



# MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR DO ESTADO DO AMAPÁ

MACAPÁ-AP  
2021



CONSELHO REGIONAL  
DE ODONTOLOGIA  
DO AMAPÁ



# MANUAL DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR DO ESTADO DO AMAPÁ

Elaborado pela Comissão de Odontologia Hospitalar do Conselho Regional  
de Odontologia do Amapá – CRO/AP

Av. Antônio Coelho de Carvalho, N<sup>o</sup> 2487 - Santa Rita, Amapá – AP  
Telefones: (96) 3223-9409/ 8801-0059 email: secretaria@croap.org.br  
Site: [www.croap.org.br](http://www.croap.org.br)

**COLABORADORES AUTORES / MEMBROS DA COMISSÃO DE ODONTOLOGIA  
HOSPITALAR DO CRO/AP**

Dra. Adriana Verônica Gato da Silva – CRO 266/AP

Dra. Cláudia Raquel Moura de Moura - CRO 089/AP

Dra. Danyela Darienso – CRO 571/AP

Dra. Rayra Corrêa da Silva – CRO 1640/AP

**REVISÃO ORTOGRÁFICA:** Marcelo Fabiano Bizerra Lopes

**REVISÃO GERAL:** Patricia Lenora dos Santos Braga– CRO 210/AP

**ELABORAÇÃO CRO/AP:** Comissão de Odontologia Hospitalar do Conselho Regional de Odontologia do Amapá.



## Palavra da Presidente do CRO/AP

Odontologia Hospitalar (OH) pode ser compreendida pelo atendimento das alterações bucais em pacientes hospitalizados por profissionais de saúde bucal habilitados e comprometidos com o dever de assistir integralmente ao indivíduo. O cirurgião-dentista inserido em equipes multidisciplinares e integrado ao hospital permite melhor desempenho da Odontologia no compromisso de assistência à saúde plena do paciente e amplia o entendimento de saúde bucal pela população. A participação do cirurgião-dentista na área ambulatorial ou em unidades complexas tem o objetivo de oferecer e agregar mais força ao que caracteriza a nova identidade das unidades hospitalares. O objetivo deste manual é apresentar uma orientação quanto à importância de se fornecer conceitos sobre o exercício da Odontologia Hospitalar, bem como valorizar os profissionais do nosso Estado, aqui representados por uma Comissão solícita, íntegra e especialmente competente. Agradeço imensamente a todos que contribuíram com este manual e com o desenvolvimento da Odontologia do nosso Estado. A história da ciência é a história do conhecimento. Que comecemos a história da Odontologia Hospitalar do Estado do Amapá.



## Palavra da Presidente da Comissão de OH do CRO/AP

Venho por meio deste manual, como Habilitada em Odontologia Hospitalar pela Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein, juntamente com as coautoras, trazer nosso objetivo principal, qual seja o de divulgar informações acerca do tema Odontologia Hospitalar, desde seus conceitos basilares, legislações vigentes, manejo, até as atualidades, sendo todos esses baseados à luz da evidência científica.

Nesse liame, possuindo profunda admiração pelo exercício da profissão dos cirurgiões dentistas e tendo conhecimento da sua relevância para a promoção, prevenção e recuperação, desde os pacientes de baixa à alta complexidade, é que esta comissão de Odontologia Hospitalar do Amapá do CRO-AP vem mui respeitosamente reunir documentos de suma importância, para compreender e sugerir a prática acerca da odontologia hospitalar, que se espera ser exercida no nosso Estado.

No mais, o manual é uma síntese de descrições e orientações para guiar a melhoria e amplificação de saberes reunidos ao exercício do cirurgião dentista inserido à equipe multidisciplinar e justificar a presença deste, destacando a necessidade dos seus cuidados aos pacientes que se encontram em unidades de terapia intensiva.

**SUMÁRIO**

<b>Introdução</b>	<b>7</b>
<b>Justificativa da Odontologia Hospitalar no Amapá</b>	<b>8</b>
<b>Legislação vigente</b>	<b>10</b>
<b>Perfil do Cirurgião-Dentista em âmbito hospitalar</b>	<b>13</b>
<b>Campos de atuação da Odontologia Hospitalar</b>	<b>13</b>
<b>Capacidade técnica dos profissionais em Odontologia Hospitalar</b>	<b>14</b>
<b>Atribuições do Cirurgião-Dentista na UTI</b>	<b>15</b>
<b>Atribuições da Equipe de Saúde Bucal na UTI</b>	<b>16</b>
<b>Observações Importantes</b>	<b>17</b>
<b>Monitorização</b>	<b>17</b>
<b>Área de atuação do Cirurgião-Dentista e a patologia apresentada pelo paciente em regime hospitalar</b>	<b>19</b>
<b>Pacientes com necessidades especiais</b>	<b>19</b>
<b>Hematologia</b>	<b>20</b>
<b>Nefrologia</b>	<b>21</b>
<b>Urologia</b>	<b>22</b>
<b>Hepatologia</b>	<b>24</b>
<b>Período gestacional</b>	<b>25</b>
<b>Oncológicos</b>	<b>26</b>
<b>Diabéticos</b>	<b>28</b>
<b>Cuidados paliativos</b>	<b>29</b>
<b>Pacientes críticos cardíacos</b>	<b>32</b>
<b>Terapia intensiva</b>	<b>32</b>
<b>Cuidados Odontológicos e a COVID-19</b>	<b>34</b>
<b>Atendimento em Odontologia Hospitalar de pacientes Em Uti: Internados em ventilação mecânica, dependentes, disfágicos, déficit cognitivo com Covid-19</b>	<b>36</b>
<b>Considerações Finais</b>	<b>41</b>
<b>Referências</b>	<b>42</b>

## INTRODUÇÃO

A Odontologia é uma profissão que se exerce em benefício da saúde do ser humano e da coletividade, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto<sup>1</sup>, sendo um dever fundamental promover a saúde coletiva no desempenho de suas atribuições, nos setores público e privado. Na busca pelo benefício de saúde integral, a inserção do Cirurgião-Dentista em equipes multidisciplinares no ambiente hospitalar se torna essencial.

O Conselho Regional de Odontologia do Amapá (CRO/AP), por meio de sua Comissão de Odontologia Hospitalar, criada pela Portaria CRO/AP nº 03, de 05 de Fevereiro de 2021, propôs desenvolver um manual a fim de esclarecer conceitos sobre a Odontologia Hospitalar, apresentar a legislação que subsidia a atuação profissional e ainda apresentar medidas e procedimentos para os profissionais, secretarias de saúde e entidades hospitalares para a promoção de forma mais eficaz e qualificada da assistência ao paciente.

O Código de Ética Odontológico regulamenta a atuação do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar e observa sua necessidade de ser complementada.

A Resolução Normativa nº 7/2010 da ANVISA, juntamente com o Ministério da Saúde, dispõe acerca dos requisitos mínimos para funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a qual exige do Hospital UTI moderna e com equipes multidisciplinares de saúde amparando o paciente à beira leito, e prevê no seu artigo 18 a presença do Cirurgião-Dentista devidamente capacitado compondo equipes multidisciplinares de cuidados intensivos.

No Amapá, a Lei Estadual 2.508, de 04 de setembro de 2020 publicada no Diário Oficial nº 7.250, torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar, entretanto, encontra-se carente de regulamentação para a sua efetivação.

O Conselho Regional de Odontologia do Amapá (CRO/AP) caminha para fortalecer a Odontologia Hospitalar no Estado e garantir à população amapaense uma assistência qualificada de saúde bucal.

Este manual tem como objetivo principal esclarecer aos cirurgiões-dentistas e demais profissionais de saúde as atribuições e condutas do atendimento odontológico em ambiente hospitalar.

## **JUSTIFICATIVA DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR NO AMAPÁ**

A saúde e seu cuidado em âmbito hospitalar requer integralidade no atendimento, sendo fundamental o trabalho multidisciplinar. Dentre os profissionais da equipe multidisciplinar destacamos a atuação do Cirurgião-Dentista e dos Técnicos em Saúde Bucal.

No ambiente hospitalar as responsabilidades são compartilhadas entre as equipes médica e multiprofissionais, sendo pertinente a cada profissão a atuação em sua área competente. Neste caso, destacaremos, aqui, a atuação dos profissionais da Odontologia frente à ciência odontológica, sendo estes encarregados pela promoção da saúde bucal e responsáveis pelo compartilhamento de suas avaliações e resultados com todos os componentes da equipe assistencial.

De modo geral, o público assistido é composto por todos aqueles indivíduos que têm o atendimento contraindicado no ambiente do consultório odontológico habitual devido à carência de estrutura ou ausência de uma equipe auxiliar presente e capacitada.

Importante ressaltar que a assistência odontológica aos pacientes em regime de internação hospitalar contribui para uma recuperação mais efetiva e segura dos pacientes.

O Cirurgião-Dentista que exerce a Odontologia Hospitalar deve estar apto ao atendimento em condições específicas e diferenciadas, contando com o suporte de recursos diante de urgência e emergência e o trabalho em conjunto com a equipe.

O atendimento em ambiente hospitalar abrange pacientes com necessidades especiais, quais sejam, de limitação física ou emocional, bem como aqueles que necessitam de suporte além do oferecido em consultório.

Para implementação efetiva de serviços em Odontologia Hospitalar é necessário um olhar amplo e analítico acerca dos direitos do cidadão, sendo importante destacar que a assistência odontológica atua na manutenção funcional da mastigação, respiração, fala, deglutição, respeitando os princípios de integralidade, equidade e universalidade.

A literatura demonstra que é de suma importância a presença do Cirurgião-Dentista em âmbito hospitalar, oferecendo terapêuticas e tratamentos preventivos e educativos com o objetivo de prevenir o surgimento de doenças, e/ou evitar a evolução das já existentes nos pacientes; bem como da instalação de afecções bucais comuns que podem levar ao agravamento do quadro clínico de um paciente hospitalizado.

Baseado no contexto científico de estudos epidemiológicos em municípios brasileiros, faz-se necessária a implementação da Odontologia Hospitalar a fim de minimizar

o risco e o desenvolvimento de doenças bucais de origem bacteriana, viral, fúngica, a própria doença cárie, doenças periodontais e lesões em tecidos moles em pacientes hospitalizados.

Segundo o Código Brasileiro de Ocupações, podem-se realizar atendimentos odontológicos - em âmbito hospitalar - aos pacientes nas seguintes condições:

- Pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, tanto para procedimentos preventivos e terapêuticos odontológicos, como de rotinas e protocolos com as equipes que trabalham em caráter efetivo nesta unidade;
- Pacientes com doenças mentais, disfunções neurológicas com limitações motoras e cognitivas, impossibilitados de atendimento odontológico ambulatorial, e que devem ser acompanhados quando internados pelo alto risco de bronco-aspiração;
- Pacientes com discrasias sanguíneas que requerem o acompanhamento médico e monitorização constante;
- Pacientes que realizam transfusões de componentes sanguíneos constantemente como hemofílicos, hepatopatas, oncológicos;
- Pacientes usuários de anticoagulantes e/ou antiagregantes plaquetários de uso contínuo;
- Pacientes cujo monitoramento de doenças bucais é considerado relevante para auxiliar no controle e estabilização do quadro geral de saúde durante o período de internação hospitalar ou para tratamento de doença base, como oncológicos (pré, trans e pós-utilização de quimioterápicos e radioterapia), cardiopatas, nefropatas (incluindo os que estão em diálise), transplantados, da clínica e cirurgia médica geral, da pneumologia e outros;
- Pacientes com necessidade de cirurgias de face pelas equipes de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Plástica, e demais especialidades;
- Pacientes crônicos como, por exemplo, os diabéticos ou hipertensos com disfunção sistêmica não controlada;
- Pacientes com doenças autoimunes adquiridas ou não;

Frente a grande quantidade de pacientes potencialmente beneficiados pela atuação odontológica em âmbito hospitalar, ressaltamos mais uma vez a importância da atuação dos profissionais da Odontologia junto à assistência destes pacientes, atuando diretamente na prevenção, tratamento e controle das afecções orofaciais, controle do biofilme bucal promovendo, assim, diminuição expressiva da ocorrência de pneumonias nosocomiais e

alterações cardiovasculares, sendo a manutenção da saúde bucal determinante para diminuição do tempo de internação.

## **LEGISLAÇÃO VIGENTE**

A Constituição Federal de 1988, em seu Art.196, dispõe como dever do Estado: “*a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”. Desse modo, a legislação vigente no âmbito hospitalar tem o intuito de difundir informação para contribuir com a implementação de acesso, trabalho e oferta da assistência de saúde bucal seguindo os pilares básicos do SUS – Universalidade, Integralidade e Equidade.

Em 2005 o Ministério da Saúde emitiu a Autorização de Internação Hospitalar –AIH pelo Cirurgião-Dentista e assim veio a conceituar a Política Nacional de Atenção Oncológica, tornando o acesso e garantindo ao público com diagnóstico de câncer aos setores públicos de saúde para o tratamento da patologia base e assegurar a qualidade de vida e atenção ao serviço prestado.

A Agência Nacional de Vigilância em Saúde (ANVISA) elaborou a RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010, a qual dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva. Na seção IV, que trata do acesso a recursos assistenciais, em seu Art.18 inclui a assistência odontológica como um dever garantido por meio próprio ou terceirizado. E, ainda nos Art.19 e 20, fica determinado que o hospital cuja UTI está inserida deve dispor - na própria estrutura hospitalar - dos serviços terapêuticos, além de garantir acesso a serviços diagnósticos terapêuticos por meio de acesso previamente formalizado. Na seção V, acerca dos processos de trabalho, temos o Art.21, o qual diz que todo paciente internado em UTI deve receber assistência integral e interdisciplinar e o Cirurgião-Dentista configura como um profissional capacitado a integrar uma equipe multidisciplinar. Sendo assim, o Art.23 complementa sobre assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional, as quais devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional.

No Amapá, a Lei Estadual 2.508, de 04 de setembro de 2020 publicada no Diário Oficial nº 7.250, torna obrigatória a prestação de assistência odontológica a pacientes em regime de internação hospitalar

O atendimento hospitalar é indicado para aqueles pacientes com comprometimento

sistêmico congênito (seja deficiência mental ou neuromotora com evolução sistêmica, diabetes, displasias sanguíneas, síndromes e outros); adquiridas (como HIV, tuberculose, hepatite, sífilis, neoplasias e outras) ou traumáticas (traumatismo bucomaxilofacial, cirurgia ortognática).

No que tange aos profissionais da Odontologia, no capítulo X do Código de Ética – das entidades com atividades no âmbito da odontologia- tais entidades, conforme o Art.23º ficam obrigadas a:

I - Indicar um responsável técnico de acordo com as normas do Conselho Federal, bem como respeitar as orientações éticas fornecidas por esse técnico;

II - Manter a qualidade técnico-científica dos trabalhos realizados;

III - Propiciar ao profissional as condições adequadas de instalações, recursos materiais, humanos e tecnológicos definidos pelo Conselho Federal de Odontologia, os quais garantam o seu desempenho pleno e seguro, exceto em condições de emergência ou iminente perigo de vida;

IV - Manter auditorias odontológicas constantes, por meio de profissionais capacitados

No Art.18 do Código de Ética Odontológica em seu capítulo IX – Da Odontologia Hospitalar, compete ao Cirurgião-Dentista *Internar e assistir paciente em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições.*

Ainda, no Art.19 do mesmo código, dispõe-se que as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal, bem como estabelece infração ética mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia(Art.20).

A Resolução CFO-162/2015, que reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo Cirurgião-Dentista, define a atuação do profissional devidamente habilitado para exercê-la, orientando os profissionais para que atuem com segurança demonstrando aos hospitais que estão aptos a integrar a equipe multiprofissional, trazendo valorização à profissão.

Alem disso, a Resolução CFO-162/2015 regulamentou a formação e determina que:

**Artigo 2º** - Será considerado habilitado pelos Conselhos Federal e Regional de Odontologia, em Odontologia Hospitalar, o Cirurgião-Dentista que atender o disposto nesta resolução.

**Artigo 3º** - O curso de Odontologia Hospitalar deverá ser realizado com um mínimo de 350 (trezentas e cinquenta) horas, sendo 30% de horas práticas e 70% de aulas teóricas.

**Artigo 4º** - O número máximo de alunos por turma será de 30 (trinta) alunos, com, no mínimo, um professor com título de mestre ou doutor.

**Artigo 5º** - São consideradas disciplinas básicas:

a) rotina hospitalar (gestão, bioética, biossegurança, prontuário, prescrição, rounds, prática clínica, segurança do paciente, urgência e emergência);

b) propedêutica clínica (interpretação de exames, principais agravos, pacientes sistemicamente comprometidos, interações medicamentosas);

c) BLS (Basic Life Support).

**Artigo 6º** - Ao final de cada curso deverá ser realizada uma avaliação teórica e prática.

**Artigo 7º** - De posse do certificado, o profissional poderá requerer o seu registro no Conselho Federal de Odontologia e inscrição no Conselho Regional de Odontologia, onde possui inscrição principal.

**Artigo 8º** - Os certificados de cursos expedidos anteriormente a esta Resolução por instituição de ensino superior ou entidade registrada no Conselho Federal de Odontologia ou estrangeira, comprovada a idoneidade, dará direito à habilitação, desde que o curso atenda ao disposto nesta Resolução e seja requerido o registro no prazo de 180 (cento e oitenta) dias a contar da publicação desta Resolução.

A Resolução CFO-163/2015 conceitua e define a Odontologia Hospitalar e sua atuação.

O Art. 1º define Odontologia Hospitalar como uma área da Odontologia a qual atua em pacientes que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar, internados ou não, ou em assistência domiciliar. Tem como objetivos a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças orofaciais, de manifestações bucais de doenças sistêmicas ou de consequências de seus respectivos tratamentos.

A promoção de saúde bucal em ambiente hospitalar tem como escopo a assistência humanizada e integral do paciente durante o período de internação, além de proporcionar o conhecimento e estímulo de hábitos saudáveis ao acompanhante e paciente.

A portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de Dezembro de 2019, “redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS”, para definir os critérios em habilitação na Atenção Oncológica com pacientes que apresentam necessidade de atendimento odontológico, onde haja credenciamento dos Centros de Alta complexidade em Oncologia (CACON e UNACON), que buscam efetivar o acesso aos usuários que possuem diagnóstico com câncer e garantir a assistência integral nos setores públicos de saúde.

Outrossim, ainda se observa a necessidade constante de conscientização, informação e sensibilização dos profissionais da área da saúde, gestores e autoridades para o reconhecimento da importância do Cirurgião-Dentista nas equipes multiprofissionais a fim de integrar o cenário no ambiente hospitalar.

## **PERFIL DO CIRURGIÃO-DENTISTA EM ÂMBITO HOSPITALAR**

✓ O Cirurgião-Dentista, para que atue em âmbito hospitalar, deverá estar capacitado para integrar uma equipe multiprofissional e, de forma holística, interdisciplinar e transdisciplinar, no que condiz primeiramente à prevenção e promoção de saúde. Deve reconhecer situações de emergências, assistir pacientes críticos e atuando de forma conjunta com a equipe de profissionais capacitada para o cuidado do paciente. Este profissional deve estar habilitado em Odontologia Hospitalar, conforme a resolução CFO (203/2019 e 204/2019).

✓ Atuar de forma respeitosa e interagir com as equipes multidisciplinares e profissionais da mesma classe, sempre em objetivo comum para a prevenção e atenção integral aos cuidados do paciente em ambiente hospitalar. Reconhecer a linguagem médica, interpretação de exames, gestão do trabalho hospitalar, registro de prontuário médico e solicitação de exames complementares.

## **CAMPOS DE ATUAÇÃO DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

Segundo a Resolução CFO- 162 e 163/2015, e mais atualizado o ato normativo desta resolução CFO-204, de 21 de maio de 2019, em que conceituam e definem a atuação do Cirurgião-Dentista devidamente habilitado em Odontologia Hospitalar, incluem como campos de atuação os seguintes:

a) atuar em equipes multiprofissionais, interdisciplinares e transdisciplinares na promoção da saúde baseada em evidências científicas, de cidadania, de ética e de humanização;

b) ter competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes críticos;

c) ter competência e habilidade para prestar assistência odontológica aos pacientes em regime de internação, ambulatorial, domiciliar, urgência e emergência;

d) saber atuar em caso de emergência médica (suporte básico de vida);

- e) atuar na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- f) aplicar o conhecimento adquirido na clínica propedêutica, no diagnóstico, nas indicações e no uso de evidências científicas na atenção em Odontologia Hospitalar;
- g) incrementar e estimular pesquisas que permitam o uso de novas tecnologias, métodos e fármacos no âmbito da Odontologia Hospitalar;
- h) atuar integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde em ambiente hospitalar.

## **CAPACIDADE TÉCNICA DOS PROFISSIONAIS EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR**

A capacidade técnica do cirurgião-dentista hospitalar vai além da clínica geral, uma vez que no ambiente hospitalar o objetivo é evitar e controlar qualquer foco infeccioso, ou qualquer outra situação que possa agravar o quadro do paciente. A atenção sempre estará voltada para quadros de hipossalivação, problemas periodontais, traumas, aumento do biofilme bucal, hiperplasia gengival medicamentosa, infecções bucais oportunistas (fúngicas e virais), hemorragia da cavidade bucal, trismo, ageusia, hipogeusia e disgeusia, cárie de radiação, osteonecrose dos maxilares associada a bifosfonatos, osteorradionecrose, osteomielite, e mucosite bucal.

O cirurgião-dentista hospitalar tem capacidade técnica de participar das decisões juntamente com toda a equipe multiprofissional. Além de capacidade técnica de solicitar procedimentos odontológicos (bucomaxilo facial, PNE e estomatologistas) exames de rotina, radiografias, tomografias, ressonância magnética, citologia esfoliativa bucal, biópsia, PBA (punção aspirativa por agulha fina), exames anátomo-patológicos, exames microbiológicos, exames bioquímicos e hematológicos, e executar procedimentos beira-leito ou em centro cirúrgico, se assim julgar necessário, com a participação da equipe multiprofissional. A Resolução Nº 7, da Prevenção e Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, no Art.45, estabelece que a equipe da UTI deva proceder ao uso racional de antimicrobianos, estabelecendo normas e rotinas de forma interdisciplinar e em conjunto com a CCIH, Farmácia Hospitalar e Laboratório de Microbiologia.

O cirurgião-dentista responsável e os demais membros da equipe de Odontologia Hospitalar deverão construir os protocolos de higienização bucal para o fluxo de pacientes estáveis, graves ou críticos. Esses protocolos (procedimentos e materiais) deverão ser acessíveis e compartilhados (equipe/fiscais/paciente/familiares). A equipe de enfermagem

deverá ser capacitada pela equipe de odontologia responsável, com o objetivo de que a limpeza da cavidade oral seja mais eficiente.

A função do cirurgião-dentista hospitalar é reduzir potencialmente qualquer tipo de colonização na cavidade oral, para que não haja contaminação da traqueia e sistematicamente do paciente, ou seja, a primeira função do dentista hospitalar é o controle do biofilme e lubrificação (intra e peribucal).

O cirurgião-dentista hospitalar deverá, desde o primeiro contato com o paciente e nas demais visitas, detectar os focos infecciosos, lesões cariosas e de mucosas, se há qualquer objeto ou corpo estranho que esteja lesionando ou obstruindo a orofaringe, a fim de evitar broncoaspiração. Registrando no prontuário do paciente, de acordo com cada setor e cada hospital.

A equipe de Odontologia Hospitalar deverá sempre ter planos de ações em saúde bucal dentro dos ambientes que atuam para que as orientações e os protocolos sejam seguidos e bem executados pelos profissionais dentistas e equipe de enfermagem.

O cirurgião-dentista hospitalar atuará no diagnóstico, tratamento e controle de qualquer foco infeccioso, seja de origem oral ou sistêmica, que possa agudizar algum quadro ou desencadear complicações não só infecciosas, mas também hemorrágicas, cardiovasculares, respiratórias ou que piorem o quadro de doenças ou distúrbios sistêmicos, e evitar ou controlar agravos na cavidade oral oriundos de tratamentos hospitalares.

## **ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA UTI**

- Realizar diagnóstico clínico por meio de exame físico intra e extraoral;
- Manipular pacientes entubados, traqueostomizados ou não, com ou sem uso de ventilação mecânica, assiláticos ou secretivos, com úlceras traumáticas ou outros tipos de lesões na mucosa bucal ou lábios;
- Avaliar possíveis lesões bucais, tais como: manchas brancas, negras, máculas, pápulas, úlceras, aftas, candidoses; herpes simples; periodontites; gengivites; halitose; mucosite; saburra lingual;
- Avaliar condições dos dentes, tais como: quantidade, dentes com mobilidades, uso de próteses parciais removíveis, fixas ou totais; em uso de aparelho ortodôntico; dentes fraturados, exposições pulpares, traumatismos na língua; mordeduras, hemorragias;
- Avaliar possíveis lesões oportunistas causadas por microrganismos, tais como fungos, vírus e bactérias;

- Realizar tratamentos não farmacológicos como a exemplo da laserterapia, protetores bucais;
- Remoção de focos infecciosos e adequação do meio bucal através de tratamento endodôntico, restaurador e extração dentária ou radicular;
- Solicitação de exames complementares como: citologia esfoliativa bucal, biópsia, PBA (punção-biópsia aspirativa) por agulha fina, exames anatopatológicos, microbiológicos, exames de imagem, bioquímicos e hematológicos;
- Criação de protocolos e o treinamento de profissionais técnicos para que as atividades sejam aplicadas de forma efetiva e rotineira e implementadas;
- Avaliação odontológica previamente ao tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico;
- Diagnóstico de lesões bucais e auxílio no tratamento de manifestações bucais oriundas de doenças sistêmicas;
- Diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam colaborar para manutenção ou piora de desordens sistêmicas graves;
- Diagnóstico e tratamento das condições bucais que possam acarretar complicações infecciosas, hemorrágicas, neurológicas ou cardiovasculares, seja em função das condições locais e sistêmicas, seja em decorrência de tratamento ao qual o paciente esteja submetido;

## **ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA UTI**

A equipe de saúde bucal deve estar composta por um Cirurgião-Dentista que possua o perfil mencionado anteriormente e por um técnico em saúde bucal (TSB), somando aos cuidados orais que também deverão ser executados pela equipe de enfermagem, sendo eles auxiliares e técnicos, os quais deverão anteriormente ser orientados e/ou capacitados pelo Cirurgião-Dentista e seguir as normativas e protocolos segundo a orientação deste profissional.

Segundo a resolução do Conselho Federal de Odontologia nº63/2005, que foi atualizada em 23/12/2011, as funções do TSB que também se aplica para a Odontologia Hospitalar são:

- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;
- Participar de ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;
- Ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica de flúor, conforme sempre a orientação do Cirurgião-Dentista;
- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação e técnica definida pelo Cirurgião-Dentista;
- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo Cirurgião-Dentista;
- Proceder a limpeza e a antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;
- Remover suturas;
- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- Realizar isolamento do campo operatório;
- Exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o Cirurgião-Dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

## **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

- Pacientes em bronco espasmo deve-se postergar a manipulação excessiva e higiene oral para outro momento.
- Deve-se avaliar junto à equipe multiprofissional a viabilidade da atuação odontológica em pacientes em estágio terminal, com pressão intracraniana (PIC) acima dos níveis recomendados, ou com instabilidade hemodinâmica.

## **MONITORIZAÇÃO**

- O número de atendimento é individual e será definido pelo Cirurgião-Dentista da UTI que a assiste de acordo com o caso clínico apresentado.
- A exigência mínima de monitorização das condições da cavidade bucal deverá ser no mínimo a cada 12 horas, tempo preconizado para reaplicação do digluconato de clorexidina a 0,12%, podendo ser realizada pela equipe de enfermagem treinada pelo CD.
- Acompanhamento Pós-tratamento: Ao deixar a UTI o paciente deverá ser encaminhado à Unidade de Odontologia mais próxima de sua residência ou, se ainda

internado em Enfermaria ou Clínica Médica, acompanhado pela equipe de Odontologia do respectivo hospital.

- A frequência da HB está relacionada com a via de alimentação utilizada e a necessidade de cada paciente, determinada após avaliação do Cirurgião-Dentista e/ou profissional de enfermagem.

**Primeiramente realizar a consulta odontológica inicial nos pacientes da UTI e seguir:**

- Identificar a doença primária e estado geral do paciente;
- Determinar o protocolo que respeite a condição de saúde bucal individual constatada e baseada em evidência científica;
- Obter o índice CPO-D e avaliar comprometimento da doença periodontal;
- Controle de placa bacteriana e remoção de focos infecciosos;
- Realizar o diagnóstico baseando em tratamentos de infecções odontogênicas ou não odontogênicas;
- Avaliar e comunicar a família e/ou responsáveis acerca da necessidade de remoção de aparelhos ortodônticos, próteses parafusadas e restaurações metálicas e outros aparatos que possam comprometer exames de imagens ou causar lesões em tecidos moles;
- Avaliar e recomendar a instalação de protetores bucais para prevenir e tratar lesões traumáticas em tecidos moles;
- Avaliar diariamente a necessidade de hidratação labial e da cavidade;

## ÁREAS DE ATUAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA E PATOLOGIA APRESENTADO PELO PACIENTE EM REGIME HOSPITALAR

### PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS (PCD) OU PESSOAS COM NECESSIDADE ESPECIAIS (PNE)

A Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, dispõe o seguinte:

“Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

O Caderno de Atenção Básica nº 17<sup>1</sup> preceitua que o paciente com necessidades especiais não é somente aquele com limitações permanentes e incapacitantes, mas também aquele com uma ou mais limitações, sejam elas permanentes ou temporárias, de qualquer ordem, seja mental, física, sensorial, emocional/comportamental, sejam alterações sistêmicas, de envelhecimento, bem como outras que impeçam a execução do atendimento convencional.

Dados do IBGE, do censo demográfico de 2010 do Amapá, revelam que aproximadamente sete mil pessoas têm deficiência mental/intelectual no Estado, e quase dez mil habitantes com deficiência motora severa. Esses dois grupos são referenciados apenas pela rede APS □ CEO □ HOSPITALAR, devido à falta de resolutividade estatal (nos três âmbitos federativos), seja por questões técnicas, de manejo ou pela impossibilidade do próprio paciente, o que resulta na necessidade do atendimento precisar ser realizado obrigatoriamente em ambiente hospitalar, mediante sedação ou anestesia geral.

O atendimento e condutas poderão ser realizados por especialistas em atendimento de pessoas com deficiência (PNE) ou Cirurgião-Dentista com capacidade técnica para planejar e executar o tratamento odontológico necessário. Lembrando que a contrarreferência deve ser realizada, uma vez que o paciente que volta para a sua área de origem deve ter o acompanhamento pelo dentista da atenção primária em saúde (APS), evitando novos agravos e mantendo a saúde bucal, com orientações e acompanhamento junto aos responsáveis/cuidadores.

---

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17.**

O atendimento em alta complexidade deverá obedecer ao fluxo de referência da rede (baixa, média e, posteriormente, alta complexidade), e o acesso aos demais profissionais. Os protocolos de atendimento deverão ser construídos com os profissionais envolvidos na rede de gestão reguladora do Estado.

No atendimento em setor privado, o fluxo de atendimento, bem como todos os procedimentos necessários, deverá ser executado por profissionais especialistas ou com capacidade técnica para ofertar assistência odontológica com resolutividade e segurança.

## **HEMATOLOGIA**

A hematologia é a área da ciência que estuda e trata patologias relacionadas aos elementos sanguíneos e órgãos hematopoiéticos. Patologias como discrasias sanguíneas, hemoglobinopatias, neoplasias hematológicas e variedades de anemias, o tratamento muitas vezes se indica através da transfusão sanguínea, transfusões profiláticas de plaquetas, células tronco hematopoiéticas ou medula óssea e tratamento imunossupressor. Pacientes que fazem uso de anticoagulantes ou que são portadores de coagulopatias e trombocitopatias, sendo elas hereditárias ou adquiridas, são indicados para o atendimento hospitalar quando a sua condição clínica requer a realização de procedimentos invasivos e que possam a causar sangramento ou hemorragias.

O Cirurgião-Dentista, presente no diagnóstico inicial e anamnese, juntamente com a equipe multidisciplinar, contribui para a identificação precoce de manifestações de afecções comuns em cavidade bucal, sendo elas, úlceras, palidez da mucosa, xerostomia, sangramento gengival, candidíase ou mucosites.

Cuidados a serem considerados:

- Executar cuidados locais e medidas preventivas principalmente quando o paciente faz uso de (ASS) ácido acetil salicílico, anti-inflamatórios não hormonais, antibióticos, psicotrópicos e fármacos cardiovasculares;
- Estabelecer uma ordem ou sequência para diminuir riscos e otimizar os recursos;
- Iniciar preferencialmente pelo tratamento periodontal e, após, o cirúrgico, restaurador e reabilitador;
- Realizar manutenção do tratamento ambulatorial com retornos preventivos;
- Realizar diagnóstico de lesões bucais;
- Realizar a prevenção e o tratamento de processos infecciosos;
- Prevenção e o tratamento de mucosite oral;

- Prevenção e diagnóstico de necroses ósseas em caso de paciente com indicação para quimioterapia;
- Após seis meses da conclusão do tratamento antineoplásico, encaminhar para o serviço de contrarreferência; porém, se o paciente mantiver-se imunossuprimido ou com distúrbio de coagulação, os tratamentos odontológicos que possuem risco de sangramento deverão ser realizados em ambiente hospitalar;

## NEFROLOGIA

Os pacientes da nefrologia que encontramos nos hospitais são aqueles portadores de doenças renais em quadros agudos ou crônicos, que podem estar se submetendo a sessões de hemodiálise contínuas ou intermitentes ou aqueles submetidos a transplantes.

A existência de doenças periodontais ou de quaisquer alterações da saúde bucal podem representar focos de infecções, fato importante no agravamento das doenças renais.

O Paciente renal, principalmente o crônico, pode apresentar no decorrer do tratamento alterações sistêmicas como imunológicas, cardiovasculares e desnutrição, e também várias manifestações bucais como: palidez da mucosa oral, hálito urêmico, alterações no paladar, gengivite, formação de cálculo dentário, parotidite, infecção por cândida, xerostomia, estomatite urêmica e periodontite.

Algumas manifestações ou doenças bucais como a periodontite têm causa bacteriana, sendo fator de risco para infecções sistêmicas. Pacientes em hemodiálise, por exemplo, podem apresentar alterações e deficiências imunológicas. O acúmulo de placa bacteriana e a disseminação das bactérias e seus subprodutos na corrente sanguínea aumentam o risco de infecções sistêmicas, além disso, saber o momento correto de intervir e trabalhar em equipe é fundamental para não provocar um agravamento do quadro geral e interferir no tratamento médico, colocando em risco a vida do paciente.

Desta forma, torna-se importante:

- Realizar plano de tratamento odontológico norteado pelo estágio da doença renal e morbidades associadas à urgência do procedimento odontológico, evitando-se complicações ou agravamento do quadro sistêmico do paciente. O tratamento será sempre prioritário à resolução e ao controle das infecções que poderão aparecer com a progressão da doença renal, tornando-se um fator de risco à septicemia, devido à baixa resposta imune do paciente renal.

- Instituir um programa de promoção e educação em saúde bucal com foco na prevenção de doença periodontal e acúmulo de placa bacteriana, de cárie e infecções oportunistas nos casos de xerostomia grave em pacientes dialíticos.
- A execução de procedimentos curativos deve ser feita no próprio hospital nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitarem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar. Deve ser dada atenção especial ao tratamento e controle das doenças periodontais, pois estas causam aumento da carga inflamatória sistêmica e descontrole metabólico, elevando o risco de morbimortalidade.
  - Os procedimentos odontológicos invasivos que requeiram profilaxia antibiótica devem ser planejados a partir da decisão em conjunto com o médico, pois pacientes internados, muitas vezes, já fazem uso de antibiótico ou associação de dois antibióticos com manutenção de concentração sérica alta.
- Estar atento à influência da insuficiência renal no uso da medicação, pois há alterações na sua absorção, distribuição e eliminação, tornando a interação medicamentosa um grande problema.

## UROLOGIA

Neste item está implícita a adoção dos procedimentos descritos no capítulo anterior, especialmente para pacientes com insuficiência renal aguda.

O Dentista Hospitalar deve:

- Realizar diagnóstico e tratamento de lesões bucais decorrentes de disfunção renal;
- Instituir programa de prevenção de cárie nos casos de xerostomia grave em pacientes dialíticos.

### **Transplante Renal**

No período pré-transplante, o Cirurgião-Dentista da equipe de Odontologia Hospitalar deve:

- Solicitar e avaliar exame de imagem. É essencial a radiografia panorâmica, pois as radiografias periapicais e a tomografia computadorizada devem ser de caráter complementar;
- Realizar anamnese minuciosa e conhecer toda a história médica pregressa e condição clínica atual do paciente;
- Estabelecer plano de tratamento norteado pela condição clínica atual, levando-se em consideração todas as limitações quando houver comorbidades.

Caso haja necessidade de execução de procedimentos curativos que representem risco de complicações para o paciente durante e após o transplante, o Cirurgião-Dentista do serviço de Odontologia Hospitalar deve encaminhar o paciente para o serviço de odontologia de contrarreferência. É indicada avaliação odontológica pelo profissional do serviço de Odontologia Hospitalar após a conclusão do tratamento na unidade básica saúde/centro de especialidade odontológica e previamente ao início do transplante, com o objetivo de confirmar a realização integral do procedimento odontológico solicitado.

A execução de procedimentos curativos deve ser feita no próprio hospital nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitarem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar.

No período pós-transplante, o Cirurgião-Dentista da equipe de Odontologia Hospitalar deve:

- Realizar diagnóstico de lesões bucais nos pacientes imunossuprimidos, pois as manifestações bucais e sinais de infecção podem estar diminuídos ou ausentes devido à diminuição da resposta inflamatória pelo uso de imunossupressores;
- Durante os primeiros seis meses pós-transplante, não deve ser realizado nenhum tratamento odontológico eletivo, pois este é o período de maior imunodepressão e alto risco de infecções, inclusive orais, ocasionando risco de rejeição;
- A profilaxia antibiótica deve ser instituída antes de qualquer tratamento odontológico que possa produzir uma bacteremia transitória durante o período de até 02 anos após o transplante;

Com relação à prescrição de antibióticos é recomendável utilizar a menor dose efetiva pelo menor tempo possível. A indicação é optar por antibióticos que tenham sua excreção por via hepática, como azitromicina e clindamicina. Por outro lado, a cefalexina e a penicilina devem ser evitadas, pois são excretadas pelos rins.

O uso simultâneo de eritromicina e ciclosporina é contraindicado, visto que a eritromicina provoca um aumento na toxicidade da ciclosporina, provavelmente devido ao aumento da sua absorção. O uso concomitante de metronidazol e ciclosporina também é contraindicado, uma vez que o metronidazol reduz o metabolismo da ciclosporina, podendo resultar em nefrotoxicidade.

Os anti-inflamatórios não esteroides devem ser evitados, pois provocam declínio exagerado da função renal e inibem a agregação plaquetária. Dentre os representantes mais comuns desse tipo de medicamento incluímos o ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, nimesulida e diclofenaco.

- No caso de agravos na cavidade bucal que representem risco de complicações para o paciente nos primeiros seis meses após o transplante, executar os procedimentos nos casos de urgência e/ou nos casos que suscitem limitações locais e sistêmicas que justifiquem o atendimento hospitalar de maneira imediata e agressivamente. Eles deverão ser o menos invasivos possível e realizados somente após o contato com o médico responsável.

## HEPATOLOGIA

Hepatopatia é definida como alteração do fígado, que se dá de forma aguda ou crônica. Está associada a etiologias variadas como as hepatites virais A, B e C, que são as mais comuns, além de Hepática Gordurosa Não Alcoólica, Doença Hepática Alcoólica e Doença Hepática Autoimune.

As principais doenças hepáticas são: hepatite A, hepatite B, hepatite C, esteatose hepática, cirrose hepática e transplante hepático. A hepatite A aguda tem como característica a transmissão via oral – fecal (água, alimentos crus ou mal cozidos e frutos do mar) através do RNA vírus – piconavírus cuja transmissão pode ter ocorrido de uma a duas semanas antes de aparecerem os sintomas, com o período de incubação de 28 dias, variando entre 15 e 45 dias.

A Manifestação clínica varia seu período de incubação (onde ocorre a contaminação e aparecimento dos primeiros sintomas); a saber: prodrômico (apresenta um quadro viral inespecífico de aproximadamente uma semana, artralgia, púrpuras e glomerulites); estado (é a forma clássica: icterícia de quatro a seis semanas, colúrias, acolia e hepatoesplenomegalia dolorosa); por último, a convalescência (desaparecimento dos sintomas até a normalização das alterações laboratoriais, em quatro meses).

A hepatite B é causada pelo DNA vírus- HepaDNAvírus, o qual se dá por transmissão parenteral: sexual, vertical, drogas injetáveis, procedimentos cirúrgicos e odontológicos, tatuagem e acupuntura. O período de incubação é entre 45 e 90 dias.

A hepatite C é causada pelo RNA vírus- Hepacivirus de forma de transmissão parenteral: sexual, vertical, drogas injetáveis, procedimentos cirúrgicos e odontológicos, tatuagem e acupuntura com período de incubação entre 30 e 180 dias.

Recomendações para tratamentos dentários:

- Riscos: Hemorragia – vitamina K x Hemostasia local;
- Infecção;
- Sempre que possível, adiar o tratamento dentário para seis (06) meses após o transplante;

- Segundo a literatura, o uso do anestésico local Lídocaína, não apresenta risco em paciente hepatopata;
- Procedimentos odontológicos de pequeno porte podem ser realizados, desde que eventuais distúrbios da coagulação estejam reparados;
- Em relação a analgésicos, a literatura ressalta que o efeito tóxico do paracetamol ao fígado é dose dependente, ou seja, sendo utilizado em doses terapêuticas não causa prejuízo ao órgão;
- Avaliar junto à equipe multidisciplinar possíveis riscos de infecção e necessidade de antibioticoterapia profilática;

A deficiência hepática em geral pode causar distúrbios bucais relevantes na odontologia como a presença de cárie, hipossalivação e doença periodontal.

A literatura afirma que o planejamento para o paciente portador de doença hepática deve conter cuidados especiais como: avaliação dos níveis plaquetários, fatores de coagulação, avaliação de quadros leucopênicos e possíveis ajustes nas posologias das drogas comumente utilizadas na Odontologia.

## **PERÍODO GESTACIONAL**

As gestantes são consideradas, ainda, pacientes especiais por pertencerem ao grupo de risco para doenças bucais e, também, pelo fato de apresentarem alterações físicas, biológicas e hormonais, que acabam por criar condições adversas no meio bucal. As principais alterações bucais atribuídas à gravidez incluem: aumento da salivação, náuseas e alterações sobre o periodonto. Tais alterações associadas à internação podem levar ao aparecimento ou agravar doenças da cavidade oral e, assim, comprometer o restabelecimento da condição sistêmica.

Além disso, uma grande preocupação durante o tratamento de gestantes é acerca da terapêutica medicamentosa mais indicada, de acordo com as condições sistêmicas associadas.

O objetivo primário é evitar os efeitos teratogênicos, considerando a capacidade que vários fármacos têm de atravessar a membrana placentária por difusão. Deste modo, algumas condutas importantes devem ser levadas em consideração:

- O conhecimento sobre os trimestres na gravidez é importante para o planejamento do tratamento, bem como a correta prescrição medicamentosa objetivando o menor risco de efeitos deletérios para a mãe e seu bebê.

- O atendimento odontológico às gestantes deve ser preferencialmente realizado no 2º trimestre de gestação, mas em casos de urgência, deve-se ponderar sua real necessidade com vistas a não colocar em risco a saúde do bebê.
- Os fármacos inclusos nas categorias A e B podem ser seguramente prescritos à gestante.
- A fluoroterapia na gestação pode ser realizada de forma tópica, apenas para a melhoria da saúde bucal da gestante.
- É essencial que o Cirurgião-Dentista discuta cada caso junto à equipe multidisciplinar e esclareça à paciente e/ou família sobre os objetivos do tratamento, o tempo de uso dos medicamentos, seus benefícios e riscos, bem como os procedimentos a serem seguidos no caso de reações adversas.

## PACIENTES ONCOLÓGICOS

Pacientes com diagnóstico de câncer que são acompanhados pela rede de atenção do SUS (CACON e UNACOM) têm atendimento odontológico assegurado pela Portaria MS/SAS nº 140, de 27 de fevereiro de 2004, conforme a seguir:

**Art.18** - Para ser credenciado e habilitado como CACON, UNACON ou Hospital Geral com Cirurgia de Câncer de Complexo Hospitalar, o estabelecimento de saúde deverá obedecer aos seguintes critérios:

**V** - Ter equipe multiprofissional e multidisciplinar que contemple atividades técnico-assistenciais realizadas em regime ambulatorial e de internação, de rotina e de urgência, nas seguintes áreas:

- a) psicologia clínica;
- b) serviço social;
- c) nutrição;
- d) farmácia;
- e) cuidados de ostomizados;
- f) reabilitação exigível conforme as respectivas especialidades;
- g) fisioterapia;
- h) fonoaudiologia;
- i) odontologia;
- j) psiquiatria; e
- k) terapia renal substitutiva.

Pacientes oncológicos apresentam necessidades odontológicas significativas, implicando em intervenções odontológicas antes da oncoterapia. A assistência odontológica é indispensável antes, durante e após o tratamento oncológico, buscando eliminar e/ou minimizar infecções e intercorrências na região oral. Sugerem ainda que procedimentos prévios invasivos, como exodontias e raspagens, devam ocorrer no mínimo 14 dias antes do tratamento oncológico, principalmente no caso da Radioterapia, a fim de evitar a osteoradionecrose.

A assistência odontológica é fundamental, pois a intervenção do Cirurgião-Dentista eliminará as infecções pré-existentes, a fim de garantir que o meio bucal esteja hígido e seja um fator complicador a menos durante o tratamento oncológico. Fatores como a má higiene bucal, raízes residuais, doenças periodontais, lesões periapicais, entre outros, propiciam o aparecimento de outras infecções que necessariamente gerarão complicações que poderão estender-se e tornar-se generalizadas devido ao estado de debilidade da saúde em geral do paciente.

Para evitar intercorrências durante o seu manejo odontológico, o Cirurgião-Dentista deverá ser criterioso em sua conduta inicial:

- ✓ Profilaxia, Raspagem (essa deverá ocorrer no mínimo 14 dias antes do início da oncoterapia), Aplicação tópica de flúor e prescrição do bochecho de flúor 0,05% diário.
- ✓ Adequação do meio com troca das restaurações com infiltração e lesões de cárie com Cimento de Ionômero de vidro
- ✓ Correções de próteses mal adaptadas. Orientação sobre o não uso, uso ou o retorno do uso deverá ser orientada pelo profissional.
- ✓ Polimento de restaurações, próteses e arestas devem ser realizados devido a possíveis traumas nos tecidos orais, evitando instalação de lesões e mucosite.
- ✓ Tratamento endodôntico sob antibioticoterapia profilática, e nos casos de focos infecciosos de origens endodôntica ou periodontais, a exodontia do elemento deverá ser realizada (até no mínimo 14 dias antes do início do tratamento oncoterápico).
- ✓ Confecção de protetores orais em caso de radioterapia.
- ✓ Paciente e familiares devem ser orientados também por escrito sobre cuidados com a dieta, fumo, bebidas alcoólicas ou ácidas.

O profissional na assistência odontológica aos pacientes oncológicos, além de ter capacidade técnica de atuação já mencionada nesse manual, deve assistir os efeitos colaterais durante a oncoterapia, como:

- ✓ **Muscosite:** prevenir com crioterapia (gelo de chá de camomila) e laserterapia, sempre após sessão da oncoterapia. No tratamento da muscosite a laserterapia será diária e, se necessário, a prescrição de solução enzimática para hidratação dos tecidos orais.
- ✓ **Trismo:** atendimento multidisciplinar com fisioterapeuta.
- ✓ **Xerostomia:** prescrição de saliva artificial.
- ✓ **Alteração do paladar:** suplemento vitamínico de sulfato de zinco.
- ✓ **Cárie por radiação:** adequação do meio com cimento de ionômero de vidro e verniz fluoretado ou bochecho diário de flúor 0,05%.
- ✓ **Candidose:** prescrição de antifúngicos tópicos e, se necessário, sistêmico.
- ✓ **Infecção Herpética:** prevenir esse quadro e na presença da infecção o tratamento deverá ser precoce, com prescrição de antiviral.
- ✓ **Osteorradionecrose e osteonecrose:** Irrigação diária com clorexidina 0,2% e uso de antibióticos quando necessário, sessões de laserterapia, debridamento da ferida e irrigação com soro, e remoção do osso necrótico até que as margens tenham sangue brilhante.
- ✓ E mesmo após terapia oncológica, alguns efeitos colaterais permanecem e outros aparecem devido ao uso de medicamentos.

E podem apresentar também:

- ✓ **Dermatite**
- ✓ **Digeusia**
- ✓ **Necrose de tecidos**

A assistência odontológica permanece após a alta do paciente, devido a alguns efeitos colaterais permanecerem e outros aparecerem em função do uso de medicamentos pós oncoterapia.

É fundamental a presença do Cirurgião-Dentista em torno do tratamento oncológico, desde uma profilaxia, adequação do meio, confecção de moldeiras de proteção oral, realização de laserterapia, ozonioterapia; até mesmo solicitar sessões de terapia em câmara hiperbárica. Todas as condutas odontológicas se somam às condutas da equipe multidisciplinar para a promoção da recuperação e conforto do paciente, em todas as fases do tratamento oncoterápico.

## DIABÉTICOS

O Diabetes mellitus é considerado um indicador importante dentre os problemas de

saúde no Brasil, atingindo em média 8% da população adulta. Trata-se de uma doença de cunho silencioso da qual cerca de 50% dos diabéticos desconhecem seu diagnóstico, comprometendo o indivíduo não só social e economicamente, mas também sua qualidade de vida. Uma anamnese cuidadosa busca diferenciar o diagnóstico da diabetes Tipo I e II e seu devido encaminhamento para tratar manifestações orais de maneira adequada.

O Cirurgião-Dentista deve estar atento aos sinais como a polifagia e perda de peso, que são sugestivos de diabetes tipo I e/ou ainda a obesidade e hipertensão que vai sugerir diabetes tipo II. Ou seja, a presença de polidipsia (sede excessiva), poliúria (aumento do volume da urina), a perda de peso já mencionado, polifagia (fome excessiva), pode indicar uma atenção especial a esses pacientes devido à deficiência na produção de insulina e sua resistência periférica.

A conduta para o atendimento odontológico deve estar avaliada em parâmetros clínicos periodontais, presença de biofilme, profundidade na sondagem ou sangramento gengival. Aqueles pacientes controlados podem passar pela intervenção de uma equipe multidisciplinar com segurança e sempre observar a importância da coleta de dados na anamnese como guia para um bom planejamento terapêutico essencial.

Certos cuidados a serem considerados:

- O Cirurgião-Dentista deve certificar-se de que a insulina ou mesmo a medicação foi administrada corretamente (no que se refere à dose e horário);
- Recomenda-se sempre a preferência do atendimento pela parte da manhã;
- atendimentos com curto prazo de duração;
- Uso racional de anestésicos vasoconstritores adrenérgicos;
- Reduzir ao mínimo a possibilidade de infecção;
- Aferir a pressão arterial antes e após as consultas;
- Manipular os tecidos no menor tempo possível evitando traumas e lacerações;
- Orientar o paciente acerca da higiene oral e dieta;

## **CUIDADOS PALIATIVOS**

Em 2002 a OMS descreveu o Cuidado Paliativo como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e

espiritual”. Essa foi a primeira vez que o contexto espiritual foi mencionado, levando em consideração não somente o paciente, mas também seus familiares.

O Cuidado Paliativo em pacientes com doença que ameaça a vida envolve cuidados profissionais de uma equipe multidisciplinar que trabalha não só para reduzir a dor e outros sintomas de sua doença, mas também para fornecer suporte emocional, incluindo a seus familiares.

A assistência odontológica nos pacientes com doença que ameace a vida visa trazer conforto, autoestima e alívio de dores. Promove a possibilidade da volta de ingestão de alimentos e bebidas que, devido a efeitos colaterais de diversos tratamentos e das doenças, impedem o paciente de realizar essas necessidades fisiológicas básicas.

Pacientes em Cuidados Paliativos apresentam sérias restrições funcionais e grande comprometimento das funções orais, influenciando funções primordiais como mastigar, engolir, até respirar. As situações mais frequentes são:

- ✓ Dor
- ✓ Sangramento
- ✓ Trismo
- ✓ Feridas abertas
- ✓ Infecções oportunistas
- ✓ Disfagia
- ✓ Xerostomia
- ✓ Desnutrição
- ✓ Desidratação
- ✓ Anorexia
- ✓ Caquexia
- ✓ Desfiguração e
- ✓ Secreções (pacientes traqueostomizados)

Deverá ser avaliada a capacidade de autocuidado do paciente para que a higienização não seja deficiente. O Cirurgião-Dentista orientará o paciente e/ou seus cuidadores em:

- ✓ Utilizar escovas extramacias.
- ✓ Usar pasta dental sem laurilsulfato de sódio, a fim de evitar a descamação dos tecidos orais.
- ✓ O uso de clorexidina 0,12% (orientação quanto ao uso fora do ambiente hospitalar será do profissional).

- ✓ As próteses dentárias deverão ser reembasadas ou adaptadas com adesivos próprios, para evitar lesões, traumas e facilitar a mastigação. Deverão ser retiradas para dormir e imersas em solução antisséptica como clorexidina a 0,12% (30 minutos) ou solução com cloro a 2% ( 5ml ou uma colher de chá de alvejante em 250 ml de água).

Ainda não existe um protocolo a ser seguido para realizar a assistência odontológica nesses pacientes, mas é cediço que se deve sempre minimizar os efeitos indesejáveis e proporcionar conforto para o paciente, também se sugere atenção aos cuidados de:

- ✓ Orientação de higiene oral: orientação paciente/cuidadores quanto à forma, uso de dentifrício e colutórios em boca e/ou próteses.
- ✓ Limpeza e proteção de feridas intra e extraorais: medicações tópicas e/ou sistêmicas
- ✓ Controle da dor em feridas intra e extraorais: soluções e/ou pomadas anestésicas, medicamentos.
- ✓ Infecções oportunistas (candidíase oral): medicações tópicas e/ou sistêmicas, e higienização satisfatória boca e próteses.
- ✓ Xerostomia: hidratante oral e/ou saliva artificial.
- ✓ Orientação dietética: Evitar alimentos cítricos, condimentados e quentes para proteção da mucosa oral xerostômica e/ou ulcerada (diálogo com Nutricionista da equipe multidisciplinar)
- ✓ Focos infecciosos: origem dentária ou periodontal, discutir com a equipe multidisciplinar o melhor momento para intervenção odontológica.
- ✓ Traumatismo mucoso: reembasamento de próteses, polimento de restaurações e arestas.

O Cirurgião-Dentista deve estar atento ao quadro clínico do paciente para evitar qualquer intercorrência que debilite ainda mais o paciente. Nesse processo, o diálogo com a equipe multidisciplinar é fundamental para assegurar o melhor momento de realização ou não realização de qualquer intervenção odontológica mais invasiva (infecções dentárias e periodontais). No tocante ao principal papel do Cirurgião-Dentista, esse consiste em garantir a higiene bucal diária satisfatória, seja em ambiente hospitalar ou domiciliar. Nesse último caso, os familiares devem ser orientados para o manejo da higienização oral.

O Cirurgião-Dentista que assiste esses pacientes deve, além de ter conhecimento e domínio técnico, ser um profissional com conduta humanizada, com empatia para que haja conforto e dignidade em todas as fases do seu tratamento.

### **PACIENTES CRÍTICO-CARDÍACOS**

O paciente crítico deve ser acompanhado pela equipe multidisciplinar a fim de evitar que infecções oriundas de outros focos, e que não são ligadas à doença base, prejudiquem a melhora clínica. A boca é a região mais contaminada dentro das unidades de terapia intensiva, colonizada por bactérias patogênicas, principalmente de origens periodontais, e esse fator é extremamente agravante, causando a desestabilização do quadro sistêmico do paciente, além de propiciar novas doenças oportunistas.

Quando o paciente crítico é cardíaco os cuidados com a higienização no ambiente hospitalar são mandatórios, já que focos infecciosos estão intimamente ligados a problemas cardiológicos, então os cuidados não se diferem dos outros tipos de internações.

Nas UTI's Cardíacas depara-se com diversos tipos de agravos cardiológicos instáveis hemodinamicamente e por vezes com intubação traqueal, somados a problemas de origem bucal pré-existentes, comprometendo o quadro clínico do paciente. O protocolo de higienização deve ser seguido diariamente nesses pacientes visando impedir a instalação da pneumonia associada à ventilação mecânica, e os protocolos de higienização e a rotina odontológica dentro da UTI Cardíaca em nada se diferem de outras internações; os cuidados se diferenciam no manejo medicamentoso do paciente, pois deve-se atentar de forma criteriosa a:

- ✓ Profilaxia antibiótica
- ✓ Vasoconstritores
- ✓ Controle do sangramento pós-cirúrgico (paciente em uso de anticoagulantes e antitrombóticos)

A assistência de procedimentos odontológicos invasivos ou até mesmo as adequações do meio devem ser decididas com a equipe multidisciplinar, pois envolvem o comprometimento sistêmico do paciente. Na inviabilidade de promover procedimentos odontológicos invasivos é essencial que, no mínimo, sejam realizados os cuidados paliativos para diminuir, cessar ou evitar agravos ou agudização de alguma lesão. A higienização diária não deve ser negligenciada, para evitar o acúmulo de biofilme e secreções que podem ser broncoaspiradas pelo paciente.

### **TERAPIA INTENSIVA**

A assistência odontológica em unidades de terapia intensiva (UTI) é primordial na garantia de melhor restabelecimento da saúde integral do paciente, bem como custo-eficiente para a prevenção e o controle de doenças, principalmente a infecção a qual é uma complicação frequente e de elevada mortalidade em UTIs.

Neste ambiente, os pacientes apresentam várias alterações sistêmicas relevantes que comprometem o sistema imunológico, tais como infecções respiratórias. Os cuidados orais são percebidos como altamente importantes em pacientes sob ventilação mecânica (VM) em UTI.

Há um vasto conteúdo científico de evidências na literatura sobre os altos índices de infecção do trato respiratório em pacientes internados em UTI, particularmente aqueles sob ventilação mecânica. Aspectos relacionados à idade, doenças de base e uso de sondas têm sido considerados fatores predisponentes. Estudos mais recentes apontam a boca, pelo seu potencial microbiano, como uma fonte em potencial para a infecção pulmonar, uma vez que a cavidade oral pode servir como um reservatório para a colonização dos patógenos respiratórios.

A pneumonia nosocomial é a segunda infecção hospitalar mais frequente e a causa mais comum de morte entre as infecções adquiridas em ambiente hospitalar. Nas UTIs, a maior parte das pneumonias hospitalares é de casos de pneumonia adquirida por ventilação mecânica, podendo acometer entre 8% e 38%. Os fatores de risco para o desenvolvimento de pneumonias nosocomiais incluem idade acima de 70 anos; desnutrição; doenças de base; depressão do nível de consciência; doenças pulmonares e cardiológicas; ventilação mecânica; manipulação do paciente pela equipe hospitalar; uso de sondas ou de cânula nasogástrica; intubação ou reintubação orotraqueal; traqueostomia; macro ou microaspiração de secreção traqueobrônquica; uso prévio de antimicrobianos; traumas graves; broncoscopia e broncoaspiração de microrganismos da orofaringe; administração de antiácidos ou de bloqueadores de receptores H<sub>2</sub>; permanência em posição supina e transporte dentro do hospital.

Cada milímetro cúbico de biofilme dental contém cerca de 100 milhões de microrganismos (bactérias, fungos e vírus), que podem servir como reservatório de patógenos em potencial. Existe a possibilidade de estes microrganismos alcançarem a corrente sanguínea e/ou serem encaminhados à saliva e aspirados, causando infecções à distância. Também é preciso ressaltar que, em pacientes graves, são comuns o baixo fluxo salivar, o reflexo de tosse diminuído, a pouca capacidade de higienização e o comprometimento físico, além de estarem presentes fatores que alteram a microbiota

corporal e debilitam a resposta imune, tornando-os potenciais vítimas de infecções respiratórias.

As formas de prevenção baseiam-se no controle dos fatores de risco modificáveis à pneumonia, uma vez que os fatores não modificáveis não podem ser alterados. Condutas importantes a serem adotadas:

- Reforçar a higiene oral com aspiração constante da cavidade oral e orofaringe;
- Descontaminação da cavidade oral através de vários meios como escovação dentária, debridamento mecânico, uso tópico de antibióticos não absorvíveis e uso de soluções orais;
- Educação continuada da equipe multidisciplinar dentro da UTI;
- Adesão aos programas de prevenção e controle das infecções hospitalares;
- Estabelecimento de protocolos que evitem o uso indiscriminado de antibióticos;
- Formulação de protocolos de desmame ventilatório e sedação;
- Remoção precoce dos dispositivos invasivos que podem servir como porta de entrada para os microrganismos causando as infecções nosocomiais.

## **CUIDADOS ODONTOLÓGICOS E A COVID-19**

A odontologia quando integrada ao hospital desempenha uma assistência ao paciente com necessidade de intervenções em alta complexidade e a participação deste profissional visa oferecer mais força e identidade à equipe multidisciplinar, principalmente no que tange ao cenário atual pandêmico.

O coronavírus 2019 (COVID-19) é atualmente uma emergência de saúde pública com atuação global, possui alta capacidade de disseminação, contágio e virulência, elevando o número de atendimentos hospitalares de alta complexidade. A prática odontológica durante a pandemia visa primeiramente sistematizar a biossegurança e os equipamentos de proteção individual (EPIs), sistematizar recomendações das práticas clínicas e esclarecer que os aerossóis apresentam-se uma vida média em superfícies como plásticos e aço inoxidável de 6,8 horas e 5,6 horas respectivamente.

Sendo assim, o atendimento odontológico, além de muito senso, cabe a eletividade de executar somente os procedimentos de urgências e emergências, pois a disseminação e infecção na saliva são desconhecidas. Deve-se sempre observar o custo benefício para realização de procedimento odontológico de forma indiscriminada durante a pandemia.

Temos a American Dental Association (ADA) que dita os procedimentos realizados pelo Cirurgião-Dentista em pacientes acometidos pela COVID-19:

## **As emergências odontológicas ( aquelas que apresentam risco de morte):**

- Sangramentos não controlados;
- Celulite ou infecções bacterianas difusas, com aumento de volume (edema) de localização intraoral ou extraoral, e potencial risco de comprometimento da via aérea dos pacientes;
- Traumatismo envolvendo os ossos da face, com potencial comprometimento da via aérea do paciente.

## **As urgências odontológicas ( aquelas que dão prioridade ao atendimento):**

- Dor odontológica aguda, decorrente de inflamação da polpa dentária (pulpite);
- Cárie extensa ou restaurações com problemas que estejam causando dor;
- Pericoronarite ou dor relacionada a processos infecciosos envolvendo os terceiros molares retidos;
- Alveolite pós-operatória, controle ou aplicação medicamentosa local;
- Abscessos (dentário ou periodontal) ou infecção bacteriana, resultando em dor localizada e edema;
- Fratura de dente, resultando em dor ou causando trauma do tecido mole bucal;
- Cimentação ou fixação de coroa ou próteses fixas, caso a restauração provisória ou definitiva esteja solta, perdida, quebrada ou causando dor e/ou inflamação gengival;
- Ajuste ou reparo de próteses removíveis que estejam causando dor ou com a função mastigatória comprometida;
- Troca para medicação intracanal, para endodontia, caso o paciente esteja com dor;
- Necroses orais com dor e presença de secreção purulenta;
- Ajuste, troca ou remoção do arco ou dispositivo ortodôntico que estiver ulcerando a mucosa bucal;
- Trauma dentário com avulsão ou luxação.

Trabalhos científicos recentemente publicados contibuem para a recomendação e difusão de informações coletadas, favorecendo um método de prevenção e manejo adequado frente à pandemia. Dos procedimentos recomendados pela ADA, devem ser acrescentados outros pertinentes aos pacientes oncológicos e pacientes complexos sistematicamente como: mucosites orais como indicação de tratamento com laserterapia; tratamento odontológico

necessário prévio a procedimento médico crítico; biópsia de alterações anormais dos tecidos orais (desordens potencialmente malignas); instalação de protetores bucais de EVA (Etil Vinil Acetato) em pacientes entubados em UTI com trauma de tecidos moles e tubo orotraqueal; tratamento de lesões traumáticas em pacientes entubados em UTI; reembasamento de prótese total para progressão de dieta oral (FRANCO JB; DE CAMARGO AR; PERES MPSM, 2020).

A COVID-19 apresentou um cenário o qual requer mudanças. Os procedimentos depois de avaliados devem sempre evitar a formação de aerossóis e a maior biossegurança com o objetivo maior de evitar a propagação e maior segurança para redução de infecções cruzadas.

## **ATENDIMENTO EM ODONTOLOGIA HOSPITALAR DE PACIENTES EM UTI: INTERNADOS EM VENTILAÇÃO MECÂNICA, DEPENDENTES, DISFÁGICOS, DÉFICIT COGNITIVO COM COVID-19.**

O ambiente das UTIs é pouco conhecido pela grande maioria dos cirurgiões-dentistas, assim como os devidos protocolos junto à equipe multidisciplinar. Não requer uma simples tarefa de execução de profilaxia local de elementos dentais, é necessário um aprendizado sólido, um “perfil” profissional para execução de maior proficiência acerca do acesso diferenciado aos pacientes agora que se apresentam intubados, traqueostomizados, sedados ou pouco colaboradores.

AOUAR e MELO (2020) contribuíram com protocolo de atendimento hospitalar em pacientes em UTI – COVID-19, o qual visa contribuir com medidas baseadas no cenário atual do novo coronavírus, respaldando que estava passível de sofrer modificações das informações que serão agora disponibilizadas:

**PRESCRIÇÃO:** Cirurgião-Dentista e/ou Enfermeiro e/ou Médico

**ORIENTAÇÃO:** Cirurgião-Dentista

**EXECUTANTE:** Cirurgião-Dentista, Enfermeiro e/ou Técnico de enfermagem.

### **HIGIENE BUCAL (HB)**

- Retirar qualquer tipo de adereço antes de entrar na UTI, tais como: anéis, relógio, brincos, pulseiras, colares, entre outros;
- Higienizar as mãos ao entrar na UTI, lavando-as rigorosamente com água e sabão;

- Sempre lavar as mãos, antes e depois de retirar as luvas;
- Secar as mãos com papel toalha;
- Descartá-lo em lixo apropriado;
- Paramentar-se adequadamente - dentista que for fazer atendimento aos pacientes da UTI deverá utilizar todos os EPIs necessários, bem como deverá trocá-los a cada paciente. São eles:
  - Uso de gorro;
  - Óculos de proteção;
  - Máscara N95/PPF2 ou equivalente;
  - Protetor facial;
  - Avental impermeável;
  - Luvas de procedimento;
  - Os calçados protegidos com propé.

## Protocolo de Atendimento em Odontologia Hospitalar

- Pacientes em UTI – Covid-19 Obs: Quando as mãos não estiverem com sujidade visível podem ser higienizadas por meio de fricção com álcool em gel a 70%;
- Separar o kit de higiene bucal adequado;
- Montar previamente gaze estéril em espátula abaixadora de língua;
- Preparar material para tamponamento de orofaringe;
- Checar em prontuário se há restrição quanto à elevação de cabeceira
- Fazer higiene peribucal com gaze umedecida em clorexidina a 0,12%;
- Aspirar a cavidade bucal antes de posicionar a cabeceira do paciente em 30- 45°;
- Assegurar a correta fixação do tubo oro-traqueal em pacientes sob ventilação mecânica;
- Verificar a pressão do balonete (cuff); manter 18-22 mmHg ou 25-30 cmH20; nos pacientes intubados;
- Independentemente do seu nível de consciência, explicar ao paciente e seu acompanhante (quando presente) o procedimento de HB a ser realizado;
- Realizar a antissepsia da região peribucal e parte externa dos lábios, com gaze estéril umedecida em solução de clorexidina a 0,12%;
- Realizar tampão da região de orofaringe: posicioná-lo na região posterior da cavidade oral, anterior à faringe, lateralmente ao tubo, para evitar que o peróxido de hidrogênio seja aspirado.

- Aplicar 15 ml de Peróxido de Hidrogênio a 1% por 30 segundos, previamente à higiene bucal, em toda a região de mucosa bucal, dentes e tubo orotraqueal, com auxílio de gaze montada em espátula de madeira, dando ênfase à região de dorso da língua, tendo em vista que a Covid-19 é vulnerável à oxidação;
- Realizar aspiração de conteúdo intrabucal e da orofaringe;
- Remover as sujidades das estruturas intrabucais utilizando gaze estéril montada em espátula abaixadora de língua, de forma “acolchoada”, envolvendo completamente a ponta e o corpo de ação da espátula para evitar lesão em tecidos moles;
- Aplicar gaze umedecida em clorexidina 0,12 % sem álcool (sem excesso e sem deixar sobrenadante em saliva), com movimentos pósteros-anteriores (de trás para frente), sem empregar força manual;
- Realizar este passo em todas as estruturas moles e duras presentes na boca: mucosa jugal; parte interna dos lábios; gengiva; palato; dorso da língua; dentes; próteses fixas e tubo orotraqueal (TOT);
- Lubrificar os tecidos intrabucais moles (mucosas da bochecha, parte interna dos lábios, gengivas, palato, dorso e ventre da língua) com saliva artificial ou solução fisiológica a 0,9%. Aplicar sem excesso, sem friccionar e sem deixar sobrenadante em saliva, com movimentos pósteros-anteriores. Se não houver risco para o executante, o lubrificante pode ser aplicado com as pontas dos dedos enluvadas. Realizar essa lubrificação da arcada superior para a inferior;
- O TOT também deverá ser higienizado da mesma forma que as estruturas bucais, com movimentos pósteros-anteriores e leves para a redução do risco de extubação acidental;
- Nunca aplicar solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12% diretamente na cavidade bucal pelo risco de broncoaspiração, somente umedecida em gaze estéril.
- Manter o intervalo de 12 horas entre as aplicações da solução aquosa de digluconato de clorexidina a 0,12%, mesmo que sejam necessários novos procedimentos de HB no paciente. Sendo assim, a HB intermediária deverá ser realizada com água destilada estéril;
- Sempre aspirar a saliva e sobrenadantes, ou seja, proceder a aspiração da cavidade bucal do paciente imediatamente antes, durante e depois dos procedimentos de HB com sugador odontológico ou sonda de aspiração, conectados ao circuito de aspiração;
- Realizar descarte de material utilizado em lixo apropriado;
- Proceder a desparamentação conforme preconizado no serviço. Observação: Todas as

medidas são baseadas no conhecimento atual sobre o Novo Coronavírus e podem sofrer alteração caso novas informações sejam disponibilizadas.

O SARS-CoV-2 (Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda) foi descoberto em amostras obtidas de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade província de Hubei, na China, em Dezembro de 2019 e, de fato, tornou-se uma pandemia, ou seja, com relação de disseminação mundial com transmissão relacionada a uma nova doença. Uma parcela dos infectados apresentam-se assintomáticos e 80% daqueles que desenvolvem sintomas têm uma relevância leve da doença. Sendo assim, a SARS-CoV-2 pode ser assintomática ou sintomática com presença da doença respiratória aguda, chegando à pneumonia e ao óbito.

O modo de transmissão desta doença se dá através da exposição de mucosas ocular, nasal e oral com gotículas ou aerossóis contendo SARS-CoV-2, originados das vias aéreas, saliva ou sangue. Sendo assim, a COVID-19 vem apresentando elevado risco para os profissionais de saúde nos ambientes: perioperatório, consultórios, ambulatórios, salas de emergência e unidades de terapia intensiva.

Outros profissionais, assim como os cirurgiões-dentistas que lidam diariamente com a região de cabeça e pescoço, incluindo oftalmologistas, otorrinolaringologistas e endoscopistas estão sujeitos aos riscos contra a saúde em virtude da COVID-19. Portanto houve a necessidade de se planejar recomendações e diretrizes gerais para o manejo da aerossolização em ambientes onde há grande disseminação da doença.

O longo período de intubação associado à ausência de cuidados orais, favorece o risco de o paciente evoluir para a PAV (Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica), sendo considerada a principal infecção nosocomial a estes pacientes que estão assistidos com a ventilação mecânica. Com a presença do cirurgião-dentista e diretrizes aplicadas de protocolos rígidos de higiene oral, a chance de evolução para a PAV é consideravelmente diminuída.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) atualizou a Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020 e com o apoio do Conselho Federal de Odontologia, recomendou os serviços de saúde e suas medidas de assistência e prevenção e quais métodos de controle deveriam ser empregados para evitar a contaminação ou propagação. Entre os atendimentos odontológicos, recomendou-se que o cirurgião-dentista deve postergar os procedimentos eletivos e realizar apenas aqueles procedimentos categorizados como de urgência e emergência, sempre utilizando medidas que atenuem a propagação de aerossóis e respingos de saliva e de sangue.

Esse comitê foi destinado para orientar e auxiliar os profissionais junto a sua equipe, portanto, a triagem do paciente para a COVID-19 pode ser realizada por telefone ou presencialmente (desde que siga todos os protocolos expostos e divulgados pelos órgãos competentes nacionais e regionais) e para os pacientes sem suspeita e tratamento eletivo sugere-se postergar o tratamento odontológico; pacientes com suspeita para COVID-19 e tratamento eletivo, sugere-se postergar o tratamento odontológico e orientar o paciente a fazer isolamento domiciliar imediatamente e a procurar serviço de saúde somente em caso de agravamento dos sintomas; paciente com suspeita para COVID-19 e tratamento de urgência/emergência, o tratamento odontológico deve ser realizado com precaução padrão - e adicionais - para toda a equipe; se forem necessárias suturas deve-se realizá-las com material absorvível. Fazer desinfecção terminal ao fim de cada atendimento no consultório. Os descartes de EPI e materiais infectantes devem ocorrer em lixo apropriado. Realizar o suporte necessário após o atendimento de urgência/ emergência via telefone, no intuito de evitar contato com o paciente.

A responsabilidade de um cirurgião-dentista frente à pandemia é diminuir de sobremaneira os riscos de que pacientes desenvolvam ou evoluam qualquer infecção que possa contribuir com a susceptibilidade aos efeitos que causam o vírus.

Vale ressaltar que a pandemia da COVID-19 também nos traz uma reflexão ética acerca de todos os recursos escassos e informações, sendo assim, todo paciente deve ser tratado como suspeito de ser portador da doença, já que os testes de confirmação são insuficientes e há casos em que, ao se apresentarem assintomáticos ou ainda na fase inicial da doença, podem transmitir o vírus.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Conselho Regional de Odontologia do Amapá - juntamente com a Comissão de Odontologia Hospitalar – vem, por meio deste manual, recomendar o desempenho ético, legal, social e valorização dos profissionais que exercem legalmente sua função, doando à sociedade conhecimento técnico-científico para melhoria da qualidade de vida e promoção de saúde e, assim, deixarmos nosso incentivo para que todos fomentem, através dessa publicação, somar cada dia a mais por uma Odontologia Integral e prestigiada socialmente. É responsabilidade de cada Cirurgião-Dentista a busca da valorização, construções científicas, práticas clínicas éticas e responsáveis para garantir acesso de um serviço com qualidade e consolidação da classe.

Considera-se que as doenças tenham origens multifatoriais, desse modo é necessária uma abordagem global do processo saúde-doença em cada paciente. Nesse sentido, a assistência em saúde deve ir muito além dos cuidados administrados pelos profissionais médicos, abrangendo também os enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e cirurgiões-dentistas, construindo-se uma equipe multidisciplinar a assistir de forma holística o paciente para que se efetive a estabilização e recuperação/restauração da sua saúde, bem como o equilíbrio do corpo e do espírito.

Os atendimentos de atenção odontológica mostram-se essenciais aos pacientes com COVID-19, pois o longo período de intubação causa alterações em cavidade oral como lacerações em lábios e língua, xerostomia e a necessidade de hemostasia local ou até mesmo instalação de protetores orais para proteção contra a mordedura sobre o tubo de ventilação mecânica. Ainda temos demonstrado que o cirurgião-dentista contribui com a melhoria da resposta ao tratamento e redução de complicações e conforto oral.

A separação das diversas áreas da saúde atrapalha de sobremaneira a saúde geral dos pacientes, pois ao realizar atendimentos e tratamentos de modo individualizado prejudica tanto o diagnóstico precoce quanto o tratamento correto da doença base apresentada. É de urgência que as autoridades de saúde pública interrelacionem e valorizem mais a saúde bucal e suas influências sistêmicas e não aguardar uma pandemia para que seja concretizado o conhecimento da importância desses profissionais e seu impacto positivo junto à equipe hospitalar.

**REFERÊNCIAS:**

- 1- AOUAR, Livia El; MELO, Jerlucia Cavalcanti das Neves. **Materiais necessários para higiene bucal em pacientes internados.** Rev. Cient. OARF/ v.4, n.1,p.63-70.ISSN: 2525-4820,2020. Acesso em: <https://revistaeletronica.fab.mil.br/index.php/reoar/article/view/154>. Acessado em 12, Abril, 2021.
- 2- AMARAL, S.M.; CORTÊS, A.Q.; PIRES, F. R. **Pneumonia Nosocomial: importância do microambiente oral.** J Bras Pneumol, v. 35, n. 11, p. 1116-1124, 2009.
- 3- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA (AMIB). **Procedimento Operacional Padrão de higiene oral.** Depto. Odontologia e Depto. Enfermagem. Sao Paulo, 2019.
- 4- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA (AMIB). **Recomendações AMIB para atendimento odontológico COVID- 19:** Comitê de Odontologia AMIB de enfrentamento ao COVID-19 Departamento de Odontologia AMIB. Acesso em: [https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/marco/22/RECOME\\_NDAC\\_\\_O\\_\\_ES\\_ODONTOLOGIA\\_COVID-19\\_AMIB\\_-\\_2020\\_pdf\\_\\_1\\_.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/22/RECOME_NDAC__O__ES_ODONTOLOGIA_COVID-19_AMIB_-_2020_pdf__1_.pdf). Acessado em: 28, Abril 2021. AMIB.
- 5- **ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO EM UTI.** pdf. Disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/2>>. Acessado em 05/12/2020.
- 6- BAISEREDO, Claudia; AZEVEDO, A; AMAR, S.P. **Protocolo de Atendimento Odontológico para Pacientes Oncológicos.** CEMOI, Brasília, dez/2020.
- 7- BENZINELLI, Leticia Mello. **A Odontologia Hospitalar nos hospitais públicos vinculados à secretaria do estado da saúde de São Paulo.** 2014. 132 f. Tese (Doutorado) - Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- 9- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Caderno de Atenção Básica nº 17.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/pesquisa/23/23612>>, acesso em 22/01/2021 às 14:25.
- 10- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de atendimento odontológico a pacientes comcoagulopatias hereditárias. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2008. Disponível em<[https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/202004/manual\\_de\\_atendimento\\_odontologico\\_a\\_pacientes\\_coacogulopatias\\_hereditarias\\_0](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/202004/manual_de_atendimento_odontologico_a_pacientes_coacogulopatias_hereditarias_0)>.pdf. Data de acesso 21/01/21.
- 11- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor** - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
- 12- CAGNANI, A; BARROS, M.A.S; SOUSA, L.L.A.; ZANIN, L; BERGAMASCHI, C.C., et al. **Doença Periodontal como fator de risco para pneumonia aspirativa: uma revisão sistemática.** Biosci. J., Uberlândia. 2016; v.32, n. 3, p. 813-821, May/June.
- 13- CAMARGO, Elaine. C. **Odontologia Hospitalar é mais do que cirurgia bucomaxilofacial.** Jornal do Site. 2005; ano VI (98). Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/elainecamargo/artelainecamargo98.htm>> Acesso

- em 12 fev. 2021.
- 14- CÂMARA TÉCNICA DE ODONTOLOGIA HOSPITALAR. **Manual de Odontologia Hospitalar**. Conselho Regional de Odontologia do Paraná , versão revisada de 2017 – publicada em 14/05/2018. Disponível em <<http://www.cropr.org.br/uploads/arquivo/14bae6aaeacbcc6bbba1a2331490411.pdf>> Acesso em 21/01/21.
  - 15- CASTILHO, L.S.; LISBOA, S.S.M.L.; COSTA, L.N.; VILAÇA, E.L.; SILVA, M.E.S.; SILVEIRA, R.R. **Considerações sobre o paciente em tratamento com bisfosfonatos: o que todo Cirurgião-Dentista precisa saber**. R Cromg, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 19-24, jan./jun., 2013.
  - 16- 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. 2014;26(4):379-383.
  - 17- FERRAZ, M.L.C.G; PEREZ, R. **O Paciente Hepatopata e as Práticas Odontológicas**. In: GREGORI-CARLOS. Propedêutica Clínica Odontológica. São Paulo: Savier, p. 95-106, 2006.
  - 18- FRANCO, J.B; DE CAMARGO, A.R; PERES, M.P.S.M. Cuidados Odontológicos na era da COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. **Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentista**, São Paulo, 03/2020; 74(1):18-21. Disponível em : <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/8b9e5bd8d0d5fd9cf5f79f81e6cb0e56.pdf> acesso em: 28 de Abril de 2021.
  - 19- GADELHA, R.L; ARAÚJO, J.M.S. **Relação entre a presença de microorganismos patogênicos respiratórios no biofilme dental e pneumonia nosocomial em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão de Literatura**. Rev Saúde & Ciência. 2011;2(1)95-104.
  - 20- GALRIÇA, NETO I. **Pequeno manual básico de cuidados paliativos** – Região de Saúde de Lisboa.
  - 21- LEVENSON, D. et al. **Dental Management of Liver Transplant Patient**. The New York State Dental Journal, p. 16-18, 2013.
  - 22- **Manual de Odontologia Hospitalar** – Conselho Regional de Odontologia de Mato Grosso, 2020. Disponível em <<https://zukt-3s.nyc3.digitaloceanspaces.com/10/10/1592495681718.pdf>> data de acesso 21/01/21.
  - 23- **Manual de Odontologia Hospitalar**. Conselho Regional de Odontologia do Paraná. Disponível em <[website.cfo.org.br](http://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/)> wp-content > uploads > 2020/07>, acessado em: 23/01/2021.
  - 24- **Manual de cuidados paliativos** / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. - Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
  - 25- MELO, A.G.C.D. **Os Cuidados Paliativos no Brasil**. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos, v. 01, p. 5-8, 2008.
  - 26- MORAIS, T.M.N; SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI**. 1ed.-Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
  - 27- MORAIS, Teresa Márcia Nascimento de, et al. **A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 18, n. 4, p.412-417, dez. 2006.
  - 28- NASCIMENTO, E.P; ANDRADE, F.S; COSTA, A.M.D.D; TERRA, F.S. **Gestantes frente ao tratamento Odontológico**. Rev. Bras Odontol 2012; 69(1):125-30.
  - 29- ODONTOLOGIA, C. F. (2003). **Código de Ética Odontológica**. Florianópolis(SC).
  - 30- ODONTOLOGIA, C. F. (2015). **RESOLUÇÃO CFO-163/2015**. Rio de Janeiro.
  - 31- Odontologia Hospitalar - Manual. **Prática odontológica** – São Paulo, secretaria de saúde, 2012. Disponível em <<https://www.cemoi.com.br/wp-content/uploads/2019/02/CEMOI-Odontologia-Hospitalar-UTI-123.pdf>> data de acesso

- 21/01/21.
- 32- PASETTI, Carneiro Leão; ARAKI, Albuquerque. Ramos; SANTOS et al. **A Importância do Cirurgião-Dentista na Unidade de Terapia Intensiva.** Rev. Odontologia 2013.
- 33- PASETTI, Teixeira Carraro. **Atuação da Odontologia em pacientes submetidos à ventilação mecânica.** Rev. Odontologia, Bauru, 2014.
- 34- PARANÁ, R; WAKSMAN, J.C. **Mecanismos de hepatotoxicidade medicamentosa: o exemplo do acetaminofen/paracetamol.** GED, v. 30, n. 1, p. 11-13, 2011.
- 35- PORTAL EDUCAÇÃO. **Curso de Odontologia Hospitalar.** Disponível em <www.portaleducação.com.br>, acessado em 21/02/2021.
- 36- SANTOS, P.S.S; SOARES, L.A.V. **Medicina Bucal: A Prática na Odontologia Hospitalar:** Santos, p.336, 2013.
- 37- SAÚDE, M. D. (2010). **RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010.**
- 38- SÃO PAULO. **Secretaria de saúde. Manual de Odontologia Hospitalar – Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar,** 2012. Disponível em <cf.org.br/wp-content/uploads/2020/07>, acessado em: 23/01/2021.
- 39- SOUZA, R. C. C; COSTA, P. S; COSTA, L. R. **Precauções e Recomendações sobre Sedação Odontológica durante a Pandemia de COVID-19.** Revista Brasileira de Odontologia. Associação Brasileira de Odontologia – Seção Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ, 04/2020; v77:e1788. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/1788/pdf> acesso em: 28 de Abril de 2021.
- 40- VARELLIS, M.L.Z et al. **Odontologia Hospitalar.** 1ed.-Sao Paulo: Santos, 2018.
- 41- VASCONCELOS, R.G et al. **Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança.** Rev. bras. odontol., Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012
- 42- VIEIRA, D.L.; LEITE, A.F.; MELO, N.S.; FIGUEIREDO, P.T.S. **Tratamento odontológico em pacientes oncológicos.** Oral Sci., vol. 4, nº 2, p. 37-42, 2012.
- WULKAN, M; PARREIRA JR, JG; BOTTER, D.A. **Epidemiologia do Trauma Facial.** Rev Assoc Med Bras. V.51, n. 5, p.290-5 <[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-38882016000100003&lng=en&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882016000100003&lng=en&nrm=iso)>

CD-210 Patricia Lenora dos Santos Braga - Presidente;

CD-774 Andrielle Ramalho de Moura Silva - Secretária Geral;

CD-185 Luciano Teixeira da Silva - Tesoureiro;

CD-622 Bárbara Dolores França da Silva - Pres. Com. Tomada de Contas;

CD-653 Talita Lorena Seabra do Rosário Almeida - Pres. Com. Ética

CD-706 Elton Rodrigues Colares – Conselheiro Suplente

CD-269 Rubens da Rocha Portal Junior – Conselheiro Suplente

Gestão 2018/2021

