

Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar

Recebido em: Nov/2012
Aprovado em: Fev/2013

Cristhiane Olívia Ferreira do Amaral
Mestre - Professora Universitária

Jacqueline Andrade Marques
Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia "Dr. Mário Leite Braga- Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente -SP - Aluna de Odontologia - participantes do PEIC - Programa Especial de Iniciação Científica da UNOESTE

Mariana Cordeiro Bovolato
Aluna de graduação da Faculdade de Odontologia "Dr. Mário Leite Braga- Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente-SP, - Aluna de Odontologia participantes do PEIC - Programa Especial de Iniciação Científica da UNOESTE

Arlete Gomes Santos Parizi
Mestre - Professora da Faculdade de Odontologia Dr Mário Leite Braga - UNOESTE Disciplina de Paciente com Necessidades Especiais, Patologia geral e bucal, Estomatologia e Terapêutica medicamentosa

Adilson de Oliveira
Mestre - Professor da Faculdade de Odontologia "Dr. Mário Leite Braga - UNOESTE disciplina de Paciente com Necessidades Especiais, Odontopediatria, e Biossegurança

Fabiana Gouveia Straioto
Doutora - Professora da Faculdade de Odontologia "Dr. Mário Leite Braga - UNOESTE, disciplinas de: Odontogeriatría e Prótese Dentária

Autor para correspondência:
Cristhiane Olívia Ferreira Do Amaral
R: Floriano Borges, 112
Jd. das Rosas - Presidente Prudente - SP
19060-170
Brasil
crisamaral@unoeste.br

Importance of dentist on intensive care unit: multidisciplinary analysis

RESUMO

Objetivo: verificar a importância que a equipe multidisciplinar de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e os cirurgiões-dentistas atribuem à integração de um cirurgião-dentista a essa equipe. Adicionalmente, investigar o protocolo de higienização bucal aplicado em pacientes internados em UTI. Metodologia: O questionário foi aplicado em 58 profissionais que atuam diretamente na UTI: 38 técnicos em enfermagem, 08 médicos, 08 enfermeiros, 04 fisioterapeutas e 29 cirurgiões-dentistas que não atuam em equipe de UTI. Após o recebimento dos formulários respondidos, os resultados foram tabulados e os percentuais relativos a cada questão foram calculados. Resultados: 57% da equipe multidisciplinar e 96% dos profissionais da odontologia responderam que é importante a presença do cirurgião-dentista neste setor. Sobre a influência do cirurgião-dentista na melhora do quadro clínico dos pacientes, foi verificado que 55% dos integrantes da equipe multidisciplinar concordaram que o cirurgião-dentista, atuando no atendimento a pacientes hospitalizados em UTI, resultaria em uma melhora no quadro clínico do paciente; e 100% dos voluntários concordaram que a higiene bucal eficiente é importante em pacientes internados em UTI. Conclusão: Apesar da higiene bucal ser considerada fator importante em pacientes internados na UTI por todos os profissionais avaliados, não há unanimidade no reconhecimento da importância e do papel do cirurgião-dentista como integrante da equipe de profissionais da área da saúde que atuam em UTI. Adicionalmente, os métodos de controle de biofilme atualmente usados como protocolo de higienização bucal nas UTIs abordadas não foram os mais adequados.

Descritores: Assistência Odontológica Integral; Equipe de Assistência ao Paciente; Unidades de Terapia Intensiva; Higiene Bucal; Placa Dentária

ABSTRACT

Objective: The aim was to analysis the importance of multidisciplinary members of Intensive Care Unit (ICU) and dentists assign to the integration of dentist into that group. Additionally, evaluate the oral hygiene protocol used in ICU patients. Methods: The questionnaire was applied in 58 staff who directly work on the ICU: 38 nursing technicians, 08 doctors, 08 nurses, 04 physiotherapists and 29 dentists that they was not members staff of ICU. After all volunteers completed questionnaire, then the results were analyzed and the percentages for each question were calculated. Results: 57% of the multidisciplinary member and 96% of dentists agree that it is important the presence of dentists in this group. Considering the positive influence of dentists on improvement of clinical case of the ICU patient, it was verified that 55% of multidisciplinary members staff agree that the dentist on ICU member staff will result an improvement of the patient clinical case. Additionally, 100% volunteers agree that efficient oral hygiene is important for patients on ICU care. Conclusion: Even though oral hygiene was considered important in ICU patients by all professionals. There was no agreement on recognizing the importance of the dentist on multidisciplinary group of ICU. Additionally, the protocol of biofilm control currently used on ICUs was not the most appropriate.

Descriptors: Patient Care Team; Dental Care for Disabled; Intensive Care Units; Oral Hygiene; Dental Plaque

RELEVÂNCIA CLÍNICA

É importante que a Odontologia se integre ao atendimento dos pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva, minimizando o risco de disseminação de patógenos da cavidade bucal que possam causar problemas sistêmicos, atuando na manutenção da higienização da cavidade bucal e controle de colonização intensa de patógenos.

INTRODUÇÃO

Há muito tempo que a equipe de profissionais nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) está estruturada e é composta por: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos em enfermagem. Entretanto, a literatura é unânime em mostrar que a equipe não está completa, pois falta a presença do cirurgião-dentista para que ocorra de fato promoção da saúde integral de pacientes internados em UTIs¹.

Os Projetos de Lei (PL): nº 2.776/2008 e PL 363/2011, ambos aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, estabelecem a obrigatoriedade da presença de profissionais da Odontologia em hospitais públicos e privados em que existam pacientes internados em UTI ou enfermarias. Essa medida objetiva aprimorar os cuidados prestados aos pacientes, defender e apoiar a prestação de assistência integral à saúde, que na verdade consiste em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), expresso na Constituição Federal².

A presença de um cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pois estes pacientes necessitam de cuidados rigorosos devido a um quadro clínico caracterizado por imunodeficiência, fato que os tornam mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral³. Na maioria dos casos, pacientes hospitalizados em UTI encontram-se totalmente dependentes para a realização de higiene bucal adequada e eficiente, necessitando, assim, do suporte profissional devidamente capacitado ou bem orientado para adequação ou reestabelecimento da qualidade do meio bucal destes pacientes⁴.

Algumas pesquisas documentaram¹⁻⁵ que pacientes admitidos em UTI possuem higiene bucal comprometida, possivelmente pela ausência de supervisão e relacionamento interprofissional Odontologia e Enfermagem, visto que uma das funções do cirurgião-dentista em UTI é a de supervisionar e orientar adequadamente os técnicos de enfermagem para a realização de uma higiene bucal satisfatória e eficaz.

A manutenção de um controle rigoroso da higiene bucal de pacientes admitidos em UTI visa controlar o desenvolvimento e a maturação de um biofilme de maior patogenicidade nos diversos sítios da cavidade bucal, não só dentes, mas também mucosa de recobrimento, língua e dispositivos protéticos fixos. Bactérias gram-positivas são comumente encontradas na cavidade bucal, mas, à medida que o biofilme desenvolve, podem ocorrer associações com bactérias anaeróbicas gram-negativas e fungos, tornando este biofilme mais patogênico e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações sistêmicas⁵.

A adesão de microrganismos e o desenvolvimento do biofilme nas superfícies presentes na cavidade bucal ocorrem de maneira relativamente rápida. A quantidade e a patogenicidade deste biofilme formado aumenta de acordo com o aumento do tempo de internação, que, associada à falta da higiene bucal, pode acarretar vários problemas como: o aumento de patógenos respiratórios presentes

no biofilme, instalação ou agravamento de doença periodontal, disseminação dessas bactérias e estabelecimento de infecções^{6,7}.

Estes microrganismos que colonizam as superfícies da cavidade bucal podem ser disseminados para outras partes do organismo por meio dos procedimentos hospitalares de rotina na UTI, como a entubação sob ventilação mecânica, que pode transportar bactérias presentes na cavidade bucal e da orofaringe até os pulmões⁸⁻¹¹, favorecendo a instalação da pneumonia nosocomial, a qual está relacionada com aumento do tempo de hospitalização dos pacientes, onerando o tratamento ou, então, causando o óbito¹²⁻¹⁵.

A higiene bucal efetiva de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta de volume de maneira rápida e intensa, pois é comum nestes pacientes a diminuição da autolimpeza natural da cavidade bucal. A autolimpeza bucal deficiente acontece por diversos motivos: redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, diminuição da movimentação da língua e das bochechas, redução do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos, sangramentos espontâneos da mucosa bucal e a presença de ressecamento e fissuras labiais¹⁶⁻²⁰.

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)²¹⁻²⁵.

O conhecimento do papel da Odontologia em hospitais ainda é restrito. A orientação sobre a importância da higienização e qualidade de saúde bucal deve ser estendida a todos os diferentes segmentos da equipe multidisciplinar^{22,23}. É importante que a Odontologia se integre ao atendimento dos pacientes hospitalizados nas UTIs com o objetivo de minimizar o risco de disseminação de patógenos da cavidade bucal que possam causar problemas sistêmicos, atuando na manutenção da higienização dos dentes, gengiva, bochecha e língua, e controlando a colonização intensa de patógenos. Além disso, a necessidade do cirurgião-dentista na equipe de atendimento das UTIs amplia o campo de ensino e atuação do profissional.

Assim, os objetivos dessa pesquisa foram: verificar qual a importância que os profissionais que atuam na equipe multidisciplinar de UTI e os profissionais da Odontologia atribuem à integração de um cirurgião-dentista a essa equipe e, adicionalmente, investigar qual o protocolo de higienização bucal atual aplicado em pacientes internados em UTI.

MATERIAL E MÉTODO

Seleção dos voluntários

O estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste Paulista (Prot./Nº 480/10) e Comitê de Ética do Hospital Regional de Base de Presidente Prudente. Os voluntários analisados nesta pesquisa foram profissionais da área da saúde de UTI: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem. A pesquisa foi realizada com os profissionais que compõem as equipes multidisciplinares das três UTIs do Hospital Regional de Base de Presidente Prudente. Esses setores fazem parte de instituições públicas para atendimento regional

com abrangência de 53 municípios. Também foram pesquisados cirurgiões-dentistas que, como critério de inclusão na pesquisa, não poderiam ter vínculo empregatício com nenhum hospital.

Coleta de dados

Foram convidados a participar da pesquisa 150 profissionais e houve o esclarecimento quanto a não obrigatoriedade da participação. Apenas 58 aceitaram o convite e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os princípios éticos originados da *Declaração de Helsinki*.

A pesquisa foi realizada no período de maio a agosto de 2012, por meio do preenchimento de um formulário quantitativo validado em um projeto piloto aplicado em uma porcentagem da amostra, para a concretização dos devidos ajustes das questões. O formulário validado foi aplicado sob a forma de questionário, e foi entregue aos participantes nos seus locais de trabalho após a aceitação de sua participação na pesquisa, sendo que os mesmos não precisaram se identificar e tiveram sete dias para respondê-lo antes que fossem recolhidos pelos pesquisadores. Primeiramente, foi aplicado o questionário para os profissionais da UTI e, posteriormente, para os profissionais da Odontologia.

O questionário constava de duas partes distintas. Na primeira parte, o objetivo era conhecer a opinião dos profissionais atuantes na equipe multidisciplinar da UTI quanto à importância da presença do cirurgião-dentista no monitoramento do paciente quando internado na mesma e se haveria influência na melhora no quadro clínico do paciente. Na segunda parte, foi perguntado aos profissionais da equipe multidisciplinar qual era seu conhecimento quanto a algum protocolo de higiene bucal já implantado na UTI, contemplando aspectos como: modo de realização do procedimento, periodicidade de aplicação e quais os materiais utilizados. A primeira parte do formulário foi aplicada para a equipe multidisciplinar da UTI e profissionais de Odontologia, e a segunda parte apenas para a equipe multidisciplinar, pois abordava conhecimentos sobre a rotina hospitalar. Após o recebimento dos formulários respondidos pelos voluntários, os resultados foram tabulados, e os percentuais relativos a cada questão foram calculados.

RESULTADOS

Foram entregues 150 questionários para os funcionários das UTIs e retornaram respondidos apenas 58, sendo 08 médicos, 08 enfermeiros, 04 fisioterapeutas e 38 técnicos em enfermagem. O questionário foi respondido por 29 cirurgiões-dentistas que não faziam parte de nenhuma equipe de odontologia em hospitais.

A opinião dos profissionais sobre a importância da presença do cirurgião-dentista em UTIs variou de acordo com o grupo avaliado. Observou-se que 28 (96%) dos cirurgiões-dentistas avaliados concordaram que é importante a atuação deste profissional no acompanhamento de pacientes hospitalizados em UTI. Diferentemente da opinião da equipe interdisciplinar da UTI, em que apenas 57% destes profissionais manifestaram que o cirurgião-dentista seria importante no acompanhamento e suporte do paciente internado em UTI (Tabela 1).

No formulário havia a possibilidade do voluntário justificar quanto à importância do cirurgião-dentista na equipe multipro-

fissional de UTI, entretanto, nem todos os voluntários justificaram sua opinião. Foram emitidas 59 justificativas que foram agrupadas e apresentadas sob a forma de frequência de aparecimento. Dentre as respostas obtidas, 12 (40%) dos profissionais da equipe multidisciplinar não concordaram que haja necessidade do cirurgião-dentista no acompanhamento e suporte de paciente internado em UTI, conforme apresentado na Tabela 2.

Quando questionados sobre a influência da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar na melhora no quadro clínico dos pacientes (Tabela 3), foi verificado que apenas 55% concordaram que, com o cirurgião-dentista atuando junto a eles no atendimento a pacientes hospitalizados em UTI, resultaria em uma melhora no quadro clínico dos pacientes. Por outro lado, todos os voluntários responderam que a higiene bucal eficiente dos pacientes internados em UTI é importante.

Quando na presença de conhecimento de algum protocolo de higienização (Tabela 4), o voluntário foi questionado sobre qual o método e qual o produto de higiene bucal são recomendados. A resposta mais frequente (67%) foi o uso de gaze umedecida em antisséptico nas mucosas, língua, bochecha e dentes. Dentre os antissépticos disponíveis no mercado, o digluconato de clorexidina foi a solução química mais citada (83%) pelos profissionais da equipe multiprofissional de UTI (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Para a manutenção da condição bucal adequada de pacientes internados em UTI é importante a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar com objetivo de diminuir o quadro de agravamento da saúde do paciente, o tempo de internação e o custo do tratamento⁹⁻¹⁵. Neste cenário, a Odontologia deve unir esforços com a Medicina em busca de resultados positivos focando a saúde integral do paciente⁹⁻¹². Entretanto, de acordo com os resultados encontrados neste estudo (Tabela 1), apenas 57% dos profissionais da equipe multidisciplinar que trabalham nas UTIs estudadas consideraram importante a presença do cirurgião-dentista como parte integrante da equipe de profissionais designados ao tratamento e monitoramento de pacientes em terapia intensiva, discordando do estudo publicado por Mattevi *et al.* (2001)²¹, que obteve resultados que evidenciam a ampla aceitação e a importância da participação do cirurgião-dentista no contexto do setor²⁶. Ainda com relação à presença de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar, Araujo *et al.* (2009)²⁷ verificou que 86% dos entrevistados de sua pesquisa consideraram relevante a inclusão da Odontologia neste setor.

Os resultados apresentados na Tabela 2 revelaram a opinião dos profissionais da saúde que compõem a equipe multidisciplinar da UTI e a dos cirurgiões-dentistas pesquisados, sobre qual a função do cirurgião-dentista em relação a pacientes internados em UTI. Apesar de 40% dos voluntários da equipe multidisciplinar não considerarem necessária a presença do cirurgião-dentista na UTI, todos os cirurgiões-dentistas pesquisados consideraram necessária a presença deste profissional na UTI.

Segundo Santana *et al.* 2011²⁸ a incorporação do dentista à equipe hospitalar contribui para prevenção de infecções, diminuindo o tempo de internação e o uso de medicamentos. As funções de um cirurgião-dentista em UTI, segundo Santos e Soares Jr. 2012²⁹ são: restabelecer e manter a saúde bucal, prevenir infec-

Área de Atuação	Sim	Não
Equipe Multidisciplinar de UTI	30 (57%)	28 (43%)
Cirurgião-Dentista	28 (96%)	1 (4%)

TABELA 1

Opinião dos profissionais (n=87) se a presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar de UTI é importante, expressas em frequência e respectivas porcentagens

Justificativas	Equipe Multidisciplinar de UTI	Cirurgião-Dentista
Prevenção de infecções e outras doenças	8 (27%)	22 (76%)
Manter a saúde da cavidade bucal e prevenir lesões bucais	8 (27%)	0 (0%)
Os pacientes de UTI estão fora de condições de uma atuação odontológica	2 (6%)	0 (0%)
Solicitar um cirurgião-dentista somente se necessário	0 (0%)	2 (7%)
Não há necessidade da presença do cirurgião-dentista na UTI	12 (40%)	0 (0%)
Não responderam	28 (43%)	5 (17%)

TABELA 2

Justificativas dos profissionais (n=87) sobre a importância do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional de UTI, expressas em frequência da resposta e suas respectivas porcentagens

Pergunta	Equipe Multidisciplinar de UTI	
	Sim	Não
A presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar melhora o quadro clínico dos pacientes?	32 (55%)	26 (45%)
A higiene bucal dos pacientes é importante?	58 (100%)	0 (0%)

TABELA 3

Opinião dos profissionais da equipe multidisciplinar de UTI (n=58) sobre a influência da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar para a melhora no quadro clínico dos pacientes e a importância da higiene bucal nos pacientes internados expressas em frequência e suas respectivas porcentagens

Respostas	Frequência (%)
Escovação, creme dental e limpeza com gaze umedecida com colutório nos tecidos moles	10 (17%)
Gaze umedecida em antisséptico nas mucosas, língua, bochecha e dentes	39 (67%)
Resposta anulada	9 (16%)

TABELA 4

Respostas dos profissionais da equipe multiprofissional de UTI (n=58) quanto ao método de higienização e o produto de higiene bucal utilizado nos pacientes internados na UTI (n=58)

Respostas	Frequência (%)	Cirurgião-Dentista
Digluconato de clorexidina (Periogard®)	48 (83%)	22 (76%)
Cloreto de cetilpiridínio (Cepacol®)	1 (2%)	0 (0%)
Outros	7 (12%)	0 (0%)
Utilizado 3 vezes ao dia	24 (41%)	2 (7%)
Mais de 3 vezes ao dia	30 (52%)	0 (0%)

TABELA 5

Respostas dos profissionais da equipe multidisciplinar de UTI (n=58) quanto ao tipo de antisséptico e frequência do uso dos protocolos de higiene bucal na UTI

ções e lesões bucais, realizar procedimentos de emergência frente aos traumas, evitar agravamento da condição sistêmica e surgimento de uma infecção hospitalar e intervir com procedimentos curativos promovendo saúde e conforto ao paciente.

A valorização do profissional da Odontologia apenas ficou evidente quando 100% dos participantes da pesquisa salientaram que a higiene bucal é importante para o paciente internado na UTI. Entretanto, os dados apresentados na Tabela 3 indicaram que apenas 55% dos profissionais da equipe multidisciplinar da UTI, relataram que a presença de um cirurgião-dentista melhoraria o quadro sistêmico do paciente. Apesar das dificuldades encontradas para que o cirurgião-dentista faça parte da equipe multidisciplinar, os estudos mostram que essa interação é de grande sucesso para o tratamento do paciente²⁷, visto que o profissional que melhor domina as técnicas de higienização bucal é o cirurgião-dentista e essa prática deve ser responsabilidade do mesmo. A falta desse profissional na equipe multidisciplinar compromete a qualidade da saúde bucal e prejudica o restabelecimento do paciente³⁰.

Pelos resultados dos nossos estudos, os profissionais valorizam a higiene bucal dos pacientes internados, mas não valorizam a presença do cirurgião-dentista, talvez pela razão de que os profissionais não associam a importância do controle de biofilme na prevenção das pneumonias. A negligência aos cuidados bucais é um fator de risco para o desenvolvimento das pneumonias nosocomiais. É importante inserir no protocolo de prevenção da pneumonia nosocomial o monitoramento e a descontaminação da cavidade bucal desses pacientes. Manutenção da higiene bucal em pacientes internados em UTI exige que o cirurgião-dentista seja inserido na equipe multidisciplinar no grupo de profissionais. Fato que deverá ser um aliado na redução da colonização pulmonar por patógenos orais e, conseqüentemente, na redução da incidência de pneumonias, diminuindo o quadro de agravamento da saúde do paciente⁹⁻¹⁵.

Quanto à existência de protocolos de higiene bucal previamente estabelecidos e usados em pacientes hospitalizados em UTI, os profissionais da saúde que compõem a equipe multidisciplinar responderam que existe na UTI um protocolo de limpeza bucal nos pacientes entubados. O método de higienização e o produto de higiene bucal mais citado pelos profissionais da equipe foram: 39 (67%) usam gaze umedecida em antisséptico nas mucosas, língua, bochecha e dentes; (Tabela 4) e 48

(83%) dos profissionais responderam que o tipo de antisséptico usado na higiene bucal dos pacientes é o digluconato de clorexidina (Periogard®) (Tabela 5); este método, relatado pela maioria dos pesquisados, não está de acordo com os protocolos mais completos e atualizados^{31,32}. Não existe uma unanimidade entre os protocolos publicados na literatura, mas os protocolos mais atuais sobre a higienização bucal que devem ser aplicados em pacientes internados em UTI abordam aspectos como: uso de clorexidina a 0,12% ou 0,2% (sem álcool), que é recomendável quando permanência em UTI for inferior a 20 dias, permanência acima de 20 dias deve-se reavaliar continuidade do uso, utilização de escova macia, raspadores de língua, fio dental, aspiração e remoção do conteúdo da orofaringe. Também faz parte do protocolo a lubrificação de mucosa com saliva artificial de 2 em 2 horas e a hidratação do lábio: com vaselina estéril, vitamina E ou óleo de coco^{31,32}.

Diante desses fatos, há fortes argumentos de que o cirurgião-dentista deva se integrar à equipe multidisciplinar de profissionais de saúde em UTIs. A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em Resolução - RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, apresenta os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Nos termos desta Resolução é dito que o acesso a recursos assistenciais (Art. 18) deve ser garantido por meios próprios ou terceirizados, que devem ser proporcionados serviços obrigatórios à beira do leito, sendo

um deles a assistência odontológica³³. A presença de assistência odontológica é importante e contribui para a melhora sistêmica do indivíduo, possibilitando verdadeiro exercício do trabalho interdisciplinar e prevalecendo a saúde integral do paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, apesar da higiene bucal do paciente internado em UTI ser considerada importante por todos os profissionais da equipe multidisciplinar, não há unanimidade no reconhecimento da importância e do papel do cirurgião-dentista como integrante da equipe de profissionais da área da saúde em UTIs. Adicionalmente, os métodos de controle de biofilme atualmente usados como protocolo de higienização nas UTIs abordadas não foram os adequados.

APLICAÇÃO CLÍNICA

O cirurgião-dentista deve atentar para este novo campo de trabalho, aprendendo a atuar em condições específicas hospitalares que são diferentes da rotina do consultório, visualizar o trabalho em equipes multiprofissionais, aprender sobre os equipamentos e medicamentos, e interpretar exames laboratoriais e de imagens. Estas são ações que farão com que o cirurgião-dentista, cada vez mais, se integre às equipes que deveriam proporcionar saúde integral ao paciente em hospitais.

REFERÊNCIAS

- Morais TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobel E, Camargo FAA. Importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Terap Int* 2006;18(4):412-427.
- Brasil. Câmara dos Deputados - Congresso Nacional. Projeto de Lei nº 2.776-A 13 de fevereiro de 2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI [Internet]. Brasília, DF;2012. [acesso em 2012 out 15]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>
- Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Canêa AM, Álvares NCF. Análise de percepções e ações de cavidades bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Terap Int* 2009; 21(1):38-44.
- Lima DC, Saliba NA, Garbin AJ, Fernandes LA, Garbin CA. The importance of oral health in the view of inpatients. *Cien Saude Colet* 2011;16 Suppl 1:1173-80.
- Santos PS, Mello WR, Mello WR, Walkin RC, Paschoal MA. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em unidade de terapia intensiva. *RBTI* 2008;20:154-9.
- Lindhe J, Karring T, Lang NP - Tratado de Periodontia Clínica e Implantologia Oral. 4ª Ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005;80-104.
- Rose IE, Genco RJ, Mealy BI - Medicina Periodontal. São Paulo: Santos, 2002;83-97.
- Scannapieco FA, Rossa Júnior C - Doenças Periodontais versus Doenças Respiratórias, em: - Brunetti MC - Periodontia Médica. São Paulo: SENAC, 2004;391-409.
- Fourrier F, Duvivier B, Boutigny H *et al*. Colonization of dental plaque: a source of nosocomial infections in intensive care unit patients. *Crit Care Med* 1998, 26:301-308.
- Gusmão ES, Santos RL, Silveira RC, Souza EH. Avaliação clínica e sistêmica em pacientes que procuram tratamento periodontal. *Rev Odonto Ciênc* 2005;20(49):199-2.
- Raghavendran K, Mylotte JM, Scannapieco FA. Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: the contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol* 2000;44:164-77.
- Pinheiro PG, Salani R, Aguiar ASW, Pereira SLS. Perfil periodontal de indivíduos adultos traqueostomizados com pneumonia nosocomial. *Periodontia* 2007;17(3):67-72.
- Oliveira LC, Carneiro PP, Fischer RG, Tinoco EM. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev Bras Ter Int* 2007;19(4):428-33.
- Scannapieco FA. Pneumonia in nonambulatory patients. The role of oral bacteria and oral hygiene. *J Am Dent Assoc* 2006;137 Suppl:215-255. Erratum in: *J Am Dent Assoc* 2008,139(3):25.
- Scannapieco FA, Rethman MP. The relationship between periodontal diseases and respiratory diseases. *Dent Today* 2003;22(8):79-83.
- Pereira SR, D'Ottaviano L. Saúde bucal dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI), Diretrizes Normas e condutas Área da saúde, serviço de odontologia do HC Unicamp Fev de 2010, Disponível em:<http://www.fcm.unicamp.br/diretrizes>. Acesso em: Maio de 2012
- Munro CL, Grap MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *Am J Crit Care* 2004;13(1):25-33.
- Serrano Jr CV, Lotufo RF, Moraes TM, Moraes RG, Oliveira MC. Cardiologia e Odontologia - Uma visão integrada. São Paulo: Santos, 2007, p.249-70.
- Westphal MRA, Leitão NS. Avaliação dos protocolos de higiene bucal Nas unidades de terapia intensiva de hospitais Públicos e privados. *Revista HUGV* 2008;1(1-2).
- Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh RCDC. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. Guidelines for preventing health-care - associated pneumonia 2003.
- Erickson L. Oral health promotion and prevention for older adults. *Dent Clin North Am* 1997;41(4):727-50.
- Iacopino AM. Understanding and treating aging patients. *Quint Int* 1997; 8(9):622-626.
- Mori H, Hirasawa H, Oda S, Shiga H, Matsuda K, Nakamura M. Oral care reduces incidence of ventilator-associated pneumonia in ICU populations. *Int Care Med* 2006;32:230-6.
- Amaral SM, Cortes AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J Bras Pneumol* 2009;35(11):1116-112.
- Reynolds MW. Education for geriatric oral health promotion. *Spec Care Dent* 1997; 17(1):33-36.
- Mattei GS, Figueiredo DR, Patrício Zm, Rath IBS. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Cienc S Col* 2012;16(10):4229-4236.
- Araújo RJG, Vinagre NPL, Sampaio JMS. Avaliação sobre a Participação de cirurgiões-dentistas em equipes de assistência ao paciente. *Acta Sci Health Sci* 2009; 31(2):153-157.
- Santana A, Xavier DC, Santos KL, Menezes MV, Piva RM, Werneck RI. Atendimento odontológico em UTI (unidade de terapia intensiva). Disponível em: www.herrero.com.br/revista/Edicao6Artigo3.pdf. Acesso em: out 2012
- Santos PSS, Soares Junior LAV. Medicina Bucal - A Prática na Odontologia Hospitalar - Editora Santos; 2012, p.70-75.
- Meira SCR, Oliveira CAS, Ramos IJM. A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar. Prêmio SINOG de Odontologia. 2010, p.1-28.
- Freitas C, Guatimosim P, Lage L, Martins MTF, Pasetti L, Pimentel P, Souza AF. Introdução da rotina de visitas odontológicas e descontaminação oral aos pacientes sob cuidados intensivos. *Mais Vida*;2012;77(44)p.2.
- Abidia RF. Oral Care in the Intensive Care Unit: A Review. *J Comt Dent Pract* 2007;(8)1:076-082.
- Brasil. RESOLUÇÃO-RDC Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 . Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil 2010 fev. 55; Seção 1. p. 48.