

A IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

THE IMPORTANCE OF THE PERFORMANCE OF THE DENTIST SURGEON IN THE INTENSIVE CARE UNIT

Wagner da S. Gomes¹; Bruna L. S. Picciani²; Roberta M. Batista³

RESUMO:

Condições precárias de saúde oral de pacientes internados na Unidade de terapia Intensiva (UTI) podem contribuir para piora do quadro sistêmico do paciente, ou para o aparecimento de outras infecções como a pneumonia nosocomial. A presença do cirurgião dentista (CD) como integrante da equipe multidisciplinar, contribui para a redução de focos de infecção, reduz tempo de internação e melhora a qualidade de vida do paciente. Este trabalho teve como objetivo ressaltar a importância da atuação do cirurgião dentista na Unidade de Terapia Intensiva, através de uma revisão de literatura e pôde concluir que: Existem avanços recentes na legislação relacionada à odontologia hospitalar, em especial a presença do cirurgião dentista como especialista na unidade de terapia intensiva, mas na prática a maioria dos hospitais ainda não efetivaram esta recomendação. A estreita relação entre a saúde bucal e sistêmica do paciente, reforça a presença do CD em ambiente hospitalar, em especial na UTI, e a presença do CD contribui para melhora da qualidade de vida de pacientes internados na UTI.

Descritores: Unidade de terapia intensiva. Odontologia. Cirurgião dentista e Odontologia hospitalar.

ABSTRACT:

Poor oral health conditions of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) can contribute to the worsening of the patient's systemic condition, or to the appearance of other infections such as nosocomial pneumonia. The presence of the dental surgeon (DC) as a member of the multidisciplinary team contributes to the reduction of sources of infection, reduces hospitalization time and improves the patient's quality of life. This work aimed to highlight the importance of the role of the dental surgeon in the Intensive Care Unit, through a literature review and concluded that: There are recent advances in legislation related to hospital dentistry, in particular the presence of the dental surgeon as a specialist in intensive care unit, but in practice most hospitals have not yet implemented this recommendation. The close relationship between the patient's oral and systemic health reinforces the presence of the CD in a hospital environment, especially in the ICU, and the presence of the CD contributes to improving the quality of life of patients admitted to the ICU.

Keyword: Intensive care unit. Dentistry. Dental surgeon. Hospital dentistry.

1 Acadêmico do 10º período do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO – 2023.

2 Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO.

3 Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO.

INTRODUÇÃO

Grande parte da população não compreende a importância da odontologia hospitalar (OH), muito menos dos procedimentos que são realizados neste ambiente, pois, além de intervenções cirúrgicas, faz-se prevenção, diagnóstico e cuidados das alterações bucais em pacientes que estão sob cuidados de alta complexidade por uma equipe multidisciplinar (CAMARGO, 2005).

Como finalidades principais, a OH aprimora os cuidados prestados aos pacientes, defende e apoia a prestação de assistência integral à saúde, que consiste em um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), expresso na Constituição Federal (BRASIL, 2008).

Dentro da unidade hospitalar, a unidade de terapia intensiva (UTI) foi planejada com o objetivo de melhorar o atendimento aos pacientes em estado crítico de saúde (DE FREITAS OLIVEIRA *et al.*, 2021). É, portanto, caracterizada como um local em que se encontram recursos para fornecer suporte à vida, com monitoração permanente das funções orgânicas, vigilância constante e condutas adequadas por parte de uma equipe multidisciplinar, com o intuito de restabelecer o estado de saúde do paciente (SANTOS; SOARES, 2022).

Algumas destas condutas consistem em procedimentos invasivos, e podem trazer como consequência, a contração de outras infecções devido à manipulação do paciente em ambiente carregado de microrganismos patogênicos (LOPES; BARCELOS, 2022). Como ressaltam Russotto *et al.* (2017), os pacientes admitidos em leitos de UTI de ocupantes anteriores que apresentavam patógenos bacterianos, possuem maior risco de aquisição de bactérias, responsáveis por infecções, pois estas, especialmente as multirresistentes, podem, em alguns casos, sobreviver aos procedimentos de limpeza no ambiente.

Além disso, é comum durante a internação em UTI, a ocorrência de alterações bucais, em resposta a manifestações de doenças sistêmicas, ao uso de medicamentos, ou complicações associadas à presença de equipamentos, como o tubo do respirador artificial (SANTOS; SOARES JUNIOR, 2022).

Desta forma, neste tipo de setor, a presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar, tem grande relevância para a manutenção da saúde dos pacientes internados, pois os mesmos precisam de cuidados rigorosos devido ao seu quadro clínico, que pode torná-los mais susceptíveis à instalação de infecções bucais e sistêmicas, agravando o seu estado de saúde geral. Considerando ainda que a maior parte dos pacientes internados em UTI apresenta-se totalmente dependente para a realização de higiene oral satisfatória e eficiente, faz-se necessária a assistência profissional para o estabelecimento de um meio bucal saudável nestes pacientes (ARAÚJO, 2009; LIMA *et al.*; 2011; ROCHA *et al.*, 2022).

Ou seja, as contribuições do CD na UTI, assim como em outros setores do ambiente hospitalar, contemplam, além da higienização, o diagnóstico, controle de alterações bucais, colaboração e orientação da equipe quanto aos cuidados necessários para cada tipo de caso, visando a minimizar os riscos de alterações sistêmicas e infecções hospitalares e reduzir o tempo de internação destes pacientes (MONGARDON *et al.*, 2012).

Considerando então, que a manutenção da saúde oral dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva é de extrema relevância na prevenção de agravos e na redução do tempo de internação do paciente, torna-se necessário compreender e discutir a importância da presença do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar nestes ambientes hospitalares.

OBJETIVOS

Objetivo primário

Ressaltar a importância da atuação do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva, através de uma revisão de literatura.

Objetivos secundários

- Descrever os avanços legislativos a respeito da odontologia hospitalar;
- destacar a relação da saúde bucal com a saúde sistêmica do paciente internado na unidade de terapia intensiva;
- citar as principais alterações bucais em pacientes internados na UTI;
- ressaltar a importância da orientação da equipe multidisciplinar, feita pelo cirurgião dentista em relação aos cuidados de saúde oral do paciente.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Aspectos legais relacionados à odontologia hospitalar

O avanço da OH na América se iniciou a partir da metade do século XIX, com o empenho dos Drs. Simon Hullihen e James Garretson. Ao longo de seu estabelecimento, grandes empenhos foram voltados para a obtenção de reconhecimento da odontologia no âmbito hospitalar. Posteriormente, a OH viria ter o apoio da Associação Dental Americana e o respeito da comunidade médica (CILLO, 1996).

De acordo com o Código de Ética Odontológico, compete ao cirurgião dentista em OH, internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitando as normas técnico-administrativas das instituições (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012).

De acordo com Amaral *et al.* (2015), com decorrer do tempo, a OH teve progresso ao seu favor, com a publicação da Portaria 1.032 pelo Ministério da Saúde, Resolução RDC nº 7 da ANVISA, e a criação das Comissões de Medicina Oral e Odontologia Hospitalar pelos Conselhos de Odontologia, além da apresentação dos projetos de Lei (PL) 2.776/2008 e PL 363/2011, sendo os dois aprovados pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2012, determinando a obrigatoriedade da presença de profissionais da odontologia em hospitais públicos e privados, onde se encontram pacientes hospitalizados em UTI ou enfermarias.

Em 2015, através da Resolução CFO-162/2015, que reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista, determinou-se que um curso de Odontologia Hospitalar deveria ser realizado com um mínimo de 350 (trezentas e cinquenta) horas, sendo 30% de horas práticas e 70% de aulas teóricas para que o profissional se tornasse habilitado nesta área (CFO, 2015).

Em 23 de agosto de 2023, em Assembleia entre o Conselho Federal e os Regionais de Odontologia, divulgou-se que a OH deixou de ser uma habilitação para se tornar uma especialidade, sendo esta decisão aprovada por unanimidade ente os conselhos regionais e federal. Neste contexto, destacando a atuação na UTI, foi dado presidente do conselho ao afirmar que:

A importância do Cirurgião-Dentista nas UTIs é fundamental para reduzir as chances de infecção ao paciente internado e, conseqüentemente, possibilitar uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Parabéns, Odontologia brasileira, parabéns, Odontologia Hospitalar (CFO, 2023).

2. Relação da saúde bucal com a saúde sistêmica do paciente internado na unidade de terapia intensiva

Segundo Araújo, Vinagre e Sampaio (2009), pessoas hospitalizadas tendem a apresentar má higiene bucal, que resulta no crescimento e complexidade do biofilme dental. Essa condição de higiene bucal deficiente desencadeia diferentes alterações de condições bucais tais como: cárie, periodontite ou gengivite, potencializando focos de infecções que provocam maior risco de complicações locais e sistêmicas (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2012; SANTOS, 2009).

Ademais, em decorrência do tempo de internação ou das manobras realizadas durante os cuidados destes pacientes, eles podem manifestar alterações no sistema imunológico como comprometimento respiratório, dificuldade para dormir, incapacidade de ingestão e hidratação. Esses pacientes são, então, mais vulneráveis a desenvolver infecções orais, ou sistêmicas como endocardite bacteriana e pneumonia, cujas complicações, além de comprometer ainda mais a saúde do paciente, podem também provocar impactos relacionados aos custos hospitalares (SCHLESENER, 2012).

Além disso, é comum em ambiente de UTI, pacientes que evidenciem condições orais preexistentes como cárie, doença periodontal e ausências dentárias, que podem comprometer o quadro clínico destes pacientes. Assim, os procedimentos odontológicos curativos são também de grande relevância para evitar maiores riscos ou qualquer tipo de incômodo ao paciente internado. Assim, a avaliação de alterações bucais, tais como presença de biofilme bucal, cáries, doença periodontal, lesões precursoras de infecções virais e fúngicas e lesões traumáticas, torna-se de extrema importância nestes ambientes (RABELO; QUEIROZ e SANTOS, 2010).

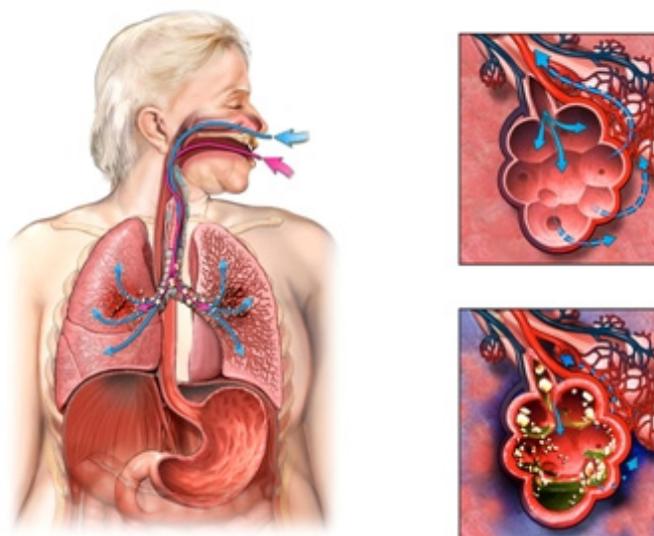
Segundo Assis (2012), as condições de saúde do paciente determinarão o protocolo de atendimento médico destes pacientes: o estado de consciência ou sedação, se respira ou não sem ajuda de aparelhos, por exemplo, são condições essenciais para a decisão do tipo de recurso terapêutico que o indivíduo receberá.

Em muitos casos, o paciente precisará de ventilação mecânica e estará sob intubação orotraqueal, mantendo-se com a boca aberta, o que acarreta uma desidratação da mucosa oral, redução do fluxo salivar e como consequência, o aumento do biofilme no dorso da língua. Essa condição proporciona a produção de componentes voláteis do enxofre como, por exemplo, mercaptanas e sulfidretos, que expõem um odor ruim e colonização de bactérias (ABIDIA, 2007).

Segundo Luyt *et al.* (2018), a pneumonia adquirida hospitalar (PAH) é aquela que ocorre de 48 a 72 horas após a internação hospitalar, e a pneumonia adquirida por ventilação mecânica (PAVM) a que surge pelo menos 48 horas após a entubação orotraqueal e instituição de ventilação mecânica invasiva.

Neste sentido, a infecção do trato respiratório inferior, causada pela inalação de substância gástrica ou de secreções da orofaringe é conceituada como pneumonia de aspiração (Figura 1), e está em primeiro lugar como motivo de morte, e em segundo lugar como causa mais corriqueira de infecção nosocomial (qualquer infecção adquirida após a internação do paciente e que se manifeste durante a internação, ou mesmo após a alta, desde que relacionada a procedimentos hospitalares) (SOUSA, 2013).

Figura 1: Ilustração de um pulmão saudável e pulmão com pneumonia nosocomial



Desta forma a atuação do CD em UTI, quando contempla prevenção, diagnóstico e controle de alterações orais, visa a diminuir os riscos de alteração sistêmicas e infecções hospitalares, além de reduzir o tempo de internação do paciente (ELANGO VAN *et al.*, 2011).

3. Principais alterações bucais em pacientes internados na UTI

Os pacientes admitidos em UTI são, na maior parte das vezes, acometidos por doenças agudas ou complicações de doenças crônicas, e geralmente apresentam risco iminente de morte. Através da sua permanência neste ambiente, durante a internação, podem acontecer alterações orais associadas a condições sistêmicas de base, ao acúmulo de biofilme, pela dificuldade de higienização, ou ainda ao uso de medicamentos e equipamentos, como os de ventilação mecânica (ELANGO VAN *et al.*, 2011; SANTOS; SOARES *et al.*, 2022).

As alterações sistêmicas presentes no paciente internados na UTI, podem modificar o ambiente bucal trazendo como consequência o acometimento de infecções oportunistas como a candidíase, sendo esta, a infecção fúngica oral mais comum doentes nas UTIs (MAURI *et al.*, 2021). Dentre os fatores que predisõem o surgimento da candidíase nestes pacientes, estão a presença de próteses totais ou removíveis, as mudanças dos hábitos alimentares, a higiene precária, hipossalivação, o tabagismo, o uso de medicamentos por um longo período, a baixa da imunidade e o estresse causado pela internação (LIMA *et al.*, 2016).

Outra condição que pode estar presente em pacientes internados na UTI, destacada por Santos e Soares Junior (2022), é a lesão oral causada pelo Herpes Vírus Simples (HSV-1), que pode ser reativado por estímulos como imunossupressão e estresse. Estes autores ainda ressaltam que:

Tanto as infecções fúngicas, virais ou bacterianas na cavidade oral devem ser reconhecidas precocemente, diagnosticadas de forma correta e tratadas de maneira rápida e agressiva, pois o envolvimento sistêmico frequentemente é fatal (SANTOS; SOARES JUNIOR, 2022).

Além disso, em relação aos pacientes que fazem uso de tubo orotraqueal para o aporte de oxigênio ou da sonda nasogástrica para alimentação, a consequente impossibilidade de selamento labial (MIRANDA *et al.*, 2016), contribui para o ressecamento das mucosas, e para a possibilidade de ocasionar lesões traumáticas por pressão no local (ZARATKIEWICZ; TEEGARDIN e WHITNEY, 2012). Por isso, alguns profissionais já têm aderido ao uso de protetores bucais adaptados, com o intuito de prevenir lesões (KIAT-AMNUAY; KOH e POWNER, 2008) e ao uso da laserterapia de baixa intensidade como estratégia na recuperação de lesões teciduais, promovendo modulação inflamatória e analgesia local. Neste sentido, a terapia fotodinâmica pode ser uma ferramenta importante na reparação de feridas, além de possibilitar um resultado rápido e eficaz (GOMES *et al.*, 2022).

Algumas alterações bucais relacionadas ao uso de medicamentos são também encontradas em pacientes internados na UTI, em especial alterações nos padrões de salivares como hipossalialia, causadas por agentes como anti-histamínicos, anfetaminas, tranquilizantes, diuréticos, antidepressivos, sedativos e anti-hipertensivos, podendo-se usar para estes casos a saliva artificial, a terapia com laser de baixa potência e a estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS) para amenizar seus efeitos (SANTOS; SOARES JUNIOR, 2022).

4. A importância da orientação da equipe multidisciplinar em relação aos cuidados de saúde oral do paciente

Apesar desta relação da saúde oral com a saúde sistêmica do paciente, a maioria das unidades hospitalares brasileiras, não apresenta um protocolo de controle de infecção oral, mas a sua instalação pode auxiliar na diminuição da morbidade e mortalidade de pacientes hospitalizados. É importante ressaltar que a cooperação

entre cirurgião-dentista e a equipe de saúde multiprofissional dentro dos hospitais irá oferecer benefício para o paciente (OZÇAKA; BASOGLU e BUDUNELI, 2012; SANTOS *et al.*, 2009).

Além disso, o profissional em OH pode trabalhar como consultor da saúde bucal e ou prestador de serviços, seja em nível ambulatorial ou regime de internação, sempre com intuito de colaborar, proporcionar e agregar forças à nova identidade hospitalar (CAMARGO, 2005). Eles podem orientar e supervisionar os enfermeiros em relação aos cuidados com a cavidade bucal, porém, muitas vezes, isso não ocorre devido à reduzida ou inexistente comunicação entre a odontologia e a equipe de enfermagem quanto à administração desses cuidados, e baixa prioridade no que tange aos procedimentos odontológicos, diante dos vários problemas apresentados pelo paciente (MORAIS, 2012).

Porém, a prevalência de lesões orais e suas consequências para a saúde sistêmica do paciente, reforçam a importância da presença do cirurgião dentista compondo a equipe multiprofissional da UTI, a fim de prevenir, diagnosticar e tratar as alterações bucais desses pacientes (ALBUQUERQUE *et al.*, 2023).

DISCUSSÃO

Todos os autores utilizados nesta pesquisa consideram a presença do CD em âmbito hospitalar essencial, e que sua atuação inclui prevenção de agravos, redução na incidência de infecções respiratórias e diminuição do tempo de internação e de custos hospitalares.

De acordo com Coimbra *et al.* (2023), a manutenção da saúde bucal de pacientes internados em uma UTI é extremamente importante para evitar a proliferação de bactérias e fungos que, além de prejudicarem a saúde e o bem-estar do paciente, também podem afetar outros órgãos e sistemas, complicando o quadro clínico e, conseqüentemente, aumentando o tempo de internação hospitalar.

Assim, Gomes e Esteves (2012) destacam que a placa bacteriana na cavidade bucal tem bastante influência sobre condição de saúde do paciente, e que a virulência dos microrganismos presentes na placa, podem ser exacerbados devido a outras patologias orais como doença periodontal, lesões cáries, polpa necrosada, dentes com fraturas e infecção, lesões nos tecidos moles e traumatismos causados por próteses fixas ou móveis.

Por isso, realizar ações de profilaxia e prevenção, com uso de solução antimicrobiana como coadjuvante ou método principal para higiene bucal, é essencial, já que estudos mostram que procedimentos simples como limpar os elementos dentários dos pacientes com escovas dentais duas vezes ao dia e fazer uma profilaxia profissional na cavidade bucal uma vez por semana apresentaram reduções na mortalidade dos pacientes que tiveram pneumonia durante o período hospitalizados (KAHN; GARCIA JUNIOR, 2008). Já Fonseca *et al.* (2022) concluem em uma revisão sistemática sobre protocolos de higiene oral em unidade de terapia intensiva que o método mecânico mais eficaz e utilizado é a escovação dentária associada ou não a antissépticos ou pastas de dente. Mas, em relação às substâncias químicas, a clorexidina, em várias concentrações, foi a mais citada e que trazia ótimos resultados, apesar de não haver uma padronização em relação à frequência diária que a higienização deve ser realizada.

Zanatta e Rosing (2007) e Vilela *et al.* (2015) também destacam que em relação à solução antimicrobiana, a mais usada para a precaução e para o controle de doenças orais, é a clorexidina, mostrando-se eficaz nas concentrações de 0,12% ou em gel 0,2% para diminuir a colonização de bactérias na cavidade bucal, e reduzir dessa forma, a incidência de infecções nosocomiais, em pacientes submetidos a ventilação mecânica.

Também em relação aos benefícios das ações de higiene oral em relação às condições sistêmicas dos pacientes, Rabelo, Queiroz e Santos (2010) ressaltam que pacientes hospitalizados em UTI são considerados de alto risco, mas quando mantidos em cuidados paliativos, com uma higiene bucal eficiente e tendo acompanhamento de profissionais qualificados, apresentam redução significativa do acometimento de doenças respiratórias. Assim como Morais *et al.* (2006), que destacam que além das ações de higiene oral, a raspagem supra

gingival é um ato clínico que deve ser realizada pelo CD nos pacientes de UTI para a promoção de saúde bucal, sendo observada como intervenção mínima para controle de placa bacteriana e melhora do quadro clínico do paciente.

Já com relação à presença de alterações orais frequentes em pacientes internados na UTI, Albuquerque *et al.* (2023) concluem em seu estudo que as alterações bucais são prevalentes nestes pacientes, sendo a infecção de origem odontogênica e os distúrbios da produção de saliva os mais prevalentes. Já Rabelo *et al.* (2010) destacam a halitose, úlceras traumáticas, saburra lingual e candidíase como as mais frequentes, e que as mesmas podem alterar a progressão da doença sistêmica do paciente. Rabelo *et al.* (2010) e Varjão *et al.* (2021), ao analisarem a inclusão do cirurgião dentista na UTI pela visão da equipe multidisciplinar, ressaltam que a presença de herpes, candidíase, halitose, úlceras traumáticas, ressecamento dos lábios, pneumonia nosocomial e gengivite/periodontite são comuns nos pacientes críticos internados na UTI, e que a equipe multidisciplinar compreende e sugere a presença do CD na UTI, por suas contribuições e conhecimentos para a melhora e recuperação do paciente internado.

No que se refere à atuação do CD, realizando as orientações junto à equipe de enfermagem, Varjão *et al.* (2023), concluem que a higiene bucal é feita pelos técnicos de enfermagem em hospitais que não apresentam cirurgião dentista na equipe, que muitos destes profissionais não possuem conhecimento sobre a importância da higiene oral para os pacientes, e que a presença do CD na equipe pode contribuir para melhora do estado de saúde do paciente. Da mesma forma, Martins *et al.* (2021) afirmam que é possível observar deficiências em relação ao conhecimento da saúde bucal dos pacientes, o que torna imperativa a realização da educação continuada dos profissionais de enfermagem, com presença do cirurgião-dentista.

CONCLUSÃO

Esta revisão de literatura permitiu concluir que:

- existem avanços recentes na legislação relacionada à odontologia hospitalar, em especial a presença do cirurgião dentista como especialista na unidade de terapia intensiva, mas na prática a maioria dos hospitais ainda não efetivou esta recomendação;
- a estreita relação entre a saúde bucal e sistêmica do paciente, reforça a presença do CD em ambiente hospitalar, em especial na UTI;
- o CD contribui para melhora da qualidade de vida de pacientes internados na UTI.
- São muitas as alterações bucais encontradas nos pacientes acamados em leitos de UTI, dentre as principais encontramos: Candidíase, ulcerações traumáticas, herpes vírus simples, ressecamento das mucosas, lesões traumáticas por pressão no local, mucosites e hipossialia, contudo a presença do CD na equipe multidisciplinar é capaz de minimizar e muitas vezes acabar com tais alterações, tendo em vista sua formação específica e seu trabalho voltado para a reabilitação oral do paciente, visando o paciente como um todo ajudando, também na melhora sistêmica do doente.
- O papel do CD na equipe multidisciplinar é também orientar, supervisionar os enfermeiros, técnicos de enfermagem em relação aos cuidados com cavidade bucal, ensinar a forma correta da higienização oral dos pacientes e criar protocolos internos. Fazendo com que toda equipe entenda a importância da saúde bucal em ambientes hospitalares e atuem na prevenção de lesões orais através de protocolos que incluam a correta higienização dos pacientes.

REFERÊNCIAS

- ABIDIA, R. F. Oral care in the intensive care unit: a review. **Journal Contemporary Dental Practice**, v. 8, n. 1, p. 76-82, 2007.
- ALBUQUERQUE, A. C. M. M.; GOMINHO, L. F.; ROMEIRO, M. K.; CAVALCANTI, L. D. F. S.; CAVALCANTI, U. D. N. T. Alterações bucais em pacientes em unidade de terapia intensiva: estudo retrospectivo. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 7, n. 2, p. 143-150, 2023.
- AMARAL, C. O. F. D., MARQUES, J. A., BOVOLATO, M. C., PARIZI, A. G. S., OLIVEIRA, A. D., & STRAIOTO, F. G. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas**, v. 67, n. 2, p. 107-111, 2013.
- ARAÚJO, R.J.G.; OLIVEIRA, L.C.G.; HANNA, L.M.O.; CANÊA, A.M.; ÁLVARES, N.C.F. Análise de percepções e ações de cavidades bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 21, n. 1, p. 38-44, 2009.
- ASSIS, A. Atendimento odontológico nas utis. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 72-75, 2012.
- BRASIL. **Projeto de Lei nº 2.776-A, 13 de fevereiro de 2008**. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia em UTI [Internet]. Brasília, DF; 2012. Disponível em: <http://www.camara.gov.br>. Acesso em: 15 jul 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 26 fev. 2023.
- CAMARGO, E. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia buco-maxilo-facial. **Jornal do Site**. 2005. Acesso em: 19/07/2011. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>
- CAMARGO, E. Cirurgia bucomaxilofacial. **Jornal do Site**. 2005. Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>. Acesso em: 19 jul. 2011.
- CILLO, J.E. The development of hospital dentistry in América – the first one hundred years (1850-1950). **Journal of the History of Dentistry**, v. 44, n. 3, p. 105-109, 1996.
- COIMBRA, A. E.; FREITAS, M. E. A. de; COSTA, R. A. dos S.; AGUIAR, M. I. B. A importância da atuação do cirurgião dentista nas unidades de terapia intensiva (uti) na manutenção da saúde bucal. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, [S. l.]**, v. 4, n. 1, 2023. Disponível em: <https://revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/1231>. Acesso em: 3 nov. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Código de Ética Odontológico**. Brasília: CFO, 2012. Cap. XI, artigo 26.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **Resolução CFO-162/2015**. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. **A Odontologia hospitalar como Especialidade odontológica**. 2023. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/odontologia-hospitalar-como-especialidade-odontologica/>. Acesso em: 10 set. 2023.

- DE FREITAS OLIVEIRA, M.M. *et al.* Saúde bucal em unidades de terapia intensiva: a importância do cirurgião-dentista nesses ambientes. CONGRESSO NACIONAL DE INOVAÇÕES EM SAÚDE, **Anais...** Fortaleza, Ceará, 2021.
- ELANGO VAN, S.; NALLIAH, R.; ALLAREDDY, V. *et al.* Outcomes in patients visiting hospital emergency departments. **Journal of Periodontal Research**, v. 82, n. 6, p. 809-819, 2011.
- FONSECA, A.B.A.; FARIAS, I.F.; FERREIRA, M.S.; DE MENDONÇA, R.P. Protocolos utilizados para higienização bucal de pacientes em UTI: uma revisão sistemática. **Revista Saúde-UNG-Ser**, v. 16, n. 1, p. 54-69, 2022.
- GOMES, G.V.; REIS, H.D.M.F.; ANGELIS, G.A.M.D.C.D.; TIMERMAN, L.; MEDEIROS, A.C.D.A.B. *et al.* Terapia fotodinâmica em úlcera traumática decorrente de intubação orotraqueal. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, 32(supl.2B): 224-224, abr.-jun. 2022.
- GOMES, S.F.; ESTEVES, M.C.L. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 69, n. 1, p. 67-70. 2012.
- KAHN, S.; GARCIA, C.H.; GGG JUNIOR, J. Avaliação da existência de controle de infecção oral nos pacientes internados em hospitais do estado do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 6, n. 13, p. 1825-1831, 2008.
- KIAT-AMNUAY, Sudarat; KOH, Sheila H.; POWNER, David J. An occlusal guard for preventing and treating self-inflicted tongue trauma in a comatose patient: a clinical report. **The Journal of Prosthetic Dentistry**, v. 99, n. 6, p. 421-424, 2008.
- LIMA, D.C.; SALIBA, N.A.; GARBIN, A.J.; FERNANDES, L.A.; GARBIN, C.A. The importance of oral health in the view of inpatients. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. Suppl 1, p. 1173-1180, 2011.
- LIMA, L.T. *et al.* Odontologia hospitalar: competência do cirurgião-dentista. **Uningá Review**, v. 28, n. 3, p. 164-171, 2016.
- LOPES, F.L.A.R.; BARCELOS, A.M.C. A importância da higienização bucal em pacientes intubados na UTI. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 8, n. 2, p. 881-894, 2022.
- LUYT, Charles-Edouard; HÉKIMIAN, Guillaume; KOULENTI, Despoina; CHASTRE, Jean. Microbial cause of ICU-acquired pneumonia: hospital-acquired pneumonia versus ventilator-associated pneumonia. **Current Opinion In Critical Care**, [S.L.], v. 24, n. 5, p. 332-338, out. 2018. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
- MARTINS, H.D.D.; DE BRITO JUNIOR, A.F.; DE ARAÚJO, G.L.B.D.; DA SILVA, E.M.; FERREIRA, M.Â.F. *et al.* Práticas e percepção da saúde bucal das equipes de enfermagem em internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 18, n. 2, p. 209-214, 2021.
- MAURI, A. P. *et al.* A importância do cirurgião dentista no ambiente hospitalar para o paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva. Uma revisão bibliográfica. **EAcadêmica**, v. 2, n. 3, p. e102342-e102342, 2021.
- MIRANDA, A.; DE PAULA, R.M.; PIAU, C.G.B.C.; COSTA, P.P.; BEZERRA, A.C.B. Oral care practices for patients in Intensive Care Units: a pilot survey. **Indian. The Journal of Critical Care Medicine**, v. 20, n. 5, p. 267, 2016.
- MONGARDON, Nicolas *et al.* Epidemiologia e evolução da pneumonia pneumocócica grave internada em unidade de terapia intensiva: um estudo multicêntrico. **Terapia intensiva**, v. 16, p. 1-9, 2012.

- MORAIS, C.L. **Odontologia na UTI: por que e para quê?** 2012. 50 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- MORAIS, T.M.N.D. *et al.* A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 18, n. 4, p. 412-417, 2006.
- OZÇAKA, O.; BASOGLU, O.K.; BUDUNELI, N. Chlorhexidine decreases the risk of ventilator-associated pneumonia in intensive care unit patients: a randomized clinical trial. **Journal of Periodontal Research**, v. 47, n. 5, p. 584-592, 2012.
- RABELO, G.D.; QUEIROZ, C.I.; SANTOS, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo**, v. 55, n. 2, p. 67-70, 2010.
- ROCHA, M.G. *et al.* Manutenção da higiene bucal em pacientes de terapia intensiva: O papel da Odontologia Hospitalar. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 11, n. 16, p. e329111638078-e329111638078, 2022.
- RUSSOTTO, V.; CORTEGIANI, A.; RAINERI, S.M.; IOZZO, P.; GREGORETTI, C. *et al.* What is the risk of acquiring bacteria from prior intensive care unit bed occupants? **The Journal of Critical Care Medicine**, v. 21, n. 1, p. 1-3 2017.
- SANTOS, P.S.S.; MELLO, W.R.; WAKIM, R.C.S.; PASCHOAL, M.A.G. Uso de solução bucal com sistema enzimático em pacientes totalmente dependentes de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 154-159, 2009.
- SANTOS, P.S.S.; SOARES JUNIOR, L.A.V. **Medicina bucal: a prática da odontologia hospitalar**. 2. ed. São Paulo: Santos Publicações, 2022.
- SCANNAPIECO, F.A.; ROSSA JÚNIOR, C. Doenças periodontais versus doenças respiratórias. *In*: BRUNETTI, M.C. **Periodontia médica**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 391-409.
- SCHLESENER, F.R.N.; ROSA, D.U.R.M. Artigo de revisão. **Cinergis**, v. 13, n. 1, p. 73-77, 2012.
- SOUSA, N.M. **Prevenção da pneumonia por aspiração**: 2013. p. 41-42. revisão sistemática. Porto/PT: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2013.
- VARJÃO, L. S.; HAYASHIDA, T. M. D.; PRESTES, C. P.; SANTANA, A. L. V. O. A inclusão do cirurgião dentista na UTI pela visão da equipe multidisciplinar. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 13, n. 1, p. 122-134, 2021.
- VILELA, M.C.N. *et al.* Cuidados bucais e pneumonia nosocomial: revisão sistemática. **Einstein**, v. 13, n. 2, p. 1-7, 2015.
- ZANATTA, F.B.; ROSING, C.K. Clorexidina: mecanismo de ação e evidências atuais de sua eficácia no contexto do biofilme supragengival. **Scientific-A**, v. 1, n. 2, p. 35-43, 2007.
- ZARATKIEWICZ, S.; TEEGARDIN, C.; WHITNEY, J.D Retrospective review of the reduction of oral pressure ulcers in mechanically ventilated patients: a change in practice. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 35, n. 3, p. 247-254, 2012.