

ODONTOLOGIA HOSPITALAR: COMPETÊNCIA DO CIRURGIÃO-DENTISTA

HOSPITAL DENTISTRY: THE DENTIST COMPETENCE

LARISSA TREBEKI LIMA^{1*}, TEREZA CRISTINA ROSCHEL GIFFONI², LUCIMARA CHELES DA SILVA FRANZIN³, ERMELINDA MATSUURA⁴, PATRICIA SARAM PROGIANTE⁵, SUZANA GOYA⁶

1. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 2. Docente do curso de Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 3. Doutora em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR). Docente do curso de graduação e mestrado em Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 4. Mestre em Odontologia Integrada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Docente do curso de graduação em Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 5. Cirurgiã Dentista. Pós-Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Odontologia de Bauru (USP/FOB). Docente do curso de Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá; 6. Doutora pela Faculdade de Odontologia de Bauru em Ciências Odontológicas Aplicadas ênfase em Saúde Coletiva (USP/FOB). Docente do curso de graduação e mestrado em Odontologia da UNINGÁ - Centro Universitário Ingá.

* Rua Osvaldo Cruz, 151, Apto 23, Zona 7, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87020-200. E-mail: larissatrebekilima@gmail.com

Recebido em 14/09/2016. Aceito para publicação em 10/11/2016

RESUMO

A odontologia hospitalar é exercida dentro do hospital, no ambiente ambulatorial, no pronto atendimento e na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Existe portanto, a proposta da inclusão do cirurgião-dentista no trabalho em equipe multidisciplinar com o objetivo de auxiliar na melhora de qualidade de vida do paciente neste momento de grande vulnerabilidade. O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão de literatura sobre a atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar verificando quais são os principais agravos, quais os cuidados e os tratamentos e as principais ações podem ser realizadas para melhora da saúde bucal no decorrer do internamento. Foi realizada uma busca detalhada onde foram organizados de forma a evidenciar os tipos de atendimento odontológico realizados nos pacientes hospitalizados e uma proposta de protocolo para todos os tipos de paciente consciente. A pesquisa desenvolvida neste trabalho mostra quais cuidados de higiene bucal que devem ser realizados nos pacientes hospitalizados em unidades de terapia intensiva e analisa o papel da intervenção da odontologia e sua equipe multidisciplinar mostrando que a saúde bucal faz parte da saúde geral do indivíduo. Conclui-se que a presença do cirurgião dentista nos hospitais abrangem ações significativas no acompanhamento qualificado nas práticas que almejam os cuidados referentes às alterações bucais com melhora no quadro sintômico e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados.

PALAVRAS-CHAVE: Odontologia Hospitalar, Odontologia em pacientes hospitalizados, higiene bucal do ambiente hospitalar.

ABSTRACT

The hospital dentistry is performed in a hospital, in an outpatient setting, in the emergency room and intensive care unit (ICU), there is therefore proposed the inclusion of dentist at work in a multidisciplinary team in order to assist in quality improve-

ment the patient's life at this time of great vulnerability. The objective of this study is to conduct a literature review on the role of the dentist in hospitals checking with are the main diseases, which care and treatment and the main actions can be undertaken to improve oral health during the hospitalization. A detailed search where were organized to highlight the types of dental care performed in hospitalized patients and a proposed protocol for all types of conscious patient was performed. The research developed in this study shows that oral hygiene should be performed in patients hospitalized in intensive care units and analyzes the role of the dental intervention and its multidisciplinary team showing that oral health is part of overall health of the individual. We conclude that the presence of dentists in hospitals include significant actions in the qualified monitoring the practices that aim to care relating to oral changes with improvement in systemic framework and the quality of life of hospitalized patients.

KEYWORDS: Hospital Dentistry, Dentistry in hospitalized patients, oral hygiene in hospital.

1. INTRODUÇÃO

Existem inúmeros obstáculos para a melhora na assistência à saúde no país, existindo o debate para a melhora na qualidade de atendimentos prestados em todas as unidades de saúde¹.

No ambiente hospitalar existe a busca pela dignidade e conforto do paciente que se encontra em um momento de grande vulnerabilidade necessitando ser cuidado por uma equipe multidisciplinar¹. Dessa forma, o cirurgião-dentista assume um novo papel com o desafio de atuar nos hospitais através da promoção de saúde, prevenção das doenças bucais e redução dos danos decorrentes do internamento. Durante o internamento existe a necessidade de utilização de vários fármacos, ocorre certa debilidade física e a deficiência no cuidado com higiene bucal decorrente da própria situação de saúde do paciente,

que apontam para a necessidade da inserção do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar com o intuito de auxiliar no cuidado da pessoa internada.

A higiene bucal possui uma grande importância para o bem-estar geral, bem como para a prevenção de doenças sistêmicas e atua na recuperação do paciente hospitalizado especialmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)².

O cirurgião-dentista deve trabalhar sempre integrado a outros profissionais como a equipe de enfermagem (auxiliar e técnico de enfermagem e enfermeiro) para que em conjunto realizem o cuidado integral do paciente, pois vários estudos relatam a falta de conhecimento da equipe de enfermagem sobre as patologias odontológicas e outros aspectos relacionados à cavidade bucal ou treinamentos básicos para a saúde bucal³, contudo, a presença do cirurgião-dentista nos hospitais abrangem ações significativas no acompanhamento qualificado nas práticas que almejam os cuidados referentes às alterações bucais com procedimentos de baixa, média ou alta complexidade no ambiente hospitalar, com melhora no quadro sistêmico e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados⁴.

Objetiva-se realizar uma revisão de literatura sobre a atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar, quais os principais agravos à saúde podem ocorrer devido ao internamento e as principais ações podem ser realizadas para melhora da saúde bucal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Na Para este estudo foi realizado um levantamento bibliográfico nos bancos de dados: PubMed (All Databases, Mesh), SciELO, BBO, Google acadêmico, entre os meses de julho e agosto de 2016 utilizando as palavras chave atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, odontologia hospitalar, odontologia em pacientes hospitalizados. Foram obtidos 16 artigos científicos, dos quais após apreciação e transpasse pelo crivo foram selecionados 12.

3. DESENVOLVIMENTO

Principais agravos, cuidados e tratamentos em odontologia hospitalar

Durante a permanência do paciente no hospital existem várias alterações que podem ocorrer devido à utilização de várias medicações, mudanças fisiológicas, físicas e psicológicas decorrentes do internamento. Entre os problemas bucais podem ocorrer:

A hipossalivação é a redução de produção de saliva (xerostomia) que deixa o paciente com a sensação de "boca seca" e com isso existe o aumento do risco de cárie dentária, podendo ocasionar halitose e aumento da

saburra na língua e com isso aumentando o risco de infecções e traumas na mucosa. Há vários fatores causais e dentre eles se destaca como: interações medicamentosas com o uso de certos medicamentos que podem também ter efeito colateral da radioterapia na região de cabeça e pescoço, e certas doenças e infecções podem gerar efeitos secundários de como: desordens psicogênicas, diabetes mellitus, anemia, doença de Alzheimer, dentre outras.

Em relação à hipossalivação sugere-se como tratamento a orientações de higiene bucal com auxílio de bochechos com enxaguante bucal sem álcool, recomendando também beber água com frequência, e se a sensação de boca seca ainda permanecer pode-se indicar o uso da saliva artificial pelo menos três vezes ao dia, ou goma de mascar sem açúcar para estimular a produção de saliva e, nos casos onde não houver melhora nenhuma se recomenda o uso de drogas estimuladoras de secreção salivar⁵⁻⁸.

A mucosite oral⁹ é um dos efeitos colaterais mais debilitantes devido a efeitos citotóxicos tanto da quimioterapia quanto da radioterapia de cabeça e pescoço, manifesta-se com uma sensação de queimação na mucosa que pode evoluir para edema, eritema com formações de úlceras e pseudomembranas¹⁰⁻¹⁶.

Como tratamentos podendo fazer o uso da laserterapia em baixa intensidade em diversos tipos de ulcerações, ou aplicação de crioterapia podendo incluir como agentes paliativos anestésicos tópicos, analgésicos e antimicrobianos¹⁰⁻¹⁶, pode-se auxiliar com um complexo vitamínico como vitamina E tópica, ou bochechos com solução de salina 0,9% e solução de bicarbonato^{17,18}.

A cárie de irradiação também é um agravo, mas ocorre mais em indivíduos submetidos à radioterapia de região de cabeça e pescoço, para evitar que isso ocorra é necessário fazer o preparo odontológico pré-radioterápico com aplicações tópicas de soluções fluoretada, uso contínuo de fluoretos não acidulados, instrução para uma dieta não-cariogênica e a higienização adequada com escovação, e o uso do fio dental.

Como tratamento sugere-se os cuidados e prevenção são os focos principais, e se caso houver a cárie de radiação se instalar deve-se removê-la e fazer restauração definitiva normalmente com resina composta^{19,20} ou ionômero de vidro.

A osteorradiation necrose é onde corre a necrose do osso previamente irradiado com radiação ionizante, sendo a mandíbula mais acometida do que a maxila e o tratamento deve ser de acordo o estágio da necrose.

O tratamento para leves ulcerações nos tecidos moles e necrose superficial é conservador realizado somente com irrigação com soro fisiológico. Já para estágios mais avançados como necrose óssea difusa estendendo-se até a borda inferior da mandíbula, o tratamento incluir sequestrotomia, ressecções ósseas e até a recons-

trução microcirúrgica e o uso de oxigenioterapia hiperbárica também vem sendo considerável²¹⁻²⁵.

O trismo é espasmos musculares tônicos (ATM) que podem prejudicar as limitações de abertura de boca ocorrendo com mais frequência em pacientes acamados por um período longo como os que estão em unidades de terapia intensiva e em coma, ou pacientes que estão em tratamento oncológico submetidos à quimioterapia e radioterapia de cabeça e pescoço.

Como tratamento, pode-se fazer o uso de relaxantes musculares, placas de proteção ou miorrelaxantes e fisioterapia^{26,27}.

O líquen plano bucal é uma doença inflamatória crônica mucocutânea aliado à disfunção na imunidade mediada por células, o diagnóstico deve ser acompanhado pelo exame histopatológico e através dele avaliar lesões displásicas e neoplásicas, pois a etiopatogenia ainda é indefinida. Na cavidade oral ele se manifesta de duas formas, a forma reticular que pode ser assintomática, e a forma erosiva ou atrófica que pode ter sintomas que variam de sensação de queimação até dor intensa.

O tratamento é indicado é o uso de drogas imunomoduladoras, tópicas ou sistêmicas dependendo do quadro^{28,29}.

A hiperplasia gengival medicamentosa é caracterizada como o aumento do volume gengival devido ao uso de drogas que aumentam o número das células, mas para que isso ocorra depende do tipo da droga como nos casos de fenitoína, nifedipina, ciclosporina, diidropirinas, benzeno-acetilnitrilas e benzodiazepínicas, dependendo também da dose e de cada indivíduo podendo ser agudas ou ocorrer tardiamente.

Ainda é discutível o tratamento, pois nos casos de impossibilidade da substituição do medicamento, realiza-se gengivoplastias e controle do biofilme com higiene correta da cavidade bucal³⁰⁻³⁴.

Infecções bucais oportunistas

Existem algumas infecções bucais oportunistas que podem ocorrer devido a longa permanência do paciente no hospital ou pelo uso prolongado de medicação, sendo a infecção fúngica mais prevalente em pacientes imunossuprimidos a candidose bucal que é causada pelo fungo do gênero *Cândida* sendo a espécie *albicans* a mais comum³⁵. A presença do agente etiológico não é apenas suficiente para produzir a doença³⁶, pois também é necessário que ocorra modificações no estado imunológico do hospedeiro³⁷. Os fatores predisponentes da candidose estão associados às alterações locais como o uso de aparelhos ortodônticos e próteses dentárias, mudanças de hábitos alimentares, higiene bucal precária, hipossalivação, e tabagismo e nos casos de alterações sistêmicas estão as alterações hormonais³⁸, o uso de medicações intensivas e prolongadas que podem diminuir a imunidade do paciente podendo favorecendo a instalação

de infecções oportunistas, pois provoca um desequilíbrio na microbiota bucal e em conjunto com o estresse do período de internação também pode favorecer diretamente o estabelecimento de infecções oportunistas^{39,40}, imunossupressão, AIDS, radioterapia, quimioterapia e as próprias doenças sistêmicas como a diabetes mellitus³⁸.

Existem quatro manifestações básicas da doença como: candidose aguda pseudomembranosa, candidose aguda atrófica, candidose crônica hiperplásica e candidose crônica atrófica, pode aparecer na mucosa palatina que recebe a denominação de estomatite protética e nas comissuras labiais conhecidas como queilite angular⁴¹.

No ambiente hospitalar os pacientes normalmente estão sob terapia medicamentosa e com condição precária de higiene bucal e com isso as infecções oportunistas tendem a se manifestar com mais frequência e severidade. Deste modo o diagnóstico precoce e o tratamento desses pacientes pode levar a uma melhora significativa na sua condição sistêmica e imunológica, sendo assim, melhorando a qualidade de vida do hospedeiro⁴².

Como tratamento, faz-se o uso de antifúngicos tópicos ou sistêmicos, dependendo da extensão e duração da lesão e da imunidade do hospedeiro⁴³⁻⁴⁶. Com isso a resposta positiva ao tratamento confirma o diagnóstico, nos casos de pacientes que usam próteses dentárias totais ou parciais deve ser feita a retirada da prótese e higienização do mesmo todos os dias, e em casos de aparelhos ortodônticos fixos requerem uma atenção especial também na higienização, pois predispõe a ter mais aumento de biofilme se não for feita a correta higienização bucal^{47,48}.

A infecção viral mais comum é a causada pelo herpes simples tipo 1 (HSV-1) que pode ser de origem primária ou já recorrente, encontradas na orofaringe. Também tem outras formas de manifestação por infecção do herpes vírus que são de menor frequência como reativação do vírus *Varicella zoster*, *Epstein-Barr vírus* (EBV) e *citomegalovírus* (CMV).

O tratamento pode ser realizado com *Aciclovir* tópico ou sistêmico, e o laser em baixa intensidade dependendo da extensão da lesão e condição imunológica⁴⁹⁻⁵².

A endocardite infecciosa é uma infecção que ocorre nas válvulas cardíacas ou nos tecidos endoteliais do coração^{53,54}, podendo apresentar-se de forma aguda que ocorre em pessoas com corações saudáveis, pela entrada direta de um grande volume de microrganismos na corrente sanguínea. A sub aguda possui maior interesse ao cirurgião-dentista, pois sua origem é pela introdução de microrganismos na corrente sanguínea durante a realização de procedimentos odontológicos em pacientes de risco que são portadores de condições que predispõem ao desenvolvimento da endocardite infecciosa, para isso deve-se fazer uma boa anamnese⁵⁵.

O tratamento envolve uma antibioticoterapia por até seis semanas, podendo necessitar de cirurgia para remo-

ção da vegetação ou mesmo implantação de valvas cardíacas artificiais. A profilaxia antibiótica é recomendada para pacientes de alto risco, submetidos a procedimento dental como: exodontias; tratamento periodontal; colocação ou inserção de implantes dentais e reimplantes de dentes avulsionados; instrumentação endodôntica, ou cirurgia paraendodôntica; colocação subgingival de tiras antibióticas; colocação inicial de bandas ortodônticas; injeções anestésicas locais intraligamentares; limpeza profilática de dentes ou implantes, quando previsto sangramento.

A profilaxia antibiótica não está recomendada em procedimentos restauradores; anestésias locais não intraligamentares; tratamento endodôntico circunscrito aos condutos; colocação de diques de borracha; colocação de próteses ou dispositivos ortodônticos removíveis; aplicação tópica de flúor; realização de radiografias intraorais e selamento dos dentes. Os esquemas de profilaxia podem ser orais ou parenterais⁵⁶⁻⁵⁸.

Atualmente a amoxicilina é a primeira escolha de terapia oral, e a administração em dose única de 2g de amoxicilina deve ser feita uma hora antes do procedimento. Para alérgicos à penicilina, cefalexina ou cefalosporina de 1ª geração, clindamicina, azitromicina ou claritromicina são recomendadas^{56, 59}.

Em pacientes hospitalizados é comum a pneumonia nasocomial, pois é derivada de patógenos oriundos do ambiente hospitalar principalmente em pacientes submetidos a intubação orotraqueal e ventilação mecânica, sendo que o risco do desenvolvimento da pneumonia nasocomial aumenta quando o paciente é idoso e imunocomprometido devido a quimioterapia, radioterapia, diabéticos descompensados, pacientes em pós-operatório de cirurgias extensas, ou pacientes imunossuprimidos por drogas em transplantes de órgãos e tecidos⁶⁰.

O estabelecimento da pneumonia nasocomial ocorre pela invasão bacteriana por bastonetes gram-negativos^{61,62} no trato respiratório inferior por meio da aspiração de secreções presentes da orofaringe, pois com a falta de higiene bucal aumenta a concentração de patógenos na saliva que podem ser aspirados contribuindo a infecção de pulmão, ou inalações de aerossóis contaminados, ou até mesmo por disseminação hematogênica originada de um foco a distância^{63, 64}.

O paciente entubado na maioria das vezes não recebe higiene bucal eficaz, e o tártaro dentário é formado por depósitos sólidos de bactérias em um curto tempo de 48 a 72 horas após a admissão na UTI, seguindo de uma gengivite emergente com inflamação das gengivas e infecções. Com a mudança de *Streptococcus* e *Actinomyces* para um número crescente de bacilos gram-negativos aeróbicos⁶⁵, podendo atuar como fator secundário complicador prorrogado em média de 7 a 9 dias de hospitalização, além de causar um impacto expressivo aos custos hospitalares tem um número signifi-

cativo de óbitos⁶⁶.

O estado periodontal é um grande indicador de risco, e o melhor tratamento ainda vem sendo discutido tanto com a medicina quanto na odontologia, pois a higiene bucal deficiente aumentando o acúmulo de biofilme associado a doenças pulmonares crônicas como fator etiológico principal, podendo levar a uma resposta imunológica e inflamatória com liberação de substâncias biológicas ativas⁶⁷.

Para os casos associados com pneumonia associada à ventilação mecânica foi estabelecido um protocolo que é denominado de bundle da ventilação, pois consiste na elevação da cabeceira da cama entre 30 e 45 graus, a interrupção diária da sedação e a avaliação diária das condições de extubação, a profilaxia de úlcera péptica e a profilaxia de trombose venosa profunda, e uma boa higiene bucal. Contudo a escolha das intervenções baseia-se em uma série de fatores, como facilidade e medidas preventivas básicas e até mesmo o custo⁶⁸.

No tratamento uma boa higiene bucal é recomendada, mas a descontaminação com solução de clorexidina 0,12% ou gel de clorexidina 0,2% reduz a colonização bacteriana dental, diminuindo a incidência das infecções nasocomiais em pacientes de UTI submetidos à ventilação mecânica⁶⁹.

Procedimentos de higiene bucal em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Diante do tema, as equipes de cirurgiões dentistas e da enfermagem devem estar comprometidas na higienização oral dos pacientes e para aqueles que possuem um déficit de autocuidado é importante avaliar o grau de independência do paciente, pois o autocuidado e a independência devem ser estimulados e encorajados.

Quadro 1. Procedimentos adequados de higiene oral e nível de dependência

Paciente independente	- Paciente pode deambular	- Deslocar-se até uma pia e realizar a própria higiene, deve-se estimular e orientar quanto às técnicas corretas.
Paciente parcialmente dependente	- Pacientes que não podem se deslocar - Pacientes com dificuldades motoras	- Oferecer uma cuba para higiene no leito. - Recursos auxiliares como escovas com cabo adaptado, escovas elétricas.
Paciente dependente	- Pacientes com impossibilidades motoras - Paciente intubado	- Higiene realizada por um cuidador ou pela enfermagem com escovas comuns ou escovas elétricas. - Escovas e higiene com gaze e antisséptico do tipo clorexidina 0,12%.

Fonte: Gaetti-Jardim, Setti, Cheade e Mendonça (2013)⁷⁰.

Os pacientes mesmo tendo ausência de dentes, necessitam de lavagem das próteses para a remoção dos detritos alimentares que podem ferir e incomodar o pa-

ciente, é sugerido também massagens nas gengivas para ajudá-las a fortalecerem⁷¹, para outros pacientes quer por causas físicas e mentais que impedem uma higiene bucal satisfatória existe necessidade de auxílio de alguém devidamente treinado, podendo assim que a equipe de enfermagem faça a higienização ou então possa ensinar para um familiar próximo que esteja acompanhando o paciente, a técnica de higienização adequada^{72,73}.

Apresentando assim uma proposta de protocolo de orientação de tratamento a serem transmitidas ao paciente e seus cuidadores para a melhor higienização do paciente internado:

- Deve ser realizado no mínimo de 12/12 horas.

- Manter a cabeceira elevada 30° e sempre confirmar se não há restrições para mudança de decúbito do leito.

- Lavar as mãos, calçar luvas de procedimentos e utilizar o EPI.

- Explicar ao paciente o que será realizado e com quais produtos.

A técnica proposta é: utilizar uma escova dental extra macia e de cabeça pequena podendo ser infantil, molhar a escova em uma solução aquosa de clorexidina 0,12% e aplicar em todas as superfícies dentárias, mucosa, língua, sempre no sentido pósterio-anterior, tanto em pacientes dentados como em edêntulos que ao invés de usa escova extra macia deve-se usar uma gaze embebida em 20ml de solução de clorexidina 0,12% nas mucosas e língua⁷⁰.

Os métodos de promoção de saúde bucal são procedimentos mais simples como profilaxia dentária, técnicas de escovação ou ainda aplicação tópica de flúor, uma vez que estes não podem se deslocar aos consultórios para as intervenções. Pode-se utilizar nos pacientes inconscientes um abridor de boca durante o atendimento, escovas dentais infantis e limpador de língua, e logo após uma gaze embebida ou bochecho com solução de clorexidina 0,12% para limpar a mucosa, dentes, remover corpos estranhos ou usar solução a vácuo para retirar excesso de antimicrobiano e saliva⁷⁴. Além disso, a higiene bucal em pacientes hospitalizados é imprescindível para garantir que não haja a disseminação de bactérias e fungos que prejudiquem o bem-estar e a condição sistêmica do paciente, podendo ocasionar até outras infecções e doenças⁷⁵.

Para os pacientes entubados a melhor técnica de higiene bucal é começar pela verificação da pressão do cuff antes da realização do procedimento que deve estar entre 25 e 30 cm H₂O, e injetar 10ml da solução de clorexidina 0,12% na cavidade oral e aspirar o conteúdo ora e supra-cuff após 30 segundos, então aplicar lubrificante labial⁷⁰.

A solução de clorexidina é uma substância antimicrobiana mais atualizada no momento⁷⁶, e tem a capacidade de inibir a formação de biofilme e ácidos por períodos de longo tempo, apresentando uma boa substancialidade⁷⁷ com efeitos bacteriostáticos de até 12 horas

após sua utilização⁷⁸. Pode-se usar a solução de clorexidina 0,12% ou gel de clorexidina 0,2% diminuindo a incidência de infecções nosocomiais em pacientes que estão em UTI e submetidos com ventilação mecânica, pois reduz a colonização de placa bacteriana dental⁷⁹ e ainda é diferenciado, pois não gera resistência microbiana⁸⁰.

4. CONCLUSÃO

Conclui-se que a importância da atuação do profissional cirurgião-dentista habilitado no atendimento hospitalar vem se tornando cada vez mais indispensável, pois diversos tipos de doenças geram agravos na cavidade bucal e para a aplicação e monitoramento da técnica de higiene bucal, tratamentos e cuidados adequados para os agravos na cavidade bucal com ajuda de uma equipe multidisciplinar no momento da internação do paciente e não apenas para promoção de saúde em si, mas também com o intuito de melhorar a qualidade de vida dessa pessoa e com isso salvar vidas.

REFERÊNCIAS

- [01] Gaetti-Jardim EC, Marquetti AC, Faverani LP, Gaetti-Jardim Junior E. Antimicrobial resistance of aerobes and facultative anaerobes isolated from the oral cavity. *J Appl Oral Sci.* 2010; 18(6):551-9.
- [02] Deslandes SF, Ayres JRCM. [editorial]. Humanização e cuidado em saúde. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):510.
- [03] Logan HL, Ettinger R, McLeran H, Casko R, Dal Secco D. Common misconceptions about oral health in the older adult: nursing practices. *Spec Care Dentist.* 1991;11(6):243-7.
- [04] Jardim EG, Setti JS, Cheade MFM, Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. *Rev Bras Ciên Saúde* 2013; 11(35): 31-36.
- [05] Bossola M, Tazza L. Xerostomia in patients on chronic hemodialysis. *Nat Rev Nephrol.* 2012 Jan 17;8(3):176-82.
- [06] Furness S, Worthington HV, Bryan G, Birchenough S, McMillan R. Interventions for the management of dry mouth: topical therapies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD008934.
- [07] Hopcraft MS, Tan C. Xerostomia: an update for clinicians. *Aust Dent J.* 2010 Sep;55(3):238-44.
- [08] Jensen SB, Pedersen AM, Reibel J, Nauntofte B. Xerostomia and hypofunction of the salivary glands in cancer therapy. *Support Care Cancer.* 2003 Apr;11(4):207-25.
- [09] Lockhart P, Sonis ST. Alterations in the Oral mucosa Caused by Chemotherapeutic Agents. *J Dermatol Surg Oncol.* 1981;7:1019-25.
- [10] Bensadoun RJ, Nair RG. Low-level laser therapy in the prevention and treatment of cancer therapy-induced mucositis: 2012 state of the art based on literature review and meta-analysis. *Curr Opin Oncol.* 2012 Jul;24(4):363-70.
- [11] Clarkson JE, Worthington HV, Furness S, McCabe M, Khalid T, Meyer S. Interventions for treating oral mu-

- cositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Aug 4;(8):CD001973.
- [12] Migliorati C, Hewson I, Lalla RV, Antunes HS, Estilo CL, Hodgson B, Lopes NN, Schubert MM, Bowen J, Elad S; et al. Systematic review of laser and other light therapy for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer.* 2012 Sep 22.
- [13] Peterson DE, Bensadoun RJ, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of oral and gastrointestinal mucositis: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2011 Sep;22 Suppl 6:vi78-84.
- [14] Schubert MM, Eduardo FP, Guthrie KA, Franquin JC, Bensadoun RJ, Migliorati CA, Lloid CM, Eduardo CP, Walter NF, Marques MM, Hamdi M. A phase III randomized double-blind placebo-controlled clinical trial to determine the efficacy of low level laser therapy for the prevention of oral mucositis in patients undergoing hematopoietic cell transplantation. *Support Care Cancer.* 2007 Oct;15(10):1145-54. Epub 2007 Mar 29.
- [15] Sonis ST. Mucositis: The impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncol.* 2009 Dec;45(12):1015-20.
- [16] Yamagata K, Arai C, Sasaki H et al. The effect of oral management on the severity of oral mucositis during hematopoietic SCT. *Bone Marrow Transplant.* 2012 May;47(5):725-30.
- [17] American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on dental management of pediatric patients receiving chemotherapy, hematopoietic cell transplantation, and/or radiation. Reference manual 2013/14; 35 (6): 284-92.
- [18] Kaste SC, Hopkins KP, Jenkins III JJ. Abnormal Odontogenesis in Children treated with radiation and chemotherapy: Imaging findings. *AJR* 1994; 162: 1407- 11.
- [19] Kielbassa AM, Hinkelbein W, Hellwig E, Meyer-Lückel H. Radiation-related damage to dentition. *Lancet Oncol.* 2006 Apr;7(4):326-35.
- [20] Hommez GM, De Meerleer GO, De Neve WJ, De Moor RJ. Effect of radiation dose on the prevalence of apical periodontitis—a dosimetric analysis. *Clin Oral Investig.* 2012 Jan 6. (no prelo; versão preliminar disponível online).
- [21] Jacobson AS, Buchbinder D, Hu K, Urken ML. Paradigm shifts in the management of osteoradionecrosis of the mandible. *Oral Oncol.* 2010 Nov;46(11):795-801.
- [22] Nabil S, Samman N. Risk factors for osteoradionecrosis after head and neck radiation: a systematic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2012 Jan;113(1):54-69.
- [23] O'Dell K, Sinha U. Osteoradionecrosis. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2011 Aug;23(3):455-64.
- [24] Spiegelberg L, Djasim UM, van Neck HW, Wolvius EB, van der Wal KG. Hyperbaric oxygen therapy in the management of radiation-induced injury in the head and neck region: a review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Aug;68(8):1732-9.
- [25] Wahl MJ. Osteoradionecrosis prevention myths. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006 Mar 1;64(3):661-9.
- [26] Bensadoun RJ, Riesenbeck D, Lockhart PB, Elting LS, Spijkervet FK, Brennan MT; Trismus Section, Oral Care Study Group, Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC)/International Society of Oral Oncology (ISOO). A systematic review of trismus induced by cancer therapies in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer.* 2010 Aug;18(8):1033-8.
- [27] Garnett MJ, Nohl FS, Barclay SC. Management of patients with reduced oral aperture and mandibular hypomobility (trismus) and implications for operative dentistry. *Br Dent J.* 2008 Feb 9;204(3):125-31.
- [28] Lodi G, Carrozzo M, Furness S, Thongprasom K. Interventions for treating oral lichen planus: a systematic review. *Br J Dermatol.* 2012 May;166(5):938-47.
- [29] Parashar P. Oral lichen planus. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011 Feb;44(1):89-107.
- [30] Ballini A, Scattarella A, Crincoli V, Carlaio RG, Papa F, Perillo L, Romanazzo T, Bux MV, Nardi GM, Dituri A, Cantore S, Pettini F, Grassi FR. Surgical treatment of gingival overgrowth with 10 years of follow-up. *Head Face Med.* 2010 Aug 12;6:19.
- [31] Chabria D, Weintraub RG, Kilpatrick NM. Mechanisms and management of gingival overgrowth in paediatric transplant recipients: a review. *Int J Paediatr Dent.* 2003 Jul;13(4):220-9.
- [32] Clementini M, Vittorini G, Crea A, Gualano MR, Macri LA, Deli G, La Torre G. Efficacy of AZM therapy in patients with gingival overgrowth induced by Cyclosporine A: a systematic review. *BMC Oral Health.* 2008 Dec 16;8:34.
- [33] Mavrogiannis M, Ellis JS, Seymour RA, Thomason JM. The efficacy of three different surgical techniques in the management of drug-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol.* 2006 Sep;33(9):677-82.
- [34] Mavrogiannis M, Ellis JS, Thomason JM, Seymour RA. The management of drug-induced gingival overgrowth. *J Clin Periodontol.* 2006 Jun;33(6):434-9.
- [35] Niewerth M, Korting HC. *Candida albicans* and the principle of opportunism: an essay. *Mycoses.* 2002;45:253-8.
- [36] Lynch DP. Oral candidiasis: history, classification and clinical presentation. *Oral Surg.*
- [37] Chimenos E, Puy D, Lopez J. Antifungal drugs in the management of mycosis. *Med Oral.* 1998;3:78-90.
- [38] Birman EG. *Candida e Candidosis.* In: Tommasi MH. *Diagnóstico em patologia bucal.* 3ª ed. São Paulo: Pan-cast; 2002. p. 198-9.
- [39] Jorge OAC, Koga-Ito CY, Gonçalves CR, Vantinato V, Unterkircher CS. Presença de leveduras do gênero *Candida* na saliva de pacientes com diferentes fatores predisponentes e de indivíduos controle. *Rev Odontol Univ São Paulo.* 1997;11:279-85.
- [40] Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil.* 2002;29:300-4.
- [41] Lehner T. Oral candidosis. *Dent Pract.* 1967;91:209-16.
- [42] Chiappelli F, Bauer J, Spackman S, Prolo P, Edgerton M, Armenian C et al. Dental needs of the elderly in the 21st century. *Gen Dent* 2002;50:358-63.
- [43] Aras MH, Kara MI, Erkiliç S, Ay S. Mandibular mucormycosis in immunocompromised patients: report of 2 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.* 2012 Jun;70(6):1362-8.
- [44] Cho H, Lee KH, Colquhoun AN, Evans SA. Invasive oral aspergillosis in a patient with acute myeloid leukaemia. *Aust Dent J.* 2010 Jun;55(2):214-8.

- [45] Farah CS, Lynch N, McCullough MJ. Oral fungal infections: an update for the general practitioner. *Aust Dent J*. 2010 Jun;55 Suppl 1:48-54.
- [46] Iatta R, Napoli C, Borghi E, Montagna MT. Rare mycoses of the oral cavity: a literature epidemiologic review. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2009 Nov;108(5):647-55.
- [47] Jeganathan S, Payne JA, Thean HPY. Denture stomatitis in an elderly edentulous Asian population. *J Oral Rehabil*. 1997;24:468-72.
- [48] Kulak-Ozkan Y, Kazazoglu E, Arikan A. Oral hygiene habits, denture cleanliness, presence of yeasts and stomatitis in elderly people. *J Oral Rehabil*. 2002;29:300-4.
- [49] Bello-Silva MS, de Freitas PM, Aranha AC, Lage-Marques JL, Simões A, de Paula Eduardo C. Low- and high-intensity lasers in the treatment of herpes simplex virus 1 infection. *Photomed Laser Surg*. 2010 Feb;28(1):135-9.
- [50] McIntyre GT. Viral infections of the oral mucosa and perioral region. *Dent Update*. 2001 May;28(4):181-6, 188.
- [51] Slots J, Saygun I, Sabeti M, Kubar A. Epstein-Barr virus in oral diseases. *J Periodontal Res*. 2006 Aug;41(4):235-44.
- [52] Westley S, Seymour R, Staines K. Recurrent intra-oral herpes simplex 1 infection. *Dent Update*. 2011 Jul-Aug;38(6):368-70, 372-4.
- [53] Oliver R, Roberts GJ, Hooper L, Worthington HV. Antibiotics for the prophylaxis of bacterial endocarditis in dentistry. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD003813. (disponível em pdf somente o resumo).
- [54] Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M et al. American Heart Association. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. *J Am Dent Assoc*. 2008 Jan;139 Suppl:3S-24S.
- [55] Cabell CH, Abrutyn E, Karchmer AW. Bacterial Endocarditis: The Disease, Treatment, and Prevention. *circulation* 2003;107:e185-e187.
- [56] Guzmán LMD, Navarro MGM. Conceptos actuales sobre profilaxia antibiótica para endocarditis bacteriana en odontología. *Revista Adm*, 1999 fev; 56(1): 32-8.
- [57] Morras EM. Profilaxia de la Endocarditis Infeciosa em la consulta odontológica: normas actuales de la asociación americana del corazón. *acta odontol venez*. 2002 Mai 09; 40(3): 3014.
- [58] Roberts GJ; Holzel HS; Sury MR; Simmons NA; Gardner P; Longhurst P. Dental bacteremia in children. *Pediatr cardiol*. 1997 Jan-Feb;18(1):24-7.
- [59] Wilson W, Taubert KA, Gewitz M, Lockhart PB, Baddour LM, Levison M, et al. Prevention of infective Endocarditis. *AHA*. 2007 may 19; 115: 1-19.
- [60] Sannapico 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. P. 83-97.
- [61] Scannapico FA, Rossa Júnior C - Doenças Periodontais versus Doenças Respiratórias, em: - Brunetti MC - *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004;391-409.
- [62] Rothman A, Barbas CSV, Camargo IFA - Infecções Respiratórias em UTI, em: Knobel E - *Condutas no Paciente Grave*. 2ª Ed, São Paulo: Ed. Atheneu, 1999;771-780.
- [63] Consenso Brasileiro de Pneumonias em Indivíduos Adultos Imunocompetentes. *J Pneumol*, 2001;27:(Suppl1):S22-S40.
- [64] Fourrier F, Duvivier B, Boutigny H et al - Colonization of dental plaque: a source of nosocomial infections in intensive care unit patients. *Crit Care Med*, 1998;26:301-308.
- [65] Beikler T., Flemmig TF. Oral biofilm-associated diseases: trends and implications for quality of life, systemic health and expenditures. *Periodontol*. 2000. 2011; 55 (1): 87-103.
- [66] Stevão, ELL. *Odontologia Hospitalar*. Acesso em: 15/06/2011. Disponível em: http://issuu.com/eberstevao/docs/odontologia_hospitalar.
- [67] Aranega AM, Bassi AF, Ponzoni D, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da odontologia hospitalar?. *Rev Bras Odontol* 2012; 69 (1): 90-3.
- [68] Institute for Healthcare Improvement. 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Prevent Ventilator Associated Pneumonia. Cambridge MA: 2008. Disponível em: www.ihl.org.
- [69] Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000;26(9):1239-47.
- [70] Gaetti-Jardim E, Setti JS, Cheade MFM, Mendonça JCG. Atenção Odontológica a Pacientes Hospitalizados: Revisão da Literatura e Proposta de Protocolo de Higiene Oral. *Rev. bras. ciênc. saúde*. v. 11, n. 35 (2013). Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1769/1373.
- [71] Berry AM, Davidson PM. Beyond comfort: oral hygiene as a critical nursing activity in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2006;22(6):318-28.
- [72] Erickson L. Oral health promotion and prevention for older adults. *Dent Clin North Am*. 1997;41(4):727-50.
- [73] Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. *Am J Infect Control*. 2004;32(3):161-9.
- [74] Kim EK, Jang S, Choi Y, Lee K, Kim Y, Kim S, et al. Effect of an oral hygienic care program for stroke patients in the intensive care unit. *Yonsei Med J* 2014; 55(1):240-246.
- [75] Gomes-Filho IS, Oliveira TF, Cruz SS, Passos-Soares JS, Trindade SC, Oliveira MT, et al. Influence of periodontitis in the development of nosocomial pneumonia: a case control study. *J Periodontol* 2014; 85(5): e82-90.
- [76] Zanatta FB, Rösing CK. Clorexidina: mecanismo de ação e evidências atuais de sua eficácia no contexto do biofilme supragengival. *Scientific-A* 2007; 1(2):35-43.
- [77] Padovani MCRL. protocolo de cuidados bucais na unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal. *Rev Bras Pesq Saúde* 2012; 14(1) : 71-80.

- [78] Gomes SF, Esteves MC. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. *Rev Bras Odontol* 2012; 69 (1): 67-70.
- [79] Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000;26(9):1239-47.
- [80] Pasetti LA, Carneiro Leão MT, Araki LT, Albuquerque AM, Ramos TMB, Santos SF, et al. Odontologia hospitalar a importância do cirurgião-dentista na unidade de terapia intensiva. *Rev Odontol (ATO)* 2013; 13 (4): 211-226.