

A presença do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar no Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura

The presence of the dental surgeon in a hospital environment in the single health system: a literature review

La presencia del odontólogo en un ambiente hospitalario en el sistema único de salud: una revisión de la literatura

 **Camille dos Santos Chiquim Galdino¹**

 **Anna Karoline Kuznik Webber¹**

 **Eduardo Deon Fortunato¹**

 **Wilson da Silva Júnior¹**

¹Centro Universitário Univel.
Cascavel, PR, Brasil.

Autor correspondente:

Camille dos Santos Chiquim Galdino
caamillegaldino@gmail.com

Submissão: 10 fev 2025

Aceite: 10 abr 2025

RESUMO. Introdução: A Odontologia Hospitalar, reconhecida como especialidade em 2023, é essencial para a saúde integral dos pacientes internados, colaborando com equipes multidisciplinares na prevenção e tratamento de doenças. **Objetivo:** O presente estudo visa explorar a importância da atuação do cirurgião-dentista nas equipes multidisciplinares em ambientes hospitalares, dentro do contexto do Sistema Único de Saúde. **Método:** Este artigo revisou 31 estudos relevantes de 2000 a 2024, além de manuais de Odontologia Hospitalar e documentos do Ministério da Saúde. **Resultados:** A presença do cirurgião-dentista é fundamental para monitorar a higiene bucal e prevenir infecções, como pneumonia nosocomial, em UTIs. Práticas adequadas de higiene bucal melhoram a qualidade de vida e reduzem o tempo de internação. **Conclusão:** Conclui-se que a inclusão do cirurgião-dentista nas equipes de saúde é fundamental para garantir um atendimento integral e eficaz, promovendo a saúde bucal e geral dos pacientes hospitalizados.

Descritores: Equipe hospitalar de odontologia; Saúde bucal; Equipe de assistência ao paciente; Cirurgião-dentista; Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT. Introduction: Hospital dentistry, recognized as a specialty in 2023, is essential for the integral health of hospitalized patients, collaborating with multidisciplinary teams in the prevention and treatment of diseases. **Objective:** This study aims to explore the importance of the Dental Surgeon's role in multidisciplinary teams in hospital environments, within the context of the Unified Health System. **Method:** This article reviewed 31 relevant studies from 2000 to 2024, as well as hospital dentistry manuals and Ministry of Health documents. **Results:** The presence of a dental surgeon is essential to monitor oral hygiene, reduce infections and complications such as nosocomial pneumonia, especially in Intensive Care Units. The literature indicates that proper oral hygiene practices can improve quality of life and reduce length of stay. **Conclusion:** It is concluded that the inclusion of dental surgeons in healthcare teams is essential to guarantee comprehensive and effective care, promoting the oral and general health of hospitalized patients.

Descriptors: Dental staff, hospital; Oral health; Patient care team; Dentists; Intensive care units.

RESUMEN. Introducción: La Odontología Hospitalaria, reconocida como especialidad en 2023, es clave para la salud integral de los pacientes, colaborando en la prevención y tratamiento. **Objetivo:** Este estudio pretende explorar la importancia del papel del Cirujano Dentista en los equipos multidisciplinares en el ámbito hospitalario, en el contexto del Sistema Único de Salud. **Método:** Se revisaron 31 estudios (2000-2024), manuales de odontología hospitalaria y documentos del Ministerio de Sanidad. La presencia del cirujano dentista es esencial para controlar la higiene bucal, prevenir infecciones y complicaciones, como la neumonía nosocomial, especialmente en Unidades de Cuidados Intensivos. **Resultado:** La bibliografía indica que unas prácticas adecuadas de higiene oral pueden mejorar la calidad de vida y reducir la duración de la hospitalización. **Conclusión:** La conclusión es que la inclusión de cirujanos dentistas en los equipos sanitarios es esencial para garantizar una atención integral y eficaz, promoviendo la salud oral y general de los pacientes hospitalizados.

Descritores: Personal de Odontología en hospital; Salud bucal; Grupo de atención al paciente; Odontólogos; Unidades de cuidados intensivos

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde ⁽¹⁾, a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social. Nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), há uma relação horizontal entre pontos de atenção, garantindo a integralidade do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a principal porta de entrada do usuário no SUS e compreende os serviços ambulatoriais de menor complexidade, realizados nas Unidades de Atenção Primária (UBS e USF). A atenção secundária oferece os serviços especializados de média complexidade realizados nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Especializada (CAE) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). E a atenção terciária, por sua vez, oferece serviços especializados de alta complexidade em hospitais de referência, garantindo suporte integral para o paciente com o devido acompanhamento de uma equipe multidisciplinar ⁽²⁾.

De acordo com a Resolução nº 163/2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Odontologia Hospitalar é a especialidade que atua em pacientes que necessitam de atendimento hospitalar e também domiciliar. Apesar das inúmeras contribuições ofertadas, a Odontologia Hospitalar não era considerada especialidade odontológica e apenas constituía uma área de atuação dentro da profissão. Foi somente no ano de 2023, que foi divulgada a nova especialidade para a Odontologia no Brasil, a Odontologia Hospitalar, sendo aprovada por uniformidade, garantindo e assegurando mais saúde e bem estar aos pacientes ⁽³⁾.

A atuação do cirurgião-dentista (CD) no ambiente hospitalar visa promover saúde, prevenir, diagnosticar e tratar doenças orofaciais, bem como manifestações bucais decorrentes de doenças sistêmicas ou de seus tratamentos ⁽⁴⁾. A integração com equipes multiprofissionais é essencial para um atendimento completo, especialmente porque a condição bucal pode afetar o estado sistêmico do paciente. O monitoramento odontológico pelo CD pode melhorar a qualidade de vida, reduzir o tempo de internação e prevenir complicações graves ⁽⁵⁾.

A literatura vem demonstrando a influência da condição bucal na evolução do quadro clínico dos pacientes hospitalizados, pois os mesmos são expostos a diversos fatores de risco, como por exemplo, redução na limpeza bucal natural e do fluxo salivar, favorecendo a proliferação bacteriana ⁽⁶⁻⁷⁾. Diante disso, a presença do CD no ambiente hospitalar é de extrema importância, não só para restabelecer a saúde bucal, mas também para reduzir os gastos em saúde pública ⁽⁸⁾.

Desse modo, o objetivo deste artigo foi realizar uma revisão de literatura para descrever a importância da atuação do CD no ambiente hospitalar através da sua contribuição com a equipe multidisciplinar, discutir sobre os principais problemas bucais encontrados em pacientes hospitalizados e sua correlação com a saúde geral e, além disso, evidenciar a relevância da

Odontologia Hospitalar como fator determinante na mitigação dos custos associados aos processos de internação.

METODOLOGIA

Para a redação desse artigo científico foi realizada uma busca bibliográfica nas seguintes bases de dados virtuais: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Public MedLine* (PubMed), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram obtidos 40 artigos científicos, dos quais após apreciação e transpasse pelo crivo foram selecionados 31 artigos relevantes e atuais sobre o tema, nas línguas inglesa e portuguesa, entre os anos de 2000 a 2024. Foram utilizados os termos listados a seguir como palavras-chaves: “equipe hospitalar de odontologia”, “saúde bucal”, “equipe de assistência ao paciente”, “cirurgião-dentista”, “unidades de terapia intensiva” e como *keywords*: “*dental staff, hospital*”, “*oral health*”, “*patient care team*”, “*dentists*” e “*intensive care units*”.

Como complemento foi utilizado os Manuais de Odontologia Hospitalar publicados pelos Conselhos Regionais de Odontologia dos seguintes estados: Paraná e São Paulo, o Manual do Ministério da Saúde (MS) intitulado: “A Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde”, fontes documentais do MS, projetos de lei sancionados pelo congresso nacional.

Histórico da Odontologia Hospitalar no Brasil

No Brasil, a inserção da Odontologia Hospitalar ocorreu com a fundação da Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), em 21 de setembro de 2004, na cidade de Porto Alegre - RS, com o objetivo de incentivar os cirurgiões-dentistas (CD) a atuarem no ambiente hospitalar⁽⁵⁾.

Posteriormente, no ano de 2013, por meio do projeto nº 34 da Câmara Legislativa, colocou em votação que a assistência odontológica seja garantida e obrigatória para pacientes internados em hospitais, portadores de doenças crônicas e aqueles atendidos em casa na modalidade de cuidados domiciliares (*home care*). No entanto, apenas em junho de 2019 ocorreu a aprovação do projeto, no plenário do Senado Federal ⁽⁹⁾.

Em 2014, foi aprovado em Assembleia Legislativa o projeto de lei nº 46/13, que estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de hospitais públicos e privados, em âmbito estadual, que mantém pacientes em situação de internamento ⁽¹⁰⁾. Dessa forma, a presença do CD no ambiente hospitalar gerou um suporte ao

paciente hospitalizado, sendo responsável por promover a saúde bucal, diagnosticar, tratar e suprimir afecções orais que condicionam procedimentos médico-cirúrgicos ⁽⁹⁾.

Principais agravos em Odontologia Hospitalar

O monitoramento dos pacientes hospitalizados por parte do CD é indispensável, pois a condição bucal na evolução do quadro clínico tem correlação e consequências graves, os mesmos são expostos a diversos fatores de risco, que podem agravar seus respectivos quadros de saúde geral⁽⁶⁻⁷⁾. Segundo Lima⁽¹¹⁾, existem várias alterações bucais que podem manifestar-se devido à utilização de medicamentos, alterações fisiológicas, físicas e psicológicas.

Sinais e sintomas em pacientes imunocomprometidos podem ser causados por interações medicamentosas e outros fatores. Dentre eles a redução do fluxo salivar (hipossalivação), trismo e distúrbios do paladar são comuns. A hipossalivação pode complicar a alimentação e a fala, aumentar os riscos de cárie e halitose, intensificar a vulnerabilidade a infecções e traumas na mucosa. O trismo, frequentemente em pacientes acamados por muito tempo, pode aumentar riscos de fraturas dentárias. Distúrbios no paladar podem ser medicamentosos ou causados por radioterapia na região da cabeça e pescoço⁽¹²⁾.

Outro processo patológico que pode acometer a cavidade oral é a mucosite oral, que é um dos efeitos colaterais mais extenuantes, consequência da quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço. Se caracteriza por hiperemia localizada até múltiplas ulcerações na mucosa oral⁽¹³⁾. Já a hiperplasia gengival inflamatória medicamentosa, é o aumento do volume gengival decorrente do uso de drogas, esses medicamentos podem alterar a composição do biofilme dental, o metabolismo do tecido gengival e ósseo, o fluxo e composição do fluido gengival, e o comportamento ou a atitude dos usuários⁽¹⁴⁾.

Infecções bucais oportunistas podem ocorrer com frequência em pacientes imunocomprometidos, sendo de origem fúngica ou viral. A candidíase é uma infecção causada pelo fungo *Candida albicans*, o agente causal mais comum. Além do agente etiológico, para que a candidíase progrida é preciso que o estado imunológico do hospedeiro esteja comprometido. Ela pode se manifestar de diferentes formas clínicas, sendo elas: candidose aguda pseudomembranosa, eritematosa, crônica hiperplásica e queilite angular⁽¹⁵⁾. O tratamento vai depender da extensão e duração da lesão, além da condição da imunidade do paciente¹¹.

A herpes simples do tipo 1 (HSV-1) é a infecção oportunista viral mais comum, de origem primária, referindo-se ao primeiro encontro com o vírus ou recorrente, o vírus permanece incubado por um período de tempo e é reativado⁽¹⁶⁾. Ademais, existem outros tipos de infecções do herpes vírus, porém são de menor frequência, como reativação do vírus Varicela zoster, Epstein-Barr vírus (EBV)

e citomegalovírus (CMV). O tratamento pode ser feito com o uso de antivirais, e dependendo da extensão da lesão, utiliza-se a aplicação de laser de baixa intensidade⁽¹¹⁾.

Ademais, é importante citar as complicações sistêmicas decorrentes de infecções bucais, as principais são a endocardite infecciosa e a pneumonia nosocomial. A endocardite infecciosa é uma infecção que acomete as válvulas cardíacas ou tecidos endoteliais do coração, pode se manifestar de forma aguda ou subaguda⁽¹¹⁾. Lesões do endocárdio, provocadas por doenças congênitas ou adquiridas, colonização bacteriana e posterior disseminação da infecção por via sanguínea são os principais fatores de risco. Essa bacteremia pode derivar da entrada de bactérias no sistema circulatório resultante de cirurgia oral ou procedimentos odontológicos que envolvam sangramento⁽¹⁷⁾.

A pneumonia nosocomial se destaca como uma das infecções mais recorrentes no ambiente hospitalar e por provocar altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo atingir até 80% dos pacientes⁽¹⁸⁾. Os principais fatores de risco são aqueles que contribuem para a colonização da orofaringe e/ou estômago. A aspiração de secreções para o trato respiratório inferior, o refluxo gastrointestinal, além dos fatores inerentes a cada hospedeiro⁽⁴⁾. Em pacientes imunocomprometidos, os patógenos oriundos do ambiente hospitalar são uma ameaça. Os pacientes acometidos geralmente são aqueles submetidos a intubação orotraqueal e ventilação mecânica⁽¹¹⁾.

Campos de atuação do cirurgião-dentista em Odontologia Hospitalar

De acordo com o Código de Ética Odontológica, capítulo X, cabe ao CD especializado em Odontologia Hospitalar realizar internação e acompanhamento de pacientes em hospitais públicos e privados, respeitando as normas e diretrizes das instituições. O profissional especializado pode trabalhar como assessor de saúde bucal e/ou prestador de serviços, seja em nível ambulatorial ou de internação, sempre com o objetivo de colaborar, prestar amparo e agregar ao que se trata de uma equipe multiprofissional⁽¹⁹⁾.

A união dos profissionais da área da saúde para um atendimento mais completo ao paciente, considerando que a correlação entre sua condição bucal e seu estado sistêmico podem estar associados, o seu monitoramento por parte do CD é essencial, proporcionando melhor qualidade de vida, possibilitando a diminuição do tempo de internação dos pacientes e até mesmo assegurando a prevenção de doenças mais graves⁽⁵⁾.

Para que patologias bucais não tragam consequências sistêmicas, é de extrema importância a presença de um CD no âmbito hospitalar para que assim seja feito um correto diagnóstico das alterações bucais e consequente auxílio da terapêutica médica, seja em procedimentos de emergência, como traumas ou abscessos, procedimentos que advirtam o agravamento da doença sistêmica ou

estabelecimento de uma infecção hospitalar. Além disso, compete ao CD organizar e formar uma equipe, garantindo que os procedimentos sejam realizados com adequados equipamentos, instrumentais, materiais e obter efetivo treinamento para lidar com os desafios e particularidades para o atendimento hospitalar⁽¹⁹⁾.

A participação do CD promove suporte a equipe na dinamização e otimização do trabalho interdisciplinar, na realização de atividades assistenciais específicas na área, além de atuar como educadores na prevenção de doenças e promoção da saúde. As vantagens são tanto para os pacientes, como para a própria equipe interdisciplinar, proporcionando uma melhor qualidade de vida ao paciente⁽²⁰⁾.

É atribuído ao CD a adequação do meio bucal, diagnóstico e tratamento das lesões bucais, controle ou remoção de fatores de retenção de placa que podem apresentar um potencial de infecção, prevenção de cárie ou tratamento da mesma, estabelecer grau da doença periodontal, acolher o paciente e prestar assistência⁽⁴⁾.

Procedimentos gerais em Odontologia Hospitalar

Segundo a resolução CFO N°163/2015, cabe ao CD em âmbito hospitalar integrar programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde²¹. Além disso contribui com a solicitação de exames específicos e detalhados, facilitando para o paciente com impossibilidade de frequentar o consultório odontológico, realizando acompanhamento clínico e tratamento específico, assim permitindo um melhor relacionamento entre equipe, paciente e instituição, reabilitando-os funcionalmente com segurança⁽⁵⁾.

Pacientes hospitalizados geralmente não possuem uma higienização bucal adequada. Esta condição de higiene em pacientes críticos desencadeia desde problemas focais como gengivites, periodontites, cáries, até comprometimento sistêmico como faringites, sinusites e xerostomia, aumentando o risco de infecções que promovem a pneumonia nosocomial⁽⁴⁾. Portanto, é de suma importância avaliar o grau de independência de cada paciente, para conseguir elaborar um plano de tratamento, estimulando e encorajando-os a realizar sua própria higienização bucal⁽¹¹⁾.

Para pacientes independentes, que conseguem deambular, é necessário realizar uma correta instrução de higiene oral para que os mesmos possam suprir suas necessidades de cuidado. Entretanto, em pacientes com dificuldades motoras, impossibilitados de se locomover ou até mesmo entubados, os procedimentos de higiene bucal são realizados pelos CD ou pela equipe de enfermagem. O protocolo de orientação define que a higienização deve ser feita no mínimo de 12/12 horas, utilizando escova dental extra macia e de cabeça pequena e/ou uma gaze embebida em 20mL de solução de digluconato de clorexidina 0,12% nas mucosas e língua⁽¹¹⁾. Além da higiene da cavidade oral, é

indicado a realização da hidratação labial dos pacientes, com objetivo de evitar o ressecamento labial que pode se tornar a porta de entrada para microorganismos e conseqüentemente infecções⁽²²⁾.

Além disso, é relevante citar a adequação do meio bucal e posterior remoção de focos infecciosos, realizados com intuito de minimizar e prevenir complicações. Uma das condições bucais mais recorrentes em pacientes hospitalizados se resume a “cárie” e “doença periodontal”. A associação entre a doença periodontal e as alterações sistêmicas tem sido descrita e estudada, evidenciando que podem atuar como foco de disseminação de micro-organismos, principalmente em indivíduos com a saúde comprometida. Atualmente, é possível comprovar a contribuição do intermédio odontológico, na prevenção ou melhora da condição sistêmica⁽⁸⁾.

Pacientes internados ou não, usuários de próteses, principalmente as próteses totais removíveis, apresentam frequentemente surgimento de lesões de mucosa. Portanto é necessário ressaltar o papel do CD como profissional capaz de diagnosticar lesões, não só advindas da utilização de próteses dentárias, mas também lesões possivelmente decorrentes da condição sistêmica do paciente, podendo ser utilizado a laserterapia de baixa intensidade como opção de tratamento e dependendo do tipo da lesão o uso de agentes paliativos, anestésicos tópicos, analgésicos e antimicrobianos⁽⁸⁾.

A solicitação de exames complementares, inclui exames de imagem, bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, anatomopatológicos, biópsias, sendo elas por citologia esfoliativa bucal ou punção aspirativa por agulha fina, entre outros. Cabe ao CD saber interpretá-los adequadamente e indicar os procedimentos a serem realizados, baseando-se em evidências científicas, cidadãs, com ética e humanização⁽¹²⁾.

Solicitação de Exames complementares em Odontologia Hospitalar

O CD tem o direito e a competência para solicitar exames complementares aos seus pacientes, tais como risco cirúrgico e exames laboratoriais em geral, de acordo com a Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº 397 de 2002⁽²³⁾. Além das habilidades clínicas e do conhecimento técnico, o CD também pode recorrer a exames de imagem, como radiografias e tomografias, com o objetivo de aprofundar a avaliação e o tratamento das condições bucais dos pacientes⁽²⁴⁾.

A realização do hemograma é uma ferramenta essencial na prática odontológica, considerando o volume de dados fornecidos, indicando se o paciente está em condições de realizar um procedimento odontológico cirúrgico, ou se há alguma alteração em que possa apresentar risco durante o procedimento. O hemograma completo fornece informações sobre a quantidade e qualidade das células sanguíneas presentes no organismo, este composto pelo eritrograma (avaliação de eritrócitos ou glóbulos vermelhos), série plaquetária, e leucograma (análise de glóbulos brancos)⁽²³⁾.

A solicitação do coagulograma é fundamental para avaliar a capacidade de coagulação sanguínea do paciente, sendo útil para investigar possíveis distúrbios de coagulação, estes podendo causar sintomas como sangramento espontâneo e manchas avermelhadas na pele (petéquias)⁽²³⁾. O coagulograma é composto por vários testes que indicam diferentes aspectos de coagulação sanguínea, como o tempo de sangramento (TS), tempo de coagulação (TC), tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA), tempo de protrombina (TP), e índice internacional normalizado (INR)⁽¹²⁾

Os exames microbiológicos são testes laboratoriais que visam identificar a presença de doenças infecciosas causadas por bactérias, vírus, fungos ou parasitas, sendo imprescindível para o controle de infecções hospitalares e monitoramento na prevenção contra as doenças passíveis de infecção, consiste na coleta de cultura microbiana, micologia direta, reação em cadeia da polimerase (PCR), e antibiograma⁽¹²⁾.

Segundo Amaral⁽²³⁾ os exames laboratoriais permitem ao CD ter uma visão mais completa em relação à saúde do paciente, auxiliando na elaboração de um plano de tratamento mais seguro e eficaz. Portanto, é fundamental que o profissional solicite exames complementares quando necessário, garantindo assim a saúde e bem-estar do paciente.

Atuação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

De acordo com Bolela⁽²⁵⁾ as Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são locais destinados à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico. Para os pacientes internados há primordialidade de controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência multidisciplinar contínua e intensiva. No cuidado odontológico existem as práticas de promoção de saúde que ajudam na prevenção e restabelecimento do quadro sistêmico do paciente, assegurando a diminuição de possíveis agravos, uso de medicamentos e mortalidade. Estas medidas reduzem os gastos desnecessários da internação⁽²⁰⁾.

A higiene bucal diária dos indivíduos internados na UTI é fundamental, por isso a presença do CD neste ambiente é de extrema importância para o diagnóstico correto e o controle das alterações orais. Pacientes acamados muitas vezes encontram-se inabilitados para realização de correta higienização bucal, necessitando de amparo da equipe multidisciplinar, especificamente, através do CD. Uma higiene oral deficiente pode acarretar em um aumento do acúmulo de biofilme sobre a estrutura dental, o que constitui um fator de risco para transmissão de focos infecciosos, que podem interferir na saúde geral do paciente⁽²⁶⁾.

Dentro da UTI, o CD realiza e orienta o adequado protocolo de higiene oral, fazendo um rápido diagnóstico e tratamento de lesões bucais, dentre outros procedimentos, desde que sejam necessários e adequados para a evolução do estado de saúde dos pacientes. Além de prevenir

infecções e principalmente as pneumonias, a inserção dos CD nas equipes multidisciplinares é capaz de ajudar na recuperação dos pacientes trazendo benefícios aos internados e ao próprio hospital, propiciando maior conforto e qualidade de vida, reduzindo o tempo de internação, os custos relacionados a permanência, aumento da rotatividade dos leitos e assegurando a prevenção de doenças mais graves⁽⁵⁾.

Referência e contra referência da assistência em saúde bucal

O Sistema de Referência e Contrarreferência é uma forma de organização, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde, a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, favorecendo a troca de informações entre as Redes de Atenção à Saúde, o trânsito do usuário no sistema de saúde e a continuidade do cuidado⁽²⁷⁾.

Segundo Rodrigues⁽²⁷⁾, devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, com intuito de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades. A referência representa o maior grau de complexidade, o paciente é encaminhado para um atendimento especializado, por exemplo em hospitais. Já a contra referência diz respeito ao menor grau de complexidade, ou seja, o paciente é conduzido para um atendimento em nível primário, pela unidade de saúde mais próxima de seu domicílio⁽²⁸⁾.

Nesse contexto, em pacientes hospitalizados, após a alta hospitalar, recomenda-se o preenchimento de formulário de contrarreferência onde será dada continuidade aos cuidados prestados sob critérios de prioridade da integralidade, uma vez que o paciente se encontra “em tratamento”. Geralmente encaminha-se para a atenção primária (UBS ou USF), quando as condições sistêmicas e neuropsiquiátricas do paciente não impõem limitações aos procedimentos odontológicos propostos⁽¹²⁾.

A equipe de atenção básica deve organizar sua agenda para atender às variadas necessidades de saúde da comunidade. Isso inclui garantir acesso a casos de emergência, de demanda espontânea que não sejam urgentes e cuidados contínuos ou programados. O cuidado contínuo ou programado refere-se aos serviços prestados a usuários que necessitam de acompanhamento regular da equipe de saúde, incluindo consultas, exames, e procedimentos, agendados de acordo com a frequência necessária, levando em conta a estratificação de risco e as necessidades específicas de cada paciente⁽²⁹⁾.

Caso o paciente apresente restrições sistêmicas e a impossibilidade de ser atendido em um grau de complexidade menor, é responsabilidade do CD do hospital o acompanhamento da evolução do tratamento, para garantir que o paciente inicie o procedimento sem foco agudo de infecção. Caso

o serviço ofertado nessas unidades de saúde não seja condizente à necessidade do paciente, a equipe de saúde bucal do hospital deve contatar o Departamento Regional de Saúde, bem como a área administrativa do hospital⁽¹²⁾.

DISCUSSÃO

Durante anos, a Odontologia destinou-se às atividades pertinentes às clínicas individuais e coletivas. Todavia, com o passar do tempo, o atendimento ao paciente deixou de ser fragmentado e passou a ser realizado de maneira integral⁽¹¹⁾. A Odontologia Hospitalar, por sua vez, vem ganhando cada vez mais visibilidade e relevância, mesmo diante de tantas barreiras e problemáticas acerca da carência na realização da higiene bucal dos pacientes internados. Entretanto, é notório que a problemática no setor hospitalar na área odontológica não se restringe somente a isso, e sim, à falta de integralidade no atendimento do paciente como um todo, sendo um fator presente na maioria dos hospitais⁽⁵⁾.

A saúde bucal é uma parte constituinte da saúde e esta é um componente do bem-estar e da qualidade de vida. A presença do CD, não somente nas UTI mas em todo espaço de internação é de extrema importância, visto que é necessário e imprescindível o controle da higienização bucal destes pacientes, que além da sua condição sistêmica instável, são expostos a diversos fatores de risco que podem agravar e dispor consequências negativas em relação ao quadro clínico⁽⁶⁻⁷⁾. Todavia, a higienização bucal é uma prática escassa tanto por parte da equipe de enfermagem, como por parte dos próprios acompanhantes⁽⁵⁾.

A ausência do CD na equipe hospitalar pode acarretar diversas consequências negativas, além da sobrecarga de trabalho e falta de capacitação da equipe multidisciplinar para correta higienização bucal dos pacientes⁸. Uma das principais consequências é a propagação de focos infecciosos, que podem levar a doenças graves como pneumonias nosocomiais. Além disso, a falta de higienização adequada pode contribuir no surgimento da doença cárie e doenças periodontais, comprometendo a saúde bucal e geral dos pacientes⁽³⁰⁾.

Silva⁽³¹⁾, enfatiza durante a sua respectiva revisão integrativa da literatura a importância da presença e atuação do cirurgião-dentista em todos os contextos hospitalares, demonstrando como uma abordagem abrangente e multidisciplinar pode contribuir para a promoção de saúde integral aos pacientes. Ademais, evidencia a importância de incluir os cuidados odontológicos nos protocolos de atendimento intensivo, visto que a maioria dos pacientes, principalmente os imunodeprimidos, necessitam da higienização bucal diária, com objetivo de minimizar a carga bacteriana nela compreendida e, por sua vez, a transmissão de patógenos oriundos da cavidade bucal.

Segundo Rocha⁽⁸⁾ existem diversas evidências de que as intervenções de higiene bucal em ambiente hospitalar podem restringir a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), uma das principais causas de óbito em pacientes hospitalizados. O excesso de patógenos orais pode alterar as condições da cavidade oral e beneficiar a infecção das vias aéreas por novos microrganismos. O biofilme dental de pacientes na UTI é capaz de ser colonizado por potenciais patógenos respiratórios, dessa maneira a doença periodontal pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento da pneumonia nosocomial⁽³²⁾.

De acordo com Ehrenzeller⁽³³⁾ em uma revisão sistemática e meta-análise foi possível verificar a associação entre escovação diária dos pacientes e a pneumonia nosocomial, os segmentos do artigo sugerem que a higienização bucal diária pode estar relacionada a taxas significativamente menores de pneumonia nosocomial, especificamente em pacientes submetidos à ventilação mecânica, menores taxas de mortalidade e diminuição do tempo de internação na UTI, e menor duração da ventilação mecânica. Ressaltou que políticas e programas que incentivem uma escovação amplificada e consistente são extremamente necessários.

Deschepper⁽³⁴⁾ e Gershonovitch⁽³⁵⁾ relatam que a PAVM permanece como um risco significativo para pacientes gravemente doentes, sendo associada a notável morbidade e mortalidade. Essa informação é enfatizada por Penã⁽³⁶⁾, onde implementou uma intervenção educativa que abordou a importância da utilização da escova e fio dental para a remoção da placa bacteriana, bem como a aplicação de clorexidina 0,12% com gaze para a higienização bucal, observou-se que a incidência de PAVM diminuiu de 8,9% (antes da intervenção) para 2,8% (após a intervenção), além de estimarem uma redução na taxa de mortalidade de 38,6% para 30% após a implementação dos cuidados orais.

A presença do CD é fundamental para garantir uma boa higiene bucal dos pacientes hospitalizados em UTI, pois a saúde bucal está diretamente relacionada com a saúde geral do indivíduo. Infecções bucais podem se disseminar para outras partes do corpo, principalmente em pacientes imunodeficientes, podendo agravar seu quadro clínico⁽²⁶⁾. Segundo Santana⁽³⁷⁾ a integração do CD na equipe hospitalar é fundamental para garantir a saúde bucal dos pacientes internados, além de realizar procedimentos de emergência em casos de traumas, contribui também evitando complicações sistêmicas e o surgimento de infecções hospitalares, garantindo o bem-estar e a comodidade dos pacientes.

Diante disso, é de extrema importância a presença e participação dos profissionais de Odontologia nas equipes multidisciplinares de saúde para um atendimento integral e eficaz aos pacientes hospitalizados, garantindo correta higienização bucal para pacientes de terapia intensiva em ventilação mecânica⁽³⁸⁾. Os indivíduos internados em UTI necessitam de cuidados frequentes com a higiene oral para evitar infecções, sendo assim, a equipe multiprofissional, incluindo o CD, atua de

forma ativa para garantir a saúde em geral do paciente, o que tem contribuído para a diminuição de focos de infecções⁽³⁹⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a atuação do CD habilitado no atendimento hospitalar vem se tornando cada vez mais indispensável, pois além de ser um dos profissionais imprescindíveis na equipe multidisciplinar, contribui de diversas maneiras, desde atividades preventivas, diagnósticas e/ou terapêuticas, todas com a finalidade de oferecer cuidado integral aos pacientes, seja no ambiente de enfermaria ou em UTI.

Desse modo, a presença do cirurgião-dentista em âmbito hospitalar auxilia no monitoramento da técnica de higiene e prevenção de diversos agravos na cavidade bucal, além da melhoria da qualidade de vida dos pacientes, redução de infecções hospitalares e diminuição do tempo de internação. Diante disso, pode-se afirmar que a sua presença é indispensável para a promoção de saúde bucal e geral dos pacientes, bem como para a eficiência do tratamento prestado. Portanto, é fundamental que políticas públicas sejam implementadas para garantir a presença desse profissional nos hospitais públicos e privados, a fim de assegurar um atendimento integral, de qualidade e eficaz a toda sociedade.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Ministério da Saúde. O que significa ter saúde? Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.
3. Conselho Federal de Odontologia. A Odontologia Hospitalar agora é especialidade Odontológica. Palmas - TO, 23 de agosto de 2023.
4. Conselho Regional de Odontologia. Manual de Odontologia Hospitalar do Paraná. 2018.
5. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Junior IRG. Qual a importância da odontologia hospitalar? Rev Bras Odontol. 2012;69(1):90-93. Disponível em: revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a20v69n1.pdf.
6. Silva IO, Amaral FR, Miranda C, Sales TO. A importância do movimento-dentista em ambiente hospitalar. Rev Med Minas Gerais. 2014;27:1-5. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1006753/a-importancia-do-cirurgiao-dentista-em-ambiente-hospitalar.pdf>.
7. Silva RR, Seroli W. Odontologia aplicada em unidade terapia intensiva. E-Acadêmico. 2022;3(1):e083194-e083194. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/94/93>.

8. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arquivos em Odontologia*. 2014;50(4):154-160.
9. Ramalho AGP, Carvalho CCB. *Odontologia Hospitalar no Brasil*. Brasília: Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2020. Disponível em: <https://dspace.uniceppla.edu.br/handle/123456789/469>.
10. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná. Os deputados aprovam projeto que amplia a atuação dos dentistas nos hospitais. *Assembleia Legislativa do Paraná*; 2014. Disponível em: <https://www.assembleia.pr.leg.br/noticias/deputados-aprovam-projeto-que-amplia-atuacao-dos-dentistas-nos-hospitais>.
11. Lima LT, Giffoni TCR, Franzin LCS, Matsuura E, Progiante PS, Goya S. Odontologia hospitalar: competência do cirurgião-dentista. *Rev Uningá Rev*. 2016;28(3):164-171. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uningareviews/article/view/1880/1478>.
12. Secretaria de Saúde de São Paulo. *Manual de Odontologia Hospitalar de São Paulo*. São Paulo: Secretaria de Saúde; 2012.
13. Ribeiro Júnior O, Borba AM, Guimarães Júnior J. Prevenção e tratamento da mucosite bucal: o papel fundamental do músculo-dentista: revisão. *Rev Clín Pesq Odontol*. 2010;6:57-62. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-617366>.
14. Gusmão ES, Cimões R, Coelho RS, Filho JAM, Santos RL, Sales GCF. Diagnóstico e tratamento do aumento gengival induzido por drogas. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilofacial*. 2009;9(1):59-66. Disponível em: <https://www.revistacirurgiabmf.com/2009/v9n1/08.pdf>.
15. Siqueira JSS, Batista SA, Silva A, Ferreira MF, Agostini M, Torres SR. Candidíase oral em pacientes internados em UTI. *Rev Bras Odontol*. 2014;71(2):1-13. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72722014000200013.
16. Westley S, Seymour R, Staines K. Recurrent intra-oral herpes simplex 1 infection. *Dent Update*. 2011 JulAug;38(6):368-70, 372-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21905349/>.
17. Machado FC, Ferreira MF. Perfil da endocardite infecciosa em hospital de referência entre 2003 e 2009. *Rev. bras. odontol.*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 8-11, jan./jun. 2013. revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v70n1/a03v70n1.pdf.
18. Pires JR, Queiroz CDS, Tanimoto HM, Caetano SL, Oliveira ARL, Trevisani DM, *et al*. Perfil bucal de pacientes oncológicos e controle de infecção em unidade de terapia intensiva. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.* vol.68 no.2 São Paulo Abr./Jun. 2014. http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-52762014000200011.
19. Pinheiro TS, Almeida TF. A Saúde Bucal em Pacientes de UTI. *Revista Bahiana de Odontologia*. 2014 Ago; 5(2):94-103. <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/view/367>.
20. Mattevi GS, Figueiredo DR, Patrício ZM, Rath IBS. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciência &*

Saúde Coletiva, [S.L.], v. 16, n. 10, p. 4229-4236, out. 2011. FapUNIFESP (SciELO).
<https://www.scielo.br/j/csc/a/KtnBpDnsjp9gSfBs4c4wkjb/?format=pdf&lang=pt>.

21. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-163/2015. Rio de Janeiro, 09 de novembro de 2015.
22. Lemos MEM, Junqueira PCR. Cuidados bucais de pacientes sob ventilação mecânica visando a prevenção e redução do risco de pneumonia associada à ventilação mecânica. Cadernos de odontologia do unifeso v. 4, n.1, (2022), | ISSN 2674-8223. <https://revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosodontologiaunifeso/article/view/2693>.
23. Amaral COF, Nascimento FM, Pereira FD, Parizi AGS, Straioto FG, Amaral MSP. Bases para interpretação de exames laboratoriais na prática odontológica. 2014
[C:/Users/DELL/Downloads/admin,+Gerente+da+revista,+459-1751-1-CE%20\(1\).pdf](C:/Users/DELL/Downloads/admin,+Gerente+da+revista,+459-1751-1-CE%20(1).pdf).
24. Freire DBL, Celeste RK, Arús NA, Vizzotto MB, Silveira HLD. Procedimentos de imagem em Odontologia no Sistema Único de Saúde e a expansão da atenção secundária: série entre 2000-2016. 2020. <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ydvz6rrx9kdKxvzt5bVgfTy/?format=pdf&lang=pt>.
25. Bolela F, Jericó M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem. 2006. DOI [10.1590/S1414-81452006000200019](https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000200019).
26. Amaral COF, Marques JA, Bovolato MC, Parizi AGS, Oliveira A, Straioto FG. Importância do cirurgião-dentista em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação multidisciplinar. Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent. 2013, vol.67, n.2, p. 107-111. revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a04v67n2.pdf.
27. Rodrigues JS, Germano MSF. Referência e contrarreferência: contribuição para a integralidade em saúde. Conexão Acadêmica/Vol. 7/Julho 2016/ ISSN: 2236-0875. <https://unignet.com.br/wp-content/uploads/CA116-Referencia-e-contrarreferencia-contribuicao-para-a-integralidade-em-saude-Jocineia-de-Souza-Rodrigues.pdf>.
28. Fratini JRG, Saupe R, Massaroli A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072.
<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/3211>.
29. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
30. Soares HL, Machado LS, Machado MS. Atendimento odontológico em pacientes na UTI: Uma revisão de literatura sobre as doenças mais comuns causadas pela má higienização bucal e a importância do cirurgião dentista no ambiente hospitalar. Denta care in ICU patients: A literature review on the association of the most common diseases caused by poor oral hygiene and the importance of the dentist in prevention. Research, Society and Development, v. 11, n. 12, e381111234659, 2022. DOI [10.33448/rsd-v11i12.34659](https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34659).
31. Silva SLQ, Teixeira ABR, Silva EMP, Brandão IA, Rosa ACG. Contribuições da odontologia hospitalar para a recuperação do paciente: uma análise integrativa. Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v.7, n.3, p. 01-17,may/jun., 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n3-048.

32. Cagnani A, Barros AMDS, Souza LLAD, Zanin L, Bergamaschi CDC, Peruzzo DC, *et al.* Periodontal Disease as a risk factor for aspiration pneumonia: a systematic review. *Biosci. j.* 813-821. 2016. <https://doi.org/10.14393/BJ-v32n3a2016-33210>.
33. Ehrenzeller S, Klompas M. Association Between Daily Toothbrushing and Hospital-Acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Jama Estagiário Med.* 2024;184(2):131-142. DOI [10.1001/jamaintern.2023.6638](https://doi.org/10.1001/jamaintern.2023.6638).
34. Deschepper M, Waegeman W, Eeckloo K, Vogelaers D, Stijn M. Effects of chlorhexidine gluconate oral care on hospital mortality: a hospital wide, observational cohort study. *Intensive Care Med.* 2018 Jul;44(7):1017-1026. DOI [10.1007/s00134-018-5171-3](https://doi.org/10.1007/s00134-018-5171-3).
35. Gershonovitch R, Yarom N, Findler M. Preventing Ventilator-Associated Pneumonia in Intensive Care Unit by Improved Oral Care: a Review of Randomized Control Trials. *SN Compr Clin Med.* 2020;2(6):727-733. DOI [10.1007/s42399-020-00319-8](https://doi.org/10.1007/s42399-020-00319-8).
36. Penã MKS, Restrepo LAO, Brochero ÓFS, Arroyane FAB. Association between oral health, pneumonia and mortality in patients of intensive care. *Invest. Educ. Enferm.* 2021; 39(3):e06. DOI <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n3e06>.
37. Santana A, Xavier DC, Santos KL, Menezes MV, Piva RM, Werneck RI. Atendimento odontológico em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). Dental care in the ICU (Intensive Care Unit). 2012. <https://www.herrero.com.br/files/revista/file9628c9b5725d35466e68b017d0acc107.pdf>.
38. Torres LAH, Junior JIQ, Vieira TS, Araujo AA, Silva MKA, Feitosa LVM, *et al.* A inclusão do cirurgião dentista em ambiente hospitalar. The inclusion of dental surgeon in hospital environment. *Brazilian Journal of Development, Curitiba*, v.8, n.7, p. 50409-50416, jul., 2022. DOI <https://doi.org/10.34117/bjdv8n7-113>.
39. Tenório LMF, Barbosa RMS, Ferreira CVTO, Tenório LGF, Sampaio NV, Henrique SS, *et al.* A importância do Cirurgião-Dentista na Unidade de Terapia Intensiva/ The importance of the Dental Surgeon in the Intensive Care Unit. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 23771–23776, 4 nov. 2021.