

# **Ação odontológica preventiva em paciente idoso dependente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) – Relato de caso**

## **Alexandre Franco Miranda**

Mestrando em Ciências da Saúde, UnB; Professor na Universidade Católica de Brasília (UCB);  
[alexandref@ucb.br](mailto:alexandref@ucb.br)

## **Fernando Luiz Brunetti Montenegro**

Mestre e Doutor pela FOU SP; Coordenador de Saúde Bucal no CEDPES e Casa Ondina Lobo;  
[fbrunetti@terra.com.br](mailto:fbrunetti@terra.com.br)

## **RESUMO**

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar caracterizado por ser responsável pela monitoração contínua de pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos, sendo fornecidos o suporte e tratamento intensivos que podem contribuir na recuperação dos mesmos. O presente relato de caso tem como objetivo abordar a intervenção odontológica na UTI de um hospital em Brasília-DF, suas peculiaridades e condutas clínicas adotadas na promoção de saúde e adequação do meio bucal. Paciente idoso dependente, leucoderma, portador de demência em estágio avançado, com 86 anos, foi internado por um período de 06 dias na UTI devido a comprometimentos sistêmicos pulmonares e outras implicações sistêmicas. A ação odontológica foi direcionada à eliminação de focos inflamatórios como o biofilme (placa bacteriana) e cálculo supragengival, além de possíveis agentes infecciosos decorrentes de problemas bucais, como a saburra lingual, que poderiam estar agindo como incrementantes de doenças sistêmicas adquiridas como a pneumonia nosocomial. Foram realizadas ações clínicas como raspagem supragengival, escovação dentária orientada e supervisionada com pasta profilática e fluoreto fosfatado acidulado a 1,23%, além da terapia periodontal de suporte. Foram realizadas orientações à equipe de enfermagem de manejo, técnica e adaptação profissional para a manutenção da saúde bucal. Observou-se a melhora significativa da condição odontológica do paciente, ou seja, a eliminação do biofilme dental, saburra lingual e do processo inflamatório nos tecidos periodontais colaborando, de fato, para o não-aparecimento de novas doenças oportunistas, como é a pneumonia nosocomial. Concluiu-se que a participação de um cirurgião dentista, com capacitação voltada à este tipo de paciente, ajuda de fato numa mudança de quadros clínicos, tornando as equipes verdadeiramente interdisciplinares para uma pronta recuperação dos pacientes.

## **INTRODUÇÃO**

As infecções hospitalares são consideradas importantes problemas de saúde pública e causas significativas do aumento da mortalidade e dos custos hospitalares (gastos de materiais e medicamentos), valendo salientar que em hospitais brasileiros a taxa de infecção hospitalar é em média de 5% a 10%<sup>1,2,3,4</sup>.

Nos Centros de Tratamento Intensivo a infecção mais comum é a pneumonia e o paciente intubado e sob ventilação mecânica tem um risco várias vezes aumentado de desenvolvê-la<sup>5</sup>.

O risco de desenvolvimento de pneumonia nosocomial é de 10 a 20 vezes maior na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo que o seu desenvolvimento em pacientes com ventilação mecânica varia de 7% a 40%<sup>6</sup>.

Considerada uma enfermidade debilitante, principalmente no paciente idoso e imunocomprometido<sup>7</sup>, a pneumonia nosocomial, é aquela desenvolvida após 48 horas de internação hospitalar e que não estava presente ou incubada no paciente no momento da admissão hospitalar<sup>8</sup>. É responsável por 10% a 15% das infecções hospitalares, sendo que 20% a 50% dos pacientes afetados por tal condição falecem<sup>9,10</sup>.

A forma mais comum dos micro-organismos bucais alcançarem o trato-respiratório inferior é por meio da aspiração do conteúdo da orofaringe<sup>11</sup>, sendo que em pacientes com a percepção prejudicada como em pacientes com comprometimentos neurológicos o risco se torna muito maior<sup>12</sup>.

A associação do biofilme bucal e infecções respiratórias pode ser bem exemplificada por alguns estudos que mostram essa íntima relação<sup>7,9,10,13,14,15</sup>. Segundo Cardeñosa et al. (1999), a cavidade bucal é a primeira fonte de organismos patogênicos que causam esta patologia, a pneumonia nosocomial.

O biofilme adquirido por uma higienização deficiente, poderia resultar em uma elevada concentração de patógenos na saliva, que poderiam ser aspirados para o pulmão em grandes quantidades, deteriorando as defesas imunes do paciente na UTI afirmam Jenkins(1989), Moore, Moore(1994) e Oliveira et al. (2007).

Além disso, em condições favoráveis, o biofilme poderia abrigar colônias de patógenos pulmonares, promovendo o seu pleno desenvolvimento e facilitaria a colonização das vias aéreas superiores por tais microorganismos<sup>19,20</sup>, além de aumentarem a sua quantidade e complexidade com o tempo de internação<sup>21,22</sup>.

O presente trabalho tem por finalidade, por meio de um relato de caso clínico, abordar as condutas clínicas odontológicas na promoção de saúde bucal realizadas na UTI, de um hospital em Brasília-DF, em um paciente idoso dependente portador de demência em estágio avançado, focalizando o controle do biofilme dental, abordagem clínica adotada e possível repercussão sistêmica no mesmo.

## **RELATO DE CASO CLÍNICO**

Paciente, C.M.B., leucoderma, 86 anos, portador de demência em grau avançado, ou seja, comprometimento das funções de memória, cognição, comunicação, funções físicas, motoras e de cuidados pessoais (higienização bucal inclusive) foi internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital particular em Brasília, devido a comprometimento infeccioso do trato respiratório inferior.

Além do quadro pneumológico, o paciente apresentava outras alterações sistêmicas como hipertensão e disfunção renal, conforme prontuário médico intensivista, o que também estabelecia que o paciente estava submetido a ação antibiótica específica e monitoramento sistêmico contínuo.

A participação do cirurgião-dentista em tal caso foi baseada na indicação médica e aceitação familiar para que fosse feita uma avaliação da condição bucal do paciente após informações adquiridas da equipe da enfermagem que fazia parte do grupo de profissionais que assistia tal paciente.

As principais queixas da equipe de enfermagem foram a grande dificuldade de realizar a higienização bucal adequada devido às dificuldades de abertura de boca por parte do paciente, impedindo a realização de corretas técnicas de escovação dentária, das mucosas, palatos e língua.

A presença de sangramento gengival após a “tentativa” de uma correta higienização bucal diária e o grande acúmulo de placa bacteriana, biofilme dental, e o desconhecimento de como eliminar a presença desse possível foco inflamatório foram os sinais clínicos expostos e orientações dadas pela equipe de enfermagem responsável pelo paciente.

### **Avaliação odontológica**

A realização do exame odontológico foi baseada, inicialmente, pela solicitação aos familiares da assinatura do Consentimento Livre e Informado/Esclarecido, que autorizaram a avaliação odontológica por parte do profissional competente e o possível registro de todo o caso clínico por meio de imagens e posterior divulgação <sup>23</sup>.

Também, foi solicitada à equipe médica intensivista responsável pelo paciente, a autorização prévia para o exame clínico.

A interpretação odontológica feita foi baseada na grande dificuldade da equipe de enfermagem em realizar corretas adaptações, manejo clínico, falta de capacitação profissional para a realização de ações corretas e favoráveis à promoção de saúde bucal <sup>15</sup> do paciente.

O paciente apresentava os dentes hígidos com grande acúmulo de biofilme, cálculo supragengival, principalmente da região lingual dos dentes anteriores inferiores (Figura 1), inflamação gengival (gengivite) (Figura 2), saburra lingual e ausência de cáries, considerados possíveis fontes específicas de infecção nosocomial <sup>9,10,20</sup>.

Após tal avaliação, foi elaborado um relatório clínico da condição da cavidade bucal do paciente, juntamente com as imagens feitas, exemplificando a real situação em que o paciente se encontrava e o plano de tratamento a ser realizado, sob consentimento médico e, principalmente, familiar <sup>24</sup>.

### **Conduta odontológica adotada**

Os procedimentos odontológicos planejados e executados visaram a eliminação dos possíveis focos de inflamação, favoráveis a instalação de infecções oportunistas como a pneumonia nosocomial, por meio de ações odontológicas de mínima intervenção de caráter preventivo e orientações à equipe de enfermagem a respeito de possíveis meios favoráveis, sob supervisão, na promoção da saúde bucal do paciente <sup>7,15,25</sup>.

Com a utilização de meios auxiliares como abridores de boca e expansores <sup>23,24</sup> ampliou-se o campo de visão clínica para a realização dos procedimentos planejados.

A eliminação da presença de biofilme dental e cálculo supragengival foi feita por meio de raspagem, associada à profilaxia feita com escova dentária com pasta profilática (Figuras 3 e 4).

Associou-se à higienização da língua a utilização da solução de gluconato de clorexidina a 0,12% por meio de gaze embebida e fixada em um porta-agulha e limpadores linguais <sup>24,26,27</sup> sob orientação à equipe de enfermagem de realizar tal procedimento duas vezes ao dia, num intervalo de 12 horas cada.

Optou-se, também, pela escovação dentária com fluoreto fosfatado acidulado a 1,23% com o objetivo de manter a cavidade bucal com um ph básico <sup>23, 27</sup>, considerado menos nocivo às estruturas dentárias (Figura 5).

Tais procedimentos foram feitos durante 06 dias consecutivos, 02 vezes ao dia (manhã e noite), pelo profissional da Odontologia e pela equipe de enfermagem após orientações recebidas <sup>23,25</sup>.

Após esse período, constatou-se uma melhora significativa da condição bucal do paciente, ou seja, eliminação dos fatores retentivos de placa bacteriana, saburra lingual e da condição inflamatória do tecido periodontal (Figura 6).

Estabelecendo-se uma condição de saúde bucal favorável e não-colaboradora ao surgimento de enfermidades oportunistas <sup>3</sup>, como a pneumonia e a candidíase.

## DISCUSSÃO

As infecções hospitalares são responsáveis por elevados índices de mortalidade, sendo que a pneumonia nosocomial, adquirida no ambiente hospitalar após a internação, especialmente nas UTIs, é a mais prevalente <sup>7,9,10</sup>.

A aspiração do conteúdo da orofaringe infeccioso é a principal causa, principalmente a saburra lingual, placa bacteriana e cálculos supragengivais, principalmente por pacientes debilitados que perderam a consciência e responsabilidades motoras, como podemos citar o paciente idoso com demência em estágio avançado <sup>24, 27</sup>.

A demência é uma enfermidade característica da população idosa que promove uma desordem neurodegenerativa que atinge o Sistema Nervoso Central de caráter progressivo e irreversível que, em seu estágio avançado, o paciente é caracterizado por apresentar total dependência, reflexos regressivos, afasia, incontinência urinária e/ou intestinal, acamado e mutismo vegetativo <sup>28,29</sup>.

Promover saúde a esse público requer cuidados especiais, adaptação profissional e ações que visem promover bem-estar e qualidade de vida <sup>23,26,30,31</sup>.

Ações clínicas para a promoção de saúde bucal de mínima intervenção como raspagem supragengival, controle de placa bacteriana por meio da ação mecânica de escovação dentária, profilaxia, adequação do meio por meio de aplicações de flúor são algumas medidas que devem ser contextualizadas no ambiente hospitalar, nas UTIs, por parte do cirurgião-dentista capacitado <sup>7,27</sup>.

A participação da equipe de enfermagem em algumas atividades clínicas em que são capazes de realizar, na avaliação do paciente internado e em possíveis orientações sobre saúde bucal são alguns obstáculos, possivelmente, desconhecidos por esses profissionais <sup>15,25</sup>. Por isso a real necessidade de capacitação desses profissionais no contexto odontológico por meio de manejo adequado do paciente, adaptação profissional, técnicas adequadas para a promoção de saúde bucal a partir da utilização de meios auxiliares/facilitadores, conhecimento das principais enfermidades presentes nos pacientes internados nos hospitais e repercussões na saúde sistêmica <sup>7,23</sup>. São algumas condições que podem estabelecer a relação com o cirurgião-dentista e a solicitação dos seus serviços.

A visão interdisciplinar da equipe envolvida nas UTIs necessitam de condutas clínicas que necessitam da presença constante do cirurgião-dentista para solução ou orientações dos possíveis problemas odontológicos que venham a aparecer <sup>7,15,23,27</sup>.

## CONCLUSÃO

Na situação clínica apresentada, houve uma melhora significativa da condição odontológica do paciente internado na UTI, colaborando para o não aparecimento de novas doenças oportunistas.

A participação do cirurgião-dentista capacitado a esse tipo de atendimento hospitalar pode, realmente, ajudar na mudança de quadros clínicos odontológicos prejudiciais à saúde sistêmica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kollef MH, Fraser VJ. Antibiotic resistance in the intensive care unit. *Ann Intern Med*, 2001;134:298-314.
2. Carrilho CMDM, Grion CMC, Medeiros EAS, Saridakis HO, Balei R, Bonameti AM, Matsuo T. Pneumonia em UTI: incidência, etiologia e mortalidade em hospital universitário. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2004; 16(4):222-227.
3. Silvestrini TL, Cruz CERN. Pneumonia associada à ventilação mecânica em Centro de Tratamento Intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2004;16(4):228-233.
4. Starling CE, Couto BR, Pinheiro SM. Applying the Centers for Disease Control and Prevention and National Nosocomial Surveillance system methods in Brazilian hospitals. *Am J Infect Control*, 1997;25:303-311.
5. Horan TC, Emori TG. Definitions of key terms used in the NNIS System. *Am J Infect Control*, 1997;25:112-116.
6. Craven DE, Steger KA, Barber TW. Preventing nosocomial pneumonia: state of the art and perspectives for the 1990s. *Am J Med*, 1991;91:44S-53S.
7. Morais TMN, Silva A, Avi ALRO, Souza PHR, Knobel E, Camargo LFA. A importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2006;18(4):412-417.
8. Lode H, Raffenberg M, Erbes R et al. Nosocomial pneumonia: epidemiology, pathogenesis, diagnosis, treatment, and prevention. *Curr Opin Infect Dis*, 2000;13:337-384.
9. Scannapieco FA. Relação entre doença periodontal e doenças respiratórias, em: Rose LE, Genco RJ, Mealy BL et al. *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos, 2002;83-97.
10. Scannapieco FA, Rossa Júnior C. Doenças periodontais versus doenças respiratórias, em: Brunetti MC. *Periodontia Médica*. São Paulo: SENAC, 2004;391-409.
11. Finegold SM. Aspiration pneumonia. *Rev Infect Dis*, 1991;13(Suppl9):S-37-S742.
12. Huxley EJ, Viroslav J, Gray WR et al. Pharyngeal aspiration in normal adults and patients with depressed consciousness. *Am J Med*, 1978;64:564-568.
13. Pinheiro PG, Salani R, Aguiar ASW, Pereira SLS. *Rev Perio*, 2007;17(3):67-72.

14. Oliveira LCBS, Carneiro PPM, Fischer RG, Tinoco EMB. A presença de patógenos respiratórios no biofilme bucal de pacientes com pneumonia nosocomial. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2007;19(4):428-433.
15. Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Correa AM, Carvalho LHV, Alvares CF. Análise de percepções e ações de cuidados bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de tratamento intensivo. *Rev Bras Ter Intensiva*, 2009;21(1):38-44.
16. Cardeñosa JAC, Solé-Violan J, Saavedra OS, Rodriguez FC. Role of different routes of tracheal colonization in the development of pneumonia in patients receiving mechanical ventilation. *Chest*, 1999;116(2):462-470.
17. Jenkins D. Oral care in the ICU: a important nursing role. *Nurs Stand*, 1989;4(7):412-417.
18. Moore WE, Moore LV. The bacteria of periodontal disease. *Periodontol 2000*, 1994;5:66-77.
19. Mojon P. Oral health and respiratory infection. *J Can Dent Assoc*, 2002; 68:340-345.
20. Scannapieco FA, Bush RB, Paju S. Associations between periodontal disease and risk for nosocomial bacterial pneumonia and chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Ann Periodontol*, 2003;8:54-69.
21. Russel SL, Boylan RJ, Kaslick RS et al. Respiratory pathogen colonization of the dental plaque of institutionalized elders. *Spec Care Dentist*, 1999;19:128-134.
22. Fernandes AT, Zamorano PO, Torezan Filho MA. Pneumonia Hospitalar, em: Fernandes AT, Fernandes MOV, Ribeiro Filho N. *Infecção Hospitalar e suas Interfaces na Área da Saúde*. São Paulo: Atheneu, 2000;516-555.
23. Miranda AF, Miranda MPAF. Doença de Alzheimer e práticas de atenção à saúde bucal: relato de caso. *Rev Fac Med Lisboa*, 2008;13(2):91-98.
24. Miranda AF, Montenegro FLB, Lia EN, Miranda MPAF. Demência senil(Alzheimer): intervenção odontológica multidisciplinar em nível de consultório e domiciliar – relato de caso clínico. *Rev EAP-APCD*, 2009;10(1):11-13.
25. Brito LFS, Vargas MAO, Leal SMC. Higiene oral em pacientes no estado de síndrome do déficit no autocuidado. *Rev Gaúcha Enf*, 2007;28(3):359-367.
26. Frenkel H. Alzheimer's disease and oral care. *Spec Care Dent, Dent Update*, 2004;31(5):273-278.
27. Benatti FG, Montenegro FLB. A intervenção odontológica colaborando na diminuição das afecções respiratórias dos idosos. *Rev EAP-APCD*, 2008;9(2):1-4
28. Gitto CA, Moroni MJ, Terezhalmay GT, Sandu S. The patient with Alzheimer's disease. *Quintessence Int*, 2001;32(3):221-231.
29. Fonseca SR, Santos APB, Almeida MA, Guimarães HC, Correa TAF, Beato RG. Perfil neuropsiquiátrico na doença de Alzheimer e demência mista. *J Bras Psiquiatr*, 2008;57(2):117-121.
30. Friedlander AH, Norman DC, Mahler ME, Norman KM, Yagiela JA. Alzheimer's disease: psychopathology, medical management and dental implications. *JADA*, 2006;137:1240-1251.

31. Brunetti RF, Montenegro FLB. Odontogeriatrics: concepts of clinical interest. São Paulo: Artes Médicas, 2002, 482p.

*\* Publicado na Revista Paulista de Odontologia Jan-Mar 2010, 32(1):34-38 \**

### **LEGENDAS DAS FIGURAS:**

**FIGURA 1** – Utilização de abridor de boca e expansor para melhor visualização da área clínica (adaptação profissional na UTI). Acúmulo de biofilme e inflamação gengival.

**FIGURA 2** – Inflamação gengival, acúmulo de biofilme e cálculo supragengival.

**FIGURA 3** – Atendimento odontológico na UTI: Raspagem supragengival e adaptação profissional.

**FIGURA 4** – Remoção do biofilme e cálculo supragengival na região lingual dos dentes anteriores inferiores. Região sob sangramento devido ao processo inflamatório existente.

**FIGURA 5** – Higienização bucal na UTI: Escovação dentária e orientação à equipe de enfermagem - interdisciplinariedade.

**FIGURA 6** – Eliminação do processo inflamatório, biofilme, saburra lingual e cálculo supragengival após 06 dias consecutivos de atuação odontológica na UTI.