



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CAMPUS I**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS**  
**CURSO DE ODONTOLOGIA**

**RENATA GUIMARÃES ALVES**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2018**

**RENATA GUIMARÃES ALVES**

**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

**Área de concentração:** Clínica Odontológica.

**Orientadora:** Prof. Dra. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão.

**CAMPINA GRANDE**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

A474a Alves, Renata Guimarães.  
Atendimento odontológico em ambiente hospitalar  
[manuscrito] / Renata Guimaraes Alves. - 2018.  
39 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão, Coordenação do Curso de Odontologia - CCBS."  
1. Odontologia hospitalar. 2. Assistência odontológica. 3. Clínica odontológica. 4. Cirurgião dentista. I. Título  
21. ed. CDD 617.6

RENATA GUIMARÃES ALVES

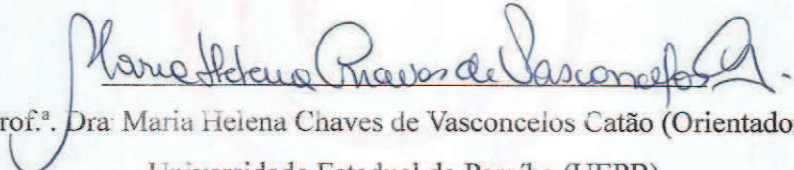
**ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM AMBIENTE HOSPITALAR**

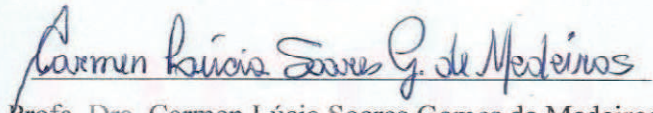
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.


Área de concentração: Clínica Odontológica.

Aprovada em: 04/12/2018.

BANCA EXAMINADORA

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Helena Chaves de Vasconcelos Catão (Orientadora)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Carmen Lúcia Soares Gomes de Medeiros  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

  
Prof. Ms. José de Alencar Fernandes Neto  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Aos meus filhos Renan e Heitor, vocês sempre  
foram minha fonte de inspiração e amor  
incondicional.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, sobretudo, a Deus por me dar saúde e força para enfrentar as dificuldades encontradas ao longo da minha graduação.

A esta Instituição, ao corpo docente de Odontologia e aos funcionários que me apoiaram e me concederam oportunidades acadêmicas enriquecedoras que irei levar por toda a vida.

A minha orientadora, professora Maria Helena por suas orientações, suporte e incentivo, tão essenciais para conclusão deste trabalho.

À banca examinadora, composta pela professora Carmen Lúcia e pelo professor José de Alencar, por se disponibilizarem em estarem presentes no dia da apresentação, com contribuições relevantes ao meu trabalho.

Aos colegas de curso, companheiros e amigos que irei levar pela vida toda, especialmente e minha amiga/irmã, Alieny Cristina, que se fez primordial em todos os momentos da graduação.

A minha eterna dupla de clínica Catarina, que com sua doçura e paciência tornava nossos dias mais agradáveis e alegres.

Agradeço a toda minha família, por me dar amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha mãe, que me ama me apoia e tanto acredita no meu potencial.

Ao meu pai, meu herói, a quem devo tudo que sou hoje.

Aos meus irmãos e sobrinhos, que são minha base.

Aos meus filhos Renan e Heitor, vocês sempre foram e será a minha fonte de inspiração.

Agradeço ao meu esposo e parceiro, Vitor, pelo incentivo e apoio dado desde o início da minha trajetória acadêmica e por todo amor, carinho, paciência e compreensão.

Há todos muito obrigado!

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o  
que ensina.”

Cora Coralina

## RESUMO

A atuação do cirurgião-dentista tem cada vez mais alcançado espaço no cenário que compõe a equipe multidisciplinar em âmbito hospitalar, trazendo inúmeros benefícios para o quadro de saúde sistêmica do paciente. Diante disso, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca do atendimento odontológico em ambiente hospitalar. Foi feita uma revisão da literatura baseada em artigos científicos publicados no período de 2006 a 2018, disponíveis nas bases de dados Bireme e no Scielo, por meio das palavras-chaves em português: “Odontologia Hospitalar”, “Assistência Odontológica” e “Equipe Hospitalar de Odontologia”. Os títulos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram selecionados para leitura. Foram excluídos artigos cujos resumos não demonstraram relação com o tema. Os estudos mostraram que a assistência odontológica nos pacientes hospitalizados é uma alternativa bastante viável e imprescindível para manutenção e recuperação da saúde, contribuindo significativamente na qualidade de vida dos pacientes. Desse modo, a presença do cirurgião-dentista é de extrema relevância no ambiente hospitalar e este deve estar preparado para o atendimento odontológico, em condições específicas e diferenciadas do cotidiano do consultório.

**Palavras-chave:** Odontologia Hospitalar, Assistência Odontológica, Equipe Hospitalar de Odontologia.



## **ABSTRACT**

The performance of the dental surgeon has increasingly achieved space in the scenario that makes up the multidisciplinary team in the hospital setting, bringing innumerable benefits to the patient's systemic health picture. Therefore, the objective of this study was to perform a literature review about dental care in a hospital environment. A review of the literature based on scientific articles published in the period 2006 to 2018, available in the Bireme and Scielo databases, was performed through the Portuguese keywords: "Hospital Dentistry", "Dental Care" and "Hospital Staff of Dentistry. " The titles that met the eligibility criteria were selected for reading. We excluded articles whose abstracts were not related to the topic. The studies showed that dental care in hospitalized patients is a viable and essential alternative for maintenance and recovery of health, contributing significantly to the quality of life of the patients. Thus, the presence of the dental surgeon is of extreme relevance in the hospital environment and this must be prepared for dental care, under specific conditions and differentiated from the routine of the office.

**Keywords:** Hospital Dentistry, Dental Care, Dental Hospital Team.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>11</b>
2.1 Atuação do Cirurgião Dentista em Ambiente Hospitalar.....	13
2.2 Microbiota Bucal e Doença Periodontal em Pacientes Hospitalizados.....	14
2.3. Protocolos e Procedimentos de Descontaminação da Cavidade Bucal.....	17
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A partir da metade do século XIX, começou o desenvolvimento da Odontologia Hospitalar na América com o empenho dos pesquisadores Simon Hullihen e James Garretson e sendo necessário um grande esforço para que ela fosse reconhecida. No Brasil, a Odontologia Hospitalar foi legitimada em 2004, com a criação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), e no ano de 2008, foi criado o Projeto de Lei nº2776/08 apresentado à Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro, que obriga a presença do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para cuidar da saúde bucal dos pacientes (ARANEGA et al., 2012).

O Código de Ética Odontológico brasileiro em seu artigo 18, capítulo IX, relata que 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. No artigo 19, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais devem obedecer às normas do Conselho Federal de Odontologia.

A odontologia hospitalar vem adquirindo bastante importância na equipe multidisciplinar de saúde, o que é essencial para a saúde e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados, buscando uma aproximação integral, e não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal. Sendo assim, é determinada como uma prática que almeja os cuidados referentes às alterações bucais com procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, realizados em ambiente hospitalar, melhorando a saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes, com abordagem integral através da inter-relação entre os membros da equipe multidisciplinar que acompanha o paciente (GAETTI-JARDIM et al., 2013).

A interação multiprofissional deve ser uma ação contínua entre as equipes de saúde nos hospitais, composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, cirurgião-dentista e outras áreas com o único propósito de oferecer tratamento integral aos pacientes (AMARAL et al., 2018).

O cirurgião-dentista deve ser o membro da equipe responsável pela implementação de ações educativas e preventivas de cuidado bucal no ambiente hospitalar (Amaral et al., 2018), e está apto a realizar exame clínico adequado no paciente hospitalizado para avaliar a presença de alguma alteração bucal, como também remover os focos infecciosos através de restaurações,

curativos, cirurgias, raspagens e medicações, prevenir sangramentos, tratar lesões orais e realizar ainda tratamentos paliativos. Assim, permite que o tratamento médico não seja interrompido e que o paciente se recupere rapidamente (ARAÚJO et al., 2009).

Segundo Mulim (2015), dentre as atribuições deste profissional está o atendimento específico para a manutenção da higiene bucal e da saúde do sistema estomatognático do paciente durante sua internação, através do controle do biofilme oral, da realização de ações preventivas e do tratamento de doenças orais, como a cárie, a doença periodontal, as infecções peri-implantares, as estomatites e outros.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão de literatura acerca do atendimento odontológico em ambiente hospitalar para verificar a importância da integração do profissional cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais, assim como os agravos decorrentes da precariedade devido à falta de higiene bucal adequada dos pacientes, por fim, a ausência de protocolos específicos e adequados de higienização bucal nos hospitais.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

Na atualidade, a maioria da população não sabe do que se trata a odontologia no ambiente hospitalar, tampouco os procedimentos e atribuições que competem ao cirurgião-dentista, sendo este capaz de atuar de forma integrada e objetiva como promotor de saúde a pacientes que estão muitas vezes com algum comprometimento sistêmico e assim impossibilitados de frequentar o consultório odontológico. Outro aspecto de bastante relevância se dá com relação à rotina profissional, pois muitas vezes é um desafio a ser vencido pelo profissional que acaba saindo da sua zona de conforto, representada muitas vezes por atuar com procedimentos simples, em pacientes saudáveis ou pouco comprometimento sistêmico, Indo totalmente contraposição da realidade encontrada no ambiente hospitalar.

A Odontologia hospitalar trabalha em uma equipe multidisciplinar visando o tratamento global do paciente, evitando infecções hospitalares relacionadas ao sistema estomatognático, principalmente as infecções respiratórias que prejudicam a recuperação do paciente, diminuição do tempo de internação e do uso de medicamentos pelo paciente crítico, contribuindo de forma efetiva para o seu bem-estar e dignidade. Esta alternativa além de barata (pois se atua no nível primário de prevenção) é simples e viável, e de extrema importância e necessidade no ambiente hospitalar (GOMES; ESTEVES, 2012).

O Cirurgião-Dentista que atua no âmbito hospitalar necessita ser informado não somente da condição bucal do paciente, mas também do seu estado sistêmico, pois ambos podem estar relacionados. De acordo com Meira et al. (2010) o monitoramento por parte do profissional é essencial, como por exemplo, através de exames complementares adequados, quando se desconfia de alterações sistêmicas em progressão, assim os cuidados bucais podem diminuir o tempo de internação dos pacientes e prevenir doenças graves.

Entre outras vantagens do cirurgião-dentista atuar em ambiente hospitalar está à solicitação e interpretação de exames complementares que irão auxiliar no controle de infecções, a facilidade para o paciente com impossibilidade de frequentar o consultório odontológico, o oferecimento de acompanhamento clínico e tratamento específico e o relacionamento integral entre equipe, paciente e instituição. Portanto, os recursos existentes nos hospitais possibilitam o atendimento dos pacientes com necessidades médicas especiais (ARANEGA et al., 2012).

Nenhuma dessas entidades recomendam a presença do cirurgião-dentista na UTI, entretanto, existe uma inter-relação entre as doenças bucais e as sistêmicas (ARAÚJO et al., 2009), comprovada por evidências científicas, o que leva a demonstrar que a falta de um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar compromete a saúde integral de pacientes internados em UTIs.

Pacientes admitidos nas UTIs possuem higiene bucal de menor qualidade do que os pacientes não hospitalizados e têm maior prevalência de colonização de patógenos respiratórios em seus dentes e mucosa bucal. A higiene bucal inadequada favorece o crescimento de um biofilme patogênico contendo micro-organismos que podem colonizar os pulmões (ARAÚJO et al., 2009). Além disso, pacientes que apresentam doença periodontal possuem no biofilme microrganismos que facilitam a colonização das vias aéreas superiores por patógenos pulmonares. Estes micro-organismos, segundo Morais et al., 2006, em altas concentrações na saliva, podem ser aspirados para o pulmão desencadeando esta infecção respiratória. A pneumonia nosocomial ou hospitalar, uma das principais infecções que acometem pacientes internados na UTI, pode ser originada por microrganismos que proliferam na orofaringe (SERRANO, 2007).

Pesquisas comprovam a relação entre doenças bucais e sistêmicas, mostrando que dependendo da condição bucal pode haver foco de disseminação de micro-organismos patogênicos com efeito metastático. Deste modo, seguindo os preceitos de Wayama et al. (2014) tratamento odontológico contribui significativamente com a prevenção e/ou melhora da condição sistêmica, principalmente em paciente hospitalizado.

Para Souza et al., (2013) a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma das infecções hospitalares mais prevalentes nas UTI, com taxas que variam de 9% a 40% das infecções adquiridas nesta unidade, e está associada a um aumento no período de hospitalização e índices de morbimortalidade, repercutindo de maneira significativa nos custos hospitalares, e permanece como uma das principais causas de morte em todo o mundo, ficando entre as cinco mais frequentes em pessoas acima de 65 anos nos Estados Unidos.

Pacientes sob ventilação mecânica internados em UTI apresentam um risco 2-10 vezes maior de morte que pacientes sem ventilação, gerando aumento no tempo de hospitalização, em média, de quatro a nove dias. A cavidade bucal sofre colonização contínua, e a placa bacteriana serve de reservatório permanente de microrganismos. Existem vários relatos e evidências que

associam a colonização microbiana da orofaringe e da placa dental à PAVM (SOUZA et al., 2013).

A realização de procedimentos odontológicos em ambiente hospitalar é um desafio, uma vez que a área de atuação ainda não é amplamente reconhecida e sofre preconceito por parte dos próprios profissionais de saúde, descrentes quanto à participação efetiva de cuidados odontológicos no tratamento integral do paciente. Segundo Dantas et al. (2015) apenas o cirurgião-dentista através dos conhecimentos sobre a cavidade bucal, suas características e microbiota tem a capacitação específica e adequada para atuar na área de promoção, educação e prevenção relacionadas à saúde bucal de pacientes hospitalizados, sendo essencial sua presença nas equipes multidisciplinares de atendimento hospitalar, sobretudo no que diz respeito a procedimentos relacionados a cuidados bucais em geral.

## **2.1 Atuação do Cirurgião Dentista no ambiente hospitalar**

Segundo Camargo (2005) no ambiente hospitalar, o cirurgião-dentista pode atuar como consultor da saúde bucal e/ou como prestador de serviços, tanto em nível ambulatorial quanto em regime de internação, sempre com o objetivo de colaborar, oferecer e agregar forças ao que caracteriza a nova identidade do hospital. A condição bucal altera a evolução e a resposta ao tratamento médico, assim como a saúde bucal fica comprometida pelo estresse e pelas interações medicamentosas. Além disso, a boca abriga microrganismos que alteram a qualidade, quantidade e PH da saliva e que facilmente ganham a corrente circulatória, expondo o paciente a maior risco de infecção.

A presença do cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados em UTI, pois estes pacientes necessitam de cuidados rigorosos devido a um quadro clínico caracterizado por imunodeficiência, fato que os tornam mais suscetíveis à instalação de infecções bucais e/ou sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral. Na maioria dos casos, os hospitalizados em UTI encontram-se totalmente dependentes para a realização de higiene bucal adequada e eficiente, necessitando, assim, do suporte profissional devidamente capacitado ou bem orientado para adequação ou restabelecimento da qualidade do meio bucal (AMARAL et al., 2013).

Quando há necessidade de um procedimento odontológico em ambiente hospitalar, as responsabilidades devem ser compartilhadas entre as equipes médica e odontológica. Em casos de intervenções cirúrgicas, de acordo com Queluz e Palumbo (2000), há necessidade de uma avaliação pré-operatória adequada do paciente, a qual deve ser realizada pelo médico clínico ou especialista.

A melhora da higiene bucal e o acompanhamento por profissional qualificado reduz significativamente o aparecimento de doenças respiratórias entre pacientes adultos considerados de alto risco e mantidos em cuidados paliativos e, principalmente, os pacientes internados em UTI (RABELO; QUEIROZ; SANTOS, 2010). Deste modo, de acordo com Dantas et al. (2015) a integração da odontologia ao atendimento de pacientes internados em (UTI) é relevante para a prevenção de complicações sistêmicas oriundas de problemas bucais, uma vez que esse público é mais suscetível ao agravamento da saúde geral devido à maior chance de contrair infecções bucais e/ou sistêmicas associadas.

Segundo Amaral et al. (2013) o conhecimento do papel da Odontologia em hospitais ainda é restrito. A orientação sobre a importância da higienização e qualidade de saúde bucal deve ser estendida a todos os diferentes segmentos da equipe multidisciplinar. É importante que o cirurgião-dentista integre a equipe do atendimento dos pacientes hospitalizados nas (UTI) com o objetivo de minimizar o risco de disseminação de patógenos da cavidade bucal que possam causar problemas sistêmicos, atuando na manutenção da higienização dos dentes, gengiva, bochecha e língua, e controlando a colonização intensa de patógenos.

Desse modo, o cirurgião-dentista deve estar presente nos hospitais e deve estar preparado para o atendimento odontológico, em condições específicas e diferenciadas do cotidiano do consultório (GOMES; ESTEVES, 2012).

## **2.2 Microbiota Bucal e Doença Periodontal em Pacientes Hospitalizados**

Para Moraes et al. (2006) a doença periodontal é 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, considerada como resultado de um processo interativo entre o biofilme e os tecidos periodontais por meio de respostas celulares e vasculares.



Seu início e progressão envolvem um conjunto de eventos imunopatológicos e inflamatórios, com a participação de fatores modificadores locais, sistêmicos, ambientais e genéticos.

A adesão de microrganismos e o desenvolvimento do biofilme nas superfícies presentes na cavidade bucal ocorrem de maneira relativamente rápida. A quantidade e a patogenicidade deste biofilme formado aumentam de acordo com o aumento do tempo de internação, que, associada à falta da higiene bucal, pode acarretar vários problemas como: o aumento de patógenos respiratórios presentes no biofilme, instalação ou agravamento de doença periodontal, disseminação dessas bactérias e estabelecimento de infecções (AMARAL et al., 2013).

A cavidade bucal tem sido considerada um potente reservatório para os patógenos respiratórios. A falta de adequada higiene bucal em pacientes hospitalizados favorece as condições de crescimento bacteriano podendo promover interações bacterianas entre bactérias nativas da placa e patógenos respiratórios, contribuindo, assim, para o desenvolvimento de doenças respiratórias. A pneumonia nosocomial é o tipo mais comum, tendo como principal via de ocorrência a aspiração de conteúdos da orofaringe (OLIVEIRA et al., 2015).

Souza et al. (2013) mostram que há alta colonização de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes institucionalizados em UTI, onde 70% dos microrganismos pesquisados foram encontrados no biofilme bucal e 63,33%, na língua. A presença do biofilme e saburra lingual em grande quantidade, complexidade, higiene bucal deficiente e a doença periodontal em pacientes críticos constituem fatores que podem favorecer o desenvolvimento de graves infecções do aparelho respiratório, como a pneumonia nosocomial ou hospitalar, que representa a segunda maior infecção hospitalar, com até 50% de chances de mortalidade. Esses pacientes também estão propensos à desidratação terapêutica e consequente xerostomia, sangramentos espontâneos da mucosa bucal e fissuras (DANTAS et al., 2015).

A precariedade da higiene bucal e diversos fatores adicionais, como a diminuição da limpeza natural da boca promovida pela mastigação de alimentos duros e fibrosos, a movimentação da língua e das bochechas durante a fala e a redução do fluxo salivar pelo uso de alguns medicamentos, contribuem para o aumento do biofilme, com o tempo de internação favorecendo a colonização bucal de patógenos respiratórios e com maior resistência aos antimicrobianos. Esses pacientes na maioria das vezes, não possuem uma higienização bucal adequada, possivelmente pela ausência do relacionamento entre a odontologia/enfermagem e pelo desconhecimento de técnicas adequadas pelas equipes assistenciais da terapia intensiva, realidade

esta que favorece a colonização da orofaringe. As razões apresentadas pela equipe atuante para o déficit de higiene bucal nos pacientes em UTI, geralmente, são a falta de profissional odontólogo no setor, a carência de conhecimento quanto às doenças odontológicas e indisponibilidade de tempo para execução da prática e as limitações físicas apresentadas pelo paciente (SOUZA et al., 2013).

No ambiente hospitalar, o paciente internado deve ser monitorado e os cirurgiões-dentistas têm o papel fundamental na avaliação da saúde oral, reforçando a ideia de que estas avaliações são essenciais para os cuidados da saúde geral e no atendimento do paciente como um todo, pois diversas manifestações na cavidade oral podem surgir a partir das condições sistêmicas como doenças respiratórias, diabetes, uso de medicamentos como bisfosfonato (associado à osteonecrose da mandíbula) e AIDS, por outro lado as enfermidades sistêmicas também podem surgir a partir das condições orais, como por exemplo na doença periodontal, devido à grande variedade de espécies bacterianas presentes no biofilme (ARANEGA et al., 2012).

A doença sistêmica que mais se relaciona à saúde bucal é a pneumonia, diretamente ligada à doença periodontal. Nas UTIs, a sua correlação é frequente e constitui um elemento preocupante, uma vez que a pneumonia nosocomial, infecção extremamente debilitante diagnosticada após 48h da admissão do paciente no hospital, é a segunda maior causa de morte entre as infecções adquiridas em ambiente hospitalar, do qual 20 a 50% dos pacientes afetados falecem. As superfícies dentárias e língua, principalmente, de pacientes hospitalizados, são reservatórios microbianos de alta complexidade, o que faz com que a secreção salivar se torne extremamente patogênica. Pacientes debilitados se encontram, geralmente, com os reflexos prejudicados, o que os predispõe à aspiração, tornando a boca a principal porta de entrada para microrganismos prejudiciais à saúde sistêmica (DANTAS et al., 2015).

Um ponto relevante no que diz respeito à ligação direta da saúde bucal com a saúde geral é a incidência de periodontite, que aumenta significativamente o risco de várias patologias, como aterosclerose, infarto cardíaco, derrame cerebral e complicações do diabetes. Em certos pacientes, a bacteremia causada por procedimentos dentais, mesmo a simples escovação dental, pode causar endocardite bacteriana. Diabetes, hipofosfatasia, imunodeficiências, distúrbios renais e câncer são exemplos de enfermidades que colocam o indivíduo em alto risco de doenças bucais – como cárie dental, gengivite, periodontite e mucosite, devido a um aumento de suscetibilidade do paciente. Além disso, pacientes com deficiências físicas e/ou mentais apresentam maior risco

de doenças bucais, causado por medicações, dieta e obstáculos físicos, comportamentais e educacionais, que impedem a implementação de um programa eficiente de higiene bucal (CAMARGO, 2005).

### **2.3 Protocolos e Procedimentos de Descontaminação da Cavidade Bucal**

Dentre os protocolos de higienização da cavidade bucal descritos na literatura é recomendada a remoção química e mecânica do biofilme, tanto em indivíduos dentados como desdentados e também em aparelhos protéticos, uma vez que o método mecânico associado ao químico é mais eficaz quando comparado com métodos apenas químicos (soluções bactericida e/ou bacteriostática) (AMARAL et al., 2013).

Para Dantas et al. (2015) é preciso que seja feita a determinação de protocolos específicos de higienização bucal nos hospitais, além da presença efetiva do cirurgião-dentista, para que a odontologia seja inserida na rotina hospitalar de forma humanizada e o atendimento aos pacientes hospitalizados torne-se de maneira integrada e completa no contexto de promoção de saúde ao indivíduo hospitalizado.

Desse modo, a higiene bucal efetiva de pacientes internados em UTI é primordial, uma vez que o biofilme bucal aumenta o volume de maneira rápida e intensa, pois é comum nestes pacientes a diminuição da auto limpeza natural da cavidade bucal. De acordo com Amaral et al. (2013) a auto limpeza bucal deficiente acontece por diversos motivos: redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, diminuição da movimentação da língua e das bochechas, redução do fluxo salivar devido ao uso de alguns medicamentos, sangramentos espontâneos da mucosa bucal e a presença de ressecamento e fissuras labiais.

As orientações de higiene bucal são relacionadas à capacidade motora e sempre direcionadas à habilidade de entendimento dos pacientes e familiares. Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem uma higiene bucal satisfatória, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado para essa função. Todavia, é significativo fazer uma diferenciação entre os pacientes que estão internados através do seu nível de consciência como, por exemplo, se está acordado, sedado, e se respira sem ajuda de aparelhos, ou seja, seu estado clínico determina o protocolo de atendimento (SOUZA et al., 2014).

Talvez os métodos de promoção de saúde bucal mais importante são os procedimentos simples, como profilaxia dentária, técnicas de escovação ou ainda aplicação tópica de flúor, uma vez que estes não podem se deslocar aos consultórios ou postos de saúde para tais intervenções. Para pacientes sem consciência, utiliza-se um abridor de boca durante o atendimento, escovas dentais infantis e limpador de língua. Em seguida, uma gaze embebida em solução de clorexidina é usada para limpar superfícies da mucosa e dentes, remover corpos estranhos e sucção a vácuo para retirar excesso do antimicrobiano e saliva (SOUZA et al., 2014).

Segundo Oliveira et al. (2015) os antissépticos tópicos constituem o método de escolha mais usual na higienização desses pacientes, tendo em vista que, ao contrário dos antibióticos, não há preocupação com o desenvolvimento de resistência microbiana e/ou mudanças na microflora bucal.

De acordo com Kahn et al. (2008) é importante a utilização de solução antimicrobiana como coadjuvante ou método principal para higiene oral de idosos ou indivíduos com deficiência física objetivando, com isto, prevenir doenças sistêmicas como pneumonia bacteriana e endocardites, entende-se como solução antimicrobiana oral, uma substância contendo derivados fenólicos como o timol, gluconato de clorexidina, sendo até o momento, o agente químico mais efetivo para controle do biofilme dental.

A clorexidina foi usada pela primeira vez, na odontologia, em 1959, e os primeiros estudos sobre sua ação no controle da placa dental foram realizados em 1969 e 1970 por Løe e Schiott. A solução aquosa de clorexidina possui amplo espectro de ação, agindo sobre bactérias gram-positivas, gram-negativas, fungos, leveduras e vírus lipofílicos. Apresenta uma substantividade de 12 horas e é comumente utilizado como solução aquosa na concentração de 0,12% por duas vezes ao dia (SOUZA et al., 2013).

A solução de clorexidina reduz na saliva 80%-90% de microrganismos, além de inibir o crescimento de leveduras e bactérias entéricas. Na aplicação da clorexidina em pacientes por um período de dois anos, não se detectou mudança ou redistribuição da população microbiana salivar. Até o momento, apresentou baixa evidência de toxicidade sistêmica em seres humanos, além de não produzir qualquer resistência apreciável dos microrganismos da boca; também não tem sido associada a quaisquer alterações teratogênicas. É eliminada quase totalmente pelas fezes, segundo testes toxicológicos realizados. A quantidade mínima absorvida pelo trato gastrointestinal é eliminada pelos rins e pelo fígado (SOUZA et al., 2013).

Estudo realizado por Miranda et al. (2016) para avaliar o nível de conhecimento e as dificuldades dos pacientes hospitalizados em relação às medidas preventivas de saúde bucal entre profissionais que atuam em UTIs. Constatou que 83,7% dos profissionais deste estudo realizou a higiene bucal pelo menos duas vezes ao dia, uma diferença significativa em relação às outras rotinas, com o objetivo de reduzir a formação de biofilme e revestimento da língua e, posteriormente, reduzir o número de infecções hospitalares. Sendo assim, a limpeza mecânica uma atividade essencial na atenção à saúde bucal nas UTIs, incluindo o uso de escovas de dente, gaze e espátulas de madeira, foi o método mais utilizado pelos profissionais deste estudo, juntamente com a limpeza química com clorexidina 0,12%.

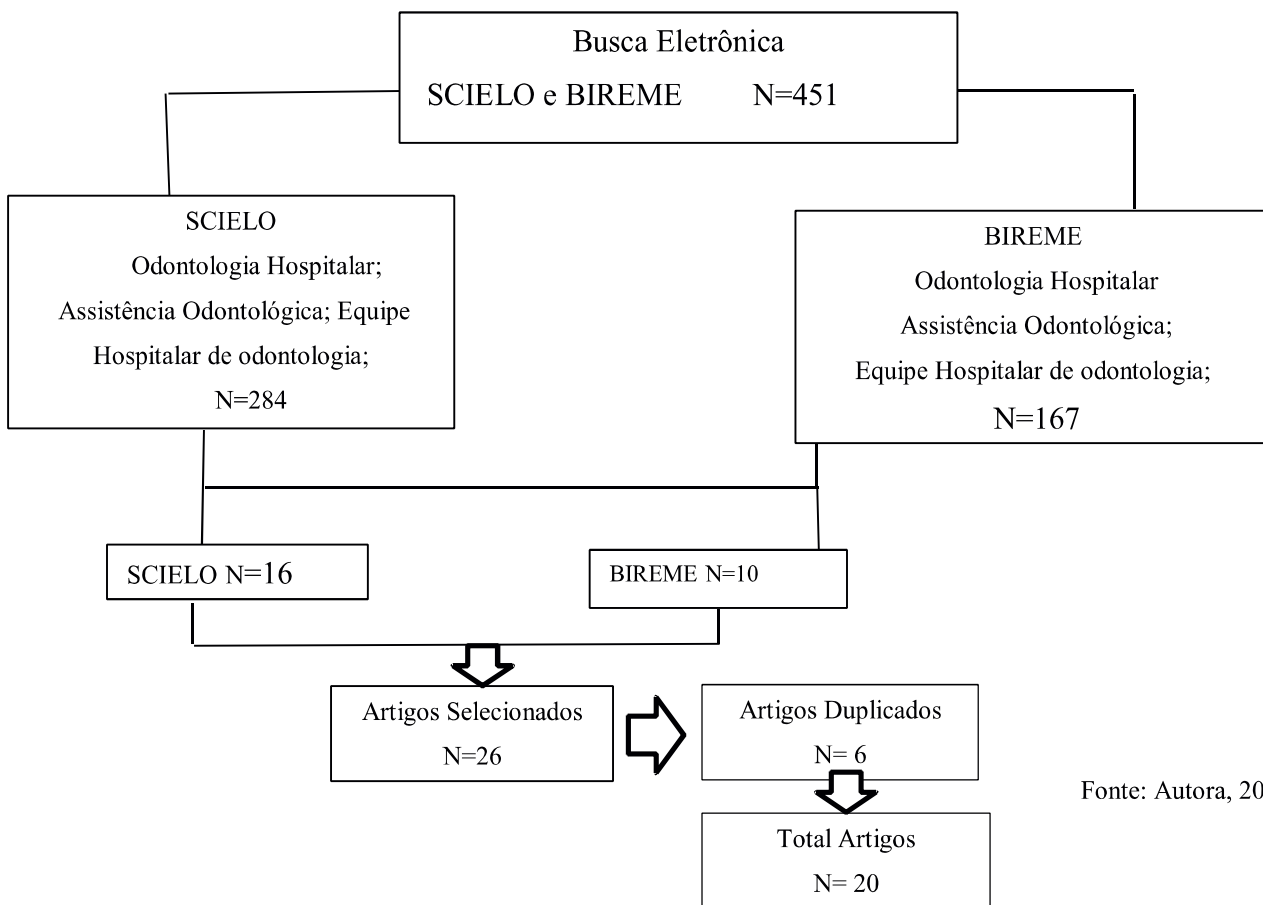
A combinação de produtos químicos (clorexidina a 0,12%) e limpeza mecânica deve ser realizada em todos os pacientes internados na UTI, uma vez que se demonstrou que diminui a incidência de infecções oportunistas, como a pneumonia nosocomial. Essa prática é indicada principalmente para pacientes intubados, porque o tubo e os dutos de alimentação são nichos para o acúmulo de bactérias gram-negativas (MIRANDA et al., 2016). Portanto, é importante que a Odontologia se integre ao atendimento dos pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva, minimizando o risco de disseminação de patógenos da cavidade bucal que possam causar problemas sistêmicos.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, tendo como corpus para análise os artigos investigados. Realizou-se uma revisão da literatura baseada em artigos científicos publicados e disponíveis nas bases de dados Bireme e Scielo localizados por meio das palavras-chave em português: “Odontologia Hospitalar”, “Assistência Odontológica” e “Equipe Hospitalar de Odontologia” no período de 2006 e 2018. Os títulos que atenderam aos critérios de elegibilidade foram selecionados para leitura.

A seleção dos artigos foi realizada de acordo com sua importância, por meio de leituras exploratórias e seletivas do material, contribuindo para o processo de síntese e análise. Foram usados como critérios de exclusão os artigos com publicação anterior ao ano de 2006, artigos não disponíveis para leitura, artigos duplicados, artigos cujo somente os resumos eram acessíveis, artigos com tema divergente ao do trabalho e trabalhos de teses e dissertações. Foram selecionados após a busca dos periódicos, 27 artigos sendo que 06 foram excluídos por serem duplicatas.

**Fluxograma:** Organização dos Textos para Revisão de Literatura



Fonte: Autora, 2018.

Quadro 1. Análise dos artigos selecionados

Artigo, Autor, ano.	Objetivo	Detalhes do estudo	Resultados	Conclusão
<b>A importância da Atuação Odontológica em pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva</b> Morais et al. (2006)	Buscar dados na literatura sobre a participação da condição bucal no estabelecimento da pneumonia nosocomial.	Os estudos mostram claramente que a quantidade de biofilme bucal em pacientes de UTI aumenta com o tempo de internação, paralelamente também ocorre aumento de patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal, sendo esse um reservatório importante de patógenos.		Conclui-se que é necessário à aquisição e manutenção da saúde bucal, além de maior integração da Odontologia e da Medicina, visando o tratamento global dos pacientes, a prevenção de doenças e maior humanização dos pacientes internados em UTI.
<b>Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro.</b> Kahn et al. (2008)	Verificar a existência de um protocolo de controle de infecção oral nos hospitais do Estado do Rio de Janeiro.	Foram avaliados 62 hospitais da rede pública e privada. Quando questionados se existia na instituição algum procedimento destinado aos pacientes internados em UTIs.	Em relação aos resultados foi observado que 39% dos hospitais pesquisados responderam positivamente. Das instituições pesquisadas, apenas 15% possuem um protocolo regular para o controle de placa nos pacientes internados.	Diante destes fatos, evidencia-se a importância da higiene bucal como um meio de se prevenir patologias diversas.
<b>Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo</b>  Araújo et al. (2009)	Realizou-se um estudo com entrevistas orientadas por um questionário.	A população de estudo foi constituída de profissionais de enfermagem divididos em três categorias de formação: 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.	A pesquisa desenvolvida neste trabalho retornou com resultados, os quais sugerem que os cuidados de higiene bucal realizados nos pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva são escassos e inadequados, sendo necessárias modificações nos cuidados dispensados atualmente, especialmente no ambiente nosocomial da equipe de atenção ao paciente.	Conclui-se que a presença de cirurgião dentista, a difusão dos conhecimentos de odontologia preventiva e o uso de recursos específicos de higiene bucal são medidas sugeridas como tentativas de solucionar as dificuldades apresentadas na manutenção da saúde bucal que afetam a saúde geral dos pacientes.
<b>Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral</b> Godoi et al. (2009)	Realizar uma revisão da literatura, buscando informações sobre a	Conforme exposto, foi realizada uma revisão de literatura abrangendo trabalhos publicados entre 1986 e 2008 acerca da Odontologia hospitalar no		Concluiu-se que o cirurgião-dentista deve estar presente nos hospitais e deve estar preparado para o atendimento odontológico, em condições específicas e diferenciadas do cotidiano do

	Odontologia hospitalar no Brasil.	Brasil, buscando informações relacionadas a seu desenvolvimento, legislação e setores de atuação.		consultório.
<b>A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar</b>  <b>Mattevi et al.( 2011)</b>	Analisar as percepções da equipe de saúde e de usuários da Unidade de Internação Pediátrica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina quanto à participação do cirurgião dentista na atenção à saúde da criança hospitalizada	Os dados foram coletados em entrevistas com base em formulário composto por questões semiestruturadas e analisados pela técnica de análise de conteúdo e pelo processo de análise-reflexão-síntese.		Conclui-se que a ampla aceitação e a importância da participação do cirurgião-dentista no contexto da Unidade como: membro da equipe para concretização do conceito de saúde integral; profissional de apoio à equipe nos cuidados e na dinamização e otimização do trabalho interdisciplinar.
<b>Qual a importância da Odontologia Hospitalar?</b> <b>Aranega et al.(2012)</b>	Realizar uma revisão da literatura quanto à importância de se ministrar conceitos sobre a Odontologia Hospitalar para o exercício da profissão odontológica e como se encontra a situação a respeito atualmente	Foi realizada uma análise sistemática de artigos, a fim de verificar sobre a importância da odontologia no âmbito hospitalar.		Embora seja pouco conhecida, a Odontologia Hospitalar entre os membros da equipe multidisciplinar tem o conhecimento e um objetivo comum que permite o crescimento de todos os profissionais envolvidos no processo e o desenvolvimento da ciência da saúde como um todo.
<b>Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma</b>  <b>Gomes et al.( 2012)</b>	Realizar uma revisão de literatura, buscando informações sobre a Odontologia hospitalar no Brasil.	Foi realizada uma análise sistemática de artigos, a fim de verificar informações sobre a odontologia hospitalar no Brasil.		A avaliação da condição bucal e necessidade de tratamento odontológico em pacientes hospitalizados exigem o acompanhamento por um cirurgião-dentista habilitado em odontologia hospitalar.
<b>Importância do cirurgião dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar</b>	Verificar a importância que a equipe multidisciplinar de Unidade de Terapia Intensiva	O questionário foi aplicado em 58 profissionais que atuam diretamente na UTI: 38 técnicos em enfermagem, 08 médicos, 08 enfermeiros, 04 fisioterapeutas e 29 cirurgiões dentistas que não atuam	57% da equipe multidisciplinar e 96% dos profissionais da odontologia responderam que é importante a	Apesar da higiene bucal ser considerada fator importante em pacientes internados na UTI por todos os profissionais avaliados, não há unanimidade no reconhecimento da importância e do papel do cirurgião-dentista



<p><b>Amaral et al. (2013)</b></p>	<p>(UTI) e os cirurgiões-dentistas atribuem à integração de um cirurgião-dentista a essa equipe.</p>	<p>em equipe de UTI.</p>	<p>presença do cirurgião-dentista neste setor. Sobre a influência do cirurgião-dentista na melhora do quadro clínico dos pacientes, foi verificado que 55% dos integrantes da equipe multidisciplinar concordaram que o cirurgião-dentista, atuando no atendimento a pacientes hospitalizados em UTI, resultaria em uma melhora no quadro clínico do paciente; e 100% dos voluntários concordaram que a higiene bucal eficiente é importante em pacientes internados em UTI.</p>	<p>como integrante da equipe de profissionais da área da saúde que atuam em UTI.</p>
<p><b>Atuação do Residente Cirurgião-Dentista em Equipe Multiprofissional de Atenção Hospitalar à Saúde Materno-Infantil</b></p> <p><b>Euzébio et al. (2013)</b></p>	<p>Descrever as atividades desenvolvidas por cirurgiões-dentistas residentes, inseridos em uma equipe multiprofissional de um hospital universitário de referência.</p>	<p>Buscaram-se os registros e fichas clínicas dos pacientes atendidos pelos residentes em Odontologia da área de Atenção à Saúde Materno-Infantil do Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás, na cidade de Goiânia-GO, entre fevereiro de 2011 e julho de 2012. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. Foram atendidos 740 pacientes no período analisado e 1290 consultas odontológicas foram realizadas.</p>	<p>Uma diversidade de alterações sistêmicas foi verificada em 29% da amostra atendida (n=207 pacientes). As atividades educativo preventivas (n=706) foram mais frequentes do que as atividades curativas (n=66). No período analisado, as atividades multiprofissionais foram realizadas foram estudos de casos (n=18), grupos de educação em saúde (n=49) e reuniões de planejamento multiprofissional (n=17).</p>	<p>Concluiu-se que: o cirurgião-dentista pode atuar de forma abrangente no contexto hospitalar; considerando a área materno-infantil, as atividades educativo-preventivas ocorreram em maior número do que as curativas; o cirurgião-dentista deve ser estimulado, desde a graduação, a compreender os aspectos diferenciais do contexto hospitalar no planejamento do tratamento odontológico e no trabalho multiprofissional.</p>

<p><b>Conhecimento do médico hospitalar referente à higiene e as manifestações bucais de pacientes internados.</b></p> <p><b>Matos et al., 2013</b></p>	<p>Avaliar através de questionário o conhecimento de médicos hospitalares referente à saúde bucal de pacientes internados</p>	<p>Inicialmente os autores se dirigiam aos hospitais e pediam para os profissionais envolvidos preencherem um questionário semiestruturado. No total foram entrevistados 100 médicos, em seis hospitais, que atuam na rede pública e privada. O questionário foi composto por 12 questões que envolviam o ambiente hospitalar de atendimento; a área de atuação do médico; a unidade hospitalar que trabalha; a participação do cirurgião-dentista (CD) no ambiente hospitalar; o conhecimento do médico referente à saúde bucal e ao diagnóstico das manifestações orais.</p>	<p>52% dos médicos afirmaram não existir um controle de infecção bucal, inclusive na unidade de terapia intensiva (UTI); 45% relataram nunca ter solicitado a presença do cirurgião dentista na equipe de saúde; cerca de 93% desconheciam a forma adequada de diagnosticar a doença periodontal; e 84% da doença cárie. Sobre as questões relacionadas à higiene bucal todos os profissionais desconheciam técnicas e instrumentos relacionados à higiene bucal.</p>	<p>Há deficiência no conhecimento dos médicos hospitalares frente ao controle do biofilme oral dos pacientes hospitalizados, mas não omissão frente às questões que envolvem o foco de infecção odontogênica.</p>
<p><b>Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada a ventilação mecânica</b></p> <p><b>Souza et al.(2013)</b></p>	<p>Avaliar os procedimentos de higiene bucal na prevenção da PAVM.</p>	<p>Foram avaliados os dados secundários da comissão de controle de infecção hospitalar entre 2008 e 2011, apresentados por frequência de ocorrência, bem como a percepção dos profissionais de saúde na UTI sobre a implantação do protocolo de higiene bucal.</p>	<p>A pneumonia foi a principal causa de infecção no CTI, de 2008 a 2010. Em 2011, após a implantação do bundle, a pneumonia deixou de liderar como a mais frequente. Em números percentuais, a redução de pneumonia após a implantação do bundle até a incorporação do protocolo de higiene bucal variou de 33,3% para 3,5%</p>	<p>A vasta literatura existente evidencia a eficiência do protocolo de higiene bucal na prevenção de PAVM.</p>
<p><b>Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar</b></p> <p><b>Wayama et al.(2014)</b></p>	<p>Analisar o conhecimento, opinião, acompanhamento e a execução do cirurgião</p>	<p>Foram aplicados 500 questionários a cirurgiões-dentistas na cidade de Araçatuba do estado de São Paulo.</p>	<p>Os resultados demonstraram que 49% dos profissionais nunca tiveram a experiência no âmbito hospitalar</p>	<p>Como conclusão podemos sugerir que há carência de conhecimento sobre Odontologia Hospitalar, assim o cirurgião-dentista deve ser instruído desde a sua formação acadêmica para a</p>

	dentista na Odontologia Hospitalar.		e 64% afirmaram que este conteúdo é carente como parte integrante do currículo de graduação. Outro resultado foi de que 46% dos entrevistados não têm interesse ou não acham necessário atuar dentro do hospital e 24% acreditam que esse atendimento seja feito somente por especialistas.	inserção na equipe hospitalar.
<b>A atuação do cirurgião dentista no atendimento hospitalar</b> <b>Souza et al.(2014)</b>	Realizar uma revisão de literatura sobre o papel do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar desde a dificuldade enfrentada para sua inserção nos hospitais até a utilização de procedimentos adequados durante a internação do paciente	Foram consultadas as bases de dados Scielo, Pubmed, Medline e LILACS, por meio das palavras-chave em português e em inglês: unidade hospitalar de Odontologia, higiene bucal e equipe hospitalar de Odontologia, no período de 2000 a 2014.	. Foram obtidos 29 artigos, cujos achados foram divididos em: atuação do cirurgião dentista no âmbito hospitalar e procedimentos de descontaminação da cavidade bucal em hospitais.	Em conclusão, é necessário maior reconhecimento da importância do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar para realização de medidas preventivas bucais e na melhoria do quadro clínico do paciente.
<b>Saúde bucal e cuidados na Unidade de Terapia Intensiva</b> <b>Dantas et al.( 2015)</b>	Realizar uma revisão de literatura, acerca da importância da atuação do cirurgião-dentista como membro integrante da equipe de saúde nas UTIs, as atividades e cuidados odontológicos necessários e a relação entre condições orais e sistêmicas.	Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos publicados em português e inglês, indexados nas bases dos dados LILACS, SciELO e PubMed, publicados no período de 2006 a 2015 e legislação sobre o tema, totalizando 20 referências.		Concluiu-se que a deficiência de higienização da cavidade bucal em UTIs constitui fator de risco ao desenvolvimento de doenças sistêmicas, sobretudo as do trato respiratório; e que a participação do cirurgião-dentista no tratamento do paciente crítico é fundamental à promoção da saúde em ambiente hospitalar.

<p><b>Conhecimento e prática do controle de higiene bu-cal em pacientes internados em unidades de terapia intensiva</b> Oliveira et al. (2015)</p>	<p>Avaliar o conhecimento e as práticas do controle de higiene bucal (HB) em pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI).</p>	<p>Foi realizado um estudo transversal com 41 profissionais de saúde atuante em UTI por meio da aplicação de questionário composto de dados sócios demográficos e questões sobre a HB de pacientes hospitalizados.</p>	<p>A maioria dos profissionais estava na faixa etária de 30 a 39 anos (36,6%), era do sexo feminino (90,2%) e técnico (a) de Enfermagem (80,5%). A maioria 92,68% respondeu que o hospital no qual trabalhava não possui cirurgião-dentista integrado à equipe, o técnico em enfermagem é o profissional responsável pela HB dos pacientes (100%) Poucos profissionais afirmaram que existia protocolo de HB (26,8%) e utilizar gluconato de clorexidina a 0,12% ( 29,3%)</p>	<p>Evidencia-se a necessidade de desenvolver e ampliar atividades de ensino, pesquisa e extensão relacionadas à Odontologia Hospitalar nos cursos de Odontologia no Brasil.</p>
<p><b>A importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo</b> Albuquerque et al., (2016)</p>	<p>O objetivo do presente estudo foi analisar a importância da presença do cirurgião-dentista em equipes multidisciplinares nas Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs)</p>	<p>Foram selecionadas 11 unidades hospitalares do Estado do Rio de Janeiro. Utilizou-se um questionário semiestruturado entregue aos profissionais responsáveis pelos cuidados da saúde bucal dos pacientes com variáveis relacionadas a procedimentos de higiene bucal e presença de doenças orais nos pacientes internados nestas unidades</p>	<p>Os resultados demonstraram que em 100% dos hospitais não foi encontrado um cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das UTIs. Em 72,70% das unidades era o enfermeiro, o profissional da saúde, responsável pelos procedimentos de higiene bucal dos pacientes internados. Este procedimento era realizado em 45,50% das unidades, duas vezes ao dia, sobre orientação de um profissional não especializado em 81,82% dos casos. Grande parte dos pacientes apresentava</p>	<p>Conclui-se que apesar da real e grande necessidade de um cirurgião-dentista nessas unidades, reconhecida inclusive pela maioria dos profissionais responsáveis pela higiene bucal, esta presença ainda não é efetiva, o que dificulta assim o correto tratamento de distúrbios bucais podendo contribuir para o surgimento e/ou agravamento de doenças sistêmicas.</p>

			desordens bucais, como mau-hálito, cárie, gengivite e tártaro, e apesar disso não existia um profissional qualificado responsável pelo tratamento dessas enfermidades.	
<b>A bioética no contexto da Odontologia Hospitalar: uma revisão crítica</b>  <b>Freitas-aznar et al.(2016)</b>	Realizar uma reflexão sobre a aplicação dos princípios bio-éticos na atuação do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar.	Uma revisão crítica da literatura foi realizada acessando-se as bases de dados PubMed, Scielo e Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os descritores "Bioética", "Equipe Hospitalar de Odontologia", "Ética Odontológica" e "Ética Institucional".		A observância e o respeito aos pilares bioéticos da autonomia, justiça, beneficência e não maleficências devem estar incluídas nas atitudes do cirurgião-dentista e da equipe multiprofissional, minimizando os desconfortos ocasionados por problemas de ordem geral e bucal.
<b>Práticas de cuidado bucal para pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: uma pesquisa piloto</b> <b>Miranda et al., (2016)</b>	Avaliar o nível de conhecimento e as dificuldades dos pacientes hospitalizados em relação às medidas preventivas de saúde bucal entre profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).	Um estudo transversal foi realizado entre 71 profissionais de saúde que trabalham na UTI. Um questionário auto administrado foi utilizado para determinar os métodos utilizados, frequência e atitude em relação aos cuidados bucais fornecidos aos pacientes em UTIs brasileiras.	A maioria dos participantes era de profissionais de enfermagem (80,3%) trabalhando em turnos de 12 horas na UTI (70,4%) cerca de 87,3% e 66,2% relataram ter conhecimento sobre pneumonia lingual e nosocomial, respectivamente ( $P<0,05$ ). A maioria relatou usar espátulas, gaze e escovas de dentes (49,3%) ou apenas escovas de dentes (28,2%) com clorexidina 0,12% (49,3%) para higienizar a cavidade bucal de pacientes internados em UTI ( $P<0,01$ ). A maioria dos profissionais achava que havia disponibilidade de tempo adequado para prestar cuidados orais aos pacientes internados na UTI e que a higiene bucal era uma prioridade para os	A pesquisa sugere que a educação adicional é necessária para aumentar a conscientização entre os profissionais da UTI sobre a associação entre placa dentária e condições sistêmicas dos pacientes, padronizar os protocolos de higiene bucal e promover a saúde bucal dos pacientes internados em UTI.

			pacientes sob ventilação mecânica (80,3% e 83,1%, respectivamente, $p < 0,05$ ). No entanto, a maioria dos profissionais (56,4%) relatou sentir que a cavidade bucal era de difícil limpeza ( $p < 0,05$ )	
<b>O impacto da hospitalização sobre a doença periodontal: um estudo observacional</b> Lages et al. (2017)	Avaliar o impacto da hospitalização no estado periodontal de pacientes internados em um hospital privado.	Uma amostra de 41 pacientes respondeu um questionário sobre hábitos de higiene bucal antes e após a hospitalização. Um examinador mediu a razão de Rastreamento e Recording Periodontal (PSR) dentro de 24 horas após a internação (T0), após cinco (T1) e após dez dias de internação (T2).	47 pacientes foram examinados em T0, 37 em T1 e 21 em T2. Entre T0 e T1, a condição periodontal de 32,4% dos pacientes piorou ( $p = 0,001$ ). O escore de dez pacientes mudou de PSR = 0 para PSR = 1 e o escore de dois mudou de PSR = 1 para PSR = 2, após 5 dias de internação. No T2, 38% dos pacientes se deterioraram ( $p = 0,005$ ) com 4 sangramentos gengivais em desenvolvimento e 4 apresentaram cálculo. 19% dos pacientes ( $p = 0,046$ ) diminuíram entre T1 e T2, e 4 pacientes apresentaram cálculo	A condição periodontal dos pacientes hospitalizados deteriorou-se ao longo da permanência no hospital e, conseqüentemente, houve aumento da necessidade de tratamento. Isso chama a atenção para a importância da higiene bucal no hospital.
<b>A importância da odontologia hospitalar: o estado de saúde bucal em pacientes hospitalizados</b> Amaral et al. (2018)	Analisar a presença da Odontologia em ambiente hospitalar.	Foram avaliados 103 pacientes hospitalizados, por meio do índice CPO-D, indicador comparativo de biofilme e índice de risco de tratamento invasivo odontológico. Observando a importância que estes pacientes davam a Odontologia hospitalar.	Dentre os cuidados avaliados, 68,9% do sexo masculino e 31,1% feminino. A média do CPO-D foi de 17,9. Dentre os pacientes examinados: 96,1% levaram ao kit de higiene bucal, 97,1%	A qualidade da saúde e da higiene bucal dos pacientes foi insuficiente. A maioria dos pacientes necessitou de algum tipo de tratamento odontológico invasivo, ainda que não contenham complicações na vida bucal no momento da internação. A grande maioria dos pacientes foi importante para uma assistência odontológica em hospitais.

			<p>achavam importante na presença do cirurgião-dentista não hospitalar, 63,1% de remoção do biofilme deficiente. Os pacientes são responsáveis pelo tratamento odontológico invasivo: restauração (68,9%), exodontia (40,8%), endodontia (23,3%), dor de origem odontológica (26,2%), presença de abscesso (7,8%).</p>	
--	--	--	--	--

Fonte: Autora, 2018.

#### 4. DISCUSSÃO

A odontologia tem cada vez mais se destacado no âmbito hospitalar, superando barreiras e preconceitos. Apesar de todo o avanço que vem alcançando com o tempo, ainda restam dificuldades a serem enfrentadas. Em torno dessas problemáticas temos: a inclusão do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar nos hospitais; o agravamento da condição bucal dos pacientes devido à falta de cuidados específicos na higienização; e, por fim, a falta de protocolos adequados e específicos de higienização bucal nos hospitais.

A inserção do cirurgião-dentista como parte da equipe multidisciplinar é essencial para a terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados. Os avanços científicos trazem subsídios para acreditar na contribuição significativa do tratamento odontológico, especificamente a intervenção periodontal, na prevenção e/ou melhora da condição sistêmica, principalmente no paciente crítico (MORAIS et al., 2006). Estudos mostram que pacientes internados em UTI que recebem o devido acompanhamento profissional qualificado obtêm melhora em seu quadro de saúde, reduzindo significativamente, o aparecimento de doenças respiratórias (RABELO; QUEIROZ; SANTOS, 2010).

A literatura evidencia que, com uma estrutura mínima de apoio do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, os benefícios são muitos, pois além de contribuir mantendo a cavidade oral livre de biofilme dental, da saburra lingual, de estomatites e problemas relacionados há falta ou excessiva salivagem. Sendo tal conduta de extrema importância, protegendo assim o paciente de infecções oportunistas, fator este que irá influenciar diretamente na saúde sistêmica do paciente.

Resultados encontrados em estudo realizado por Albuquerque et al. (2016) sobre a importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) em amostra de conveniência coletada nos hospitais selecionados, relatou que as unidades hospitalares não apresentavam um profissional qualificado responsável para esta função. Os profissionais entrevistados ainda relataram que consideram importante a presença do cirurgião-dentista, apesar de nenhuma das unidades estudadas apresentarem um profissional da área de Odontologia fazendo parte de sua equipe multidisciplinar.

Fato este corroborando com estudo feito por Araújo et al. (2009), em que foi analisado percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em (UTI), e como resultados da pesquisa verificou-se que há importância da presença do cirurgião-dentista, que



então poderia atuar nos casos em que houvesse comprometimento odontológico, além de contribuir para uma melhora na condição de saúde bucal desses pacientes.

Sendo assim, há muito tempo, equipes de profissionais nas UTIs está estruturada e é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e técnicos em enfermagem. Contudo, a literatura é unânime em mostrar que a equipe não está completa, pois falta a presença do cirurgião-dentista para que ocorra de fato promoção da saúde integral de pacientes internados em UTIs (AMARAL et al., 2013).

Outra problemática a ser enfrentada é com relação ao conhecimento da importância da inclusão do cirurgião-dentista na equipe hospitalar, por parte dos profissionais que estão em contato direto com os pacientes, sendo este o profissional capacitado para diagnosticar e tratar as doenças da cavidade oral. Estudo realizado por Matos et al. (2013) para avaliar o conhecimento de médicos referente à saúde bucal de pacientes internados mostrou que não existe um controle de infecção bucal, como também relatou a não solicitação pelos médicos a presença do cirurgião dentista na equipe de saúde, e desconhecimento da forma adequada de diagnosticar a doença periodontal e cárie dentária. Sobre as questões relacionadas à higiene bucal todos os profissionais desconheciam técnicas e instrumentos relacionados à higiene bucal.

Um aspecto bastante importante que deve ser avaliado é com relação ao tempo que o paciente está exposto na unidade hospitalar e não dispõe de qualquer tipo de intervenção odontológica preventiva, pois em estudo realizado por Lages et al. (2017), sobre o impacto da hospitalização sobre a doença periodontal foi visto que a condição oral e a condição periodontal do paciente hospitalizado deteriorou-se ao longo da permanência no hospital e, conseqüentemente houve aumento da necessidade de tratamento.

Fato também visto em pesquisa realizada por Morais et al. (2006), em que estudaram a importância da atuação odontológica em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva onde evidenciou que a quantidade de biofilme bucal em pacientes de UTI aumenta com o tempo de internação, ocorrendo também o aumento de patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal, fator este que pode trazer bastante agravo a saúde sistêmica dos pacientes.

O desconhecimento referente à prática odontológica no ambiente hospitalar faz com que haja uma dificuldade por parte do cirurgião-dentista em exercer o atendimento integral do paciente, fazendo assim com que a maioria dos profissionais exerça seus trabalhos apenas em

consultórios e postos de saúde pública, com exceção dos casos de cirurgia bucomaxilofacial ou procedimentos que demandam anestesia geral.

Porém, problemas bucais advindos da falta de higiene, especialmente a doença periodontal, que podem atuar como foco de disseminação de microrganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, ainda mais evidente em pessoas com a saúde comprometida, precisa de atendimento especializado por parte dos cirurgiões-dentistas em ambientes hospitalar, evitando desta maneira, o agravamento do seu quadro sistêmico (MORAES et al., 2006).

Nestas circunstâncias, outra problemática a ser vencida é o cuidado com a falta de higiene bucal dos pacientes internados, tanto por parte da equipe de enfermagem, que na maioria das vezes é responsável por realizar estes procedimentos de higienização, quanto por parte dos próprios acompanhantes que são responsáveis por cuidar diretamente dos hospitalizados, pois sem essa conscientização de todos os envolvidos não haverá evolução significativa na condição bucal dos pacientes.

Entretanto, o problema não se restringe tão somente à falta de higiene, mas também inexistência de protocolos específicos de higienização bucal nos hospitais. Como descrito por Dantas et al. (2015) que é preciso que tal conduta seja realizada e a presença efetiva do cirurgião-dentista se faça assídua para que a odontologia seja inserida na rotina hospitalar de forma humanizada e o atendimento aos pacientes hospitalizados aconteçam integralmente, e completa no contexto de promoção da saúde ao indivíduo. Não obstante, similarmente a essas situações percebe-se a falta de atendimento odontológico ao paciente, fato este predominante na maioria dos hospitais.

Assim a ausência de protocolos específicos dificulta a correta higiene bucal dos pacientes sendo tal conduta realizada com menor frequência. Entretanto, na literatura existem muitos questionamentos em relação aos protocolos de higiene bucal, tanto dos pacientes hospitalizados como dos que estão em UTI, informações essas sobre os produtos que podem ser utilizados para higiene como também em relação à frequência, a técnica de realização e dispositivos que são empregados.

Estudo realizado por Albuquerque et al. (2016) com relação à frequência de higiene bucal dos pacientes submetidos a terapia intensiva, mostrou que os profissionais responsáveis por esta prática que foram interrogados em relação a quantidade de vezes e a forma como era

realizada essa higiene, obteve resultado positivo com esses procedimento pelo menos uma vez ao dia.

Com relação aos dispositivos químico e físico utilizados para realização de desinfecção da cavidade oral, foi relatado por Miranda et al.(2016) em estudo sobre a prática e cuidado para paciente em UTIs, os profissionais relataram usar espátulas, gaze ou escovas de dentes com clorexidina 0,12% para higienizar a cavidade bucal dos pacientes internados em UTI. A maior parte dos profissionais relatou que havia disponibilidade de tempo adequado para prestar os cuidados orais aos pacientes internados na UTI e que a higiene bucal era uma prioridade para os pacientes sob ventilação mecânica, no entanto a maioria dos profissionais informou sentir muita dificuldade nesse procedimento.

Neste cenário, estudos mostram que a manutenção de um controle rigoroso da higiene bucal de pacientes internados em UTI visa 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. Bactérias gram-positivas são comumente encontradas na cavidade bucal, mas, à medida que o biofilme desenvolve, podem ocorrer associações com bactérias anaeróbicas gram-negativas e fungos, tornando este biofilme mais patogênico e, conseqüentemente, aumentando o risco de complicações sistêmicas (AMARAL et al., 2013).

As orientações de higiene bucal são relacionadas à capacidade motora e sempre direcionadas à habilidade de entendimento dos pacientes e familiares. Muitas vezes, causas físicas ou mentais impedem uma higiene bucal satisfatória, sendo necessário o auxílio de alguém devidamente treinado para essa função. Todavia, é significativo fazer uma diferenciação entre os pacientes que estão internados, através do seu nível de consciência, como, por exemplo, se está acordado, sedado, se respira sem ajuda de aparelhos, ou seja, seu estado clínico determina o protocolo de atendimento (ASSIS, 2012).

Tendo em vista que a saúde bucal da maioria dos pacientes hospitalizados está comprometida em decorrência da falta correta de higiene, dentre outros fatores que contribuem para a problemática, é fundamental a presença do cirurgião-dentista como promotor de saúde, pois além de realizar procedimentos simples como profilaxia e auxílio nas técnicas de escovação, ele está habilitado para a realização de procedimentos mais complexos que irão auxiliar na manutenção e recuperação da saúde bucal dos pacientes hospitalizados.

Ao analisar os dados presentes nos estudos sobre a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, verificou-se que a realização dos procedimentos determina grandes vantagens, como o atendimento em maior segurança aos pacientes com riscos cirúrgicos, proporcionando facilidade ao paciente impossibilitado de frequentar o consultório odontológico, oferecendo assim um acompanhamento clínico e tratamento específico (SOUZA et al., 2014).

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 dos custos que envolvem o tratamento, também a atuação ainda é muito limitada por não fazer parte das equipes multidisciplinares de atendimento, mesmo sabendo que a condição bucal influencia grandemente no seu quadro clínico.

Diante desse contexto, a incorporação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional pode contribuir para a visão holística que deve ser oferecida ao paciente hospitalizado a fim de proporcionar o seu bem estar e dignidade, prevenindo infecções, diminuindo o tempo de internação e o uso de medicamentos, tendo em vista que os problemas bucais interferem na saúde geral do indivíduo, assim como as alterações sistêmicas podem se manifestar na cavidade bucal (EUZÉBIO et al., 2013).

Dessa maneira, percebe-se que as atividades de higienização da cavidade bucal quando são desenvolvidas pelos cirurgiões-dentistas provocam uma sensação de alívio e segurança à equipe. Entretanto, quando são realizadas sem esses profissionais, geram sobrecarga no trabalho da equipe de Enfermagem que realiza também outros procedimentos (MATTEVI et al., 2011).

Destarte, ainda pouco conhecida pela a maioria da população, a Odontologia no âmbito hospitalar vem avançando aos poucos, sendo também importante para o aprofundamento do cirurgião-dentista com relação ao assunto, com a finalidade de maior conhecimento e melhor adequamento à realidade encontrada nos hospitais.

Após a análise dos artigos pesquisados nesse estudo, pode-se concluir que a Odontologia Hospitalar pode ser definida como o ato odontológico exercido dentro do ambiente hospitalar, oferecido ao paciente que se encontra internado com comprometimentos clínicos. Bem como, pode-se afirmar que a inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar surgiu diante das seguintes necessidades: a execução de tratamentos odontológicos em pacientes com condições de saúde que impedem o tratamento em consultório odontológico; da realização de diagnóstico e tratamento odontológico em pacientes internados por uma determinada enfermidade médica e que

desenvolveram alguma doença bucal ao longo do tratamento; de executar medidas preventivas de saúde bucal com o objetivo de evitar o desenvolvimento de alguma doença bucal ou impedir o agravamento e instabilidade de uma doença sistêmica já existente.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho permitiu concluir que pacientes hospitalizados e de UTI possuem higiene bucal deficiente, havendo um aumento significativo de biofilme de acordo com tempo de internação. Portanto, a higiene bucal adequada é essencial para prevenir que não haja a disseminação de microrganismos que prejudicam a saúde bucal e sistêmica, promovendo o bem-estar do paciente.

Desta forma, a presença do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar, como integrante da equipe multidisciplinar é de extrema importância, haja vista que este profissional é capacitado para diagnosticar doenças da cavidade bucal, bem como realizar procedimentos que irão contribuir para recuperação da saúde bucal e geral do paciente, minimizando os desconfortos causados pelos problemas bucais e trazendo inúmeros benefícios, como redução de custos e tempo de permanência hospitalar.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D.M.S.; BEDRAN N.R.; QUEIROZ, T.F.; NETO, T.S.; SENNA, M.A. A importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo. **Revista Fluminense de Odontologia**, v.22.n.45,p.2-11, 2016.
- AMARAL, C. O. F.; BELÃO, L. M. R.; SILVA, E. A.; NADAI, A.; FILHO, M.S.P.A.; STRAIOTO, F.G. A importância da odontologia hospitalar: o estado de saúde bucal em pacientes hospitalizados. **RGO, Rev Gaúcha Odontol**, v .66, n.1,p.35-41,2018.
- AMARAL, C. O. F.; MARQUES, J. A.; BOVOLATO, M. C.; PARIZI, A. G. S.; OLIVEIRA, A.; STRAIOTO, F. G. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Revista da Associação Paulista Cirurgião-Dentista**, v.67, n.2,p.107-111, 2013.
- ARANEGA, A. M.; BASSI, A. P. F.; PONZONI, D.; WAYAMA, M. T.; ESTEVES, J. C.; JUNIOR, I. R. C. Qual a importância da Odontologia Hospitalar?. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p.90-93, 2012.
- ARAÚJO, R.J.G.; OLIVEIRA, L.C.G.; HANNA, L.M.O.; CORRÊA, A.M.; CARVALHO, L.H.V.; ALVARES, N.C.F. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.21, n.1, p. 38-44, 2009.
- ARAÚJO, R. J. G.; VINAGRE, N. P. L.; SAMPAIO, J. M. S. Avaliação sobre a Participação de Cirurgiões-Dentistas em Equipes de Assistência ao Paciente. **Journal: Acta Scientiarum: Health Science**, v.31, n.2, p.153-157, 2009.
- ASSIS, A. Atendimento odontológico nas UTIS. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.69, n.1, p.72-85, 2012.
- BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. **Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia**. Resolução CFO- 63/2005.
- CAMARGO, E. C. **Odontologia Hospitalar é mais do que Cirurgia Bucomaxilofacial**. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/m>> Acesso em: 11 de Set. de 2018.
- DANTAS, B. O.; ARAUJO, I.A.; ARAUJO, H.B.N.; ARAÚJO, E.C.; BEZERRA, A.C.B.; MIRANDA, A.F. Saúde bucal e cuidados na unidade de terapia intensiva . **Revista Odontologia Planal Cent**, v.5, n.1, p.28-32, 2015.
- EUZÉBIO, L. F.; VIANA, K.A.; CORTINES, A.A.O.; COSTA, L. R. Atuação do residente cirurgião-dentista em equipe multiprofissional de atenção hospitalar à saúde materno infantil. **Revista Odontologia Brasil Central**, v. 21,n.60,p.16-20, 2013.

FREITAS-AZNAR, A.R.; CAPELOZZA, A.L.A.; AZNAR, F.D.C.; JÚNIOR, L.A.V.S.; SANTOS, P.S.S. A bioética no contexto da Odontologia Hospitalar: uma revisão crítica. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 4, p.311-314, 2016 .

GAETTI-JARDIM, E.G et al. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 11, n.35, p.31-36, 2013.

GODOI, A.P.T.; FRANCESCO, A.R.; DUARTE, A.; KEMP, A.P.T.; SILVA-LOVATO, CH. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Revista Odontologia UNESP**, v.38,n.2, p.105-9, 2009.

GOMES, S.F; ESTEVES, M.C. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.69, n.1, p. 67-70, 2012.

KAHN, S.; GARCIA, C.H.; JÚNIOR, J.G.; NAMEN, F.M.; MACHADO, W.A.S.; JÚNIOR, J.A.S.; SARDENBERG, E.M.S.; EGREJA, A.M. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.13, n.6,p. 1825-31, 2008.

LAGES, V. A.; DUTRA, T.T.B.;LIMA, A.N.A.N.;MENDES, R.F.; JÚNIOR, R.R.P. O impacto da hospitalização no estado de saúde periodontal: um estudo observacional. **RGO, Rev Gaúcha Odontol**, v. 65, n. 3, p. 216-222, 2017.

MATTEVI, G.S. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Rev Ciên Saúde Col**, v.16, n.10, p.4229-4236, 2011.

MATOS, F. Z.; PORTO, A.N.; CAPOROSSI, L.S.;SEMENOFF, T. A.D.V.; BORGES, A.H.; SEGUNDO, A.S. Conhecimento do Médico Hospitalar Referente à Higiene e as Manifestações Bucais de Pacientes Internados. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.1,n.3,p. 239-43, 2013.

MEIRA, S.C.R.; OLIVEIRA, C.A.S.; RAMOS, I.J.M.; A importância da participação do cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional hospitalar. **Curso de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva**, v.1, n.1, p.10-28, 2010.

MIRANDA, AF, DE PAULA RM, DE CASTRO PIAU CG, COSTA PP, BEZERRA AC. Práticas de higiene bucal para pacientes em Unidades de Terapia Intensiva: uma pesquisa piloto. **Indian J Crit Care Med**, v.20, n.5, p. 267-273, 2016.

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. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. v.18, n.4, p.412-17, 2006.  
MULIM, N. **Projeto de Lei Federal Nº 2776/2008**. Disponível em:



[<http://www2.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>]. Acesso em 8 de Set. de 2018.

OLIVEIRA, L. S.; BERNARDINO, I.M.; SILVA, J.A.L.; LUCAS, R.S.C.C.; D'AVILA, S. Conhecimento e prática do controle de higiene bucal em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista da ABENO**, v.15, n.4, p.29-36, 2015.

QUELUZ, D.P; PALUMBO, A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. **Jornal de Assessoria e Prestação de Serviços ao Odontologista**, v.3, n.19, p.40-46, 2000.

RABELO, G.D; QUEIROZ, C.I; SANTOS, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arq Med Hosp Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v.55, n.2 p. 67-70, 2010.

SERRANO, C. V. **Livro Cardiologia e Odontologia** - Uma Visão Integrada. Editora Santos. Primeira edição. Capítulo 3. 2007.

SOUZA, A. F.; GUIMARÃES, A.C.; FERREIRA, E.F. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. **REME, Revista Mineira de Enfermagem**, V.17,n.1,p. 177-184, 2013.

SOUSA, L.V.S; PEREIRA, A.F.V; SILVA, N.B.S. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. **Revista Ciências da Saúde**, São Luís, v.16, n.1, p. 39-45, 2014.

WAYAMA, M. T.; ARANEGA, A.M. BASSI, A.P.F.; PONZONI, D.; JÚNIOR, I.R.G. Grau de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre Odontologia Hospitalar. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 48-52 ,2014 .