



# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

## PROJETO DE LEI N°

*“Dispõe sobre a obrigatoriedade da prestação de assistência odontológica a pacientes internados nas unidades hospitalares de nossa cidade de Sorocaba-SP”.*

**Art. 1º** - É obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes internados nas unidades hospitalares que consiste em:

I – cuidados de saúde bucal;

II – ações de prevenção, higiene e tratamento, quando fizer necessário;

**Parágrafo Único** – O disposto nesta Lei também se estende aos pacientes atendidos em regime domiciliar, na modalidade “home care”

**Art. 2º** - As unidades hospitalares públicas ou particulares deverão contar com cirurgião dentista em seu quadro de pessoal, a fim de prestar os serviços de cuidado da saúde bucal dos pacientes.

**Parágrafo Único** – Nas unidades de Terapias Intensivas (UTI’S), fica assegurada a presença de cirurgião dentista como parte do corpo clínico, cabendo a ele, com exclusividade, o atendimento ao paciente ali internado;

**Art. 3º** - As ações profiláticas em pacientes internados, fixadas nos respectivos protocolos, deverão ser promovidas por técnicos de saúde bucal, ou auxiliares em saúde bucal, devidamente registrados no Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, sob a supervisão de um cirurgião dentista.

CÂMARA MUNICIPAL SOROCABA 16/08/2021 11:42 211921 1/4





# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

## JUSTIFICATIVA:

O PROJETO DE LEI EM TELA, TEM POR OBJETIVO TORNAR OBRIGATÓRIA A PRESENÇA DE PROFISSIONAIS DE ODONTOLOGIA NOS HOSPITAIS. ESSA MEDIDA VISA APRIMORAR OS CUIDADOS PRESTADOS AOS PACIENTES INTERNADOS EM HOSPITAIS, TENDO EM VISTA OS DADOS COMPROVADOS DE QUE A FALTA DESSES PROFISSIONAIS NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA TEM CONTRIBUÍDO E MUITO PARA O AUMENTO DE MORTES EM TODO O PAÍS.

ESTE PROJETO QUER ATENDER UMA SITUAÇÃO EMERGENCIAL, QUER ELIMINAR A SITUAÇÃO DE RISCO IMINENTE DE MORTE OU DE LESÃO IRREVERSÍVEL. COMO IGNORAR QUE SERES HUMANOS SEJAM INTERNADOS POR PERIODOS PROLONGADOS E CHEGUEM A UMA UTI IMUNOCOMPROMETIDOS? COMO NÃO SE IMPORTAR COM ESSA SITUAÇÃO?

COM CERTEZA, PRINCIPALMENTE A POPULAÇÃO DE BAIXA RENDA É INTERNADA COM CONDIÇÕES BUCAIS PREOCUPANTES, POR ISSO, DEVEMOS, SIM, EVITAR QUE ESSAS VIDAS SEJAM BANALIZADAS E IGNORADAS.

EM DIVERSOS HOSPITAIS DE NOSSO PAÍS, ASSIM COMO DE VÁRIOS PAÍSES, A PRESENÇA DE CIRURGIÃO-DENTISTA NAS UTI'S É UMA REALIDADE HÁ MUITO TEMPO.

HÁ QUE SE CONSIDERAR, NA CAVIDADE BUCAL, A FORMAÇÃO DE BIOFILME, QUE SE DEPOSITA CONTINUAMENTE EM CAMADAS NA SUPERFÍCIE DENTÁRIA DA MUCOSA E DAS PRÓTESES, APRESENTANDO-SE ADERIDAS, O QUE FORNECE PROTEÇÃO AOS MICRORGANISMOS, SOFREDO UMA CONTÍNUA COLONIZAÇÃO.

SABE-SE QUE A DENOMINADA PNEUMONIA NOSOCOMIAL OU HOSPITALAR, ISTO É, PNEUMONIA ADQUIRIDA DURANTE A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL, É CAUSA DE GRANDE NÚMERO DE ÓBITOS, PRINCIPALMENTE EM NOSSO PAÍS. AS BACTÉRIAS CAUSADORAS DESSA PNEUMONIA PODEM CHEGAR AO TRATO RESPIRATÓRIO ATRAVES DA MICROASPIRAÇÃO DA SECREÇÃO COLONIZADA POR ELAS PRESENTES NA CAVIDADE BUCAL



# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

E FARINGE DO PACIENTE. A PROLIFERAÇÃO DESSES AGENTES PATÓGENOS OCORRE PELA FALTA DE HIGIENE BUCAL ADEQUADA AO PACIENTE CRITICO E POR OUTRAS ALTERAÇÕES PROVOCADAS POR INFECÇÕES NA BOCA.

O QUE SE PRETENDE NÃO É A EXECUÇÃO DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS DE ROTINA, MAS APENAS E TÃO SOMENTE A DETECÇÃO DAS NECESSIDADES ORAIS INDIVIDUAIS E A INSTITUIÇÃO DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS ESPECÍFICOS, QUE SOMENTE O CIRURGIÃO-DENTISTA POSSUI CAPACITAÇÃO PARA REALIZAR.

EXAUSTIVOS ESTUDOS CIENTÍFICOS COMPROVAM QUE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA DE ROTINA FAZ COM QUE O TEMPO DE PERMANÊNCIA NA UTI SEJA REDUZIDO, PELO MENOS EM UM TERÇO.

É NATURAL QUE APENAS OS PROCEDIMENTOS EFETIVAMENTE INADIÁVEIS DEVERÃO SER REALIZADOS DURANTE ESSE PERÍODO (PRESTAR ASSISTÊNCIA COM ASSEPSIAS E MEDICAÇÕES PARA COMBATER INFECÇÕES BUCAIS) SÃO AÇÕES INADIÁVEIS, PRINCIPALMENTE PARA OS ENTUBADOS.

O PROJETO DE LEI VISA SALVAR VIDAS, AO EVITAR PROLIFERAÇÃO DE BACTÉRIAS QUE PODEM LEVAR À MORTE DE PACIENTES.

A ABRANGÊNCIA DESTE PROJETO DE LEI NÃO SE RESTRINGE À HIGIENE BUCAL PURA E SIMPLES, MAS SIM A AVALIAÇÃO BUCAL, ISTO É, DIAGNÓSTICO DOS FATORES BUCAIS QUE PODEM COMPROMETER À SAÚDE, ASSIM COMO A INSTITUIÇÃO DA TERAPIA ATINENTE, O QUE, POR ÓBVIO, NÃO CONSTITUI ATRIBUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, QUE TEM SEU NOBRE PAPEL A DESEMPENHAR MAS QUE NÃO É DE PROFISSIONAL DE ODONTOLOGIA. ALÉM DO MAIS, TORNA-SE IMPRESCINDÍVEL QUE TAL AVALIAÇÃO ABRANJA OS ELEMENTOS DENTÁRIOS E PROTÉTICOS PASSIVEIS DE CAUSAREM ACIDENTES, SEJA POR ASPIRAÇÃO OU DEGLUTIÇÃO.

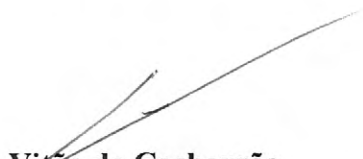


# CÂMARA MUNICIPAL DE SOROCABA

ESTADO DE SÃO PAULO

PELO EXPOSTO, PEÇO O APOIO DOS NOBRES VEREADORES  
PARA APROVAÇÃO DA PROPOSTA, JUNTANDO NESTA OPORTUNIDADE ESTUDO TÉCNICO DOS  
BENEFÍCIOS DA ATUAÇÃO DE CIRURGIÃO-ODONTOLÓGICO NOS HOSPITAIS.

**S/S.,13 de Setembro de 2021**

  
**Vitão do Cachorrão**  
Vereador

2021

LISTA DE ABREVIATURAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

CFO – Conselho Federal de Odontologia

ANEO – Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas

CD – Cirurgião-Dentista

AMIB – Associação Brasileira de Medicina Intensiva

DTM – Disfunção Têmporo-Mandibular

CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos, Obturados, Destruídos

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	4
2. OBJETIVO	5
3. REGULAMENTAÇÃO	6
4. DIFERENCIAL	7
5. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	8
6. HIGIENIZAÇÃO BUCAL	9
7. REMOÇÃO DE FOCOS BUCAIS	10
8. PREVENÇÃO DE PNEUMONIA E OUTRAS INFECÇÕES	11
9. CAVIDADE BUCAL COMO PORTA DE ENTRADA DE INFECÇÕES SISTÊMICAS	12
10. CONDIÇÃO BUCAL E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	13
11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO	14
11.1. DEFINIÇÃO	14
11.2. OBJETIVOS	14
12. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS	15
13. BENEFÍCIOS ESPERADOS AO HOSPITAL	16
14. CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	17
15. PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL	18
15.1. PARA PACIENTES ENTUBADOS	18
15.2. PARA PACIENTES NÃO ENTUBADOS	18
16. LASERTERAPIA	19
17. PACIENTES COM SARS-CoV-2	20

## 1. INTRODUÇÃO

A odontologia hospitalar pode ser definida como o conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Seu principal foco é o atendimento em saúde bucal ao paciente em nível terciário.<sup>1</sup> A missão da Odontologia Hospitalar é cuidar das alterações do aparelho estomatognático em ambiente hospitalar, quer seja no paciente internado, quer seja em ambulatório ou em home care. É preciso reforçar junto as equipes que trabalham no hospital, que a odontologia, ao atuar de forma integrada, além de melhorar a qualidade de vida do paciente, diminui o tempo de recuperação e de permanência dele no leito, bem como possibilita disponibilizar maior número de leitos, em especial os de UTI, para a população e reduzir de maneira significativa os custos hospitalares.<sup>2</sup>

A avaliação odontológica pode determinar a necessidade de intervenções que possibilitam a redução de riscos futuros, destacando-se a adequação do meio bucal pela possibilidade de alterar positivamente o desfecho clínico de um quadro, minimizando fatores que podem ter influência negativa no tratamento do paciente sistemicamente comprometido.<sup>2</sup>



## 2. OBJETIVO

Atendimento de pacientes em hospital, focando especial atenção àqueles com agravo à saúde de moderada a alta complexidade, seja este decorrente da própria doença odontológica, da condição médica do paciente, ou de ambas. O atendimento odontológico ocorre em ambiente hospitalar (ambulatórios, apartamentos, centro cirúrgico, pronto-socorro e em especial, **unidades de terapia intensiva**).<sup>3</sup>

### 3. REGULAMENTAÇÃO

“O Conselho Federal de Odontologia (CFO), na resolução nº 162, publicada no Diário Oficial em 16/11/2014, passa a reconhecer o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista como habilitação. O tema foi uma das pautas da III Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEO), promovida entre os dias 13 e 14 de outubro de 2014, em São Paulo.”<sup>3</sup>

#### **4. DIFERENCIAL**

Estudos e experiências em hospitais têm mostrado que a inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente sob internação pode contribuir para diminuir o risco de infecção, o tempo de internação, a quantidade de prescrição de medicamentos e a indicação de nutrição parenteral periférica, além de melhorar a qualidade de vida e promover um atendimento completo ao paciente.<sup>3</sup>

## 5. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A UTI é definida como unidade hospitalar que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de risco que tenham potencial de recuperação, mas que exigem atenção médica ininterrupta, contando com o apoio de uma equipe multiprofissional de saúde, além de outros recursos humanos e equipamentos.<sup>2</sup>

A contribuição da Odontologia na área hospitalar, em especial também nos espaços da UTI, pode auxiliar, em muitos casos, na realização de um diagnóstico mais rápido, contribuindo com a diminuição do tempo de tratamento e, conseqüentemente, com nossos colegas intensivistas na manutenção da vida dos pacientes críticos.<sup>2</sup>

Pacientes críticos que apresentam problemas periodontais já trazem um quadro de infecção e inflamação na cavidade bucal, com a presença de uma maior quantidade de microrganismos mais agressivos, fazendo com que a doença periodontal seja indicada como coadjuvante ou responsável em diversas complicações sistêmicas durante o período de internação. Além disso, atualmente, sabe-se que a placa dentária, que é o fator etiológico das doenças periodontais, é um reservatório de potenciais bactérias multirresistentes, com potencial de causar alteração na fina parede que recobre o trato respiratório e favorecer uma infecção por patógenos respiratórios. Deve-se ter especial atenção com as pneumonias que podem ser causadas em ambiente hospitalar por microaspiração, ventilação artificial com o uso de sondas, sendo considerada esta patologia um grave problema por ser causada por microrganismos multirresistentes que estavam na placa dental e cavidade bucal. É sabido que a quantidade de bactérias bucais e a severidade da doença periodontal está associada ao aumento da incidência de pneumonia, e que, controlando a doença periodontal e diminuindo o nível de bactérias bucais, diminui sua incidência em até 40% em pacientes em UTI.<sup>2</sup>

Além disso, a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) implica em diversas afecções em cavidade oral, destacando-se a xerostomia induzida por drogas, e intubação oral, intensificada pela manutenção da abertura da boca, além do acúmulo de biofilme devido à dificuldade de higienização, úlceras causadas por trauma de intubação oral ou cirurgias bucais, além de infecções oportunistas devido às alterações da microbiota oral causadas por uso contínuo de antimicrobianos e imunossupressão. Trata-se de condições que interferem significativamente na qualidade de vida e até mesmo na sobrevivência do paciente, visto o risco aumentado de pneumonia nosocomial na presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal. As infecções associadas aos microrganismos da boca, entre eles cárie dental, doença periodontal, endocardite bacteriana, entre outros, provocam impacto excessivo aos custos hospitalares, prolongando a internação hospitalar com acréscimo em média 7 a 9 dias de hospitalização.<sup>4</sup>

## 6. HIGIENIZAÇÃO BUCAL

A higienização bucal compreende a limpeza dos dentes e da mucosa bucal. A escovação tem por objetivo:

- Remover o biofilme bucal e resíduos alimentares nas superfícies mucosas e dentárias
- Evitar odores e gostos desagradáveis
- Estimular o apetite
- Controlar infecções
- Promover sensação de bem estar.<sup>1</sup>

Se o paciente estiver apto, as ações de higienização devem ser realizadas por ele mesmo três vezes ao dia (manhã, tarde, noite).<sup>1</sup>

Caso dependa totalmente de cuidados, o profissional/cuidador responsável por sua higiene pessoal é quem deve executar essas ações.<sup>1</sup>

Os pacientes dentados devem utilizar escova de dente com cabeça pequena, cerdas macias e uniformes.<sup>1</sup>

O Cirurgião-Dentista (CD) é responsável por indicar, quando necessário, fio dental, dentifrício e enxaguatórios bucal, que não deve conter álcool em sua composição.<sup>1</sup>

Os pacientes desdentados devem utilizar boneca de gaze embebida em solução antimicrobiana não alcoólica para higienização dos tecidos moles ou escova própria para ser acoplada no aspirador do leito.<sup>1</sup>

## **7. REMOÇÃO DE FOCOS INFECCIOSOS E ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL**

Uma condição bucal desfavorável pode interferir no prognóstico de pacientes debilitados. As avaliações completas de adequação do meio bucal realizado pelo Cirurgião Dentista são fundamentais para minimizar e prevenir complicações. São fundamentais o diagnóstico e o tratamento de focos de cárie, infecções endodônticas, infecções gengivais e periodontais, bem como outros processos infecciosos não específicos da cavidade bucal. Os procedimentos de adequação bucal incluem:

- Tratamento periodontal
- Tratamento endodôntico
- Tratamento restaurador
- Tratamento de lesões bucais
- Remoção de aparelho ortodôntico e próteses dentárias
- Extração dentária ou radicular.<sup>1</sup>

## 8. PREVENÇÃO DE PNEUMONIA E OUTRAS INFECÇÕES

As infecções hospitalares do trato respiratório são, em sua imensa maioria, decorrentes da microaspiração de microrganismos oriundos do trato digestivo. Nesse sentido, condições precárias de saúde e higiene bucal são fatores de risco relevantes na aquisição dessas infecções. Considerando que grande parte dos episódios hospitalares de infecção respiratória ocorre em pacientes sob ventilação mecânica no ambiente da terapia intensiva, é recomendável que essas unidades apresentem programa de higiene e cuidados para a cavidade bucal adequados, gerenciados por um cirurgião-dentista. A medida pode reduzir a incidência das infecções pela metade, tornando-se uma ação altamente custo-efetiva. O cirurgião-dentista deverá orientar a equipe de enfermagem quanto à correta higienização e antisepsia da cavidade bucal, incluindo escovação dos dentes, limpeza da língua e mucosas e aplicação tópica três vezes por dia de solução de clorexidina. Em pacientes sedados, é preferível o uso de gel oral de clorexidina 2% em virtude de sua maior efetividade microbicida. Já em pacientes sem sedação, o uso do gel torna-se inviável por causa do gosto extremamente amargo, optando-se por solução oral de clorexidina 0,12%.<sup>2</sup>

## **9. CAVIDADE BUCAL COMO PORTA DE ENTRADA DE INFECÇÕES SISTÊMICAS**

A partir da boca, uma patologia localizada pode tornar-se sistêmica por contiguidade, pela corrente sanguínea ou através de microaspiração, como no caso da pneumonia, e especial as associadas à ventilação mecânica. Infecções dentárias podem evoluir para fascite necrosante, com necrose extensa e formação de gás em tecidos subcutâneos e fáscias, envolvendo músculos, vasos, nervos e gordura da região da face e pescoço. Quadros infecciosos locais podem invadir tecidos vizinhos por continuidade levando à meningite, encefalite, abscesso cerebral e mediastinite, sendo esta uma complicação muito grave, com alta taxa de mortalidade, variando entre 25% e 50%. Afeta principalmente adultos jovens e tem como causa mais frequente uma infecção odontogênica envolvendo, principalmente, segundo e terceiros molares, associado a outros fatores de risco, como diabetes, alcoolismo, neoplasias e osteorradionecrose. A alta mortalidade está associada a retardo no diagnóstico e tratamento, pela inespecificidade dos sintomas iniciais, os quais são geralmente disfagia, edema cervical, febre, taquicardia e trismo.<sup>2</sup>



## **10. CONDIÇÃO BUCAL E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A literatura sinaliza para os profissionais que assistem os pacientes hospitalizados a necessidade de se elaborar, em conjunto, um protocolo de higiene bucal, a fim de incrementar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Faz-se necessária a realização de um trabalho em conjunto entre odontólogos e equipe de enfermagem, revisando conceitos, identificando possíveis problemas e adotando um protocolo de higiene bucal específico para os pacientes qualificados como capazes ou incapazes de realizar a própria higiene bucal. Ações de parceria entre a equipe de enfermagem e de Odontologia, em especial nas técnicas de higiene bucal, podem, agregar conhecimento e treinamento aos profissionais de enfermagem. A condição bucal é determinante na prevenção de doenças da orofaringe, assim como na prevenção de outros distúrbios sistêmicos. A conservação da cavidade bucal limpa e saudável abrange procedimentos fundamentais para manter dentes limpos e fluxo normal de saliva, que tem a capacidade de regular a flora bacteriana e a manutenção de uma boca saudável está associada à higiene bucal e ao sistema salivar inteligente.<sup>2</sup>

## **11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO EM UTI.**

Elaborado com participação dos Departamentos de Odontologia e de Enfermagem, da Associação Brasileira de Medicina Intensiva – AMIB, com o intuito de proporcionar a aplicação sistemática da melhor evidência científica disponível, para a higienização bucal do paciente, possibilitando a avaliação das opções e a tomada de decisão do cuidado integral do paciente.<sup>2</sup>

### **11.1. DEFINIÇÃO**

Higiene bucal é o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico da cavidade bucal com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas, tubo endotraqueal e qualquer outro dispositivo presente na cavidade bucal.<sup>2</sup>

### **11.2. OBJETIVOS**

- Manter a cavidade bucal limpa
- Reduzir a colonização da orofaringe, evitando a contaminação da traqueia
- Controlar o biofilme
- Hidratar os tecidos intrabucal e peribucal
- Detectar focos infecciosos e lesões de mucosa
- Diminuir os riscos de infecção respiratória através de microaspirações de conteúdo da cavidade bucal, implicando conforto e bem-estar ao paciente.<sup>2</sup>

## **12. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS**

- Padronizar os procedimentos da rotina e os materiais/soluções empregados na higiene bucal de pacientes graves ou críticos
- Controlar efetivamente o biofilme da cavidade bucal
- Contribuir de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial
- Detectar e prevenir lesões bucais e DTM
- Identificar e eliminar focos infecciosos
- Contribuir para a redução do tempo de internação/permanência leito
- Racionalizar o uso de antibióticos
- Qualidade de vida e bem estar do paciente
- Melhorar a assistência do paciente grave ou crítico.<sup>2</sup>

### **13.BENEFÍCIOS ESPERADOS AO HOSPITAL**

- Redução dos custos hospitalar.
- Diminuir o período de internação do paciente por complicações orais.
- Diminuir uso de antibióticos e outras drogas.
- Qualidade de vida e bem-estar do paciente, “humanização dos atendimentos”.
- Fortalecer trabalho em equipe multidisciplinar, visando melhoria na qualidade assistencial e aumentando a eficácia e eficiência do atendimento disponibilizado aos clientes do hospital.
- Atender ao Projeto de Lei da Câmara (PLC) 34/2013, aprovado em caráter terminativo no dia 02/10/2013 pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, que 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*.

#### **14. CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL**

A consulta odontológica inicial realizada nos pacientes em ambiente hospitalar compreende os seguintes procedimentos:

- Identificar a doença primária e verificar o estado geral do paciente, para determinar o protocolo adequado de higiene oral.
- Determinar a condição em saúde bucal: obter índice CPO-D e avaliar o nível de doença periodontal.
- Controlar a quantidade de placa bacteriana.
- Avaliar se é necessária a remoção de aparelhos ortodônticos, próteses parafusadas e restaurações metálicas, bem como de outros aparatos que interfiram em exames de imagem ou que possam causar lesões em tecidos moles.
  - Avaliar a necessidade de instalação de aparelhos bucais para prevenir ou tratar lesões traumáticas em tecidos moles.
- Avaliar a necessidade de hidratação labial diária.

A hidratação labial não deve ser realizada com vaselina devido à possibilidade de combustão quando em contato com o oxigênio durante oxigenioterapia.<sup>1</sup>

## **15. PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL**

### **15.1. Para pacientes entubados:**

- Verificar a angulação da posição de decúbito do paciente. Embora ainda não existam estudos em relação à posição do paciente no momento da higiene bucal, recomenda-se 30° para evitar pneumonia aspirativa.
- Calçar luvas de procedimento.
- Aspirar na região da orofaringe antes do procedimento
- Embeber escova de dente e/ou boneca de gaze e/ou swab em solução não-alcoólica de clorexidina 0,12% e realizar os seguintes movimentos:
  - \* Friccionar os vestíbulos e a mucosa jugal no sentido póstero-anterior.
  - \* Friccionar o palato no sentido póstero-anterior.
  - \* Friccionar as superfícies vestibulares, linguais e oclusais dos dentes.
  - \* Friccionar o tubo orotraqueal.
- Passar raspador na língua no sentido póstero-anterior.
- Aspirar na região da orofaringe durante todo procedimento.

### **15.2. Para pacientes não-entubados:**

-Caso o paciente esteja recebendo alimentação por via oral, além de repetir os itens acima, deve-se escovar os dentes com escova dental 3 vezes ao dia, após as principais refeições.

-Caso o paciente não esteja se alimentando por via oral, os procedimentos de higiene oral devem ser realizados 2 vezes ao dia.<sup>1</sup>

## 16. LASERTERAPIA

Um estudo realizado no Hospital Albert Einstein em 2013 provou que a laserterapia e cuidados orais contribuíram para reduzir a morbidade resultante de lesões de cavidade oral, como a mucosite oral e, conseqüentemente, minimizou os custos de internação de um paciente submetido à quimioterapia em altas doses<sup>5</sup>. Muitos estudos demonstraram que a laserterapia profilática, associada ao uso de bochechos preventivos, é eficaz na prevenção dessa complicação<sup>6,7</sup>. Além disso, a laserterapia também é importante para a analgesia, fotobiomodulação e reparação de lesões bucais ocasionadas por vírus, bactérias e fungos.

## 17. PACIENTES COM SARS-CoV-2

Os medicamentos usados rotineira e experimentalmente no tratamento de pacientes com COVID-19 causam efeitos colaterais, porém seus benefícios superam as desvantagens. Como consequência da farmacoterapia intensa, alguns dos pacientes, mesmo após a recuperação completa de COVID-19, podem sofrer de problemas dentais/orais associados a tecidos moles, produção de saliva, sensações orais de base neurológica, etc.<sup>5</sup>

Como o tratamento farmacológico específico para COVID-19 é ainda indefinido, a Organização Mundial da Saúde iniciou recentemente o ensaio SOLIDARITY para validar vários medicamentos para o tratamento potencial de complicações graves do COVID - 19. Eles compreendem remdesivir, cloroquina / hidroxicloroquina, lopinavir e ritonavir combinados e interferon -  $\beta$ .<sup>8</sup>

O tratamento antiviral experimental usando lopinavir e ritonavir, combinações de inibidores da protease normalmente empregados em casos de HIV, pode fornecer uma maneira de reduzir a carga viral, a gravidade, os resultados clínicos adversos e potencialmente reduzir as taxas de mortalidade em pacientes com SARS. Esses medicamentos antivirais podem ser responsáveis por efeitos colaterais (<2%) que afetam a cavidade oral entre as outras partes do trato gastrointestinal, como estomatite, úlceras bucais e boca seca.<sup>8</sup>

Atualmente, diante da realidade de falta de dados sobre a relação entre SARS - CoV - 2 e doenças bucais, pode ser fácil imaginar que uma grande proporção de pacientes sintomáticos e intensamente tratados com COVID - 19 deva desenvolver algum tipo de problema bucal e patológico. Se o paciente sobreviver, especialmente durante a fase de recuperação, é provável que precise de um tratamento antifúngico e/ou antimicrobiano auxiliar, apoiado por medidas tópicas citoprotetoras.<sup>8</sup>

Como resultado direto das terapias que salvam vidas, incluindo ventilação externa e oxigenação do sangue, em pacientes hospitalizados gravemente enfermos, constatou-se que a saúde bucal se deteriora, especialmente no caso daqueles que permanecem em unidades de terapia intensiva. A falta de cuidados com a boca como prioridade de tratamento é dada a cuidados médicos avançados, intubação, traqueostomia, ventilação externa, bem como respiração oral, a hipossalivação pode levar à rápida deterioração da saúde bucal e complicações subsequentes, afetando também o trato respiratório inferior, semelhante à pneumonia por aspiração. Os distúrbios do equilíbrio da microbiota oral são decorrentes de terapias sistêmicas e a alteração do ambiente intraoral pode levar a outros problemas.<sup>8</sup>

A infecção aguda grave por COVID-19, junto com medidas terapêuticas associadas, pode contribuir potencialmente para resultados negativos em relação à saúde bucal, provavelmente levando a várias infecções fúngicas oportunistas, xerostomia ligada à diminuição do fluxo salivar, ulcerações e gengivite como resultado de sistema imunológico debilitado e/ou mucosa oral suscetível. É importante notar que a tempestade de citocinas causada por mecanismos humorais e celulares desregulados pode agravar as condições autoimunes existentes na área orofaríngea. Pessoas se recuperando de COVID - 19 precisam de cuidados pós-agudos adicionais para se recuperar de infecções primárias e concomitantes, com uma recomendação de monitoramento próximo de sua saúde bucal.



## 21.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Manual de odontologia hospitalar. – Secretaria de Saúde - São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar, 2012.  
[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/manual-de-odontologia-hospitalar/manual\\_odonto.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/manual-de-odontologia-hospitalar/manual_odonto.pdf)
- 2 - Morais, Teresa Márcia; Silva, Antonio. Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar / UTI (p. 1). Elsevier Editora Ltda. Edição do Kindle
- 3- Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 4 - Gomes, SF; Esteves, MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70, jan./jun. 2012  
Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 5- Bezinelli LM, de Paula Eduardo F, da Graça Lopes RM, Biazevic MG, de Paula Eduardo C, Correa L, et al. Cost-effectiveness of the introduction of specialized oral care with laser therapy in hematopoietic stem cell transplantation. Hematol Oncol. 2014;32(1):31-9. doi: 10.1002/hon.2050.
- 6- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res.* 2007;56 (6):416–424.
- 7- Jaguar GC, Prado JD, Nishimoto IN, Pinheiro MC, De Castro Jr DO, Da Cruz Perez DE, Alves FA. Low-energy laser therapy for prevention of oral mucositis in hematopoietic stem cell transplantation. *Oral Diseases* (2007) 13, 538–543. doi:10.1111/j.1601-0825.2006.01330.x <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2006.01330.x>
- 8- Dziedzic A, Wojtyczka R. The impact of coronavirus infectious disease 19 (COVID-19) on oral health. *Oral Dis.* 2021;27 Suppl 3:703-706. doi:10.1111/odi.13359

**PROJETO:  
IMPLANTAÇÃO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

**DRA. TEREZA CRISTINA TEIXEIRA**  
**Cirurgiã Dentista – Especialista em Odontologia**  
**Hospitalar e Laseterapia**  
**ELISETE SOBRAL CALEGARI – Consultora em Saúde**  
**Gestão de negócios e projetos**

2021

LISTA DE ABREVIATURAS

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

CFO – Conselho Federal de Odontologia

ANEO – Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas

CD – Cirurgião-Dentista

AMIB – Associação Brasileira de Medicina Intensiva

DTM – Disfunção Têmporo-Mandibular

CPO-D – Índice de Dentes Cariados, Perdidos, Obturados, Destruídos

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO _____	4
2. OBJETIVO _____	5
3. REGULAMENTAÇÃO _____	6
4. DIFERENCIAL _____	7
5. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA _____	8
6. HIGIENIZAÇÃO BUCAL _____	9
7. REMOÇÃO DE FOCOS BUCAIS _____	10
8. PREVENÇÃO DE PNEUMONIA E OUTRAS INFECÇÕES _____	11
9. CAVIDADE BUCAL COMO PORTA DE ENTRADA DE INFECÇÕES SISTÊMICAS _____	12
10. CONDIÇÃO BUCAL E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM _____	13
11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO _____	14
11.1. DEFINIÇÃO _____	14
11.2. OBJETIVOS _____	14
12. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS _____	15
13. BENEFÍCIOS ESPERADOS AO HOSPITAL _____	16
14. CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL _____	17
15. PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL _____	18
15.1. PARA PACIENTES ENTUBADOS _____	18
15.2. PARA PACIENTES NÃO ENTUBADOS _____	18
16. LASERTERAPIA _____	19
17. PACIENTES COM SARS-CoV-2 _____	20

## 1. INTRODUÇÃO

A odontologia hospitalar pode ser definida como o conjunto de ações preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas em saúde bucal, executadas em ambiente hospitalar em consonância com a missão do hospital e inseridas no contexto de atuação da equipe multidisciplinar. Seu principal foco é o atendimento em saúde bucal ao paciente em nível terciário.<sup>1</sup> A missão da Odontologia Hospitalar é cuidar das alterações do aparelho estomatognático em ambiente hospitalar, quer seja no paciente internado, quer seja em ambulatório ou em home care. É preciso reforçar junto as equipes que trabalham no hospital, que a odontologia, ao atuar de forma integrada, além de melhorar a qualidade de vida do paciente, diminui o tempo de recuperação e de permanência dele no leito, bem como possibilita disponibilizar maior número de leitos, em especial os de UTI, para a população e reduzir de maneira significativa os custos hospitalares.<sup>2</sup>

A avaliação odontológica pode determinar a necessidade de intervenções que possibilitam a redução de riscos futuros, destacando-se a adequação do meio bucal pela possibilidade de alterar positivamente o desfecho clínico de um quadro, minimizando fatores que podem ter influência negativa no tratamento do paciente sistemicamente comprometido.<sup>2</sup>

## 2. OBJETIVO

Atendimento de pacientes em hospital, focando especial atenção àqueles com agravo à saúde de moderada a alta complexidade, seja este decorrente da própria doença odontológica, da condição médica do paciente, ou de ambas. O atendimento odontológico ocorre em ambiente hospitalar (ambulatórios, apartamentos, centro cirúrgico, pronto-socorro e em especial, **unidades de terapia intensiva**).<sup>3</sup>

### **3. REGULAMENTAÇÃO**

“O Conselho Federal de Odontologia (CFO), na resolução nº 162, publicada no Diário Oficial em 16/11/2014, passa a reconhecer o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista como habilitação. O tema foi uma das pautas da III Assembleia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEO), promovida entre os dias 13 e 14 de outubro de 2014, em São Paulo.”<sup>3</sup>

#### **4. DIFERENCIAL**

Estudos e experiências em hospitais têm mostrado que a inserção do Cirurgião-Dentista na equipe multiprofissional de atendimento ao paciente sob internação pode contribuir para diminuir o risco de infecção, o tempo de internação, a quantidade de prescrição de medicamentos e a indicação de nutrição parenteral periférica, além de melhorar a qualidade de vida e promover um atendimento completo ao paciente.<sup>3</sup>



## 5. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

A UTI é definida como unidade hospitalar que se destina ao atendimento de pacientes graves ou de risco que tenham potencial de recuperação, mas que exigem atenção médica ininterrupta, contando com o apoio de uma equipe multiprofissional de saúde, além de outros recursos humanos e equipamentos.<sup>2</sup>

A contribuição da Odontologia na área hospitalar, em especial também nos espaços da UTI, pode auxiliar, em muitos casos, na realização de um diagnóstico mais rápido, contribuindo com a diminuição do tempo de tratamento e, conseqüentemente, com nossos colegas intensivistas na manutenção da vida dos pacientes críticos.<sup>2</sup>

Pacientes críticos que apresentam problemas periodontais já trazem um quadro de infecção e inflamação na cavidade bucal, com a presença de uma maior quantidade de microrganismos mais agressivos, fazendo com que a doença periodontal seja indicada como coadjuvante ou responsável em diversas complicações sistêmicas durante o período de internação. Além disso, atualmente, sabe-se que a placa dentária, que é o fator etiológico das doenças periodontais, é um reservatório de potenciais bactérias multirresistentes, com potencial de causar alteração na fina parede que recobre o trato respiratório e favorecer uma infecção por patógenos respiratórios. Deve-se ter especial atenção com as pneumonias que podem ser causadas em ambiente hospitalar por microaspiração, ventilação artificial com o uso de sondas, sendo considerada esta patologia um grave problema por ser causada por microrganismos multirresistentes que estavam na placa dental e cavidade bucal. É sabido que a quantidade de bactérias bucais e a severidade da doença periodontal está associada ao aumento da incidência de pneumonia, e que, controlando a doença periodontal e diminuindo o nível de bactérias bucais, diminui sua incidência em até 40% em pacientes em UTI.<sup>2</sup>

Além disso, a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) implica em diversas afecções em cavidade oral, destacando-se a xerostomia induzida por drogas, e intubação oral, intensificada pela manutenção da abertura da boca, além do acúmulo de biofilme devido à dificuldade de higienização, úlceras causadas por trauma de intubação oral ou cirurgias bucais, além de infecções oportunistas devido às alterações da microbiota oral causadas por uso contínuo de antimicrobianos e imunossupressão. Trata-se de condições que interferem significativamente na qualidade de vida e até mesmo na sobrevivência do paciente, visto o risco aumentado de pneumonia nosocomial na presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal. As infecções associadas aos microrganismos da boca, entre eles cárie dental, doença periodontal, endocardite bacteriana, entre outros, provocam impacto excessivo aos custos hospitalares, prolongando a internação hospitalar com acréscimo em média 7 a 9 dias de hospitalização.<sup>4</sup>

## 6. HIGIENIZAÇÃO BUCAL

A higienização bucal compreende a limpeza dos dentes e da mucosa bucal. A escovação tem por objetivo:

- Remover o biofilme bucal e resíduos alimentares nas superfícies mucosas e dentárias
- Evitar odores e gostos desagradáveis
- Estimular o apetite
- Controlar infecções
- Promover sensação de bem estar.<sup>1</sup>

Se o paciente estiver apto, as ações de higienização devem ser realizadas por ele mesmo três vezes ao dia (manhã, tarde, noite).<sup>1</sup>

Caso dependa totalmente de cuidados, o profissional/cuidador responsável por sua higiene pessoal é quem deve executar essas ações.<sup>1</sup>

Os pacientes dentados devem utilizar escova de dente com cabeça pequena, cerdas macias e uniformes.<sup>1</sup>

O Cirurgião-Dentista (CD) é responsável por indicar, quando necessário, fio dental, dentifrício e enxaguatórios bucal, que não deve conter álcool em sua composição.<sup>1</sup>

Os pacientes desdentados devem utilizar boneca de gaze embebida em solução antimicrobiana não alcoólica para higienização dos tecidos moles ou escova própria para ser acoplada no aspirador do leito.<sup>1</sup>

## **7. REMOÇÃO DE FOCOS INFECCIOSOS E ADEQUAÇÃO DO MEIO BUCAL**

Uma condição bucal desfavorável pode interferir no prognóstico de pacientes debilitados. As avaliações completas de adequação do meio bucal realizado pelo Cirurgião Dentista são fundamentais para minimizar e prevenir complicações. São fundamentais o diagnóstico e o tratamento de focos de cárie, infecções endodônticas, infecções gengivais e periodontais, bem como outros processos infecciosos não específicos da cavidade bucal. Os procedimentos de adequação bucal incluem:

- Tratamento periodontal
- Tratamento endodôntico
- Tratamento restaurador
- Tratamento de lesões bucais
- Remoção de aparelho ortodôntico e próteses dentárias
- Extração dentária ou radicular.<sup>1</sup>

## 8. PREVENÇÃO DE PNEUMONIA E OUTRAS INFECÇÕES

As infecções hospitalares do trato respiratório são, em sua imensa maioria, decorrentes da microaspiração de microrganismos oriundos do trato digestivo. Nesse sentido, condições precárias de saúde e higiene bucal são fatores de risco relevantes na aquisição dessas infecções. Considerando que grande parte dos episódios hospitalares de infecção respiratória ocorre em pacientes sob ventilação mecânica no ambiente da terapia intensiva, é recomendável que essas unidades apresentem programa de higiene e cuidados para a cavidade bucal adequados, gerenciados por um cirurgião-dentista. A medida pode reduzir a incidência das infecções pela metade, tornando-se uma ação altamente custo-efetiva. O cirurgião-dentista deverá orientar a equipe de enfermagem quanto à correta higienização e antisepsia da cavidade bucal, incluindo escovação dos dentes, limpeza da língua e mucosas e aplicação tópica três vezes por dia de solução de clorexidina. Em pacientes sedados, é preferível o uso de gel oral de clorexidina 2% em virtude de sua maior efetividade microbicida. Já em pacientes sem sedação, o uso do gel torna-se inviável por causa do gosto extremamente amargo, optando-se por solução oral de clorexidina 0,12%.<sup>2</sup>

## **9. CAVIDADE BUCAL COMO PORTA DE ENTRADA DE INFECÇÕES SISTÊMICAS**

A partir da boca, uma patologia localizada pode tornar-se sistêmica por contiguidade, pela corrente sanguínea ou através de microaspiração, como no caso da pneumonia, e especial as associadas à ventilação mecânica. Infecções dentárias podem evoluir para fascite necrosante, com necrose extensa e formação de gás em tecidos subcutâneos e fáscias, envolvendo músculos, vasos, nervos e gordura da região da face e pescoço. Quadros infecciosos locais podem invadir tecidos vizinhos por continuidade levando à meningite, encefalite, abscesso cerebral e mediastinite, sendo esta uma complicação muito grave, com alta taxa de mortalidade, variando entre 25% e 50%. Afeta principalmente adultos jovens e tem como causa mais frequente uma infecção odontogênica envolvendo, principalmente, segundo e terceiros molares, associado a outros fatores de risco, como diabetes, alcoolismo, neoplasias e osteorradionecrose. A alta mortalidade está associada a retardo no diagnóstico e tratamento, pela inespecificidade dos sintomas iniciais, os quais são geralmente disfagia, edema cervical, febre, taquicardia e trismo.<sup>2</sup>

## **10. CONDIÇÃO BUCAL E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

A literatura sinaliza para os profissionais que assistem os pacientes hospitalizados a necessidade de se elaborar, em conjunto, um protocolo de higiene bucal, a fim de incrementar a qualidade da assistência prestada aos pacientes. Faz-se necessária a realização de um trabalho em conjunto entre odontólogos e equipe de enfermagem, revisando conceitos, identificando possíveis problemas e adotando um protocolo de higiene bucal específico para os pacientes qualificados como capazes ou incapazes de realizar a própria higiene bucal. Ações de parceria entre a equipe de enfermagem e de Odontologia, em especial nas técnicas de higiene bucal, podem, agregar conhecimento e treinamento aos profissionais de enfermagem. A condição bucal é determinante na prevenção de doenças da orofaringe, assim como na prevenção de outros distúrbios sistêmicos. A conservação da cavidade bucal limpa e saudável abrange procedimentos fundamentais para manter dentes limpos e fluxo normal de saliva, que tem a capacidade de regular a flora bacteriana e a manutenção de uma boca saudável está associada à higiene bucal e ao sistema salivar inteligente.<sup>2</sup>

## **11. PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO EM UTI.**

Elaborado com participação dos Departamentos de Odontologia e de Enfermagem, da Associação Brasileira de Medicina Intensiva – AMIB, com o intuito de proporcionar a aplicação sistemática da melhor evidência científica disponível, para a higienização bucal do paciente, possibilitando a avaliação das opções e a tomada de decisão do cuidado integral do paciente.<sup>2</sup>

### **11.1. DEFINIÇÃO**

Higiene bucal é o cuidado prestado para restaurar e manter o equilíbrio microbiológico da cavidade bucal com a finalidade de limpar dentes, língua, gengivas, mucosas, tubo endotraqueal e qualquer outro dispositivo presente na cavidade bucal.<sup>2</sup>

### **11.2. OBJETIVOS**

- Manter a cavidade bucal limpa
- Reduzir a colonização da orofaringe, evitando a contaminação da traqueia
- Controlar o biofilme
- Hidratar os tecidos intrabucal e peribucal
- Detectar focos infecciosos e lesões de mucosa
- Diminuir os riscos de infecção respiratória através de microaspirações de conteúdo da cavidade bucal, implicando conforto e bem-estar ao paciente.<sup>2</sup>

## **12. OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS**

- Padronizar os procedimentos da rotina e os materiais/soluções empregados na higiene bucal de pacientes graves ou críticos
- Controlar efetivamente o biofilme da cavidade bucal
- Contribuir de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial
- Detectar e prevenir lesões bucais e DTM
- Identificar e eliminar focos infecciosos
- Contribuir para a redução do tempo de internação/permanência leito
- Racionalizar o uso de antibióticos
- Qualidade de vida e bem estar do paciente
- Melhorar a assistência do paciente grave ou crítico.<sup>2</sup>



### **13.BENEFÍCIOS ESPERADOS AO HOSPITAL**

- Redução dos custos hospitalar.
- Diminuir o período de internação do paciente por complicações orais.
- Diminuir uso de antibióticos e outras drogas.
- Qualidade de vida e bem-estar do paciente, “humanização dos atendimentos”.
- Fortalecer trabalho em equipe multidisciplinar, visando melhoria na qualidade assistencial e aumentando a eficácia e eficiência do atendimento disponibilizado aos clientes do hospital.
- Atender ao Projeto de Lei da Câmara (PLC) 34/2013, aprovado em caráter terminativo no dia 02/10/2013 pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do Senado Federal, que 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*.

#### **14. CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL**

A consulta odontológica inicial realizada nos pacientes em ambiente hospitalar compreende os seguintes procedimentos:

- Identificar a doença primária e verificar o estado geral do paciente, para determinar o protocolo adequado de higiene oral.
- Determinar a condição em saúde bucal: obter índice CPO-D e avaliar o nível de doença periodontal.
- Controlar a quantidade de placa bacteriana.
- Avaliar se é necessária a remoção de aparelhos ortodônticos, próteses parafusadas e restaurações metálicas, bem como de outros aparatos que interfiram em exames de imagem ou que possam causar lesões em tecidos moles.
  - Avaliar a necessidade de instalação de aparelhos bucais para prevenir ou tratar lesões traumáticas em tecidos moles.
- Avaliar a necessidade de hidratação labial diária.

A hidratação labial não deve ser realizada com vaselina devido à possibilidade de combustão quando em contato com o oxigênio durante oxigenioterapia.<sup>1</sup>

## 15. PROTOCOLOS DE HIGIENE BUCAL

### 15.1. Para pacientes entubados:

- Verificar a angulação da posição de decúbito do paciente. Embora ainda não existam estudos em relação à posição do paciente no momento da higiene bucal, recomenda-se 30° para evitar pneumonia aspirativa.
- Calçar luvas de procedimento.
- Aspirar na região da orofaringe antes do procedimento
- Embeber escova de dente e/ou boneca de gaze e/ou swab em solução não-alcoólica de clorexidina 0,12% e realizar os seguintes movimentos:
  - \* Friccionar os vestíbulos e a mucosa jugal no sentido pósterio-anterior.
  - \* Friccionar o palato no sentido pósterio-anterior.
  - \* Friccionar as superfícies vestibulares, linguais e oclusais dos dentes.
  - \* Friccionar o tubo orotraqueal.
- Passar raspador na língua no sentido pósterio-anterior.
- Aspirar na região da orofaringe durante todo procedimento.

### 15.2. Para pacientes não-entubados:

-Caso o paciente esteja recebendo alimentação por via oral, além de repetir os itens acima, deve-se escovar os dentes com escova dental 3 vezes ao dia, após as principais refeições.

-Caso o paciente não esteja se alimentando por via oral, os procedimentos de higiene oral devem ser realizados 2 vezes ao dia.<sup>1</sup>

## **16. LASERTERAPIA**

Um estudo realizado no Hospital Albert Einstein em 2013 provou que a laserterapia e cuidados orais contribuíram para reduzir a morbidade resultante de lesões de cavidade oral, como a mucosite oral e, conseqüentemente, minimizou os custos de internação de um paciente submetido à quimioterapia em altas doses<sup>5</sup>. Muitos estudos demonstraram que a laserterapia profilática, associada ao uso de bochechos preventivos, é eficaz na prevenção dessa complicação<sup>6,7</sup>. Além disso, a laserterapia também é importante para a analgesia, fotobiomodulação e reparação de lesões bucais ocasionadas por vírus, bactérias e fungos.

## 17. PACIENTES COM SARS-CoV-2

Os medicamentos usados rotineira e experimentalmente no tratamento de pacientes com COVID-19 causam efeitos colaterais, porém seus benefícios superam as desvantagens. Como consequência da farmacoterapia intensa, alguns dos pacientes, mesmo após a recuperação completa de COVID-10, podem sofrer de problemas dentais/orais associados a tecidos moles, produção de saliva, sensações orais de base neurológica, etc.<sup>5</sup>

Como o tratamento farmacológico específico para COVID-19 é ainda indefinido, a Organização Mundial da Saúde iniciou recentemente o ensaio SOLIDARITY para validar vários medicamentos para o tratamento potencial de complicações graves do COVID - 19. Eles compreendem remdesivir, cloroquina / hidroxicloroquina, lopinavir e ritonavir combinados e interferon -  $\beta$ .<sup>8</sup>

O tratamento antiviral experimental usando lopinavir e ritonavir, combinações de inibidores da protease normalmente empregados em casos de HIV, pode fornecer uma maneira de reduzir a carga viral, a gravidade, os resultados clínicos adversos e potencialmente reduzir as taxas de mortalidade em pacientes com SARS. Esses medicamentos antivirais podem ser responsáveis por efeitos colaterais (<2%) que afetam a cavidade oral entre as outras partes do trato gastrointestinal, como estomatite, úlceras bucais e boca seca.<sup>8</sup>

Atualmente, diante da realidade de falta de dados sobre a relação entre SARS - CoV - 2 e doenças bucais, pode ser fácil imaginar que uma grande proporção de pacientes sintomáticos e intensamente tratados com COVID - 19 deva desenvolver algum tipo de problema bucal e patológico. Se o paciente sobreviver, especialmente durante a fase de recuperação, é provável que precise de um tratamento antifúngico e/ou antimicrobiano auxiliar, apoiado por medidas tópicas citoprotetoras.<sup>8</sup>

Como resultado direto das terapias que salvam vidas, incluindo ventilação externa e oxigenação do sangue, em pacientes hospitalizados gravemente enfermos, constatou-se que a saúde bucal se deteriora, especialmente no caso daqueles que permanecem em unidades de terapia intensiva. A falta de cuidados com a boca como prioridade de tratamento é dada a cuidados médicos avançados, intubação, traqueostomia, ventilação externa, bem como respiração oral, a hipossalivação pode levar à rápida deterioração da saúde bucal e complicações subsequentes, afetando também o trato respiratório inferior, semelhante à pneumonia por aspiração. Os distúrbios do equilíbrio da microbiota oral são decorrentes de terapias sistêmicas e a alteração do ambiente intraoral pode levar a outros problemas.<sup>8</sup>

A infecção aguda grave por COVID-19, junto com medidas terapêuticas associadas, pode contribuir potencialmente para resultados negativos em relação à saúde bucal, provavelmente levando a várias infecções fúngicas oportunistas, xerostomia ligada à diminuição do fluxo salivar, ulcerações e gengivite como resultado de sistema imunológico debilitado e/ou mucosa oral suscetível. É importante notar que a tempestade de citocinas causada por mecanismos humorais e celulares desregulados pode agravar as condições autoimunes existentes na área orofaríngea. Pessoas se recuperando de COVID - 19 precisam de cuidados pós-agudos adicionais para se recuperar de infecções primárias e concomitantes, com uma recomendação de monitoramento próximo de sua saúde bucal.

## 21. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - Manual de odontologia hospitalar. – Secretaria de Saúde – São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar, 2012.  
[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/manual-de-odontologia-hospitalar/manual\\_odonto.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/manual-de-odontologia-hospitalar/manual_odonto.pdf)
- 2 - Morais, Teresa Márcia; Silva, Antonio. Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar / UTI (p. 1). Elsevier Editora Ltda. Edição do Kindle
- 3- Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 4 - Gomes, SF; Esteves, MCL. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70, jan./jun. 2012  
Conselho Federal de Odontologia – CFO
- 5- Bezinelli LM, de Paula Eduardo F, da Graça Lopes RM, Biazevic MG, de Paula Eduardo C, Correa L, et al. Cost-effectiveness of the introduction of specialized oral care with laser therapy in hematopoietic stem cell transplantation. Hematol Oncol. 2014;32(1):31-9. doi: 10.1002/hon.2050.
- 6- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res.* 2007;56 (6):416–424.
- 7- Jaguar GC, Prado JD, Nishimoto IN, Pinheiro MC, De Castro Jr DO, Da Cruz Perez DE, Alves FA. Low-energy laser therapy for prevention of oral mucositis in hematopoietic stem cell transplantation. *Oral Diseases* (2007) 13, 538–543. doi:10.1111/j.1601-0825.2006.01330.x <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2006.01330.x>
- 8- Dzedzic A, Wojtyczka R. The impact of coronavirus infectious disease 19 (COVID-19) on oral health. *Oral Dis.* 2021;27 Suppl 3:703-706. doi:10.1111/odi.13359