

Relato de experiência em Unidade de Terapia Intensiva no Hospital Universitário de Santa Maria

Artur de Oliveira Peres

arturoliveira.peres@hotmail.com

Resumo

Pacientes hospitalizados estão sujeitos a fatores de risco que, constantemente, aumentam o tempo de permanência internados. A cavidade oral é um reservatório para patógenos respiratórios em condições de má higiene e reflete consequências sistêmicas ao organismo. Logo condições sistêmicas podem ter repercussões na cavidade oral e, até mesmo, ter suas primeiras manifestações na boca. Com o objetivo de auxiliar a equipe multiprofissional e oferecer prevenção, cura e conforto, o cirurgião dentista, por meio da Odontologia Hospitalar, participa com o objetivo de facilitar as condutas e transmitir os conhecimentos adquiridos na assistência aos pacientes internados em ambiente hospitalar. Este estudo tem por objetivo relatar a vivência de um graduando em Odontologia no ambiente hospitalar de uma Unidade de Terapia Intensiva, bem como as condutas diante das necessidades do paciente junto da equipe da Unidade. Apesar de ser recente a inclusão do cirurgião dentista em ambiente hospitalar, sua importância vem conquistando espaço e oferecendo oportunidades para melhorias no cuidado a pacientes internados.

Palavras-chave

Cirurgião dentista; Saúde bucal; Unidade de Terapia Intensiva.



1 Introdução

Até há pouco tempo, a rotina da atenção odontológica era voltada aos postos de saúde ou às clínicas privadas. Aos hospitais, eram reservados os atendimentos emergenciais de traumas, exercidos, principalmente, por cirurgiões dentistas bucomaxilofaciais ou em casos em que as condições do paciente não eram favoráveis para procedimentos convencionais em consultórios (MORAIS; SILVA, 2015). A necessidade de intervenções na cavidade oral dos pacientes nos níveis de atendimento de alta complexidade fez com que fosse introduzido o cirurgião dentista em uma equipe multidisciplinar, permitindo-o desempenhar melhorias na assistência ao paciente hospitalizado (GODOI et al., 2009).

A Odontologia Hospitalar teve seu início na metade do século XIX, na América, com os Doutores Simon Hullihen e James Garretson, responsáveis pelo desenvolvimento da cirurgia oral. No decorrer do estabelecimento dessa área, houve grande esforço do cirurgião dentista para conquistar espaço em ambiente hospitalar, assim como o reconhecimento da sua importância na equipe multiprofissional. Ademais, a Odontologia Hospitalar recebeu apoio da Associação Dental Americana e o respeito da comunidade médica (CILLO, 1996 apud JORGE et al., 2019).

Com o tempo, surgiu a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH), tendo como principais objetivos acompanhar as tendências da área de saúde e congregar colegas nos esforços de suas metas em promoção de saúde, educação do paciente e valorização do nicho de mercado (ABRAOH, 2013). Ainda, com fundamental importância, surgiu, em 2013, o Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva (CBROHI), que possui como missão:

Congregar e estabelecer requisitos acadêmicos doutrinários a fim de orientar os cirurgiões dentistas atuantes na área da Odontologia Hospitalar e Intensiva na busca do seu desenvolvimento pleno, nas esferas do poder público e de mercado, mantendo perfeita consonância com os interesses da saúde no país, como também uma integração harmoniosa com a iniciativa privada, com as demais Associações e Organizações, locais, nacionais ou estrangeiras que atuem na área de saúde ou que possuam algum vínculo com o tratamento sistêmico dos pacientes hospitalizados. (CBROHI, 2013).

Em 2008, foi criado o Projeto de Lei n.º 2776, que tornou obrigatória a presença do cirurgião dentista nas Unidades de Terapia Intensiva em hospitais públicos e particulares. Atualmente, após mudanças com emenda substitutiva, complementação, arquivamento e desarquivamento, o agora então Projeto de Lei da Câmara n.º 34 foi aprovado pelo Plenário do Senado em 24 de abril de 2019 e seguiu para sanção presidencial, sendo vetado pelo presidente



da república em 5 de junho de 2019, sob argumento de ausência de recursos financeiros (SENADO FEDERAL, 2019).

Conforme o artigo n.º 26 do Código de Ética Odontológico, compete ao cirurgião dentista internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições. Ainda em conformidade com o capítulo X, artigo n.º 28, constitui infração ética fazer qualquer intervenção fora do âmbito legal da Odontologia e afastar-se de suas atividades profissionais, mesmo temporariamente, sem deixar outro cirurgião dentista encarregado do atendimento de seus pacientes internados ou em estado grave (CFO, 2019).

A atuação do cirurgião dentista com capacitação em Odontologia Hospitalar complementa o trabalho de outros profissionais da área, como o dos cirurgiões bucomaxilofaciais e dos especialistas em pacientes com necessidades especiais. A capacitação em Odontologia Hospitalar habilita o cirurgião dentista a realizar procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de condições bucais em pacientes hospitalizados, os quais compreendem os pacientes oncológicos que serão ou já foram submetidos a tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia, pacientes submetidos à cirurgia de cabeça e pescoço, cardiopatas, nefropatas, transplantados, psiquiátricos, com deficiência mental, com doenças infectocontagiosas, internados na UTI, com alergia a anestésicos locais, entre outros (JORGE, 2017).

Em pacientes internados, a condição bucal altera a evolução e a resposta ao tratamento médico, assim como a saúde bucal fica comprometida pelo estresse e pelas interações medicamentosas. A boca abriga microrganismos (bactérias e fungos) que alteram a qualidade e a quantidade do pH da saliva, os quais facilmente ganham a corrente circulatória, expondo o paciente a maior risco de infecção (CAMARGO, 2005).

O paciente grave, internado em Unidade de Terapia Intensiva, frequentemente tem manifestações infecciosas. O paciente pode ter infecção de origem comunitária, isto é, já presente ou incubada na época de admissão hospitalar; ou nosocomial, definida pelo aparecimento após 48 horas de internação. As infecções nosocomiais podem, ainda, ser consideradas precoces, quando surgem nas primeiras 96 horas de internação, ou tardias, quando, geralmente, está envolvido um processo de colonização microbiana por patógenos hospitalares. As infecções mais recorrentes são as urinárias (35% a 45%), seguidas pelas feridas cirúrgicas e pneumonias (10% a 25%) (DAVID, 1998). O risco de desenvolver a pneumonia nosocomial aumenta com o uso de ventilação mecânica e, além de prolongar, em média, por 5-9 dias o tempo de hospitalização dos pacientes, provoca um aumento expressivo nos custos hospitalares (AMARAL; CORTÊZ; PIRES, 2009).



A relação entre doenças bucais e etiopatogenia de enfermidades sistêmicas — como doenças cardíacas coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, endocardite infecciosa, diabetes mellitus e infecções respiratórias — está presente na prática odontológica hospitalar. As doenças do periodonto e as cáries se destacam pela frequência e capacidade de afetar outros sistemas orgânicos do corpo humano. A doença periodontal tem destacado importante envolvimento com o desenvolvimento da pneumonia nosocomial em pacientes sob ventilação invasiva, por apresentarem dificuldades na higiene e na manutenção da saúde bucal, gerando microrganismos gram-negativos semelhantes aos de infecções crônicas do trato respiratório (MIRANDA, 2018).

Em um estudo transversal realizado em 30 pacientes em uma UTI do Hospital Municipal Raul Sertã, em nova Friburgo, no estado do Rio de Janeiro, foram coletadas amostras do tubo umidificador, do biofilme dental e do biofilme lingual em pacientes diagnosticados com pneumonia nosocomial. Foi identificada uma ampla variedade de patógenos respiratórios no biofilme bucal, apontando que 70% das bactérias relacionadas à pneumonia nosocomial encontravam-se no biofilme dental e lingual (OLIVEIRA et al., 2007).

A utilização de antissépticos em solução à base de clorexidina em diferentes concentrações (variando entre 0,12% e 1%, sem diferenças estatísticas na efetividade) tem sido a escolha para a higiene bucal, pois são agentes antimicrobianos com amplo espectro de atividade contra gram-positivos. A clorexidina permanece nos tecidos e têm efeito residual, apresentando atividade cinco horas após sua aplicação. A utilização da clorexidina vem mostrando redução da colonização da cavidade oral e, como consequência, ao reduzir o biofilme, interrompe o desenvolvimento de microrganismos gram-negativos mais virulentos, com potencial de infecção do trato respiratório; assim, reduz a incidência de Pneumonia Associada à Ventilação (PAV). Pela possibilidade de reduzir a PAV e não apresentar efeitos colaterais ao paciente, a clorexidina vem sendo o antisséptico de escolha, por reduzir custos referentes a infecções hospitalares nos pacientes (BERALDO; ANDRADE, 2008).

É comum encontrar, em pacientes internados, condições orais pré-existentes, como cárie, doença periodontal e ausência de dentes. A permanência durante a internação pode desenvolver halitose, úlceras traumáticas, saburra lingual, xerostomia e ressecamento labial. As funções do cirurgião dentista em UTI seriam diagnosticar e controlar as alterações orais, assim como contribuir e orientar na higienização oral, que, geralmente, é realizada pelos auxiliares de enfermagem. A detecção precoce e o controle de alterações bucais em pacientes de UTI podem prevenir complicações locais e sistêmicas, promovendo a integralidade no atendimento de pacientes sistemicamente comprometidos (BATISTA et al., 2014).



Fundado em 1970, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é referência no atendimento de urgência e emergência na região centro oeste do Rio Grande do Sul, possuindo 403 leitos de internação, sendo o maior hospital de ensino no interior do estado e desenvolvendo atividades de Ensino, Pesquisa e assistência à saúde. No setor de internação para pacientes críticos, são destinados seis leitos para a UTI Coronariana e dez leitos para a UTI Adulto (EBSERH, s.d.).

A partir das primeiras visitas e dos primeiros cuidados vinculados a um Projeto de Extensão realizado na Unidade de Cardiologia Intensiva, percebeu-se a necessidade de acompanhar, também, a UTI, onde frequentemente os pacientes necessitavam de cuidados odontológicos gerais e higiene oral devido ao fato de que a maioria está sob ventilação mecânica. Assim, o objetivo deste estudo foi não apenas refletir e relatar sobre as condutas adquiridas ao longo da vivência e sobre a participação na equipe multiprofissional no setor de UTI do HUSM, oferecendo cuidados ao paciente crítico, mas também evidenciar o leque de oportunidades de atuação para o cirurgião dentista que queira exercer cuidados em âmbito hospitalar.

2 Metodologia

Este relato de experiência corresponde ao período de 23 de março de 2018 a 26 de abril de 2019, quando foram atendidos, ao todo, 102 pacientes, com idades variando entre 18 e 89 anos de idade. Os atendimentos eram realizados três vezes por semana, e os pacientes atendidos, em sua maioria, estavam sob ventilação mecânica invasiva, ou seja, do tipo orotraqueal ou traqueal. Após conferência das evoluções em prontuário médico, era avisado o que seria feito antes de qualquer intervenção, mesmo o paciente estando inconsciente; logo após, eram avaliadas as condições extraorais e intraorais. Fora da cavidade oral, era avaliada a integridade das mucosas (lábios e comissura labial), onde poderiam estar presentes lesões fissuradas ou desidratação, ocasionando sangramentos ou acúmulo de saliva nas comissuras labiais do paciente, gerando um ambiente propício para desenvolvimento de fungos. Percebendo-se desidratação e presença de descamação dos lábios, aplicava-se gaze umedecida em soro fisiológico, para remover, de forma cuidadosa, a pele ressecada, e, depois, aplicava-se dexpanthenol, com a finalidade de hidratar os lábios.

A avaliação intraoral consistia em identificar a quantidade de saburra lingual; os dentes ausentes; a utilização de próteses totais ou removíveis, que poderiam desenvolver candidíase na boca do paciente; os dentes com periodontite; os traumatismos de mucosas, ocasionados por movimentos involuntários do próprio paciente; a xerostomia, que comprometeria as condições



ideais da cavidade oral, transformando o ambiente favorável para o desenvolvimento de microrganismos oportunistas; assim como as lesões e os sangramentos intraorais. Após avaliação detalhada, a higiene oral era iniciada. O agente de escolha foi o digluconato de clorexidina não alcoólico 0,12%, que apresenta grande efetividade na redução de microrganismos e uma boa relação custo/benefício para o hospital. Com o auxílio de um abridor de boca, confeccionado manualmente com oito palitos abaixadores de língua e uma gaze na sua extremidade, tornou-se possível a abertura da boca e foi proporcionada uma prevenção de acidentes, como mordida involuntária do paciente nos dedos do profissional.

A antisepsia intraoral era realizada com gazes imersas em clorexidina 0,12% em todas as faces dos dentes, tubo orotraqueal e língua — no sentido da região posterior para a anterior, com o auxílio de sonda de aspiração, prevenindo possível aspiração do biofilme oral para a região subglótica. Posteriormente, era realizada a broncoaspiração. Além dos cuidados com o sentido da direção de higienização com a gaze, esta era umedecida, mas não encharcada, com o antisséptico, para evitar o desenvolvimento de pneumonia associada ao agente químico. Todos os pacientes atendidos na unidade tinham suas fichas de atendimento odontológico preenchidas e atualizadas a cada procedimento.

3 Resultados e discussão

Os atendimentos realizados em UTI tiveram como foco principal a redução de PAV, devido à higienização oral com digluconato de clorexidina 0,12%, além de exame clínico e desfecho de diagnósticos da cavidade oral, com avaliação de dentes ausentes; indicações de exodontias; raspagem; assim como alisamento e polimento nos casos de periodontites, lesões de boca ou lesões por traumatismo tanto por fatores externos (úlceras por pressão localizada pelo uso do tubo orotraqueal) quanto internos (movimentos involuntários do paciente). Por meio dos atendimentos preventivos, curativos e paliativos, pôde-se ter a oportunidade da troca de informações entre acadêmico e equipe multiprofissional — com isso, foi possível analisar a melhor forma de trazer benefícios à saúde do paciente e garantir a minimização de complicações futuras.

Obrigatoriamente, para o exercício de qualquer atividade em UTI, é necessário, inicialmente, não apenas saber os dados de identificação do internado, as patologias de base para a escolha do melhor procedimento sem trazer malefícios sistêmicos ou o tipo de ventilação, como também interpretar os sinais vitais representados pelos equipamentos de monitorização de saúde. Com o objetivo de oferecer atendimentos odontológicos e reduzir as morbidades em



pacientes internados, o Projeto de Extensão *Ações Odontológicas em pacientes da Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCI) do Hospital Universitário de Santa Maria* foi porta de entrada para atendimentos em UTI e, além de oferecer tratamentos de doenças da cavidade oral em hospital, permitiu que o aluno graduando em Odontologia tivesse um relacionamento direto com o paciente, a equipe de saúde e a Instituição.

O acompanhamento por um profissional capacitado traz melhorias no cuidado e vê condições em que o restante da equipe não percebe ou não sabe como intervir, como em casos em que pacientes estão intubados usando próteses parciais e totais removíveis, aparelhos ortodônticos ou que traumatizam a mucosa pelos movimentos involuntários da boca. Muitos dos técnicos de enfermagem realizavam a higienização segurando a gaze com clorexidina por meio de uma pinça, o que acabava empurrando os fluidos da boca para região posterior da orofaringe. A mudança nas condutas do cuidado diante de uma dificuldade torna-se essencial. No primeiro atendimento de um usuário de aparelho ortodôntico, notou-se que, quando era realizada a higiene pela equipe com o uso de gaze, esta acabava dificultando a higiene, pois a gaze enganchava na estrutura do braquete e tornava difícil sua retirada, às vezes sendo deixada em boca. A troca de gaze por uma escova embebida com clorexidina e a aspiração vigorosa foram indicados em primeiro momento, para, depois, na próxima visita ao leito, realizar-se a remoção do aparelho, com auxílio de alicates ortodônticos.

Tratamentos periodontais à beira leito eram realizados em pacientes que apresentavam grau favorável de evolução sistêmica. Utilizando-se abaixadores de língua para a prevenção de acidentes ao paciente e ao profissional, realizava-se raspagem subgingival e supragingival, seguida de alisamento e polimento. Logo após, seguia-se o protocolo de higiene oral e aspiração, removendo-se remanescentes de cálculo dentário.

Em situações em que o elemento dentário não oferece diagnóstico favorável e passa a ser um foco infeccioso, é indicada sua extração, a fim de reduzir sepse por foco infeccioso de origem odontogênica. A sepse é uma resposta sistêmica deletéria do organismo à infecção, que pode levar à sepse severa (disfunção sistêmica aguda secundária a uma infecção documentada ou suspeita) e ao choque séptico (sepse severa associada à hipotensão não reversível com reposição volêmica). O choque séptico está associado a 40-50% de mortalidade, e os fatores de risco tanto para a sepse severa quanto para o choque séptico incluem as medicações imunossupressoras e as doenças crônicas imunodepressoras (MARTINI et al., 2015).

Foi realizada exodontia — sob supervisão de cirurgiã dentista vinculada à residência multiprofissional e em área profissional da saúde de dente —, com periodontite crônica e mobilidade acentuada, em paciente idoso acamado, com acompanhamento dos seus sinais vitais e liberação da equipe médica, autorizada por documento de familiar do paciente internado. Essa

intervenção teve como objetivo não apenas prevenir o risco de comprometimento sistêmico do paciente, oriundo de um foco infeccioso estabelecido, como também trazer mais conforto durante sua internação

O paciente, quando dá entrada em UTI, pode apresentar condições neurológicas e sistêmicas debilitadas, que, conseqüentemente, podem interferir nos reflexos mastigatórios, ocasionando hiperatividade muscular, assim como trismo e bruxismo secundários, e provocar lesões por trauma na mucosa bucal, nos lábios e na língua. As lesões bucais traumáticas levam ao atraso da recuperação do paciente, com aumento não apenas do tempo de permanência internado, como também dos custos hospitalares. O tubo orotraqueal pode induzir esses movimentos involuntários de forma intermitente, lesionando e traumatizando a mucosa oral. Dentre os tratamentos para essas condições, a instalação de protetor bucal surge como uma alternativa e seu objetivo é afastar e proteger os tecidos de possíveis fatores traumáticos (FRANCO, et al., 2015).

Desse modo, embasando-se na literatura, foi realizado um procedimento para impedir traumatismos e edema em língua por tecidos duros (incisal e cúspides dos dentes), de dois pacientes internados em UTI, os quais estavam sob ventilação mecânica orotraqueal e traqueal, diagnosticados pela equipe de enfermagem do local. Essa situação impedia uma correta higienização oral, favorecendo as chances de contrair PAV, além de causar um processo inflamatório local, com possíveis conseqüências sistêmicas. O tratamento foi realizado por meio de placas de mordida (protetor esportivo pré-fabricado), que impediram a interposição da língua sobre os dentes (agente traumático). Foi realizado um acompanhamento por sete dias, período no qual se observou melhora considerável e gradativa do quadro local. Tais intervenções foram documentadas e apresentadas, por meio de relato de caso clínico, na 18ª Jornada do Centro de Atendimento a Pacientes Especiais, cedida à Faculdade de Odontologia de São Paulo, na cidade de São Paulo, em 2018.

Também apresentado na 18ª JOCAPE, sob a modalidade de relato de caso clínico, o trabalho *Manejo Odontológico no caso de um paciente laringectomizado total com agravo de fístula faringocutânea* foi selecionado para publicação na revista científica *Scientific Investigation in Dentistry*. Nesse trabalho, foram relatadas as intervenções em paciente laringectomizado, que apresentou fístula faringocutânea no pós-operatório. O paciente e o acompanhante receberam orientações quanto às adequações de higiene oral durante sua internação; e, após sua alta, o acompanhamento seguiu em coparticipação de cirurgião dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do seu município de origem, buscando evitar complicações futuras.



4 Conclusão

A Odontologia Hospitalar abrange ações que vão além das proporções imaginadas e atribuídas pela população e pelos profissionais que atuam nas áreas da saúde. A atuação do cirurgião dentista em âmbito hospitalar, por meio de atividades de natureza preventiva, curativa e de conforto, altera positivamente o desfecho clínico dos pacientes.

Quando se refere à equipe integrada em saúde, deve-se ter em mente a abordagem do paciente como um todo e não somente os aspectos relacionados a cada área de atuação profissional. Assim, no que diz respeito à Odontologia, a saúde bucal só tem sentido se estiver de acordo com a saúde sistêmica do paciente.

Na rotina de atendimentos em UTI, nota-se a complexidade do fluxo de pacientes internados e suas condições sistêmicas, que exigem preparação do cirurgião dentista. Por outro lado, o acompanhamento e a participação na equipe multidisciplinar trazem benefícios em conjunto tanto para os profissionais de saúde e para os gestores hospitalares quanto, e principalmente, para o paciente, proporcionando conforto e qualidade de vida durante sua internação.

Referências

AMARAL, S. M.; CORTÊZ, A. Q.; PIRES, F. R. Pneumonia nosocomial: importância da microbiota Oral. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, p. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n11/v35n11a10.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2019.

Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar – ABRAOH. Estatuto Disponível em: <<https://abraoh.wordpress.com/>>. Acesso em: 13 maio 2019.

BATISTA, S. A. et al. Alterações orais em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 71, n. 2, p. 156-9, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n2/a09v71n2.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n.9, p. 707-714, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n9/v34n9a12.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2019.

CAMARGO, E. C. Odontologia Hospitalar é mais do que cirurgia buco maxilo facial. **Jornal do Site Odonto**, ano 7, n. 98, 2005. Disponível em: <<https://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>>. Acesso em: 20 maio 2019.

Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva – CBROHI. Disponível em: <<http://www.cbrohi.org.br/>>. Acesso em: 15 maio 2019.



Conselho Federal de Odontologia. **Código de Ética Odontológico**. Resolução CFO 118/2012. Disponível em: <http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 17 maio 2019.

DAVID, C. M. N. Infecção em UTI. **Medicina**, v. 31, p. 337-348, jul/set. 1998. Acesso em: 20 maio 2019.

EBSERH. Hospital Universitário de Santa Maria: nossa história. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 22 maio 2019.

FRANCO, J. B. et al. Utilização de protetores bucais em pacientes internados na unidade de terapia intensiva: proposta de protocolo. **Arquivos Médicos Hospitalares Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa São Paulo**, v. 60, n. 2, p. 85-90, 2015. Disponível em: <<http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/155/165>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

GODOI, A. P. T. de et al. Odontologia hospitalar no Brasil: uma visão geral. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 38, n. 2, p. 105-109, 2009. Disponível em: <http://www.cbrohi.org.br/wpcontent/uploads/2016/07/Odontologia_hospitalar_no_Brasil_Uma_visao_geral.pdf>. Acesso em: 3 maio 2019.

JORGE, W. A. et al. Odontologia Hospitalar: passado, presente e futuro. Disponível em: <<http://www.fundecto.com.br/pdf/odontohospitalar.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2019.

MARTINI, M. Z. et al. Choque séptico por infecção odontogênica em paciente com diabetes melito tipo I. **Revista Associação Paulista de Cirurgia Dental**, v. 69, n. 2, p. 190-193, 2015. Disponível em: <<http://revodontobvsalud.org/pdf/apcd/v69n2/a15v69n2.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MIRANDA, A. F. Odontologia Hospitalar: Unidades de Internação, Centro cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Ciências e Odontologia**, v. 2, m n. 2, p. 5-13, 2018. Disponível em: <<http://revistas.icesp.br/index.php/RCO/article/view/283/282>>. Acesso em: 9 jun. 2019.

MORAIS, M. T.; SILVA, A; **Fundamentos da Odontologia Hospitalar em Ambiente Hospitalar/UTI**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. Acesso em: 25 abr. 2019

OLIVEIRA, L. C. B. S. de et al. A Presença de Patógenos Respiratórios no Biofilme Bucal de Pacientes com Pneumonia Nosocomial. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 428-433, outubro-dezembro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a04v19n4>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

Senado Federal. **Atividade Legislativa**. Disponível em: <<https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/112975>>. Acesso em: 19 maio 2019.

Experience report in an intensive care unit at the Hospital Universitário de Santa Maria

Abstract

Hospitalized patients are subject to risk factors that constantly increase their length of stay. The oral cavity in conditions of poor hygiene is a reservoir for respiratory pathogens and therefore reflects systemic consequences to the organism. Likewise, systemic conditions can have repercussions in the oral cavity and even having their first manifestations in the mouth. With the objective of helping the multi professional team and offering prevention together with healing and comfort, the dentist surgeon through hospital dentistry enters with the purpose of facilitating the conducts and transmitting the knowledge acquired in the assistance to the patients hospitalized in the hospital environment. This study aims to report the experience of an under graduation student in Dentistry in the hospital environment of an intensive care unit and the behaviors facing the needs of the patient along with the unit team. Although the inclusion of the dentist in a hospital environment is recent, its importance has been gaining space and offering opportunities for improvements in patient care.

Keywords

Dental surgeon; Oral health; Intensive care unit

Relato de experiencia en unidad de terapia intensiva en el Hospital Universitario de Santa María

Resumen

Pacientes hospitalizados están sujetos a factores de riesgo que, constantemente, aumentan su tiempo de permanencia ingresados. La cavidad oral es un depósito para patógenos respiratorios en condiciones de mala higiene y refleja consecuencias sistémicas al organismo. Por lo tanto, condiciones sistémicas pueden tener repercusiones en la cavidad oral e incluso tener sus primeras manifestaciones en la boca. Con el objetivo de auxiliar el equipo multiprofesional y ofertar prevención, cura y comodidad, el cirujano-dentista, por medio de la odontología hospitalaria, participa con el objetivo de facilitar las conductas y transmitir los conocimientos adquiridos en la asistencia a los pacientes ingresados en ambiente hospitalario. Este estudio tiene por objetivo relatar la vivencia de un estudiante de Odontología en el ambiente hospitalario de una unidad de terapia intensiva y las conductas delante de las necesidades del paciente junto al equipo de la unidad. A pesar de ser reciente la inclusión del cirujano-dentista en ambiente hospitalario, su importancia ha conquistado espacio y está ofertando oportunidades para mejorías en el cuidado de los pacientes ingresados.

Palabras clave

cirujano-dentista; Salud bucal; Unidad de Terapia Intensiva.