



CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Rhayanne Monteiro de Oliveira

Muriaé - MG

2022



RHAYANNE MONTEIRO DE OLIVEIRA

**IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Trabalho apresentado como requisito parcial para a Conclusão do Curso de Bacharelado Em Odontologia do Centro Universitário UNIFAMINAS.

Muriaé, 20 de maio de 2022.

DEDICATÓRIA

A Deus, por ser extremamente paciente e piedoso comigo.
Aos meus pais que foram companheiros em todas as horas.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Orientador Fernanda Prado Furlani, braço amigo de todas as etapas deste trabalho.

A minha família, pela confiança e motivação.

Aos amigos e colegas, pela força e pela vibração em relação a esta jornada.

Aos professores e colegas de Curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

Aos profissionais entrevistados, pela concessão de informações valiosas para a realização deste estudo.

A todos que, com boa intenção, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

EPÍGRAFE

“O temor do Senhor é o princípio da sabedoria,
e o conhecimento do Santo é prudência”.

Provérbios 9.10

DE OLIVEIRA, Rhayanne Monteiro. **Importância do cirurgião-dentista em unidade de terapia intensiva.** Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Bacharelado em Odontologia. Centro Universitário UNIFAMINAS, 2022.

RESUMO

Em 2004 a odontologia foi legitimada pela Associação Brasileira de Odontologia, onde foi encaminhada a câmara dos deputados do Rio de Janeiro um projeto de Lei n 2776/08 que obriga a presença do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares UTIs. Esse trabalho foi de realizado uma revisão de literatura sobre a importância do cirurgião-dentista no atendimento de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), bem como identificar os fatores predisponentes para o aumento de alterações bucais e descrever os protocolos de higiene oral utilizados durante a permanência desses pacientes nas UTIs. Metodologia: Esse estudo foi realizado tendo como ferramentas norteadoras materiais já publicados sobre o tema em artigos científicos e em fontes eletrônicas nos seguintes bancos de dados Scielo, PubMed, Google scholar, Biblioteca Virtual da Saúde/LILACS publicados nos anos de 2015 a 2021. Concluímos que é imprescindível a padronização de protocolos de higiene oral e a presença de profissionais especializados nas unidades hospitalares, para que a higiene bucal e controle das alterações orais sejam realizados adequadamente e que haja efetiva redução das infecções nos pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: Odontologia hospitalar; Higiene Bucal; UTI.

DE OLIVEIRA, Rhayanne Monteiro. **Importance of the dental surgeon in the intensive care unit.** Monograph for the Bachelor em Odontology. Center Univeversity UNIFAMINAS, 2022.

ABSTRACT

In 2004 dentistry was legitimated by the Brazilian association of dentistry, where a bill of law 2776/08 was sent to the Chamber of Deputies of Rio de Janeiro, which requires the presence of the dentist in the multidisciplinary teams UTIs. The objective of this work was to carry out a review of the literature on the importance of the dental surgeon in the care of patients hospitalized in the Intensive Care Unit (ICU), as well as to identify the predisposing factors for the increase of oral alterations and to describe the oral hygiene protocols used during the stay of these patients in the ICUs. Methodology: This study was carried out using as guiding tools materials already published on the subject in scientific articles and in electronic sources in the following databases Scielo, Google scholar, Biblioteca Virtual da Saúde/LILACS published in the years 2015 to 2021. We conclude that it is essential to standardize oral hygiene protocols and the presence of specialized professionals in hospital units, so that oral hygiene and control of oral changes are performed properly and that there is an effective reduction of infections in hospitalized patients.:

Key Words: Hospital Dentistry, Oral Hygiene, ICU.

LISTA DE SIGLAS

UTI. Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

	RESUMO.....	iv
1	INTRODUÇÃO.....	02
2.3	OBJETIVOS.....	04
2.1.	Objetivos Gerais.....	04
2.2.	Objetivos Específicos.....	04
3	METODOLOGIA.....	05
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	06
4.1	Relação entre doenças bucais e sistêmicas.....	06
4.2	Unidade De Terapia Intensiva.....	07
4.3	Atuação do cirurgião dentista em UTI.....	08
4.4	Protocolos de cuidados com a saúde bucal em pacientes de UTI.....	09
5	DISCUSSÃO.....	11
6	CONCLUSÃO.....	13
	REFERÊNCIAS.....	14

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o primeiro curso oficial de Odontologia surgiu em 25 de outubro de 1884 através de um decreto do Governo Imperial, assinado por Dom Pedro II, nos Estados do Rio de Janeiro e Bahia. A regulamentação do exercício legal da profissão, propiciou-se um rápido crescimento de cursos caracterizado pela abertura de novas Unidades de Universidades Federais. Ao passar do tempo, a evolução da tecnologia e a necessidade, novos cursos foram se expandindo, e também modernizando, dando início as especificações de cada especialidade odontológica. Com isso, surgiram as especialidades e os curso de pós-graduação, como Prótese Dentária, Implantes Odontológicos, Cirurgia Bucomaxilofacial. (MOTT *et al.*, 2008). A atuação do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar ganhou mais espaço com a oferta de cursos de habilitação devidamente regulamentados pelos Conselho Federal de Odontologia.

Dessa forma, a Odontologia Hospitalar, que era quase restrita ao cirurgião bucomaxilofacial, aumentou a área de atuação para o cirurgião-dentista, inclusive nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Em ambiente hospitalar, o cirurgião dentista atua em diversas situações: integrando equipes multidisciplinares, diagnosticando patologias bucais, realizando procedimentos para prevenção e cura, visando a manutenção da saúde bucal e contribuindo para a qualidade de vida do paciente. Dentre as principais equipes multidisciplinares, o cirurgião-dentista pode atuar no auxílio aqueles que tratam de: câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, neuro-crônico degenerativas (CURI *et al.*, 2017).

Para a odontologia integrada em uma equipe multidisciplinar, deve-se, primeiramente, entender que a abordagem do paciente deve ser como um todo e que, a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar minimizará o risco de infecções e poderá reduzir o tempo de internamento, tanto em enfermarias como em UTIs, contribuindo para a recuperação do paciente. (GODOI *et al.*, 2009). Em 2018 Vargas e Cruz relataram que a Unidade de Terapia Intensiva é uma área crítica que abriga pacientes que requerem maiores cuidados e caracterizam-se como locus causadores de patógenos.

Assim, promover ações de saúde bucal em ambiente hospitalar, incorporando e estimulando pacientes internados e seus acompanhantes o hábito de higiene bucal a rotina hospitalar pode reduzir o biofilme dentário e conseqüentemente o risco de

infecções provenientes da microbiota bucal, visando uma assistência integral e humanizada. (MATTEVI *et al.*, 2011). Nesse mesmo aspecto, disserta que a higiene bucal de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta de volume de maneira rápida e intensa, pois é comum nesses pacientes a diminuição da autolimpeza natural da cavidade bucal devido à redução de ingestão de alimentos, redução do fluxo salivar e ao uso de alguns medicamentos, ressecamento da mucosa, dentre outros (AMARAL *et al.*, 2013). Assis (2012) ressaltam que a prática de higiene oral em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva ainda é deficiente por parte da equipe multidisciplinar por não terem cirurgiões-dentistas em sua equipe ou com formação necessária para este fim. Além do mais, pacientes de UTIs, em geral, apresentam condições sistêmicas comprometidas e podem estar imunodeprimidos devido a doenças ou ações de medicamentos. Portanto, estratégias para reduzir o biofilme e aplicar técnicas locais de higiene bucal, prescrever uso de antissépticos pelo cirurgião-dentista pode melhorar a recuperação desse grupo de pacientes (SILVA *et al.*, 2014).

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivo destacar, através de uma revisão de literatura, a relevância do papel do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar, mais precisamente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

O objetivo do referente trabalho é realizar uma revisão de literatura atual acerca das informações disponíveis sobre a Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva.

2.2 Objetivos Específicos

Demonstrar, abordar e verificar a importância da atuação do cirurgião-dentista dentro da UTI e adicionalmente suas principais funções dentro desta, identificar os fatores predisponentes para o aumento de alterações bucais e descrever os protocolos de higiene oral utilizados durante a permanência desses pacientes nas UTIs.

3 MÉTODOLOGIA

Foi realizada pesquisa manual utilizando as bases de dados Scielo, PubMed, Google scholar, Biblioteca Virtual da Saúde/LILACS e englobando artigos científicos do tipo revisão sistemática, relato de caso clínico e estudos transversais ou longitudinais, publicados nos últimos 15 anos e nos idiomas português e inglês a fim de adicionar informações atualizadas a respeito do tema em questão. Os critérios de inclusão foram estudos dos anos de 2006 a 2021 nos idiomas inglês e português e os critérios de exclusão foram aqueles em duplicidade e que não se adequaram a temática por meio da leitura de títulos e resumos. Inicialmente foram selecionados 30 artigos e após a primeira revisão foram excluídos 10 artigos. Desse modo, 20 artigos foram utilizados para essa revisão. Os descritores utilizados foram: Odontologia Hospitalar; UTI e Unidade de terapia intensiva.

O referente trabalho será desenvolvido a partir de buscas nas bases de dados online e todos os resumos de artigos contendo as palavras-chave foram lidos e avaliados, e considerados relevantes aqueles que abrangiam o cirurgião dentista em âmbito hospitalar e atuando em pacientes das UTIs.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A Odontologia Hospitalar é uma especialidade odontológica que visa a realização de cuidados e procedimentos bucais em âmbito hospitalar. Os primeiros serviços odontológicos estabelecidos em um hospital aconteceram em 1901, no Hospital Geral da Filadélfia, e tiveram como função o cuidado dental dos pacientes e o treinamento de estudantes da área (WILLIS PJ *et al.*, 1965).

Araújo, Vinagre e Sampaio em 2009 (ARAÚJO RJG, VINAGRE NPL, SAMPAIO JMS *et al.*; 2006) relataram que indivíduos hospitalizados tendem a apresentar má higiene bucal e que essa ausência de atenção resulta no aumento e complexidade do biofilme dental. A condição de higiene bucal deficiente desencadeia uma série de doenças bucais tais como a periodontite e gengivite potencializando focos de infecções que propiciam maior risco de complicações locais e sistêmicas (SANTOS PSS, MELLO WR, WAKIM RCS, PASCHOAL MAG *et al.*, 2009).

De acordo com o Código de Ética Odontológico, (Conselho Federal de Odontologia *et al.*; 2012) compete ao cirurgião dentista especializado em Odontologia Hospitalar, internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitando as normas técnico-administrativas das instituições. Segundo Camargo em 2005, (CAMARGO EC *et al.*, 2005) o profissional especializado em Odontologia Hospitalar pode trabalhar como consultor da saúde bucal e/ou prestador de serviços, seja em nível ambulatorial ou regime de internação, sempre com o objetivo de colaborar, oferecer e agregar forças ao que caracteriza a nova identidade hospitalar.

2.1 Relação entre doenças bucais e sistêmicas

As primeiras suspeitas de relações entre doenças bucais e sistêmicas nos artigos científicos datam 110 anos antes de Cristo (MORAIS TMN, SILVA A, AVI ANRL, SOUZA PHR, KNOBEL E, CAMARGO LFA *et al.*, 2006). Desde então, muitos pesquisadores se empenham em obter resultados que comprovem essa relação, indicando que problemas bucais como a periodontite atuam como foco de disseminação de patógenos com efeito sistêmico (REILLY PG, GLAFFEY NM *et al.*, 2005).

A cavidade bucal representa o maior meio de comunicação do meio ambiente com o organismo, tendo cerca de 500 diferentes tipos de microrganismos colonizando

a área. Com o imunocomprometimento do paciente, muitos destes microrganismos apresentam seu potencial patogênico aumentado, levando a doenças periodontais severas e candidíase (DE SOUZA ELB, LOPES JCA, JUNIOR AAG, SILVA KLM, SILVA ARS, SILVA EF *et al.*, 2006).

Entre as doenças sistêmicas com fator de risco para doença periodontal estão a diabetes, que nestes pacientes se manifesta de forma mais severa devido a fatores metabólicos e a AIDS que, por conta da deficiência imunológica, traz consigo uma série de infecções por fungos, vírus e bactérias ao paciente (DE SOUZA ELB, LOPES JCA, JUNIOR AAG, SILVA KLM, SILVA ARS, SILVA EF *et al.*, 2006).

A doença periodontal e a má condição de saúde bucal são fatores de risco para a doença cardíaca. O aumento do número de bactérias no interior do epitélio juncional pode resultar na penetração das bactérias e seus subprodutos nos tecidos gengivais, causando um processo inflamatório e todas as consequências deste. Oliveira et al. relataram no estudo que a presença de bactérias periodontais expõe o hospedeiro a uma variedade de eventos nocivos os quais podem predispor a doenças cardiovasculares (OLIVEIRA LCBS, CARNEIRO PPM, FISCHER RG, TINOCO BEM *et al.*, 2007).

Dentre outras doenças sistêmicas que podem ser adquiridas a partir da microbiota bucal estão as respiratórias, como a pneumonia. Em sua classificação, pode-se diferenciar a pneumonia quanto ao meio de desenvolvimento: quando adquiridas na comunidade ou nosocomiais, que se dão após 48h de internação hospitalar. A pneumonia nosocomial pode se desenvolver a partir da aspiração de patógenos presentes na microbiota bucal ou a partir da doença periodontal, pela difusão hematológica dos patógenos presentes na microbiota bucal (NASCIMENTO ERP, TRENTINI M *et al.*, 2004).

2.2 Unidade De Terapia Intensiva

Nascimento e Trentini (2004) pontuaram que a internação na UTI rompe bruscamente com o modo de viver do sujeito, incluindo suas relações e seus papéis e a sua identidade fica fortemente afetada. Devido a severidade do seu estado, o paciente não é considerado atuante de suas escolhas e geralmente não exercem a autonomia em coisas simples como a higiene pessoal, alimentação e excreção. (SANNAPIECO FA *et al.*, 2012).

Condições de deficiência da higiene bucal são muito comuns nesses pacientes,

que frequentemente permanecem com a boca aberta devido à intubação traqueal. Isso promove a desidratação da mucosa e leva à diminuição do fluxo salivar, permitindo maior colonização de bactérias e levando a maior predisposição a doenças periodontais e outros possíveis focos de infecção. (SANTOS PSS, MELLO WR, WAKIM RCS, PASCHOAL MAG *et al.*, 2009).

Em 2010 a Vigilância Sanitária publicou, no Diário Oficial da União, a Resolução da Diretoria Colegiada Nº 7 2010, onde foram estipulados requisitos mínimos para o funcionamento de uma UTI. Neste ficam definidos os serviços que o paciente deve ter à beira do leito, sendo o VI tópico a assistência odontológica. Com isso, as UTIs devem se adequar no sentido que seu corpo assistencial contenha pelo menos um profissional da área odontológica. (PACE MA. *et al.*, 2012).

Desta maneira, é imprescindível a atuação do profissional de Odontologia para o estabelecimento da prevenção e cuidados na saúde bucal do paciente. A interdisciplinaridade deve atuar em UTIs de maneira que a prevenção seja tão importante quanto a cura.

2.3 Atuação do cirurgião dentista em UTI

A condição clínica dos pacientes em estado crítico, principalmente aqueles em Ventilação Mecânica (VM), dificulta a higienização bucal, o que leva a uma proliferação bacteriana e formação de biofilme dentário (RABELO GD, QUEIROZ CI, SANTOS PSS *et al.*, 2010).

Os pacientes hospitalizados em UTIs muitas vezes estão totalmente debilitados e dependentes de cuidados, portanto impossibilitados de exercer sua higiene bucal, necessitando do suporte de profissionais de saúde para realizar tais procedimentos. A manutenção da saúde bucal visa o tratamento global do paciente, visto que a cavidade bucal é a primeira porta de entrada para microrganismos patogênicos respiratórios que causam infecções sistêmicas (KAHN S, GARCIA CH, JUNIOR JG, NAMEN FM, MACHADO WAS, SILVA JUNIOR JÁ *et al.*, 2008).

A presença de biofilme interfere a partir de alterações bucais presentes no paciente, tais como cárie, doença periodontal, necrose pulpar, entre outros. Estas alterações repercutem tanto na terapêutica médica quanto no estado geral do paciente e devem ser controladas (PASETTI LA, CARNEIRO LEÃO MT, ARAKI LT, ALBUQUERQUE AMN, RAMOS TMB, SANTOS SF *et al.*, 2013).

Para que causas bucais não possam trazer consequências sistêmicas, é de

extrema importância a presença de um cirurgião dentista no âmbito hospitalar para que possa ser feito o diagnóstico das alterações bucais e consequente auxílio da terapêutica médica; sejam em procedimentos de emergência como traumas ou abscessos, procedimentos que previnam o agravamento da doença sistêmica ou estabelecimento de uma infecção hospitalar e procedimentos curativos, como a adequação do meio bucal do paciente crítico (PASETTI LA, CARNEIRO LEÃO MT, ARAKI LT, ALBUQUERQUE AMN, RAMOS TMB, SANTOS SF et al., 2013).

Além disso, cabe ao cirurgião dentista preparar uma equipe de Odontologia Hospitalar, incluindo nos procedimentos equipamentos, materiais e instrumentais adequados ao atendimento e um preparo profissional especializado (ORO GM, FIALHO LM, LOSEKANN M, PFEIFF DN et al., 2006).

2.4 Protocolos de cuidados com a saúde bucal em pacientes de UTI

O investimento em implementação de protocolos de cuidado com a saúde bucal para diminuir riscos de doenças sistêmicas e infecções hospitalares é de grande valia para a saúde pública e privada. Medidas simples como escovar os dentes dos pacientes duas vezes ao dia e utilizar antissépticos bucais mostram redução da mortalidade e morbidade de pacientes em UTIs, entretanto, deve-se distinguir o paciente de acordo com o seu quadro clínico para que o devido protocolo seja utilizado. Pacientes conscientes ou entubados se diferenciam tanto no tipo de colonização microbiana da cavidade bucal quanto na terapêutica a ser utilizada (PADOVANI MCRL, SOUZA SAB, SANT'ANNA GR, GUARÉ RO et al., 2012).

Pasetti et al. em 2013 definiram certos protocolos que objetivam o tratamento e controle das doenças bucais de forma rápida e adequada, a redução da morbimortalidade, a melhora na qualidade de vida e a diminuição no tempo de hospitalização. Dentre eles, o mais difundido é o Protocolo de Treinamento da Enfermagem para Higiene Oral. Neste, orienta-se o profissional de enfermagem a respeito da higienização mecânica através da escovação bucal, com a escova a 45° em direção ao colo dentário e o sulco gengival com ligeiras vibrações nos dentes posteriores e, além de higienização da mucosa com gaze úmida e escovação de língua. O controle químico se dá diferenciando pacientes com ou sem lesões na boca; nos primeiros deve-se administrar Digluconato de Clorexidina 0,12% e nos últimos deve-se administrar colutório bucal comum. A limpeza das próteses deve ser realizada com água e sabão ou com dentífrico e escova dental média (BARROS CS,

PIMENTEL GG, BEZERRA MMM, AGUIAR FILHO NB, SANTOS ES *et al.*, 2011).

Além da higiene bucal diária, existem protocolos específicos para intervenção e melhoria de casos como pacientes oncológicos, com candidíase, processo infeccioso oral, dentre outros (SLAWSKI EG, MOREIRA IB, JUNGER R, ROSING CK *et al.*, 2012).

5 DISCUSSÃO

Nessa revisão de literatura vimos que a odontologia em UTI está cada sendo cada vez mais reconhecida fundamentalmente para a saúde dos pacientes internados, mas a prática tem sido concentrada na área cirúrgica da odontologia buco-maxilo-facial (CAMARGO EC *et al.*, 2005).

As doenças sistêmicas estão diretamente interligadas a odontologia em UTI. De acordo com Doro *et al.* A doença periodontal é fator de risco para diabetes e complicações cardíacas. De Souza *et al.* afirmam que o aumento de bactérias expõe o hospedeiro a uma variedade de eventos nocivos que podem levar a doenças cardiovasculares.

Com os resultados analisados na revisão de literatura, observa-se a predominância de estudos de corte transversal escritos sobre a Odontologia Hospitalar em UTIs (ARAÚJO *et al.*). Em ambos os seus estudos de 2009, demonstraram o tamanho da percepção de equipes de enfermagem a respeito da necessidade do cirurgião dentista no atendimento multidisciplinar ao paciente internado, esclarecendo o quanto essa participação aumentaria a qualidade de vida dos pacientes. Padovani *et al.* Apesar de estarem lidando com uma UTI neonatal, obtiveram evidências clínicas similares, onde os cuidados bucais protocolados diminuíram as infecções por microrganismos e melhoraram a sobrevivência dos recém-nascidos. (Araújo RJG, *et al.* Santos *et al.* e Oliveira *et al.*). Mostraram também em estudos a relação entre os patógenos da cavidade oral e a pneumonia nosocomial. Para Oliveira *et al.* a colonização do biofilme bucal por patógenos respiratórios traz o agravamento da condição bucal do paciente e deve ser controlada através de procedimentos específicos. Já Santos *et al.*, sugeriram que o uso de solução bucal com sistema enzimático reduz o nível inflamatório das gengivas e diminui a quantidade da microbiota patogênica. Barros *et al.* e Slawski *et al.* avaliaram a presença do cirurgião dentista em UTIs. Barros *et al.* mostram a importância da presença do cirurgião dentista nos hospitais, enquanto Slawski *et al.* avaliaram a sua atuação. Ambos os estudos falam sobre a necessidade do profissional da Odontologia na unidade intensiva de saúde.

Morais *et al.*, evidenciam que a participação da condição bucal com o caso da pneumonia nosocomial não está totalmente definida. Por entanto, Gomes *et al.* afirmam que a condição bucal dos pacientes internados em UTIs necessita do

acompanhamento de um cirurgião dentista em Odontologia Hospitalar. Pasetti et al., confirmaram a necessidade do cirurgião dentista em âmbito hospitalar, já que os pacientes não possuem uma higienização bucal adequada e controle de placa eficiente.

Nos relatos de caso analisados, tanto Rabelo et al. quanto Miranda et al. falam que a participação da odontologia foi de grande importância para a terapêutica e para os casos abordados.

De modo final, muitos dos autores mencionados concordam que são necessários mais estudos a respeito da integração do cirurgião dentista no âmbito hospitalar e confirmam a relação entre a condição bucal e doenças sistêmicas. Com isso, todos concordam que esta integração está ligada a melhor sobrevida do paciente e diminuição do agravamento de casos. Do ponto de vista da criação do conhecimento, os autores destacam a necessidade de mais estudos e trabalhos nesta área. Dentre os estudos analisados nesta revisão sistemática, foi averiguado um grande número de trabalhos descritivos, de corte transversal, com amostras pequenas. Metodologias analíticas mais elaboradas devem ser adotadas em estudos longitudinais com amostras maiores de pacientes.

6 CONCLUSÃO

No fim desta revisão de literatura podemos notar que as afecções bucais são fontes importantes para o agravamento sistêmico dos pacientes e que podem ser prevenidas e solucionadas por um cirurgião dentista capacitado nesta área trabalhando em um ambiente hospitalar. A equipe multidisciplinar não está completa nas UTI's sem a presença do cirurgião dentista. Já que a equipe de profissionais da saúde que atuam nesse campo e fazem parte do corpo clínico de UTI's não tem conhecimentos suficientes e necessários para diagnosticar e tratar quaisquer condições anormais da cavidade bucal. O assunto ainda recente condiz com a quantidade de artigos científicos nacionais encontrados nesta revisão. Os estudos nacionais utilizados mostram que além de propor protocolos clínicos, os cirurgiões dentistas devem estar cada vez mais capacitados e presentes para atuar no âmbito hospitalar e dentro das UTI's e por fim, isso nos leva a abortar cada vez mais esse assunto necessário na odontologia e também durante a graduação.

REFERENCIAL BIBLIOGRAFICO

AMARAL, C. O, F., et al. **Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar.** Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. v.67 n. 2. São Paulo, 2013.

AMARAL, S. M.; CORTES, A. Q.; PIRES, F R. **Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral.** J. bras. pneumol. v. 35 n.11, São Paulo, 2009.

ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P., SAMPAIO J. M.S. **Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente.** Health Sciences Maringá, v.31, n.2, p.153-157, 2009.

ASSIS, C. **Atendimento Odontológico nas UTIs.** Rev. Bras. Odontol. RJ, v. 69, n. 1, p. 72-5, 2012.

BARBOSA, J. C., et al. **Perfil dos pacientes sob terapia intensiva com pneumonia nosocomial: principais agentes etiológicos.** Revista de Odontol. UNESP. v. 34, n.4, 2010.

BARROS CS, Pimentel GG, Bezerra MMM, Aguiar Filho NB, Santos ES. **Atuação Odontológica na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).** Perionews. 2011;5(3):271-5.

BERRY, A. M.; DAVIDSON, P. M. **Beyond comfort: Oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit.** Intensive Crit Care Nurs. v. 22, n. 6, 2006

BLUM, D. C., et al. **Influência da presença de profissionais em odontologia e protocolos para assistência à saúde bucal na equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva.** Estudo de levantamento. Rev. Bras. Ter. Intensiva. v. 29, n.3, 2017.

BRASIL. Câmara dos deputados – Congresso Nacional. **Projeto de Lei n 2.776-A 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI.** Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filename=Avulso+PL+

2776/2008 . Acesso 02 março. 2020.

CAMARGO EC. **Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilo-facial**. Jornal do Site [publicação de internet], 2005. Disponível em: <http://www.odontologiamt.com.br/procedimentos/index.asp?cod=2>. Acesso em 25 de ago 2012.

CFM - Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológico**. Brasília; 2012. Cap. XI, Artigo 26.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológico**. Brasília; 2012. Cap. XI, Artigo 26. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cfo-118-2012.htm>. Acesso 10 março. 2020.

CURI, M.M., et al. **Lesão traumática severa em paciente internado em uti**. SALUSVITA, Bauru, v. 36, n. 3, p. 725-735, 2017.

DORO GM, Fialho LM, Losekann M, Pfeiff DN. **Projeto “Odontologia Hospitalar” Aperfeiçoamento do conhecimento técnico necessário em situações de risco a vida do paciente e levantamento das condições de saúde bucal de pacientes hospitalizados**. Rev. ABENO, 2006;6(1):49-53.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA. **Associação de Medicina Intensiva Brasileira**. Porto Alegre; 2011 Ago 11.

DE SOUZA ELB, Lopes JCA, Junior AAG, Silva KLM, Silva ARS, Silva EF et al. **A doença periodontal como fator de risco para doenças cardiovasculares**. Int. J. Dent. 2006; 1(2).

FERREIRA, J. A.; LONDE, L. P.; MIRANDA, A. F. **A relevância do cirurgião-dentista na UTI: Educação, prevenção e mínima intervenção**. RCO. v. 1, n. 1, 2017.

FREITAS, A. L., et al. **Odontologia hospitalar: Perspectivas e desafios**. Rev. Odont. Contemp. v. 7, n. 1, 2017

GODOI, A. P. T., et al. **Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral**. Rev. Odontol. Unesp. v. 38, n. 2, 2009.

GOMES, S.T., ESTEVES, M.C.L. **Atuação do cirurgião-dentista na UTI; um novo paradigma.** Rev. Bras. Odont. v. 69, n. 1, p.67-70, 2012.

KREB, L. R., et al. **Escovação Supervisionada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Relato de caso.** Uningá Review. v. 20, n.1, pp.59-63, 2014.

LONDE, L. P., et al. **Pneumonia Nosocomial e sua relação com a saúde bucal.** RCO. v. 1, n. 1, 2017.

MATOS, F.Z., et al. **Conhecimento do Médico Hospitalar Referente à Higiene e as Manifestações Bucais de Pacientes Internados.** Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr., João Pessoa, v. 13, n. 3, jul./set., 2013.

MATTEVI, G. S., et al. **A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar.** Cienc. S. Col. RJ. v. 16, n. 10, 2012.

MIRANDA, A. F.; COSTA, P. P.; BEZERRA, A. C.B. **Oral care practices for patients in Intensive Care Units: A pilot survey.** Indian J Crit Care Med, v. 20, n. 5, 2016.

MORAIS, T. M. N., et al. **A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva.** Rev. Bras. Ter. Intensiva, São Paulo., v.18, n. 4, p. 412-417, 2006.

MORAES, T. M., SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI.** 1º Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

MOTT, M.L., et al. **Moças e senhoras dentistas: formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República.** v.15, suplemento, p.97-116, jun. 2008.

NASCIMENTO ERP, Trentini M. **O cuidado da enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Teoria humanística de Paterson e Zderad.** Rev. Lat Am Enfermagem. 2004;12(2):250-7.

OLIVEIRA, L.C., et al. **A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial.** Rev. Bras. Ter. Intensiva. v. 19, n. 4, 2007.

PACE MA. **Avaliação Clínica e microbiológica da cavidade bucal de pacientes críticos com entubação orotraqueal de um hospital de emergência [dissertação]**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007. Gomes SF, Esteves MCL. Atuação do cirurgião dentista em UTI: um novo paradigma. Rev. bras. odontol. 2012;69(1):67-70

PASETTI LA, Carneiro Leão MT, Araki LT, Albuquerque AMN, Ramos TMB, Santos SF et al. **Odontologia Hospitalar A Importância do Cirurgião Dentista na Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. Odontologia (ATO). 2013;13(4):211-226

PINHEIRO, T. S.; ALMEIDA, T. F. **A saúde bucal em pacientes de UTI**. Revista Bahiana de Odontologia. v.5, n. 2, p. 94 -103, 2014. SALDANHA, K.D.F. et al. A odontologia hospitalar: revisão. Arch Health Invest., v.4, n.1, p. 58-68, 2015.

SLAWSKI EG, Moreira IB, Junger R, Rosing CK. **A participação do cirurgião-dentista na equipe das Unidades de Terapia Intensiva (UTI)**. Perionews. 2012;6(1):39-44.24.

SANNAPIECO FA. **Relação entre doença periodontal e doenças respiratórias**. In: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL et al. Medicina Periodontal. São Paulo: Ed. Santos, 2012. p. 83-97

SANTOS, T. B.; et al. **A Inserção da Odontologia em Unidades de Terapia Intensiva**. J Health Sci. v. 19, n. 2, 2017.

SANTOS P. S. S. ; Mello W.R.; Wakim R.C.S., Paschoal M.A.G. **Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. bras. ter. Intensiva. 2009;20(2):154-9

SILVA, I. O., et al. **A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar**. Rev. Med. Minas Gerais, v. 27-e, 2017. SILVA, J.C., Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. Acta Paul Enferm. v. 28, n.2, 2015

SILVA, A. P., et al. **Oral evaluation and procedures performed by dentists in patients admitted to the intensive care unit of a cancer center**. Support Care

Cancer. v. 22, n. 10, 2014.

VARGAS, G.S.A., CRUZ, I.C.F. **Evidence-based practice guidelines for the nursing intervention in the prevention of ventilator-associated pneumonia in ICU - Systematic Literature Review.** Journal of Specialized Nursing Care. v. 46, n. 6, 2018.

WILLIS PJ. **The role of Dentistry in the hospital.** J Am Dent Soc Anesthesiol. 1965;12(1): 40-4.