

A IMPORTÂNCIA DA ODONTOLOGIA HOSPITALAR E O PAPEL DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO MANEJO DOS PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

THE IMPORTANCE OF HOSPITAL DENTISTRY AND THE ROLE OF THE DENTAL SURGEON IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE

GABRIELA DA COSTA REIS¹, THAINÁ OLIVEIRA LIMA², OSWALDO LUIZ CECILIO BARBOSA³, CARLA CRISTINA NEVES BARBOSA^{4*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras; 2. Professor Doutorando, Disciplina Implante e Pacientes portadores de necessidades especiais do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras. 3. Professora Doutora, Disciplina Ortodontia e Odontopediatria do curso de Odontologia da Universidade de Vassouras.

Rua Lúcio Mendonça, 24/705, Centro, Barra do Pirai, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 27 123-050. carlaenbarbosa@hotmail.com

Recebido em 28/05/2026. Aceito para publicação em 12/06/2026

RESUMO

A Odontologia Hospitalar desempenha papel fundamental na prevenção, diagnóstico e tratamento de alterações bucais em pacientes internados, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). A integração do cirurgião-dentista à equipe multidisciplinar é essencial para a manutenção da saúde bucal e para a prevenção de infecções que podem agravar o estado clínico de pacientes críticos. Este estudo teve como objetivo ressaltar a importância da atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, evidenciando sua contribuição para a melhora do quadro clínico e para a qualidade da assistência prestada. Trata-se de uma revisão de literatura sobre a Odontologia Hospitalar em UTI, realizada por meio da análise de artigos completos publicados entre 2020 e 2025, encontrados nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO, PubMed e LILACS. A negligência com a higiene bucal em ambientes hospitalares pode acarretar sérias consequências, como o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica, candidíase oral, xerostomia, hipossalivação e lesões traumáticas, complicações comuns que comprometem a integridade da mucosa bucal e a saúde geral do paciente. Sendo assim, conclui-se que a atuação do cirurgião-dentista na UTI é essencial para prevenir complicações bucais e sistêmicas, contribuindo para a melhora do quadro clínico e da qualidade da assistência ao paciente hospitalizado.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Hospitalar de Odontologia; Unidades de Terapia Intensiva; Cirurgião-Dentista; Higiene Bucal.

ABSTRACT

Hospital dentistry plays a fundamental role in the prevention, diagnosis, and treatment of oral alterations in hospitalized patients, especially in Intensive Care Units (ICUs). The integration of the dentist into the

multidisciplinary team is essential for maintaining oral health and preventing infections that can worsen the clinical condition of critically ill patients. This study aimed to highlight the importance of the dentist's role in the hospital setting, demonstrating their contribution to improving the clinical picture and the quality of care provided. This is a literature review on Hospital Dentistry in the ICU, conducted through the analysis of full articles published between 2020 and 2025, found in the Google Scholar, SciELO, PubMed, and LILACS databases. Neglecting oral hygiene in hospital settings can lead to serious consequences, such as the development of ventilator-associated pneumonia, oral candidiasis, xerostomia, hyposalivation, and traumatic lesions—common complications that compromise the integrity of the oral mucosa and the patient's overall health. Therefore, it is concluded that the role of the dentist in the ICU is essential to prevent oral and systemic complications, contributing to the improvement of the clinical condition and the quality of care for hospitalized patients.

KEYWORDS: Dental Staff, Hospital; Intensive Care Units; Dentists; Oral Hygiene.

1. INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar tem como principal objetivo promover a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de alterações bucais em pacientes internados, com foco na manutenção dos cuidados em saúde bucal¹. A presença do cirurgião-dentista junto à equipe multidisciplinar na UTI torna-se fundamental para garantir o manejo adequado da cavidade bucal, visando o cuidado do paciente e a prevenção de novas infecções².

Na maioria das vezes, o cuidado com a saúde bucal

dos pacientes hospitalizados é realizado por profissionais que não possuem a capacitação adequada para essa função, o que pode provocar diversos agravos à saúde. Entre eles, destacam-se a incidência de doenças sistêmicas relacionadas ao acúmulo de biofilme; a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), causada por microrganismos presentes na cavidade bucal; a periodontite, que pode contribuir para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares; e, por fim, a má higiene bucal associada à hipossalivação induzida por medicamentos, favorecendo o surgimento de infecções oportunistas, como a candidíase^{2,3}.

As UTIs são áreas destinadas ao cuidado de pacientes em estado crítico, dependentes de suporte contínuo, com chances de recuperação. Esses ambientes concentram a realização de inúmeros procedimentos invasivos, o que aumenta significativamente o risco de infecções hospitalares^{4,5}.

Neste cenário, estes pacientes frequentemente desenvolvem infecções que afetam órgãos ou sistemas inicialmente não comprometidos, devido à presença de microrganismos na cavidade bucal. Nesse contexto, sabe-se que a cavidade bucal funciona como uma porta de entrada para diversos microrganismos, além de poder contribuir para o desenvolvimento de desequilíbrios, facilitando a entrada de patógenos que agravam infecções e pioram doenças sistêmicas⁵.

O objetivo deste estudo é destacar a importância da Odontologia Hospitalar, com ênfase na UTI, evidenciando o papel essencial do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar e sua contribuição para a promoção da saúde bucal e a melhoria do quadro clínico dos pacientes internados. Além disso, busca ressaltar os riscos associados à higiene bucal inadequada, como o aumento da incidência de infecções e suas consequências para a saúde do paciente, reforçando a necessidade da implementação de protocolos adequados de higiene bucal no ambiente hospitalar.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura, com o objetivo de identificar e analisar publicações científicas que abordam a importância da Odontologia Hospitalar em UTI. A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados Google Acadêmico, SciELO, PubMed e LILACS, utilizando o operador booleano “AND” para a combinação dos descritores. Os termos de busca foram definidos com base no sistema Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH), sendo selecionados os seguintes: “Equipe Hospitalar de Odontologia”, “Unidades de Terapia Intensiva”, “Cirurgião-Dentista” e “Higiene Bucal”.

Foram incluídos na análise artigos disponíveis na íntegra, publicados em português e inglês, no intervalo de tempo de 2020 a 2025. Os critérios de exclusão envolveram a eliminação de estudos que não apresentavam relação direta com o tema proposto, com base na análise dos títulos e resumos. A seleção final

dos artigos permitiu uma análise qualitativa, visando compreender as principais contribuições da literatura sobre o papel da equipe odontológica hospitalar na promoção da saúde bucal e na prevenção de complicações em pacientes internados em UTI.

3. DESENVOLVIMENTO

Em 2013, foi aprovado o Projeto de Lei (PL) nº 2.776/2008, que estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de Odontologia nas UTIs de hospitais públicos e privados. Isso se justifica pelo fato de que o cuidado com a saúde bucal é fundamental para pacientes com saúde fragilizada, pois contribui diretamente para a manutenção da saúde geral e da qualidade de vida. Apesar disso, os procedimentos odontológicos ainda são negligenciados em ambientes hospitalares, mesmo com estudos comprovando sua importância na evolução clínica dos pacientes^{6,7}.

A saúde bucal de pacientes hospitalizados influencia diretamente em sua evolução clínica. Muitos já apresentam problemas bucais antes mesmo da internação, os quais se agravam devido à higiene inadequada e ao estado imunocomprometido em que se encontra, favorecendo a colonização de microrganismos. Dessa forma, pode haver involução do quadro geral, com aumento do acúmulo de biofilme dental, inflamação gengival e alterações na mucosa. O controle de focos infecciosos é essencial para evitar complicações, além de sinais bucais que podem auxiliar no diagnóstico de doenças sistêmicas^{8,9}.

A cavidade bucal pode se tornar um dos principais focos para a disseminação de microrganismos patogênicos em pacientes internados na UTI. Em razão do estado crítico de saúde, esses pacientes frequentemente apresentam alterações no sistema imunológico devido ao comprometimento respiratório, aos tipos de medicamentos, a dificuldade para dormir, e a incapacidade de ingestão e hidratação adequadas. Essas condições os tornam mais vulneráveis a desenvolver infecções bucais e hospitalares, além de alterar na microbiota bucal. O acúmulo de biofilme na cavidade bucal contribui para o desenvolvimento de infecções bacterianas, virais e fúngicas, resultando no desequilíbrio da saúde bucal. Uma das infecções mais comuns encontradas em pacientes internados é a infecção do trato respiratório onde se mostra associação direta entre o biofilme bucal e a infecção propriamente dita^{10,11}.

Durante o período de internação em UTI, os pacientes frequentemente precisam ser submetidos a procedimentos invasivos, como a intubação endotraqueal, a traqueostomia e a ventilação mecânica. Embora sejam necessários, esses procedimentos podem aumentar o risco de intercorrências. A pneumonia é um dos principais agravos associados, pois a ventilação mecânica facilita a aspiração de patógenos e a colonização de microrganismos no tubo endotraqueal⁷.

O principal fator associado a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) está relacionado à presença de secreções das vias aéreas ou ao refluxo do

conteúdo gastrintestinal, sendo o tubo endotraqueal atuando como um reservatório de microrganismos patogênicos, os quais migram para o trato respiratório contribuindo para o desenvolvimento da pneumonia. Após 48 horas de intubação, a microbiota bucal sofre alterações significativas, passando a ser dominada por bactérias gram-negativas mais patogênicas, que atingem os pulmões através das secreções orais^{7,12,13}.

O desequilíbrio da microbiota bucal em pacientes intubados também favorece o surgimento de infecções fúngicas, sendo a candidíase bucal uma manifestação mais prevalente em indivíduos hospitalizados e imunocomprometidos. Essa condição está frequentemente associada ao uso prolongado de antibióticos de amplo espectro, à corticoterapia, ao uso de dispositivos invasivos, além de alterações na microbiota bucal, como a desidratação e a redução do fluxo salivar, que tornam a cavidade bucal um ambiente suscetível à proliferação fúngica¹⁴.

A candidíase bucal, nesses pacientes, manifesta-se na maioria das vezes na forma pseudomembranosa. Essa forma é caracterizada pela presença de placas esbranquiçadas que podem ser removidas a raspagem, deixando a mucosa subjacente avermelhada e, em alguns casos, até mesmo ulcerada. As lesões geralmente estão localizadas na língua, no palato e na mucosa jugal¹⁵.

A sensação de boca seca, conhecida como xerostomia, é um sintoma multifatorial que pode estar relacionada à hipossalivação, condição caracterizada pela diminuição do fluxo salivar. A saliva desempenha um papel essencial na preservação da saúde bucal, sendo responsável pela lubrificação da mucosa, ação antimicrobiana, produção de anticorpos, efeito tampão e contribuição para os processos de remineralização dentária. A redução da salivagem compromete essas funções, aumentando o risco de cárie, favorecendo a adesão de microrganismos e dificultando a proteção das superfícies bucais. A diminuição da lubrificação da mucosa pode favorecer o surgimento de fissuras e lesões traumáticas, especialmente em pacientes hospitalizados, nos quais a integridade dos tecidos já se encontra fragilizada¹⁶.

Além das infecções oportunistas, pacientes internados em UTI também estão suscetíveis ao desenvolvimento de lesões traumáticas na cavidade bucal, como as úlceras traumáticas. Essas lesões são frequentemente associadas ao uso prolongado de tubo orotraqueal, sonda nasogástrica e mordeduras. A presença desses dispositivos impede o selamento labial, favorecendo o ressecamento das mucosas, além de poder causar lesões por compressão em regiões de contato contínuo^{17,18}.

4. DISCUSSÃO

A cavidade bucal do paciente internado em UTI deve receber um cuidado contínuo. Nesse contexto, existem diversos protocolos de cuidado voltados à saúde bucal, os quais devem ser individualizados de acordo com a condição clínica de cada paciente. Esses

protocolos podem abranger desde medidas básicas de higiene bucal até procedimentos odontológico simples como profilaxia, raspagem e alisamento radicular, escovação, aplicação tópica de flúor, restaurações atraumáticas e higienização de próteses^{6,10,19}.

Entre as principais medidas de cuidado, destacam-se a hidratação bucal com soluções. A higiene bucal por meio da escovação dentária, o uso do fio dental sempre que possível e a aplicação de Clorexidina a 0,12%. Pacientes internados em UTI que não apresentam alteração do nível de consciência e respiram de forma autônoma devem realizar a higiene bucal com a mesma frequência dos cuidados rotineiros, sob a orientação do cirurgião-dentista¹⁹.

Alguns protocolos de prevenção à PAVM já são adotados na maioria das vezes pela equipe multidisciplinar, como a elevação da cabeceira do leito a 45° em pacientes com maior risco de aspiração, esta medida que contribui significativamente para a redução de complicações respiratórias. No entanto, em pacientes intubados, os cuidados com a cavidade bucal tornam-se ainda mais rigorosos²⁰.

Nesses casos, são indispensáveis a aspiração periódica das secreções bucais e orofaríngeas, sempre que possível, bem como a remoção de biofilme, coágulos e debris por meio da utilização de soluções enzimáticas. A higienização bucal pode ser realizada com escova dental extra macia embebida em Clorexidina a 0,12% ou, na ausência desta, com gaze estéril embebida na mesma solução, aplicada cuidadosamente em toda a cavidade bucal. Após a limpeza, quando possível, deve-se realizar a descontaminação do tubo endotraqueal com Clorexidina a 0,12%, finalizando o protocolo com a hidratação dos lábios e da mucosa bucal, com o objetivo de prevenir fissuras, ressecamento e lesões associadas^{19,20}.

Da mesma forma, os protocolos de cuidado bucal também contribuem para a prevenção de infecções fúngicas, que estão na maioria das vezes associadas a fatores como antibióticos de amplo espectro, à corticoterapia e ao uso de dispositivos invasivos. O tratamento dessas infecções demonstra que, apesar da eficácia dos antifúngicos tópicos, a abordagem medicamentosa isolada não substitui a manutenção adequada da higiene bucal. Assim, torna-se indispensável a remoção mecânica do biofilme, a irrigação com Clorexidina a 0,12% e, quando indicado, a administração de antifúngicos como Nistatina ou Fluconazol, conforme avaliação^{14,15}.

No manejo da xerostomia e hipossalivação, destaca-se a importância da avaliação da umidade bucal e da percepção de sede. Estudos demonstram que a higiene bucal pode aliviar temporariamente a sede, mas não apresenta efeito prolongado, indicando a necessidade de medidas complementares. O tratamento baseia-se no princípio da saciedade pré-absortiva, no qual o alívio da secura não depende da ingestão de líquidos¹⁶.

Entre as abordagens utilizadas estão sprays de água

fria, saliva artificial, Mentol, Hortelã-pimenta, laser de baixa potência, Pilocarpina e agentes tópicos como mel, Aloe vera, vitaminas C e E e produtos hidratantes. O Mentol e a água gelada atuam por estimulação fria de regiões trigeminais e glossofaríngeas, promovendo alívio da secura. O mel apresenta propriedades hidratantes, antioxidantes, antibacterianas e favorece a cicatrização e epitelização, sendo útil em úlceras traumáticas e mucosites. O Aloe vera, composto majoritariamente por água e substâncias bioativas, contribui para hidratação, estímulo de colágeno, efeito anti-placa e prevenção de complicações como PAVM¹⁶.

Além disso, pacientes portadores de distúrbios neurológicos ou que se encontram em processo de desmame da sedação podem manifestar agitação motora e alterações nos reflexos mastigatórios, o que contribui para a ocorrência de lesões traumáticas. Dessa forma, o diagnóstico precoce e a intervenção adequada são fundamentais para evitar agravamento do quadro sistêmico e melhorar o prognóstico²².

O tratamento das úlceras traumáticas pode envolver medidas comportamentais, terapias farmacológicas, ajustes ou extrações dentárias, laser de baixa potência, aplicação de toxina botulínica e uso de protetores bucais. Nesse contexto, o protetor bucal destaca-se como alternativa eficaz em pacientes intubados, pois protege os tecidos bucais contra traumas involuntários, previne ulcerações e sangramentos e evita a compressão do tubo orotraqueal. Entretanto, sua indicação deve considerar características como resistência, conforto, facilidade de higienização, instalação e remoção, além de não interferir na respiração^{17,22}.

5. CONCLUSÃO

Diante desse cenário, evidencia-se que a atuação do cirurgião-dentista na UTI é indispensável, não apenas na prevenção de complicações, mas também na identificação precoce de alterações bucais que podem impactar diretamente na evolução clínica do paciente. A implementação de protocolos individualizados de higiene bucal, associados à atuação da equipe multidisciplinar, contribui para a redução da carga microbiana, diminuição do tempo de internação, prevenção de infecções hospitalares e melhora do prognóstico.

Além disso, a obrigatoriedade da presença do profissional de Odontologia em ambiente hospitalar reforça a necessidade da Odontologia Hospitalar como parte essencial da assistência à saúde. Assim, conclui-se que o cuidado com a saúde bucal deve ser reconhecido como componente indispensável no cuidado ao paciente, promovendo a prevenção de agravos e promoção de uma melhor qualidade de vida e melhores desfechos clínicos durante a internação em UTI.

6. REFERÊNCIAS

[1] Diamantino LGS, Monteiro BG, Dantas JBL, *et al.* A retrospective study on the oral health of patients in the

intensive care unit. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2020; 19(2):287-291.

- [2] Barbosa AMC, Acioli ACR, Cruz GV, *et al.* Odontologia Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: Revisão de literatura. *Odontol Clín-Cient.* 2020; 19(6):472-477.
- [3] Silva Neto JMA, Lemos JPM, Nascimento CP, *et al.* A importância do cirurgião dentista na unidade de terapia intensiva. *REAS.* 2021; 13(1):e5323.
- [4] Lopes FLAR, Barcelos AMC. A importância da higienização bucal em pacientes intubados na UTI. *REASE.* 2022; 8(2):881-894.
- [5] Neves PKF, Lima ACSM, Maranhão VF. Importância do cirurgião-dentista na Unidade de Terapia Intensiva. *Odontol Clín-Cient.* 2021; 20(2):37-45.
- [6] Rocha MG, Silva MS, Araujo ACM, *et al.* Manutenção da higiene oral em pacientes de terapia intensiva: O papel da Odontologia Hospitalar. *Research, Society and Development.* 2022; 11(16):e329111638078.
- [7] Meneses KS, Brito TRP, Coelho RMI, *et al.* Odontologia Hospitalar: a importância do Cirurgião-dentista na prevenção de infecções bucais na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): uma revisão bibliográfica. *Research, Society and Development.* 2022; 11(16):e533111638553.
- [8] Souza SL, Costa SM, Prado FO. Manifestações bucais em pacientes internados na UTI de um hospital público. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2023; 22(1):68-75.
- [9] Jun M-K, Ku J-K, Kim I-H, *et al.* Hospital Dentistry for Intensive Care Unit Patients: A Comprehensive Review. *J Clin Med.* 2021;10(16):3681.
- [10] Araujo LRI, Costa NSFC, Gomes SNB, *et al.* Saúde bucal de pacientes hospitalizados – aspectos clínicos da candidíase bucal de pacientes em Unidades de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Health Review.* 2023; 6(5):22778-22800.
- [11] Gomes JNM, Lima RL, Santos DLP, *et al.* Controle do biofilme bucal na odontologia hospitalar para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *REAS.* 2025; 25:e19640.
- [12] Oliveira LAL, Costa ISAR, Albuquerque SSL, *et al.* Eficácia das técnicas de higiene oral em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Odontológica de Araçatuba.* 2020; 41(3):22-28.
- [13] Fu L-S, Zhu L-M, Yang Y-P, *et al.* Impact of oral care modalities on the incidence of ventilator-associated pneumonia in the intensive care unit: A meta-analysis. *Medicine.* 2023; 102(13):e33418.
- [14] Santos JP, Nogueira IROM, Santos N, *et al.* Fatores de riscos associados ao desenvolvimento de candidíase oral em pacientes internados em Unidades de Terapia intensiva. *Revista DELOS.* 2024; 17(61):01-12.
- [15] Bringel RRF, Garcia KF, Nogueira BC, *et al.* Candidíase oral na uti: prevenção, diagnóstico e abordagem odontológica. *Braz J Implantol Health Sci.* 2025; 7(6): 331-341.
- [16] Almeida IWP, Araújo DGC, Soares RSC, *et al.* Impacto do manejo da xerostomia em pacientes críticos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). *Revista Eletrônica Acervo Científico.* 2023; 46:e13871.
- [17] Simões MIL, Melo ABP, Costa ISAR, *et al.* Tratamento de lesão traumática em uti: relato de caso. *Odontol Clín-Cient.* 2021; 20(2):89-93.
- [18] Steinle ÉC, Braz AJS, Seixas GF, *et al.* Alterações bucais em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva–Revisão de literatura. *Research, Society and Development.* 2023; 12(4):e19712440957.

- [19] Mauri AP, Silva MR, Vale MCS, *et al.* A importância do cirurgião dentista no ambiente hospitalar para o paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva. uma revisão bibliográfica. *E-Acadêmica*. 2021; 2(3): e102342.
- [20] Silva LS, Costa Junior F, Pinto EV. Odontologia hospitalar na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *REASE*. 2024; 10(5):1828-40.
- [21] Gomes BA, Ishiy TMS, Santos HYFT. Protocolos de higienização bucal em uti: revisão de literatura. *Revista Contemporânea*. 2023; 3(11):24292-310.
- [22] Florentino FAA, Ferreira FDS, Magalhães JMI. Uso de protetor bucal para a prevenção de lesões orais em pacientes intubados na unidade de terapia intensiva: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2023; 12(11):e106121143757.