



Protocolo de Atenção à Saúde

Atendimento Odontológico em UTI

Área(s): Odontologia

Portaria SES-DF Nº0000 de data, publicada no DODF Nº 0000 de data .

1- Metodologia de Busca da Literatura

1.1 Bases de dados consultadas

Medline/Pubmed, Scielo, Associação de Medicina Intensiva Brasileira, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Protocolos da SES/DF.

1.2 Palavra(s) chaves(s)

Odontologia Hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva; Pneumonia Aspirativa; Higiene Bucal; Paciente Crítico; Clorexidina.

1.3 Período referenciado e quantidade de artigos relevantes

Considerou-se o período de 2002 a 2020, totalizando 36 textos.

2- Introdução

Dentre as demandas em Odontologia Hospitalar (OH), destaca-se a importância da presença do Cirurgião Dentista (CD) frente às necessidades apresentadas pelos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)^{1,2,3}.

As UTIs têm como objetivo prestar assistência aos pacientes cujo estado exige maior cuidado e observação contínua dos profissionais de saúde destas unidades de forma inter e multidisciplinares.

A RDC nº 7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de UTIs, assegura, em seu Art. 18, a assistência odontológica à beira do leito^{4,5}. O Distrito Federal (DF) possui a Lei nº 5744 de 09 de dezembro de 2016 que dispõe sobre o direito constitucional à saúde bucal no Sistema

Único de Saúde (SUS) do DF onde haja a internação de pacientes. A referida lei em seu Art. 2º assegura a todos os usuários dos serviços públicos, no âmbito da rede pública de saúde distrital sob internação hospitalar o direito a ser assistido por um CD em atuação conjunta com o corpo clínico médico, quando necessário: § 1º Para assegurar o direito à saúde bucal, no âmbito dos locais de internação de pacientes, na rede pública de saúde do Distrito Federal, é obrigatória a presença de profissionais de Odontologia; § 2º Nas UTIs, fica assegurada a presença de CD como parte do corpo clínico⁶.

A infecção é uma complicação frequente e de elevada mortalidade nos pacientes internados em UTIs. Esses pacientes apresentam restrições das necessidades diárias de higiene e cuidados bucais^{1,2,7}. Essa deficiência na higiene bucal em pacientes críticos, que com frequência permanecem com a boca aberta, devido à intubação orotraqueal, provoca a desidratação da mucosa bucal e diminui o fluxo salivar, podendo desencadear periodontites, gengivites, otites, rinofaringites crônicas, candidoses, halitose, herpes, dentre outros^{2,3,8}.

A diminuição do fluxo salivar permite o aumento da saburra do biofilme lingual (matriz orgânica estagnada) no dorso da língua, o que favorece a produção de componentes voláteis de enxofre, tais como mercaptanas (CH SH) e sulfídricos (SH) que têm odor desagradável e colonização bacteriana^{8,9,10,11}.

A sialorreia potencializa focos de infecção responsáveis pela pneumonia nosocomial ou pneumonia aspirativa, que ocorre em 15% das admissões hospitalares e 25% de todas as infecções adquiridas em UTI^{2,10}.

Estudos recentes mostraram que a quantidade de biofilme em pacientes de UTI aumenta com o tempo de internação, paralelamente, também ocorrem aumentos de patógenos respiratórios que colonizam o biofilme bucal. De 48 a 72 horas após a internação em UTI o biofilme deixa de ser colonizado por patógenos Gram-positivos, comuns à boca e passa a ser colonizado por patógenos Gram-negativos, com potencialidade para causar a pneumonia. Esses patógenos respiratórios, que se estabelecem no biofilme, são mais difíceis de serem debelados, pois o biofilme propicia uma proteção às bactérias, tornando-as mais resistentes aos antibióticos que as bactérias planctônicas^{7,12}. Deve-se ressaltar que pacientes com alterações do nível de consciência, a qual é condição comum em UTIs, aspiram maiores quantidades de secreções da cavidade bucal^{2,13,14}.

Frequentemente, em UTIs o paciente necessita de ventilação mecânica. A literatura demonstra que as pneumonias associadas a esse tipo de recurso acometem grande percentagem desses pacientes, com taxas alarmantes de mortalidade^{10,11}

A colonização da orofaringe por microrganismos Gram-negativos, de pacientes intubados, ocorre nas primeiras 48 a 72 horas após a admissão na UTI e alcançam os pulmões por meio das secreções bucais que perpassam pelos lados do balonete^{7,13}.

Os estudos mostram que há interferência considerável na evolução do quadro sistêmico do paciente, em decorrência da precária condição de higiene bucal. Sendo assim, faz-se necessária a manutenção da saúde bucal, além de maior integração da Odontologia, na equipe multiprofissional, visando o tratamento global dos pacientes, a prevenção de doenças e maior humanização do tratamento dos pacientes internados em UTIs^{3,7,10,15,16}.

3- Justificativa

O serviço justifica-se:

- Pelo comprovado aporte de internos em UTIs em toda a Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES-DF) com urgentes necessidades de manutenção da saúde bucal;
- Por existirem evidências na literatura de que houve redução em cinco dias do tempo de internação dos pacientes após a instituição do serviço odontológico diário na rotina das UTIs;
- Pela necessidade de se padronizar e normatizar a atuação da Odontologia nas UTIs da SES-DF;
- Em cumprimento à RDC 7 da ANVISA.

4- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)

Considerando que a maioria das doenças que são abrangidas nos capítulos listados abaixo consta neste protocolo, não iremos citá-las detalhadamente.

CAPÍTULO	DESCRIÇÃO
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
II	Neoplasias (tumores)
III	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
IV	Transtornos mentais e comportamentais
V	Doenças do sistema nervoso
VI	Doenças dos olhos e anexos
VII	Doenças do aparelho circulatório
VIII	Doenças do aparelho digestivo
IX	Doenças de pele e tecido subcutâneo
X	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
XI	Doenças do aparelho geniturinário
XII	Gravidez, parto e puerpério

XIII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas
XIV	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde

Fonte: Tabela elaborada pelo GT do Protocolo de UTI.

5- Diagnóstico Clínico ou Situacional

O diagnóstico é realizado pelo cirurgião dentista e é eminentemente clínico por meio do exame físico intra e extrabucal.

Pacientes intubados, traqueostomizados ou não, com ou sem uso de ventilação mecânica, assialícos ou secretivos, com úlceras traumáticas ou outros tipos de lesões na mucosa bucal ou lábios; que apresentem candidoses; herpes simples; periodontites; gengivites; halitose; mucosite; saburra lingual; desdentados ou não, dentes com mobilidades, uso de próteses parciais removíveis ou fixas, ou totais; em uso de aparelho ortodôntico; dentes fraturados, exposições pulpares, traumatismos na língua; mordeduras, hemorragias e lesões causadas por microrganismos, tais como fungos, vírus e bactérias.

6- Critérios de Inclusão

- Pacientes internados em UTIs com estabilidade hemodinâmica;
- Possuir cartão SUS.

7- Critérios de Exclusão

- Pacientes com comorbidades que sejam contraindicações absolutas ao tratamento;
- Situações clínicas nas quais o tratamento odontológico possa provocar riscos como pacientes em broncoespasmo e/ou com pressão intracraniana (PIC) acima dos níveis recomendados. Nesses casos a higiene bucal deverá ser postergada para um outro momento;
- Pacientes sem parecer médico favorável autorizando o procedimento cirúrgico;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (TER) não assinado pelo responsável pelo paciente;
- Paciente em quadro de morte iminente.

8- Conduta

O atendimento odontológico na UTI deve seguir essa ordem:

1. Lavar as mãos;
2. Paramentar com todos os equipamentos de proteção individual – EPI (gorro, máscara, óculos de proteção, protetor facial, avental de manga longa, luva de procedimento). Não entrar na UTI com jaleco de ambulatório;
3. Realizar a desinfecção com álcool 70% das bancadas que serão utilizadas antes e após o procedimento, em cada leito;
4. Separar o equivalente a 10 ml de solução de clorexidina a 0,12% não alcoólica;
5. Ligar o aspirador, adaptar a sonda de aspiração nº14 no látex;
6. Comunicar, verbalmente, ao paciente e/ou ao acompanhante, o procedimento que será realizado;
7. Posicionar o paciente mantendo cabeceira elevada (de 30° a 45°), a menos que esteja contra indicado pela equipe multidisciplinar, abaixar o *siderail* do lado de trabalho;
8. Substituir as luvas de procedimento;
9. Hidratar a mucosa labial, antes de iniciar a higienização bucal, com soro fisiológico, produtos enzimáticos, lanolina ou Dexapantenol^{3,7,12,15,16};
10. Proceder à aspiração da cavidade bucal e orofaringe, no início, meio e fim do atendimento ou quantas vezes forem necessárias;
11. Assegurar a correta fixação do tubo traqueal (nasal ou oro) antes de realizar a higiene bucal, identificar o correto posicionamento e a pressão do balonete (*Cuff*);
12. Realizar a inspeção da cavidade bucal, observando alterações salivares (hipo e hipersalivação), mobilidade dental, sangramento, lesões traumáticas e infecciosas de mucosas, edemas de lábios ou peribucais. Detectar cuidadosamente a presença de órteses/próteses dentárias provisórias ou obturadoras, procedendo suas remoções antes de iniciar a higienização bucal, em seguida, realizar a limpeza dessas com clorexidina 0,12% e entregá-las à família ou à chefia de enfermagem e registrar no prontuário o nome de quem recebeu as próteses;
13. Realizar o procedimento de higienização bucal¹⁷;
14. Embeber a gaze em clorexidina não alcoólica para remoção de debris^{16,18,19,20};
15. Realizar a limpeza dos dentes com gaze embebida em solução aquosa de digluconato de clorexidina 0,12%;
16. Utilizar o abridor de borracha/silicone, que deverá estar preso ao fio dental para evitar deglutição acidental; ou um conjunto de espátulas de madeira estéreis envolvidas em gaze, fita crepe e luva; ou uma seringa de 20 ml com êmbolo;
17. Envolver a gaze nos dedos umedecida com a solução de clorexidina a 0,12%, deslizar raspando a língua, os vestibulos, as bochechas, o palato, a gengiva de

ambos os arcos dentais, as superfícies vestibulares, linguais, palatinas e oclusais dos dentes no sentido pósterio-anterior;

18. Realizar movimentos de varredura no sentido da gengiva para o dente, de forma suave e repetida, prosseguindo sistematicamente com o movimento por todos os dentes pelas faces vestibulares e pelas faces linguais em movimentos de vaivém. Higienizar também as superfícies oclusais dos dentes. Para os pacientes edêntulos, higienizar o rebordo alveolar;
19. Higienizar a língua com gaze umedecida em clorexidina a 0,12%;
20. Limpar o tubo, se orotraqueal, com gaze embebida na solução de clorexidina a 0,12%;
21. Aspirar a cavidade bucal e orofaringe novamente;
22. Hidratar novamente a mucosa labial com Dexapantenol ou lanolina anidra^{16,18,19};
23. Dispensar o material contaminado no local apropriado;
24. Desligar o vácuo e levantar o *siderail*;
25. Desparamentar e higienizar as mãos;
26. Evoluir o paciente no prontuário clínico.

Protocolo de atendimento odontológico para pacientes com COVID-19

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), pode acometer os tratos respiratório e gastrintestinal, além da pele e mucosas^{21,22}. A transmissão pode ocorrer diretamente, por meio de gotículas ou aerossóis gerados, ou indiretamente, por meio de auto-inoculação em superfícies contaminadas. Os sintomas mais comuns são tosse seca, febre e dispnéia, e tendem a surgir entre o terceiro e sexto dias após a infecção. Entretanto, pessoas contaminadas e assintomáticas, também podem transmitir a doença²³. O diagnóstico é realizado por exames clínico, imagem e laboratoriais^{24,25}.

A síndrome do severo acometimento respiratório (SARS) causada pelo SARS-CoV-2 compromete o funcionamento adequado do trato respiratório inferior, o que demanda ventilação mecânica por intubação endotraqueal e, conseqüentemente, cuidados intensivos, que são realizados em UTIs²⁶.

Os cuidados bucais a esse grupo de pacientes devem ser mantidos, a fim de controlar a formação de biofilme, composto por patógenos bucais e pulmonares, no tubo orotraqueal e cavidade bucal, prevenindo infecção pulmonar (pneumonia associada à ventilação mecânica - PAV) por esses microrganismos²⁷.

Apesar de a clorexidina a 0,12% não ser uma substância que interfere na carga viral, seu uso para a profilaxia e higiene bucal deve ser mantido, com a finalidade de controle do biofilme bucal e como *bundle* de prevenção de PAV. Os procedimentos odontológicos a serem realizados nesses pacientes são os mesmos que os realizados nos demais, o que muda são as precauções no manejo e controle de infecção cruzada.

O uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), a internação do paciente com diagnóstico confirmado de COVID-19 em quarto de isolamento, com pressão negativa, porta fechada e bem ventilado, ou isolamento por coorte, onde a UTI seja exclusiva para pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19, com distância mínima de 1 metro entre os leitos minimizam os riscos de transmissão por contaminação cruzada²⁸.

Além disso, todos os envolvidos no atendimento gerador de aerossóis devem utilizar EPIs apropriados para o mesmo (precaução para aerossóis), que incluem gorro, máscara de proteção respiratória com eficácia mínima na filtração de 95% para partículas de até 0,35µ (PFF2, PFF3, N95, N99 ou N100), óculos de proteção, protetor facial total, capote impermeável e luvas.

O profissional também deve utilizar sapatos impermeáveis com cobertura total dos pés, manter unhas sempre curtas, evitar tocar na face e cabelos, evitar o uso do celular, não utilizar adornos como anéis, brincos e relógio, não levar pertences pessoais para a UTI. Barba e maquiagem podem interferir na adaptação da máscara N95, devendo ser evitados²⁹.

Devido à escassez de EPIs decorrente da pandemia, a reutilização da máscara N95 é permitida por até 15 dias. Contudo, não poderá estar visivelmente suja ou molhada e os elásticos devem estar em bom estado. Seu armazenamento deve ser feito em invólucro limpo e respirável, como um saco de papel, que deve possuir clara identificação do profissional utilizador, com a data do primeiro uso, em local específico e devidamente identificado como local de guarda de EPIs. Para protegê-la de respingos e gotículas poderá ser sobreposta por uma máscara cirúrgica ou por protetor facial total.

É recomendado que o profissional separe roupa exclusivamente para uso no ambiente hospitalar ou utilize roupa privativa (pijama cirúrgico/*scrub*). Ao chegar em casa, deve retirar suas roupas, acondicionar e lavar separadamente.

Sequência de paramentação^{30,31,32}.

1. Higiene de mãos e punhos com água e sabão ou preparação alcoólica a 70% (fora do quarto);
2. Colocar o gorro;
3. Colocar máscara de proteção respiratória PFF2/N95 ou equivalente;
4. Colocar óculos e protetor facial total (fora do quarto);
5. Higiene de mãos (na antecâmara);
6. Colocação do capote/avental, que deve ser impermeável e possuir mangas longas (na antecâmara);
7. Higiene de mãos (no quarto);
8. Calçar luvas para o procedimento (preferencialmente com punho longo) (no quarto);

*Caso o ambiente não tenha antecâmara, os itens 4 e 5 devem ser realizados fora do quarto.

Sequência de desparamentação³²:

1. Retirar luvas de procedimento (no quarto);
2. Higienizar as mãos (no quarto);
3. Retirar o capote/avental (na antecâmara);
4. Higienizar as mãos (na antecâmara);
5. Retirar o protetor facial total, os óculos, a máscara e gorro pelas laterais (fora do quarto);
6. Higienizar as mãos.

*Nos locais sem antecâmara, os itens 3 e 4 deverão ser realizados dentro do quarto.

Evolução do paciente no prontuário clínico:

A evolução do paciente deverá conter os seguintes dados: sinais vitais, avaliação clínica geral do paciente, avaliação odontológica, conduta e código para faturamento do procedimento. Deverá ser sinalizada como evolução odontológica para não confundir com a evolução médica.

Nos sinais vitais registrar a pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação parcial de oxigênio, pressão intracraniana, temperatura axilar (quando houver). Os dados obtidos dos sinais vitais ajudam a identificar a gravidade do paciente, bem como a melhor forma e tempo oportunos para o tratamento. Deve-se, portanto, incluir se o paciente encontra-se hipertenso, taquicárdico, com saturação de oxigênio insatisfatória, febril.

Anotar os antibióticos em uso pelo paciente na data do atendimento, avaliando a indicação/necessidade de utilização de profilaxia antibiótica ao realizar procedimentos invasivos.

Em sequência, a evolução deverá conter a descrição do quadro do paciente. Descrever o estado de consciência de acordo com a escala de Glasgow. Em caso de sedação, utilizamos a Escala de Ramsay. Essa escala compreende valores que vão de 1 a 6, atribuídos observando as respostas dadas pelo paciente após estímulos:

- Grau 1: paciente ansioso, agitado;
- Grau 2: cooperativo, orientado, tranquilo;
- Grau 3: sonolento, atendendo aos comandos;
- Grau 4: dormindo, responde rapidamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso;
- Grau 5: dormindo, responde lentamente ao estímulo glabellar ou ao estímulo sonoro vigoroso;

- Grau 6: dormindo, sem resposta.

Além disso, incluímos os medicamentos administrados, suas concentrações e a forma de ventilação do paciente: espontânea ou mecânica (anotar o modo de ventilação e a frequência respiratória), se há ou não necessidade de suporte de oxigênio e por qual dispositivo isso é estabelecido.

É importante ressaltar a necessidade de registro da estabilidade ou instabilidade hemodinâmica e o uso ou não de drogas vasoativas na evolução.

Considerações relacionadas à cavidade bucal como alterações dentárias, de tecidos moles, de fluxo salivar, aspecto da língua (em relação à saburra), alterações em que pode ser necessária intervenção odontológica bem como as estruturas que não possuem alterações importantes devem ser registradas na evolução. Não é realizado odontograma do paciente. De forma alternativa, descrevem-se os dentes com necessidades de intervenção e as demais estruturas que apresentem alterações.

Finalmente, conclui-se a evolução do paciente incluindo o código de faturamento, de acordo com os códigos do SUS.

OBS 1: O CD deve estabelecer com a equipe de enfermagem a posição mais adequada para trabalhar a beira leito, considerando a posição dos equipamentos de manutenção à vida;

OBS 2: A equipe de enfermagem deve solicitar auxílio ao CD em todas situações adversas, tais como: dentes com mobilidades, lesões de mucosas labial e/ou bucal, sangramentos de origem bucal, presença de próteses e/ou aparelhos fixos ou móveis, dentre outras;

OBS 3: A gaze deverá ser trocada após limpeza de cada região citada anteriormente.

Principais procedimentos realizados pelo CD:

- Exodontias de dentes com mobilidade ou restos radiculares que possam estar servindo de focos de infecção, comprometendo assim a saúde do paciente;
- Regularizar arestas dentais cortantes;
- Sutura de lacerações por trauma;
- Confeccionar e/ou instalar protetores bucais;
- Selamento de cavidades/adequação do meio bucal;
- Raspagens para eliminação de cálculos;
- Contensões em caso de dentes que sofreram luxação por traumas ou durante procedimentos de intubação;
- Diagnóstico de lesões utilizando os meios necessários (exame físico, exames histopatológicos ou laboratoriais, isoladamente ou em conjunto);

- Tratamento de lesões de tecidos moles, por meio farmacológico ou por laserterapia.

OBS: Todos os tratamentos poderão ser realizados, desde que necessários e oportunos.

8.1 Conduta Preventiva

- Controlar efetivamente o biofilme na cavidade bucal;
- Contribuir de maneira decisiva para a diminuição do risco de pneumonia nosocomial;
- Detectar e prevenir lesões bucais;
- Contribuir para redução do tempo de internação/permanência sob internação e racionalizar o uso de antibióticos;
- Identificar e eliminar focos infecciosos;
- Melhorar a assistência ao paciente grave e/ou crítico implicando melhoria dos indicadores.

8.2 Tratamento Não Farmacológico

Laserterapia: estudos apontam que a laserterapia é uma excelente opção de tratamento, por apresentar efeitos benéficos para os tecidos, pois ativa a microcirculação, produz novos capilares, possui efeitos anti-inflamatórios e analgésicos, além de estimular o crescimento e a regeneração celular resultando na reparação tecidual. Pode ser utilizado em úlceras por pressão ou traumáticas como, por exemplo, as decorrentes do contato do tubo orotraqueal com os tecidos bucais, mordeduras e mucosites. A utilização de fototerapia com laser pode ser um recurso terapêutico no tratamento desses pacientes^{7,33,34};

Protetores bucais: a literatura relata que esses possuem várias finalidades, dentre elas a proteção de traumas dentários durante procedimentos anestésicos; em procedimentos de endoscopia; em casos de movimentos mandibulares involuntários de pacientes com comprometimento neurológico, sendo também indicado como proteção e tratamento da mucosa bucal traumatizada de pacientes em UTI nos eventos de automutilação.

8.3 Tratamento Farmacológico

A escolha de um produto enzimático como método auxiliar na redução da placa bacteriana bucal se dá pela ausência de substâncias abrasivas em sua composição, tais como álcool, detergente e corante. Essas substâncias podem irritar ainda mais a mucosa

bucal já comprometida. Recomenda-se o uso de produto enzimático com lactoferrina que, por meio de sua ação e interação com a saliva, reduz a incidência de *Candidaalbicans* e *Candidakruseina* na mucosa bucal²⁰.

Os estudos preconizam o uso da solução enzimática a base de lactoperoxidase, a qual reduz o processo inflamatório na gengiva, a secura bucal, a halitose, além de facilitar a remoção de debris (crostas)²⁰.

Digluconato de Clorexidina, comercialmente chamado apenas de clorexidina, é um antisséptico químico com ação antifúngica e bactericida capaz de eliminar tanto bactérias Gram-positivas quanto Gram-negativas, possuindo também ação bacteriostática (inibindo assim a proliferação bacteriana)^{6,13,35}.

A clorexidina é indicada por períodos de tempo limitado e para casos específicos, tais como: pós-operatório de traumatismos bucais e/ou dentários, gengivites acentuadas, elevada contagem de *Streptococcus mutans* na saliva e em pacientes com comprometimento físico e mental com incapacidade de realizarem uma adequada higiene bucal^{6,13}.

Nos casos de xerostomia, recomenda-se o uso de gel umidificante bucal de longa duração composto por um complexo de enzimas bioativas que promovem a proteção da mucosa bucal contra irritações, coceiras e sensação de queimação, sendo especialmente formulado para manter a boca úmida por até 6 horas²⁰.

Para a hidratação labial costuma-se utilizar lanolina anidra ou dexpanthenol creme a 5%^{3,16,18,19}.

8.3.1 Fármaco(s)

- 36811 - Digluconato de clorexidina 0,12%;
- 90924 - Nistatina suspensão oral 100.000UI;
- 90925 - Cefazolina sódica pó para solução injetável 1g frasco-ampola;
- 10275 - Fluconazol solução injetável 2 mg/ml, bolsa ou frasco 100 ml. Sistema fechado de infusão;
- 33711 - Dexametasona solução injetável 4 mg/ml 2,5 ml frasco-ampola;
- 90105 - Dexametasona (acetato) creme 0,1% bisnaga 10 g;
- 90063 - Dipirona solução injetável 500 mg/ml ampola 2 ml;
- 90870 - Aciclovir (sódico) pó para solução injetável 250 mg frasco-ampola.

8.3.2 Esquema de Administração

- Digluconato de Clorexidina 0,12%: uso durante o procedimento de higienização da mucosa bucal e dos dentes de 8/8 horas;

- Nistatina suspensão oral 100.000UI: uso tópico a cada 06 horas;
- Cefazolina sódica pó para solução injetável 1g frasco-ampola: aplicar 01 ampola diluída em 10 ml em água destilada, EV, 1 hora antes do procedimento;
- Dipirona solução injetável 500 mg/ml ampola 2 ml: aplicar 01 ampola, EV, a cada 06 horas;
- Fluconazol solução injetável 2 mg/ml, bolsa ou frasco 100 ml. Sistema fechado de infusão: aplicar uma bolsa EV, a cada 24 horas, por 7 a 14 dias;
- Dexametasona solução injetável 4 mg/ml - 2,5 ml frasco-ampola: aplicar EV, dose única;
- Dexametasona (acetato) creme 0,1% bisnaga 10 g: aplicar nas lesões a cada 12h por no máximo 5 dias;
- Aciclovir (sódico) pó para solução injetável 250 mg frasco: aplicar 5mg/kg a cada 8 horas, por 05 dias.

OBS: Avaliar a necessidade de profilaxia antibiótica antes do procedimento odontológico.

8.3.3 Tempo de Tratamento – Critérios de Interrupção

Os antibióticos são usados profilaticamente, apenas nos casos em que o paciente não esteja em uso prévio. Os antifúngicos devem ser usados entre 7 a 14 dias; antirretrovirais devem ser prescritos por 5 dias; corticoides injetáveis dose única e os tópicos por até 5 dias. Em casos de alergia, diarreia ou outros sinais e sintomas em relação à medicação prescrita, ela deverá ser suspensa e o quadro discutido com o médico assistente.

9- Benefícios Esperados

- Redução do tempo e do custo por internação, por diminuição na incidência de PAVs;
- Alta precoce dos pacientes, favorecendo maior rotatividade de leitos, gerando maior lucratividade;
- Redução de indicadores de infecção hospitalar;
- Contribuir com a recuperação da saúde do paciente mais precocemente.

10- Monitorização

O protocolo descrito deverá ser realizado diariamente por um CD e a manutenção feita pela equipe de enfermagem, de preferência a cada 8 horas, utilizando a solução de

clorexidina a 0,12%^{10,11,36}. O tempo preconizado para reaplicação do produto deverá ser, no máximo, a cada 12 horas com monitorização das condições da cavidade bucal.

Pacientes com dentes de prognóstico duvidoso, que possam ser focos infecciosos, deverão ser indicados para exodontias.

11- Acompanhamento Pós-tratamento

Ao deixar a UTI o paciente deverá ser acompanhado na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima à sua residência ou, se ainda permanecer internado em enfermaria, pela equipe de Odontologia Hospitalar do respectivo hospital.

12- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade – TER

Anexo I.

13- Regulação/Controle/Avaliação pelo Gestor

A avaliação pelo gestor deverá ser feita baseada em indicadores de infecção hospitalar, como a redução na incidência de PAVs e a diminuição do tempo de internação dos pacientes nas UTIs.

A regulação, o controle e a avaliação das atividades através deste protocolo refletir-se-ão em dados que serão coletados em cada unidade de saúde da SES/DF e analisados de forma mensal por meio do prontuário eletrônico.

14- Referências Bibliográficas

- 1- Associação Brasileira de Medicina Intensiva. Departamento de Odontologia [acesso em 02 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.amib.org.br/noticia/nid/departamento-de-odontologia/>
- 2- FERREIRA, IMF. Laserterapia no tratamento de úlceras de pressão na unidade de terapia intensiva. Monografia apresentada na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Lato Sensu em Fisioterapia em Terapia Intensiva. Univ Catol de Brasília, 2010. Disponível em: <https://docplayer.com.br/16545281-Laserterapia-no-tratamento-de-ulceras-de.html>
- 3- SANTOS PSS, et al. Uso de Solução Bucal com Sistema Enzimático em Pacientes Totalmente Dependentes de Cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras de Ter Intens** 2008, Abr-Jun;20(2):154-159.
- 4- PASETTI LA, et al. Odontologia hospitalar a importância do cirurgião dentista na unidade de terapia intensiva. **Rev. Odontologia (ATO)** 2013, Abr;13(4):211-226.
- 5- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução - RDC nº 7 de 24 fevereiro de 2010 que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de

Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. [acesso em 05 de maio de 2021]. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20N%C2%BA%207%2C%20DE%2024,o%20inciso%20IV%20do%20Art

- 6- Câmara Legislativa do DF (Brasil). Projeto de lei nº 252/2015 da Câmara Legislativa do DF que o dispõe sobre o direito constitucional à Saúde Bucal, no Sistema Único de Saúde do Distrito Federal onde haja internação de pacientes.
- 7- MAYBEL LB, et al. Terapia fotodinâmica como adjuvante ao tratamento periodontal não cirúrgico. **Revista Periodontia** 2010, Jun;20(2):22-32.
- 8- VIEIRA CN, et al. Avaliação da condição periodontal e da presença de biofilme lingual como indicadores de risco para halitose. **Revista Periodontia**. 2010, Jun;20(2):53-60.
- 9- KOEMAN M, et al. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. **Am J Respir Crit Care Med**. 2006, Jun;173(12):1348-55.
- 10- FEIDER LL, et al. Oral Care Practices for Orally Intubated Critically Adults. **Am J Crit Care**. 2010;19(2):175-183.
- 11- MORAES TMN, et al. A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva** 2006, Out-Dez;18(4):412-417.
- 12- JULINO MD, et al. A doença periodontal como possível fator de risco colaborador, dentre os demais fatores de risco clássicos, para o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer - revisão de literatura. **Revista Periodontia**. 2010, 20(2):33-38.
- 13- OLIVEIRA, NM, et al. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**. 2012, Dez;24(4):01-11.
- 14- MANDEL AL, Niederman MS. Aspiration Pneumonia - Review Article. **The New England Journal of Medicine** 2019, Fev;380:651-63.
- 15- SUSAN H, et al. Effectiveness of 0.12% Chlorhexidine Gluconate Oral Rinse in Reducing Prevalence of Nosocomial Pneumonia in Patients Undergoing Heart Surgery. **Am J Crit Care** 2002, Nov;11(6):567-570.
- 16- ABIDIA RF. Oral Care in the Intensive Care Unit: a review. **The Journal of Contemp Dental Practice**. 2007, Jan;8(1):1-8.
- 17- Associação Brasileira de Medicina Intensiva. Recomendações para higiene bucal do paciente adulto em UTI [acesso em 02 de julho de 2021]. Disponível

em: [https://website.cfo.org.br/wp-](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2013/09/RECOMENDACOES_PARA_HIGIENE_BUCAL_DO_PACIENTE_ADULTO_EM_UTI_-_AMIB.pdf)

[content/uploads/2013/09/RECOMENDACOES PARA HIGIENE BUCAL DO PACIENTE ADULTO EM UTI - AMIB.pdf](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2013/09/RECOMENDACOES_PARA_HIGIENE_BUCAL_DO_PACIENTE_ADULTO_EM_UTI_-_AMIB.pdf)

- 18- CFO. Procedimento Operacional Padrão - Higiene Bucal UTI [acesso em 02 de julho de 2021]. Disponível em: [https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2013/09/PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRAO HIGIENE BUCAL UTI.pdf](https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2013/09/PROCEDIMENTO_OPERACIONAL_PADRAO_HIGIENE_BUCAL_UTI.pdf)
- 19- HOUSTON S, et al. Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. **Am J Crit Care**. 2002, Nov;11(6):567-70.
- 20- HORTENSE SR, et al. Uso da Clorexidina como Agente Preventivo e Terapêutico na Odontologia. **Revista de Odontol da Univ Cidade de São Paulo** 2010, Ago;22(2):178-84.
- 21- HOENIG LJ, PEREIRA FA. Rash as a Clinical Manifestation of COVID 19 Photographs of a Patient. **Clinics in Dermatology** 2020, Jul-Aug;38(4):502-505.
- 22- GALVÁN CASAS A, et al. Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective Nationwide consensus study in Spain with 375 cases. **British Journal of Dermatology** 2020, Jul;183(1):71-77.
- 23- BACKER JA, et al. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20–28 January 2020. **Eur Surv**. 2020, Feb;25(5):1-6.
- 24- LEI P, FAN B, MAO J, WANG P. Multiple parameters required for diagnosis of COVID-19 in clinical practice. **Jour of Infec**. 2020, Jun;80(6):e27-e28.
- 25- LONG C, et al. Diagnosis of the Coronavirus disease (COVID-19): rRT-PCR or CT? **Euro J Radiol**. 2020, May;126:108961.
- 26- PHUA J, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. **Lancet Respir Med** 2020, May;8(5):506-517.
- 27- HUA F, et al. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia (Review). **Cochrane Database of Syst Reviews** 2016, Oct;10:1-121.
- 28- Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Equipamentos de Proteção Individual – EPI na UTI, a segurança da equipe é fundamental. 2020. [acesso em 06 de Julho de 2021]. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/07/COVID-19_seguranca_equipev14032020_18h16.pdf

- 29- FRANCO JB, CAMARGO AR, PERES MPS. Cuidados odontológicos na era do COVID-19: recomendações para procedimentos odontológicos e profissionais. **Revista Assoc Paul Cir Dent** 2020;74(1):18-21.
- 30- BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus. 2020 [acesso em 06 de Julho de 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>
- 31- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Nota Técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA. Orientações para Serviços de Saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. 2020. [acesso em 06 de julho de 2021]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims_ggtes_anvisa-04_2020-25-02-para-o-site.pdf
- 32- FIOCRUZ. Paramentação e Desparamentação dos Profissionais de Saúde em Tempos de Pandemia da COVID-19. Abril. 2020. [acesso em 06 de Maio de 2021]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>.
- 33- CAVALCANTI TM, et al. Conhecimento das propriedades físicas e da interação do laser com os tecidos biológicos na odontologia. **An. Bras. Dermatol.** 2011; Out;86(5):955-60.
- 34- MEINBERG MCA, et al. The use of 2% chlorhexidine gel and toothbrushing for oral hygiene of patients receiving mechanical ventilation: effects on ventilator associated pneumonia. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** 2012;24(4): 369-74
- 35- SOUZA AF, GUIMARÃES AC, FERREIRA EF. Avaliação da implementação de novo protocolo de higiene bucal em um centro de terapia intensiva para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Rev Min Enferm.** 2013, Jan-Mar;17(1):177-184.
- 36- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.032, de 5 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1032_05_05_2010.html

ANEXO I

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PARA PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NA SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Paciente: _____

Eu, _____,
RG _____, na qualidade de responsável pelo (a) paciente

internado(a) na UTI do _____, leito _____, concordo e autorizo o tratamento odontológico do(a) paciente supracitado(a).

Tenho conhecimento que o(s) procedimento(s) odontológico(s) será(ão) realizado(s) na UTI deste hospital. Declaro estar ciente de que o atendimento odontológico gera riscos ao(à) paciente, tais como: fraturas de instrumentos, fraturas de dentes, reações alérgicas, infecções pós-operatórias, emergências médicas em geral, deglutição e /ou aspiração de instrumentos e/ou líquidos/secreções, sangramentos (hemorragias) e outros específicos como _____, e fui alertado(a) de que a falta deste tratamento também pode prejudicar o (a) paciente.

Fui orientado(a) e esclarecido(a) sobre a possibilidade de realização de exodontias (extrações dentárias) unitárias ou múltiplas. Entendo a importância da saúde bucal e comprometo-me a seguir as orientações prescritas pela equipe. Declaro estar de acordo com o(s) procedimento(s) proposto(s):

_____.

Declaro que sei ler e escrever em língua portuguesa.

Brasília-DF, ___ de _____ de 20__.

Responsável legal pelo paciente

Cirurgião(ã) Dentista