

Revisão de Literatura

Odontologia Hospitalar: Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva

Hospital Dentistry: Hospitalization Units, Surgical Center and Intensive Care Unit

Alexandre Franco Miranda¹

¹ Doutor e Mestre em Ciências da Saúde – UnB; Habilitação em Odontologia Hospitalar – CFO; Universidade Católica de Brasília (UCB) – Coordenador e Professor das disciplinas de Odontologia para Pacientes Especiais, Odontogeriatría e Odontologia Hospitalar.

Resumo

Introdução: A falta de políticas efetivas em relação à manutenção da saúde bucal nos hospitais contribui para o aumento das doenças sistêmicas e danos à saúde do paciente. O dentista desempenha um papel fundamental no diagnóstico, planejamento e realização de abordagens clínicas interdisciplinares focadas na qualidade de vida desses pacientes.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo discutir o contexto da odontologia hospitalar, enfatizando a regulação desta prática e seu campo de ação, a relação saúde sistêmica, os procedimentos clínicos preventivos, as dificuldades clínicas e as diretrizes breves, por meio de uma revisão da literatura. **Metodologia:** Os artigos científicos foram pesquisados e analisados, bem como as bases de dados bibliográficas ligadas às práticas odontológicas hospitalares. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados em português e inglês indexados em bases de dados LiLACS, SciELO e PubMed entre 2009 e 2018, a legislação sobre o tema e a experiência clínica. A pesquisa reuniu 35 referências.

Conclusão: O treinamento de toda a equipe do hospital e do cirurgião-dentista sobre como promover a saúde bucal é exigente, bem como conhecer o reflexo desses problemas orais sobre a saúde sistêmica dos pacientes e implementar protocolos específicos sobre o tema aqui descrito em todos os hospitais.

Descritores: Unidade Hospitalar de Odontologia; Unidades de Terapia Intensiva; Saúde bucal; Qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The lack of effective policies regarding the maintenance of oral health in hospitals contribute to increasing systemic diseases and damage to the health of the patient. The dentist plays a key role on diagnosing, planning and conducting clinical interdisciplinary approaches focused on these patients' quality of life. **Objective:** Aims to discuss the hospital dentistry context by emphasizing the regulation of this practice and its action field, the oral – systemic health relation, the preventive clinical procedures, the clinical difficulties and the brief guidelines, by means of a literature review.

Methodology: Scientific articles were searched and analyzed as well as the bibliographic databases linked to hospital dentistry practices. Inclusion criteria were: articles published in Portuguese and English indexed at LiLACS, SciELO and PubMed databases between 2009 and 2018, the legislation about the theme and clinical experience. The search gathered 35 references. **Conclusion:** Training all the hospital staff and the dental surgeon on how to promote oral health is demanding as well as knowing the reflex from these oral issues on the systemic health of patients and implementing specific protocols regarding the herein described theme in all hospitals.

Key words: Dental Service, Hospital; Intensive Care Units; Oral Health; Quality of Life.

Contato: Alexandre Franco Miranda; E-mail: alexandrefmiranda@hotmail.com

Enviado: Julho de 2018
Revisado: Setembro de 2018
Aceito: Novembro de 2018

Introdução

A Odontologia assume uma importância nas ações preventivas, eliminação de processos inflamatórios, infecciosos e de sintomatologia dolorosa que possam contribuir para prejuízos aos pacientes internados, além de associações com as condições sistêmicas no ambiente hospitalar, superando as barreiras e preconceitos dos envolvidos com esse específico tipo de serviço em saúde¹⁻³.

Observa-se o aumento do número de pacientes que necessitam de condutas odontológicas no ambiente hospitalar, necessitando da presença mais efetiva do cirurgião-dentista nas atividades interdisciplinares, de maneira a favorecer uma importante revisão no que se refere às oportunidades e áreas de atuação profissional^{2,4,5}.

A Odontologia hospitalar pode ser definida como uma prática que visa os cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares, atuação com os profissionais da saúde envolvidos, abordando o paciente de forma integral^{1,3,4}.

O cuidado com a saúde em âmbito hospitalar exige o trabalho em equipe multidisciplinar, fato que demanda a inserção da prática odontológica nesse ambiente de trabalho onde as responsabilidades são compartilhadas entre médicos, cirurgiões-dentistas e toda equipe hospitalar^{3,5}.

Os principais problemas encontrados pelo cirurgião-dentista, na maioria dos hospitais, são a falta de treinamento da equipe hospitalar e pouca interação entre os profissionais sobre a temática saúde bucal, além dos advindos do preconceito dos demais profissionais da saúde e falta de conhecimento das atividades do cirurgião-dentista capacitado no ambiente hospitalar, e suas áreas de atuação^{1,2,6}.

A não realização de condutas mínimas de intervenção odontológica preventiva pode levar a complicações graves e comprometimentos sistêmicos, afetando diretamente na recuperação do paciente hospitalizado e da sua qualidade de vida, a destacar pacientes cardiopatas que serão submetidos a trocas de válvulas cardíacas, os quais necessitam de ações odontológicas direcionadas à adequação do meio bucal para que o mesmo não seja acometido pela endocardite bacteriana^{2,3}.

Os recursos existentes nos hospitais, para resolução de problemas odontológicos, em sua maioria, ainda são poucos. Existe um pequeno investimento para a realização de um sistema hospitalar efetivo e direcionado para as medidas que visam a promoção de saúde bucal⁷⁻¹⁰.

A legislação existente sobre a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar está vigente no próprio Código de Ética Odontológica publicado pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2012, em que o profissional capacitado pode internar e assistir os pacientes hospitalizados nos sistemas público e privado, respeitando sempre as normas vigentes e organização de cada hospital e setor⁷.

A integração do cirurgião-dentista no sistema hospitalar é uma necessidade para a melhoria da saúde geral do paciente, além da avaliação global do indivíduo que necessita de cuidados especiais^{1-6,9}.

O presente trabalho tem como objetivo, por meio de uma revisão de literatura, abordar o contexto da odontologia hospitalar, enfatizando a regulamentação dessa prática, áreas de atuação, relação com a saúde sistêmica, procedimentos clínicos, dificuldades clínicas e breves orientações.

Métodos

Foi realizado um levantamento de estudos publicados sobre a prática odontológica hospitalar. Realizou-se levantamento bibliográfico por meio de estratégia de busca com base nos termos: odontologia hospitalar, pneumonia, unidade de terapia intensiva, oral biofilms, oral hygiene, periodontitis, hospital dentistry. Os resumos dos artigos recuperados foram analisados para verificar o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês; artigos indexados nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed; artigos publicados no período de 2009 a 2018 e legislação sobre o tema. Utilizaram-se como critérios de exclusão: estudos sem informações sobre a amostragem e análise efetuada; teses e dissertações. Considerando as bases científicas analisadas, num total de 42 artigos, 35 referências relacionadas ao tema da odontologia hospitalar atenderam aos critérios de seleção estabelecidos.

As 35 referências incluídas no estudo foram relato de experiência, revisão de literatura, legislação vigente sobre o tema, pesquisas clínicas e ensaios clínicos randomizados controlados.

Foram excluídas nove referências por não apresentarem uma organização estrutural em relação ao texto, repetição de ações e condutas clínicas realizadas na prática odontológica hospitalar que não se enquadrassem aos critérios de inclusão.

Com base na literatura sobre o específico tema e experiência clínica foram abordadas algumas condutas em relação à efetiva participação do cirurgião dentista em todos os setores hospitalares de maneira interdisciplinar.

Revisão de Literatura e Discussão

Histórico e regulamentação

O desenvolvimento da Odontologia hospitalar na América começou a partir da metade do século XIX, e posteriormente, a Odontologia hospitalar viria ter o apoio da Associação Americana Dentária e o respeito da comunidade médica incluindo o cirurgião-dentista e comprovando a sua importância na atuação hospitalar, no atendimento integral do paciente e no relacionamento com a equipe médica ^{2,3,9,11}.

Segundo o artigo 18 do Código de Ética Odontológico ⁷, 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, por meio de ações intersetoriais. Nos artigos 19 e 20 do Código de Ética Odontológico, respectivamente, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal de Odontologia ¹¹.

O cirurgião-dentista, quando solicitado para a realização de condutas sob anestesia geral em regime hospitalar, deve seguir a orientação da Resolução CFM nº 1.363/1993, que dispõe sobre condições de segurança em ambiente cirúrgico, bem como de acordo com o artigo 44 da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia, aprovada pela Resolução CFO-185/1993 ^{7,8,12}.

A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo, segundo a I Conferência Nacional de Saúde Bucal de 1986, e de acordo com o artigo 196 da Constituição da República de 1988, que reconhece a saúde como um direito de todos e dever do Estado, é direito do cidadão a inserção da odontologia à equipe hospitalar ^{5,6-8,12}.

A regulamentação oficial da habilitação em odontologia hospitalar, bem como a regulamentação de cursos, foi publicada pelo Conselho Federal de Odontologia em novembro de 2015, enfatizando as diretrizes e competências do cirurgião-dentista que atua no hospital ⁸.

Odontologia hospitalar

A prática odontológica no hospital requer um preparo profissional não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal, mas também na melhoria do desempenho do compromisso de assistência integral e humanização no atendimento, a partir de ações que busquem o bem estar bio-psico-social do paciente ^{2,4}.

As atividades odontológicas hospitalares, geralmente, estão focadas na assistência aos pacientes com doenças sistêmicas graves, pessoas com deficiência não colaboradoras e indivíduos comprometidos neurologicamente. Sendo as ações odontológicas capazes de serem realizadas de maneira segura, confortável e de menos riscos aos pacientes, cirurgião-dentista e equipe ^{9,10}.

A solicitação de exames complementares para um melhor diagnóstico, acompanhamento do paciente e planejamento com os demais profissionais da saúde são vantagens que o cirurgião-dentista pode ter na realização das suas atividades clínicas no hospital ^{5,11}.

O cirurgião-dentista que está inserido no sistema hospitalar deve ser capaz de fazer uma minuciosa anamnese, avaliando o contexto interdisciplinar de saúde para um planejamento correto das ações em saúde bucal. Atividades de educação em saúde aos pacientes e profissionais envolvidos, condutas preventivas, ações de mínima intervenção direcionadas à adequação do meio bucal, condutas de médias e grandes complexidades com o objetivo de eliminação de processos inflamatórios e infecciosos, além de medidas que visem o não sofrimento do paciente devido problemas bucais, podendo interferir na qualidade de vida e recuperação do paciente, são competências do cirurgião-dentista no hospital ^{2,5}.

Outra facilidade é a disponibilidade de mais recursos direcionados a situações de urgência e emergência. Como por exemplo, uma correta estrutura física hospitalar, disponibilidade de uma equipe auxiliar capacitada em atuar nas mais diversas situações complicadas e trabalho em equipe para o correto atendimento de pacientes com enfermidades específicas ^{1,4,9}.

A maioria dos pacientes hospitalizados apresentam doenças sistêmicas isoladas e/ou associadas (mais comum) o que dificulta um correto planejamento em saúde bucal. Existe a necessidade de avaliação das repercussões da saúde sistêmica na saúde bucal e vice-versa, para que as condutas odontológicas tenham êxito ^{3,6,10}.

Cirurgião-dentista atuante no ambiente hospitalar

No hospital, o cirurgião-dentista pode atuar como consultor de saúde e prestador de serviços por meio da execução de treinamento, capacitação, orientações preventivas e instruções de práticas assistidas, posteriormente seguidas da avaliação qualitativa dessas condutas para o melhoramento do serviço e direcionamento das específicas necessidades ^{5,12}.

A avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista capacitado e com experiência hospitalar. Condutas clínicas de prevenção, avaliação da saúde bucal, lesões bucais e outras alterações que podem representar algum risco ou desconforto aos pacientes fazem parte dessa responsabilidade profissional^{7,9,10,13,14}.

A presença da placa bacteriana (biofilme dentário – saburra lingual) na cavidade bucal pode influenciar as intervenções médicas planejadas, devido aos fatores de virulência dos microrganismos que nela se encontram, contribuindo para o acúmulo de bactérias associadas à pneumonia nosocomial, pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e endocardite bacteriana, doenças sistêmicas e infecciosas mais comuns relacionadas ao contexto odontológico hospitalar¹⁵⁻¹⁷.

Na tentativa de diminuir e eliminar o aumento do índice dessas doenças sistêmicas relacionadas a problemas de saúde bucal, a presença de um cirurgião-dentista no âmbito hospitalar é necessária, nos mais diversos setores, que atue no suporte do diagnóstico das alterações bucais e como parceiro na terapêutica médica seja em procedimentos emergenciais, preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou infecção hospitalar, curativos, restauradores e de adequação do meio bucal para trazer maior conforto ao paciente^{1,9}.

A) Unidades de Internação

O cirurgião-dentista pode atuar como consultor de saúde bucal e como prestador de serviços, no regime ambulatorial e nas unidades de internação, sabendo que a condição bucal altera a evolução e a resposta ao tratamento médico, assim como a saúde bucal fica comprometida pelo estresse, dificuldade de realização de higienização bucal, relações humanas, ambiente desconfortável e pelas interações medicamentosas^{3,6}.

As condutas odontológicas têm como objetivo a adequação do meio bucal por meio da eliminação de processos inflamatórios, infecciosos e sintomatologia dolorosa que possam comprometer a saúde geral do paciente hospitalizado, a partir de um planejamento e execução clínica interdisciplinar (Figura 1)^{2,4,5,10}.



Figura 1 – Intervenção odontológica (raspagem supragengival) – eliminação de cálculo supragengival e adequação do meio bucal em paciente na Unidade de Internação (Enfermaria) – planejamento interdisciplinar. Arquivo pessoal e responsabilidade clínica e ética do Prof Dr Alexandre Franco Miranda.

B) Centro-cirúrgico (Anestesia geral)

Em contraposição ao tratamento ambulatorial ou preventivo o serviço de emergência odontológica é amplo no que se refere à emergência em traumatologia bucomaxilofacial. Verifica-se concentração de casos para diagnósticos mais graves, como as fraturas e ferimentos, do que para os traumatismos superficiais. Esse tipo de serviço é mais consagrado e possui rotinas definidas no ambiente hospitalar em relação aos serviços odontológicos preventivos e curativos^{1,7,10,11}.

Estão inclusos nesse grupo, procedimentos cirúrgicos que incluem grandes enxertos ósseos para viabilizar a fixação de implantes dentários, tratamento das fraturas dos ossos da face, cirurgia ortognática, tratamento de grandes lesões patológicas, reconstruções após remoção de tumores, além de condutas odontológicas em pacientes especiais não colaboradores (agressivos), caracterizando procedimentos odontológicos realizados em âmbito hospitalar^{4,9}.

Quando há a necessidade da realização de um procedimento odontológico em ambiente hospitalar, as responsabilidades devem ser compartilhadas entre as equipes médica e odontológica. Em casos de intervenções cirúrgicas e realização de todas as necessidades clínicas do paciente em sessão única (Figura 2), há a necessidade de uma avaliação pré-operatória adequada do paciente, a qual deve ser realizada pelo médico clínico ou pelo especialista, cabendo ao médico anestesista a responsabilidade por todo o procedimento anestésico e risco do controle da atividade cirúrgica^{3,5,9}.



Figura 2 – Planejamento interdisciplinar para a realização de condutas clínicas em saúde bucal para adequação do meio – eliminação de focos de infecção dentários – ações preventivas e restauradoras em sessão única – *FULL MOUTH DISINFECTION* – em centro Cirúrgico sob anestesia geral. Arquivo pessoal e responsabilidade clínica e ética do Prof Dr Alexandre Franco Miranda.



Figura 3 - Condutas odontológicas realizadas na Unidade de Terapia Intensiva sob constante monitoramento sistêmico – eliminação de focos de infecção dentários decorrentes de problemas bucais relacionados à condição sistêmica. Necessidade de manejo, adaptação profissional e planejamento interdisciplinar. Arquivo pessoal, responsabilidade clínica e ética do Prof Dr Alexandre Franco Miranda.

C) Unidade de Terapia Intensiva - UTI

A higiene bucal insatisfatória é um achado característico nos pacientes internados nas unidades de terapias intensivas, e esses fatores podem alterar a imunidade local e sistêmica por selecionar espécies bacterianas, principalmente relacionadas à pneumonia nosocomial^{13,18-21}.

Pacientes internados em UTI geralmente apresentam higiene bucal deficiente, com quantidade significativamente aumentada de biofilme e maior colonização por patógenos respiratórios (bactérias gram negativas). Sendo que, a quantidade e a complexidade do biofilme aumentam com o tempo de internação^{20,22}.

A prática odontológica hospitalar já é capaz de co-relacionar a influência de doenças bucais sobre a etiopatogenia de diversas enfermidades sistêmicas, tais como doenças cardíacas coronárias, acidentes vasculares cerebrais, endocardite bacteriana, diabetes mellitus e infecções respiratórias. Existe a necessidade de atuação pelo cirurgião-dentista nas atividades clínicas e educacionais para a promoção de saúde bucal nas unidades de terapia intensiva (Figure 3)^{17,23,24}.

Dentre as doenças bucais existentes, destaca-se a doença periodontal devido à deficiência de manutenção da saúde bucal e incorreta higienização bucal de pacientes intubados orotraquealmente, traqueostomizados e não colaboradores, em que a presença de microrganismos gram-negativos é semelhante aos encontrados em diversas infecções crônicas e respiratórias^{11,17,22}.

Principais problemas bucais nos pacientes hospitalizados

A cárie e as doenças do periodonto (tecidos de suporte dentário) são mais prevalentes e não se limitam a prejuízos somente na cavidade bucal, podendo gerar problemas em outros sistemas orgânicos e corpo humano. A saúde bucal é um fator importante e primordial que deve ser relacionado com a saúde geral, pois compromete a qualidade de vida do indivíduo, principalmente em ambiente hospitalar, na presença de desequilíbrio e descompensação orgânica^{23,25,26}.

Existe a necessidade permanente de acompanhamento do paciente pelo cirurgião-dentista no hospital e capacitação dos profissionais da saúde envolvidos, pois a cavidade bucal abriga microrganismos e apresenta vários nichos bacterianos que facilmente ganham a corrente circulatória, expondo o paciente a um maior risco de infecção e processos inflamatórios^{4,5,13,14,16}.

Doenças sistêmicas e possível relação com problemas bucais no ambiente hospitalar

A) Pneumonia nosocomial – Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV)

Dentre as doenças sistêmicas, as que acumulam mais evidências científicas da sua relação com as doenças periodontais são as doenças respiratórias. Vários estudos indicam que as periodontopatias podem influenciar o curso das infecções respiratórias destacando-se as pneumonias^{15,16,18}.

O estabelecimento da pneumonia nosocomial ocorre com a invasão bacteriana, especialmente bastonetes gram-negativos, no trato respiratório inferior por meio da aspiração de secreção presente na orofaringe, por inalação de aerossóis contaminados ou, menos freqüentemente, por disseminação hematogênica que pode ocorrer devido ao grande número de bactérias provenientes de infecção periodontal originada de um foco à distância^{20,29}.

O biofilme dentário pode servir de reservatório permanente de microrganismos gram negativos. A pneumonia nosocomial é responsável por altas taxas de morbidade e aumento dos custos hospitalares, como resultado da aspiração do conteúdo presente na boca e faringe^{21-24,26}.

Pacientes com depressão do nível de consciência podem apresentar aspiração de secreção da orofaringe durante o sono. Quando existe a ventilação mecânica (intubação orotraqueal) a colonização da orofaringe por microrganismos gram-negativos, ocorre nas primeiras 48 a 72 horas após a admissão na UTI, e alcançam os pulmões através das secreções bucais que se exteriorizam pelos lados do balonete do tubo traqueal^{11,15,18}.

A prevenção, ações em educação em saúde e a intervenção periodontal têm o poder de melhorar a condição sistêmica, principalmente nesses pacientes impossibilitados de realizar a higienização^{17,27,28}.

B) Endocardite bacteriana

Em certos pacientes, a bacteremia causada por procedimentos dentais, mesmo a simples escovação dental, pode causar endocardite bacteriana. A doença periodontal é considerada fator de risco para doenças cardiovasculares, o diagnóstico e tratamento devem ser precoces, visto que as infecções bucais podem ter impacto negativo sobre a saúde geral do paciente^{4,16}.

Pode ocorrer bacteremia, e quando ocasionada tem aspecto negativo na saúde pela entrada de bactérias na corrente sanguínea que acabam se estabelecendo no coração, principalmente nas válvulas cardíacas. Sendo que, quase metade das endocardites tem origem nas doenças bucais^{25,30,31}.

Em pacientes com risco de desenvolver endocardite bacteriana com evidências de periodontite e de higienização bucal deficiente, a antibioticoterapia profilática deve ser realizada, antes de procedimentos invasivos realizados no hospital e até mesmo antes de sondagem dos sulcos gengivais³⁰.

Pacientes impossibilitados de realizar uma correta higienização bucal

Pacientes impossibilitados de escovação devem ser atendidos por familiar e/ou responsável, cuidador, enfermeiro ou técnico de enfermagem, sendo qualquer um desses orientados por um cirurgião-dentista sobre as corretas ações direcionadas para uma correta higienização bucal, a partir da individualidade de cada paciente^{11,17,32}.

Sabendo que este pode apresentar a condição de dependência funcional, alteração cognitiva, alteração do nível de consciência, ausência de condições de higienizar suas próteses ou dentes, portanto, as próteses devem ser removidas durante a internação hospitalar para diminuir o nicho de um possível foco de infecção, inflamação e fúngico, a destacar a candidose^{1,9,10}.

É importante para a melhoria na qualidade de vida e prevenção de agravos a saúde dos pacientes hospitalizados que o cirurgião-dentista atue em ações educacionais, preventivas e de mínima intervenção. Orientando principalmente sobre os cuidados específicos com a saúde bucal dos pacientes em cada setor hospitalar^{18,32}.

A escovação dentária deve ser feita no próprio leito, com pouco ou nenhum creme dental numa escova com cerdas macias e extra macias, efetuando a limpeza principalmente da língua, sendo recomendado os limpadores linguais^{6,15,24}.

A mucosa, bochechas e lábios também devem ser limpos adequadamente. Na ausência de limpadores de língua a higienização pode ser realizada com escova dental macia ou com uma gaze enrolada do dedo, embebida em solução com clorexidina a 0,12%, a qual apresenta ação bactericida e bacteriostática, diminuindo assim, a quantidade de bactérias presentes sem que apresente nenhum risco à saúde^{11,13-16,23,24}.

É importante ressaltar que o uso prolongado da clorexidina 0,12% pode contribuir para o manchamento dentário, perda da capacidade gustativa (paladar) e interferência na flora bacteriana bucal, portanto o uso deve ser controlado e orientado pelo cirurgião-dentista capacitado que atua no hospital^{19,22,25}.

Avaliação bucal e higienização: breves orientações

As condutas mínimas de higienização bucal e orientações, muitas vezes, são negligenciadas pelos profissionais da saúde responsáveis no ambiente hospitalar. A falta de conhecimento sobre técnicas e manejo específicos, bem como dificuldades de acesso à cavidade bucal dos pacientes e as demais tarefas a serem realizadas diariamente no hospital, contribuem para que as ações direcionadas à manutenção da saúde bucal sejam prejudicadas^{29,32,33}.

Por isso a importância do cirurgião-dentista atuante nos hospitais com o objetivo de desmistificar as condutas odontológicas que devem ser realizadas rotineiramente, como uma importante atividade direcionada à especificidade do caso e complexidade do paciente^{1,3,5,18}.

Na abordagem inicial deve-se realizar o levantamento dos principais problemas, conhecimento das condições de saúde bucal e classificação do risco do paciente em relação às complicações sistêmicas, principalmente com o enfoque na conversa e anamnese detalhada. Posteriormente, a avaliação clínica e detecção de problemas bucais com necessidade de tratamento, principalmente quando há risco e emergências odontológicas^{4,14,15,17}.

O exame bucal deve ser feito no paciente em seu próprio leito, respeitando sua integridade e condição sistêmica, onde a posição do profissional é determinada pela condição física do paciente, ou seja, o profissional deve se adaptar, utilizando recursos técnicos e de manejo para um correto atendimento^{18,31,34}.

Diversos protocolos médicos inserem a necessidade da avaliação e intervenção do cirurgião-dentista capacitado previamente a determinados procedimentos médicos hospitalares, a destacar as cirurgias cardíacas^{19,22,25}.

A avaliação, adequação do meio bucal e atuação do cirurgião-dentista alteram positivamente o quadro clínico dos pacientes, minimizando fatores que possam influenciar negativamente o tratamento sistêmico, como os de caráter psicológico nos cuidados paliativos. Fato este que credibiliza o ampliado conceito de saúde com a efetiva participação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar^{3,9,14,35}.

A higienização bucal pode reduzir a halitose, melhorar a auto-estima e principalmente atuar na remoção de restos alimentares e desorganização do biofilme, contribuindo na adequação do meio bucal e diminuição dos riscos para o surgimento de problemas de saúde para os pacientes^{29,34}.

A remoção diária do biofilme dentário e saburra lingual contribui para que haja uma melhora na saúde bucal e consequentemente sistêmica do paciente hospitalizado. Essa medida deve ser realizada, pelo menos três vezes ao dia, após as refeições, o uso de fio dental deve ser diário, pois atua na eliminação da placa presente entre os dentes. O dentista deverá avaliar a necessidade de ajustes na indicação, principalmente quando relacionada ao fator sistêmico^{15,18,26}.

A língua deve ser higienizada uma vez ao dia, com o auxílio de espátulas de madeira, raspadores linguais específicos, ou ainda com a própria escova dental, no sentido pósterio-anterior sem pasta de dente, evitando ou dificultando a presença da saburra lingual^{11,14,16}.

Os enxaguatórios bucais mais eficientes comprovadamente são àqueles à base de clorexidina a 0,12% que agem no controle químico da placa, sendo um meio complementar a escovação e essencial em diversos casos, devido a sua eficácia e rápida ação^{28-30,35}.

Quando existe a presença de próteses principalmente em idosos, a higienização destas é tão importante quanto à higienização dos dentes. As próteses devem ser removidas e higienizadas, de acordo com protocolos específicos de cada hospital^{1,10,14}.

Os pacientes devem ser orientados a dormirem sem as próteses ou ficarem sem elas por 3 a 4 horas por dia, porém alguns pacientes não aceitam essa recomendação, por vergonha, hábito ou falta de informação^{15,29}.

Interdisciplinariedade, prevenção e educação em saúde no hospital

O atendimento deve ser baseado na soma dos saberes e com foco em procedimentos preventivos e interdisciplinares. Deve existir sensibilidade à realidade social e do sistema hospitalar^{4,6,12,34}.

O dentista e a equipe devem priorizar técnicas de auto-cuidado, por meio do desenvolvimento de atividades de natureza preventiva e educacional^{13,19,23}.

Atividades de educação em saúde bucal com a utilização de modelos, demonstração correta da técnica de higienização bucal, orientação e instrução, palestras, cursos específicos, esclarecimento das dúvidas sobre a frequência e o modo como deve ser realizado pelos pacientes, cuidadores, acompanhantes e profissionais da enfermagem, principalmente os técnicos de enfermagem, de acordo com a realidade do paciente e com o seu perfil odontológico^{5,14,29}.

É de extrema importância que os cirurgiões-dentistas orientem a equipe auxiliar e multidisciplinar na promoção a saúde e no desenvolvimento de ações práticas de higiene bucal no hospital, na eliminação de hábitos nocivos à saúde e cuidados com a alimentação, além da busca e colaboração na adoção de medidas preventivas com o objetivo de influenciar o paciente hospitalizado a uma mudança de comportamento, contribuindo para a melhora do quadro clínico, proporcionando bem-estar, prevenindo doenças sistêmicas e atuando na recuperação da saúde^{24,26,27}.

É importante que exista no ambiente hospitalar a interação e respeito entre as áreas da saúde de modo a atender o indivíduo como um todo a partir de uma equipe interdisciplinar que, cada vez mais, tem o papel fundamental de mudar paradigmas e protocolos pré-estabelecidos^{2,10,11}.

Humanização no atendimento hospitalar

A análise crítica, criatividade, competência e técnica a cerca do problema, deve ser discutida e analisada em busca da solução que melhor atenderá o paciente hospitalizado na sua individualidade e necessidade, caracterizando uma equipe inter e multidisciplinar, que visa uma humanização das relações nesse específico ambiente, o respeito ao indivíduo a partir do vínculo e confiança através da relação ética e profissional³³⁻³⁵.

O cirurgião-dentista atuante no ambiente hospitalar deve saber se comunicar, dialogar de maneira mais simples e direta possível. A explicação de todas as condutas, etapas dos procedimentos permitem uma maior confiança entre o paciente e profissional, além do respeito às decisões e autonomia do paciente são essenciais para o vínculo profissional baseado nas atividades éticas e legais, como a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido^{1,5,18}.

A insegurança e ansiedade propiciam aos pacientes momentos de fragilidade e preocupação, visto a impessoalidade do ambiente, o medo do desconhecido, por isso a utilização de palavras positivas e confortantes aos pacientes internados são fundamentais na atenção integral e psicológica no ambiente hospitalar^{4,14,17}.

A saúde deve ser atendida de maneira integral no sistema hospitalar, não dissociada da cavidade bucal e suas implicações, baseada nas ações preventivas e de mínima intervenção que podem ter direto comprometimento sistêmico no indivíduo, as condutas odontológicas devem superar o contexto técnico e profissional, a valorização do ser humano frágil, suas angústias e individualidades, inclusive na terminalidade da vida, é o determinante de capacitação de um cirurgião-dentista atuante no ambiente hospitalar^{22,23,33}.

Conclusões

Conclui-se a necessidade de treinamento e capacitação de toda a equipe hospitalar e cirurgião-dentista na promoção de saúde bucal dos pacientes, conhecimento das repercussões dos problemas bucais na saúde sistêmica e implementação de protocolos específicos sobre essa temática em todos os hospitais.

O cirurgião-dentista deve promover a saúde geral do indivíduo hospitalizado, a partir de planejamentos interdisciplinares com os demais profissionais da saúde, avaliar as principais necessidades dos pacientes e contribuir na qualidade de vida desses indivíduos.

Conflito de Interesses

O autor alega não haver conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. Aguiar ASW, Guimarães MV, Morais RMP, Saraiva JLA. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia. Rev Eletr de Extensão, 2010; 7(9): 100-110.
2. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Hospital odontology in Brazil. A general vision. Rev Odontol UNESP, 2010; 38(2): 105-109.
3. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Júnior IR. Qual a importância da odontologia hospitalar. Rev Bras Odontol, 2012;69(1): 90-93.
4. Carcereri DL, Amante CJ, Reibnitz MT, Mattevi GS, Da Silva GG, Padilha ACL, Rath IBS. Formação em odontologia e interdisciplinariedade. Rev ABENO, 2011; 11(1): 62-70.
5. Mattevi 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. Cien Saude Colet, 2011; 16(10): 4229-4236.
6. Miranda AF. The dental surgeons in the hospital and their professional areas in Brazil: hospitalization units, surgical centers and intensive care units. J Comm Med & Health Educ, 2017;7(1):01-07.
7. Gomes SF, Esteves MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. Rev Bras Odontol, 2012;69(1):67-70.

8. Brasil. Conselho Federal de Odontologia – CFO. Habilitação em Odontologia Hospitalar. Aprovada pela Resolução do CFO – 162 / 2015.
9. Porto AN, Segundo AS, Borges AH, Semenoff TADV, Miranda FP. Hospital Dentistry: a proposal of new discipline. *RSBO*, 2010; 9(1):119-122.
10. Gaetti-Jardim E, Setti JS, Cheade MFM, De Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Rev Bras Ciências da Saúde*, 2013; 11(35): 31-36.
11. Gomes SF, Esteves MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. *Rev Bras Odontol*, 2012; 69(1): 67-70.
12. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO-118/2012. Atualizado em 01/01/2013. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf>
13. Drinka P. Preventing aspiration in the nursing home: the role of biofilm and data from the ICU. *J Am Med Dir Assoc*, 2010; 11(1): 70-77.
14. Miranda AF, Costa PP, Bezerra ACB. Oral care practices for patients in Intensive Care Units: a pilot survey. *Indian Journal Critical Care Medicine*, 2016; 20(5): 267-273.
15. Rabello F, Araújo VE, Magalhães S. Effectiveness of oral chlorhexidine for the prevention of nosocomial pneumonia and ventilator-associated pneumonia in intensive care units: overview of systematic reviews. *Int J Dent Hyg*, 2018; 16(4):441-449.
16. Rosenthal VD *et al.*. International Nosocomial Infection Control Consortium Report, data summary of 50 countries for 2010-2015: device-associated module. *Am J Infect Control*, 2016; 44(12):1495-1504.
17. Lima DC, Saliba NA, Fernandes LA, Garbin CAS. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(Supl.1): 1173-1180.
18. Barnes CM. Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. *J Evid Based Dent Pract*, 2014; 14 (Suppl 1):103-114.
19. Ames NJ, Sulima P, Yates JM, McCullagh L, Gollins SL, Soeken K, Wallen GR. Effects of systematic oral care in critically ill patients: a multicenter study. *Am J Crit Care*, 2011; 20 (5): e103-e114.
20. Amaral SM, Cortês AQ, Pires FR. Pneumonia nosocomial: importância do microambiente oral. *J Bras Pneumol*, 2009; 35(11):1116-1124.
21. Barbosa JCS, Lobato OS, Menezes SAF, Menezes TOA, Pinheiro HHC. Patients profile under intensive care with nosocomial pneumonia: key etiological agents. *Rev Odontol UNESP*, 2010; 39(4): 201-206.
22. Bellissimo Rodrigues-WT, Meneguetti MG, Gaspar GG, Nicolini EA, Auxiliadora Martins-M, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo 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): 1342-1348.
23. Silva LEL, Miranda AF, Araújo BLA, Grisi DC, Silva FBE. Atuação odontológica em UTI: a importância da Periodontia na qualidade de saúde do paciente crítico. *Perionews (São Paulo)*, 2016; 1(4): 791-796.
24. Miranda AF, De Araújo IA, De Araújo HBN, De Araújo EC, Bezerra ACB. Oral health promotion in Intensive Care Unit patients: management and adaptations. *Glo Adv Res J Med Med Sci*, 2015; 4(11):509-513.
25. Freire JCG, Nóbrega IRAP, Dutra MC, Silva LM, Duarte. Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Saúde Debate*, 2017; 41(115):1199-1211.
26. El-Rabbany M, Zaghol N, Bhandari M, Azarpazhooh A. Prophylactic oral health procedures to prevent hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: a systematic review. *In J Nurs Stud*, 2015; 52(1): 452-464.
27. Gaetti-Jardim E, Setti JS, Cheade MFM, de Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Rev Bras Ciências da Saúde*, 2013; 11(35): 31-36.
28. Liao YM, Tsai JR, Chou FH. The effectiveness of an oral health care program for preventing ventilator-associated pneumonia. *Nurs Crit Care*, 2015; 20(2): 89-97.
29. Kiyoshi-Teo H, Blegen M. Influence of institutional guidelines on oral hygiene practices in intensive care units. *Am J Crit Care*, 2015; 24(4): 309-318.
30. Cavezzi Júnior O. Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica: um assunto que permanece controverso para a odontologia. *RSBO*, 2010; 7(3): 372-376.
31. Duval X, Delahaye F, Alla F, Tattevin P, Obadia J-F, Le Moing V, et al. Temporal trends in infective endocarditis in the context of prophylaxis guideline modifications. *J Am Coll Cardiol*, 2012; 59(22): 1968-1976.
32. Araújo RJG, Oliveira RCG, Hanna LMO, Corrêa AM, Carvalho LHV, Alvares NCF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *RBTI*, 2009; 1(21): 38-44.
33. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*, 2010; 63 (1): 141-144.
34. Fertoni HP, de Pires DE, Biff D, Scherer MD. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. *Cien Saude Colet*, 2015; 20(6): 1869-1878.
35. Oliva A, Miranda AF. Cuidados paliativos e odontogeriatría: breves considerações. *Rev Portal de Divulgação*, 2015; 44(5): 63-69.