

# Odontologia Hospitalar Intensiva: Interdisciplinariedade e Desafios

Maria Thereza F. Martins\*

O Cirurgião-Dentista assume um novo papel no desafio de somar esforços atuando de forma incisiva nas Unidades de Terapia Intensivas (UTIs). A dignidade de vida e o conforto do paciente neste momento tão delicado e vulnerável que se encontra devem ser sempre levados em conta pelas equipes interdisciplinares de um hospital. A Odontologia veio para mudar conceitos e servir de instrumento facilitador de qualidade de vida para o paciente que está em terapia intensiva.

O cuidado com a saúde integral do paciente crítico se faz necessário para evitar que infecções em outros órgãos e sistemas, que não são ligados ao problema inicial, prejudiquem seu quadro clínico. Nesses cuidados não deve faltar o atendimento odontológico, pois, como já é sabido, a saúde bucal está integrada à saúde geral. Desta forma, infecções no sistema estomatognático, principalmente as periodontais, podem agravar a condição sistêmica do paciente que já está com a saúde comprometida ou favorecer o aparecimento de novas doenças, em especial as respiratórias, infecção bastante comum entre os pacientes críticos <sup>(1)</sup>.

A deficiência de higiene oral em pacientes graves colabora para a proliferação de bactérias e fungos criando na boca um reservatório ideal para uma vasta microbiota que, além de prejudicar a saúde bucal e o bem estar do paciente, pode propiciar outras infecções e doenças sistêmicas. É bom lembrar que na boca encontramos praticamente a metade da microbiota presente no corpo humano, representada por várias espécies de fungos, bactérias e vírus.

Há estudos recentes que estabelecem uma associação da periodontite com bacteremia, endocardite bacteriana, doença cardiovascular, acidente cardiovascular, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, doenças respiratórias, partos prematuros, colonização de artefatos ortopédicos e abscessos em diversos órgãos <sup>(4, 5, 6)</sup>.

Beck et al. (1998) verificaram que as doenças periodontais são infecções crônicas associadas a microorganismos gram-negativos e que representam fatores de risco para eventos tromboembólicos e ateroscleróticos <sup>(4)</sup>. Dentre todas as infecções adquiridas em hospital, a pneumonia nosocomial é responsável por 10 a 15% deste total; e 20 a 50% de todos os pacientes afetados por infecções falecem. O risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial é de 10 a 20 vezes maior na unidade de terapia intensiva, sendo que o seu desenvolvimento em pacientes com ventilação mecânica varia de 7 a 40% <sup>(7)</sup>. Alguns estudos observaram que apenas 48 horas após a entrada na UTI os pacientes já apresentavam a orofaringe colonizada por bactérias gram-negativas, agentes causadores de pneumonia nosocomial e que o meio mais comum de se adquirir este tipo de pneumonia é através da aspiração do conteúdo presente na orofaringe <sup>(8)</sup>.

Porém, apesar de a importância da higiene oral para a saúde integral do organismo estar clara na literatura científica, a presença do Cirurgião-Dentista nas equipes multiprofissionais das UTIs tem sido negligenciada. A inexistência do serviço odontológico para os pacientes das UTIs, associada à

inadequada higiene bucal realizada, possivelmente devido ao desconhecimento dos procedimentos apropriados pelas equipes de terapia intensiva, devido à falta de inter-relacionamento profissional odontologia/enfermagem é muito comum nos hospitais brasileiros, tanto públicos como privados <sup>(3)</sup>. Somando-se a essa deficiência, ainda, o fato desse paciente já ter a sua saúde bucal prejudicada pela própria condição em que ele se encontra. Há uma diminuição na limpeza natural da boca, que acontece pela mastigação de alimentos duros e fibrosos, pela fala e movimentação da língua e das bochechas <sup>(4)</sup>. A queda no fluxo salivar, causada pela própria doença, por estresse ou ansiedade, ou ainda pelos medicamentos ingeridos, também contribui para o aumento da placa bacteriana.

Os pacientes de terapia intensiva com frequência permanecem com a boca aberta, devido a intubação traqueal, determinando a desidratação da mucosa oral. Muitas vezes este desconforto é agravado pela xerostomia permitindo o aumento da saburra ou biofilme lingual (matriz orgânica estagnada) no dorso da língua, o que favorece a produção de componentes voláteis de enxofre que tem odor desagradável <sup>(2)</sup>. Além disso, este biofilme pode servir de reservatório permanente de microrganismos, ocasionando infecção à distância como relatado anteriormente.

Existem produtos especialmente desenvolvidos na área odontológica (pastas dentais e colutórios) para atenuar o desconforto da boca seca causado pela ventilação mecânica e pelo uso de medicamentos. Santos et al. (2008) realizaram um estudo piloto em pacientes críticos e demonstraram que o uso de solução bucal enzimática melhora a aparência inflamatória das gengivas, da secura bucal, da halitose e da facilidade da remoção de debris. Demonstraram ainda que o produto enzimático usado à base de lactoferrina possui interações importantes com a saliva reduzindo a incidência de *Cândida albicans* e *Cândida krusei* na mucosa oral.

Portanto, a presença do Cirurgião-Dentista nas equipes interdisciplinares das UTI's colabora para a prevenção de infecções hospitalares, diminuição do tempo de internação e do uso de medicamentos pelo paciente crítico, contribuindo de forma efetiva para o seu bem estar e dignidade. Esta alternativa além de barata (pois se atua no nível primário de prevenção), simples e viável é de extrema importância e necessidade.

**\*Cirurgiã-Dentista, Especialista em Odontopediatria e Prevenção Oral**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Morais, T. M. N. de; Silva, A. da; Avi, A. L. R. de O.; Souza, P. H. R. de; Knobel, E.; Camargo, L. F. A. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: [revisão] Rev. bras. Ter. intensiva; 18(4):412-417, out.-dez. 2006.
2. Santos, P. S. da S.; Mello, W. R. de; 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. Rev.bras. ter. intensiva;20(2):154-159, 2008.
3. Sannapieco FA – Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias, em: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL et AL – Medicina Periodontal. São Paulo: Santos, 2002;83-97.
4. Beck, J. et al. A risk factor for coronary heart disease? Ann Periodontol; 3: 127-141, 1998.
5. Cury, P. R.; Joly, J. C.; Araujo, V. C. de; Wassall, T.; Araújo, N. S. Periodontite: fator de risco para doenças sistêmicas? RGO; 51 (4): 210-214, out. 2003.
6. De Lorenzo, J. L.; De Lorenzo, A. Manifestações sistêmicas das doenças periodontais: prováveis repercussões. Ver. APCD; 56(3):211-214, maio-jun. 2002.
7. Oliveira, L. C. B. S. de; Carneiro, P. P. M.; Fischer, R. G.; Tinoco, E. M. B. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. Rev. bras. ter..intensiva; 19(4):428-433, out-dez. 2007.
8. Lode, H.; Raffenberg, M.; Erbes, R. et al. Nosocomial pneumonia: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment and prevention. Curr. Opin. Infect. Dis., 2000; 13:377-384.