

ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) EM CASOS DE PNEUMONIA NOSOCOMIAL

Introdução: A Odontologia hospitalar vem adquirindo importância na equipe multidisciplinar de saúde, o que é essencial para a terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados, buscando uma aproximação integral e não somente nos aspectos relacionados aos cuidados com a cavidade bucal. Podendo ser definida como um conjunto de práticas seja em baixa, média ou alta complexidade, que visa o tratamento e prevenção de enfermidades por meio de procedimentos em nível hospitalar cujo foco principal é o cuidado de pacientes críticos que necessitam de tratamentos especiais. Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) o paciente está mais exposto ao risco de infecção, é destacado que os pacientes têm um aumento de cinco a dez vezes de contrair infecção. Estes pacientes estão com o estado clínico comprometido, ou seja, apresentam alterações no sistema imunológico, exposição a procedimentos invasivos, desidratação terapêutica (prática comum para aumentar a função respiratória e cardíaca), o que leva a xerostomia (redução do fluxo salivar). Ainda é ressaltado, que são suscetível ao ressecamento da secreção salivar, tornando-se o muco espessado, especialmente devido à incapacidade de nutrição, hidratação e respiração. A literatura tem demonstrado, de maneira clara e vigorosa, a influência da condição bucal na evolução do quadro dos pacientes internados. Estudos indicam que pacientes de UTI apresentam higiene bucal deficiente, principalmente à quantidade e à complexidade do biofilme bucal, doença periodontal que aumenta com o tempo de internação que pode ser uma fonte de infecção nosocomial. Uma vez que as bactérias presentes na boca podem ser aspiradas e causar pneumonias de aspiração. A pneumonia é uma infecção debilitante, em especial, no paciente idoso e imunocomprometido. Nos hospitais, a pneumonia nosocomial exige atenção especial. É a segunda causa de infecção hospitalar e a responsável por taxas significativas de morbidade e mortalidade em pacientes de todas as idades. Engloba de 10% a 15% das infecções hospitalares, sendo que de 20% a 50% dos pacientes afetados por este tipo de pneumonia falecem. Os pacientes mais vulneráveis a esta importante infecção são os internados em unidades de terapia intensiva (UTI), em especial os que estão sob ventilação mecânica, pois o reflexo da tosse, a expectoração e as barreiras imunológicas estão deficientes. Vários agravos, como cárie dental, doença periodontal, endocardite bacteriana, pneumonia, entre outros, têm sido associados aos micro-organismos da boca, as infecções nosocomiais,

portanto, além de causar números significativos de óbito, provocam impacto expressivo aos custos hospitalares, podendo atuar como fator secundário complicador prorrogando, em média de 7 a 9 dias a hospitalização. O risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial é de 10 a 20 vezes maior, sendo que o seu desenvolvimento em pacientes com ventilação mecânica e/ou umidificador varia de 7% a 40%. Se o paciente intubado não receber higiene bucal eficaz, o tártaro dentário, formado por depósitos sólidos de bactérias, se estabelece dentro de 72 horas. Isso é seguido de gengivite emergente, inflamação das gengivas, infecção e subsequente mudança de *Streptococcus* e *Actinomyces* para um número crescente de bacilos gram-negativos aeróbicos. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo avaliar por meio de uma revisão de literatura, a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar em casos de Pneumonia Nosocomial. **Métodos:** Para a revisão de literatura foram estabelecidos os critérios de inclusão: artigos de revisão publicados em periódicos especializados ou sites científicos em língua portuguesa, no período de 2010 a 2019. Foram consultadas as bases de dados Scielo, PubMed, e LILACS. **Resultados:** De acordo com os critérios de inclusão, foram encontrados nas bases de dados 912 artigos publicados, contudo foram selecionados 6 artigos. Durante a internação hospitalar, a microbiota da boca sofre alterações, os procedimentos invasivos e as condições clínicas do hospedeiro. Passam a colonizar a cavidade bucal e orofaringe bastonetes Gram negativos e *Staphylococcus* spp. Em indivíduos imunossuprimidos hospitalizados a microbiota bucal é composta por uma variedade de microrganismos (*Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*), os quais podem colonizar o biofilme dental, a saburra lingual e o Tubo orotraqueal. Os patógenos respiratórios não são encontrados na flora bucal de pacientes saudáveis, mas em contrapartida, patógenos respiratórios originários do meio ambiente hospitalar podem colonizar as superfícies dos dentes, próteses, mucosa bucal e respectivo biofilme. Sendo a colonização facilitada pela diminuição do fluxo salivar e do pH da saliva de pacientes de UTI, devido a medicação e procedimentos que envolvem fluidos, como aspiração nasogástrica, uso de nebulizadores, alimentação e manipulação pela equipe intensivista. A cavidade oral serve como verdadeiro reservatório de microrganismos superinfectantes, e a aspiração de conteúdo da boca seria um dos fatores para ocorrência de infecções pulmonares, cuja maior frequência é na UTI, devido ao alterado nível de consciência dos pacientes, que os torna mais suscetíveis à aspiração de patógenos respiratórios. A negligência na higiene bucal é um fator de risco para o desenvolvimento de pneumonia nosocomial. A inclusão de monitoramento e descontaminação da cavidade oral de pacientes hospitalizados por profissionais qualificados na prevenção de

pneumonia nosocomial parece ser um importante aliado na tentativa de reduzir a colonização pulmonar por patógenos orais e, conseqüentemente, a incidência de pneumonia nosocomial.

Conclusão: A presença de um cirurgião-dentista torna-se importante para a concretização da saúde integral dos pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Referências: GOMES, Sabrina Fernandes; ESTEVES, Márcia Cristina Lourenço. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, p.67-70, 01 jan. 2012.

MARQUES, Jacqueline Andrade; BOVOLATO, Mariana Cordeiro. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Odontologia**, São Paulo, p.107-111, 13 fev. 2013.

SALDANHA, Karla Dias Ferreira; COSTA, Deisi Carneiro da. A odontologia hospitalar: revisão. **Arch Health Invest**, Mato Grosso do Sul, p.58-68, 4 jan. 2015.

SANTOS SOUZA, Larissa Vaz dos; PEREIRA, Adriana de Fátima Vasconcelos. A ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO ATENDIMENTO HOSPITALAR. **Odontologia**, São Luís, p.39-45, 14 jan. 2014.

SANTANA, Aline. ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UTI (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA). **Student**, Curitiba, p.19-24, 2015.

RABELO, Gustavo Davi; QUEIROZ, Cristiane Inês de. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arquivos Médicos**, São Paulo, p.67-70, 2010.

Descritores: Odontologia hospitalar; pneumonia nosocomial; higiene bucal.