

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIGUAIACÁ
GRADUAÇÃO DE ODONTOLOGIA**

ANA FLÁVIA MEURER MARQUES

**A RELAÇÃO DA HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) COM PNEUMONIA
RESPIRATÓRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

**GUARAPUAVA
2021**

ANA FLÁVIA MEURER MARQUES

**A RELAÇÃO DA HIGIENE ORAL EM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) COM PNEUMONIA RESPIRATÓRIA: UMA
REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado como pré-requisito para
obtenção do título de Cirurgião Dentista
pelo Centro Universitário UniGuairacá de
Guarapuava.

Orientadora: Prof. Ana Paula Prestes
Virmond Traiano

**GUARAPUAVA
2021**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, por ter me dado a graça de ingressar no curso de odontologia, e ter me guiado com fé e esperança para nunca desistir, independente das dificuldades encontradas no caminho.

Ao meus pais, Mauro Marques e Amarilda Meurer Marques, que não mediram esforços para realizar esse sonho, e sempre estiveram do meu lado aconselhando, para sempre buscar fazer o certo, e batalhar por cada conquista, sempre sendo grata e respeitado cada pessoa, independente do indivíduo em que estava me tornando.

Aos meus irmãos, meus singelos agradecimentos, Angélica, Gizele, Fabio, Fabiula, Leticia e Felipe que sempre estiveram do meu lado, e acreditaram no meu potencial, cada um ajudou como pode.

As minhas avós, Madalena Meurer que durante a minha vida sempre esteve comigo, me aconselhando a estudar e manter firme na caminhada durante todos esses anos, Maria Marques e Luiza Saiberte que me colocaram em cada oração para que esse momento se concretizasse, aos meus avôs que não estão mais presentes, mais que nunca foram esquecidos nessa jornada.

A todos os meus professores, que foram essências para esta conquista, pois dedicaram o seu tempo, para formar profissionais de qualidade, e deram sempre o seu melhor.

Em especial a professora Ana Paula Prestes Virmond Traiano que é a minha orientadora do tcc, uma segunda mãe, as oportunidades que me ofereceu aqui em Guarapuava me tornaram outra pessoa, obrigada por ter me acolhido como filha, você é um exemplo de mulher, sempre batalhando e conquistando tudo o que almeja, sendo a melhor pessoa para todos que estão a sua volta.

E o meu muito obrigada, com o maior carinho e admiração é para o meu professor e chefe, Vinicius Traino, você é responsável pela pessoa que está se formando hoje, eu sou grata pela oportunidade em que me deu de trabalhar ao seu lado, e ter adquirido tanto conhecimento ao longo desses anos, você foi um pai para mim, te guardarei em meu coração com muito zelo e respeito.

A minha dupla Andreia Daciuk, que me ajudou a se tornar uma pessoa mais forte, cada momento desses cinco anos ao seu lado foi muito especial, o aprendizado que tivemos juntas foi o amor mais sincero que já tive por uma amizade, obrigada por fazer parte da minha vida, você é especial.

A minha grande amiga Eliza Lara, que foi uma das pessoas responsável por cada conquista dentro desses cinco anos, sempre torceu e vibrou por cada realização minha, e sempre esteve do meu lado, mesmo de longe, sem você esse momento não ia se realizar.

E a todas as minhas amigas que fiz ao longo do curso, Bruna Beatriz, Jade Santini, Bruna Carolina, Tayandra Grando, Joice Machiski, vocês foram especiais em cada parte vencida.

Aos meus amigos de trabalho, Isabelle Chiozzi, Leonardo e Elica Guimaraes, e a equipe Clinivile, que concretizaram esse momento ao meu lado.

Gostaria de agradecer aos meus amigos, Bianca Azevedo, Alex Saibert, Taina Maria, Luiz Perreira, Carlos Ferraz, Thais Fernanda Frez, Bruana Santos, Thaiza Padia, Rafaela Silveira, Nereu de Souza, Genildo Reis e Felipe Borges que me ajudaram de alguma forma.

RESUMO

MARQUES, A.F.M. **A relação da higiene oral em pacientes internados na unidade de terapia intensiva (UTI) com pneumonia respiratória: Uma revisão de literatura.** (Trabalho de conclusão de curso). Guarapuava; Centro Universitário UniGuairacá 2021.

A pneumonia nosocomial é uma patogenia que ocorre pelas aspirações de bactérias da boca causada por vários dias internados na UTI sob ventilação mecânica, esse internamento faz com que o paciente fique entubado e sedado, perdendo assim sua consciência, conseqüentemente o aumento de biofilme ocorre levando a multiplicação e diferenciação de bactérias dia após dia. Com isso, outras doenças e infecções secundárias pode levar o agravo do caso clínico do paciente. Apesar dos esforços da equipe multidisciplinar para garantir a saúde do paciente, algumas falhas acabam-lhe acontecendo na escovação, assim encontra-se diversas dificuldades em relação aos enfermeiros e outros profissionais da área da saúde que trabalham nas UTI's, no quesito de não possuírem, em suas grades curriculares, matérias que ensinam a realização correta da higiene bucal dos pacientes, por fim, acaba ocorrendo um conflito no atendimento multidisciplinar. Com isso, o objetivo deste trabalho é diminuir infecções secundárias tendo o cuidado com a higiene bucal. A pesquisa terá o caráter de revisão de literatura, provando a eficácia do cirurgião dentista em rede hospitalar.

Palavras-chave: bactérias, UTI, pneumonia nosocomial.

ABSTRACT

MARQUES A.F.M. **The relationship of oral hygiene in patients hospitalized in the intensive care unit (ICU) with respiratory pneumonia: a literature review.** (Completion of course work). Guarapuava; University Center UniGuairacá 2021.

Nosocomial pneumonia and a pathogenesis that occur due to the aspiration of bacteria in the mouth caused by several days in the ICU under mechanical ventilation, this hospitalization makes the patient intubated and sedated, thus losing consciousness, consequently the increase in biofilm occurs leading to multiplication and differentiation of bacteria day after day. With this, other diseases and second infections can lead to the aggravation of the patient's clinical case. Despite the efforts of the multidisciplinary team to ensure the patient's health, some flaws end up happening in brushing, so there are several difficulties in relation to nurses and other health professionals who work in the ICUs, in terms of they do not have in their curricular grids, subjects that teach the correct performance of patients' oral hygiene, finally there is a conflict in multidisciplinary care. Thus, the objective of this work is to reduce second infections by taking care of oral hygiene. The research will have the character of a literature review, thereby proving the effectiveness of the dental surgeon in the hospital network.

Keywords: bacteria, ICU, nosocomial pneumonia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Competência do CD em unidade hospitalar	21
Tabela 2: Estruturas que encontra-se o maior índice de bactérias.....	21
Tabela 3: Bactérias encontradas.....	21

LISTAS DE SIGLAS

ANVISA – Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal.

CD - Cirurgião Dentista.

PAVM - Pneumonia Nosocomial.

PAH - Pneumonia Adquirida no Hospital.

TSB - Técnico em Saúde Bucal.

UTI - Unidade de Terapia Intensiva.

VM - Ventilação Mecânica.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	10
2. PROPOSIÇÃO	12
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA AÇÃO TERCIARIA.....	13
3.2 A RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E A FALTA DE HIGIENE ORAL EM UTI.	14
3.3 NEGLIGENCIA DA HIGIENE ORAL.....	15
3.4 MUDANÇA DAS BACTÉRIAS.....	16
3.5 PNEUMONIA NOSOCOMIAL.....	17
3.6 PROTOCOLO DE HIGIENE BUCAL	18
3.6.1 Para pacientes entubados.....	18
3.6.2 Para pacientes não entubados.....	18
3.7 MORTALIDADE.....	19
3.8 PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA DENTRO DA UTI	2019
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
5 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS	26

1. INTRODUÇÃO

Os pacientes que se encontram debilitados em leitos de UTI's, na maioria das vezes, são incapazes de realizar sozinhos sua higiene bucal com eficiência. Desta forma, o acúmulo do biofilme causado pelo consequente uso de fármacos, deficiência da higiene oral e má alimentação trazem a diminuição do fluxo salivar, e, com isso, o aumento de biofilme (BATISTA et al., 2014).

Segundo Gomes e Esteves, (2012) essas bactérias são consideradas, na maioria das vezes, Gram positivo, com o passar dos dias de internamento elas se modificam agravando a saúde do indivíduo. A maioria dos pacientes ao serem internados em ambiente hospitalar apresentam algum tipo de patogenia bucal, como: cárie, gengivite e doença periodontal, xerostomia, ressecamento labial, úlceras entre outras, as quais, apresentam pré-disposição a infecções bacterianas secundárias como pneumonia nosocomial e endocardite.

A partir do momento que algum paciente dá entrada na UTI, apresenta sua saúde debilitada, por isso é necessária atenção multidisciplinar para evitar infecções secundárias que acarreta altas taxas de mortalidade, e a falta de higiene oral acomete grande parte delas. Com isso, a agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) orienta em sua RDC nº7, de 24 de fevereiro de 2010, que para o funcionamento de UTI's, é direito do paciente receber ajuda interdisciplinar das áreas da saúde como: farmácia, psicologia, fonoaudiologia, odontologia, social, nutricional entre outras, que precisam ser discutidas e avaliadas pela equipe multidisciplinar (SOUSA; PEREIRA; SILVA, 2014).

O cirurgião dentista pode evitar essas consequências, através de instruções de higiene oral e adequação do meio bucal trazendo condições favoráveis a recuperação, diminuição de dias de internamento, subtraindo os custos operacionais (BLUM et al., 2017). Com a falta dos cirurgiões dentistas nas UTI's, muitos enfermeiros executam a função desse profissional, mas não são capacitados tecnicamente, tendo como consequência a ineficácia nos resultados (ARAÚJO; SAMPAIO, 2009). E segundo as ações de prevenção e promoção de saúde, é de direito de qualquer cidadão que esteve ou esteja internado em leito hospitalar ou clinicas públicas receber atendimento integral, por tanto, dentro disso, está ocluído o cirurgião dentista (MATTEVI et al., 2011).

Com a finalidade de diminuir os casos de mortes por pneumonia nosocomial, o curso de Graduação em odontologia do Centro Universitário UniGuairacá no ano de 2018 iniciou um projeto de extensão no hospital São Vicente de Paula, localizado na cidade de Guarapuava-Paraná. Neste projeto os alunos realizam higiene oral, aspiração de vias respiratórias, adequação do meio bucal, prevenção e promoção de saúde aos pacientes internados na UTI. Os estudantes adquiriram conhecimento, tornando o atendimento mais humanizado e desenvolvem práticas em âmbito hospitalar.

Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura, tendo como objetivo trazer o conhecimento e conscientizar profissionais da área da saúde sobre a importância do cirurgião dentista (CD) em hospitais, para evitar infecções secundárias que potencializam altos índices de mortes em UTI e buscar uma atuação multidisciplinar.

2. PROPOSIÇÃO

O propósito do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura, a fim, de analisar a importância do cirurgião-dentista (CD) em âmbito hospitalar, para demonstrar com comprovações científicas que uma higiene oral adequada, acarreta diminuições de doenças causadas ou agravadas pelas condições orais, reduzindo morbidade, mortalidade e tempo de internação.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A pneumonia adquirida em âmbito hospitalar vem sendo um dos maiores problemas de infecções secundárias enfrentadas. Segundo a Sociedade de Infectologia (2016), as infecções secundárias tornam-se o segundo maior índice de infecções dentro das UTI's, com isso, há um aumento no índice de mortalidade. Essas infecções tornam-se tão agressivas pelo fato do difícil diagnóstico, deixando o tratamento tardio e debilitando a saúde sistêmica do paciente (BRASIL, 2017). Por tanto, para facilitar o diagnóstico, tratamento e reestabelecimento da saúde do paciente, estudos vem comprovando a eficácia do trabalho em equipe multidisciplinar em âmbito hospitalar.

3.1 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO DENTISTA NA AÇÃO TERCIÁRIA

Na saúde coletiva existem três níveis de divisões que permitem que o CD atue, são elas: divisão primária, secundária e terciária. A ação terciária assegura que o cirurgião dentista possa atuar em ambiente hospitalar, sendo legalizada e regularizada pelo conselho de odontologia.

Segundo a resolução do CFO-163, de 9 de novembro de 2015, a odontologia hospitalar é uma área que visa atender pacientes em âmbito hospitalar ou domiciliar, é o meio de atuação que abrange o osso hioide até a glabella, compreendendo os pontos anatômicos da face e pescoço. Araújo e Sampaio, (2009), relatam que para ter aceitação e ação interdisciplinar entre as áreas da saúde, é preciso reestruturar a formação dos recursos humanos e relações interpessoais entre profissionais da saúde.

Perante o artigo 18 do Código de Ética Odontológico (capítulo IX), que trata da Odontologia hospitalar, compete ao cirurgião-dentista internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. No artigo 19, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal e o artigo 20 estabelece constituir infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia (SOUSA; PERREIRA; SILVA, 2014).

Buscando a prevenção, promoção e recuperação da saúde do indivíduo, o cirurgião dentista deve atuar dentro da equipe multidisciplinar. Segundo Sangiorgio et al. (2017), a atuação de uma equipe odontológica dentro da ação terciária tem o objetivo de diminuir óbitos e a utilização de medicamentos, melhorar a qualidade de vida e intervir em lesões bucais que podem causar infecções secundárias. (COSTA et al., 2016).

Conforme Godoi et al. (2009), as unidades de terapias intensivas, foram criadas para dar um maior suporte aos pacientes, e ter uma equipe completa para prestar um acompanhamento 24 horas por dia, mas com a falta de alguns profissionais, o atendimento fica precoce e algumas infecções oportunistas acabam agravando as condições sistêmicas de cada paciente.

Para evitar essas infecções, segundo O Ministério da Saúde (2019) a equipe odontológica pode ser composta pelo CD, técnico em saúde bucal (TSB), auxiliar em saúde bucal (ASB), ambos devem estar cientes da estrutura hospitalar, normas, condutas rotineiras hospitalares, compreender protocolos farmacológicos de cada paciente, interpretação de exames laboratoriais e de imagem e distinguir situações de emergência.

3.2 A RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA DE ENFERMAGEM E A FALTA DE HIGIENE ORAL EM UTI.

A cavidade oral é a porta de entrada para grande parte dos micro-organismos, que causam doenças sistêmicas, podendo afetar órgãos como coração, pulmões e estômago, e algumas doenças tem suas manifestações bucais (GLÓRIA, 2011).

Apesar de diversos artigos comprovarem a eficácia e a importância do CD em hospitais, ainda se encontra enfermeiros realizando a higiene bucal, devido à falta de conhecimento e habilidade para realizar tal função, técnicas de higiene oral são realizadas de forma errada e o diagnóstico de algumas lesões não são realizados e, tão pouco, tratadas. Segundo Kahn et al. (2007) o biofilme dental é um reservatório de patógenos, que poderiam ser evitados com a higiene realizada corretamente, evitando a colonização orofaríngea.

Diante desses fatos, no Brasil, foi apresentado à Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº 2.776/2008, que estabelece como obrigatória a presença do

Cirurgião-Dentista nas equipes multiprofissionais das Unidades de Terapia Intensiva, com a principal finalidade de tratar a saúde bucal dos pacientes (SOUSA; PEREIRA; SILVA, 2014).

A higiene oral deve ser monitorada e orientada pelo CD, pois uma tarefa relativamente fácil em paciente com a saúde estável, se torna difícil em pacientes críticos, pelo fato da dificuldade de acesso a cavidade oral em pacientes que estão entubados, pois o tubo orotraqueal precisa ficar imobilizado por fitas e amararias trazendo com isso a dificuldade em realizar uma higiene de qualidade (SALDANHA et al., 2015).

3.3 NEGLIGENCIA DA HIGIENE ORAL

Segundo Morais et al. (2016), a escovação precária dos pacientes em ambientes hospitalares, leva ao acúmulo de biofilme dental na cavidade oral, levando a modificação do pH que pode desencadear outras lesões bucais, como carie, gengivite e doença periodontal.

A manifestação das lesões bucais podem apresentar-se em poucos dias, podendo causar lesões mais agressivas que prejudicam a condição sistêmica do paciente. O cirurgião dentista, pode evitar essas complicações com diagnóstico correto, através do exame clínico, e se avaliado alguma alteração bucal, deve-se fazer a remoção do foco infeccioso (SOUSA; PEREIRA; SILVA, 2014).

Saldanha et al. (2015), relata que os focos infecciosos se formam por meio do acúmulo do biofilme, que é gerado por substratos liberados por bactérias e acúmulo de matéria orgânica (película adquirida). Após a formação dessa película outras bactérias começam a se aderir no local, levando a modificação do ambiente. É uma massa densa, não calcificada, que penetra por toda a cavidade oral. Sua remoção pode ser realizada por meio químico ou mecânico. Ele torna-se o agente etiologia da gengivite e periodontite.

A doença periodontal é uma das maiores causas de pneumonia nosocomial, tomando uma grande proporção no paciente devido à falta de um CD na equipe multidisciplinar (Doro et al., 2005). Está acaba sendo uma doença infecciosa e inflamatória que afeta os tecidos de sustentação do periodonto devido ao produto gerado das bactérias e seus acúmulos, levando as periodontopatias (pneumonias). Essa doença está ligada com vários fatores

socioeconômicos, como: imunidade, paciente tabagista, idade e acesso ao serviço odontológico (SANTOS et al., 2011).

3.4 MUDANÇA DAS BACTÉRIAS

As infecções oportunistas deixam a saúde do paciente cada vez mais debilitada, pois as lesões que afetam a cavidade oral dificultam a alimentação, higiene, entre outras. Após um período de internamento sem higiene oral, é comum encontrar algumas lesões bucais, como úlceras, doença periodontal, cárie, xerostomia, saburra lingual, ressecamento labial, e feridas causadas pelo tubo de intubação (GOMES; ESTEVES, 2012).

Segundo Santos, Nogueira e Maia, (2013) os pacientes internados em UTI's, em sua grande maioria, necessitam de ventilação mecânica, sendo que 20 a 25% deles sofrem algum tipo de pneumonia e a taxa de mortalidade chega a 80%. A partir do momento que esses pacientes são postos sobre ventilação mecânica, as bactérias começam a se colonizar e após 48 a 72 horas elas já se modificaram, e se aspirada acabam agravando o quadro clínico.

Essa modificação ocorre, pois há um alto índice de acúmulo de biofilme, xerostomia causada pelo ressecamento, visto que o paciente precisa ter uma abertura bucal, para acomodar o tubo de intubação e falta de higiene. A colonização que começa na cavidade oral, chega até os pulmões e a secreção que se forma, é aspirada e passa entre os tubos. Os patógenos mais encontrados são *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* (SANTOS et al., 2016).

Segundo Oliveira et al. (2007), realizou-se um estudo com coletas de patógenos e entre as bactérias encontradas estavam *S. pneumoniae* e *S. aureus*, os locais onde elas estavam eram: no tubo umidificador, biofilme da língua e biofilme dental.

Os patógenos encontrados na cavidade oral colonizam a mesma por meio da formação de biofilmes que vão se modificando dia a dia, os mesmos encontrados na pneumonia nosocomial e iniciam sua formação no biofilme dental, que começa a ter evolução com a má escovação, utilizando a técnica errada. Para evitar esse patógenos algumas UTI's têm seu protocolo de higiene que pode ser feito por meio mecânico e meio químico (AMARAL et al., 2013).

3.5 PNEUMONIA NOSOCOMIAL

A pneumonia nosocomial é causada por bactérias aspiradas da cavidade oral, sendo uma infecção secundária que afeta o sistema respiratório do paciente, tornando-se uma lesão aguda, tendo os principais sinais e sintomas, dores no peito, tosse, dificuldade de respiração, febre, falta de apetite, respiração curta e tem a produção de secreção (SANTI; SANTOS, 2016).

Segundo Oliveira et al. (2007), esta é uma inflamação causada por bactérias, fungos e vírus que surgem no parênquima pulmonar, e se dissiparão para todos os tecidos de suporte dos alvéolos pulmonares, como bronquíolos respiratórios, interstícios e os alvéolos, eles ficam com um grande porte de exsudato inflamatório, que acarreta uma diminuição de trocas gasosas. Como já foi ressaltado, a PAV pode acontecer após 48 horas de intubação ou 48 horas após a extubação. (MOREIRA et al., 2011).

AMIB (2014), todos os estudos indicam que quando tem associação de uma higiene oral realizada com qualidade a uma redução na pneumonia nosocomial, especialmente quando estamos tratando a pneumonia associada a ventilação mecânica (PAMV).

Segundo SILVA et al. (2017), a ventilação mecânica (VM) é um meio de terapêutica muito utilizado dentro das UTI. Estudos relatam que 33% a 46% dos pacientes inseridos na unidade, precisam ser postos sobre VM. A principal função desse suporte mecânico é fazer as trocas gasosas, controlar a hipoxemia e hipercapnia, diminuir o consumo de oxigênio e reduzir a fadiga muscular. Mesmo com todos seus benefícios, a VM é uma das principais causadoras da PAMV, associada a falta de higiene, por isso é muito importante reestabelecer a respiração do paciente dentro de 24 horas, se isso não acontecer é necessário que aconteça o desmame de forma adequada. (MOREIRA et al., 2011).

Brasil (2017), subdividiu e formulou um plano de tratamento para cada tipo de pneumonia associada a ventilação mecânica, que são elas:

- A pneumonia adquirida no hospital (PAH): Acomete o paciente após 48h de internação hospitalar. O paciente não precisa estar sobre ventilação mecânica (VM) para ela se desenvolver, grande parte dos casos são tratados em enfermarias, mas caso aconteça

o agravo no quadro sistêmico, encaminha-se o paciente para a UTI.

- A pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM): Ocorre após 48h à 72h que o paciente foi submetido a ventilação mecânica, acaba ocorrendo a aspiração de bactérias que se alojam nas vias respiratórias. A PAVM, pode ser classificada em dois tipos: precoce que acontece até o quarto dia de intubação sobre VM e a tardia ocorre após o quinto dia de intubação sobre VM.

3.6 PROTOCOLO DE HIGIENE BUCAL

Segundo Franco et al., (2014), cada hospital obtém o seu protocolo de higiene, por que cada instituição tem o seu próprio perfil de paciente que se encontram nas UTI's, isso é realizado junto com Comissão de Controle de Infecção Hospitalar e o corpo de enfermagem.

Seguindo todos esses princípios o hospital São Vicente de Paula, que se localiza na cidade de Guarapuava PR, iniciou um protocolo, que os acadêmicos acabam realizando com a orientação dos professores do Centro Universitário Guairacá, e seguem os seguintes passos de higiene.

3.6.1 Para pacientes entubados;

- Verificar a angulação da posição de decubito do paciente, embora existam estudos em relação a posição do paciente no momento da higiene, recomenda-se 30 graus para evitar pneumonia aspirativa.
- Calçar luvas de procedimento.
- Aspirar na região da orofaringe antes do procedimento.
- Embeber escova de dente ou boneca de gaze com clorexidina 0,12% e friccionar todas as partes da boca.
- Passar raspador na língua no sentido postero/anterior.
- Aspirar na região da orofaringe durante todo procedimento

3.6.2 Para pacientes não entubados;

- Caso o paciente esteja recebendo alimento via oral, além de repetir os itens acima, deve-se escovar os dentes com escova dental três vezes ao dia, após as principais refeições, caso o paciente não esteja se alimentando por via oral, deve-se realizar o procedimento duas vezes ao dia.

Zeitoun et al. (2001), aponta para outra técnica criada para diminuir a PAV, que foi o sistema aberto e fechado de ventilação mecânica. O sistema fechado se sobressai em relação ao aberto, pois ele fica conectado a um tubo endotraqueal e o circuito do ventilador mecânico, assim não tendo risco de desconecção do tubo para fazer a sucção, evitando contaminação cruzada desde que o cateter seja irrigado com solução salina após a aspiração. Já o sistema aberto, precisa ser feita a desconecção desse tubo, dificultando a técnica e podendo prejudicar o quadro clínico do paciente, pois ele entra em hipóxia.

3.7 MORTALIDADE

Rocha e Ferreira, (2014) relatam que as infecções hospitalares são um dos maiores problemas encontrados dentro dos hospitais, pois geram alto índice de mortalidade e, com isso, tem-se aumento nos custos. Essas infecções oportunistas levam o paciente a permanecer mais dias internado e conseqüentemente o custo com medicamentos para tratar essas patologias será maior também. (ZANEI et al., 2016).

Segundo Amaral et al. (2009), após o paciente ser posto sob ventilação mecânica, há um aumento de 5-9 dias de internamento, fazendo com que os custos aumentem.

Outro fator importante a ser abordado, segundo Brasil (2017) é referente a cepa de bactérias, onde elas ficam resistente após o uso empírico de alguns antibióticos em meio hospitalar, e quanto mais resistentes essas bactérias, mais difícil de se encontrar medicamentos para combatê-las, também levando ao aumento dos custos.

3.8 PAPEL DO CIRURGIÃO DENTISTA DENTRO DA UTI

Segundo Vilela et al. (2015), a boca é um grande reservatório de patógenos, para pacientes internado em UTI e posto sob VM, por isso, o cuidado em relação a higiene oral deve ser redobrado e realizado de forma correta. Pois a odontologia integrada, trata o paciente como um todo, não somente focando na cavidade oral, sendo que ela abrange uma microbiota que rapidamente atinge a corrente sanguínea, expondo o indivíduo a enfermidades. (ARANEGA et al., 2012)

Segundo AMIB (2014), a avaliação odontológica deve ser feita diariamente e deve ser anotada no prontuário, é de suma importância observar todas as partes da boca, como:

- Presença de prótese fixa ou removíveis
- Presença de lesões bucais
- Mobilidade dental
- Alterações salivares (hipo ou hiper salivação)
- Sangramento ou lesões por mordeduras
- Necrose de tecido mole ou ósseo
- Luxação na articulação temporomandibular ou disfunção temporomandibular

Mesmo com todos os estudos comprovando a eficácia do CD nas UTI's, ainda a escassez de profissionais na equipe multidisciplinar, visto que sua atuação nesse meio traz benefícios ao paciente, facilitando diagnósticos de doenças e orientando a equipe de enfermagem sobre técnicas corretas de higienização, assim, evitando infecções secundárias e diminuindo custos (BATISTA et al., 2014).

Segundo Santos et.al (2016), todo paciente internado na UTI que tenha necessidades de atendimento odontológico deve ser acompanhado pelo CD, e todo cuidado bucal realizado corretamente diminui o índice de pneumonias associados a ventilação mecânica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

BLUM et al. (2017) demonstra em seu estudo a importância da atuação do CD na equipe multidisciplinar. Foram entrevistados 49 enfermeiros e 142 técnicos em enfermagem, 99,6% afirmaram que é necessário ter os cuidados com a saúde bucal em UTI, 88,3% concordou que os problemas com a saúde bucal são rotineiros. Na questão da higiene oral, 69,3% relatam ter dificuldades na realização da tarefa, 32% dos profissionais afirmaram que é uma tarefa desagradável de se realizar e 22,1% demonstram que não tem conhecimento adequado para realizar tal função.

Segundo O Ministério da Saúde (2019), podemos ter a atuação do CD, ASB e TSB dentro da ação terciária, garantindo a saúde, trazendo bem-estar e benefícios para os hospitais e sua gestão, dentro das especialidades odontológicas. A tabela abaixo, demonstra as competências do cirurgião dentista na unidade hospitalar.

Tabela 1: Competência do CD em unidade hospitalar

Gestão hospitalar	Atuação de cada especialidade
Ambulatório	Estomatologia
Unidade de internação (clínica /cirúrgica)	Consultório odontológico
Bloco cirúrgico	Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial
Urgência emergência	Assistência odontológica

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2018.

Outro fator relevante para esta pesquisa está relacionado ao tipo de bactérias encontradas e o local. Oliveira et al. (2007) mostra em seu estudo, quais tipos de bactérias são encontrados com frequência, quando o paciente é posto sob ventilação mecânica e sem higiene oral.

Tabela 2: Estruturas que encontra-se o maior índice de bactérias

Local que foi encontrado as bactérias	Porcentagem
Biofilme dental	70%

Língua	63,33%
Tubo respirador artificial	73,33%

Fonte: SANTOS; AMARAL; PERALTA, 2016.

Tabela 3: Microrganismos encontradas

Tipos de microrganismos	Porcentagem
<i>S. pneumoniae</i>	23,3%,
<i>P. aeruginosa</i>	20%
<i>S. aureus</i>	23,3%,
<i>kleibsella pneumoniae</i>	13,3%
<i>Candida albicans</i>	6,6%

Fonte: OLIVEIRA; CARNEIRO; FISCHER, 2007.

Amaral et al. (2009), também demonstra em seu estudo, que essas são as bactérias mais encontradas em pacientes que estão postos sob VM, e ressalta que isso acontece pela falta de higiene, pois os pacientes ficam sem a higienização normal do organismo que são: mastigação de alimentos duros e fibrosos, movimentação da bochecha e língua e diminuição do fluxo salivar por causa de medicamentos.

Rocha e Ferreira, (2014) demonstram em seus trabalhos, a relação de uma boa higiene, sendo eficaz para a diminuição das lesões bucais, e demonstra, quais são as consultas rotineiras que o cirurgião dentista é chamado para realizar, são elas: dentes em mau estado de conservação 39,8%, doença periodontal/ mobilidade 24,5%, lesões de mucosa 13,3%, boca séptica/infecções orais 8,2%, abscesso/edema 8,2% e trauma e fratura de dentes 6,1%.

Diante de todas as observações, o cirurgião dentista na unidade hospitalar traz benefícios para equipe, para eficácia das atividades rotineiras, como higiene oral diária, avaliação diária, eliminações de focos infecciosos, realizações de cirurgias envolvendo cabeça e pescoço e prevenção a saúde.

Artigos mostram a eficácia da limpeza diária, e ela pode ser feita por meio químico mecânico, usando matérias que facilitam uma tarefa que pode ser tornar difícil em pacientes que estão em VM devido o tubo endotraqueal.

Vilela et al. (2014), avalia a eficácia da remoção mecânica e química com clorexidina 0,12%, ela teve eficácia, já em conjunto com as escovas de dentes, elas não tiveram sucesso, pois elas deslocam o biofilme, e assim, esse líquido

pode ser aspirado, então as escovas passaram a ser contraindicada para pacientes que estão entubados.

Gomes e Esteves, (2012) ressaltam que o agente antimicrobiano coadjuvante na higiene oral, que tem eficácia com o efeito bacteriostático por até 12 horas, também é a clorexidina 0,12%, pode ser aplicado topicamente, duas vezes ao dia. Em pacientes que passarão por cirurgias cardiovasculares ela pode ser utilizada também, pois há um alto índice de prevenção da PAV, por que 30% da sua concentração antimicrobiana fica retida nos tecidos moles.

Santos; Nogueira e Maia (2013), em suas revisões de literatura, analisaram os sistemas de respiração abertos e fechados. O sistema aberto teve um aumento na colonização de microrganismos em 41,67% e o fechado teve apenas 25%, além que, nesses estudos, 7 de 10 artigos avaliados, mostram que o sistema fechado de respiração não aumenta a colonização e diminui a expansão de infecção na UTI.

Outra forma de evitar a pneumonia respiratória, é a posição da cadeira, segundo as Diretrizes Regionais (2017), afirmam em seus estudos que a posição da cadeira em decúbito dorsal 0°, aumentam as chances de broncoaspiração de secreção contamina. Contudo, Souza, Guimarães e Ferreira, (2013) relatam que as posições de 30° e 45° da cabeceira do leito podem ajudar a evitar a broncoaspiração.

Pinheiro e Almeida, (2014) realizam um estudo analisando vários hospitais de diferentes estados, a grande parte dos estudos avaliavam a eficácia do CD, para trazer a melhor qualidade de vida para os pacientes, dentre as cidades escolhidas foram: Rio de Janeiro, Belém, Maringá, Fortaleza, Porto Alegre e São Paulo. Dessas cidades, foram escolhidos 5 artigos, os estudos avaliados foram: estudo de corte transversal, revisão de literatura e relato de caso, todos com o mesmo objetivo: evitar a pneumonia nosocomial, dentre eles, todos chegaram a comprovação de que o CD deve fazer parte da equipe multidisciplinar foi unanime, pois as comprovação que há uma diminuição nos microrganismos que causam as infecções secundárias é reduzida, com uma higiene de qualidade, eliminação do foco infeccioso e tratamentos coadjuvantes com alguns colutórios ou medicamentos.

Com tudo, Teixeira, Hertz e Cruz, (2004) demonstraram em seus estudos os índices de mortalidade em pacientes com PAVM, variam de 24% a 50%,

podendo chegar a 70% em pacientes com microrganismos multirresistentes. Nos resultados foram avaliados 91 paciente, onde 82,4% foram causadas por microrganismos multirresistentes e 17,6% causados por microrganismos sensíveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o apanhado bibliográfico, textos, artigos, gráficos e tabelas utilizados para elaboração dessa revisão de literatura, pôde-se analisar que todos demonstram a redução de infecções secundárias, redução no tempo de internamento e diminuição de custos hospitalares, tendo, em virtude, uma boa atuação do cirurgião dentista. É considerável salientar que cada hospital possui protocolos diferentes para realização da higiene bucal.

A partir dessa revisão de literatura, concluiu-se que o cirurgião dentista tem uma suma importância na equipe multidisciplinar, pois com isso, pode-se diminuir diversas dificuldades encontradas, apenas realizando uma higiene oral adequada.

Além, o presente trabalho comprovou quão prejudicial pode ser a falta da higiene, acarretando consequências irreversíveis para o caso clínico de um paciente, pois a intubação causa altos índices de mortalidade, morbidade e aumentam os dias de internamento.

REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira- AMIB Departamento de Odontologia e enfermagem. Recomendações para Higiene Bucal em pacientes internados na UTI. São Paulo, p.1-11, Abr.2014.

AMARAL, C; MARQUES, J; BOVOLATO, M. et al. **Importância do cirurgião-dentista em unidade de terapia intensiva: avaliação multidisciplinar.** Revista Assoc paul cir dente. p. 107-111, Fer. 2013.

AMARAL, S; CORTÊS, A; PIRES, F; Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. **J Bras Pneumol**, São Paulo, v.35, p. 1116-1124, Nov. 2009.

ARAÚJO, R; SAMPAIO, N. Avaliação sobre a participação de cirurgiões- Avaliação sobre a participação de cirurgiões-dentistas em equipes dentistas em equipes de assistência ao paciente. **Revista Acta Scientiarum**, Maringá, v.31, p.153-157, 2009.

ARANEGA, A; BASSI, A; PONZONI, D. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 69 p. 90-93, Jun. 2012.

BATISTA, A; SIQUEIRA, J; SILVA, J. et al. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva: **Revisão de literatura Características Gerais dos pacientes de UTI**, Rio de Janeiro, v.71, p. 156-159, Jul/Dez. 2014.

BERALDO pneumonia associada à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, São Paulo, v.34, p. 707-714, 2008.

BLUM, D; MUNARETTO, J; BAEDE F. 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**, Rio Grande do Sul, p. 391-393, Abr. 2017.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. **ANVISA**, Brasília, ed. 2, p. 15-126, 2017.

COSTA, J; SANTOS, P; TORRIANI, M. et al. A odontologia Hospitalar em conceitos. **Rv. ACBO**, Porto Alegre, v. 25, p. 2011-2018, Mar/ Ago, 2016.

DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TRATAMENTO DAS PNEUMONIAS ADQUIRIDAS NO HOSPITAL E DAS ASSOCIADAS À VENTILAÇÃO MECÂNICA. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, São Paulo, v.33, p. 01-30, Abr. 2007.

DORO, G; FIALHO, L; LOSEKANN, M. et al. Aperfeiçoamento do conhecimento técnico necessário em situações de risco à vida do paciente e levantamento das condições de saúde bucal de pacientes hospitalizados. **Revista da ABENO**, Rio Grande do Sul, p. 50- 53, Jun. 2005.

FRANCO, J; JALES, S; ZAMBON, K; et al. Higiene bucal para pacientes entubados sob ventilação mecânica assistida na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. **Arq. Med Hosp. Fac. Cienc. Med Santa Casa**, São Paulo, p.126-131, 2014.

GODOI, A; FRANCESCO, A; DUARTE, A. et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v.38, p.105-109, 2009.

GOMES, S; ESTEVES M. Atuação do cirurgião-dentista na uti: um novo paradigma. **Revista Brasileira de odontologia**, Rio de Janeiro, v.69, p. 67-70, Jan/ Jun. 2012.

GLÓRIA, V; Relações entre condições bucais e saúde geral. **Universidade Federal de Minas de Gerais**, Minas Gerais, p. 01-29, 2011.

KAHN, S; GARCIA, C; JÚNIOR, J. et al. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Revista Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.1825-1831, Ago. 2007.

MATTEVI, G; FIGUEIREDO, D; PATRICIO, Z. et al. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Universidade Federal de Santa Catarina**, Santa Catarina, v.16, p. 4229-4236, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde**. 1.ed. Minas Gerais: MS/CGDI, 2018.

MORAIS, T; SILVA, A; AVI, A. et al. A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v.18, p.412-417, Out/Dez. 2006.

MOREIRA, B; SILVA, R; ESQUIVEL, D. et al. Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica: medidas preventivas conhecidas pelo enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 99-106, maio/ago. 2011.

OLIVEIRA, L; CARNEIRO, P; FISCHER, R. et al A Presença de Patógenos Respiratórios no Biofilme Bucal de Pacientes com Pneumonia Nosocomial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v.19, p.428-433, Out/Dez. 2007.

PINHEIRO, T; ALMEIDA, F. A saúde bucal em pacientes de UTI. **Revista bahiana de odontologia**, p. 95-103, Ago. 2014.

RABELO, G; QUEIROZ, C; SANTOS, P. et al. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arq. Med Hosp. Cienc. Med Santa Casa**, São Paulo, p.67-70, Jul. 2010.

ROCHA, A; FERREIRA, E. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião Dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. **Revista Arq. Odontol**, Belo Horizonte, v.50, p. 154-160, Out/Dez. 2014.

SALDANHA, K; COSTA, D; PERES, P. et al. A odontologia hospitalar: revisão. **Revista Arch Healyh Invest.**, Mato grosso do sul, p. 58-68, 2015.

SANGIORGIO, J; SIMOES, T; OZELIN A. et al. relato de experiência em odontologia hospitalar: a inserção do técnico em saúde bucal na equipe multiprofissional na atenção terciária. **Encontro Internacional de Produção científica**, Maringá, p. 01-04, 2017.

SANTOS, C; GOMES, I; PASSOS, J. et al. Fatores associados a doença Periodontal em indivíduos atendidos em um hospital público de Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Bahia, v. 35, p. 87-102, Jan/ Jun.2011.

SANTOS, A; NOGUEIRA, L; MAIA, A. pneumonia associada à ventilação mecânica: protocolo de prevenção. **UNILUS Ensino e Pesquisa**. São Paulo, v.10, p. 53-62, Jul/Set. 2013.

SANTOS, P; MELLO, W; WAKIM, R. et al. Uso de Solução Bucal com Sistema Enzimático em Pacientes Totalmente Dependentes de Cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.20, p.154-149, Abr/Jun. 2008.

SANTOS, T; AMARAL, M; PERALTA, N. et al. A Inserção da Odontologia em Unidades de Terapia Intensiva. **Universidade Estadual de Londrina**, Paraná, v.19, p.83-87, Jul.2016.

SANTI, S; SANTOS, R; A prevalência da pneumonia nosocomial e sua relação com a doença periodontal: revisão de literatura. **Revista RFO**, Passo Fundo, v. 21, p. 260-266, Mai/Ago.2016.

SILVA, I; MIRANDA, P; SALES, T. et al. A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. **Revista Medica de Minas Gerais**, Minas Gerais, p. 02-05, Nov. 2017.

SILVA, L; Validação clínica do diagnóstico de enfermagem “Resposta disfuncional ao desmame ventilatório” em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Universidade Federal de Minas Gerais**, Minas Gerais, p. 20-202, 2015.

SOUSA, L; PEREIRA, A; SILVA, N. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. **Revista Cien. Saúde**, São Luís, v.16, p.39-45, Jan/Jun. 2014.

SOUZA, A; GUIMARÃES, A; FERREIRA, E. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Revista Pesquisa**, Belo Horizonte, p.186-192, Jan/Mar. 2013.

TEIXEIRA, P; HERTZ, F; CRUZ, D. Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Porto Alegre, v. 30, p. 540-548, 2004.

VILELA, M; FERREIRA, G; SANTOS, P. et al. Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: uma revisão sistemática. **Einstein**, São Paulo, p. 291-196, 2015.

ZANEI, S; KAWAMURA, M; MORI, S. et al. Valoração e registros sobre higiene oral de pacientes intubados nas unidades de terapia intensiva. **REME**, São Paulo, p. 01-07,2016.

ZEITOUN, S; BARROS, A; DICCINI, S. et al. Incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica em pacientes submetidos à aspiração endotraqueal pelos sistemas aberto e fechado: estudo prospectivo - dados preliminares. **Rev.latinam.enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 9, p. 46-52, Jan. 2001.