

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Istefani Souza Silva

**A ODONTOLOGIA HOSPITALAR E SUA IMPORTÂNCIA NA MULTIDISCIPLINARIDADE:
UMA REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA**

Juiz de Fora
2023

ISTEFANI SOUZA SILVA

**A ODONTOLOGIA HOSPITALAR E SUA IMPORTÂNCIA NA MULTIDISCIPLINARIDADE:
UMA REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como parte do requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

Orientador: Prof. Dr. Elton Geraldo de Oliveira Góis

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Gracieli Prado Elias

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Souza Silva, Istefani.
A Odontologia Hospitalar e sua Importância na Multidisciplinaridade: Uma revisão discutida da Literatura. / Istefani Souza Silva. -- 2023.
44 f.

Orientador: Elton Geraldo de Oliveira Góis
Coorientador: Gracieli Prado Elias
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Odontologia, 2023.

1. Higiene Bucal. 2. Cirurgião-Dentista. 3. Cirurgião-Dentista Hospitalar. 4. Serviço Odontológico Hospitalar. I. Geraldo de Oliveira Góis, Elton, orient. II. Prado Elias, Gracieli, coorient. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
REITORIA - FACODONTO - Coordenação do Curso de Odontologia

ISTEFANI SOUZA SILVA

A odontologia hospitalar e sua importância na multidisciplinaridade: uma revisão discutida da literatura

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

Aprovado em 09 de março de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Elton Geraldo de Oliveira Góis (orientador)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^ª. Dr^ª. Graciele Prado Elias

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Eduardo Machado Vilela

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais, que me deram tudo que tenho e fizeram de mim tudo que sonho e sou.

AGRADECIMENTOS

A trajetória que escrevi até a concepção deste trabalho não pode ser encerrada sem a gratidão por todos que estiveram comigo até aqui.

Primeiramente, agradeço a Deus, por todo o amor que recebi desde o dia que abri meus olhos para esse mundo. O amor do Pai foi o meu combustível todas as vezes que a minha insegurança foi maior que a minha coragem. Foi a minha fé na sua infinita e eterna misericórdia que me permitiram viver cada um dos dias da minha vida. A ti, Senhor, agradeço por tudo que há em mim.

Agradeço ao meu pai, Antônio, por ter me amado, até a camada mais profunda da pele. Foi vendo a sua forma gentil e honesta de viver, que aprendi a ser alguém melhor. É por ser sua filha que eu me tornei o que sou hoje. Agradeço a minha mãe, Vânia, por todas as vezes que seu abraço foi o melhor lugar do mundo para morar. A sua força, sua sensibilidade e carinho moldam tudo que acredito. Aos meus pais, grande parte de tudo que tenho e sou só existe porque sou filha de vocês.

Agradeço aos meus grandes amigos, a família que escolhi amar ao longo da vida.

Aos meus amigos de infância, aos companheiros da faculdade, aqueles que conheci ainda no primeiro dia de aula e aqueles que encontrei ao longo do caminho. Vocês me ajudaram a encontrar o meu caminho, me ensinaram o significado mais puro e simples de amizade. Foi com vocês que aprendi a importância de se ter apoio, com vocês aprendi que não se vive sozinho. Com vocês aprendi que por mais difíceis que sejam as coisas, sempre existe alguém acreditando em você. A existência de cada um de vocês me faz ter certeza de que esta é a melhor época da minha história. Em especial, agradeço ao meu grande amigo que dividiu o lar e a vida nos últimos 5 anos, você é meu porto de segurança.

Agradeço a cada um dos meus pacientes, por cada conversa que tive durante as consultas, por cada segredo compartilhado, por cada risada, por cada carinho sincero que recebi, por cada situação que pude solucionar. Vocês me ensinaram que a área da saúde só pode ser feita com amor.

Agradeço a cada um dos funcionários da Faculdade de Odontologia da UFJF, vocês transformaram essa Instituição em minha casa ao longo dos últimos 5 anos! Obrigada!

Agradeço aos professores da minha banca. Ao professor Elton por todo o conhecimento compartilhado e por cada atenção recebida. A professora Gracieli, que se tornou uma fonte de inspiração para mim ao longo da graduação, por toda sua dedicação e amor pelo que faz. E ao professor Eduardo, um dos melhores professores que tive ao longo da vida, fonte de admiração. Fico feliz por ter aprendido tanto com vocês!

Agradeço à Universidade Federal de Juiz de Fora, minha UFJF, universidade pública, gratuita e de qualidade! A minha casa e o lar de milhares de outras pessoas, ter escolhido em 2018 foi a melhor decisão da minha vida.

Por tudo que vivi, obrigada !

A tudo que viverei, sim !

Viva a UFJF! Viva a Educação! Viva o SUS!

Toda mulher carrega consigo os elementos para a cura; traz tudo o que precisa ser e saber. Ela dispõe do remédio para todos os males. Ela carrega histórias e sonhos, palavras e canções, signos e símbolos. Ela é tanto o veículo quanto o destino (CLARISSA PINKOLA ESTÉS, 1992, p.25)

SILVA, I. S. **A Odontologia Hospitalar e sua Importância na Multidisciplinaridade: Uma revisão discutida da Literatura.** Juiz de Fora (MG), 2023. 44f. Monografia (Curso de Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora.

RESUMO

A atuação do cirurgião-dentista na área da odontologia hospitalar se apresenta como uma conquista estruturada ao longo da história, no mundo e no Brasil. O seu impacto na recuperação da qualidade de vida do paciente internado demonstra a necessidade de garantia de assistência odontológica no ambiente hospitalar. O cirurgião-dentista é o profissional responsável por realizar o controle adequado das infecções que atingem o sistema estomatognático, reduzindo os riscos à saúde e o agravamento de condições sistêmicas que comprometem o estado geral do paciente. Nesse sentido, esta revisão discutida de literatura buscou evidenciar a importância da atuação do cirurgião-dentista em equipes multidisciplinares, em nível hospitalar, com ênfase no acompanhamento em Unidades de Terapia Intensiva. Foram analisados artigos científicos das bases de dados *Google Academy*, *Scielo*, *BIREME*, *PubMed* e *Scopus*, publicados desde 1965, com o intuito de detalhar a história e evolução da odontologia hospitalar, as legislações e normas vigentes que garantem o seu funcionamento e o seu impacto nos cuidados de assistência à saúde do paciente hospitalizado, por meio da definição de protocolos de cuidado e de promoção de saúde bucal. Assim, conclui-se que a odontologia empregada em nível hospitalar é uma das premissas das novas DCNs (Diretrizes Curriculares Nacionais) para o curso de Odontologia, devendo contemplar o sistema de saúde atual como forma de permitir ao paciente um atendimento e acompanhamento integral e humanizado.

Palavras-chave: Higiene Bucal. Cirurgião-Dentista. Cirurgião-Dentista Hospitalar. Serviço Odontológico Hospitalar.

SILVA, I. S. **Hospital Dentistry and its Importance in Multidisciplinarity: A Discussed Literature Review.** Juiz de Fora (MG), 2023. 44f. Monografia (Curso de Graduação em Odontologia) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora

ABSTRACT

The performance of the dental surgeon in the area of hospital dentistry is presented as an achievement structured throughout history in the world and in Brazil. The impact on the recovery of the hospitalized patient's quality of life demonstrates the need to warrant dental care in a hospital environment. The dental surgeon is the professional responsible for carrying out adequate control of infections that reach the stomatognathic system, reducing health risks and the aggravation of systemic conditions that compromise the general condition of the patient. In this sense, discussed review of the literature sought to highlight the importance of the role of the dental surgeon in multidisciplinary teams at the hospital level, with emphasis on follow-up in Intensive Care Units. Based on the analysis of scientific articles from the *Google Academy, Scielo, BIREME, PubMed and Scopus* databases, published since 1965, with the aim of detailing the history and evolution of hospital dentistry, in accordance with current laws and regulations that guarantee its operation and its impact on the health care of hospitalized patients through the definition of care and oral health promotion protocols. Therefore, it is concluded that dentistry used at the hospital level is one of the premises of the new DCNs (National Curriculum Guidelines) for the Dentistry course, and must contemplate the current health system as a way of allowing the patient to receive comprehensive and humanized care and follow-up.

Keywords: Oral Hygiene. Dentistry. Hospital. Dental Staff, Hospital. Dental Service, Hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAOH	Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar
ADA	American Dental Association
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
Art	Artigo
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTBMF	Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
DCNS	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IES	Instituições de Ensino Superior
IHI	Institute Healthcare Improvement
IRAS	Infecções Respiratórias de Assistência à Saúde
IRC	Insuficiência Renal Crônica
LRPD	Laboratórios Regionais de Prótese Dentária
PAH	Pneumonia Associada ao Hospital
PAVM	Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica
PI	Projeto de Lei
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
XIX	Século Dezenove
XX	Século Vinte

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DISCUTIDA DA LITERATURA	15
4.1 CONCEITO	15
4.2 HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR	16
4.3 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA	20
4.3.1 BENEFÍCIOS DA PRESENÇA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO AMBIENTE HOSPITALAR	21
4.3.2 DESAFIOS DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR	23
4.4 INFECÇÕES HOSPITALARES E PROTOCOLOS DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS	25
4.4.1 INFECÇÕES HOSPITALARES E SEU IMPACTO NO QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES	25
4.4.2 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA E PNEUMONIA ADQUIRIDA NO HOSPITAL	26
4.4.3 PROTOCOLOS DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR	28
4.5 O CIRURGIÃO-DENTISTA E A MULTIDISCIPLINARIDADE	31
5 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

Segundo Camargo (2005), a Odontologia Hospitalar (OH) pode ser definida como uma prática que visa os cuidados das alterações bucais, que exigem procedimentos de equipes multidisciplinares de alta complexidade ao paciente. A Odontologia Hospitalar surgiu em meados do século XIX, por iniciativa dos Drs. Simon Hullihen e James Garrestson (ROCHA, 2014; SOUSA et al., 2015).

A presença do cirurgião-dentista nos hospitais permite uma avaliação integral do paciente, além da redução de custos hospitalares, uma vez que favorece a redução do tempo de internação dos indivíduos e racionaliza os métodos terapêuticos. Dessa forma, há redução dos gastos financeiros com insumos, como nutrição parenteral, medicações, e conseqüentemente, menor descarte de materiais hospitalares, além da redução da taxa de ocupação de leitos.

Até um tempo atrás, os pacientes acompanhados pelo cirurgião-dentista eram, na maioria dos casos, pacientes oncológicos, pacientes com alterações sistêmicas crônicas, como cardiopatias, alterações relativas ao sistema excretor, patologias que afetam o sistema imunológico de forma crítica e pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (KAHN et al., 2008). Além dessas complicações, consideram-se ainda as síndromes que apresentam manifestações bucais importantes e seus tratamentos que podem desencadear lesões bucais como efeito secundário das terapêuticas às quais os pacientes são submetidos (RIBEIRO et al., 2012). No entanto, com a regulamentação da Odontologia Hospitalar no Brasil, a presença do cirurgião-dentista no hospital tem como objetivo estender os cuidados a todas as áreas de ação da medicina.

As ações desenvolvidas pelos profissionais habilitados envolvem os cuidados bucais durante o período de internação, por meio de escovação e uso de soluções antimicrobianas, garantindo o controle e a prevenção de infecções sistêmicas que podem se instalar, por meio do acúmulo e disseminação de microrganismos da cavidade bucal (BINKLEY, 2004; BLUM, 2017).

Uma forte associação é relatada entre as bactérias da microbiota bucal e a pneumonia associada à ventilação mecânica, uma das infecções nosocomiais mais comuns e outras infecções respiratórias, demonstrando a importância da higiene bucal durante a internação hospitalar, o que favorece a diminuição da carga bacteriana e viral, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e auxiliando na sua recuperação (FORRESTER et al., 2021). A partir desses fatores, nota-se a importância da definição de protocolos de cuidados odontológicos para pacientes submetidos ao ambiente hospitalar (FONSECA et al., 2021).

O oferecimento de serviços odontológicos em nível hospitalar, além de garantir uma série de benefícios para a recuperação física do paciente, também os motiva na medida que fornece o conforto para seus acompanhantes, permitindo um atendimento humanizado e integralizado, entendendo o indivíduo em sua totalidade e não como fragmentos (GAZOLA et al., 2015).

A inserção do cirurgião-dentista neste contexto vai em direção aos princípios da multi e interdisciplinaridade, criando a possibilidade de um trabalho coletivo, permitindo que o profissional desenvolva habilidades importantes para sua atuação na área da saúde, por meio da tomada de decisões em equipe e da compreensão da definição do diagnóstico, baseado numa avaliação fisiológica e patológica, levando em consideração todos os aspectos referentes ao paciente (EUZÉBIO, 2013; SOUSA et al., 2015).

Nesse sentido, o objetivo desta revisão de literatura é demonstrar a importância da odontologia hospitalar no contexto do cuidado multidisciplinar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este trabalho tem como objetivo geral revisar a literatura científica de forma discutida acerca da importância do cirurgião-dentista em equipes multidisciplinares no ambiente hospitalar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever de forma analítica a evolução da odontologia hospitalar ao longo da história
- Identificar os aspectos relacionados à legislação e ao ensino da odontologia hospitalar
- Avaliar os protocolos de cuidados desenvolvidos e empregados pelos cirurgiões-dentistas em unidades hospitalares.

3 METODOLOGIA

A Revisão de Literatura tem por objetivo a busca, seleção, descrição e análise de estudos em bases científicas a fim de permitir síntese de artigos publicados que possibilita conclusões gerais acerca de uma área de estudo (MENDES, 2008).

Foi realizada busca da literatura científica publicada a partir do ano de 1965, visando uma coleta de dados atuais acerca do tema. Foram utilizados nesta pesquisa periódicos indexados nas bases de dados eletrônicas: *Google Academy*, *Scielo*, *BIREME*, *PubMed* e *Scopus*. Como estratégia de busca, as palavras-chaves utilizadas foram “Oral Hygiene”, “Dentistry”, “Hospital”, “Dental Staff, Hospital” e “Dental Service, Hospital”. Em português os descritores foram “Higiene Bucal”, “Cirurgião-Dentista”, “Cirurgião-Dentista Hospitalar”, “Serviço Odontológico Hospitalar”. Os resultados foram filtrados utilizando a palavra “and”. As palavras-chaves foram adequadas ao DECS.

Os artigos foram pré-selecionados a partir da leitura do resumo disponível nas bases de dados com dados referentes aos aspectos históricos e legislativos da odontologia hospitalar e a atuação do cirurgião-dentista inserido neste ambiente, como parte de equipes multidisciplinares.

Foram incluídas no estudo as publicações com texto em português e inglês, que se enquadram dentro dos objetivos dessa pesquisa.. Foram excluídos do trabalho os artigos aos quais não se teve acesso ao texto completo e os que tinham sua publicação aquém do limite de tempo proposto neste estudo.

Na etapa posterior, foi realizada a busca dos textos completos e fez-se inicialmente uma leitura rápida e exploratória com a finalidade de verificar sua adequação ao tema da pesquisa. Em seguida, os textos foram submetidos à leitura integral e a partir do material lido, foram realizados resumos e fichamentos, de forma a permitir as anotações das informações principais e dos dados potencialmente relevantes para cumprir os objetivos propostos.

4 ODONTOLOGIA HOSPITALAR

4.1 CONCEITO

O Art. 196 da Constituição Federal de 1988 define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Diante do exposto, em uma análise ampla e mais atual, pode-se considerar que a Odontologia Hospitalar (OH) apresenta-se como um direito do cidadão, e seu acesso a esse serviço deve ser garantido por lei perante o Estado (CFO, 2015).

Segundo o Conselho Federal de Odontologia(CFO) a Odontologia Hospitalar pode ser definida como:

Uma área da Odontologia que atua em pacientes que necessitam de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em âmbito domiciliar. Tem como objetivos: promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos (BRASIL – CFO, 2015/2019, p. 1).

A OH pode ser entendida como um conjunto de práticas realizadas de forma multidisciplinar, visando a prevenção e/ou tratamento e acompanhamento de alterações bucais de alta complexidade, de forma a oferecer um atendimento integrado e individualizado ao paciente hospitalizado (ARANEGA et al., 2012).

4.2 HISTÓRICO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

Os primeiros relatos que versam sobre a relação entre doenças sistêmicas e manifestações bucais são datadas de 2.100 a.C (ROCHA, 2014). A partir daí a odontologia só veio a ser reconhecida como profissão por volta de 1700 e desta época até o início do século XX inúmeros desafios foram enfrentados na tentativa de organizar os serviços odontológicos ofertados à população (WILLIS, 1965).

Em 1896, Austin Sniffen, integrante da equipe de um hospital psiquiátrico de Nova York, iniciou o primeiro serviço odontológico nessa área médica. Por volta de 1905, a maioria dos hospitais psiquiátricos estaduais passaram a ofertar serviços odontológicos organizados. John Shoemaker, médico e, posteriormente, presidente do Conselho de Caridades e Correção da cidade da Filadélfia percebeu a necessidade de ofertar atendimento odontológico aos pacientes internados, e em 1901, o Hospital da Filadélfia foi o primeiro hospital geral a fornecer serviços odontológicos (EMERY, 1975).

Em 1938, a Associação Americana de Hospitais juntamente com as Associações Odontológicas Americanas e Canadenses criaram o Manual de Assistência Odontológica e Estágios Odontológicos Hospitalares. Dessa forma, em 1948, foi criado o primeiro departamento odontológico hospitalar dos Estados Unidos da América pela Comissão de Odontologia Hospitalar da *American Dental Association (ADA)* (EMERY, 1975; WILLIS, 1965). Um fato importante foi que em 1969, um estudo da ADA constatou que cerca de 34,8% dos hospitais de todo o território norte-americano possuíam condições para ofertar o atendimento odontológico a nível hospitalar para a população (GIANGREGO, 1987).

No Brasil, existe uma escassez de informações sobre o início da Odontologia Hospitalar no país, entretanto existem relatos da presença de cirurgiões-dentistas na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1940, entre eles, destaca-se Mário Graziani, considerado o responsável por criar o primeiro serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial em ambiente hospitalar (VASCONCELOS, 2016).

Décadas depois, o desenvolvimento da Odontologia Hospitalar se deu em 21 de setembro de 2004, com a fundação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH) em Porto Alegre- Rio Grande do Sul (ARANEGA et al., 2012).

Com a criação da OH no Brasil, uma série de legislações e portarias foram criadas a fim de legitimar o trabalho do cirurgião-dentista em nível hospitalar. Em 2003, o Código de Ética Odontológica formulado pelo CFO apontou no capítulo XIX, Art. 18, 19 e 20 respectivamente que:

“ ...é responsabilidade do cirurgião-dentista internar e acompanhar os pacientes internados a nível hospitalar, exercendo suas atividades de acordo com as normas definidas pelo conselho”.

Em 2008, o projeto de lei N.º 2.776-B do deputado Neilton Mulim estabeleceu como obrigatória a presença de cirurgiões-dentistas na equipe multiprofissional das unidades de terapia intensiva e nas clínicas ou hospitais públicos ou privados em que existam pacientes internados. Esta lei foi aprovada de forma unânime em 18 de abril de 2012, pela Câmara dos Deputados (BRASIL, 2008; SCHIMIT, 2012).

A resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) definiu que entre os serviços específicos que devem ser oferecidos à beira do leito, deve estar a assistência odontológica (BRASIL, 2010).

Em 05 de maio de 2010, a portaria nº1032 instituiu os procedimentos odontológicos na tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento às pessoas com necessidades especiais e incluiu os procedimentos que devem ser realizados em ambiente hospitalar sob sedação ou anestesia geral naqueles indivíduos que possuem limitações físicas ou intelectuais que os impossibilita de receber o atendimento odontológico convencional (BRASIL, 2010).

O Projeto de Lei 34/2013 tornou obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade *home care* (BRASIL, 2013).

As normativas RDC ANVISA nº 7 de 24/02/2010, a portaria GM/MS nº 1032 de 05/05/2010, a Portaria MS/ SAS nº 743 de 20/12/2005, a portaria GM/MS nº 793 de 24/04/2012 e a Nota Técnica MS/SAS/DAB/CSB nº 1 de 2014, criaram mecanismos para permitir o acompanhamento odontológico no ambiente hospitalar nos seguintes pacientes:

Paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), tanto para procedimentos preventivos e terapêuticos odontológicos, em rotinas e protocolos com as equipes que trabalham em caráter efetivo na unidade;

Paciente com doenças mentais, disfunções neurológicas com limitações motoras e cognitivas, impossibilitados de atendimento odontológico ambulatorial, e que devem ser acompanhados enquanto internados pelo alto risco de broncoaspiração;

Paciente que realiza transfusões de componentes sanguíneos constantemente, como: hematológicos, hepatopatas, oncológicos (pré, trans e pós-utilização de quimioterápicos e radioterapia);

Paciente usuário de anticoagulantes e/ou antiagregantes, por via oral, de uso contínuo que necessita de atendimento em ambiente hospitalar;

Paciente com necessidade de ser submetido a cirurgia de face, pela Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, e cirurgia de cabeça e pescoço;

Paciente crônico sem compensação clínica, como, por exemplo, o diabético e o hipertenso;

Paciente com doença autoimune, adquirida ou não.

Os avanços da Odontologia Hospitalar continuaram em 2014 por meio do Brasil Sorridente que investiu em projetos que ampliaram os serviços odontológicos em todos os níveis de atenção, desde a atenção primária, por meio das Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família (ESF), até a atenção secundária com os Centros de Especialidades odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), além da atenção terciária, a partir de uma modificação da Portaria de 05 de maio de 2010, propondo que todos os atendimentos odontológicos realizados dentro do ambiente hospitalar deveriam ser registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) ao contrário do que era proposto na legislação anterior, que limitava estes procedimentos apenas aos pacientes com necessidades especiais (BRASIL, 2014).

O CFO na Resolução 162/2015 reconheceu a Odontologia Hospitalar como competência do cirurgião-dentista. No entanto, essa Resolução foi alterada pela proposta nº 203/2019 que definiu que o cirurgião-dentista só seria considerado especialista em Odontologia Hospitalar por meio de certificação por instituições de ensino registradas no CFO. O ato normativo do CFO nº 163 do ano de 2015, define as áreas de atuação da Odontologia Hospitalar, da seguinte forma:

- a) atuação em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;
- b) competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes críticos;
- c) competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação, ambulatorial, domiciliar, urgência e emergência;
- d) atuação em caso de emergência médica (suporte básico de vida);
- e) atuação na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- f) aplicação do conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;
- g) incrementar e estimular pesquisas que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar;
- h) Integração nos programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar

Entretanto, a deliberação anterior foi alterada pela Resolução nº 204/2019 de forma a integrar as áreas de atuação de maneira mais específica, da seguinte maneira:

- a) equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;
- b) prestação de assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar, ambulatorial, domiciliar, urgência, emergência, inclusive com suporte básico de vida e críticos;
- c) atuação na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- d) aplicação do conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;
- e) elaboração de projetos de natureza científica e técnica, realização de pesquisas e estímulo de ações que permitam o uso de novas

tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar;
e,

f) integração em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar.

Apesar dos avanços conquistados ao longo dos anos, em 2019, a PL 34/2013 foi vetada pelo então presidente Jair Bolsonaro sob alegação de inconstitucionalidade, uma vez que a obrigatoriedade da presença do cirurgião-dentista em hospitais acarretaria em gastos que violariam a Lei de Responsabilidade Fiscal, já que aumentaria os gastos públicos (BRASIL, 2019). O veto representou um retrocesso no que tange ao atendimento integral ao paciente. A partir dele, os órgãos reguladores da classe odontológica começaram a se organizar para reverter a situação (CFO, 2019).

4.3 ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA

Os cirurgiões dentistas são os profissionais de saúde que detém o conhecimento e a experiência prática e teórica para fornecer o acompanhamento odontológico em hospitais e instituições de longa permanência. Cirurgiões-dentistas, quando integrados de forma efetiva nas equipes multidisciplinares em hospitais e instituições que oferecem atendimentos para pacientes críticos ou crônicos podem prevenir ou atenuar o sofrimento, morbidade e mortalidade associada a complicações associadas ao período de internação, como as pneumonias nosocomiais (BARNES, 2014; SILVA et al., 2020).

Dessa forma, a Odontologia Hospitalar atua de forma efetiva no oferecimento de um olhar integralizado ao paciente, entendendo a cavidade bucal como parte essencial do funcionamento do organismo (KAHN et al., 2008).

4.3.1 BENEFÍCIOS DA PRESENÇA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO AMBIENTE HOSPITALAR

O cirurgião-dentista que atua em hospitais tem como principais atribuições a identificação de manifestações bucais de condições sistêmicas, promovendo diagnóstico precoce, tratamento adequado e maior sobrevida ao paciente. Além disso, este acompanhamento permite uma otimização das opções terapêuticas, propiciando um tratamento racional e individualizado (PINHEIRO, 2014; RIBEIRO et al., 2012)

A presença de patologias dentárias, como cárie, doença periodontal, mobilidade dentária e outros tipos de infecções que afetam os tecidos moles e duros do sistema estomatognático são demandas que necessitam obrigatoriamente do parecer odontológico (ROCHA, 2014). A cavidade bucal se apresenta como um arcabouço de patógenos que podem se relacionar diretamente com a instalação de infecções respiratórias. Dessa forma, a inclusão de um cirurgião-dentista garante a prevenção de alterações patológicas na cavidade bucal, diminui o tempo de internação do paciente, na medida que promove a aceleração do processo de cura do paciente (AUSTRÍACO-LEITE et al., 2018; BELLISSIMO-RODRIGUES et al., 2018; SOUZA et al., 2017).

Blum et al (2017), em seu estudo realizado em hospitais da região sul do país, relataram que entre os 231 funcionários entrevistados (enfermeiros e técnicos), 99,6% concordavam ser importante a aplicação de cuidados bucais em pacientes internados em UTIs. Dessa forma, a experiência dos cirurgiões-dentistas habilitados em odontologia hospitalar melhora a qualidade dos processos de educação permanente em saúde bucal. Segundo QU *et al.* (2015), a presença de um profissional é indispensável no desenvolvimento de programas de treinamento das equipes hospitalares. Assim, a presença do cirurgião-dentista garante o acompanhamento odontológico aos pacientes e permite um treinamento em higiene bucal adequado à equipe de enfermagem, que se mostra eficaz no estabelecimento de uma assistência em saúde integralizada.

Além das funções desempenhadas pelo cirurgião-dentista nas UTIs, o profissional possui outros campos de atuação importantes situados na atenção terciária. O tratamento oncológico é um dos exemplos que demandam atenção particular do

cirurgião-dentista, uma vez que tais pacientes devem passar por uma avaliação odontológica antes de serem submetidos à terapia antineoplásica, a fim de receber o preparo básico necessário, para que alterações bucais decorrentes do tratamento possam ser evitadas ou minimizadas (RODRIGUES et al., 2021).

A aplicação de laser nos pacientes submetidos à terapia antineoplásica tem sido utilizada como método eficaz para o tratamento de manifestações bucais importantes, como a mucosite. Essa inflamação se desenvolve como consequência do tratamento oncológico com radioterapia ou com a utilização de quimioterápicos mucotóxicos. A laserterapia, quando realizada, possui um efeito fotobiomodulador, atuando com ação anti-inflamatória, analgésica e cicatrizadora (FIGUEIREDO et al., 2013), produzindo um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, reduzindo os quadros de dor e auxiliando na mastigação, deglutição e salivação (REOLON et al., 2017).

Outra área de atuação importante do cirurgião-dentista é junto a pacientes que apresentam insuficiência renal crônica (IRC) ou que passaram por transplante renal, uma vez que são mais suscetíveis ao surgimento de patologias bucais. Dessa forma, o cirurgião-dentista deve se ater a aspectos fundamentais relacionados a possíveis processos hemorrágicos, focos de infecção e tipos de métodos farmacológicos a serem utilizados, considerando seus impactos no funcionamento do organismo e os seus efeitos perante o funcionamento renal alterado. Pacientes com doença renal que não apresentam quadro clínico estabilizado devem realizar o atendimento com o cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. O paciente com IRC deve receber um acompanhamento odontológico efetivo, com capacidade de prevenir e tratar as manifestações bucais decorrentes do incorreto funcionamento dos rins. O cirurgião-dentista deve compreender a condição clínica dos pacientes e fornecer um atendimento odontológico adequado, que vise a melhora ou estabilização de seu quadro geral (MEDEIROS et al., 2017). Os pacientes acometidos pela IRC podem apresentar manifestações bucais importantes, associadas tanto a sua condição sistêmica bem como a terapêutica medicamentosa utilizada, imunossupressão e restrição da ingestão de líquidos, podendo acarretar em alterações como palidez da mucosa bucal, xerostomia, estomatite urêmica e remodelamento ósseo anormal após exodontia (KLASSEN, 2002). Além disso, o paciente também pode apresentar

alta concentração de uréia na saliva (PROCTOR et al., 2005), substância que está associada à diminuição da percepção do paladar, à dor e ao surgimento de petéquias e equimoses (JIN, 2002).

O atendimento odontopediátrico hospitalar também é altamente efetivo, uma vez que fornece à criança um olhar integral, voltado para suas particularidades, com enfoque na ludicidade. Assim, a criança hospitalizada e seus familiares ao compreenderem a importância do cuidado bucal durante o período de permanência no hospital, garantem a promoção da saúde bucal, evitando impactos negativos na saúde da criança, prevenindo o desenvolvimento de complicações sistêmicas (COSTA et al., 2014).

Para garantir que a criança se adapte ao período de internação é importante que sejam criadas estratégias para minimizar os impactos negativos que a reclusão hospitalar provoca, geralmente interferindo na recuperação da saúde. Assim, as atividades lúdicas atuam como forte protagonista no processo de recuperação e adaptação da criança, contribuindo não só para sua melhora física, mas também produzindo benefícios do ponto de vista psíquico e comportamental. O ato de brincar permite à criança sentir-se melhor no contexto de sua internação, tornando o ambiente mais acolhedor e humanizado, tanto para o paciente, como para seus familiares (BORGES, 2008).

A criação de ambientes atrativos que permitam brincadeiras, interações e aprendizados variados para as crianças, como as brinquedotecas, garantem uma atenção integrada a esses pacientes (RODRIGUES, 2019). O estudo de SILVA (2020), realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora evidenciou que o acompanhamento lúdico realizado por uma equipe odontológica vinculada ao projeto de extensão Integrando o Saber promoveu melhora nos quadro de ansiedade tanto do paciente infantil como dos seus acompanhantes. Nesse viés, a ludicidade no contexto hospitalar permite que a realidade da criança hospitalizada seja transformada, levando distração, afeto e melhorando seu quadro clínico geral (BORGES, 2020).

4.3.2 DESAFIOS DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR

A relação do cirurgião-dentista com a medicina dentro do ambiente hospitalar ainda é escassa, se comparada a sua necessidade. Esta situação pode ser explicada em parte pela prevalência de um modelo de saúde biomédico, onde o paciente é visto em fragmentos, sem uma abordagem integral e humanizada (SCHMITT, 2012). A compreensão da importância da odontologia neste contexto é indispensável para a garantia da manutenção da saúde e do bem-estar do paciente (SOUZA et al., 2015)

Um dos principais problemas enfrentados pela classe odontológica no ambiente hospitalar é o preconceito que gera enorme impasse no atendimento integral dos usuários dos serviços de saúde. Essa realidade faz com que, mesmo atualmente, o exercício da odontologia seja ofertado, de forma majoritária, nos consultórios odontológicos ou por meio da atenção primária e secundária, no âmbito do SUS, estabelecendo, que apenas atendimentos odontológicos de alta complexidade, como os casos de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial ou procedimentos com indicação de anestesia geral sejam ofertados em ambiente hospitalar (GODOI et al., 2009).

A existência de legislações que ratificam o exercício da odontologia hospitalar, por si só, não garantem a promoção de práticas odontológicas além do ambiente ambulatorial (MICLOS et al., 2013). Um desafio enfrentado é o entendimento de que as práticas hospitalares desempenhadas pelos cirurgiões-dentistas estão limitadas à atuação do profissional na área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Entretanto, a Odontologia Hospitalar abrange uma área de conhecimento que está além dos procedimentos cirúrgicos de alta complexidade, devendo o cirurgião-dentista estar presente junto às mais variadas especialidades médicas, promovendo intervenções que garantem a saúde bucal e permitem um melhor desfecho clínico para o paciente (AGUIAR et al., 2010).

Outro impasse importante enfrentado pela OH se refere a sua oferta nos cursos de graduação em odontologia no Brasil. As DCNs (2021) do curso de Odontologia definem conteúdos e estratégias de ensino específicas que devem ser garantidas pelas instituições de ensino superior (IES). A grade curricular do curso deve ser pautada em conteúdos que visem a formação generalista e humanizada dos alunos, abordando a

atuação em equipes multidisciplinares, incluindo a atuação em âmbito hospitalar. Entretanto as DCNs não definem de forma padronizada como esse conteúdo seria ofertado. De acordo com o estudo de Medeiros e colaboradores (2020), apenas 31,9% das IES da região sudeste ofertam a disciplina de OH em sua grade curricular, de forma obrigatória ou optativa, sugerindo que o contato reduzido de estudantes de odontologia com a temática da OH durante o período de formação acadêmica, seria um desafio na valorização da profissão.

4.4 INFECÇÕES HOSPITALARES E PROTOCOLOS DE CUIDADO ODONTOLÓGICO

A complexidade da microbiota bucal, associada à falta de higiene oral, modifica o biofilme bucal, tornando-o uma via de contaminação importante para pacientes internados, ressaltando aqueles que estão sob condições críticas que demandam a utilização de ventilação artificial. Dessa forma, a literatura aponta forte associação entre a presença de colonização de microrganismos da cavidade bucal no trato respiratório de pacientes que desenvolvem quadros de pneumonia. Associado ao fato, uma série de medidas de cuidados em higiene bucal são propostas no sentido de colaborar com a melhora geral do indivíduo institucionalizado (BARROS, 2014).

4.4.1 INFECÇÕES HOSPITALARES E SEU IMPACTO NO QUADRO CLÍNICO DOS PACIENTES

As infecções hospitalares são vistas como um problema de saúde pública. O paciente internado, em muitos casos, apresenta comprometimento motor importante, que dificulta a higienização, favorecendo o desenvolvimento de infecções oportunistas (ROCHA, 2014).

Nas UTIs o paciente internado tem o seu risco de infecção potencializado, em virtude da imunossupressão, necessidade de procedimentos invasivos, desidratação terapêutica (o que leva à xerostomia), à incapacidade de nutrição, hidratação e respiração voluntária (TOLEDO, 2009).

As infecções nosocomiais ou infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), são infecções que acometem os pacientes após sua admissão em ambientes hospitalares, instituições de longa permanência ou ambulatorios. Esses tipos de infecções, também, podem acontecer após o paciente receber alta. As infecções nosocomiais ocorrem quando os microorganismos se espalham pelo organismo de um paciente imunologicamente comprometido. A etiologia das IRAS é baseada no tipo de infecção ou patógeno responsável (bactérias, fungos ou vírus). Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças categorizam os tipos de IRAS da seguinte forma: (SIKORA, 2022).

1. Infecções da corrente sanguínea associadas à linha central.
2. Infecções do trato urinário associadas a cateteres.
3. Infecções de sítio cirúrgico.
4. Pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM)

4.4.2 PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA (PAVM) E PNEUMONIA ADQUIRIDA NO HOSPITAL (PAH)

Segundo as Diretrizes Brasileiras para Tratamento de Pneumonias Adquiridas em Hospitais (2007), um dos mecanismos utilizados para garantir a sobrevivência dos pacientes com comprometimento respiratório crítico é a respiração artificial, que tem como consequência a hipossalivação, aumentando a suscetibilidade da cavidade bucal à colonização bacteriana, levando ao desenvolvimento de alterações respiratórias importantes, como os quadros pneumônicos. As infecções nosocomiais, grupo que inclui a pneumonia nosocomial, referem-se, neste caso, a alterações pulmonares que se desenvolvem pelo menos 48 horas após a hospitalização. Para ser considerada nosocomial, a infecção não deve estar presente ou encontrar-se em período de incubação no momento em que o paciente for internado em uma unidade de saúde. A Pneumonia Adquirida no Hospital (PAH), grupo que compreende um episódio de pneumonia não associado a respiração artificial, e a Pneumonia Aspirativa Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), apresentam-se como os dois tipos de infecções nosocomiais mais comuns. A PAH é descrita como um quadro pneumônico que se desenvolve pelo menos 48 horas após a hospitalização, enquanto que a PAVM

refere-se a uma pneumonia que se desenvolve pelo menos 48 a 72 horas após a intubação endotraqueal (KLOMPAS et al., 2014; KUMAR et al., 2017). Estima-se que o paciente que necessita de respiração artificial possui de 7 a 21 vezes mais chance de desenvolver pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Cerca de 9% a 40% das infecções adquiridas em UTIs são as chamadas pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAVM), e estão relacionadas ao aumento do período de internação, maior morbidade e mortalidade e aumento de gastos hospitalares (BYERS, 2000).

A PAVM se instala por meio da microaspiração de secreções da cavidade bucal e da orofaringe, que passam pela traqueia e atingem os pulmões. As bactérias e outros tipos de microorganismos infiltram-se no interior dos pulmões, o que pode resultar em uma infecção unilateral ou bilateral (PACE, 2008). A PAVM caracteriza-se pela presença de um infiltrado novo ou progressivo associado a sinais característicos de infecção sistêmica (febre, contagem alterada de glóbulos brancos), alterações na consistência de secreções respiratórias e identificação do fator causador. A PAVM de início precoce ocorre dentro de 4 dias sendo atribuída a patógenos sensíveis a antibióticos, enquanto a PAVM de início tardio ocorre em virtude da contaminação por microorganismos multirresistentes, se estabelecendo após 4 dias de intubação (AMERICAN THORACIC SOCIETY et al, 2005).

A aspiração de secreções contaminadas é uma das formas de contaminação dos pulmões, que resultam em pneumonia. Um dos mecanismos de instalação da PAVM se baseia na migração de bactérias endógenas ou exógenas do trato respiratório ou do sistema estomatognático. O tubo endotraqueal possui uma superfície que pode ser colonizada por microorganismos presentes no biofilme, que colonizam o trato respiratório inferior e tem sua fixação na traqueia facilitada por meio do tubo (BINKLEY, 2004; SUMNI et al., 2003). A aspiração de secreções do trato respiratório superior é facilitada pela alteração do processo de deglutição, das células do sistema imunológico, responsáveis por garantir a proteção dos tecidos bucais e pela posição supina desses pacientes (CHASTRE, 2002).

A cavidade bucal é o arcabouço para os microrganismos relacionados com as infecções do trato respiratório. A ausência de cuidados em higiene bucal e a presença de xerostomia resultam no aumento do quantitativo de biofilme, favorecendo a interação bacteriana entre os microrganismos da microbiota bucal e patógenos respiratórios como *P. aeruginosa* e *bacilos entéricos*, fazendo com que a placa bacteriana atue como reservatório de patógenos respiratórios (KAHN et al., 2008). *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Serratia sps.*, *Enterobacter sps.*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus* são os microrganismos que possuem forte relação com o desenvolvimento da pneumonia aspirativa (CRAVEN, 1986; SCANNAPIECO, 2008). *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* geralmente estão associados a fase inicial da PAVM, enquanto que as bactérias *Pseudomonas aeruginosa* e espécies de *Acinetobacter* e *Enterobacter* são frequentemente isoladas na fase tardia (CHASTRE, 2002).

Portanto, uma das formas mais eficazes para reduzir as ocorrências de infecções hospitalares, destacando as chamadas nosocomiais, é a instituição de protocolos de higiene bucal e maior assistência ao paciente internado, por meio da presença do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar (QU et al., 2015).

4.4.3 PROTOCOLOS DE CUIDADOS ODONTOLÓGICOS EM AMBIENTE HOSPITALAR

Embora os cuidados em higiene bucal no ambiente hospitalar sejam indispensáveis, existem alguns fatores que comprometem a realização da abordagem como: a) limitações físicas, em virtude da incapacidade de locomoção do paciente, b) falta de motivação do acompanhante e do próprio paciente e c) ausência de material de higiene e de estrutura adequada que possa ser fornecida ao paciente (ARAÚJO, 2009).

Vinculada a esse fato, a importância reduzida que as equipes de cuidado ao paciente dispensam à cavidade bucal (por não compreenderem seus impactos significativos, por medo de ocasionar incômodo ao paciente que está criticamente

debilitado e pela falta de capacitação técnica, principalmente do serviço de enfermagem) atua como um potente bloqueador do fornecimento da assistência em saúde bucal adequada ao paciente (SOUZA, 2013).

Como atualmente, está bem estabelecida a importância fundamental da manutenção da higiene bucal de pacientes internados, visando a melhoria de sua saúde, propõe-se amplamente a higiene bucal química por meio da utilização de gluconato de clorexidina 0,12%, que garante a redução da colonização de bactérias patogênicas na cavidade bucal, além de ser um método que rompe as inúmeras barreiras existentes nesse contexto, devido a sua fácil aplicação. O gluconato de clorexidina é uma substância efetiva que apresenta substantividade, pois se adsorve nas superfícies orais, mantendo efeitos bacteriostáticos até 12 horas após sua aplicação (KAHN et al., 2008).

A higiene bucal dos pacientes internados deve ser realizada por meio de protocolos, derivados do *bundle*, que consiste num conjunto de práticas baseadas em evidências científicas desenvolvidas para serem realizadas em conjunto, proporcionando melhores condições de saúde ao paciente (RESAR et al., 2005). De acordo com o Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2008) O *bundle* de prevenção da PAVM possui quatro tópicos: a) elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus; b) interrupção diária da sedação e a avaliação diária das condições de extubação; c) profilaxia de úlcera péptica (úlceras de stress) e d) profilaxia de trombose venosa profunda. As intervenções que farão parte da composição do *bundle* consideram o gasto com recursos, facilidade de implementação e comprovação de que medidas menos complexas de controle estão sendo aplicadas. No estudo desenvolvido por Souza e colaboradores (2013) a implantação do *bundle* e a incorporação do protocolo de higiene bucal, como quinto tópico a ser seguido, reduziu a ocorrência do desenvolvimento de pneumonia de 33,3% para 3,5% dos casos.

Blum et al (2018) conduziram um estudo observacional por meio da aplicação de questionários com o auxílio da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), a fim de avaliar a importância da atuação da odontologia no contexto das UTIs. Dessa

forma, entre as 203 UTIs avaliadas, cerca de 73,4% apresentaram protocolo de cuidados em higiene bucal. Entretanto, as estratégias utilizadas em cada protocolo apresentaram variações de instituição para instituição, sendo o digluconato de clorexidina utilizado em 80,8% das UTIs pesquisadas e escovas dentais em 42,2% das unidades. No estudo, apenas 44,5% dos serviços hospitalares relataram a presença de serviços odontológicos à beira do leito, contrariando a Resolução Nº 7 da ANVISA, que define a presença do cirurgião-dentista em UTI.

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) define que a manutenção da cavidade bucal higienizada diminui a colonização da orofaringe e evita a contaminação da traquéia, por meio do controle do biofilme e da detecção de focos infecciosos. Assim, a higiene bucal promove a hidratação dos tecidos orofaciais e reduz a presença de focos de infecção que podem atingir o trato respiratório. A partir disso, a AMIB ainda define que um protocolo de higienização para pacientes adultos internados em UTIs deve consistir na remoção de impurezas do interior de toda a cavidade bucal, garantindo a limpeza de próteses e a lubrificação dos lábios e da região perilabial. Associado a isso, deve ser realizada antissepsia da região extrabucal. A limpeza destas regiões deve ser realizada com digluconato de clorexidina 0,12%.

Gaetti-Jardim et al (2012), definem um protocolo de higienização bucal, que deve ser repetido ao menos uma vez a cada 24 horas:

- Manter a cabeceira elevada 30° (confirmar antes se não há restrições para mudança de decúbito do paciente no leito);
- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimento e utilizar o EPI;
- Explicar ao paciente o que será realizado e que produtos serão utilizados;
- Técnica: utilizar uma escova dental extra macia e de cabeça pequena (pode ser infantil), molhando em solução aquosa de clorexidina 0,12% (antisséptico bucal fornecido pelo hospital), aplicando em todas as superfícies dentárias, mucosas e língua, sempre no sentido pósterior anterior, tanto para pacientes dentados quanto edêntulos;
- Pacientes edêntulos (desdentados): ao invés de escova extra macia pode ser utilizada gaze embebida em 20ml de solução de clorexidina 0,12% nas superfícies mucosas e língua;

- Pacientes dentados: a escovação dental com dentífrico fluoretado (deve-se avaliar o quadro clínico geral do paciente antes da intervenção)
- Caso haja necessidade, lançar mão de dispositivos para manutenção da abertura bucal (ex: espátulas de madeira);
- Utilizar simultaneamente aspiração das secreções bucais e da solução de higienização;

Para pacientes entubados:

- Verificação da pressão do cuff antes da realização do procedimento (que deve estar entre 25 e 30 cm H₂O);
- Injetar 10 ml da solução de clorexidina 0,12% na cavidade oral e aspirar o conteúdo oral e supra-cuff após 30s;
- Aplicar lubrificante labial;
- Acondicionar a escova adequadamente após sua limpeza.

A partir do exposto, é possível visualizar a importância da definição de protocolos de higiene bucal para pacientes hospitalizados, que garantam a atenção integral ao paciente.

4.5 O CIRURGIÃO-DENTISTA E A IMPORTÂNCIA DA MULTIDISCIPLINARIDADE

A multidisciplinaridade é definida pela justaposição das áreas de conhecimento em torno de um mesmo tema ou problema, sem o estabelecimento de relações de troca entre os profissionais de cada divisão do saber. As várias disciplinas são colocadas lado a lado, carecendo de iniciativas entre si, ou seja, o trabalho é desenvolvido com maior grau de proximidade, entretanto sem uma inter-relação efetiva. Já a interdisciplinaridade representa um grau mais intrínseco de relação entre disciplinas. Nesse caso, o contato entre as áreas é estabelecido de forma conjunta, permitindo uma combinação de conceitos e estratégias que permitam uma melhor avaliação das situações vivenciadas (FURTADO, 2007).

Euzébio et al.(2013) definiram que o trabalho em equipe multiprofissional é uma modalidade de trabalho coletivo baseada na relação mútua entre as múltiplas áreas da saúde e a interação dos profissionais habilitados, conectando os diferentes processos de trabalho, com base no conhecimento e na participação ativa na promoção de cuidados.

A partir disso é possível afirmar que a atuação dos cirurgiões-dentistas na atenção terciária melhora a qualidade dos cuidados bucais ofertados não só em UTIs, como no âmbito hospitalar geral, sendo imprescindível sua presença na definição de programas de treinamento para a equipe de enfermagem (QU et al., 2015). O cirurgião-dentista atuante no ambiente hospitalar garante um atendimento integral ao paciente, por meio de uma avaliação global do mesmo. Em vista da necessidade premente e de sua importância no contexto da saúde, a criação de legislações e normas específicas por meio dos órgãos reguladores, como os Conselhos Regionais e Federais de Odontologia vieram para garantir a inserção do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar nas UTIs (KAHN et al., 2008).

A base do conceito de multidisciplinaridade considera os profissionais de diferentes áreas atuando sobre um mesmo paciente em cuidados intensivos, entendendo que o ponto fundamental não consiste unicamente na infraestrutura e nos recursos presentes, mas na cadeia de tomada de decisões, que leva em consideração o paciente, o seu estado clínico e os tipos de terapêuticas disponíveis e utilizadas (SOUSA et al., 2015).

A multidisciplinaridade contida nas UTIs só é garantida com a presença do cirurgião-dentista, uma vez que as equipes de saúde que atuam nas UTIs não detêm o conhecimento necessário para a prevenção e tratamento de patologias bucais e de complicações orais decorrentes de alterações sistêmicas (PINHEIRO, 2014). A participação do cirurgião-dentista garante apoio à equipe na medida em que racionaliza o trabalho e desenvolve atividades assistenciais específicas da área, além da educação na prevenção de doenças e na promoção da saúde (MATTEVI et al., 2011).

Conhecendo o conceito de equipe de assistência ao paciente, cada profissional, na sua área, deve entender o seu protagonismo e sua contribuição na melhoria do quadro de saúde do paciente. A interdisciplinaridade, no atendimento em UTIs, deve contemplar a presença de cirurgiões-dentistas integrados aos princípios de atendimento integral (ARAÚJO, 2009).

Dessa forma, o trabalho em equipe deve ser desenvolvido de forma que as especialidades, ao se inter-relacionar, permitam o intercâmbio de conhecimentos (GODOI et al., 2009). Portanto, o cirurgião-dentista deve compreender a sua atuação de forma abrangente no contexto hospitalar, sendo necessário que desde a graduação,

o aluno seja estimulado a entender os aspectos diferenciais do impacto da sua presença na atenção terciária, nas esferas de planejamento do tratamento odontológico e no trabalho multiprofissional (EUZÉBIO et al., 2013).

5 CONCLUSÃO

É possível concluir, após análise dos dados da literatura consultada, que o exercício da odontologia hospitalar é fundamental para proporcionar um atendimento que compreende o paciente como um organismo complexo, que tem o seu funcionamento pautado no equilíbrio “saúde bucal - saúde corporal”, sabendo que não existem duas saúdes e sim um modelo único de saúde que compreende as várias partes do corpo, dentre elas a cavidade oral.

Além disso, a atuação do cirurgião-dentista na mesma medida em que humaniza a assistência à saúde do paciente, por meio da redução do tempo de internação, racionalização das terapêuticas farmacológicas ou não farmacológicas, reduzindo os gastos com recursos hospitalares, também incrementa o desempenho das equipes de enfermagem por meio da definição de protocolos e programas de treinamento em saúde bucal.

Desse modo, verifica-se que o desempenho das equipes multidisciplinares e interdisciplinares vai ao encontro dos princípios do SUS, entendendo a saúde como um direito de todos e como um dever do Estado garantido pela Constituição e por legislações voltadas para a garantia do trabalho do cirurgião-dentista no contexto da atenção terciária.

Em suma, é nosso dever, por meio de estudos pautados em evidências científicas, dos órgãos reguladores e dos conselhos profissionais, garantir que a odontologia, como parte essencial e indispensável do processo de promoção de saúde, assuma seu protagonismo na garantia da prática de uma atenção hospitalar voltada para as necessidades do paciente, enxergando a saúde além da esfera biomédica.

REFERÊNCIAS

5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Ventilator Associated Pneumonia. Institute for Healthcare Improvement; 2008. Disponível em: <www.ihl.org> Acesso em: 28 de novembro de 2022.

ABENO. Novas DCN Odontologia Homologadas. 2021. Disponível em: <<https://abeno.org.br/wp-content/uploads/2021/06/DCN-ODONTOLOGIA-2018.pdf>> Acesso em: 21 de janeiro de 2023.

AGUIAR, A.S.W. et al. Atenção em saúde bucal em nível hospitalar: relato de experiência de integração ensino/serviço em odontologia. Extensio: **R Eletr de Extensão**, v. 9, p. 100-10, 2010.

AMERICAN THORACIC SOCIETY et al. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 171, n. 4, p. 388, 2005.

ARANEGA, A.M. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar?. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 90, 2012.

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. **Acta sci., Health sci**, p. 153-157, 2009.

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Higiene Bucal (HB) em pacientes internados em unidade de terapia intensiva (UTI) adulto. Disponível em:<https://www.amib.org.br/wp-content/uploads/2022/06/POP_HB_ADULTO_AMIB_-_2021-1.pdf> Acesso em 23 de novembro de 2022.

AUSTRÍACO-LEITE, H.L. et al. Avaliação odontológica de pacientes em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica. **CES Odontologia**, v. 31, n. 2, p. 6-14, 2018.

BARNES, C. M. Dental hygiene intervention to prevent nosocomial pneumonias. **Journal of Evidence Based Dental Practice**, v. 14, p. 103-114, 2014.

BARROS, M. **Odontologia Hospitalar: Revisão de Literatura**. Trabalho de Conclusão de Curso- Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BELLISSIMO-RODRIGUES, W.T. et al. Is it necessary to have a dentist within an intensive care unit team? Report of a randomised clinical trial. **International dental journal**, v. 68, n. 6, p. 420-427, 2018.

BINKLEY, C. et al. Survey of oral care practices in US intensive care units. **American journal of infection control**, v. 32, n. 3, p. 161-169, 2004.

BLUM, D.F.C. et al. Influence of dentistry professionals and oral health assistance protocols on intensive care unit nursing staff. A survey study. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 29, p. 391-393, 2017.

BLUM, D.F.C. et al. The practice of dentistry in intensive care units in Brazil. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 30, p. 327-332, 2018.

BORGES, E.P; NASCIMENTO, M.D.S.B; SILVA, S.M.M. Benefit of ludic activities in the recovery of children with cancer. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 28, n. 2, p. 211-221, 2008.

BORGES, G.S; OLIVEIRA, R.B. A importância do espaço lúdico no ambiente hospitalar. **FAG JOURNAL OF HEALTH (FJH)**, v. 2, n. 4, p. 461-465, 2020.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 24 de novembro de 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética. Resolução CFO- 42 de 20 de maio de 2003. Disponível em: <www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 30 de novembro de 2022.

BRASIL. RESOLUÇÃO- RDC Nº7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidade de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html>. Acesso em: 30 de novembro de 2022.

BRASIL. LEI Nº2776/2008, de 10 de abril de 2014. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>> . Acesso em: 20 de novembro de 2022.

BRASIL. PORTARIA N 1032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html>. Acesso em: 24 de novembro de 2022.

BRASIL. LEI 34/2013, de 04 de junho de 2013. Torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, aos portadores de doenças crônicas e, ainda, aos atendidos em regime domiciliar na modalidade home care. Senado Federal. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=4558974&ts=1630430171666&disposition=inline>>. Acesso em 04 de dezembro de 2022.

BRASIL. NOTA TÉCNICA Nº 01/2014. Registro de procedimento odontológico realizado em Ambiente Hospitalar. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nt_procedimentos_odontologicos_aih.pdf> Acesso em 15 de novembro de 2022.

BRASIL. Veto nº16/2019. Prestação de assistência odontológica obrigatória. Congresso Nacional. Disponível em: <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/vetos/-/veto/detalhe/12346>> Acesso em: 28 de novembro de 2022.

BYERS, J.F; SOLE, M.L. Analysis of factors related to the development of ventilator-associated pneumonia: use of existing databases. **American Journal of Critical Care**, v. 9, n. 5, p. 344, 2000.

CAMARGO, E.C. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilo-facial. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/antiores/elainecamargo/artelainecamargo98.html>. Acesso em: 28 de novembro de 2008.

CHASTRE, J; FAGON, J.Y. Ventilator-associated pneumonia. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 165, n. 7, p. 867-903, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO – 160. 02/10/2015. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>> Acesso em 24 de novembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO-162, de 03 de novembro de 2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. Disponível em: <<http://cfo.org.br/website/tag/resolucao-cfo-162-2015/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA Resolução CFO-163, de 9 de novembro de 2015. Conceitua a Odontologia Hospitalar e define a atuação do cirurgião dentista habilitado a exercê-la. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=310456>>. Acesso em: 25 de novembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Resolução CFO- 204. 21/05/2019. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/tag/resolucao-cfo-204-2019/>> Acesso em: 24 de novembro de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. 05/06/2019 Bolsonaro veta projeto que garante assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar. Disponível em: <<https://website.cfo.org.br/bolsonaro-veta-projeto-que-garante-assistencia-odontologica-a-pacientes-em-regime-de-internacao-hospitalar/>> Acesso em: 28 de novembro de 2022.

COSTA, L. R. R. S. et al. Presença do odontopediatra em ambiente hospitalar. **Revista de Odontopediatra Latinoamericana**, v. 4, n. 2, 2014.

CRAVEN, D. E. et al. Risk factors for pneumonia and fatality in patients receiving continuous mechanical ventilation. **The American review of respiratory disease**, v. 133, n. 5, p. 792-796, maio, 1986.

Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia [online]**, v. 33, suppl 1, pp. S1-s30, 2007.

EMERY JR; CLARE, A. Hospital dental service: a clinical evaluation to determine its justification. **The Journal of the American Dental Association**, v. 90, n. 5, pág. 1018-1021, 1975.

ESTES, Clarissa Pinkola. **Mulheres que correm com os lobos: mitos e histórias do arquétipo da mulher selvagem**. Rocco, 1992.

EUZÉBIO, L.F. et al. Atuação do residente cirurgião-dentista em equipe multiprofissional de atenção hospitalar à saúde materno-infantil. **Revista Odontológica do Brasil Central**, v. 22, n. 60, 2013.

FIGUEIREDO, A.L.P. et al. Laser terapia no controle da mucosite oral: um estudo de metanálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 5, p. 467-474, 2013.

FORRESTER, S. et al. Oral and maxillofacial dental care professionals in critical care during the COVID-19 pandemic. **British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery**, v. 59, n. 1, p. 117-120, 2021.

FONSECA, E.O.S. et al. (Lack of) oral hygiene care for hospitalized elderly patients. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, 2021.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, p. 239-255, 2007.

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

GARRISON, R.S. Dentistry in hospitals: looking to the future/Enhancing the medical/dental interface. **The Journal of the American Dental Association**, v. 115, n. 4, p. 545-555, 1987.

GAZOLA, M.F. et al. Promoção da saúde bucal de crianças internadas em um hospital infantil de alta complexidade de um município do sul catarinense. **Inova Saúde**, v. 4, n. 2, p. 32-44, 2015.

GIANGREGO, E. Dentistry in hospitals: looking to the future. **J Am Dent Assoc (Emphasis)**, v.115, n. 4, p. 545- 555, 1987.

GODOI, A.P.T. et al. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 2, p. 105-109, 2013.

JIN, Y; YIP, H.K. Supragingival calculus: Formation and control. **Critical reviews in oral biology & medicine**, v. 13, n. 5, p. 426-441, 2002.

KAHN, S. et al. 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.

KLASSEN, J.T.; KRASKO, B. M. The dental health status of dialysis patients. **Journal-Canadian Dental Association**, v. 68, n. 1, p. 34-38, 2002.

KLOMPAS, M. et al. **Estratégias para prevenir pneumonia associada à ventilação mecânica em hospitais de terapia intensiva: atualização de 2014**. **Infect Control Hosp Epidemiol**, v. 35, n. 2, p.133-54, set, 2014

KUMAR, S.T. et al. Recommendations from the 2016 guidelines for the management of adults with hospital-acquired or ventilator-associated pneumonia. **Pharmacy and Therapeutics**, v. 42, n. 12, p. 767, 2017.

MATTEVI, G.S. et al. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4229-4236, 2011.

MEDEIROS, N.H. et al. A insuficiência renal crônica e suas interferências no atendimento odontológico-revisão de literatura. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 26, n. 3, p. 232-242, 2017.

MEDEIROS, Y.L. et al. Inserção da Odontologia Hospitalar na grade curricular dos cursos de Odontologia do sudeste brasileiro. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 61, n. 1, 2020.

MEDEIROS, N.J.S. et al. Low-power laser therapy in chemical-induced oral mucositis: a case study. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 79, p. 792-792, 2013.

MENDES, K.D.V.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto-enfermagem**, v. 17, p. 758-764, 2008.

MICLOS, P.V. et al. Prática da promoção e educação em saúde bucal nos hospitais de grande porte da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Arquivos em Odontologia**, v. 49, n. 2, p. 82-87, 2013.

PACE, M.A. et al. Staphylococcus spp. na saliva de pacientes com intubação orotraqueal. **Rev Panam Infectol**, v. 10, n. 2, p. 8-12, 2008.

PINHEIRO, T.S; ALMEIDA, T. F. A saúde bucal em pacientes de UTI. **Revista Bahiana de Odontologia**, v. 5, n. 2, p. 94-103, 2014.

PROCTOR, R. et al. Oral and dental aspects of chronic renal failure. **Journal of dental research**, v. 84, n. 3, p. 199-208, 2005.

QU, X. et al. A survey on oral care practices for ventilator-assisted patients in intensive care units in 3 A hospitals of mainland China. **International Journal of Nursing Practice**, v. 21, n. 6, p. 699-708, 2015.

REOLON, L.Z. et al. Impacto da laserterapia na qualidade de vida de pacientes oncológicos portadores de mucosite oral. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 46, p. 19-27, 2017.

RESAR, R. et al. Usando uma abordagem de pacote para melhorar os processos de cuidados com o ventilador e reduzir a pneumonia associada ao ventilador. **Jornal da Comissão Conjunta sobre Qualidade e Segurança do Paciente**, v. 31, n. 5, p. 243-248, 2005.

RIBEIRO, B.B. et al. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e de condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Odonto**, v. 1, n. 1, p. 61-70, 2012.

ROCHA, A.L.; FERREIRA, E.F. Odontologia hospitalar: O papel do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais na atenção terciária. **Arquivos em Odontologia**, v. 50, n. 4, pág. 154-160, 2014.

RODRIGUES, J.C.; SIMÕES, R.M.R.; PRODOCIMO, E. O lúdico no ambiente da classe hospitalar: um estudo de revisão. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 7, n. 3, p. 390-400, 2019.

RODRIGUES, L.C.V. et al. A Prática odontológica hospitalar na percepção de pacientes oncológicos e de seus acompanhantes assistidos em serviço público de referência, Recife, Pernambuco, Brasil. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 10, 2021.

SCANNAPIECO, F.A. Pneumonia in nonambulatory patients. The role of oral bacteria and oral Hygiene. **J Am Dent Assoc**, v.137, n. 2, p 21-5, 2006.

SCHMITT, B.H.E.; DAMOS, M.N.; GUZZI, S.H. Demanda do serviço de odontologia clínica hospitalar Santa Catarina de Blumenau-SC. **Salusvita**, v. 31, n. 3, pág. 203-12, 2012.

SIKORA, A.; ZAHRA, F. Nosocomial infections. In: **StatPearls [Internet]**. StatPearls Publishing, 2022.

SILVA, Guilherme Thomaz Verly. **A abordagem lúdica no hospital. Impacto Positivo na condição emocional dos pais e crianças internadas no Hospital Universitário do HU- UFJF**. 2020. Monografia (Curso de Graduação) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2020.

SOUSA, L. V. dos S.; PEREIRA, A. F. V.; SILVA, N. B. S. A atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar. **Revista de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 16, n. 1, 2015.

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 de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Mineira de enfermagem**, v. 17, n. 1 p 177-84, 2013.

SOUZA, L.C.D. et al. Association between pathogens from tracheal aspirate and oral biofilm of patients on mechanical ventilation. **Braz. oral res**, v. 31, e38, 2017.

SUMNI, Y. et al. High correlation between the bacterial species in denture plaque and pharyngeal microflora. **Gerodonty**, v. 20, n. 2, p. 84-87, 2003.

TOLEDO, G.; CRUZ, I. The importance of oral hygiene in Intensive Care Unit as a way of prevention of nosocomial infection - Sistematic Literature Review. **Journal of Specialized Nursing Care**, v. 2, n. 1, 2009.

VASCONCELOS, B. C. E. Protagonismo na Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. In memoriam Prof. Mario Graziani. **JBCOMS**, v. 2, n. 1, p. 14-15, 2016. Disponível em: <https://issuu.com/prodweb/docs/jbcoms-v2n1/16>. Acesso em: 28 novembro de 2022

WILLIS, P.J. The role of Dentistry in the hospital. **Journal of the American Dental Society of Anesthesiology**, v. 12, n. 2, p. 40, 1965.