

ESCOVAÇÃO SUPERVISIONADA EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA (UTI): RELATO DE CASO

SUPERVISED BRUSHING IN INTENSIVE CARE UNIT (ICU): A CASE REPORT

LUIZ RENATO KREB¹, FRANCISCO KELMER¹, VITOR MARQUES SAPATA², ANDRE BARBISAN DE SOUZA²

1. Acadêmico do Curso de Graduação em Odontologia da Faculdade Ingá; 2. Mestre em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá, Professor Auxiliar da Faculdade Ingá.

* Rua Mato Grosso, 432, Jardim Alvorada, Maringá, Paraná, Brasil. CEP 87033-110. luizkreb@bol.com.br.

Recebido em 20/08/2014. Aceito para publicação em 08/09/2014

RESUMO

A participação dos profissionais da saúde bucal como prestadores de serviços realizados em nível ambulatorial e hospitalar, em especial na UTI, tem o objetivo de colaborar, oferecer e agregar mais força ao que caracteriza a nova identidade do hospital, dando maior ênfase na integralidade da atenção e assistência. O presente trabalho avaliou os efeitos da higiene bucal com clorexidina 0,12% e a escovação mecânica por meio de um relato de caso clínico realizadas na UTI, do Hospital Memorial de Maringá-Paraná. Foi observada uma melhora na qualidade da saúde bucal dos pacientes submetidos ao tratamento proposto, também uma redução na quantidade de placa bacteriana e sangramento gengival. Conclui-se que a saúde bucal dos pacientes críticos que não contam com atendimento odontológico e higiene bucal eficientes na UTI, sofrem com o acúmulo de biofilme e cálculo dental.

PALAVRAS-CHAVE: Escovação, pacientes UTI, periodontia.

ABSTRACT

The participation of oral health professionals as providers of services performed in ambulatory and hospital level, in particular in the ICU, aims to collaborate, offer and add more strength to the new identity of the hospital, giving greater emphasis on integrality of attention and assistance. The present study evaluated the effects of oral hygiene with chlorhexidine 0.12% and mechanical brushing through a clinical case report carried out in intensive care, the Hospital Memorial of Maringá-Paraná. It was observed an improvement in the quality of oral health of patients undergoing the treatment proposed, also a reduction in the amount of plaque and gingival bleeding. It is concluded that the patients' oral health

critics who don't rely on dental care and oral hygiene efficient in ICU, suffering with the accumulation of biofilm and dental calculus.

KEYWORDS: Brushing, ICU patients, periodontics.

1. INTRODUÇÃO

A UTI (Unidade de Terapia Intensiva) é uma unidade dentro do próprio hospital, com a finalidade de tratar dos pacientes que se encontram em estado crítico ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, que necessitam de acompanhamento e monitoramento continuamente com o objetivo de retirar o paciente de um estado crítico de saúde com grave perigo de morte, e o coloca em uma condição que possibilite a continuidade do tratamento da doença que o levou a tal estado^{1,2}.

Pacientes internados na UTI frequentemente estão com a boca aberta devido à intubação oro traqueal, levando a desidratação da mucosa bucal. O desenvolvimento de doenças bucais e halitose são causados pelo aumento do biofilme e saburra lingual e a uma higienização não adequada³

Segundo Sannapieco⁴, “existe uma relação entre doenças bucais e doenças sistêmicas, principalmente às doenças periodontais”. Dentre as doenças sistêmicas, as que acumulam mais evidências científicas em relação às doenças periodontais, são as doenças respiratórias. Vários estudos indicam que as periodontopatias podem influenciar o curso das infecções respiratórias, destacando-se as pneumo-

nias^{3,4,5}.

Além disso, lesões bucais como cáries, necrose pulpar, lesões na mucosa devido o biofilme existente em dentes fraturados ou infectados podem influenciar diretamente na ação dos medicamentos. Os fatores de virulência dos microorganismos da placa bacteriana podem trazer para as pacientes repercussões na sua condição sistêmica^{6,7}.

Segundo Benati & Montenegro⁸, as infecções bucais como foco primário de infecções sistêmicas em pacientes em UTI, apesar de pouco documentada, tem sido relevante nas discussões das equipes interdisciplinares. A infecção bucal pode ser de alta mortalidade nos pacientes, sendo que os microorganismos principais adquiridos na UTI têm relação bucal as *Pseudomonas aeruginosa*, o *Stafilococcus aureus* e o *Streptococcus coagular*⁹.

A forma mais comum dos microorganismos bucais alcançarem o trato-respiratório é através da aspiração do conteúdo da orofaringe, inalação de aerossóis infectantes, disseminação de áreas adjacentes e contaminação hematogênica¹⁰.

A participação dos profissionais da saúde bucal, como prestadores de serviços realizados em nível ambulatorial ou hospitalar, em especial na UTI, tem o objetivo de oferecer mais força ao que caracteriza a nova identidade do hospital, dando maior integridade da atenção e assistência⁸.

Segundo Morais *et al.*,³. “o atendimento odontológico específico deverá ter como base a busca da completa higiene bucal, bem como a saúde do sistema estomatognático do paciente durante sua internação, tendo como premissa o controle do biofilme e também vindo a prevenir e tratar a cárie, a doença periodontal, as infecções Peri implantares, as estomatites, bem como outros problemas bucais.” Para que os pacientes internados em UTI sejam tratados adequadamente, é necessária a presença de um Cirurgião-Dentista no meio hospitalar.

O Cirurgião Dentista servirá como um apoio no diagnóstico das condições bucais e como parceiro na terapêutica médica, seja em procedimentos de emergência frente aos traumas, em procedimentos preventivos quanto ao agravamento da condição sistêmica ou o surgimento de uma infecção hospitalar, em procedimentos curativos e restauradores para conforto do paciente e para terem o meio bucal adequado¹¹.

A equipe de intervenção odontológica deverá aprimorar o cuidado da cavidade bucal dos pacien-

tes submetidos ou não à ventilação mecânica, com a realização de escovação dentária e da língua, e aplicação de gluconato de clorexidina a 0,12% em toda a mucosa bucal, gengivas, dentes, língua e palato e umidificação da cavidade bucal e lábios⁶.

A clorexidina, até o momento, é o agente mais efetivo para controle do biofilme dental. Ela apresenta boa substantividade, pois se adsorve às superfícies orais, mostrando efeitos bacteriostáticos até 12 horas após sua utilização. A concentração preconizada atualmente é de 0,12%, o que permite a retenção de mais de 30% da clorexidina, por bochecho, nos tecidos moles, estendendo o período de atividade antimicrobiana⁶.

A comprovação de estudos diz que a melhora da higiene bucal e o acompanhamento dos profissionais da saúde bucal reduzem a progressão da ocorrência de doenças respiratórias entre pacientes considerados de alto risco⁶.

É importante ressaltar que o atendimento odontológico do paciente crítico contribui na prevenção de infecções hospitalares, principalmente as respiratórias, entre elas a pneumonia nosocomial, ou hospitalar, uma das principais infecções em pacientes de UTI favorecidas pelos microorganismos que proliferam na orofaringe. Sua ocorrência é preocupante, pois é bastante comum entre pacientes de UTI, provocando um número significativo de óbitos, prolongando a internação do paciente e exigindo mais medicamentos e cuidados^{9,10,12}.

Sabe-se que os cuidados bucais, quando realizados adequadamente reduzem a prevalência por pneumonia associada ao uso de ventilação artificial nos pacientes de UTI. Assim a atuação da equipe de enfermagem e da equipe odontológica, nos cuidados da boca e nos focos primários de infecção na bucal, são fundamentais na equipe multidisciplinar de terapia intensiva¹¹.

O presente trabalho tem como objetivo avaliar os efeitos da higiene bucal com clorexidina 0,12% e a escovação mecânica por meio de um relato de caso clínico realizadas na UTI, do Hospital Memorial de Maringá Paraná.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Instrumento e procedimentos de coleta de dados:

Essa pesquisa foi enviada para o comitê de ética da Unidade de Ensino Superior Ingá - UNINGÁ, para

obter a Autorização do responsável à sua realização. A seguir, o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil do Sistema Nacional de Saúde (SNS) para obtenção do Parecer do Comitê Permanente de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Com aprovação sob o protocolo 845749.2013 da Faculdade Ingá

Foram avaliados 12 pacientes do gênero masculino entre a sexta e sétima década de vida, os quais encontravam-se internado no Hospital Memorial de Maringá na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com o uso de ventilação mecânica no período de janeiro a novembro de 2013. Todos os pacientes eram submetidos a higiene bucal seguindo as normas da UTI, o qual não utilizava de escovas dentais, nem o uso de clorexidina 0,12%.

Foi realizada uma avaliação sobre as condições da higiene oral e saúde bucal dos pacientes, e esta avaliação foi constituída em duas partes. Na parte 1 uma avaliação odontológica inicial, na qual foi avaliado o índice de placa dental, com o auxílio do micro brush foi aplicada em toda a superfície dentária uma solução de Eviplac (Fucsina Básica 0,7%; Álcool 96° e Água Deionizada). Em segui a mesma foi removida com soro fisiológico e então contabilizada as superfícies dental pigmentada, as quais correspondiam a placa bacteriana.

As faces dos dentes que apresentaram pigmentação foram contabilizadas através de regra de três simples chegando a porcentagem de placa em cada indivíduo. Em seguida todas as amostras foram somadas e obtivemos a media total de placa.

Também foi avaliado o índice de sangramento gengival, no qual durante a sondagem pare avaliação de bolsas gengivais, foi observado quais faces apresentavam sangramento espontânea após a remoção da sonda. As mesmas foram contabilizadas através de regra de três simples chegando a porcentagem de sangramento gengival de cada indivíduo.

Na parte 2, a fase de coleta de dados foi dividida em três momentos, cada qual se remetendo a um período de um bimestre. No primeiro, todos os pacientes em ventilação mecânica continuaram a realizar higiene oral com o método convencional; no segundo, a higiene oral foi realizada com a técnica de escovação associada à aspiração a vácuo, com escova e sonda comuns; e, no terceiro, foi utilizada a escova dental com sistema próprio para aspiração a vácuo. No entanto, todos os pacientes, utilizaram clorexidina 0,12%, conforme recomendação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2009), com o intuito de prevenção de pneumonia relacionada à assistência à saúde.

3. RESULTADOS

O exame clínico intra-bucal realizado na primeira face da avaliação odontológica inicial, revelou que os pacientes no primeiro momento apresentavam uma grande quantidade de placa dental chegando a 95,6% de faces com placa Tabela 1.

Tabela 1. Índice de placa

PACINETES	ÍNDICE DE PLACA INICIAL (%)	ÍNDICE DE PLACA FINAL (%)
Paciente 1	90%	37%
Paciente 2	100%	30%
Paciente 3	100%	45%
Paciente 4	87%	22%
Paciente 5	96%	25%
Paciente 6	100%	31%
Paciente 7	100%	20%
Paciente 8	100%	17%
Paciente 9	85%	28%
Paciente 10	90%	37%
Paciente 11	100%	45%
Paciente 12	100%	40%
TOTAL	95,6%	31,4%

A prevalência de sangramento gengival encontrada no grupo avaliado, a prevalências de sangramento após a sondagem foi de 100% conforme Tabela 2.

Tabela 2. Índice de sangramento gengival

PACINETES	ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGICAL (%)	ÍNDICE DE SANGRAMENTO GENGICAL (%)
Paciente 1	100%	10%
Paciente 2	100%	16%
Paciente 3	100%	21%
Paciente 4	100%	05%
Paciente 5	100%	10%
Paciente 6	100%	0%
Paciente 7	100%	15%
Paciente 8	100%	10%
Paciente 9	100%	0%
Paciente 10	100%	0%
Paciente 11	100%	0%
Paciente 12	100%	0%
TOTAL	100%	7,25%

4. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo confirmam achados de outros estudos anteriores como o realizado por Morais³, que indica que a saúde periodontal dos

pacientes internados na unidade intensiva de tratamento tende a ser insatisfatória. Uma vez que em todos os estudos os pacientes apresentavam um índice de placa incompatível com saúde bucal, e a grande maioria dos pacientes apresentava periodontite.

Estudo realizado por O'Leary (1993)¹³, afirma que é raro se observar a ausência absoluta de placa bacteriana e que provavelmente todo indivíduo possui certo nível de placa, compatível clinicamente com a saúde gengival os quais são de no Máximo 20%. Entretanto Saúde bucal, como estado de harmonia, normalidade ou higidez da boca, só tem significado quando acompanhada, em grau razoável, da saúde geral do indivíduo, em que esta pode estar comprometida devido aos diversos tipos de doenças infecciosas e crônico¹⁴.

Outro estudo realizado por no qual avaliou a quantidade de placa em alunos universitários que foram submetidos a uma nova técnica de escovação. Inicialmente 67% dos alunos avaliados apresentaram um índice de placa acima de 30%. após a escovação 75% dos pacientes avaliados apresentaram índice de placa aceitável com a saúde bucal chegando em apenas 20,6%¹⁵.

Neste estudo os pacientes inicialmente apresentaram um índice de placa de 95,6% e após o tratamento com a nova técnica de higiene na qual foi empregada a escovação com uso de clorexidina 0,12%, o índice de placa reduziu para 31,4% uma melhora significativa.

Quanto ao comportamento do Índice de Sangramento Gengival, os resultados obtidos estão de acordo com trabalho semelhante, que constaram uma redução significativa desse índice após a escovação assistida e monitoramento dos pacientes¹⁴.

No presente estudo o índice de sangramento gengival também apresentou uma redução significativa no qual os pacientes inicialmente apresentavam 100% de sangramento após a sondagem, reduziu para 7,25% conforme mostra a Tabela 2. Os pacientes apresentaram uma melhora geral, entretanto mais estudos devem ser realizados para avaliar os efeitos benéficos de uma higiene adequada nos pacientes que se encontram internados na UTI.

Segundo Silveira *et al.* (2002)¹⁴. Ainda em relação ao ISG, observa-se que a presença de baixo índice de placa avaliada na consulta, esta diretamente associada ao sangramento gengival, desencadeando a inflamação da região do sulco gengival. O que confirma os resultados deste estudo no qual foi possível observar junto com a redução do índice de placa a redução do índice de sangramento a ser considerado satisfatoriamente baixo¹⁴.

Destaca-se ainda que a presença de pontuação no

ISG final pode significar falha no exame ou no registro desse índice. Uma medida recomendável seria a revisão dos casos em que o índice final não atingiu o índice zero para se buscar as causas possíveis. Tal procedimento pode ser realizado na totalidade dos casos ou através de uma amostragem.

5. CONCLUSÃO

Diante A participação do cirurgião-dentista capacitado a esse tipo de atendimento hospitalar pode, realmente, ajudar na mudança de quadros clínicos odontológicos prejudiciais à saúde sistêmica dos pacientes. Sendo assim, conclui-se que a saúde bucal dos pacientes críticos que não contam com atendimento odontológico e higiene bucal eficientes na UTI, sofrem inicialmente, com o acúmulo de biofilme e cálculo, tanto nos pacientes dentados, como nos pacientes portadores de próteses. Em consonância com esses problemas vêm a cárie, a doença periodontal, as infecções peri-implantares e as estomatites. Desta forma, a realização de atividades de educação em saúde bucal e escovação supervisionada se dão a partir de orientação aos pacientes, em seus leitos, sobre a importância de uma correta higiene bucal.

REFERÊNCIAS

- [01] Carrilho CMDM, *et al.* Pneumonia em UTI: incidência, etiologia e mortalidade em hospital universitário. Rev Bras Ter Intensiva, 2004; 16(4):222-7.
- [02] Waldow VR. Cuidado Humano: o resgate necessário. Porto Alegre: agra Luzzatto,1998.WILLIAMS RC, OF-FENBACHER S. Periodontologia 2000. São Paulo: Santos, 2005
- [03] Moraes TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobel E, Camargo LFAA. Importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006; 18(4):412-17.
- [04] Sannapieco FA. Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias. In: ROSE, L. E; GENCO, R. J; MEALY, B. L; et al. Medicina Periodontal. São Paulo: Santos, 2002; 83-97.
- [05] Silvestrini TL, Cruz CERN. Pneumonia associada à ventilação mecânica em Centro de Tratamento Intensivo. Rev Bras Ter Intensiva, 2004; 16(4):228-33.
- [06] Lotufo RFM, Solis ACO, Pannuti CM. Bases racionais para indicação de antimicrobianos locais e sistêmicos em Periodontia. Atualização Clínica em Odontologia. Anais do Congresso Internacional de Odontologia de São Paulo, 2005; 381-93.
- [07] Scannapieco FA, Rossa JC. Doenças periodontais versus doenças respiratórias, em: Brunetti MC. Periodontia Médica. São Paulo: SENAC. 2004; 391-409.

- [08] Benatti FG, Montenegro FLB. A intervenção odontológica colaborando na diminuição das afecções respiratórias dos idosos. Rev EAP-APCD. 2008; 9(2):1-4
- [09] Oliveira LCBS, *et al.* A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. Rev Bras Ter Intensiva, 2007; 19(4):428-33.
- [10] Buischi YP. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: Artes Médicas. 2009.
- [11] Araújo RJG, *et al.* Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. Rev Bras Ter Intensiva, 2009; 21(1):38-44.
- [12] Craven DE, Steger KA, Barber TW. Preventing nosocomial pneumonia: state of the art and perspectives for the 1990s. Am J Med, 1991; 91:44S-53S.
- [13] O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. J Periodontol 1972; 43: 38. 14 Peretz B, Machtei EE, Bimstein E. Changes in periodontal status of children and young adolescents: a one year longitudinal study. J Clin Pediatr Dent 1993; 18:3-6.
- [14] Silveira DA JLG, Oliveira DE V, Padilha WWN. Avaliação da redução do índice de placa visível e do índice de sangramento gengival em uma prática de promoção de saúde bucal com crianças Evaluation of the reduction of the visible plaque index and of the gum bleeding index in a program of oral health promotion for children Pesqui Odontol Bras2002; 16(2):169-74.

