

ODONTOLOGIA HOSPITALAR: A IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES BUCAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Igor Coutinho dos Reis Souza¹
Sarah Miranda do Nascimento²
Ricardo Kiyoshi Yamashita³

RESUMO: A Odontologia hospitalar é a prática odontológica em ambiente hospitalar, oferecendo cuidados de baixa, média ou alta complexidade a pacientes hospitalizados, com o intuito de contribuir para a cura e melhorar a qualidade de vida. Neste contexto, o estudo tem como objetivo destacar a importância do cirurgião-dentista na prevenção de infecções bucais em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os resultados trazem que a odontologia hospitalar desempenha um papel vital na prevenção e tratamento de infecções da cavidade oral em pacientes internados em UTI. A saúde oral é um componente crítico do bem-estar geral de um paciente, e negligenciar esta área pode levar a complicações graves, incluindo infecções sistêmicas e estadias prolongadas na UTI. Dessa forma, o estudo conclui que a manutenção da saúde bucal não é apenas essencial para o bem-estar do paciente, mas também contribui para um melhor prognóstico e redução do tempo de internação na UTI. A interdisciplinaridade e o comprometimento de toda a equipe de saúde são essenciais para garantir a assistência integral e de qualidade aos pacientes na UTI. A atenção à saúde bucal não deve ser subestimada, pois pode fazer a diferença na vida dos pacientes mais vulneráveis.

653

Palavras-chave: Odontologia Hospitalar. Cirurgião-dentista. Infecções Bucais. Unidade de Terapia Intensiva.

1. INTRODUÇÃO

A criação das profissões visa atender às demandas originadas pelo próprio contexto social. No campo específico da odontologia, a profissionalização surgiu como resposta à necessidade de lidar com a dor e o sofrimento causados por doenças na cavidade bucal. Esses problemas se acentuaram consideravelmente nos séculos XVI e XVII mediante ao crescimento significativo do consumo de açúcar. Em 1879, foram estabelecidos os primeiros

¹ Acadêmico de odontologia. Unitpac – Afya.

² Acadêmica de odontologia. Unitpac – Afya.

³ Orientador do curso de odontologia Unitpac – Afya. Mestrado em prótese dentária.

cursos de cirurgia-dentária, vinculados às Faculdades de Medicina. Estes cursos conferiam o título de "cirurgião-dentista" aos alunos aprovados (Santana *et al.*, 2021).

Em 1884, o ensino da Odontologia foi oficializado, mas apenas em 1933 os cursos tornaram-se independentes das faculdades de medicina. Esse marco na criação de cursos de odontologia no país impulsionou avanços significativos na Odontologia brasileira, especialmente a partir dos anos 1970. A profissão odontológica é regulamentada por legislações específicas, como a Lei 4.324/64, que estabeleceu os Conselhos Federal e Regionais de Odontologia (posteriormente regulamentada pelo Decreto 68.704/71), e a Lei 5.081/66, que regulamenta o exercício da profissão no Brasil (Santana *et al.*, 2021).

Neste contexto, dentro de uma UTI que é um ambiente hospitalar voltado para o tratamento de pacientes graves e críticos. Muitas vezes, esses pacientes apresentam condições médicas complexas que os tornam mais suscetíveis a infecções, incluindo infecções bucais. A saúde bucal é um componente essencial do bem-estar geral do paciente, e a negligência nessa área pode levar a complicações adicionais e prolongar a permanência na UTI. O cirurgião-dentista é um profissional da área da saúde responsável pelo tratamento de doenças relacionadas ao sistema estomatognático. Ele pode atuar em diversas áreas, incluindo a Odontologia Hospitalar, que é o foco do estudo (Gonçalves *et al.*, 2022).

654

Dessa forma, o estudo tem como objetivo geral destacar a importância do cirurgião-dentista na prevenção de infecções bucais em pacientes internados na UTI. Assim como, descrever os riscos das infecções bucais em pacientes críticos na UTI, incluindo as causas de risco associados. Por fim, destacar a função do cirurgião-dentista na avaliação, diagnóstico precoce e intervenção odontológica para prevenir e tratar infecções bucais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A odontologia hospitalar

A Odontologia hospitalar é a prática odontológica em ambiente hospitalar, oferecendo cuidados de baixa, média ou alta complexidade a pacientes hospitalizados, com a finalidade de contribuir para a cura e melhorar a qualidade de vida (Gaetti-Jardim *et al.*, 2013). Nos Estados Unidos, essa área de atuação existe desde o início do século XX, com dentistas integrados em equipes hospitalares (Rocha, Travassos e Da Rocha, 2021).

No Brasil, a Odontologia Hospitalar foi oficialmente reconhecida em 2004 com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar. Em 2015, o Conselho Federal de

Odontologia criou a habilitação em Odontologia Hospitalar. No entanto, ainda há desafios na consolidação dessa área no Brasil, com um número insuficiente de cirurgiões-dentistas atuando em hospitais (Blum *et al.*, 2018).

Estudos demonstram que uma melhor higienização bucal em pacientes internados em UTIs reduz significativamente a ocorrência de doenças respiratórias. Além disso, isso diminui o uso de antibióticos, a mortalidade, os custos dos serviços de saúde e o tempo de internação (Rocha, Travassos e Da Rocha, 2021).

2.2 Fatores de risco de infecções bucais em pacientes internados

Como resultado da hospitalização e dos procedimentos de UTI, os pacientes hospitalizados podem mostrar alterações no sistema imunológico, problemas respiratórios, problema para dormir, incapacidade de beber e se reidratar, e ficam mais suscetíveis a infecções orais e hospitalares. Os pacientes internados em UTIs enfrentam diariamente uma série de causas de risco para o avanço de infecções bucais, assim como também é comum achar pacientes que “apresentem condições orais pré-existentes como cárie, doença periodontal e ausência de dentes” (Batista *et al.*, 2014, p. 157).

E no decorrer da internação, pode surgir condições como halitose, úlceras traumáticas, saburra lingual e candidíase podem aparecer durante a internação, podendo prejudicar ainda mais a saúde e bem-estar desses pacientes críticos (Batista *et al.*, 2014, p. 157). Estes fatores incluem a dificuldade em realizar uma higiene oral adequada devido à imobilidade, o uso de dispositivos médicos como tubos endotraqueais e cateteres intravenosos que aumentam o risco de contaminação na cavidade oral, a diminuição da produção de saliva devido a condições médicas e medicamentos, e o empenho do sistema imunológico em pacientes críticos, tornando-os mais suscetíveis a infecções bucais (Messias *et al.*, 2021; Araújo, 2019; Lopes e Barcelos, 2022; Do Nascimento *et al.*, 2021).

Neste contexto, é importante dar uma atenção especial à saúde bucal desses pacientes, incluindo o uso de protocolos de práticas de higiene oral rigorosas e intervenções apropriadas para prevenir infecções e promover a recuperação eficiente deste paciente. Batista *et al.* (2014), p. 157-158, trazem que as “complicações de infecções nosocomiais, endocardite bacteriana, pneumonia, candidíase e também da doença cárie e periodontal podem provocar impacto aos custos hospitalares”.

2.3 Infecções bucais em pacientes internados

As principais manifestações bucais identificadas em pacientes internados na UTI são: a presença de saburra lingual, biofilme dentário, candidíase, ressecamento labial e gengivite. Além disso, observa-se uma correlação entre o acréscimo do tempo de internação e o acontecimento de manifestações bucais e sistêmicas, destacando-se o ressecamento labial, queilite angular, língua despapilada, candidíase e pneumonia hospitalar como as mais afetadas (De Souza, Costa e Prado, 2023). Batista *et al.* (2014), p. 157-158, trazem as principais considerações sobre os pacientes de UTI, sendo sintetizadas no Quadro 1.

- De modo geral, pacientes de UTI podem apresentar xerostomia e ressecamento labial. A hipossalivação (redução do fluxo salivar) que ocorre devido ao uso de vários medicamentos, favorece o crescimento microbiano oral;
- A microbiota oral bacteriana gram-negativa e fúngica aumenta consideravelmente durante o período de intubação em pacientes de UTI. A grande prevalência de manifestações orais em pacientes hospitalizados enfatiza a necessidade da higiene oral. As alterações orais decorrentes de alterações da microbiota incluem doença periodontal, candidíase e saburra lingual;
- A administração de alguns medicamentos pode levar ao aparecimento de alterações orais, como é o caso da fenitoína, nifedipina e ciclosporina, que podem causar uma hiperplasia gengival secundária. As reações medicamentosas na boca muitas vezes podem simular outras doenças. A maioria desses efeitos adversos é mediada pelo sistema imunológico e por alergias medicamentosas, outros estão relacionados com overdose e toxicidade e podem ainda ser resultantes de um efeito imprevisível particular de um agente químico ou medicamento. As manifestações clínicas das reações medicamentosas dependem do tipo da droga, da dose e de particularidades de cada indivíduo podendo ser agudas ou ocorrer tardiamente;
- Outro tipo de manifestação oral inclui a dificuldade de deglutição (disfagia) de alimentos sólidos, semi sólidos ou líquidos. A disfagia pode afetar a população internada em UTI, com risco de maior incidência com o aumento da idade. As causas podem ser locais na orofaringe e esôfago, além de causas neurológicas e neuromusculares;
- A pneumonia nosocomial ou hospitalar é geralmente causa de morbidade e mortalidade, sendo uma doença de alto custo hospitalar. A cavidade oral representa uma porta de entrada para microrganismos patogênicos e tem sido relatada a participação do biofilme dental na patogênese das infecções respiratórias adquiridas em hospitais. Os dentes e gengivas representam um reservatório para os patógenos respiratórios. Durante a internação em UTI, a microbiota normal da orofaringe pode ser substituída por bactérias patogênicas, que por sua vez podem colonizar o trato respiratório. Como consequência, os pacientes internados em UTI têm maior risco de desenvolver pneumonia nosocomial.

Quadro 1 - As principais considerações sobre os pacientes de UTI.

Fonte: Batista *et al.* (2014), p. 157-158.

As alterações bucais podem ser categorizadas de acordo com o possível agente etiológico, assim, o Quadro 2 descreve as principais de acordo com Eduardo *et al.* (2022) e

Lopes & Barcellos (2022). Essa categorização ajuda a organizar as diferentes manifestações bucais encontradas nos pacientes, facilitando a identificação das causas potenciais e o subsequente planejamento do tratamento adequado para cada situação.

Patologia	Características	Imagem
Infecção Odontogênica	Isso engloba qualquer alteração relacionada a problemas dentários, como gengivite, periodontite, coto radicular, fratura coronária com exposição pulpar, abscesso dentário ou abscesso gengival.	
Distúrbios da Produção de Saliva	Foram consideradas condições clínicas que sugerem alterações nas glândulas salivares, como ressecamento labial e ressecamento da mucosa bucal.	
Lesões de Tecido Mole	Essa categoria abrange alterações na integridade da mucosa bucal que não têm origem infecciosa, como úlceras traumáticas e mucosite.	
Infecções não Odontogênicas	Quando as características clínicas das lesões indicavam uma origem fúngica, viral ou bacteriana, foram agrupadas sob essa categoria.	
Distúrbios Vasculares	Isso engloba casos de sangramento espontâneo, petéquias/hematoma e trombos na cavidade bucal.	

Quadro 2 - Categorização das manifestações bucais.

Fonte: Adaptado pelo autor, 2023.

2.4 Consequências das infecções bucais

As infecções bucais não tratadas podem ter sérias consequências para pacientes na UTI, incluindo a aspiração de bactérias da cavidade oral que pode causar pneumonia em

pacientes sob ventilação mecânica, assim como infecções bucais podem agravar doenças como diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, e por fim a presença de infecções bucais não tratadas está adjunta a uma maior mortalidade e tempo de internação na UTI.

Conforme Hupp, Edward e Tucker (2015) explicaram, que as infecções se disseminam para as profundezas do pescoço, da face, da cabeça e da cavidade oral, uma ampla variedade de causas de virulência se interagem, resultando na manifestação de diversas condições patológicas sistêmicas, tais como Angina de Ludwig, Mediastinite Necrosante, Fasceíte Necrosante, Endocardite Bacteriana, Sinusite do Seio Maxilar e Osteomielite. De Souza *et al.* (2023) descreve essas manifestações sistêmicas, assim temos o Quadro 3:

PATOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
Angina	A Angina de <i>Ludwig</i> é uma infecção difusa que afeta os espaços submandibular, sublingual e submentoniano. Geralmente, ela se origina de infecções dentárias e pode avançar rapidamente para os tecidos ao redor. Essa infecção pode se espalhar até o mediastino, o que pode levar a graves complicações, contendo obstrução das vias aéreas devido ao inchaço da língua (língua lenhosa). Além disso, podem acontecer complicações como ruptura da artéria carótida, formação de abscesso na bainha, tromboflebite da veia jugular interna e derrame pericárdico.
Mediastinite	A mediastinite descendente necrosante é uma complicação provável de infecções odontogênicas, proporcionando uma taxa de mortalidade significativa de cerca de 40%. Essa infecção alcança o mediastino devido a fatores como a gravidade, movimentos respiratórios e pressão negativa intratorácica, seguindo um curso oferecido pelos espaços e planos profundos do rosto e pescoço. É uma condição grave que se manifesta através de sintomas como dor, acréscimo do volume no pescoço, rigidez muscular cervical, presença de ar sob a pele (enfisema subcutâneo), problema de deglutição devido à compressão do esôfago pela coleção de pus, falta de ar e dor no peito devido a pneumonite aspirativa. O paciente rapidamente se enfraquece, portanto, um diagnóstico precoce é eficaz para iniciar o tratamento adequado.

PATOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
Fasceíte	<p>A fasceíte necrosante é uma infecção rara e progressiva, que se estende muito rápido por tecidos moles marcada por necrose extensas e formação gasosa no tecido subcutâneo e fáscia superficial. Quando acometida na região de faces, essa infecção se difunde no sistema músculo-aponeurótico superficial e se prolonga a partir da face, do músculo frontal a platisma, com alto índice de mortalidade sendo aproximadamente 40%. A necrose dessas regiões acontece devido a trombose e obstrução das arteríolas que ocorrem pelo platisma para irrigar os tecidos adjacentes. No estágio inicial, há um aparecimento de vesículas cutâneas e, em sequência, uma descoloração roxa escura devido a isquemia. O tratamento proposto para essa necrose é o desbridamento cirúrgico das grandes áreas afetadas, além de antibioticoterapia parenteral. Se não tratado precocemente, os pacientes acometidos por essa necrose podem desenvolver uma septicemia, insuficiência múltipla de órgão e, por consequência, ir a óbito.</p>
Endocardite	<p>A principal causa de bacteremia sistêmica que afeta o coração é a infecção dentária (40% das internações) e leva à mortalidade de 20% dos pacientes afetados. O termo endocardite refere-se à inflamação da estrutura interna do coração chamada endocárdio, que é causada por um agente infeccioso é chamada de endocardite infecciosa, quando em estado de bacteremia é chamada de endocardite bacteriana. É caracterizada por vegetação principalmente nas válvulas em um aglomerado de bactérias, plaquetas, fibrina infectada, leucócitos, hemácias e restos celulares, com alta taxa de mortalidade. O elemento dentário necrótico possui microrganismos que se espalham para a região apical, dotados de estruturas nobres - vasos sanguíneos e veias. As bactérias entram no sistema sanguíneo e usam esse meio para chegar ao coração. Alguns indivíduos estão predispostos à endocardite bacteriana. Essa infecção acomete especialmente em pacientes portadores de valvopatia nativa, portadores de próteses valvares e usuários de drogas endovenosas. Dada a gravidade da doença cardíaca, a intervenção nas fases iniciais da doença medular é essencial. Em qualquer estágio da pulpíte que careça de tratamento odontológico, pacientes com predisposição à endocardite ou fatores de risco associados devem receber profilaxia antibiótica.</p>

PATOLOGIA	CARACTERÍSTICAS
Sinusite	<p>A sinusite maxilar como a inflamação da membrana sinusal que cobre a cavidade paranasal. Os sintomas da sinusite de origem odontogênica são idênticos à de origem nasal, com a obstrução e/ou congestão nasal, presença de muco amarelado, dor, pressão facial, dores de cabeça, sensibilidade nas regiões ao entorno das órbitas e mau odor. Caso não seja retirado agente causal, uma recidiva é frequente e o tratamento inadequado irá avançar a várias complicações, como trombose do seio cavernoso, meningite, osteomielite, abscesso intracraniano e morte.</p>
Osteomielite	<p>A osteomielite é uma inflamação que ataca o osso e seus espaços medulares, podendo atingir o córtex e o periósteo. Em geral, a causa da osteomielite maxilar é a disseminação de microrganismos presentes nos processos infecciosos odontogênicos, principalmente as infecções endodônticas. A região da mandíbula é a mais afetada porque já possui tecido ósseo mais denso e menor irrigação sanguínea, dificultando a resposta inflamatória. Esta doença é considerada rara em pessoas saudáveis porque os microrganismos apresentam baixa virulência. Porém, o risco de incapacidade aumenta significativamente em pessoas com algum tipo de enfraquecimento da resposta inflamatória. Essa inflamação pode se manifestar por dor crônica, observada em 87% dos casos, edema (93%), presença de secreções purulentas e áreas de reabsorção óssea (63%) e condensação óssea (83%), limitação de abertura bucal e hipoestesia. O tratamento da osteomielite depende da remoção da fonte de infecção, remoção do tecido necrótico e do conteúdo séptico, além de antibioticoterapia parenteral ou oral por 4 a 8 semanas com duração média de 31 dias. Um medicamento altamente eficaz no combate aos microrganismos presentes na osteomielite e nas infecções odontogênicas é a clindamicina.</p>

Quadro 3 - As manifestações sistêmicas das infecções bucais.

Fonte: De Souza *et al.* (2023) p. 182-186.

2.5 Práticas recomendadas

Cada paciente admitido na UTI deve passar por uma avaliação inicial da saúde bucal pelo cirurgião-dentista. Isso permite identificar condições pré-existentes e estabelecer um protocolo de cuidados odontológicos (Quadro 4). A equipe de enfermagem deve realizar a higiene bucal regularmente, incluindo a limpeza da boca, língua e dentes. O uso de antissépticos bucais pode ser recomendado. A remoção da placa bacteriana por meio de

escovação dental adaptada e enxaguatórios bucais antissépticos ajuda a prevenir infecções. O acompanhamento da saúde bucal do paciente deve ser contínuo, com intervenções adicionais quando necessário, como tratamento de lesões ou infecções (Anexo 1).

Nível de Dependência do Paciente	Capacidade Motora	Recursos para Higienização
Independente	Paciente que pode deambular	Deslocar-se até uma pia e realizar a própria higiene Estimular e orientar quanto às técnicas corretas de higiene oral
Parcialmente Dependente	Pacientes que não podem se deslocar Pacientes com dificuldades motoras	Oferecer uma cuba para higiene no leito Recursos auxiliares com escovas com cabo adaptado, escovas elétricas
Dependente	Paciente com impossibilidades motoras Paciente intubado	Higiene realizada por um cuidador ou pela enfermagem com escovas comuns ou escovas elétricas Escovação e higiene com gaze e anti-séptico do tipo clorexidina 0,12%

Quadro 4 - Proposta de protocolo de atendimento odontológico ao paciente hospitalizado, de acordo com o nível de dependência do paciente.

Fonte: Gaetti-Jardim *et al.* (2012), p. 34.

Gaetti-Jardim *et al.* (2012), p. 35, apresentam, ainda uma proposta de protocolo das orientações a serem ensinadas ao paciente e aos seus cuidadores, para um procedimento adequado de higienização (Quadro 5):

- Este protocolo deve ser realizado, no mínimo, de 12/12hs;
- Manter a cabeceira elevada 30° (confirmar antes se não há restrições para mudança de decúbito do paciente no leito);
- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento e utilizar o EPI;
- Explicar ao paciente o que será realizado e que produtos serão utilizados;
- **Técnica:** utilizar uma escova dental extra macia e de cabeça pequena (pode ser infantil), molhando em solução aquosa de clorexidina 0,12% (antisséptico bucal fornecido pelo hospital), aplicando em todas as superfícies dentárias, mucosas e língua, sempre no sentido pósterio anterior, tanto para pacientes dentados quanto edêntulos;

- **Pacientes edêntulos (desdentados):** ao invés de escova extra macia pode ser utilizada gaze embebida em 20ml de solução de clorexidina 0,12% nas superfícies mucosas e língua;
- **Pacientes dentados:** a escovação dental com dentifrício fluoretado deve ser realizada 2x ao dia. Caso haja necessidade, lançar mão de dispositivos para manutenção da abertura bucal (ex: espátulas de madeira);
- Utilizar simultaneamente aspiração das secreções bucais e da solução de higienização;
- **Para pacientes intubados:** Verificação da pressão do cuff antes da realização do procedimento (que deve estar entre 25 e 30 cm H₂O);
- Injetar 10 ml da solução de clorexidina 0,12% na cavidade oral e aspirar o conteúdo ora e supra-cuff após 30s;
- Aplicar lubrificante labial;
- Acondicionar a escova adequadamente após sua limpeza.

Quadro 5 - Protocolo de orientações

Fonte: Gaetti-Jardim *et al.* (2012), p. 35.

2.6 Interdisciplinaridade na odontologia hospitalar e a importância do cirurgião dentista

A Odontologia Hospitalar é um campo interdisciplinar, e a colaboração entre cirurgiões-dentistas, médicos intensivistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde é fundamental para a assistência integral ao paciente na UTI. A troca de informações e a coordenação dos cuidados são essenciais para garantir a melhor qualidade de vida possível aos pacientes.

Nesse contexto, vale observar que a colaboração entre o cirurgião-dentista e a equipe multidisciplinar de saúde dentro dos hospitais beneficiará o paciente. A função do dentista na UTI seria diagnosticar e controlar alterações na cavidade bucal, além de colaborar e orientar a higiene bucal, que geralmente é feita pelo enfermeiro. Esses procedimentos visam reduzir o risco de alterações sistêmicas e de infecções hospitalares associadas a doenças bucais, reduzindo assim o tempo de internação hospitalar (Batista *et al.*, 2014, p. 157).

A inclusão do cirurgião-dentista na equipe médica é essencial porque valoriza plenamente a saúde do paciente e contribui para melhorar um prognóstico e recuperação. O

artigo 18 do Código de Ética da Odontologia, Capítulo IX, que trata da odontologia hospitalar, decide que é responsabilidade do cirurgião-dentista receber e observar pacientes em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, acatando as normas técnico-administrativas de a instituição (Batista *et al.*, 2014, p. 157).

O Projeto de Lei (PL) 2.776/2008 foi aprovado por unanimidade em 02/10/13 na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Esse projeto de lei, se aprovado, exigirá a inclusão de profissionais odontológicos nas UTIs e também em unidades de internação médica, integrando assim a equipe de saúde e beneficiando o paciente.

Assim, a interdisciplinaridade na odontologia hospitalar é importante para garantir um atendimento integral e eficaz aos pacientes hospitalizados que muitas vezes apresentam condições médicas complexas. O cirurgião-dentista desempenha um papel fundamental neste contexto, trabalhando em estreita colaboração com outros profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, para avaliar e tratar problemas bucais que possam afetar a saúde geral do paciente, como infecções, lesões e complicações decorrentes de exames médicos e tratamento.

A odontologia hospitalar contribui ainda para a prevenção de infecções sistêmicas, melhora a qualidade de vida e o bem-estar do paciente durante a internação e auxilia na sua recuperação global, comprovando a importância vital do cirurgião-dentista na equipe interdisciplinar do hospital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados trazem que a odontologia hospitalar desempenha um papel vital na prevenção e tratamento de infecções da cavidade oral em pacientes internados em UTI. A saúde oral é um componente crítico do bem-estar geral de um paciente, e negligenciar esta área pode levar a complicações graves, incluindo infecções sistêmicas e estadias prolongadas na UTI.

O cirurgião-dentista desempenha um papel importante na realização das avaliações regulares da saúde oral dos pacientes, identificando causas de risco e intervindo precocemente para prevenir e tratar infecções orais. A interdisciplinaridade na odontologia hospitalar com estreita colaboração entre cirurgiões-dentistas, médicos intensivistas, enfermeiros e demais profissionais de saúde é essencial para garantir uma assistência integral e de alta qualidade.

Assim, essa abordagem não só melhora a condição bucal dos pacientes, mas também contribui para uma recuperação mais eficiente e reduz o risco de complicações sistêmicas, enfatizando assim a importância vital do cirurgião-dentista na equipe de atendimento hospitalar da UTI.

Neste contexto, o estudo afirma que o comparecimento do cirurgião-dentista na UTI desempenha um papel crítico na prevenção e tratamento de infecções bucais em pacientes críticos. A manutenção da saúde bucal não é apenas importante para o bem-estar do paciente, mas também contribui para melhorar o prognóstico e redução do tempo de internação na UTI. A interdisciplinaridade e o comprometimento de toda a equipe de saúde são essenciais para garantir a assistência integral e de qualidade aos pacientes na UTI. A atenção à saúde bucal não deve ser subestimada, pois pode fazer a diferença na vida dos pacientes mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Antonio Carlos Moura Melo et al. Alterações bucais em pacientes em unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2023.

AMADO, Livia Perles et al. Importância da presença do cirurgião dentista nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **Revista InterCiência-IMES Catanduva**, v. 1, n. 4, p. 29-29, 2020.

ARAÚJO, Gabrielly Laís Barbosa Duarte de. **Alterações bucais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

BATISTA, Simone Alves et al. **Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva**. *Rev. Bras. Odontol.* [online]. 2014, vol.71, n.2, pp. 156-159. ISSN 1984-3747.

BLUM, D. F. C., et al. (2018). The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. A atuação da Odontologia em unidades de terapia intensiva no Brasil. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, 30(3), 327-332. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180044>

Da Costa DC, Saldanha FD, Souza K, Gaetti-Jardim EA. (2016). Perfil de saúde bucal dos pacientes internados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande (MS). *Arch Health Invest*. 2016; 5(2):70-77.

DE SOUZA, Karen Lorrayne Meira et al. Infecções odontogênicas-patogênese e repercussões sistêmicas: Revisão de literatura. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 2, n. 61, p. 175-191, 2023.

DE SOUZA, Stephanie Lessa; COSTA, Silvania Moraes; PRADO, Fabio Ornellas. Manifestações bucais em pacientes internados na UTI de um hospital público. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 22, n. 1, p. 68-75, 2023.

DO NASCIMENTO, Yasmin Alves et al. Avaliação da condição bucal de pacientes em ventilação mecânica internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, p. e6910615365-e6910615365, 2021.

EDUARDO, Fernanda de Paula et al. Oral lesions and saliva alterations of COVID-19 patients in an intensive care unit: A retrospective study. **Special Care in Dentistry**, v. 42, n. 5, p. 494-502, 2022.

GAETTI-JARDIM, Ellen *et al.* (2013). Atenção odontológica a paciente hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 11 (35), 31-36.

GONÇALVES, Victor Paes Dias et al. Avaliação da saúde bucal de atletas futebolistas profissionais. Índice de CPOD e índice de placa. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, v. 27, n. 287, 2022.

HUPP, J.R.; EDWARD, E.E.; TUCKER, M.R. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.

LOPES, Fagner Luiz André Rezende; BARCELOS, Adriana Moreira de Carvalho . A importância da higienização bucal em pacientes intubados na UTI. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 2, p. 881-894, 2022.

665

MESSIAS, Yhasmim Jotha et al. Manifestações orais em indivíduos internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Universitário Antônio Pedro. 2021.

MOREIRA, Hyago Barreto et al. Desafios e importância da odontologia hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista da Faculdade de Odontologia da UFBA**, v. 52, n. 1, p. 90-97, 2022.

ROCHA, Sylvia Cunha; TRAVASSOS, Denise Vieira; DA ROCHA, Najara Barbosa. Os benefícios da Odontologia Hospitalar para a população: Uma revisão de escopo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. e33410414117-e33410414117, 2021.

SANTANA, Maria Tays Pereira et al. Odontologia hospitalar: uma breve revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e4310212171-e4310212171, 2021.