

# Equipe hospitalar multidisciplinar: inserção e atuação do cirurgião-dentista

*Hospital team multidisciplinary: inserting and acting of the dentist*

Bruno Cesar Ladeira VIDIGAL<sup>I</sup>  
Evert Leonard Santos Pinto de ANDRADE<sup>II</sup>  
Patrícia Maria COELHO<sup>III</sup>  
Saulo Gonçalves ABREU<sup>IV</sup>  
Fernando Antônio Mauad de ABREU<sup>V</sup>

Correspondência para/Correspondence to:  
Bruno Cesar Ladeira VIDIGAL  
butvidigal@gmail.com

## RESUMO

A inserção e atuação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar tornam-se um fator de suma importância na manutenção da saúde como um todo e no conforto dos pacientes internados. Além da prática das especialidades odontológicas, o controle do biofilme bucal e de patógenos, pelo cirurgião-dentista, se apresenta como uma importante prática à assistência dentro de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), reduzindo potenciais riscos de complicações aos pacientes hospitalizados que comumente apresentam deficiência na higienização. A proposta de inserção da assistência odontológica para melhoria das condições de saúde ao paciente hospitalizado em ambiente hospitalar é fortalecida com o conceito de uma equipe multidisciplinar, sendo de suma importância para o desenvolvimento da Odontologia Hospitalar.

**Palavras-chave:** Equipe Hospitalar de Odontologia. Infecção Hospitalar. Programa de Controle de Infecção Hospitalar.

## ABSTRACT

*The insertion and the surgeon-dentist in multidisciplinary hospital team becomes a factor of paramount importance in maintaining overall health and comfort of patients. In addition to the practice of dental specialties, dental biofilm and control of pathogens, by the surgeon-dentist, presents itself as an important practice to assist in intensive care Units (ICU), reducing potential risks of complications to hospitalized patients who commonly present deficiency in hygiene. The proposal for insertion of dental care for improvement of health of the patient hospitalized in hospital environment is strengthened with the concept of a multidisciplinary team, being of paramount importance for the development of Hospital Dentistry.*

**Keywords:** Dental Staff; Hospital. Cross Infection. Hospital Infection Control Program.

<sup>I</sup>Especialista em Gestão Pública em Serviços de Saúde (FISIG), em Odontopediatria (PUC Minas) e Radiologia (CEO-IPSEMG), Mestre em Clínicas Odontológicas com ênfase em Radiologia (PUC Minas), Doutorando em Clínica Odontológica (PUC Minas), Professor da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. <sup>II</sup>Especialista em Periodontia (PUC Minas), Mestrando em Clínicas Odontológicas com ênfase em Radiologia (PUC Minas). <sup>III</sup>Especialista em Ortodontia (CEBEO), Mestre em Clínicas Odontológicas com ênfase em Radiologia (PUC Minas), Professora da Faculdade de Odontopediatria da FAINOR. <sup>IV</sup>Especialista em Radiologia (CEO-IPSEMG), Mestrando em Clínicas Odontológicas com ênfase em Radiologia (PUC Minas), Professor da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva. <sup>V</sup>Especialista em Periodontia (FOUIT), Implantodontia (PUC Minas), Odontologia Legal (ABO-MG), Mestre em Clínicas Odontológicas com ênfase em Periodontia (PUC Minas), Doutor em Biologia Celular (UFMG), Pós-doutorando em Biologia Celular (UFMG), Professor da Faculdade de Odontologia do Centro Universitário Newton Paiva e Professor de Periodontia da Faculdade de Odontologia da PUC Minas.

# INTRODUÇÃO

A separação entre a medicina e a odontologia tem origem em 1840, com a fundação da primeira faculdade de odontologia do mundo, o Baltimore College of Dental Surgery na University of Maryland nos Estados Unidos. Como resultado, nos anos que se seguiram, uma desconexão das relações de doenças sistêmicas e bucais do organismo. Atualmente, com o avanço do conhecimento, as especialidades médicas convergem em direção a um objetivo comum: o de restabelecer e manter a saúde do indivíduo como um todo. A promoção de saúde bucal, em ambiente hospitalar, ganha espaço paralelamente ao conhecimento sobre sua importância, possibilitando, assim, uma assistência integral e mais humanizada ao paciente hospitalizado.<sup>1-4</sup>

A saúde bucal, como estado de harmonia da cavidade bucal só tem significado quando acompanhada, em grau aceitável, de saúde geral do indivíduo. No ambiente hospitalar, o cirurgião-dentista pode atuar como consultor da saúde bucal e/ou como prestador de serviços, tanto em nível ambulatorial quanto em regime de internação, sempre com o objetivo de colaborar, oferecer e agregar forças ao que caracteriza a nova identidade do hospital. A condição bucal pode alterar a evolução ou mesmo a resposta ao tratamento médico, dessa forma, a odontologia deve priorizar a orientação e o treinamento em higiene bucal para que se obtenha o controle da cárie e doenças periodontal,<sup>1,5</sup> além de que os tecidos da cavidade bucal frequentemente refletem estado da saúde geral do indivíduo e muitas vezes podem indicar a presença de uma doença sistêmica, uma vez que muitas lesões ou doenças ocorrem principalmente dentro da cavidade oral.<sup>6</sup> Porém muitos cirurgiões-dentistas desconhecem a importância da sua participação dentro de hospitais na assistência do paciente internado, sendo sua presença considerada essencial.

Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo buscar informações sobre a importância da Odontologia Hospitalar para o exercício da profissão odontológica e de uma equipe multiprofissional contendo cirurgião dentista em âmbito hospitalar, tendo em vista que os problemas bucais interferem na saúde geral do indivíduo, assim como as alterações sistêmicas podem se manifestar na cavidade bucal.

# METODOLOGIA

Para o presente artigo foi realizada uma revisão bibliográfica mediante pesquisa de artigos científicos, nacionais e estrangeiros, nas bases de dados do serviço da National Center for Biotechnology Information (NCBI-<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>); utilizando como descritores: “Oral Care in Hospital, Dental Staff Hospital, Cross Infection, Hospital Infection Control Program”.

# REVISÃO DE LITERATURA

O desenvolvimento da odontologia hospitalar na América do Norte começou em meados do século XIX, a partir de 1850, com os esforços pioneiros de Simon Hüllihen e James Garretson, com o desenvolvimento da especialidade de cirurgia oral.<sup>7</sup> Somente a partir de 1920, a odontologia hospitalar passa a ter o apoio da Associação Dental Americana (ADA) e o respeito da comunidade médica.<sup>8</sup> No Brasil, em Porto Alegre/RS em 2004, surgiu a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH) oriunda da Comissão de Odontologia Hospitalar do CRO/RS.<sup>9</sup> Em Minas Gerais, em 12 de novembro de 2014, ocorreu o I Encontro Temático da Odontologia Hospitalar, uma iniciativa da Comissão de Odontologia Hospitalar do CRO/MG, em reforço ao Projeto de Lei Nº2776/2008, que estabeleceu a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), onde obteve aprovação da redação final, em maio de 2013, pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC), sendo remetida ao Senado Federal por meio do ofício de número 163/13/PS-GSE.<sup>10</sup> Em 2015, foi instituído pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) a Comissão de Odontologia Hospitalar - CFO, a fim de prestar assessoria técnica quanto a assuntos relacionados ao exercício da Odontologia Hospitalar, além de enfatizar a necessidade dos Serviços de Odontologia Hospitalar.

Em acordo com a resolução do CFO nº118 de 11.05.2012,<sup>11</sup> que aprova o atual Código de Ética Odontológica brasileiro, no seu capítulo X - Da Odontologia Hospitalar - em seus artigos 26º ao 28º, definem que: compete ao cirurgião-dentista internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com ou sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-

administrativas das instituições, e que as atividades odontológicas exercidas em hospital obedecerão às normatizações pertinentes. São constituídos como infrações éticas: 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. Finalmente, a resolução nº162/2015 do CFO reconheceu o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião dentista,<sup>12</sup> estando estas resoluções em consonância com a legislação e normas dispostas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Kah et al.<sup>1</sup> (2010) verificaram o grau de conhecimento médico sobre a saúde periodontal e a existência de algum protocolo de controle de infecção da cavidade oral em pacientes internados em diversos hospitais do Rio de Janeiro. Foram realizadas entrevistas com 110 médicos cardiologistas e intensivistas de cinco hospitais situados na cidade do Rio de Janeiro que possuíssem centros de terapia intensiva e unidades coronarianas em plena atividade. Sendo assim, 75,4% afirmaram ter conhecimento sobre saúde periodontal; entretanto, apenas 30% declararam já ter lido algo a respeito. Apenas 2,7% dos médicos possuíam o hábito de coletar informações sobre a história odontológica de seus pacientes e 58,2% afirmaram que essa conduta é condicional ao quadro do paciente, concluindo que o conhecimento sobre saúde periodontal e, conseqüentemente, sobre a importância do controle do biofilme oral na manutenção da saúde sistêmica, apresenta-se pouco difundido entre a classe médica. Também foi observado não haver um setor ou pessoa responsável pelo controle de infecção oral nos hospitais avaliados e, conseqüentemente, a não existência de qualquer protocolo de controle de infecção oral nessas unidades.

Shi et al.<sup>13</sup> (2013) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de avaliar os efeitos da terapia de controle de biofilme dentário (TCBD) em pacientes que desenvolveram pneumonia após receber ventilação mecânica por pelo menos 48 horas, em UTIs. Os resultados demonstraram que a utilização da clorexidina foi associada com uma redução de 40% na probabilidade de desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica em adultos criticamente enfermos. No

entanto, não foram observadas evidência suficiente para determinar se há diferença entre clorexidina e placebo, e em relação à mortalidade, tempo de ventilação mecânica ou a duração da permanência na UTI. Os autores concluíram que a TCBD é importante para os pacientes ventilados nas UTIs.

Cruz et al.<sup>14</sup> (2014) avaliaram 35 pacientes (até 48 horas após a internação e em 72 horas após a primeira avaliação), sendo observados os seguintes parâmetros clínicos: índice de placa, condição da mucosa, presença ou não de prótese dentária, número de dentes presentes e índice de saburra lingual. Os pacientes apresentaram uma prevalência de infecção hospitalar de 22%, sendo 50% de infecções do aparelho respiratório. Todos os pacientes apresentavam biofilme bucal, sendo que 57% apresentavam biofilme por meio da simples visão e, em 69% a saburra estava presente em mais de dois terços da língua. Após 72 horas houve aumento significativo do índice de placa ( $p=0,007$ ). Os autores concluíram que o índice de placa e a saburra lingual aumentaram de acordo com o tempo de internação na UTI.

Gemaque et al.<sup>5</sup> (2014) avaliaram a prevalência de lesões bucais em 107 pacientes de doenças infectocontagiosas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Pará. A maioria dos pacientes eram homens (65,7%), com idade média de 45,4 anos. Sobre prevalência de doenças sistêmicas, a tuberculose era a doença mais frequente, seguido de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), hepatites B e C, leishmaniose e meningite. Analisando as manifestações orais, doenças periodontais e candidíase foram as doenças mais prevalentes em ambos os sexos, seguido por úlceras aftosas recorrentes, língua saburrosa, simplex herpes, e carcinoma de células escamosas. Apenas 10 (9,3%) homens e 6 (5,6%) mulheres não apresentaram qualquer manifestação oral. Os autores observaram elevada prevalência de manifestações orais em pacientes hospitalizados por doença sistêmica, enfatizando a necessidade de tratamento odontológico integrado.

Vilela et al.<sup>15</sup> (2015) apresentaram uma revisão sistemática da literatura sobre o controle do biofilme bucal e a incidência da pneumonia nosocomial nas bases PubMed, LILACS e Scopus, de 2000 até 2012. Os artigos foram classificados de acordo com o nível de evidência e grau de recomendação de acordo com os critérios do

Oxford Center for Evidence-Based Medicine. Os artigos em sua maioria realizados por meio de ensaios clínicos randomizados e comparando o uso de clorexidina com placebo para higiene bucal a fim de prevenir a pneumonia nosocomial em ambiente hospitalar. O controle do biofilme bucal demonstrou redução na incidência de pneumonia nosocomial, porém nessa revisão todos os artigos foram classificados como fraco no nível de evidência por meios dos critérios adotados e o grau de recomendação intermediário sugerindo a necessidade da elaboração de estudos clínicos randomizados controlados com baixo risco de para estabelecer melhores protocolos para higiene bucal em UTIs.

Bhavsaret al.<sup>4</sup>(2015) avaliaram o estado de saúde periodontal em 100 pacientes hospitalizados com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) a fim de verificar associação com a saúde bucal. Os parâmetros clínicos utilizados foram: índice de placa gengival (IP), índice de higiene oral simplificado (IHOS), profundidade de sondagem (OS) e nível clínico de inserção (CAL). Os níveis de proteína C-reativa (CRP) na saliva e soro também foram medidos. Os pacientes com DPOC apresentaram menor frequência de escovação, má periodontal saúde (OHI e PI) e maior inflamação gengival ( $p < 0,05$ ). Os autores concluíram que a menor frequência de escovação, má saúde oral, e presença de doença periodontal destrutiva eram observadas entre os pacientes com DPOC, demonstrando assim a necessidade de atuação do cirurgião-dentista em sistema integrado hospitalar.

Estaji et al.<sup>16</sup>(2015) em um estudo de ensaio clínico compararam a eficácia da solução de clorexidina com escova de dentes na prevenção de lesões ou úlceras orais por meio da escala de avaliação oral modificada (Beck Oral Assessment Scale modified) em 30 pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do hospital de Beheshti em Sabzevar, no Iran. Os resultados indicaram que o uso de escova de dentes e o nível de saúde oral ajuda na prevenção de lesões em gengivas, lábios e língua.

## DISCUSSÃO

Atualmente, a visão de promoção de saúde supera a prática que a entende apenas como ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção das doenças. Dessa forma,

a atuação do cirurgião-dentista constitui-se em três vertentes: (1) diagnóstico e prognóstico, (2) aplicação de métodos de prevenção e repasse de informações para a manutenção da saúde bucal e o (3) tratamento com a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais.<sup>13,17</sup> Conforme Aranega et al.<sup>7</sup>(2012), a odontologia hospitalar é uma prática que visa aos cuidados das alterações bucais em âmbito hospitalar, e que exige uma equipe multidisciplinar para os procedimentos realizados, sendo a responsabilidade compartilhada entre médicos, cirurgiões-dentistas e equipe assistente. A avaliação da presença de biofilme, doença periodontal, lesões por cáries, lesões bucais por trauma e outras alterações que representem risco ou desconforto aos pacientes hospitalizados é de responsabilidade do cirurgião dentista, sendo assim a participação da Odontologia na equipe multidisciplinar de saúde é de fundamental importância para evolução da terapêutica e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados.<sup>1-5</sup>

A inserção do cirurgião-dentista em uma equipe multiprofissional hospitalar consolida a prática e a cultura odontológica em um trabalho realizado em equipe, rompendo barreiras de um cenário adverso.<sup>1,18</sup> O cirurgião-dentista deve estar preparado para proceder a internações, interpretar exames complementares e controlar infecções hospitalares atua na diminuição de custos e na média de permanência hospitalar. Conhecimento e busca do objetivo comum permite o crescimento de todos os profissionais envolvidos no processo.<sup>13-15,17,19</sup>

A participação do cirurgião-dentista colabora e agrega mais força ao que se caracteriza com a nova identidade dos serviços hospitalares modernos.<sup>18</sup> A preocupação com qualidade é inerente ao ser humano e evolui com ele, gerando, ao longo do tempo, variadas formas de esforços contra a imperfeição, segundo as circunstâncias do momento. A qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigente, solicitando cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, tanto no setor privado quanto no setor público.<sup>20,21</sup>

A atuação do cirurgião-dentista em UTI se torna essencial, uma vez que os cuidados bucais podem, entre outros, ser responsáveis pela diminuição do tempo de internação

de pacientes e prevenção de doenças graves como a pneumonia associada ao uso de respirador mecânico em UTI<sup>2,4,13,14</sup> e no atendimento aos pacientes com necessidades especiais, em casos onde seja necessário o uso de sedação e/ou anestesia geral e monitoramento de sinais vitais.<sup>1,2,4,19</sup> A participação do cirurgião-dentista abrange, ainda, a capacitação e supervisão de equipes auxiliares, para manutenção da saúde oral em pacientes internados, promovendo a higienização bucal por métodos mecânicos, como a escovação dentária, lingual e uso adequado do fio dental, o uso de técnicas especiais de profilaxia bucal, o uso correto de enxaguatórios para remoção do biofilme bacteriano bucal e umidificação das mucosas, além da constante inspeção da boca e estruturas associadas.<sup>16,19</sup>

Dessa forma, se torna recomendável que os responsáveis, por implementar tais serviços ou equipes em suas instituições, reconheçam a abrangência dos tratamentos, o perfil profissional recomendável e a dinâmica assistencial da odontologia no ambiente hospitalar.

Assim, faz-se necessária a integração entre as diferentes categorias profissionais e os vários ramos do conhecimento, para que a assistência à saúde esteja livre de riscos, devendo os hospitais dispor de equipe multiprofissional capaz de atuar de forma articulada em um mesmo ambiente de trabalho.<sup>13,15,18</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos têm mostrado a necessidade da presença do cirurgião-dentista dentro do âmbito hospitalar. Deste modo, o cirurgião-dentista deve estar preparado para o atendimento odontológico nesse contexto, uma vez que este contribui para a diminuição do tempo de internação e riscos de infecção hospitalares, proporcionando assim uma melhora nas condições de saúde e qualidade de vida do paciente.

A Odontologia Hospitalar necessita de maior atenção e conhecimento por parte dos profissionais de saúde, visando o tratamento global do paciente reforçando a importância da multidisciplinaridade.

---

## REFERÊNCIAS

1. Kahn S, Mangialardo Ede S, Garcia CH, Namen FM, Galan Júnior J, Machado WA. Oral infection control in hospitalized patients: an approach to cardiologist and intensive care units doctors. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(Suppl 1):1819-26.
2. Miranda AF, Lia EN, de Carvalho TM, Piau CG, Costa PP, Bezerra AC. Oral health promotion in patients with chronic renal failure admitted in the Intensive Care Unit. *Clin Case Rep*. 2015; 4(1):26-31.
3. Estaji Z, Alinejad M, Hassan Rakhshani M, Rad M. The comparison of chlorhexidine solution and swab with toothbrush and toothpaste effect on preventing oral lesions in hospitalized patients in intensive care unit. *Glob J Health Sci*. 2015; 8(5):542-66.
4. Bhavsar NV, Dave BD, Brahmhatt NA, Parekh R. Periodontal status and oral health behavior in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Nat Sci Biol Med*. 2015; 6(Suppl 1):93-7.
5. Gemaque K, Giacomelli Nascimento G, Cintra Junqueira JL, Cavalcanti de Araújo V, Furuse C. Prevalence of oral lesions in hospitalized patients with infectious diseases in northern Brazil. *Scientific World Journal*. 2014; 2014:5860-75.
6. McLean AT, Wheeler EK, Cameron S, Baker D. HIV and dentistry in Australia: clinical and legal issues impacting on dental care. *Aust Dent J*. 2012; 57(3):256-70.
7. Cillo JE Jr. The development of hospital dentistry in America - the first one hundred years (1850-1950). *J Hist Dent*. 1996; 44(3):105-9.
8. Archer WH. The American Dental Association and hospital dental service - a critical historical review 1920-1950. *J Hosp Dent Pract*. 1971;5(2):53-66.
9. Aranega, AM, Bassi APF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? *Rev. bras. odontol*. 2012; 69(1):90-93.
10. Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 2776/2008. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e dá outras providências. [Internet]. 2008. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=383113>
11. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO-118/2012, de 11 de maio de 2012. Revoga o Código de Ética Odontológica aprovado pela Resolução CFO-42/2003 e aprova outro em substituição. *Diário Oficial da União*. 14 jun 2012; Seção 1:118.
12. Webster J. A odontologia hospitalar a serviço do cidadão. Conselho Federal de Odontologia. *Odontologia em Revista*. 2016 Jan-Mar; 7:9.
13. Shi Z, Xie H, Wang P, Zhang Q, Wu Y, Chen E et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 13; (8):CD008367.
14. Cruz MK, Morais TMN, Trevisani DM. Avaliação clínica da cavidade bucal de pacientes internados em unidade de terapia intensiva de um hospital de emergência. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(4):379-83.
15. Vilela MCN, Ferreira GZ, Santos PSS, Rezende NPM. Oral care and nosocomial pneumonia: a systematic review. *Einstein*

(São Paulo). 2015; 13(2):290-96.

16. Estaji Z, Alinejad M, Hassan Rakhshani M, Rad M. The Comparison of Chlorhexidine Solution and Swab With Toothbrush and Toothpaste Effect on Preventing Oral Lesions in Hospitalized Patients in Intensive Care Unit. *Glob J Health Sci.* 2015; 8(5):542-66.

17. Rasouli-Ghahroudi AA, Khorsand A, Yaghobee S, Rohn A, Jalali M et al. Oral health status, knowledge, attitude and practice of patients with heart disease. *ARYA Atheroscler.* 2016; 12(1):1-9.

18. Queluz, DP, Palumbro A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. *Jornal de Assessoria e Prestação de Serviços ao Odontologista.* 2000; 3(19):40-46.

19. Leylabadlo HE, Kafil HS, Aghazadeh M, Hazratian T. Nosocomial oral myiasis in ICU patients: occurrence of three sequential cases. *GMS Hyg Infect Control.* 2015; 10:1-3.

20. Lamster IB, Eaves K. A Model for Dental Practice in the 21st Century. *Am J Public Health.* 2011; 101(10):1825-30.

21. Zucoloto ML, Maroco J, Campos JADB. Impact of oral health on health-related quality of life: a cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2016, 16:55

Recebido em: 04 jun. 2016

Aprovado em: 22 dez. 2016

---