycetemcomitans</i> <i>Enterobacteriaceae</i> <i>Staphylococcus</i>
Oftalmoplegia	<i>A. actinomycetemcomitans</i>
Infecções intra-abdominais	<i>P. gingivalis</i>
Otite média supurativa	<i>P. gingivalis</i>
Infecções vaginais	<i>M. micros</i>
Conjuntivite crônica	<i>M. micros</i>
Endoftalmite	<i>A. actinomycetemcomitans</i>
Abscesso do tubo ovariano	<i>P. gingivalis</i>

Fonte: Lotufo e Pannuti (2004)

2.3 PNEUMONIA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Segundo o descrito por Silveira e Noronha Filho (2005), a pneumonia é um processo inflamatório nos pulmões em resposta a agentes infecciosos, que chegam até eles de quatro maneiras: por aspiração de inóculos da naso e orofaringe, por inalação de aerossóis, pelo sangue e por contiguidade de lesões adjacentes aos pulmões. A evolução da pneumonia varia de acordo com o volume do inóculo, tipo

de germe, seu grau de virulência, reação do hospedeiro, precocidade do tratamento, etc. Existem vários tipos de pneumonias e o diagnóstico é feito por meio da avaliação do quadro clínico, exames radiográficos e outros exames complementares, como hemograma, exame de escarro e aspiração transtraqueal.

O tipo de pneumonia adquirida na comunidade mais comum é a Pneumonia Pneumocócica, de acordo com os mesmos autores citados acima. Ela é causada por *Streptococcus pneumoniae* ou *pneumococo*, bactéria Gram-positiva, e tem incidência maior em pessoas acima de 40 ou menor que 5 anos de idade e pacientes com resistência diminuída. Além disso, esse quadro infeccioso pode levar a várias complicações, como bacteremia, abscesso pulmonar, endocardite infecciosa aguda, meningite e peritonite. Salienta-se ainda que não só as bactérias são capazes de causar pneumonia, mas também vírus, como influenza, parainfluenza e adenovírus. Além disso, ela também pode ser provocada por agentes não-microbianos, como radiações, gases e vapores tóxicos e aspiração do conteúdo gástrico.

Pessoas que apresentam gengivite, periodontite, cáries dentárias e com distúrbios de consciência têm maior predisposição para adquirir pneumonia por anaeróbios. Exemplo disso são as bactérias do gênero *Actinomyces*, encontradas na boca em condições de anaerobiose. Elas podem causar pneumonia, além de afetar outras estruturas do tórax, como costela, vértebras, pericárdios e espaços subdiafragmáticos. (SILVEIRA; NORONHA FILHO, 2005).

A pneumonia hospitalar pode ser classificada como nosocomial, que é aquela que ocorre após 48 horas da internação e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), que surge 48 a 72 horas após a intubação endotraqueal com ventilação invasiva e é causada por um agente infeccioso que não estava presente anteriormente. Quando a PAVM ocorre até o quarto dia de ventilação mecânica é precoce e a partir do quinto é tardia. (SCHANDERT; GOTO; MEDEIROS, 2010).

Normalmente, a pneumonia nosocomial é causada por microrganismos aeróbios Gram-negativos, porém, vários casos são ocasionados por bactérias anaeróbias encontradas na microbiota oral. Um agravante disso é que, segundo estudos, a quantidade de placa bacteriana e sua colonização por patógenos aumentam durante a permanência na UTI. (FOURRIER et al., 1998). Esses microrganismos são encontrados em sua maioria no trato gastrointestinal e podem

passar para a orofaringe por meio de refluxo esofágico, mas também são encontrados na placa dentária. Uma vez que o patógeno se encontra na orofaringe ele pode ser aspirado e causar pneumonia. Além disso, a bolsa periodontal pode atuar como inóculo primário para microrganismos que causam doenças respiratórias supurativas, como abscesso pulmonar, que apresenta alto índice de morbidade e mortalidade. (MEALEY; KLOKKEVOLD, 2016). Estudos demonstram que enquanto 45% dos indivíduos saudáveis aspiram a secreção orofaríngea durante o sono, 70% dos pacientes com depressão do nível de consciência apresentam essa aspiração. (MORAIS et al., 2006).

O trato respiratório inferior conta com vários mecanismos de defesa, como o reflexo da tosse, transporte mucociliar, anticorpos e células de defesa. Quando o patógeno invade essa região ocorre uma resposta local. Pacientes internados na UTI são submetidos a fatores como terapia antimicrobiana prolongada, desnutrição e aumento da colonização de bactérias no estômago, além de apresentarem maior tempo de internação e doenças mais graves. A intubação traqueal faz com que a barreira natural de defesa entre a orofaringe e a traquéia não consiga agir contra possíveis patógenos. Além disso, ela mantém as cordas vocais abertas e faz com que a aspiração seja facilitada. Esse material aspirado fica ao redor do tubo, acima do cuff e alterações de pressão podem fazer com que o conteúdo entre nos pulmões. (SCHANDERT; GOTO; MEDEIROS, 2010).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, os fatores que aumentam o risco para pneumonia associada à assistência à saúde são:

- aumento da colonização da orofaringe, por exemplo pela administração de agentes antimicrobianos, admissão em UTI ou presença de doença pulmonar crônica de base;
- condições que favorecem aspiração ou refluxo do trato gastrointestinal, como intubação endotraqueal, sonda nasogástrica, posição supina, coma, procedimentos cirúrgicos envolvendo cabeça, pescoço, tórax e abdome superior e imobilização;
- uso prolongado de ventilação mecânica com exposição a dispositivos ou mãos contaminadas dos profissionais;
- fatores do hospedeiro, que englobam extremos de idade, desnutrição e condições graves como imunossupressão.

Para prevenir a PAVM sugere-se manter os pacientes com a cabeceira entre 30 e 45 graus, avaliar diariamente a sondação e diminuí-la se possível, monitorar a pressão do cuff, aspirar a secreção subglótica e fazer higiene oral com antissépticos. (ARANHA et al., 2009).

Nos Estados Unidos, ocorre de 5 a 10 casos de pneumonia relacionada à assistência à saúde a cada 1000 admissões. De todas as infecções adquiridas na Unidade de Terapia Intensiva ela representa 25%. Alguns estudos mostram que quanto maior o tempo de internação na UTI, maior também a incidência dessa infecção. O aumento é de aproximadamente 3% a cada dia nos 5 primeiros dias e de 2% para cada dia subsequente. Além disso, a pneumonia associada à ventilação é uma doença com índices de mortalidade entre 20 e 60%, o que comprova sua severidade, sendo que aproximadamente 33% dos pacientes com PAVM morrem em decorrência direta dessa infecção. Outro número importante é que essa doença prolonga o período de internamento em torno de 12 dias e aumenta os custos por volta de 40000 dólares por episódio. (ARANHA et al., 2009).

2.4 CUIDADOS ODONTOLÓGICOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A higiene oral dos pacientes internados em Unidade de Terapia intensiva é executada na maioria das instituições pelos profissionais de enfermagem. Um estudo brasileiro constata que eles têm dificuldade na execução e isso pode fazer com que a higiene não seja eficiente. Além disso, não existe um treinamento adequado e nem um protocolo padrão para que o procedimento seja realizado com sucesso. (SILVA et al., 2015).

Outro estudo internacional mostra o mesmo quadro e conclui que não existe um consenso sobre como conduzir uma higiene oral padronizada, eficiente e simples na UTI (GMÜR et al., 2013). Mais um estudo constatou que os cuidados com a saúde oral ficaram em segundo lugar para os enfermeiros e o procedimento mais executado é a aspiração traqueal. Ele mostra que a atenção com a higiene oral está consideravelmente atrás dos cuidados com as vias aéreas. (JAVADINIA et al., 2014).

Diante disso e visto que a higienização oral está entre as medidas recomendadas para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, um grupo de

cirurgiões-dentistas criou um Procedimento Operacional Padrão para cuidados com a cavidade oral em pacientes internados em UTI. Esse manual foi divulgado pela AMIB e tem o objetivo de implementar a rotina de higienização oral, controlar o biofilme oral, reduzir a colonização da orofaringe, hidratar os tecidos intra e peribucais, detectar e eliminar focos infecciosos, lesões, corpos estranhos, dor ou dificuldade de movimentação dos maxilares. Por meio disso, pretende-se diminuir riscos de infecções respiratórias, contribuir para que o tempo de internação seja menor, o uso de antibiótico seja racionalizado e proporcionar conforto e bem estar ao paciente. (AMIB, 2013).

A higienização oral deve ser executada por equipe multiprofissional com dentistas e enfermeiros e a frequência da higienização varia de acordo com a necessidade de cada paciente. Antes do procedimento deve-se separar os materiais necessários, lavar as mãos, paramentar-se, comunicar o paciente e verificar restrições como lesão na coluna, flexão, extensão e politraumatismos. A posição ideal do paciente é com a cabeceira elevada de 30 a 45 graus, porém, é a equipe de enfermagem que irá determinar a posição tanto do paciente quanto do profissional para evitar qualquer intercorrência. Caso o paciente esteja com ventilação mecânica, é necessário assegurar a fixação do tubo e verificar a pressão do balonete. (AMIB, 2014b).

É ideal que a inspeção da cavidade oral seja feita pelo cirurgião-dentista no momento da internação na UTI, no desmame da ventilação mecânica e quando solicitado. Deve-se observar e anotar no prontuário qualquer alteração do normal, alterações salivares, doenças bucais como cárie e doença periodontal, mobilidade dental, sangramento, lesões de mucosa traumáticas, edemas de lábios ou peribucais, necroses de tecido mole ou ossos, ressecções esqueléticas maxilo-faciais, fratura ou alterações dos ossos da face e luxação ou disfunção temporomandibular. As demandas de complexidade cirúrgica devem ser avaliadas por um especialista em cirurgia e traumatologia buco-maxilo-facial e profissionais de outras áreas quando preciso. (AMIB, 2013).

Os materiais necessários para a higienização são: equipamentos de proteção individual (no mínimo máscara, luvas, óculos, gorro e capote), escova dental de cabeça pequena e cerdas macias, abaixador de língua, compressa de gazes, sistema de aspiração, 10 mL de solução aquosa de digluconato de clorexidina

0,12%, copo descartável, hidratante labial, saliva artificial e cuffômetro para controlar a pressão do cuff. (AMIB, 2014b). Alguns instrumentos são opcionais, como o raspador de língua em casos de saburra lingual e a pinça Crile para evitar acidentes como mordidas em pacientes neurológicos com rebaixamento do sensório, confusos e pouco colaborativos e/ou com nível de sedação superficial. (AMIB, 2013).

A higiene oral deve ser feita da região posterior para anterior afim de que não ocorra translocação das bactérias bucais para a orofaringe. Com a escova embebida na solução de clorexidina 0,12%, deve-se posicionar suas cerdas na região entre gengiva livre e o dente, formando uma angulação de 45 graus com o longo eixo do dente, e fazer movimentos vibratórios brandos, pressionando de forma que as cerdas penetrem no sulco gengival e abracem todo o dente. Depois disso, suavemente inicia-se um movimento de varredura no sentido gengiva-dente por pelo menos 5 vezes envolvendo 2 a 3 dentes. Esse movimento deve ser feito nas faces vestibular e lingual de todos os elementos e na face oclusal faz-se movimentos de vaivém. Em seguida, escova-se a língua, segurando-a com uma gaze seca se necessário, o palato e a parte interna das bochechas. Nos pacientes com ventilação mecânica e sonda é necessário higienizar também o tubo e as sondas com gaze umidificada na solução de clorexidina. Por fim, utiliza-se hidratante labial que pode ser ácidos graxos essenciais, glicerina ou dexpanthenol creme 5%. É importante que a aspiração da cavidade oral seja feita sempre que for preciso, bem como o uso da saliva artificial para hidratação. Antes de deixar o leito é necessário verificar a insuflação do cuff, organizar o ambiente, higienizar a escova dental em água corrente ou na solução de clorexidina, seca-la e guardá-la em recipiente fechado, além de descartar luvas, máscara e gazes no lixo infectante e assim que sair do ambiente é imprescindível lavar as mãos novamente. (AMIB, 2014b).

A frequência de higienização é feita a partir de scores como o BRUSHE, que avalia sangramento, eritema ou placa, ulceração, saliva, halitose, fatores externos e debris. A escala de avaliação oral modificada também é um método utilizado e avalia lábios, mucosa oral, gengivas, língua dentes e saliva. Outro score é o mucosal-plaque score – MPS, que faz a avaliação da mucosa e da placa. Frequentemente a higienização oral é feita a cada 12 horas e caso seja necessário executá-la com maior frequência utiliza-se água destilada ou aromatizante bucal sem álcool nos intervalos em vez do digluconato de clorexidina 0,12%. (AMIB, 2013, 2014b).

Em UTIs pediátricas, a higienização oral sofre algumas mudanças. Durante a inspeção deve-se observar também a presença de dente neonatal, dentição mista e avaliar se as mobilidades dentárias são por conta de traumatismos e/ou esfoliação natural. Além disso, é preciso ficar atento ao tubo orotraqueal, pois alguns não possuem balonete. Nas crianças sem dentes é feita a higienização com cotonete ou gaze embebida com água estéril. Nas crianças com dentes e em ventilação mecânica, a escovação dos dentes e mucosas é realizada normalmente com creme dental, assim como naquelas sem tubo orotraqueal, porém dependentes. Para os pacientes sem tubo e semi-dependentes, deve-se apenas auxiliar a higienização e aqueles independentes devem ser estimulados durante a higiene oral. O creme dental com flúor é utilizado em todos os casos que a criança possui dentes, variando a dose de acordo com a idade e tomando os devidos cuidados contra fluorose e contaminação. Crianças até 3 anos de idade fazem uso de creme do tamanho de um grão de arroz e de 3 a 6 anos a quantidade é semelhante a um grão de ervilha. Para pacientes com dentes, quando necessário o uso da clorexidina, é indicado que a criança faça bochecho com 5 a 15 mL de dicluronato de clorexidina 0,12% 30 minutos depois da escovação. Em crianças que não forem capazes de realizar bochechos sem engolir a clorexidina será aplicada sobre superfícies duras e mucosas. (AMIB, 2014c).

Visto que, segundo alguns estudos, o uso da clorexidina pode não ser indicado para todos os pacientes de UTI por poder causar resistência a antibióticos, foi feita uma comparação entre a higienização oral com cotonete e clorexidina e escova de dentes e creme dental em pacientes internados e intubados em Unidade de Terapia Intensiva. O resultado obtido foi que não há diferença na prevenção de lesões em gengiva, lábios e língua. Já na mucosa e em relação a placa bacteriana, a escova de dentes foi mais eficiente. Em compensação, a saliva dos pacientes que utilizaram clorexidina encontrou-se mais saudável. (ESTAJI, et al. 2016).

Ainda sobre o uso de clorexidina, foi realizado outro estudo, dessa vez comparando a ação antimicrobiana entre três antissépticos, contendo octenidina, hexametileno biguanida e citroxx (uma mistura de bioflavinóides com ácidos de frutas frequentemente utilizado como ingrediente ativo em cosméticos, produtos de higiene pessoal e lavagens de mãos) com a clorexidina. O teste foi feito em laboratório e foi avaliado o desempenho com alguns microrganismos presentes na

cavidade oral. Observou-se que a octenedina pode ser usada por longos períodos por ter poucas reações adversas e tem sido usada na prevenção de infecções via cateter. Tanto a octenedina quanto o hexametileno têm seu efeito prolongado semelhante ao da clorexidina, porém, elas podem ser mais diluídas do que a clorexidina e ainda continuarem fazendo efeito. A clorexidina destrói menos *S. sanguinis*, que é um microrganismo benéfico, e mais *S. mutans*, que está associado à cárie, do que os outros dois, porém os três compostos químicos atuam contra *F. nucleatum*, que representa os bacilos gram-negativos anaeróbicos. O Citroxx tem menos ação antibacteriana do que todos os outros testados, portanto não é confiável para tal uso. Concluiu-se que as soluções contendo tanto octenedina quanto hexametileno são alternativas para substituir a clorexidina em uso oral quando necessário. (ROHRER et al., 2010).

2.5 AMPARO LEGAL PARA A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM UTI

Diante de todo o exposto constata-se que é imprescindível a presença de um cirurgião-dentista nas unidades de terapia intensiva. No dia 24 de fevereiro de 2010, a ANVISA publicou a resolução RDC Nº 7 sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de uma Unidade de Terapia Intensiva. O artigo 18 estabelece que devem ser garantidos os serviços odontológicos, bem como outros, à beira do leito. O artigo 23 afirma que essa assistência deve estar integrada às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas pela equipe multiprofissional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No entanto, a presença do cirurgião-dentista não é exigida como a dos médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem. Assim sendo, foi feito um projeto de lei (2.776/08) que torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade *home care*. Entretanto, após aprovação na câmara dos deputados o senado emendou o projeto, aprovando tão somente o atendimento obrigatório dos profissionais de odontologia em regime de internação hospitalar. Consta ainda no projeto que nas unidades de terapia intensiva (UTI), os cuidados serão prestados por odontólogo, e nas demais unidades hospitalares, o

atendimento poderá ser feito por outros profissionais devidamente habilitados, sob supervisão de um odontólogo. Após nova aprovação da câmara dos deputados cabe à presidência sancionar e publicar a lei. Com isso, segundo o atual projeto, após 180 dias a lei entrará em vigor. A última atualização do projeto foi feita em 05/05/2016. (BRASIL, 2016).

3 CONCLUSÃO

Mediante o exposto, conclui-se que a integração do Cirurgião-Dentista na equipe de profissionais das Unidades de Terapia Intensiva deve ser incentivada, pois é de suma importância, desde o momento da internação até a alta. Essa atenção especializada tende a prevenir infecções e outros tipos de complicações e diminuir casos de pneumonia associada a ventilação mecânica, diminuindo assim o tempo de internação e melhorando do prognóstico do paciente.

REFERÊNCIAS

- ARANHA, L.F.; CORREA, L.; COSTA, M.M. de M.; EID, R.C.; SILVA, C.V.; CARUSO, P.; VERDEAL, J.C.R.; ASSUNÇÃO, M.S.C. de; FERNANDES, A.T.; GRINBAUM, R.S.; FU, C.; MEDEIROS, E.A.S. de; SANTOS, J.N.C. dos. **Infecções do trato respiratório**: orientações para prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. 2009. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/manual_%20trato_respirat%F3rio.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. Censo – Relatório de Unidades de Terapia Intensiva. 2010. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/censo-amib/relatorio-de-unidades-de-terapia/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. Manual de inserção da odontologia em Unidades de Terapia Intensiva: análise qualitativa. 1 ed. 2014a. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/publicacoes/consensos00/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. Procedimento Operacional Padrão para higiene bucal em UTI adulto - POP. 2014b. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/publicacoes/pop-odontologia/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. Procedimento Operacional Padrão para higiene bucal em UTI pediátrica - POP. 2014c. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/publicacoes/pop-odontologia/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB. Recomendações para higiene bucal do paciente adulto em UTI. 2013. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/publicacoes/higiene-bucal/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília.
- BRASIL, Projeto de Lei da Câmara nº 34, de 2013 (Projeto de Lei nº 2.776, de 2008, na origem), de 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 6 mai. 2016.
- BUENO, L.O. Indicações de internação em Unidade de Terapia Intensiva. In: FALCÃO, L.F. dos R.; GUIMARÃES, H.P.; AMARAL, J.L.G. do. **Medicina Intensiva para Graduação**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 3-5.
- ESTAJI, Z.; ALINEJAD, M.; RAKHSHANI, M.H.; RAD, M. The Comparison of Chlorhexidine Solution and Swab With Toothbrush and Toothpaste Effect on Preventing Oral Lesions in Hospitalized Patients in Intensive Care Unit. **Global**

Journal of Health Science, Canadá, v. 8, n. 5, 2016. Disponível em: <<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/54266>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

FOURRIER, F.; DUVIVIER, B.; BOUTIGNY, H.; ROUSSEL-DELVALLEZ, M.; CHOPIN, C. Colonization of dental plaque: a source of nasocomial infections in intensive care unit patients. **Critical care medicine**. v. 26, n. 2, fev. 1998. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9468169>>. Acesso em: 15 ago 2016.

GMÜR, C.; IRANI, S.; ATTIN, T.; MENGUINI, G.; SCHMIDLIN, P.R. Survey on Oral Hygiene Measures for Intubated Patients in Swiss Intensive Care Units. **Research and Science**, v. 123, n. 5, mai. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23719972>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

JAVADINIA, S.A.; KUCHI, Z.; SAADATJU, A.; TABASI, M.; ADIB-HAJBAGHERY, M. Oral Care in Trauma Patients Admitted to the UCU: Viewpoints of ICU Nurses. **Trauma Monthly**, v. 19 n. 2, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25032148>>. Acesso em: 02. Jun. 2016.

LOTUFO, R.F.M., PANNUTI, C.M. Efeitos Diretos dos Patógenos Bucais nas Condições Sistêmicas. In: BRUNETTI, M.C. **Periodontia Médica**. São Paulo: SENAC, 2004. P. 42-57.

MAGALHÃES, F.L.G.M. Ética em UTI e OS: critérios de admissão e aspectos legais. In: GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D.; LOPES, A.C. **Tratado de medicina de urgência e emergência pronto-socorro e UTI**. ed. Atualizada, São Paulo: Atheneu, 2010. p. 5-6.

MEALEY, B.L.; KLOKKEVOLD, P.R. Impacto da infecção periodontal na saúde sistêmica. In: NEWMAN, M.G.; TAKEI, H.H.; KLOKKEVOLD, P.R.; CARRANZA, F.A. **Carranza periodontia clínica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2016. p. 193-207.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução ANVISA nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 fev. 2010. Seção 1, p. 48. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/RDC-7_ANVISA%20240210.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

MORAIS, T.M.N.N. de; SILVA A. da; AVIS, A.L.R. de O.; SOUZA, P.H.R. de; KNOBELS, E.; CAMARGO, L.F.A. A importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18 n. 4, out-dez 2006. Disponível em: <http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010616105216.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2016.

MORAIS, T.M.N.; SILVA, A.; KNOBEL, E.; ALRO, L. Pacientes em unidades de terapia intensiva: atuação conjunta dos médicos e dos cirurgiões-dentistas. In: Serrano JR CV, Oliveira MCM, Lotufo RFM, Moraes RGB, Moraes TMN,

coordenadores. **Cardiologia e odontologia: uma visão integrada**. São Paulo: Livraria Santos; 2007. cap.15, p.249-70.

ROHRER, N.; WIDMER, A.F.; WALTIMO, T.; KULIK, E.M.; WEIGER, R.; FILIPUZZI-JENNY, E.; WALTER, C. Antimicrobial Efficacy of 3 Oral Antiseptics Containing Octenidine, Polyhexamethylene Biguanide, or Citroxx: Can Chlorhexidine Be Replaced? **Infection control and hospital epidemiology**, v. 31 n. 7, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20518635>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

SCHANDERT L.; GOTO, J.M.; MEDEIROS, E.A.S. de. Pneumonia associada à ventilação mecânica. In: GUIMARÃES, H.P.; LOPES, R.D.; LOPES, A.C. **Tratado de medicina de urgência e emergência pronto-socorro e UTI**. ed. Atualizada, São Paulo: Atheneu, 2010. p. 803-811.

SILVA, M.E de S. e; RESENDE, V.L.S.; ABREU, M.H.N.G.; DAYRELL, A.V.; VALLE, D. de A.; CASTILHO, L.S. de. Oral hygiene protocols in intensive care units in a large Brazilian city. **American Journal of Infection Control**, v. 43, n. 3, mar. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25728159>>. Acesso em: 02 jun. 2016.

SILVEIRA, I.C.; NORONHA FILHO, A.J. Pneumonias com Etiologia Definida. In: SILVEIRA, I.C. **O pulmão na prática médica: sintoma, diagnóstico e tratamento**. 4 ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2005. P. 135-156.

SINGER, M.; WEBB, A.R. Organização da UTI. In:_____. **Manual de Terapia Intensiva Oxford**. 1 ed. Livraria Santos Editora, 2001. p. 522.