

Saúde bucal e cuidados na Unidade de Terapia Intensiva

Bárbara de Oliveira **DANTAS**¹, Ismênia Amorim **DE ARAÚJO**², Helia Beatriz Nunes **DE ARAÚJO**³, Edmur Carlos **DE ARAÚJO**⁴, Ana Cristina Barreto **BEZERRA**⁵, Alexandre Franco **MIRANDA**⁶

Resumo

Pacientes hospitalizados e internados em Unidades de Terapia Intensiva apresentam grandes riscos de contração de doenças infecciosas, principalmente as pulmonares decorrentes de patógenos respiratórios que se encontram na cavidade bucal devido à deficiência de manutenção da saúde bucal por meio de ações preventivas e de mínima intervenção. As superfícies dentárias, língua, próteses e aparelhos da UTI que estão em contato com a boca constituem grande reservatório para estes patógenos, e os cuidados com a higienização e eliminação de focos de infecção podem influenciar positivamente na qualidade de vida e bem-estar do paciente crítico. O objetivo deste trabalho foi, por meio de uma revisão de literatura, abordar a importância da atuação do cirurgião-dentista como membro integrante da equipe de saúde nas UTIs, as atividades e cuidados odontológicos necessários e a relação entre condições orais e sistêmicas. Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, indexados nas bases dos dados LILACS, SciELO e PubMed, publicados no período de 2006 a 2015 e legislação sobre o tema, totalizando 20 referências. Concluiu-se que a deficiência de higienização da cavidade bucal em UTIs constitui fator de risco ao desenvolvimento de doenças sistêmicas, sobretudo as do trato respiratório; e que a participação do cirurgião-dentista no tratamento do paciente crítico é fundamental à promoção da saúde em ambiente hospitalar.

Palavras-chave: Unidade Hospitalar de Odontologia. Unidades de Terapia Intensiva. Pneumonia associada à ventilação mecânica. Placa Dentária. Saúde Bucal. Qualidade de Vida.

¹ Cirurgiã-dentista graduada na Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília, Brasil

² Médica Cardiologista e Ecocardiografista pelo InCor (FMUSP); Hospital do Coração do Brasil – HCB, Brasília, Brasil

³ Médica Cardiologista e Intensivista; Chefe da UTI do Hospital do Coração do Brasil – HCB, Brasília, Brasil

⁴ Médico Cardiologista Intervencionista; Coordenador da Hemodinâmica e Centro de Intervenção Cardiovascular; Diretor Técnico do Hospital do Coração do Brasil – HCB, Brasília, Brasil

⁵ Cirurgiã-dentista; Professora Doutora Orientadora do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB, Brasília, Brasil

⁶ Cirurgião-dentista; Mestre e Doutorando em Ciências da Saúde – UnB; Coordenador e Professor das disciplinas de Odontologia para Pacientes Especiais e Odontogeriatría da UCB; Responsável pelo serviço de Odontologia Hospitalar e Intensiva – HCB Brasil

Submetido: 26/05/2015 - **Aceito:** 10/06/2015

Como citar este artigo: Dantas BO, De Araújo IA, De Araújo HBN, De Araújo EC, Bezerra ACB, Miranda AF. Saúde bucal e cuidados na Unidade de Terapia Intensiva. R Odontol Planal Cent. 2015 Jan-Jun;5(1):28-32.

- Os autores declaram não ter interesses associativos, comerciais, de propriedade ou financeiros, que representem conflito de interesse, nos produtos e companhias citados nesse artigo.

Autor para Correspondência: Alexandre Franco Miranda
Endereço: Universidade de Brasília – UnB – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde; Universidade Católica de Brasília – UCB - Departamento de Odontologia para Pacientes Especiais – QS 07, Lote 01, EPCT – Bloco S - Águas Claras; Serviço de Odontologia Hospitalar e Intensiva – Hospital do Coração do Brasil – HCB, Brasília-DF.

CEP: 71966-700

Telefone: (61) 3356-9612; 8136-9896

E-mail: alexandrefmiranda@hotmail.com

Categoria: Revisão de Literatura

Área: Odontologia Hospitalar e Intensiva

Introdução

Nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), diferentes profissionais estão envolvidos nos cuidados do paciente crítico, formando uma equipe multi e interdisciplinar composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, sem a efetiva participação do cirurgião-dentista^{1,2}.

A multidisciplinaridade aborda a união dos saberes e informações sobre cada área da saúde nas ações que visam a promoção de saúde e qualidade de vida dos pacientes internados em UTIs^{1,3}.

O Projeto de Lei (PL) nº 2.776/2008, aprovada por unanimidade no Senado Federal em 2013, estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia nas UTIs de hospitais públicos e privados⁴.

Essa medida é advinda do fato de que pacientes internados apresentam imunidade deficiente e predisposição à má higiene bucal, propiciando o aumento da colonização do biofilme bucal por microrganismos gram-

negativos prejudiciais à saúde, fato que pode contribuir, entre outras consequências, no agravamento da situação de saúde geral, como a presença da pneumonia adquirida no ambiente hospitalar, e conseqüentemente o aumento do tempo de internação^{2,5}.

A integração da odontologia ao atendimento de pacientes internados em UTIs é de grande importância para a prevenção de complicações sistêmicas oriundas de problemas bucais, uma vez que esse público é mais susceptível ao agravamento da saúde geral devido à maior chance de contrair infecções bucais e/ou sistêmicas associadas^{2,6}.

A presença do biofilme e saburra lingual em grande quantidade e sua complexidade, a higiene bucal deficiente e a doença periodontal em pacientes críticos constituem fatores que podem favorecer o desenvolvimento de graves infecções do aparelho respiratório, como a pneumonia nosocomial ou hospitalar, que representa a segunda maior infecção hospitalar, com até 50% de chances de mortalidade^{5,7,8,9}.

Esses pacientes, também, estão propensos à desidratação terapêutica e conseqüente xerostomia, sangramentos espontâneos da mucosa bucal e fissuras^{2,10}.

O presente trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, abordar a importância e formas de atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional nas Unidades de Terapia Intensiva, contribuindo para uma maior divulgação dessa específica atuação do cirurgião-dentista.

Realizou-se uma investigação bibliográfica com os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, indexados nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed, publicados no período de 2006 a 2015 e legislação sobre o tema, totalizando 20 referências.

Revisão de literatura e Discussão

Odontologia Hospitalar

A Odontologia hospitalar surgiu na América no século XIX, com o objetivo de estabelecer e/ou manter boas condições de saúde bucal no paciente hospitalizado para a

melhoria de sua saúde sistêmica, buscando a integralidade no que diz respeito à terapêutica e promoção de qualidade de vida a este público^{1,2,7}.

Cada vez mais é abordada a relação entre saúde sistêmica e oral. Atualmente se tem o conhecimento de que diversas enfermidades sistêmicas – sejam elas de origem infecciosa, imunológica ou terapêutica –, apresentam manifestações orais, bem como também podem ser decorrentes de condições inadequadas de saúde bucal, como má higienização, acúmulo de biofilme e doença periodontal^{11,12,13}.

A realização de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar é um desafio, uma vez que a área de atuação ainda não é amplamente reconhecida e sofre preconceito por parte dos próprios profissionais de saúde, descrentes quanto à participação efetiva de cuidados odontológicos no tratamento integral do paciente^{3,5}.

Apenas o cirurgião-dentista, através dos conhecimentos sobre a cavidade bucal, suas características e microbiota, tem a capacitação específica e adequada para atuar na área de promoção, educação e prevenção relacionadas à saúde bucal de pacientes hospitalizados, sendo essencial sua presença nas equipes multidisciplinares de atendimento hospitalar, sobretudo no que diz respeito a procedimentos relacionados a cuidados bucais em geral^{10,12,14}.

Projeto de Lei

Está em tramitação no Senado Federal, o Projeto de Lei (PL) nº 2.776/2008, que estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas UTIs e em hospitais públicos ou privados onde exista centro de internação, tendo em vista que a boca é um ambiente propício à colonização de microrganismos patogênicos que apresentam riscos à saúde geral. O Projeto de Lei, que, atualmente, aguarda a apreciação pelo Senado Federal, defende que as ações odontológicas de caráter preventivo possuem baixo custo e seriam efetivas na redução de taxas de pneumonia nosocomial e pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) em pacientes críticos, além de baixar os gastos hospitalares com internações prolongadas⁴.

Odontologia na UTI

Na Unidade de Terapia Intensiva, a Odontologia vem ganhando destaque em relação à sua importância na assistência integral ao paciente. Pacientes críticos têm maior predisposição à colonização da boca por microrganismos de alta patogenicidade, que podem ser rapidamente aspirados e colonizar a orofaringe, iniciando um processo de infecção do trato respiratório. Outros fatores também predisõem o paciente internado em UTI às pneumonias, como o uso da sonda endotraqueal, a deficiência de higienização realizada pelos profissionais da equipe de enfermagem, além da complexidade do biofilme bucal, presente nos dentes e língua, principalmente^{5,8}.

Pacientes sob ventilação mecânica, situação comum em UTIs, apresentam maior vulnerabilidade à contração de infecções do trato respiratório, uma vez que barreiras imunológicas naturais, como a tosse e expectoração, se encontram prejudicadas. A entubação via orotraqueal constitui riscos a esse tipo de infecção, uma vez que o tubo tem acesso direto às vias respiratórias inferiores e favorece o acesso mecânico dos microrganismos da boca ao pulmão^{1,7,15}.

Principais problemas nos pacientes nas UTIs

A saúde bucal depende de fatores como o biofilme dental, a imunidade e microbiota oral. A microbiota oral de pacientes adultos saudáveis é predominantemente composta por microrganismos gram-positivos e anaeróbios facultativos como *Streptococcus oralis* e *S. sanguinis*. Por outro lado, a microbiota de pacientes críticos é composta também por microrganismos gram-negativos e anaeróbios estritos de grande virulência, que são agentes etiológicos em potencial da pneumonia aspirativa, como o *S. pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*^{6,16,17}.

Alguns pacientes apresentam problemas bucais pré-existent no momento da admissão. Outros passam a apresentar sintomas de higiene bucal deficiente apenas durante sua internação. A deficiência na higienização das próteses e da cavidade bucal como um todo (Figura 1) pelo próprio paciente e/ou equipe de enfermagem, o

estado de sedação do paciente, a presença ou não de ventilação mecânica e tipo de alimentação são fatores que influenciam diretamente a saúde oral dos pacientes internados em UTIs, podendo favorecer o acúmulo de biofilme, saburra lingual (Figura 2), problemas periodontais (gingivite, periodontite), além de infecções oportunistas na boca devido à imunossupressão e diminuição do fluxo salivar devido à ação medicamentosa⁶.



FIGURA 1 - Prótese mal higienizada de paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva – necessidade de ações de higienização mais efetivas pela equipe interdisciplinar

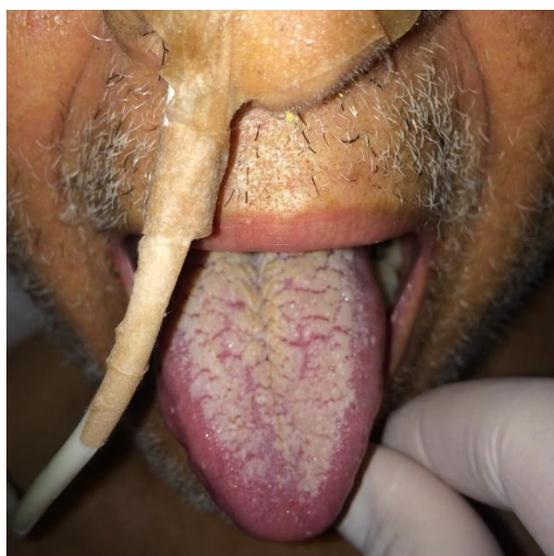


FIGURA 2 - Paciente submetido à alimentação por sonda nasoesférica apresentando saburra em toda extensão lingual.

Saúde bucal x saúde sistêmica

A doença sistêmica que mais se relaciona à saúde bucal é a pneumonia, diretamente ligada à doença periodontal. Nas UTIs, a sua correlação é frequente e constitui

um elemento preocupante, uma vez que a pneumonia nosocomial, infecção extremamente debilitante diagnosticada após 48h da admissão do paciente no hospital, é a segunda maior causa de morte entre as infecções adquiridas em ambiente hospitalar, do qual 20 a 50% dos pacientes afetados falecem^{7,8}.

As superfícies dentárias e língua, principalmente, de pacientes hospitalizados, são reservatórios microbianos de alta complexidade, o que faz com que a secreção salivar se torne extremamente patogênica. Pacientes debilitados se encontram, geralmente, com os reflexos prejudicados, o que os predispõe à aspiração, tornando a boca a principal porta de entrada para microrganismos prejudiciais à saúde sistêmica^{1,2,6-10,17-19}.

Em casos de pacientes sob ventilação mecânica ou com tubo orotraqueal (Figura 3), os riscos aumentam em 6 a 21 vezes, pois o balonete do tubo também serve como um nicho microbiano de acesso direto para as bactérias se translocarem aos pulmões^{8,18}.



FIGURA 3 - Paciente submetido à intubação orotraqueal e alimentação nasoenteral na UTI – Dificuldades de manejo e adaptação profissional nas condutas de higienização bucal.

Multi-interdisciplinaridade na UTI

Em equipes multidisciplinares de Unidades de Terapia Intensiva constam médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e fonoaudiólogos; sendo os enfermeiros e técnicos de enfermagem os responsáveis pelos cuidados à cavidade oral. Entretanto, é necessária a atribuição do cirurgião-dentista à

equipe, com a finalidade de instruir os demais profissionais sobre seus conhecimentos e assistir o paciente hospitalizado de forma integral, uma vez que apenas o profissional da odontologia possui o conhecimento amplo sobre a higienização correta, a microbiota e as doenças que afetam a cavidade oral e ações odontológicas específicas como raspagem supragengival, condutas nas áreas de próteses dentárias, avaliação clínica de lesões bucais e resolução de problemas que atingem diretamente o sistema estomatognático^{5,19}.

A interdisciplinaridade consiste na união de pareceres específicos de cada especialidade, priorizando a abordagem em equipe na assistência à saúde. Busca a interação e integração de todos os elementos envolvidos em uma situação de saúde, de forma a entender o ser humano em sua amplitude, onde todos os tipos de ciência estão diretamente relacionados^{2,3,18,20}.

A saúde bucal é, muitas vezes, negligenciada dentro dos centros de internação e UTIs, o que pode desencadear consequências graves à saúde sistêmica^{6,9,10,15}.

É preciso que seja feita a determinação de protocolos específicos de higienização bucal nos hospitais, além da presença efetiva do cirurgião-dentista, para que a Odontologia seja inserida na rotina hospitalar de forma humanizada e o atendimento aos pacientes hospitalizados torne-se de maneira integrada e completa no contexto de promoção de saúde ao indivíduo hospitalizado^{3,14,20}.

Conclusão

A relação de fatores orais com os sistêmicos evidencia a necessidade da participação efetiva do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar nas Unidades de Terapia Intensiva. A higiene bucal deficiente e a negligência da saúde oral por parte dos próprios pacientes e profissionais representam riscos para a saúde sistêmica.

A atuação do profissional da odontologia ainda não é obrigatória nas Unidades de Terapia Intensiva, mas constitui um elemento essencial para a promoção da qualidade de vida do paciente crítico.

Oral health and care at the Intensive Care Unit

Abstract

Hospitalized patients at Intensive Care Units are exposed to chances of infectious diseases contraction, mainly the pulmonary ones, caused by respiratory pathogens that are found at the buccal cavity, considering oral care maintenance disabilities by means of preventive and minimum intervention dentistry. Dental surfaces, prostheses, tongue and ICU equipments that are in contact with the mouth represent reservoirs for these pathogens, and hygiene care and focus of infection elimination can provide positively influence at the critical patient quality of life and welfare. This article objective was, by means of a literature review, approach the dentist assignments importance as an integral member of the ICU health care team, the activities, oral care and the relation between oral and systemic conditions. It was used as inclusion criteria: published articles in portuguese and english, indexed in LILACS, SciELO and PubMed databases, published during the period of 2006 to 2015 and legislation about the theme, totalizing 20 references. It was concluded that oral hygiene disability at ICUs is a risk factor for developing systemic diseases, mainly the respiratory tract ones; and that the dentist participation at the critical patient treatment is fundamental to the health promotion at the hospital environment.

Descriptors: Dental Service, Hospital. Intensive Care Units. Pneumonia, Ventilator-Associated. Dental plaque. Oral Health. Quality of Life.

Referências

- Schlesener VRF, Rosa UD, Raupp SMM. O cuidado com a saúde bucal de pacientes em UTI. *Cinergis*. 2012;13(1):73-7.
- Amaral COF, Marques JA, Bovolato MC, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. *Rev APCD*. 2013;67(2):107-11.
- Reader TW, Mearns K, Cuthbertson. Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British J Anaesth*. 2011;98(3):347-52.
- Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/>> Acesso em 04 de setembro de 2015.
- Par M, Badovinac A, Plancak. Oral hygiene is an important factor for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Acta Clin Croat*. 2014;53(1):72-8.
- Munro CL, Grap MJ. Oral Health and Care in the Intensive Care Unit: State of the Science. *Am J Crit Care*. 2004;13(1):25-32.
- Gomes SF, Esteves MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. *Rev Bras Odontol*. 2012;69(1):67-70.
- Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J Bras Pneumol*. 2009;35(11):1116-24.
- Barnes, CM. Dental Hygiene Intervention to Prevent Nosocomial Pneumonias. *J Evidence-Based Dent Pract*. 2014:103-14.
- Belissimo-Rodrigues WT, Menequeti MG, Gaspar GG, Nicolini EA, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Belissimo-Rodrigues F. Effectiveness of a dental care intervention in the prevention of lower respiratory tract nosocomial infections among intensive care patients: a randomized clinical trial. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2014;35(11):1342-8.
- Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Junior IRG. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? *Rev Bras Odontol*. 2012;69(1):90-3.
- Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kem APT, Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão geral. *Rev Odontol UNESP*. 2009;38(2):105-9.
- Costa ACO; Rezende NPM, Martins FM, Santos PSS, Gallottini MHC, Ortega KL. A Odontologia Hospitalar no serviço público do Estado de São Paulo. *Rev APCD*. 2013;67(3):224-28.
- Sousa LVS; Pereira AFV; Silva NBS. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. *Rev Ciências da Saúde*. 2014;16(1):39-45.
- Vilela MC, Ferreira GZ, Santos PS, Rezende NP. Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein*. 2015;13(2):290-6.
- Margo AH, Armola R. Effect of oral care on bacterial colonization and ventilator-associated pneumonia. *Am J Crit Care* 2009;18(3):275-8.
- Somal J, Darby JM. Gingival and plaque decontamination: Can we take a bite out of VAP? *J Crit Care*. 2006;10(4):310-2.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica de 2007. *J Bras Pneumol*. 2007;33(Supl 1):S1 – S30.
- Rabelo GD, Queiroz CI, Santos PSS. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. *Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo*. 2010;55(2):67-70.
- Araújo RJG, Castro CNM, Miranda TR, Melo ASM. Capacitação de intensivistas para ações de cuidados bucais em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Odontol Militar*. 2012;29(1):19-23.