



## **A atuação do cirurgião-dentista na UTI e sua importância na prevenção de infecções sistêmicas**

### **Autor(res)**

Andressa Chang Rodrigues Fernandes Da Silva  
Maria Eduarda De Oliveira Macêdo

### **Categoria do Trabalho**

TCC

### **Instituição**

UNIME LAURO DE FREITAS

### **Introdução**

Nos últimos anos, observa-se o avanço do cirurgião-dentista, abrangendo o seu campo de atuação e contribuindo com especialidades que vão além do ambiente clínico tradicional, proporcionando prevenção e promoção à saúde. Esse avanço está diretamente relacionado à evolução do conceito de saúde, que passou a ser compreendido de forma mais ampla e integrada, considerando o indivíduo em sua totalidade.

Dessa forma, a odontologia deixa de atuar de maneira isolada e passa a integrar um contexto interdisciplinar, colaborando com outras áreas da saúde para a promoção do bem-estar geral do paciente. Nesse cenário, a ampliação do campo de atuação do cirurgião-dentista evidencia a importância de sua inserção em diferentes níveis de atenção à saúde, incluindo o ambiente hospitalar, onde sua atuação pode contribuir significativamente para a melhora do quadro clínico dos pacientes.

Nesse contexto, a odontologia hospitalar vem sendo reconhecida desde 2024 pelo Conselho Federal de Odontologia como uma especialidade, ressaltando a sua importância com a equipe multiprofissional e na sua essencialidade na Unidade de Terapia Intensiva. Esse reconhecimento representa um marco importante para a valorização da área, uma vez que reforça a necessidade da presença do cirurgião-dentista em ambientes hospitalares, especialmente em setores críticos como a UTI.

Além disso, evidencia-se que a atuação desse profissional vai além dos cuidados odontológicos convencionais, abrangendo ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas que impactam diretamente na saúde sistêmica do paciente. A integração com a equipe multiprofissional permite um cuidado mais completo, eficaz e humanizado, contribuindo para melhores resultados clínicos.

Diante disso, o cirurgião-dentista tem relevância significativa na rede hospitalar, diminuindo os riscos de microrganismos na cavidade bucal, que atuam como fator agravante nas infecções sistêmicas em pacientes hospitalizados. A cavidade bucal pode atuar como um reservatório de patógenos, especialmente em pacientes debilitados, imunossuprimidos ou submetidos à ventilação mecânica, o que aumenta a probabilidade de infecções.



Dessa forma, a atuação do cirurgião-dentista torna-se fundamental no controle do biofilme oral, na realização de protocolos de higiene bucal e na eliminação de focos infecciosos. Tais medidas são essenciais para reduzir a carga microbiana e prevenir complicações que possam comprometer a evolução clínica do paciente.

Frente a essa realidade, a odontologia na unidade de terapia intensiva contribui para redução da probabilidade de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, Endocardite Bacteriana e a processos sépticos, visando olhar o ser humano como um todo. Essas condições representam importantes causas de morbidade e mortalidade em pacientes hospitalizados, especialmente aqueles em estado crítico.

Assim, a implementação de cuidados odontológicos adequados no ambiente hospitalar se configura como uma estratégia eficaz na prevenção dessas complicações. Além disso, a abordagem humanizada, centrada no paciente, reforça a importância de considerar não apenas os aspectos clínicos, mas também o conforto, a dignidade e a qualidade de vida durante o período de internação.

Nesse sentido, formula-se a seguinte problemática: qual a importância da odontologia hospitalar e sua relevância no tratamento da cavidade bucal em pacientes com infecções sistêmicas? A partir desse questionamento, busca-se compreender de forma mais aprofundada o papel do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, destacando sua contribuição na prevenção de agravos e na promoção da saúde.

Como resultado, busca-se compreender que a atuação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar está direcionada à redução dos riscos de disseminação bacteriana que possam favorecer a progressão e o agravamento de complicações sistêmicas. Dessa forma, sua prática contribui de maneira significativa para a assistência integral ao paciente, por meio da implementação de estratégias terapêuticas e preventivas, com o objetivo de minimizar a ocorrência de complicações e promover melhores desfechos clínicos.

Dessa maneira, reforça-se a importância da odontologia hospitalar como elemento essencial na assistência à saúde, contribuindo de forma significativa para a recuperação do paciente e para a melhoria dos desfechos clínicos. Ademais, destaca-se a relevância da atuação no manejo de pacientes após complicações sistêmicas, tendo em vista que indivíduos com predisposição à endocardite bacteriana necessitam de um planejamento terapêutico individualizado, com a adoção de medidas preventivas.

Discutindo essas medidas, podemos observar que pacientes de alto risco de endocardite, é necessário realizar a profilaxia antibiótica, procedimento dental que envolva tecido gengival ou região periapical do dente e para procedimentos que levam à perfuração da mucosa oral, como em exodontias; tratamento periodontal (inclusive sondagem, raspagem e alisamento radicular, cirurgias e sessões para manutenção).

## **Objetivo**

Descrever o papel do cirurgião dentista na odontologia hospitalar e sua participação na redução nas infecções sistêmicas, trazendo o foco em pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. Com finalidade de alcançar direcionamento, definem objetivos específicos, abordando o conceito da pneumonia associada à ventilação mecânica, a prevenção da endocardite infecciosa e abordagem da farmacoterapia preventiva.



## **Material e Métodos**

A abordagem de estudo adotada caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa de literatura, utilizando informações cientificamente atualizadas. Todas foram obtidas por meio das bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos científicos, dissertações e livros que apresentassem contribuições relevantes para a temática proposta, enquanto foram excluídos aqueles que não apresentavam dados fidedignos ou que não estavam diretamente relacionados ao tema.

Por intermédio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram utilizadas as seguintes palavras-chave: equipe hospitalar de odontologia, pneumonia associada à assistência à saúde e endocardite bacteriana. Foram analisados estudos publicados no período de até 25 anos, nos idiomas português e inglês. Após a seleção, os estudos foram analisados e organizados de forma descritiva, visando compreender a metodologia empregada, bem como os principais achados e contribuições para a área.

## **Resultados e Discussão**

A odontologia, sendo uma área focada a saúde bucal, vem desempenhando um papel importante na saúde geral do paciente, visto que muitas doenças estão correlacionadas com o sistema estomatognático. Outrossim, muitas dessas condições exigem a adoção de protocolos preventivos nos períodos de pré e pós-operatórios, bem como a implementação de cuidados específicos durante a realização de tratamentos médicos e odontológicos.

Entre essas doenças temos a endocardite infecciosa, o desenvolvimento inicia-se, em decorrência de uma lesão endotelial. A partir desse dano, ocorre a formação de um processo trombótico, caracterizado pelo depósito progressivo de fibrina, originando uma endocardite trombótica não bacteriana. Na eventualidade de o paciente apresentar bacteremia, podendo ocorrer, por exemplo em atividades cotidianas como procedimentos odontológicos, administração intravenosa de fármacos, favorecendo a disseminação de bactérias na corrente sanguínea. (FERNANDES, LOPES et al 2022)

Caso o microrganismo apresente elevada resistência e capacidade de adesão ao endotélio, ocorrerá o desenvolvimento da endocardite infecciosa. De forma sucinta, a EI é uma enfermidade relativamente rara, geralmente de origem bacteriana, contudo pode ser ocasionada por outros microrganismos, como fungos. A endocardite infecciosa configura-se, portanto, como processo inflamatório do endocárdio, a camada que reveste internamente as estruturas cardíacas e participa da formação das válvulas cardíacas, estruturas responsáveis por garantir o fluxo unidirecional do sangue. (PINHEIRO, SILVA et al 2020)

Pacientes com risco elevado de desenvolver a EI são aqueles com alterações estruturais cardíacas, como por exemplo doenças reumáticas, anomalias cardíacas congênitas ou cirurgia valvar prévia, além daqueles portadores de cateteres de longa permanência, que são usados em pacientes que estão submetidos a tratamentos quimioterápicos ou hemodiálise, portadores de dispositivos intracardíacos como marcapasso, cardiodesfibrilador implantável. Pacientes expostos a condições que potencialmente possam gerar bacteremia, como tratamentos dentários, procedimentos invasivos, uso de drogas ilícitas endovenosas, colocação de piercings e tatuagens. (FERNANDES, LOPES et al 2022)



Sob o aspecto clínico, os pacientes manifestam quadros variados, nos casos mais graves observa-se rápida destruição valvar, sendo comum de modo geral febres, sopros cardíacos, fenômenos embólicos e manifestações imunológicas. A endocardite divide-se em dois grupos, sendo elas, agudas e subagudas. As agudas são aquelas com duração inferior seis semanas, podendo ocorrer tanto em pacientes com cardiopatia prévia, quanto naqueles sem histórico de doença cardíaca, estão muito relacionadas a fenômenos embólicos em várias regiões do corpo. O principal agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*. (ROCHA, OLIVEIRA et al 2008)

Por sua vez, a forma subaguda apresenta evolução superior a seis semanas, sendo mais comum em pacientes com cardiopatia prévia. Nesse caso, há maior predominância de manifestações imunológicas, estando frequentemente associadas a microrganismos do grupo *Streptococcus viridans*. De acordo com Rocha et al (2008) a manifestação subaguda é a de maior interesse do cirurgião dentista, pois o grupo de bactérias fazem parte da flora bucal, trazendo implicações diretas na parte odontológica.

Os pacientes com problemas cardíacos são classificados quanto ao risco de adquirir a EI em alto, médio e baixo. De acordo com a literatura, a profilaxia antibiótica deve ser realizada em pacientes de alto e médio risco. Contudo, a American Heart Association encontra-se indicada para o nível de alto risco que venha realizar procedimento odontológico que envolva tecido gengival ou perfurações da mucosa oral. (ROCHA, OLIVEIRA et al 2008)

A importância do cirurgião dentista no contexto hospitalar, vincula-se diretamente a relevância da avaliação clínica do paciente no contexto pré operatório. Visto que, a avaliação odontológica criteriosa antes de uma cirurgia como por exemplo, substituição de válvula cardíaca é indispensável para o bom prognóstico pós-operatório.

A cavidade bucal pode atuar como reservatório de microrganismos e a presença de focos infecciosos ativos. A atuação do CD antes de procedimentos cirúrgicos permite a identificação e eliminação desses focos infecciosos, adequação do meio bucal, exodontias e tratamento periodontal se necessários. Com isso, trazendo maior segurança ao paciente e posteriormente, reduzindo complicações indesejadas.

Entre os procedimentos associados a maior risco de bacteremia, destacam-se aqueles que envolvem manipulação gengival ou perfuração da mucosa oral, e procedimentos geniturinários, como por exemplo cateterismo vesical, cistoscopia, e cirurgias urológicas e gastrointestinais associados à lesão de mucosa. (PINHEIRO, SILVA et al 2020)

Durante a prática em odontologia hospitalar, e na prevenção de infecções sistêmicas, observa diversas alterações que precisa uma resolução adequada. Esses pacientes muitas vezes acamados e com alguma doença acometida, precisa do atendimento individualizado, visando a solução e prevenção da sua situação clínica. Diante desse contexto, é fundamental medidas terapêuticas apropriadas para cada paciente, que incluem abordagens farmacológicas e não farmacológicas.

A Pneumonia associada à ventilação mecânica é frequentemente observada nas unidades de terapia intensiva, configura-se como a infecção mais prevalente em unidades hospitalares. Segundo Moreira et al. (2005) o risco de ocorrência de infecção é de 1% a 3% para cada dia de permanência na intubação. Conforme, Beraldo e Andrade (2008) as taxas podem estar associadas ao aumento de período de internação, trazendo o crescimento dos índices de morbimortalidade.



A Infecção pulmonar tradicionalmente se apresenta com sintomas de febres, secreções pulmonares purulentas, marcadores inflamatórios elevados e desconforto respiratório. Entretanto, a forma mais segura de diagnosticar é realizando exames clínicos e radiografia torácica. A cultura de trato respiratório inferior, permite a confirmação do agente etiológico, orientando os métodos e determinação da terapia antimicrobiana e ações complementares. (MILLER, COPPLESTONE et al. 2018)

Nesse sentido, a causa mais frequente da pneumonia é a microaspiração de bactérias, que colonizam a orofaringe e as vias respiratórias, nelas observa-se o principal meio da aquisição da doença. Os agentes etiológicos mais frequentes incluem microrganismos gram-negativos, como as pseudomonas aeruginosa, Proteus spp, Acinetobacter spp, e o gram-positivo Staphylococcus aureus. (SETHI, ALBERT 2024).

Nesse cenário, observa que a microbiota oral representa um fator de risco para esses pacientes, tendo em vista a preocupação na presença de biofilme dental e higiene bucal inadequada, podendo favorecer a proliferação desses microrganismos, elevando o risco de aspiração de secreções contaminadas e, consequentemente, o desenvolvimento da infecção. Dessa forma, a manutenção do equilíbrio da flora endógena oral é essencial para o cuidado integral do indivíduo. (BERALDO E ANDRADE, 2008)

Estratégias preventivas são fundamentais para reduzir a incidência da Pneumonia. Protocolos de prescrições de antimicrobianos, conforme a flora bacteriana, redução do tempo de intubação, orientação quanto à higienização das mãos, destaca-se como uma medida eficaz na prevenção de infecções, realização de antisepsia bucal com clorexidina a 0,12% auxiliando na diminuição da colonização bacteriana da cavidade bucal, enfatizando o papel da equipe multiprofissional no cuidado em saúde no ambiente hospitalar. (SANTI e SANTOS, 2016)

## **Conclusão**

Diante desse trabalho, comprova que a odontologia hospitalar desenvolve um papel fundamental na equipe multiprofissional de unidades de terapias intensivas. Visando, contribuir significativamente na prevenção de infecções sistêmicas, com medidas preventivas e terapêuticas como a higiene bucal, uso de antissépticos, o controle de biofilme e eliminação de focos infecciosos. Com a finalidade de minimizar, complicações e visando melhoria no prognóstico dos pacientes.

## **Referências**

- ARRUDA, Ana Carolina Lima; CRUVINEL, Rodrigo; CABRAL, Fernando Duarte; OLIVEIRA, Daniela Gomes de. Prevenção de surgimento de pneumonias por ventilação mecânica em pacientes críticos. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v. 10, n. 1, 2023. Disponível em: <https://remunom.ojsbr.com/multidisciplinar/article/view/1333/1296>. Acesso em: 12 mar. 2026.
- TEIXEIRA, Paulo José Zimmermann et al. Pneumonia associada à ventilação mecânica: impacto da multirresistência bacteriana na morbidade e mortalidade. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 30, n. 6, p. 540-548, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/833cbTLPwM7SPSqMc7p3RNL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2026
- MILLER, Felicity; COPPLESTONE, Stephen; NIRAJAN, Niraj. Pneumonia associada à ventilação mecânica (Tutorial 382). Publicado em 27 de junho de 2018. Disponível em: [https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2018/07/382\\_portugues.pdf](https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2018/07/382_portugues.pdf). Acesso em: 11 mar. 2026.



SETHI, Sanjay; ALBERT, Richard K. Pneumonia associada ao ventilador. In: Manuais MSD: versão profissional. Revisado/corrigido em fev. 2024. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/pneumonia/pneumonia-associada-ao-ventilador>. Acesso em: 11 mar. 2026.

BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 707–714, set. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/Nvz3LYV74YdkbGXYWHKYkKc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2026.

SANTI, Samantha Simoni; SANTOS, Rubem Beraldo. A prevalência da pneumonia nosocomial e sua relação com a doença periodontal: revisão de literatura. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 21, n. 2, 2016. DOI: 10.5335/rfo. v21i2.5799. Disponível em: <https://ojs.upf.br/index.php/rfo/article/view/5799/4043>. Acesso em: 11 mar. 2026.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (SOCESP). *Revista da SOCESP*. São Paulo, v. 32, n. 2, abr. / jun. 2022. Disponível em: [https://soces.org.br/revista/assets/upload/revista/15062053281657117120pdfpt14\\_revistasocesp\\_v32\\_02.pdf](https://soces.org.br/revista/assets/upload/revista/15062053281657117120pdfpt14_revistasocesp_v32_02.pdf). Acesso em: 21 abr. 2026.

PINHEIRO, Juliana Campos et al. Tratamento odontológico em pacientes com pré-disposição a endocardite bacteriana: revisão de literatura. *Revista de Odontologia da ACBO (RvAcBO)*, v. 9, n. 1, p. 20–25, 2020. Disponível em: <https://revacbo.com.br/index.php/ojs/article/view/55>. Acesso em: 21 abr. 2026.

PINHEIRO, Juliana Campos et al. Tratamento odontológico em pacientes com pré-disposição a endocardite bacteriana. *Revista Odontológica do Brasil Central*, v. 9, n. 1, p. 20–25, 2020. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/46>. Acesso em: 21 abr. 2026.