

Manifestações bucais em pacientes internados na UTI de um hospital público

Oral manifestations in patients admitted to the ICU of a Public Hospital

Stephanie Lessa de Souza^{1*}, Sílvia Moraes Costa², Fábio Ornellas Prado³

¹Cirurgiã-dentista pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB; ²Fisioterapeuta pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda em Ciências da Saúde;

³Professor Pleno da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Resumo

Introdução: durante a permanência em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), os pacientes internados apresentam maior vulnerabilidade a alterações na cavidade oral decorrentes do uso de equipamentos de respiração artificial e do estado imunocomprometido em que se encontram. **Objetivo:** identificar as principais manifestações bucais em pacientes internados em uma UTI bem como verificar o conhecimento dos profissionais responsáveis pela higienização bucal. **Metodologia:** trata-se de um estudo quantitativo descritivo com delineamento transversal. Os dados foram obtidos nos prontuários médicos dos pacientes e através de um exame clínico intraoral. Para os profissionais responsáveis pela higiene bucal, foi utilizado um questionário. As análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0 de forma descritiva. **Resultados:** as manifestações bucais com maior incidência foram saburra lingual, biofilme dentário, candidíase, devido a qualidade da higiene bucal prestada e a baixa imunidade. Os achados bucais e sistêmicos relacionados aos pacientes com maior tempo de internação foram ressecamento labial, queilite angular, língua despapilada, candidíase e pneumonia. Todos os profissionais responsáveis pela higienização bucal dos pacientes tinham formação técnica em enfermagem e desconheciam alterações importantes como biofilme dentário e pneumonia nosocomial. **Conclusão:** os dados deste estudo permitem concluir que apesar da constância com que é realizada a higienização bucal, verifica-se alta frequência de lesões bucais nos pacientes críticos da UTI. Evidenciando o papel da assistência da higienização bucal de qualidade, destacando a importância da atuação do cirurgião dentista em equipes multiprofissionais, visto que o risco de focos infecciosos bucais pode contribuir para o agravamento e piora do quadro clínico dos pacientes.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; manifestações bucais; higiene bucal; equipe hospitalar de odontologia; mucosa bucal.

Abstract

Introduction: during the stay in Intensive Care Units (ICUs), hospitalized patients are more vulnerable to changes in the oral cavity resulting from the use of artificial respiration equipment and the immunocompromised state in which they are found. **Objective:** to identify the main oral manifestations in patients admitted to an ICU, as well as to verify the knowledge of professionals responsible for oral hygiene. **Methodology:** this is a descriptive quantitative study with cross-sectional design. Data were obtained from the patient's medical records and through an intraoral clinical examination. For professionals responsible for oral hygiene, a questionnaire was used. The analyses were performed in the SPSS version 21.0 program in a descriptive way. **Results:** the oral manifestations with the highest incidence were tongue coating, dental biofilm, candidiasis, due to the quality of oral hygiene provided and low immunity. Oral and systemic findings related to patients with longer hospital stays were lip dryness, angular cheilitis, depapilated tongue, candidiasis and pneumonia. All professionals responsible for oral hygiene of patients had technical training in nursing and were unaware of important alterations such as dental biofilm and nosocomial pneumonia. **Conclusion:** the data from this study allow us to conclude that despite the constancy with which oral hygiene is performed, there is a high frequency of oral lesions in critical ICU patients. Evidencing the role of quality oral hygiene assistance, highlighting the importance of the dentist's role in multidisciplinary teams, since the risk of oral infectious foci can contribute to the aggravation and worsening of the clinical condition of patients.

Keywords: Intensive Care Units; oral manifestations; oral hygiene; dental staff, hospital; mouth mucosa.

INTRODUÇÃO

Nas unidades de terapia intensiva encontram-se pacientes em estado crítico de saúde, necessitando de monitoramento constante, pois apresentam risco considerável de morte. Estes pacientes são mais expostos ao

risco de infecções e, devido ao estado clínico comprometido em que se encontram, podem-se desencadear complicações na saúde geral assim como alterações na cavidade bucal (TORRES *et al.*, 2014a).

Durante o período de internação, manifestações na cavidade oral conseguem se estabelecer, seja pela associação a uma doença sistêmica preexistente, ao uso de medicamentos, equipamento de ventilação mecânica ou a higienização deficiente. Existe também a relação inversa, onde focos bacterianos patogênicos na boca podem

Correspondente/Corresponding: *Stephanie Lessa de Souza – End: Rua Geraldo Bomfim Andrade, 80 – Centro – Lafaiete Coutinho-BA CEP: 45215-000. – Tel: (73) 99166-8746 – E-mail: stephaniee.lessa@hotmail.com

causar problemas respiratórios, como a pneumonia nosocomial (QUINTANILHA *et al.*, 2019; SCALCO *et al.*, 2019).

A avaliação da condição da saúde bucal de pacientes hospitalizados é importantíssima, uma vez que pode interferir de maneira direta e significativa na evolução positiva do quadro clínico desta população. Desse modo, o cirurgião dentista pode exercer papel fundamental na assistência integral ao paciente crítico, atuando na prevenção, diagnóstico e no tratamento das alterações da cavidade oral (DIAMANTINO *et al.*, 2020).

Ainda não é comum cirurgiões dentistas comporem a equipe multidisciplinar de cuidado, mesmo a Odontologia Hospitalar mostrando nos últimos anos, a sua extrema importância na manutenção da saúde oral e sistêmica dos pacientes hospitalizados. Cabe ao profissional dentista, o controle de focos infecciosos, evitando a proliferação de bactérias e fungos, e consequentes doenças que podem implicar na piora do quadro geral do paciente, representando um risco potencial para a sua saúde. Além disso, a atenção aos sinais clínicos bucais pode auxiliar e nortear o diagnóstico de doenças sistêmicas (MATOS *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2016).

Frequentemente, os pacientes internados apresentam condições orais deficientes já estabelecidas previamente à sua internação, que associada à negligência dos cuidados com a higiene bucal e as alterações provocadas pela sua condição imunocomprometida, aumentam a colonização bacteriana. Sendo assim, é comum que durante o período de internamento ocorra a deterioração da saúde bucal, observando-se um aumento do acúmulo do biofilme dental, inflamação gengival e alterações na mucosa (TORRES *et al.*, 2014a).

O biofilme ou placa dentária consiste em uma massa sólida e concentrada, rica em polissacarídeos não calcificados e glicoproteínas salivares, que pode aderir-se as faces dentárias ou qualquer superfície da cavidade oral (MENEZES *et al.*, 2020). Dessa forma a manutenção e o controle da higiene bucal devem ser rigorosos nesses pacientes, com o objetivo de controlar o desenvolvimento e maturação de um biofilme de maior patogenicidade, não apenas em dentes, mas também na mucosa mastigatória e de revestimento, dorso da língua, palato duro e dispositivos protéticos fixos (AMARAL *et al.*, 2013).

Infecções pulmonares também são comumente relatadas nesse ambiente, sendo a mais prevalente a pneumonia nosocomial, que pode se estabelecer no trato respiratório inferior devido a invasão de bactérias presentes na cavidade oral, por meio da aspiração de secreções da orofaringe ou pela comunicação feita pelo tubo endotraqueal nos pacientes intubados. É importante ressaltar que à medida que o biofilme se desenvolve, bactérias anaeróbias gram-negativas e fungos podem se associar, tornando o biofilme muito mais virulento e aumentar o risco de complicações sistêmicas que podem levar o paciente ao óbito (AMARAL *et al.*, 2013; SCALCO *et al.*, 2019).

Com isso, a presença e a efetiva instituição de um profissional capacitado para cuidar exclusivamente da

saúde bucal dos pacientes internados, tende a melhorar consideravelmente a evolução e prognóstico dos pacientes. Com o cirurgião dentista integrado à equipe multidisciplinar, alterações bucais importantes e infecções hospitalares relacionadas ao sistema estomatognático, principalmente as infecções respiratórias, não passariam despercebidas. Esta alternativa contribuiria com a recuperação mais rápida do paciente, diminuiria o tempo de internação e de uso de medicamentos, além de distribuir melhor as funções na UTI, já que com a grande demanda que cada paciente exige dos médicos, enfermeiros e técnicos, a saúde bucal por vezes não é priorizada (GOMES; ESTEVES, 2012).

Portanto, o objetivo desse estudo foi identificar as principais manifestações bucais de pacientes internados em uma UTI bem como verificar o conhecimento dos profissionais que realizavam a higiene oral sobre os protocolos a serem adotados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, com delineamento transversal, que avaliou as manifestações bucais presentes em pacientes internados na UTI do Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), situado no sudoeste do estado da Bahia, na cidade de Jequié, juntamente com a avaliação dos cuidados de higiene oral prestados pelos profissionais responsáveis aos pacientes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP-UESB), sob protocolo CAAE 26034719.3.0000.0055, atendendo a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa com seres humanos. Todos os profissionais, pacientes e/ou familiares responsáveis que aceitaram participar da pesquisa receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados da pesquisa aconteceu entre os meses de fevereiro e março de 2020, nas salas de UTI do HGPV, que comportavam até o momento do estudo, 29 leitos. Os pacientes eram divididos em três salas de UTI, a depender da causa do internamento. A UTI – 1 recebia pacientes pós cirúrgicos, a UTI – 2 dava suporte a pacientes da emergência e a UTI – 3 comportava e atendia pacientes crônicos mais debilitados e que já estavam internados por mais tempo.

A população do estudo foi composta por todos os pacientes internados com idade igual ou acima de 18 anos, incluindo pacientes sedados, com terapias nutricionais por via oral, via enteral e dieta zero, e sob ventilação mecânica devido a maior necessidade de cautela em relação a saúde bucal desses pacientes. Aos pacientes que não estavam em condições de decidir de maneira consciente sobre o seu consentimento na pesquisa, seja por motivos de sedação ou confusão mental, foi apresentado aos seus familiares outro termo de consentimento em momento oportuno.

Além disso, foi aplicado um questionário a todos os profissionais responsáveis pelo cuidado com a higiene bucal dos pacientes, que aceitaram participar da pesquisa. As questões tratavam sobre o conhecimento de algumas alterações bucais e sobre a rotina de higienização oral da UTI. Os profissionais foram selecionados aleatoriamente, de acordo com a disponibilidade de tempo e nos dias em que foram feitas as avaliações nos pacientes.

Os critérios de exclusão se aplicaram a todos os pacientes, familiares de pacientes e profissionais de saúde que não aceitaram participar da pesquisa, ou ainda, foram excluídos os pacientes que apresentaram abertura de boca insuficiente para realização da inspeção visual.

Na primeira parte da coleta de dados com os pacientes, as informações sobre o sexo, idade, data de nascimento, condições de saúde geral, presença de doenças sistêmicas, motivo da internação do paciente, entre outros dados, foram coletadas dos prontuários médicos. Após isso, os pacientes foram submetidos a um exame clínico intraoral, com inspeção visual da cavidade oral por um cirurgião dentista especialista em estomatopatologia no próprio leito do paciente. O exame dos pacientes intubados foi realizado de maneira extremamente cuidadosa com o auxílio de um profissional de saúde mais experiente da UTI.

Foi utilizado como material auxiliar: espátula de madeira, para afastar os tecidos moles, gaze estéril e uma lanterna para iluminar a cavidade oral. Foram observadas alterações na coloração, textura, volume e forma dos tecidos e estruturas bucais. Com o posterior preenchimento da ficha de coleta de dados elaborada pelos pesquisadores, que reunia todos os dados pessoais do paciente e as informações acerca da saúde geral e bucal necessárias ao estudo.

Na segunda parte da coleta de dados com os profissionais responsáveis pela higienização bucal dos pacientes, foi utilizado um questionário adaptado do estudo de Soh *et al.* (2012) e também do estudo de Miranda *et al.* (2016), composto por questões iniciais de perfil socio-demográfico e questões relativas a parte odontológica como assistência bucal praticada por esses profissionais, frequência da higienização bucal nos pacientes, materiais e equipamentos utilizados, conhecimento sobre biofilme dentário e pneumonia nosocomial, entre outras coisas, na busca sobre a prática e a visão sobre a higienização bucal nas UTIs.

Após a coleta das informações, os dados foram tabulados e analisados no programa SPSS 21.0® (Armonk, NY, USA), observando a prevalência das manifestações bucais encontradas e identificando o conhecimento e a rotina das práticas de higiene bucal realizadas pelos profissionais de saúde nos pacientes hospitalizados.

RESULTADOS

Trinta e três pacientes internados na UTI participaram da pesquisa. Destes, catorze (42,4%) eram do sexo

feminino e dezenove (57,6%) do sexo masculino. Grande parte da população do estudo tinha mais de 65 anos, com média geral de idade de 66,45 anos. As doenças sistêmicas mais relatadas foram hipertensão, cardiopatias e diabetes, conforme sumarizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Dados coletados dos prontuários dos pacientes internados na UTI.

DADOS DOS PACIENTES	N (33)	100(%)	
SEXO			
FEM	14	42,4	
MAS	19	57,6	
IDADE			
			Média
18 – 39 anos	3	9,1	
40 – 64 anos	7	21,2	66,45
65 anos ou mais	23	69,7	
MOTIVO INTERNAÇÃO			
DOENÇA RESPIRATÓRIA	11	33,3	
TRAUMA	7	21,2	
CIRURGIA GERAL	7	21,2	
PROBLEMA CARDÍACO	6	18,2	
INTOXICAÇÃO	1	3	
QUEIMADURAS	1	3	
SALA DE INTERNAÇÃO			
UTI 1	11	33,3	
UTI 2	15	45,5	
UTI 3	7	21,2	
DOENÇAS PRÉ-EXISTENTES			
HIPERTENSÃO	13	30,2	
CARDIOPATIA	7	16,3	
DIABETES	7	16,3	
DOENÇA RESPIRATÓRIA	6	13,9	
INSUFICIÊNCIA RENAL	3	6,9	
OUTROS	7	16,3	

Durante a avaliação e conversa com os pacientes e os familiares, eles foram questionados quanto a hábitos de fumo e consumo de álcool. Coletou-se as informações que 18,2% desses pacientes eram tabagistas e 45,5% ex tabagistas; 39,4% consumiam bebidas alcoólicas em

diferentes frequências e 18,4% tinham deixado de consumir o álcool.

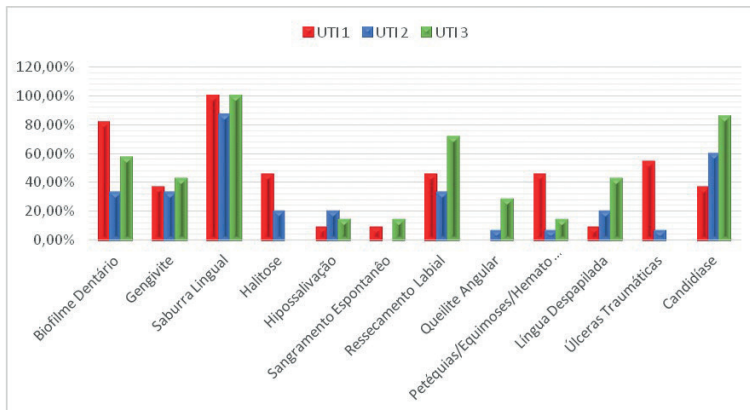
Neste momento também se verificou o edentulismo e o uso de próteses dentárias, encontrando-se a taxa de 45,5% de edêntulos totais e 48,5% de pacientes que utilizavam prótese dentária. Com relação aos tipos de prótese, encontrou-se que 42,4% utilizavam prótese total, 3,0% prótese parcial removível e um paciente (3,0%) utilizava próteses dos dois tipos, porém, no período em que estavam internados os pacientes não utilizavam qualquer tipo de dispositivo ou prótese removível, devido ao risco de se machucar em algum momento mais crítico.

Com relação à avaliação das condições bucais, cons-

tatou-se primeiro que 33,3% (11 pacientes) estavam sob uso de aparelhos de ventilação mecânica orotraqueal e 18,2% (6 pacientes) eram traqueostomizados. Apenas seis pacientes (18,2%) precisavam e dependiam totalmente da equipe hospitalar, por estarem sedados. Sobre a dieta aplicada, que também pode influenciar nas condições bucais, foi observado que 30,3% (10 pacientes) recebiam a dieta por via oral, 57,6% (19 pacientes) por via enteral e 12,1% (4 pacientes) estavam em dieta zero.

No que se refere aos achados de alterações bucais, o gráfico 1 apresenta as porcentagens das manifestações encontradas na inspeção visual, comparando cada sala de UTI.

Gráfico 1 – Alterações bucais encontradas divididas por UTI.

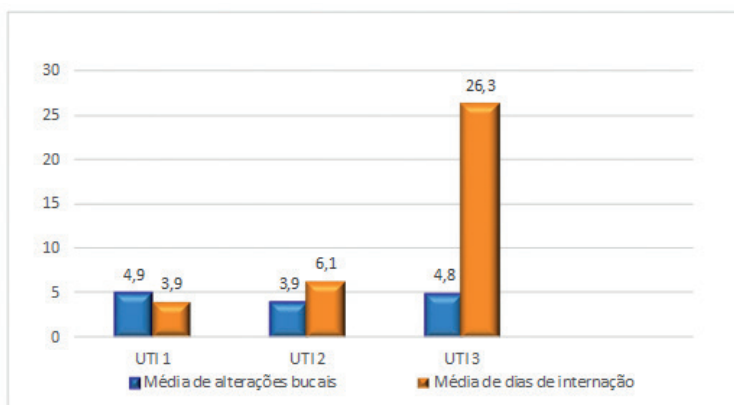


Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Na avaliação da cavidade oral dos pacientes de maneira geral, foram observadas as seguintes porcentagens das manifestações bucais: biofilme dentário (84,4%), genívite (33,3%), saburra lingual (93,9%), halitose (24,2%), hipossalivação (15,2%), sangramento espontâneo (6,1%), ressecamento labial (45,5%), queilite angular (9,1%), petéquias/equimoses/hematomas (21,2%), língua despapilada (21,2%), úlceras traumáticas (21,2%) e candidíase (57,6%).

Adicionalmente a estas informações, elaborou-se o gráfico 2 com dados que comparam a média das alterações bucais encontradas e a média da quantidade de dias de internação dos pacientes divididos por UTI, já que cada sala possuía pacientes com diferentes características.

Gráfico 2 – Comparação entre a média das manifestações bucais encontradas e a média de dias de internação.



Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

É possível perceber que a média da quantidade de alterações bucais encontradas nos pacientes com maior tempo de internação é muito semelhante ao dos pacientes internados por menor tempo, no entanto, houve maior porcentagem de ressecamento labial, queilite angular, língua despapilada e candidíase nos pacientes da UTI 3. É importante ressaltar também que a ocorrência de infecções respiratórias como a pneumonia foi mais incidente nos pacientes com mais tempo de internamento. Na UTI 1 não houve casos de pneumonia, na UTI 2 foi relatada a incidência de 33,3% (5 pacientes) e na UTI 3 verificou-se 42,8% (3 pacientes).

Simultaneamente às avaliações bucais dos pacientes, foi aplicado um questionário a trinta profissionais de saúde responsáveis pela higienização bucal, que aceitaram participar dessa pesquisa. O formulário continha questões diversas sobre os conhecimentos relativos à higienização bucal e a rotina na prática diária. A maior parte dos profissionais eram mulheres (90,0%), com formação técnica em enfermagem (100,0%). Cerca de vinte profissionais (66,7%) afirmaram ter recebido treinamento adequado para realizar a higienização bucal nos pacientes e 86,7% (26 profissionais) concordaram que a higiene bucal em pacientes intubados é prioridade. Entretanto, 83,3% (25 profissionais) desconheciam o que é o biofilme dentário e 76,7% (23 profissionais) desconheciam o que é a pneumonia nosocomial (Tabela 2).

Tabela 2 – Conhecimento dos profissionais responsáveis pela higienização bucal dos pacientes.

	SIM (%)	NÃO (%)
Conhecimento sobre biofilme dentário	16,7	83,3
Conhecimento sobre pneumonia nosocomial	23,3	76,7
Prática de atividades de promoção da saúde?	56,7	43,3
Opinião sobre as práticas de higiene bucal	100,0	0
Realiza limpeza bucal em pacientes intubados?	100,0	0
Recebeu treinamento adequado?	66,7	33,3
Higienização em pacientes com VM é prioridade?	86,7	13,3
A limpeza é uma tarefa desagradável?	23,3	76,7
É uma tarefa difícil?	36,7	63,3
Precisa de melhores equipamentos?	73,3	26,7
Utiliza aspiração?	93,3	6,7

Legenda: VM – ventilação mecânica.

De acordo com as informações coletadas dos prontuários, cada paciente possuía uma prescrição médica do número de vezes ao dia que a limpeza da cavidade oral deveria ocorrer. Nos pacientes participantes encontrou-se que 3,0% não recebiam nenhuma higienização, outros 3,0% uma vez ao dia, 18,2% duas vezes ao dia, 57,6% recebiam a higienização três vezes ao dia e 18,2% recebiam quatro vezes ou mais, salientando que não havia nenhum controle ou anotação sobre a efetiva realização dessas limpezas.

Sobre o protocolo de higiene bucal aplicado, vinte e nove profissionais (96,7%) afirmaram utilizar uma espátula de madeira e gaze para auxiliar na limpeza, vinte e quatro (80,0%) afirmaram utilizar a clorexidina a 0,12% como forma de controle químico, vinte e oito (93,3%) afirmaram utilizar a aspiração e 53,3% que equivalem a dezesseis profissionais afirmaram realizar a higienização bucal com uma frequência de três vezes ao dia.

DISCUSSÃO

A promoção, manutenção e recuperação da saúde do paciente perpassa por diversas especialidades dentro de uma UTI. Dessa maneira, a condição da saúde bucal não deve ser ignorada no tratamento integral desse paciente. Por este motivo, a Odontologia no âmbito hospitalar tem a função de assim como as outras especialidades, alcançar a melhora não só das condições bucais, mas do quadro geral sistêmico do paciente (AMARAL *et al.*, 2013; GOMES; ESTEVES, 2012). A Resolução 162/2015 do Conselho Federal de Odontologia (CFO), regulamenta a Odontologia Hospitalar como habilitação, reconhecendo a importância do cirurgião dentista na equipe multidisciplinar para assim oferecer um atendimento eficiente e integral ao paciente.

A pesquisa contou com um número semelhante de pacientes do sexo feminino e masculino, com predominância do sexo masculino e principalmente de idosos com 65 anos ou mais, assim como nos estudos de Costa D. *et al.* (2016) e Quintanilha *et al.* (2019). Grande parte da população do estudo apresentava comorbidades, sendo as mais prevalentes hipertensão, cardiopatias, diabetes e doenças respiratórias, achado muito parecido com a pesquisa de Celik e Eser (2017). Também foram observados hábitos deletérios à saúde bucal e sistêmica, como tabagismo e etilismo, embora em porcentagens pequenas. Uma condição odontológica ruim associada ao estado imunossuprimido do organismo pode favorecer ou facilitar o estabelecimento de infecções. Nos casos de má higienização, condições como o acúmulo de biofilme dental, agravamento da doença periodontal, halitose, saburra lingual, xerostomia e candidíase podem ser encontrados. A terapia nutricional aplicada ao paciente também influencia, pois, a autolimpeza da boca se torna deficiente com a redução da ingestão de alimentos duros e fibrosos, redução do fluxo salivar, diminuição da movimentação dos músculos mastigatórios, sangramentos e a presença de ressecamentos e fissuras labiais (AMARAL *et al.*, 2013; BAEDER *et al.* 2012).

Os estudos clínicos sobre os acometimentos e manifestações bucais nos pacientes internados, demonstram a importância e a necessidade de um profissional capacitado em Odontologia Hospitalar nas UTIs. Existe um Projeto de Lei (883/19) que torna obrigatória a presença de profissionais de Odontologia nas UTIs de hospitais públicos e privados, devido a inter-relação entre patologias bucais e sistêmicas. E ainda se verifica

também que o estabelecimento de um protocolo de higienização bucal é muito relevante, visto que para a maior parte dos pacientes é inviável a realização da sua própria limpeza oral (CRUZ; MORAIS; TREVISANI, 2014).

No presente estudo, observou-se nos pacientes das 3 UTIs grande porcentagem de higiene bucal inadequada (biofilme, língua saburrosa, gengivite, candidíase, Gráfico 1), fato observado também no estudo de Baeder *et al.* (2012) que avaliou a condição bucal de pacientes internados na UTI de hospital de João Pessoa/PB, onde 70,0% dos pacientes apresentaram condições ruins de higiene bucal e 92,0% dos pacientes internados há mais de 48 horas apresentavam pelo menos um foco de infecção oral. Ainda em concordância, Saldanha *et al.* (2015) relataram que em 21 pacientes internados na UTI de um Hospital de Campo Grande/MS, foram observadas condições precárias de higienização bucal nos pacientes (61,9%), além de relatarem a presença de biofilme, gengivite, halitose, saburra lingual, sangramentos e secreção de vias aéreas. Quintanilha *et al.* (2019) em pesquisa desenvolvida com trinta e sete pacientes da UTI de Hospital no Rio de Janeiro, também encontrou alterações como gengivite, ressecamento labial, candidíase, lesões hiperplásicas, úlceras traumáticas, língua despapilada, petéquias, sangramento espontâneo, saliva viscosa, xerostomia e raízes residuais. Assim como os achados do estudo de Diamantino *et al.* (2020) desenvolvido com setenta e três pacientes internados na UTI de Hospital em Salvador/BA, que encontrou saburra lingual, ulcerações na mucosa, candidíase pseudomembranosa, ressecamento labial e da mucosa e queilite angular.

O período de internamento dos pacientes avaliados variou bastante, indo de 1 a 44 dias, sendo a UTI 3 a sala que os pacientes permaneciam por mais tempo. Neste contexto, a partir da avaliação da média do tempo de internação dos pacientes e a incidência de alterações bucais, foi possível identificar que na UTI 3 o ressecamento labial, queilite angular, língua despapilada, gengivite e candidíase apareceram com maior porcentagem, possivelmente causado pelo maior tempo de internação. Realizando a mesma observação da média do tempo de internação dos pacientes e a ocorrência de infecções do trato respiratório, também se observou maior relação com os pacientes internados por mais tempo. De acordo com Cruz, Morais e Trevisani (2014), o tempo de permanência do paciente internado aumenta a ocorrência e acúmulo de placa bacteriana e saburra lingual. A boca se torna uma espécie de reservatório microbiano e a aspiração de secreções com esse conteúdo é um dos principais fatores para a ocorrência de infecções pulmonares. Uma vez que, a patogenicidade do biofilme também aumenta em relação ao tempo de internação, que associada a uma higienização bucal deficiente pode levar a instalação ou agravamento de doenças periodontais e a disseminação de bactérias e desenvolvimento de infecções (AMARAL *et al.*, 2013).

No presente estudo, verificou-se pneumonia em 33,3% dos pacientes da UTI 2 e 42,8% dos pacientes da UTI 3, ambas com maior tempo de internação (6,1 e 26,3 dias respectivamente, Gráfico 2). A infecção pulmonar hospitalar mais comumente relatada em pacientes sob ventilação mecânica nas UTIs, é a pneumonia nosocomial, que se desenvolve após 48h de internação hospitalar e que não estava presente ou incubada no paciente no momento da admissão. Estudos mostram que patógenos como *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Actinobacter spp*, *Enterobacter spp*, *Klebsiella spp* e *Candida albicans* presentes no biofilme e tecidos bucais, podem colonizar a orofaringe do paciente e serem transportados para as vias aéreas inferiores por meio do tubo orotraqueal. Esta infecção pode aumentar o tempo de internação do paciente, os custos hospitalares e cerca de 20 a 50% dos indivíduos acometidos evoluem para óbito (SCALCO *et al.*, 2019; TORRES *et al.*, 2014b).

Concomitante a avaliação da cavidade oral dos pacientes, foi aplicado um formulário aos profissionais responsáveis pela higienização bucal, com questões que tratavam sobre o conhecimento de algumas alterações bucais e sobre a rotina de limpeza oral. Após a análise das respostas, identificou-se que apesar da maioria dos profissionais terem afirmado receber treinamento para realizar a higiene bucal e reconhecerem que esta prática é importante para o paciente intubado, muitos deles desconheciam o que é o biofilme dentário e a pneumonia nosocomial por exemplo, tornando controverso se esses profissionais compreendem realmente a importância de correta higienização. Verificou-se também que a maioria afirmou utilizar a clorexidina a 0,12% embebida em gaze para o controle químico, aspiração das secreções e afirmaram realizar a higienização bucal três vezes ao dia (ressaltando que cada paciente possuía sua prescrição médica da quantidade de limpezas bucais a serem realizadas por dia). Resultados semelhantes foram encontrados na pesquisa de Sreenivasan, Ganganna e Rajashekaraiiah (2018), que avaliou 200 enfermeiros sobre a conscientização em relação a higienização bucal dos pacientes da UTI de 21 hospitais diferentes na Índia. Cerca de 93,0% dos enfermeiros estavam cientes das potenciais complicações associadas a má higiene bucal, apesar disso, apenas 18,0% responderam as questões relacionadas a pneumonia nosocomial e suas consequências. Ainda neste estudo, verificou-se que 95,0% da descontaminação oral era realizada após cada mudança de turno, sendo que 91,5% dos enfermeiros utilizavam gaze embebida em clorexidina, 2% utilizavam creme dental e escova, 3,5% utilizavam solução salina e 3% peróxido de hidrogênio para a remoção da placa bacteriana.

Outro estudo realizado com os pacientes internados na UTI do Hospital de Londrina no Paraná, onde aplicou-se um protocolo de higiene oral diário, uma vez ao dia, com uma escova descartável, sucção e 3g de gel de clorexidina a 0,12%, apontaram para uma redução de 43,9% na taxa de pneumonia associada a ventilação mecânica,

após a implementação desse protocolo de higiene oral (SCALCO *et al.*, 2019). Desse modo, entende-se que durante a permanência do paciente na UTI, a ocorrência de alterações bucais relacionadas a doenças sistêmicas, decorrentes da utilização de medicamentos ou dos equipamentos de ventilação mecânica, são comuns. Contudo, uma condição de saúde bucal desfavorável interfere diretamente no prognóstico do paciente sistemicamente comprometido, onde focos infecciosos bucais podem contribuir com a instalação de inflamações no organismo e servir de fonte de disseminação de microrganismos por via hematogênica, gerando a piora do quadro clínico desse paciente (TORRES *et al.*, 2014a; SANTOS, CUBA, 2018).

O cirurgião dentista especializado é capacitado para dar suporte na prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações bucais e sistêmicas que se manifestem com lesões orais, sendo coadjuvante na terapêutica médica seja na atuação em procedimentos emergenciais, preventivos, curativos ou restauradores. Ademais, o profissional da Odontologia também poderá se responsabilizar por difundir e ensinar a equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, os conhecimentos de higienização bucal, para que seja incorporado a rotina hospitalar de maneira eficiente, otimizando o trabalho multiprofissional (MATOS *et al.*, 2013; COSTA *et al.*, 2016).

CONCLUSÕES

Com base nos resultados da presente pesquisa, as principais manifestações bucais encontradas foram presença de saburra lingual, biofilme dentário, candidíase, ressecamento labial e gengivite nos pacientes internados na UTI. Observou-se também que as manifestações bucais e sistêmicas que tiveram relação com o maior tempo de internação foram o ressecamento labial, queilite angular, língua despapilada, candidíase e pneumonia hospitalar. Apesar de existir protocolo estabelecido e uma frequência na realização da higienização bucal, verificou-se alta frequência de lesões bucais nos pacientes críticos internados na UTI.

Os profissionais responsáveis pela higienização bucal dos pacientes tinham formação técnica em enfermagem e apesar de relatarem ter recebido treinamento adequado sobre a realização dos protocolos de higiene e saber sobre a importância do mesmo, desconheciam manifestações bucais importantes e a pneumonia nosocomial.

Salientamos também a importância da presença de um cirurgião dentista como integrante da equipe multiprofissional de cuidados aos pacientes internados em UTIs. Visto que, a higiene bucal deficiente ou precária é uma condição que favorece a colonização bacteriana e o desenvolvimento de biofilme oral contendo microrganismos patogênicos, podendo contribuir para o agravamento de infecções oportunistas e consequentemente a piora do quadro clínico dos pacientes hospitalizados.

Concluímos assim, que a assistência da higienização bucal prestada na UTI é de extrema importância, uma vez

que a rotina diária de limpeza bem como a qualidade da higiene bucal prestada pode prevenir complicações locais e sistêmicas favorecendo a promoção e recuperação da saúde do paciente crítico.

REFERÊNCIAS

AMARAL, C. O. F. *et al.* Importância do cirurgião dentista em unidade de terapia intensiva: avaliação multidisciplinar. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.*, São Paulo, v. 67, n.2, p. 107-111, mai., 2013.

BAEDER, F. M. *et al.* Condição odontológica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Pesq. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.*, João Pessoa, v. 12, n. 4, p. 517-520, out./dez., 2012.

CELIK, G. G.; ESER, I. Examination of intensive care unit patients' oral health. *Int. J. Nurs. Pract.*, [s.l.], v. 23, n. 6, 2017.

COSTA, D. C. *et al.* Perfil de saúde bucal dos pacientes internados no Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, Campo Grande (MS). *Arch. Health Invest.*, Araçatuba, v. 5, n. 2, p. 70-77, abr., 2016.

COSTA, J. R. S. *et al.* A odontologia hospitalar em conceitos. *Rev. Virtual AcBO*, Uruguiana, v. 25, n. 2, p. 211-218, 2016.

CRUZ, M. K.; MORAIS, T. M. N.; TREVISANI, D. M. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 379-383, 2014.

DIAMANTINO, L. G. S. *et al.* A retrospective study on the oral health of patients in the intensive care unit. *Rev. Ciênc. Méd. Biol.*, Salvador, v. 19, n. 2, p. 287-291, mai./ago., 2020.

GOMES, S. F.; ESTEVES, M. C. L. Atuação do cirurgião dentista na UTI: um novo paradigma. *Rev. Bras. Odontol.*, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 67-70, jan./jun., 2012.

MATOS, F. Z. *et al.* Conhecimento do médico hospitalar referente à higiene e as manifestações bucais de pacientes internados. *Pesq. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.*, João Pessoa, v. 13, n. 3, p. 239-243, jul./set., 2013.

MENEZES, M. L. F. V. *et al.* A importância do controle do biofilme dentário: uma revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, [s.l.], n. 55, p. e3698, ago., 2020.

MIRANDA, A. F. *et al.* Oral care practices for patients in intensive care units: a pilot survey. *Indian J. Crit. Care Med.*, Mumbai, v. 20, n. 5, p. 267-273, maio 2016.

QUINTANILHA, R. M. C. *et al.* Oral health status of patients in intensive care unit: a cross-sectional study. *Rev. Odontol. Rio de Janeiro*, v. 4, n. 3, set./dez., 2019.

SALDANHA, K. F. D. *et al.* Avaliação do índice de higiene oral do paciente crítico. *Arch. Health Invest.*, Araçatuba, v. 4, n. 6, p. 47-53, 2015.

SANTOS, A. T. dos; CUBA, L. de F. Perfil odontológico de pacientes internados na unidade de terapia intensiva de um hospital oncológico do sudoeste do Paraná. *Arq. Ciências Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 22, n. 2, p. 75-80, mai./ago., 2018.

SCALCO, J. M. *et al.* Analysis of the preventative influence of an oral hygiene protocol on ventilator-associated pneumonia. *J. Health Sci.*, Tokyo, v. 21, n. 2, p. 281-283, 2019.

SOH K. L. *et al.* Oral care practice for the ventilated patients in intensive care units: A pilot survey. *J. Infect. Dev. Ctries.*, Sassari, n. 6, p. 333-339, 2012.

SREENIVASAN, V. P. D.; GANGANNA, A.; RAJASHEKARAIH, P. B. Awareness among intensive care nurses regarding oral care in critically ill patients. **Indian Soc. Periodontol.**, Mumbai, v. 22, n. 6, nov./dez., 2018.

TORRES, S. R. *et al.* Alterações orais em pacientes internados em

unidades de terapia intensiva. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 156-159, jul./dez., 2014a.

TORRES, S. R. *et al.* Candidíase oral em pacientes internados em UTI. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 176-179, jul./dez., 2014b

Submetido em: 22/06/2022

Aceito em: 10/03/2023