

Revisão de Literatura

A RELEVÂNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI: EDUCAÇÃO, PREVENÇÃO E MÍNIMA INTERVENÇÃO

THE RELEVANCE OF THE DENTIST IN THE ICU: EDUCATION, PREVENTION AND MINIMAL INTERVENTION

Júlia Álvares Ferreira¹, Larissa Pereira Londe¹, Alexandre Franco Miranda²

1. Acadêmica do 7º semestre do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB).

2. Doutor e Mestre em Ciências da Saúde – UnB, Habilitação em Odontologia Hospitalar - CFO; Professor do curso de Odontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB) – Odontogeriatrics, Odontologia para Pacientes Especiais e Odontologia Hospitalar.

Resumo

Objetivo: Buscar dados na literatura sobre a participação do cirurgião dentista nas práticas odontológicas e conhecimento dos profissionais de enfermagem para realização dos cuidados orais nas unidades de terapia intensiva. **Fonte dos dados:** Foi feita uma revisão bibliográfica aos bancos de dados Pubmed, Scielo, Lilacs e artigos que abordam a Odontologia na UTI. **Síntese dos dados:** A higiene bucal é um fator importante para a prevenção de quadros infecciosos e manutenção da saúde de pacientes hospitalizados nas UTIs. Essa prática é normalmente realizada pelas equipes de enfermagem que não possuem conhecimentos suficientes ou protocolos para seguir, o que evidencia a importância da presença de um cirurgião-dentista na equipe multiprofissional, para intervir na saúde bucal dos pacientes. **Conclusões:** É indispensável a atuação do cirurgião dentista para a manutenção da saúde bucal dos pacientes críticos e para evitar o agravamento de condições sistêmicas, além da sua importância na capacitação das equipes de enfermagem.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva, higiene bucal, equipe de enfermagem.

Abstract

Objective: Search data in the literature on the participation of the dental surgeon in dental practices and knowledge of nursing professionals to perform oral care in intensive care units. **Data Source:** A bibliographic analysis was made to Pubmed, Scielo, Lilacs and articles approaching dentistry in the ICU. **Synthesis of Data:** Oral hygiene is an important factor for the prevention of infectious conditions and the maintenance of the health of hospitalized patients in ICUs. This practice is usually performed by nursing teams that do not have sufficient knowledge or protocols to follow, which highlights the importance of the presence of a dentist in the multiprofessional team to intervene in patients' oral health. **Conclusions:** The dentist performance is indispensable to maintain the oral health of the critically ill patients and to avoid the worsening of systemic conditions, besides its importance in the training of nursing teams.

Key words: Intensive Care Units, oral hygiene, nursing team.

Contato: Alexandre Franco Miranda, e-mail: alexandrefmiranda@hotmail.com

Enviado: Abril de 2017
Revisado: Abril de 2017
Aceito: Maio de 2017

Introdução

A higiene bucal é um indicador importante para a saúde e bem-estar dos pacientes hospitalizados. Sua deficiência favorece o surgimento e a formação de reservatório de bactérias gram-negativas na cavidade bucal, uma vez que se proliferam quando a microbiota se altera em decorrência do acúmulo de biofilme e saburra lingual.^{1,2,3}

A presença de biofilme pode influenciar as terapêuticas médicas devido aos fatores de virulência dos micro-organismos que nela se encontram. Pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) podem apresentar uma higiene bucal deficiente, aumentando assim, a colonização de patógenos gram negativos que podem ser aspirados da orofaringe para os pulmões contribuindo para a instalação da pneumonia nosocomial.^{2,4,5,6}

Neste contexto, a integração da odontologia na equipe interdisciplinar visando a aquisição e manutenção da saúde bucal, orientações e o tratamento global dos pacientes, é de extrema importância. Apesar da necessidade dos cuidados com a higiene bucal em pacientes hospitalizados, essa prática ainda é escassa e realizada de forma deficiente pelas equipes de enfermagem.^{7,8}

A prática diária de cuidados bucais é geralmente realiza por técnicos de enfermagem, que afirmam saber da importância da higienização correta e reconhecem sua responsabilidade sobre a conduta. Porém, sabe-se que seus conhecimentos foram adquiridos de forma empírica, já que esses profissionais não receberam a capacitação e treinamento específico durante seus cursos de habilitação.²

A rotina de cuidados bucais ainda recebe uma baixa prioridade nas UTIs, portanto, é improvável que durante a estadia nesse ambiente a higienização seja realizada da forma correta, principalmente nas primeiras 48 a 72 horas, em que há a colonização por microrganismos gram-negativos, especialmente em pacientes intubados sob ventilação mecânica.^{4,7,9}

O obstáculo frequentemente enfrentado pelo cirurgião-dentista para integrar nas equipes interdisciplinares em UTI está relacionado a baixa prioridade do procedimento odontológico diante dos numerosos problemas apresentados pelo paciente. Entretanto, os Projetos de Lei (PL): nº 2.776/2008 e PL 363/2011, ambos aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, estabelecem a obrigatoriedade da presença de profissionais da Odontologia em hospitais públicos e privados em que existam pacientes internados em UTI ou enfermarias, demonstrando de maneira clara e vigorosa, a influência da condição bucal na evolução do quadro dos pacientes internados.⁶

A presença do cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados nas UTIs, pois estes pacientes necessitam de cuidados rigorosos devido a um quadro clínico caracterizado por imunossupressão e condições sistêmicas complexas, fato que os tornam mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral.^{2,4}

O objetivo desse trabalho foi, por meio de uma revisão de literatura, abordar a importância da presença do cirurgião dentista nas práticas odontológicas preventivas, na educação em saúde e ações clínicas de mínima intervenção, além de avaliar a qualidade da higiene bucal realizada pelos profissionais da enfermagem, como parte integrante da assistência em saúde nos pacientes críticos.

Revisão de Literatura

Os pacientes hospitalizados em UTIs encontram-se acometidos por complicações sistêmicas e podem apresentar alterações no sistema imunológico, comprometimento respiratório, dificuldade para dormir, incapacidade de ingestão e hidratação e são mais vulneráveis a desenvolver infecções orais.^{10,11}

As alterações no meio bucal se devem ao acúmulo de biofilme dental e saburra lingual que são colonizados por microrganismos mais virulentos que os encontrados naturalmente em pacientes saudáveis. O imunocomprometimento desses indivíduos associado a interação entre bactérias nativas e patógenos respiratórios, aumentam o risco de infecções e o desenvolvimento de doenças como a pneumonia, sendo que, a quantidade e a complexidade do biofilme bucal aumentam com o tempo de internação.^{12,13}

Bactérias gram-positivas são comumente encontradas na cavidade bucal, mas, à medida que ocorre o aumento e complexidade do biofilme dental, a microbiota oral bacteriana gram-negativa e fúngica apresenta-se consideravelmente alterada, tornando este biofilme mais patogênico. O aumento do número de bactérias no interior do epitélio juncional, resulta na penetração de bactérias e seus subprodutos nos tecidos gengivais, desencadeando um processo inflamatório e todas as consequências deste.^{6,10}

O acúmulo excessivo de biofilme faz com que ele atinja sua forma calcificada. A presença de cálculo na superfície dentária contribui para um ambiente áspero e poroso que permite que as bactérias virulentas sejam absorvidas e armazenadas, causando o desenvolvimento da doença periodontal que constitui um grave risco para o quadro sistêmico de pacientes fragilizados. As bactérias e seus produtos podem colonizar tecidos já comprometidos, tais como a *P. gingivalis* e *A. actinomycetemcomitans*, que possuem a capacidade de colonizar tecidos não danificados deixando o paciente ainda mais suscetível a complicações no seu quadro atual.^{3,10,11}

A pneumonia nosocomial (PN) é considerada a segunda infecção hospitalar mais comum e a causa mais habitual de morte entre as infecções adquiridas em ambientes hospitalares, sendo mais comum em pacientes intubados e ventilados mecanicamente.

Seu desenvolvimento está diretamente relacionado com o acúmulo de biofilme na cavidade bucal, que pode ser aspirado para a orofaringe, contaminando o equipamento respiratório. A higiene bucal torna-se importante para que ocorra o controle do biofilme, evitando assim, o desenvolvimento da PN.^{12,14}

A correta higienização em pacientes de UTI e a manutenção do biofilme bucal, tornam-se indispensáveis. A saúde bucal visa o tratamento global do paciente, e o cuidado com a mesma, tem se mostrado eficiente no controle de patógenos, além de que, a adequação bucal pode transformar o desfecho clínico, reduzindo fatores que podem alterar negativamente o tratamento sistêmico.^{15,16}

A higienização bucal em pacientes de UTI é um procedimento básico, primordial, e necessário, cujo objetivo é manter a saúde dos tecidos na cavidade bucal. Este procedimento visa prevenir infecções, manter a umidade da mucosa, promover conforto ao paciente controlar o desenvolvimento e a maturação de um biofilme de maior patogenicidade nos diversos sítios da cavidade bucal, não só dentes, mas também mucosa de recobrimento, língua e dispositivos protéticos fixos e/ou móveis.^{10,17,18}

Indivíduos hospitalizados tendem a apresentar higiene bucal deficiente. Esses pacientes encontram-se muitas vezes totalmente debilitados, devido a severidade de seu estado. Por isso, não são considerados atuantes de suas escolhas e não possuem autonomia em relação a sua higiene pessoal, tornando-se assim, dependentes de cuidados, necessitando do suporte de profissionais da saúde para realização de tais procedimentos. As práticas de higienização bucal são normalmente realizadas pelas equipes de enfermagem, que muitas vezes não se sentem preparadas para realiza-la da maneira adequada, e afirmam não receber um treinamento efetivo para sua realização.^{5,15}

Compete aos profissionais da enfermagem realizar a higiene bucal dos pacientes internados, porém, os mesmos recebem poucas informações a respeito dos métodos de controle de placa, responsáveis pela origem das principais patologias bucais, e desconhecem de vários recursos de higiene bucal que devem ser utilizados no ambiente hospitalar para que se alcance significativas melhorias na manutenção e recuperação da saúde bucal desses indivíduos.^{2,19}

A baixa prioridade do procedimento odontológico diante dos numerosos problemas apresentados pelo paciente hospitalizado configura um obstáculo frequente.

Apesar de reconhecerem a importância da promoção da higiene bucal durante o período de internação, as práticas de higiene bucal não são priorizadas no cotidiano desses profissionais, além de que, o acesso à saúde bucal e o cuidado com o paciente é altamente negligenciado, fazendo com que não sejam desenvolvidas de maneira satisfatória.^{13,20}

Muitos programas de formação em técnico de enfermagem não possuem treinamento em cuidados básicos, que inclui cuidados bucais, e exigem que os alunos entrem no programa com conhecimento prévio sobre o assunto, permitindo assim, tempo para se concentrar em habilidades que julgam ser mais complexas, ou de maior prioridade para os pacientes em condições sistêmicas críticas.^{16,21}

Portanto, é primordial a necessidade da presença de um cirurgião dentista nas UTIs para colocar em prática as ações educacionais e técnicas sobre as diretrizes relacionadas a higiene bucal. Pacientes admitidos em UTI possuem higiene bucal comprometida, pela ausência de supervisão e relacionamento inter profissional entre Odontologia e Enfermagem, visto que uma das funções do cirurgião-dentista em UTI é a de supervisionar e orientar adequadamente os técnicos de enfermagem para a realização de uma higiene bucal satisfatória e eficaz.^{22,23}

A presença de forma intensiva do Cirurgião-Dentista nos hospitais não é uma realidade em todo o Brasil, porém já se sabe de sua importância na redução do tempo de internação e para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados, almejando cuidados referentes às alterações bucais com procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, evitando as infecções hospitalares relacionadas ao sistema estomatognático, contribuindo assim de forma efetiva para o bem estar e dignidade dos pacientes internados.²⁴⁻²⁶

Discussão

A complexidade nas atividades direcionadas para a promoção de saúde bucal de pacientes internados em UTIs é baseada na grande dificuldade e despreparo, na maioria das vezes, dos profissionais da saúde, geralmente técnicos de enfermagem, responsáveis por essas condutas.^{2,3,27}

A falta de conhecimento sobre técnicas específicas de manejo e adaptação profissional na assistência odontológica, principalmente, ações preventivas que visam a eliminação de possíveis nichos bacterianos presentes no biofilme dentário, saburra lingual, acúmulo de sujeira em próteses mal higienizadas e tubo (ventilação mecânica) é uma situação que merece uma maior atenção, principalmente no contexto informativo, educacional e clínico por parte do cirurgião dentista.^{27,28,30,31}

Segundo o estudo realizado por Rodrigues e colaboradores (2016)², 88.9% dos enfermeiros e 70.2% dos técnicos de enfermagem da UTI de um hospital de referência em Recife, Brasil, não receberam treinamento em cuidados orais. Além disso, 37,8% dos entrevistados não consideraram importante a realização de higiene bucal por outros profissionais, o que mostra que a maioria dos profissionais identifica sua responsabilidade com o cuidado diário de higiene e conforto, incluindo a higiene bucal. No entanto, a maioria desses profissionais não foram treinados em seus cursos de graduação, pós-graduação e especialização técnica para atividades relacionadas com a saúde bucal, confirmando que vários equívocos são encontrados e outras prioridades são dadas.

Araújo e colaboradores (2010)¹⁹ constataram que, dentre a equipe de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que atuam em instituições hospitalares públicas e particulares prestando serviços em unidades de tratamento intensivo na cidade de Belém – PA, apenas 30% dos entrevistados responderam que têm conhecimento sobre técnicas de escovação dentária. 30% julgam saber sobre higienização das próteses e 29% afirmam ter conhecimentos sobre higiene das mucosas. Quanto à limpeza da língua, aproximadamente 40% dizem conhecer bem o assunto e afirmam sua capacidade em orientar os pacientes, caso sejam questionados. Em relação a realização de treinamentos específicos sobre higiene bucal durante a formação profissional, constatou-se que aproximadamente 42% dos profissionais receberam algum conhecimento a respeito do assunto. Além disso, em todas as categorias a classificação quanto à eficácia do treinamento realizado é apontada como insuficiente por 74% da amostra.

O estudo realizado por Vieira (2009)²⁴, foram avaliados 39 pacientes adultos, submetidos à ventilação mecânica por mais de 48 horas, internados em centro de tratamento intensivo (CTI). Observou-se que nas internações em que os pacientes receberam cuidados adequados de prevenção, houve redução na ocorrência de Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM), com uma redução de chances de 56%, tornando-se claro que a atuação do cirurgião dentista é um aliado ao estado de saúde geral do paciente sob terapia intensiva.

Amaral e colaboradores (2013)⁶, observaram que, 96% dos cirurgiões-dentistas entrevistados concordaram que é importante a atuação deste profissional no acompanhamento de pacientes hospitalizados em UTI. Diferentemente da opinião da equipe interdisciplinar, em que apenas 57% destes profissionais manifestaram que o cirurgião-dentista seria importante no acompanhamento e suporte do paciente internado e apenas 55% desses profissionais, relataram que a presença de um cirurgião-dentista melhoraria o quadro sistêmico do paciente. Além disso, 40% dos profissionais da equipe multidisciplinar não concordaram que haja necessidade da atuação cirurgião-dentista neste âmbito.

Na avaliação feita, por meio de um questionário, em 402 profissionais de enfermagem que atuavam em 23 unidades de tratamento intensivo, pertencentes a 12 instituições públicas e privadas de saúde em Belém, capital do Estado do Pará, constataram que quase a totalidade dos entrevistados (99,75%) respondeu que as equipes das quais faziam parte não dispunham de cirurgião-dentista, confirmando que a integração deste profissional na equipe interdisciplinar das UTIs ainda é uma prática escassa, ressaltam Araújo e colaboradores (2009)²⁷.

As funções do cirurgião dentista englobam restabelecer e manter a saúde bucal, prevenir infecções e lesões bucais, realizar procedimentos de emergência frente aos traumas, supervisionar e orientar adequadamente os técnicos de enfermagem para a realização de uma higiene bucal satisfatória e eficaz, evitar agravamento da condição sistêmica e surgimento de uma infecção hospitalar e intervir com procedimentos preventivos e curativos promovendo saúde e conforto ao paciente.^{24,28,29}

O cirurgião dentista também pode prescrever medicamentos no intuito de controlar a infecção na cavidade bucal, associado as medicações recomendadas pela equipe médica e atentando-se as interações medicamentosas. No caso de medicamentos para uso sistêmico incluem-se, principalmente, os antimicrobianos, analgésicos e anti inflamatórios não esteróides.^{30,31}

Apesar da importância da inserção do cirurgião-dentista no contexto hospitalar, esta prática ainda enfrenta alguns obstáculos. Entre eles pode-se citar a baixa prioridade do procedimento odontológico e do cuidado bucal diante dos demais problemas apresentados pelo paciente, e a necessidade de sua aceitação no ambiente hospitalar junto à equipe interdisciplinar.³²⁻³⁴

O principal papel do cirurgião dentista no ambiente hospitalar é a eliminação de focos de infecção, processo inflamatório e dor decorrentes de problemas bucais que possam interferir diretamente na saúde sistêmica de pacientes internados nas UTIs, a destacar uma possível relação com a diminuição do índice de infecções hospitalares, a destacar a pneumonia nosocomial (adquirida após a internação).^{23,28}

Ressalta-se a necessidade de condutas, principalmente, preventivas em saúde bucal nas primeiras 48 a 72 horas de internação na UTI, período em que há a mudança da microbiota bucal, predominando bactérias gram negativas, podendo estar associadas a quadro infecciosos como a pneumonia.^{1,3,6,13,17,18}

O Conselho Federal de Odontologia (CFO), por meio da Resolução CFO 162/2015 reconheceu o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista bem como a necessidade de habilitação para preparar o profissional para que, a partir desta apropriação, esteja apto a realizar os serviços de odontologia hospitalar no Brasil.²⁸

Neste cenário, torna-se indispensável a inclusão do cirurgião dentista a equipe interdisciplinar das UTIs, tendo em vista que essa integração é benéfica para um efetivo desenvolvimento de atividades rotineiras, como a implementação da higiene bucal na rotina diária, uma vez que já se sabe que esta prática desempenha um papel importante na prevenção de intercorrências e infecções hospitalares, garantido a manutenção da condição bucal adequada, com objetivo de diminuir o quadro de agravamento da saúde do paciente, o tempo de internação e o custo do tratamento.^{6,26,28,31,32,34}

Conclusão

A higiene bucal e o agravamento do quadro sistêmico dos pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva estão intimamente relacionados. Dessa forma, torna-se evidente a importância da correta higienização bucal, garantindo a manutenção da saúde bucal.

É necessário que o cirurgião dentista seja integrado nas equipes interdisciplinares nas UTIs, para assegurar o tratamento global e integral do paciente, diminuindo os riscos de infecções e melhorando a qualidade de vida desses indivíduos. Sua atuação é indispensável para que a higienização bucal seja realizada de forma adequada, já que as equipes de enfermagem não recebem treinamento adequado para realizar tal prática e seus conhecimentos sobre o assunto são adquiridos de forma empírica durante seus cursos de graduação ou cursos técnicos.

Conflito de Interesses

Os autores alegam não haver conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. Da Silva JL, de O El Kadre GD, Kudo GA, Santiago JFJ, Saraiva PP. Oral Health of Patients Hospitalized in the Intensive Care Unit. *J Contemp Dent Pract*, 2015; 17(2): 125-129.
2. Rodrigues SS, Caminha MFC, Ferraz MGG, Arruda MA, Kozminshy VMR, Guerra CARM. Knowledge, Attitude and Practice of the Nursing Team Regarding Oral Health Care in Intensive Care Units in a Reference Hospital of Recife, Brazil. *Braz Res Ped Dent Int Clin*, 2016; 16(1): 129-139.

3. Berry AM, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Int Crit Care Nurs*, 2006; 22(6): 318-328.
4. Baeder FM, Cabral GMP, Prokopowitsch I, Araki AT, Duarte DA, Santos MTBR. Condição odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Pesq Bras Odontop Clin Integr*, 2012; 12(4): 517-520.
5. Feider LL, Mitchell P, Bridges E. Oral care practices for orally intubated critically ill adults. *Am J Crit Care*, 2010; 19(2): 175-183.
6. Amaral COFD, Marques JA, Bovolato MC, Parizi AGS, Oliveira AD, Straioto FD. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. *Rev Assoc Paul Cirurg Dent*, 2013; 67(2):107-111.
7. Abidia RF. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract*, 2007; 8(1): 76-82.
8. Lin HL, Yang LY, Lai CC. Factors related to compliance among critical care nurses with performing oral care protocols for mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Am J Infect Control*, 2014; 42(5): 533-535.
9. Cruz MKD, Morais TMND, Trevisani DM. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2014; 26(4): 379-383.
10. Batista SA, Siqueira JDSS, Silva Jr A, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Odontol*, 2014; 71(2): 156-159.
11. Schlesener VRF, Dalla RU, Raupp SMM. O cuidado com a saúde bucal de pacientes em UTI. *Cinergis*, 2012; 13(1): 73-77.
12. Costa DC, Saldanha KFD, de Sousa AS, Gaetti-Jardim EC. Perfil de saúde bucal dos pacientes internados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande (MS). *Arch Health Investigation*, 2016; 5(2).
13. Pinheiro TS, Almeida TF. A saúde bucal em pacientes de UTI. *Rev Bahiana Odontol*, 2014; 5(2).
14. Guimarães AL, Donalisio MR, Santiago TH, Freire JB. Óbitos associados à infecção hospitalar, ocorridos em um hospital geral de Sumaré – SP, Brasil. *Rev Bras Enferm*, 2011; 64(5): 864-869. .
15. Goss LK, Coty MB, Myers JA. A review of documented oral care practices in an intensive care unit. *Clin Nurs Research*, 2011; 20(2): 181-196.
16. Saldanha KFD, da Costa DC, Pinto SF, Jardim ECG. Avaliação do índice de higiene oral do paciente crítico. *Arch Health Investig*, 2016; 4(6): 47-53.
17. Alhazzani W, Smith O, Muscedere J, Medd J, Cook D. Toothbrushing for Critically Ill Mechanically Ventilated Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials Evaluating Ventilator-Associated Pneumonia. *Crit Care Med*, 2013; 41(2): 646-655.
18. Soh KL, Soh KG, Japar S, Raman RA, Davidson PM. A cross-sectional study on nurses oral care practice for mechanically ventilated patients in Malaysia. *J Clin Nursing*, 2011; 20(5-6): 733-742.
19. Araújo RJGD, Oliveira LCGD, 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. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2010; 21(1): 38-44.
20. Gonçalves PE, Rodrigues NALR, Seixas FL. Ações de promoção de saúde bucal no âmbito hospitalar. *Rev Ciências Médicas*, 2014; 23(1): 15-23.

21. Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. *Am J Infect Contr*, 2004; 32(3): 161-169.
22. Pasetti LA, Leão MTC, Araki LT, Albuquerque AMN, Ramos TMB, Santos SF. Odontologia hospitalar a importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva. *Rev Odontol*, 2013; 13(4): 211-226.
23. Pasetti LA, Teixeira GA, Carrarro Jr. Atuação da Odontologia em UTI com pacientes submetidos à ventilação mecânica. *Rev Odontol*, 2014; 14(2): 100-108.
24. Vieira DFVB. Implantação de protocolo de prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto do cuidado não farmacológico. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2009.
25. Sousa LVS, Pereira ADFV, & Silva NBS. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. *Rev Ciências Saúde*, 2014; 16(1).
26. Jardim EG, Setti JS, Cheade MFM, Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Rev Atenção à Saúde*, 2013; 11(35): 31-36.
27. Araújo RJG, Vinagre NPL, Sampaio JMS. Avaliação sobre a participação de cirurgiões dentistas em equipes de assistência ao paciente. *Acta Sci Health Sci*, 2009; 31(2): 153-157.
28. 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.
29. Aranega AM, Bassi AF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da odontologia hospitalar. *Rev Bras Odontol*, 2012; 69(1): 90-93.
30. Trento CL, Menezes Junior LR, Siqueira ADS, Takeshita WM. Avaliação do conhecimento de Cirurgiões-Dentistas e acadêmicos de Odontologia na cidade de Aracaju, Sergipe, a respeito da adequada prescrição de antimicrobianos. *Rev Odontol UNESP*, 2014; 43(4): 286-293.
31. Miranda AF, Costa PP, Bezerra ACB. Oral care practices for patients in Intensive Care Units: A pilot survey. *Indian J Crit Care Med*, 2016; 20(5): 267-273.
32. Souza AF, Guimaraes AC, Ferreira EF. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica. *Rev Mineira Enfermagem*, 2013; 17(1): 177-84.
33. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão geral. *Rev Odontol UNESP*, 2009;38(2):105-109.
34. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arquivos em Odontologia*, 2014; 50(4): 154-160.