

---

## ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UTI (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA)

### *DENTAL CARE IN THE ICU (INTENSIVE CARE UNIT)*

Aline SANTANA<sup>1</sup>  
Dayane Cordeiro XAVIER<sup>1</sup>  
Kátia Luz dos SANTOS<sup>1</sup>  
Marlene Volochen MENEZES<sup>1</sup>  
Renata Machado PIVA<sup>2</sup>  
Renata Iani WERNECK<sup>3</sup>

---

**Resumo:** Este estudo analisa o papel do atendimento odontológico dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), embasando-se no fato de que a saúde bucal faz parte da saúde geral do indivíduo, de modo a proporcionar completo bem-estar físico, social e mental de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). A manutenção da saúde bucal é responsabilidade do indivíduo e dos profissionais da área de saúde, inclusive as equipes de saúde bucal. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é entender o atendimento odontológico dos pacientes internados em UTI e tem como objetivos específicos: Apresentar os conceitos e definições da UTI, abordar as doenças bucais relacionadas a doenças sistêmicas e analisar o papel da intervenção da odontologia e sua equipe na UTI. A metodologia utilizada, para este trabalho de conclusão de curso utilizou a técnica de documentação indireta, abrangendo a pesquisa documental e bibliográfica em livros, artigos de revistas, jornais e *web sites*. Com o presente estudo concluiu-se que pacientes internados em UTI's devem receber cuidados especiais e rotineiros, não só para tratar o problema inicial o qual o levou à essa internação, mas também para prevenir danos nos demais órgãos e sistemas. Nesses cuidados deverá estar incluso o tratamento odontológico, com higiene bucal adequada, sabendo-se da inter-relação entre doenças bucais e sistêmicas.

---

**Palavras-chave:** odontologia, saúde, higiene, UTI e intervenção.

---

**Abstract:** This study examines the role of the dental care of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU), basing on the fact that oral health is part of the overall health of the individual, in order to provide complete well-being, social and mental, according to World Health Organization (WHO). The oral health maintenance is the responsibility of the individual and the health professionals, including oral health teams. Given the above, the purpose of this study is to understand the dental care of ICU patients and has the following objectives: to present the concepts and definitions of the ICU, addressing oral diseases related to systemic diseases and analyze the role of intervention dentistry and his team in the ICU. The methodology used for this work of completion using the technique of indirect documentation, including documentation and bibliographical research in books, magazine articles, newspapers and web sites. The present study found that ICU patients should receive special care and routine, not only to treat the original problem which led to this admission, but also to prevent damage to other organs and systems. Such care should be included dental care, with proper oral hygiene, knowing the interrelationship between oral and systemic diseases.

---

**Keywords:** dentistry, health, hygiene, ICU and intervention

---

<sup>1</sup> Acadêmicas do Curso de Técnico em Saúde Bucal da Faculdade Herrero. e-mail: [katieavictoria@hotmail.com](mailto:katieavictoria@hotmail.com)

<sup>2</sup> CD, Especialista em Radiologia Odontológica e Imaginologia, Mestrado em Biociências, Coordenadora do Curso Técnico em Saúde Bucal e CEP da Faculdade Herrero. e-mail: [renatamp81@gmail.com](mailto:renatamp81@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Pública pela Universidade de Toronto, Canadá, Doutorado em Ciências da Saúde (PUCPR), Professora das Disciplinas de Saúde Coletiva, Prevenção I e II, Promoção de Saúde e Projetos do curso de ASB e TSB da Faculdade Herrero. e-mail: [rewck@yahoo.com.br](mailto:rewck@yahoo.com.br)

## INTRODUÇÃO

Pacientes que encontram-se em hospitais muitas vezes não recebem acompanhamento adequado dos profissionais de saúde em relação a sua saúde bucal. Desta forma, um dos objetivos da odontologia atual está embasado nas seguintes leis:

1. Lei nº 2.776/2008 - estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na Unidade de Terapia Intensiva (UTI);
2. Lei nº 11.889/2008 - a equipe auxiliar odontológica está apta a exercer suas atribuições em ambiente hospitalar.

Estudos apontam melhora significativa, bem como prevenção de possíveis infecções hospitalares e respiratórias, em pacientes hospitalizados que recebem tratamento odontológico (MORAIS, *et al*, 2006).

Diversas pesquisas trazem embasamento para acreditar na contribuição significativa do tratamento odontológico, especificamente a intervenção periodontal, na prevenção e/ou melhora da condição sistêmica, principalmente no paciente crítico encontrado no leito de UTI (WILLIAMS; OFFENBACHER 2005).

A odontologia hospitalar tem por objetivo trazer ao paciente, a melhora do quadro sistêmico. Os pacientes portadores de afecções sistêmicas, hospitalizados, encontram-se, muitas vezes, dependentes de cuidados. Isso impede que eles mantenham uma higienização bucal adequada, precisando de profissionais da área de saúde bucal para fazer essa tarefa. Mesmo estudos comprovando que os cuidados com a higiene bucal em pacientes em UTI é importante, a prática desses cuidados ainda é escassa (WILLIAMS; OFFENBACHER 2005).

## REVISÃO DE LITERATURA

### UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

A UTI é o conjunto de dependências destinadas ao tratamento dos pacientes em estado grave, onde se concentram o pessoal mais qualificado e os equipamentos mais diferenciados do hospital. É uma unidade dentro do próprio hospital, que cuida dos pacientes em estado crítico ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos monitorado continuamente a assistência a eles prestada (TAKAHASHI, 1985). O objetivo da UTI é contribuir na recuperação dos pacientes com chances de sobrevivência.

Dentro da UTI existem fatores estressantes para o paciente, como o confinamento, a distância de casa, a falta dos familiares, a presença dos profissionais da saúde, e dos equipamentos diferentes com seus ruídos (GOMES, 1988). Estes fatores causam reações psicológicas, como o medo, a ansiedade, a insegurança e a depressão nos pacientes internado na UTI (KOIZUMI; KAMIYAMA; FREITAS, 1979).

Quando verificamos a história da UTI, observa-se que esta foi idealizada como uma unidade de monitoração de pacientes considerados graves, pela enfermeira Florence Nightingale, durante a Guerra da Criméia, em 1854. Esta guerra ocorreu quando a Inglaterra, França e Turquia declararam guerra à Rússia. A história mostra que com as condições precárias, ocorreram um aumento de mortalidade entre os soldados hospitalizados, atingindo 40% de óbitos. Florence e mais 38 voluntárias partiram para os campos de guerra, incorporaram-se ao atendimento e a mortalidade caiu para 2% (WALDOW, 1998).

Assim, é função da UTI a amenização do sofrimento. Sendo esses a dor ou falta de ar, independente do prognóstico, a unidade de cuidados intensivos é destinada a cuidados especiais por equipes especiais (WALDOW, 2002).

Muitas são as doenças, o que torna muito difícil a compreensão de todas elas. Além disso, os mecanismos de morte são poucos e comuns a todas as doenças. Atuando diretamente nos ditos “mecanismos de morte” o médico intensivista da UTI procura retirar o paciente de um estado crítico de saúde com grave perigo de morte, e o coloca em uma condição que possibilite a continuidade do tratamento da doença que o levou a tal estado (WALDOW, 2002).

### DOENÇAS BUCAIS RELACIONADAS A DOENÇAS SISTÊMICAS

Sabe-se pela literatura (Sannapieco, 2002) que existe uma relação entre doenças bucais e doenças sistêmicas, principalmente às doenças periodontais. A periodontite é conhecida como doença infecciosa e de natureza inflamatória (destruição dos tecidos de suporte do dente). Ocorre em um processo interativo entre o biofilme e os tecidos periodontais, por meio da ação direta e indireta, das bactérias de espécie Gram-negativas: *Actinobacillus actinomycetncomitans*, *Porphyromonas gingivalis*, e *Tanarella forsythensis*. Estas bactérias tem sido identificadas em infecções extras bucais (WILLIAMS; OFFENBACHER, 2005).

Dentre as doenças sistêmicas, as que acumulam mais evidências científicas em relação às doenças periodontais, são as doenças respiratórias. Vários estudos indicam que as periodontopatias podem influenciar o curso das infecções respiratórias, destacando-se as pneumonias (SANNAPIECO, 2002).

“A doença periodontal é, hoje, reconhecida como doença de origem infecciosa e de natureza inflamatória, que envolve a destruição dos tecidos de suporte do dente por meio da ação direta de bactérias e de seus produtos, ou por ação indireta, onde as reações de destruição tecidual são mediadas pelo hospedeiro” (MORAIS, *et al*, 2006).

Na UTI, a infecção mais comum é a pneumonia normalmente em pacientes intubados e sob ventilação mecânica. O risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial (Infecção frequente em UTI associada a ventilação mecânica, tendo como principal fator etiológico bactérias bucais (SIMONE, *et al*, 2009) é maior, sendo considerada uma enfermidade debilitante, principalmente no paciente idoso e imunocomprometido devido a quimioterapia, a radioterapia, os diabéticos descompensados, pacientes em pós-operatórios extensos, pacientes imunossuprimidos por drogas em transplantes de órgãos e tecidos. A pneumonia nosocomial, é aquela desenvolvida após 48h de internação hospitalar e que não estava presente ou incubada no paciente no momento da admissão hospitalar (SANNAPIECO, 2002).

Pacientes internados na UTI normalmente apresentam uma condição deficiente, podendo desencadear complicações sistêmicas e bucais. Os pacientes, freqüentemente, estão com a boca aberta devido à intubação orotraqueal, com isso acontece a desidratação da mucosa bucal. Sendo assim, acontece o aumento do biofilme lingual (saburra), além do forte odor bucal (MORAIS, *et al*, 2006). Além disso, a placa bacteriana presente na cavidade bucal do paciente internado em UTI, além de causar alterações bucais (cáries, necrose pulpar, lesões na mucosa devido o biofilme existente em dentes fraturados ou infectados) devem influenciar as terapêuticas médicas. Os fatores de virulência dos microorganismos da placa bacteriana podem trazer para as pacientes repercussões na sua condição sistêmica (LOTUFO, *et al*, 2005).

A preocupação com as infecções bucais como foco primário de infecções sistêmicas em pacientes em UTI, apesar de pouco documentada, tem sido relevante nas discussões das equipes interdisciplinares. A infecção bucal pode ser de alta mortalidade nos pacientes. Esta se divide em: infecções exógenas (quando o patógeno infectante é adquirido no meio externo) e endógenas (quando esse pertence à flora microbiana do paciente) (ABO, 2011). O paciente na UTI é precocemente infectado por agentes patógenos adquiridos do meio externo, eles modificam a flora microbiana de tal maneira que as infecções endógenas são subdivididas em primárias (produzidas pela flora microbiana residente) e secundárias (produzidas pela flora microbiana adquirida em UTI), sendo que os microorganismos principais adquiridos na UTI têm relação bucal as *Pseudomonas aeruginosa*, o *Stafilococcus aureus* e o *Streptococcus coagular*.

A forma mais comum dos microorganismos bucais alcançarem o trato-respiratório é através da aspiração do conteúdo da orofaringe, inalação de aerossóis infectantes, disseminação de áreas adjacentes e contaminação hematogênica. Em pacientes com a percepção prejudicada, como em pacientes comprometidos neurologicamente, o risco se torna muito maior, pois muitas vezes estes pacientes ficam com a boca entreaberta ou mesmo aberta (BUISCHI, *et al*, 2009).

## INTERVENÇÃO DA ODONTOLÓGIA E SUA EQUIPE NA UTI

Atualmente existem discussões sobre a necessidade da participação do profissional da saúde bucal no nível hospitalar, até mesmo nas UTIs.

A participação dos profissionais da saúde bucal, como consultores da saúde bucal ou, de forma mais ativa, como prestadores de serviços realizados em nível ambulatorial ou hospitalar, em especial na UTI, tem o objetivo de colaborar, oferecer e agregar mais força ao que caracteriza a nova identidade do hospital, dando maior ênfase na integralidade da atenção e assistência (Figura 1) (ABO, 2011).

A odontologia hospitalar tem por objetivo trazer ao paciente, a melhora do quadro sistêmico. Os pacientes portadores de afecções sistêmicas hospitalizados encontram-se muitas vezes dependentes de cuidados, impedindo que eles mantenham uma higienização bucal adequada. Estes pacientes necessitam de profissionais para fazer essa higiene. Entretanto, mesmo com estudos comprovando que os cuidados com a higiene bucal em pacientes em UTI são necessários, a prática ainda é escassa (MORAIS, *et al*, 2006).

Morais *et al*, (2006), atenta que “o atendimento odontológico específico deverá ter como base a busca da completa higiene bucal, bem como a saúde do sistema estomatognático do paciente durante sua internação, tendo como premissa o controle do biofilme e também vindo a prevenir e tratar a cárie, a doença periodontal, as infecções periimplantares, as estomatites, bem como outros problemas bucais.”

Para que os pacientes internados em UTI sejam tratados adequadamente, é necessária a presença de um *cirurgião-dentista* no meio hospitalar. Este profissional servirá como um apoio no diagnóstico das condições bucais e como parceiro na terapêutica médica, seja em procedimentos de emergência frente aos traumas, em procedimentos

preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, em procedimentos curativos e restauradores para conforto do paciente e para terem o meio bucal adequado (WILLIAMS; OFFENBACHER 2005).



**Figura1: Intervenção odontologia em paciente de UTI.**

Fonte: ABO, 2011

Para que os pacientes internados em UTI sejam tratados adequadamente, é necessária a presença de um *cirurgião-dentista* no meio hospitalar. Este profissional servirá como um apoio no diagnóstico das condições bucais e como parceiro na terapêutica médica, seja em procedimentos de emergência frente aos traumas, em procedimentos preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, em procedimentos curativos e restauradores para conforto do paciente e para terem o meio bucal adequado (WILLIAMS; OFFENBACHER 2005).

Uma das principais tarefas da equipe de saúde bucal é a atenção aos pacientes com traqueostomia ou intubação traqueal. A equipe de intervenção odontológica deverá aprimorar o cuidado da cavidade bucal dos pacientes submetidos ou não à ventilação mecânica, com a realização de escovação dentária e da língua, e aplicação de gluconato de clorexidina a 0,12% em toda a mucosa bucal, gengivas, dentes, língua e palato e umidificação da cavidade bucal e lábios

(LOTUFO, *et al*, 2005). A clorexidina, até o momento, é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Ela apresenta boa substantividade, pois se adsorve às superfícies orais, mostrando efeitos bacteriostáticos até 12 horas após sua utilização. A concentração preconizada atualmente é de 0,12%, o que permite a retenção de mais de 30% da clorexidina, por bochecho, nos tecidos moles, estendendo o período de atividade antimicrobiana (LOTUFO, *et al*, 2005).

A comprovação de estudos diz que a melhora da higiene bucal e o acompanhamento dos profissionais da saúde bucal reduzem a progressão da ocorrência de doenças respiratórias entre pacientes considerados de alto risco (LOTUFO, *et al*, 2005).

É importante ressaltar que o atendimento odontológico do paciente crítico contribui na prevenção de infecções hospitalares, principalmente as respiratórias, entre elas a pneumonia nosocomial, ou hospitalar, uma das principais infecções em pacientes de UTI favorecidas pelos microrganismos que proliferam na orofaringe. Sua ocorrência é preocupante, pois é bastante comum entre pacientes de UTI, provocando um número significativo de óbitos, prolongando a internação do paciente e exigindo mais medicamentos e cuidados (BUISCHI, *et al*, 2009).

Sabe-se que os cuidados bucais, quando realizados adequadamente reduzem muito o aparecimento de pneumonia associada ao uso de ventilação artificial nos pacientes de UTI, pois a atuação da equipe de enfermagem e da equipe odontológica, nos cuidados da boca e nos focos primários de infecção na bucal, serão fundamentais na atuação da equipe multidisciplinar de terapia intensiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo, em que esta pode estar comprometida devido aos diversos tipos de doenças (infecciosas e crônico-degenerativas) e aos agravos – acidentes e violência.

Sendo assim, conclui-se com este estudo que a saúde bucal dos pacientes críticos que não contam com atendimento odontológico e higiene bucal eficientes na UTI, sofrem inicialmente, com o acúmulo de biofilme e cálculo, tanto nos pacientes dentados, como nos pacientes portadores de próteses. Em consonância com esses problemas vêm a cárie, a doença periodontal, as infecções periimplantares e as estomatites. Desta forma, a realização de atividades de educação em saúde bucal e escovação supervisionada se dão a partir de orientação aos pacientes, em seus leitos, sobre a importância de uma correta higiene bucal, com a utilização de

---

macromodelos, obedecendo às limitações físicas e/ou neurológicas decorrentes do traumatismo sofrido. Porém, na UTI, a equipe, de intervenção odontológica deverá assumir este papel, e cuidar da higiene bucal do paciente que se encontra temporariamente indisponível para tal tarefa.

Diante da realidade percebida, sugere-se que sejam reavaliadas a frequência e a aplicação da técnica de higiene bucal pela equipe odontológica, bem como a implantação de um método de avaliação das condições da cavidade bucal no momento da internação para que se tenham parâmetros de evolução da mesma.

Além disso, nota-se a necessidade de profissionais especializados em educação e higiene bucal, como os técnicos de saúde bucal (TSB). Estes profissionais são qualificados, durante sua formação, tanto na educação de todos os tipos de pacientes, como na prática de higiene bucal.

---

## REFERÊNCIAS

- ABO. **Associação Brasileira de odontologia**. Disponível em: < <http://www.abo.org.br>>. Acesso em novembro de 2011.
- AMARAL, S.M., CORTÊS A. Q., PIRES F.R. Pneumonia Nosocomial: importância do microambiente oral. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.
- BUISCHI, Y. P.; AXELSSON, P.; SIQUEIRA, T. R. F. Controle mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal. In: BUISCHI, Y. P. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2009.
- LOTUFO R.F.M., SOLIS A.C.O., PANNUTI, C.M. Bases racionais para indicação de antimicrobianos locais e sistêmicos em Periodontia. **Atualização Clínica em Odontologia, Anais do Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo**, 2005. p. 381-393
- MORAIS, T. M. N.; SILVA, A.; AVI, A. L. R. O.; SOUZA, P. H. R.; KNOBEL, E.; CAMARGO, L. F. A. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.18, n. 4, p. 412-417, 2006.
- SANNAPIECO, F.A. Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias. In: ROSE, L.E., GENCO, R.J., MEALY, B.L. *et al* - **Medicina Periodontal**. São Paulo: Santos, 2002. p. 83-97.
- WALDOW, V. R. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.
- WILLIAMS, R.C., OFFENBACHER S. **Periodontologia 2000**. São Paulo: Santos, 2005.