

ADEQUAÇÃO BUCAL COMO UMA AÇÃO PREVENTIVA DE INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS EM PACIENTES DA UTI*



Maria Eduarda Vilani¹

Renata Gonçalves Motter²

Horace Houw³

1 Acadêmica do curso de Odontologia. E-mail: mariaeduardavilani_@hotmail.com

2 Acadêmica do curso de Odontologia. E-mail: renatamotter@hotmail.com

3 Mestre em Saúde Coletiva. E-mail: horace.houw@uniavan.edu.br

RESUMO

A presente pesquisa aborda o tema a importância do cirurgião-dentista em Unidades de Terapia Intensiva. O objetivo geral deste trabalho é mencionar a higiene bucal como uma ação odontológica preventiva perante as doenças pulmonares. Os objetivos específicos são estudar a adequação bucal de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e que utilizaram a ventilação mecânica, como um fator indispensável, visando à prevenção de doenças respiratórias. Analisar a higiene bucal dos pacientes internados na UTI; caracterizar a importância do acompanhamento odontológico para melhorias na qualidade de vida e saúde dos enfermos. A pesquisa foi realizada por meio da análise de dados disponibilizados por dois hospitais, onde um possui o cirurgião-dentista na equipe multiprofissional da UTI e outro que não o tem. A comparação dos dados realizada através de análise quantitativa e qualitativa (tabelas) comprovou os benefícios do profissional presente nas unidades tanto para os pacientes quanto para o hospital, já que além de prevenir infecções respiratórias graves, reduz o tempo de internação e despesas de internação.

Palavras-chave: Cirurgião-dentista. Doenças Pulmonares. Odontologia Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva. Ventilação Mecânica.

* Trabalho apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Odontologia do Centro Universitário UNIAVAN, 2020/02.



EDITORA
AVANTIS



ORAL ADEQUACY AS A PREVENTIVE ACTION OF RESPIRATORY INFECTIONS IN ICU PATIENTS

ABSTRACT

This research addresses the theme of the importance of the dentist in Intensive Care Units. The general objective of this work is to mention oral hygiene as a preventive dental action in the face of lung diseases. The specific objectives are to study the oral adequacy of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU), and who used mechanical ventilation, as an indispensable factor, aiming at the prevention of respiratory diseases. Analyze the oral hygiene of patients admitted to the ICU; characterize the importance of dental care for improvements in the quality of life and health of the sick. The research was carried out through the analysis of data provided by two hospitals, where one has the dentist in the ICU multiprofessional team and the other does not. The comparison of data carried out through quantitative and qualitative analysis (tables) proved the benefits of the professional present in the units for both patients and the hospital, since in addition to preventing serious respiratory infections, it reduces hospitalization time and expenses.

Keywords: Dental surgeon. Dentistry. Intensive care unit. Lung Diseases. Mechanical ventilation.

1 INTRODUÇÃO

A Odontologia Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) define-se como a prática de promoção de saúde e prevenção de doença, e o foco principal é o trabalho em equipe, onde o cirurgião-dentista visa o cuidado de pacientes em estado crítico, que não realizam a higiene bucal devido à impossibilidade de autocuidado (GOMES; ESTEVES, 2012). Segundo Fernandes et al. (2016), quando não há a adequada higiene, ocorre o desequilíbrio da microbiota bucal residente, tornando-se um fator de risco associado diretamente com o desencadeamento de infecções severas.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é situada em hospital, e destina-se aos pacientes em estado grave, que demandam cuidados especiais e constantes, de uma equipe multiprofissional. De acordo com Queluz e Palumbro (2000), esta equipe é composta por um grupo de profissionais de diferentes áreas da saúde, que realizam um trabalho comunicativo e técnico, possuem um projeto comum em prol de um diagnóstico precoce, buscando êxito no tratamento do paciente.

A participação do cirurgião-dentista na equipe da UTI dispõe o desempenho de suas funções em harmonia com os demais cuidadores, proporcionando benefícios aos enfermos, considerando que a maioria das bactérias do organismo situam-se na cavidade oral e a sua descontaminação é uma forma de realizar a prevenção de doenças, tais como pneumonias, endocardite infecciosa, sepse (LOBÃO et al., 2016). Segundo Miranda e Montenegro (2010), essas infecções ambulatoriais são consideradas um grande problema de saúde pública, já que aumentam as taxas de mortalidade e os custos hospitalares; no Brasil, as taxas de infecção atingem em torno de 5% a 10% dos enfermos, sendo aqueles entubados sob ventilação mecânica na UTI os mais propensos a desenvolver mais comumente a pneumonia. A escassez de higiene contribui com acúmulo de biofilme na cavidade oral, ocasionando em uma alta taxa de agentes patológicos na saliva, que podem se alojar nos pulmões, prejudicando consideravelmente as defesas imunes do paciente na UTI.

São muitos os obstáculos para a melhoria na assistência em saúde pública no Brasil, e um exemplo acerca disto é o tema abordado neste artigo. Existem estudos científicos que comprovam a importância dos cuidados odontológicos oferecidos aos pacientes internados, mas atualmente, no Brasil não há nenhum projeto de lei sancionado que obrigue a inclusão do dentista na equipe multiprofissional da UTI, deixando a contratação deste profissional a mercê dos gestores dos hospitais, por consequência, a prática ainda é escassa (WILLIAMS; OFFENBACHER 2005).

Com base no exposto, esse estudo visa realizar a análise de dados fornecidos por dois hospitais, um localizado em uma cidade da região da Associação de Municípios da Foz do Rio Itajaí (AMFRI), e o outro em uma cidade pertencente à Região Metropolitana do Vale do Itajaí. Em razão de que a adequação bucal acarreta inúmeros benefícios à saúde do paciente, surgiu a motivação em realizar esta análise, onde os principais objetivos são: analisar o número de pacientes

que entraram na UTI sem infecções respiratórias, o número de pacientes que receberam a higienização adequada do profissional dentista dentro do ambiente hospitalar e continuaram a não desenvolver a infecção respiratória, até o momento de sua alta, por outro lado, mostrar o número de pacientes que não receberam a adequação e em sequência desenvolveram alguma infecção respiratória hospitalar.

Frente a isto, a presente pesquisa pretende responder a seguinte questão problema: Quais os benefícios do cirurgião-dentista na UTI na prevenção de doenças pulmonares?

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente artigo constitui na revisão bibliográfica de artigos científicos, pesquisados em banco de dados de diversas plataformas acadêmicas digitais (Google acadêmico, EBSCO, SciELO), com palavras-chaves: unidade de terapia intensiva, cirurgião-dentista na uti, pneumonia nosocomial e odontologia hospitalar, e pesquisas em livros referência na área de interesse. Esta revisão foi associada à pesquisa documental, onde realizamos a coleta de dados em dois hospitais distintos, que são identificados nessa pesquisa como Hospital 1 e Hospital 2 para manter o sigilo dos locais onde foram resgatadas as informações.

O Hospital 1 está localizado em uma cidade pertencente à Associação dos Municípios da Foz do Rio Itajaí (AMFRI), e conta com o cirurgião-dentista atuando na equipe da UTI. O Hospital 2 fica localizado em uma cidade da Região Metropolitana do Vale do Itajaí, e não conta com o referido profissional na sua UTI. A discussão dos resultados foi realizada através de análise textual dos documentos coletados e análise quantitativa dos números de procedimentos efetuados nas instituições participantes.

3 COLETA DE DADOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UniAvan (CEP-UniAvan), número do CAAE 36041720.6.0000.5592. Por sequência, os dados foram fornecidos pelos hospitais participantes, por meio de informações consolidadas, de enfermos que foram internados em suas Unidades de

Terapia Intensiva (UTI) nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2019⁴. As informações coletadas foram: o número de enfermos que foram internados na UTI, quantos submeteram-se à ventilação mecânica, o número que receberam a adequação bucal, e a quantidade destes pacientes que desenvolveram a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM). Em seguida foi criada uma tabela comparativa, possibilitando melhor verificação e compreensão da relação entre os dados.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar destinada ao atendimento de pacientes em estado grave que possuem potencial de recuperação. Esta unidade conta com assistência multiprofissional, de forma interrupta, assim como também conta com um arsenal de equipamentos tecnológicos que recuperam ou dão suporte às funções vitais do paciente.

A equipe multiprofissional da UTI tem como missão exercer a assistência aos pacientes internados e aos seus respectivos familiares, de forma humanizada. De acordo com a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b), a equipe da unidade em questão deve ser composta por: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, auxiliar administrativo e funcionário do serviço de limpeza.

A humanização é o conjunto de ações que visam melhorar a qualidade e eficácia da assistência prestada ao enfermo e seus familiares. Ou seja, estrutura física, tecnológica, administrativa e humana que respeita e valoriza todos os envolvidos, e garante atendimento de qualidade (MEZZOMO, 2001).

⁴ Foram escolhidos os meses de outubro, novembro e dezembro de 2019, levando em consideração que nestes meses não havia a pandemia do Covid-19, doença que causa problemas respiratórios e poderia interferir nos dados e resultados da presente pesquisa.

4.2 ODONTOLOGIA HOSPITALAR

A Odontologia tem evoluído muito e está em constante mudanças de paradigmas. Os avanços nos estudos possibilitam novas descobertas, entre elas, na área da epidemiologia, foi possível ampliar a profissão e realizar uma melhor e mais exata correlação da condição bucal com as doenças sistêmicas (LOTUFO; PANNUTI, 2004).

De acordo com Morais (2015), a Odontologia Hospitalar (OH) teve início no século XIX, com a cirurgia buco maxilofacial, porém, foi somente em 2010 que o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 1.032 (BRASIL 2010a), previu o atendimento odontológico no ambiente hospitalar. E no ano de 2015 a OH foi reconhecida como área de atuação, pelo Conselho Federal de Odontologia.

As Diretrizes Curriculares Nacionais, através do Parecer CNE/CES nº 1.300, de 04 de dezembro de 2001 do Ministério da Educação e da Resolução CNE/CES nº 3, de 19 de fevereiro de 2002 do Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2002), definem o cirurgião-dentista como um profissional generalista e habilitado para atuar em todos os níveis da atenção à saúde, ou seja, para atuar no ambiente hospitalar não há pré-requisitos além de ter registro ativo no Conselho Regional de Odontologia (CRO), como cirurgião-dentista.

A Odontologia Hospitalar é definida como a área que faz parte de uma equipe multiprofissional, a qual interage com todas as profissões que dela participam, a fim de proporcionar um atendimento integral aos pacientes no ambiente hospitalar (MORAIS; SILVA, 2015). O atendimento odontológico em si inclui ações de prevenção, diagnóstico, terapêutica e paliativa em saúde bucal, visando evitar que o paciente fique exposto ao risco de enfermidades decorrentes da falta de higiene bucal (QUEIROZ, 2012).

São várias as funções que o dentista pode desempenhar frente ao ambiente hospitalar, porém, de acordo com Morais *et al.* (2006), existem diversos obstáculos para inclusão deste profissional nas equipes de UTI's, entre eles, a baixa prioridade de realizar os procedimentos odontológicos quando comparados aos demais problemas sistêmicos enfrentados pelo paciente. À vista disso, não há nenhuma determinação que obrigue a presença do dentista nesses ambientes, e os cuidados bucais ficam destinados aos profissionais da enfermagem.

4.3 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS

As Infecções Relacionada à Assistência em Saúde (IRAS), de acordo com a Portaria Nº 2616/98, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), são infecções cuja aquisição é decorrente da internação hospitalar, e são reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. Os pacientes da UTI encontram-se imunossuprimidos e em ambiente suscetível, com isso, estão mais expostos ao risco de desenvolver IRAS (SCANNAPIECO, 2002).

O paciente pode ter infecções comunitárias, que são aquelas já estabelecidas antes da entrada na UTI, ou infecção nosocomial, também denominada de infecção hospitalar, quando aparecem após a internação. Um exemplo de infecção nosocomial/hospitalar é a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), que é uma resposta inflamatória e a causa principal é a penetração e multiplicação de microrganismos nas vias respiratórias, após a intubação, e está relacionada diretamente com as bactérias bucais (AMARAL *et al.*, 2009).

A forma mais comum de desenvolver a pneumonia é a através da aspiração dos microrganismos presentes na cavidade oral, provenientes do acúmulo do biofilme dental e doença periodontal. A PAVM é considerada a segunda infecção hospitalar mais comum, e também é a causa mais comum de morte, comparando com as demais IRAS. Dessa forma, percebe-se a importância do cirurgião-dentista na UTI, exercendo as práticas odontológicas, por meio de adequações bucais e demais tratamentos odontológicos necessários, visando a prevenção da colonização de bactérias na microbiota bucal e também a redução do tempo de internação e por consequência o custo da mesma (WILLIAMS; OFFENBACHER, 2005).

4.4 IMPORTÂNCIA DO CIRURGIÃO DENTISTA NA UTI

A participação dos profissionais de saúde bucal em Unidades de Terapia Intensiva tem como objetivo específico atuar desde a orientação de higiene bucal até tratamentos mais complexos como cirúrgicos. Já a sua colaboração dentro da equipe multiprofissional é trabalhar em conjunto com os demais profissionais de saúde em busca de um objetivo comum, a recuperação do paciente (GODOI *et al.*, 2009).

A Higiene Bucal (HB) é realizada visando motivar enfermos e familiares a ad-

quirir bons hábitos, reduzir o biofilme dentário e por consequência, reduz o risco de infecções que surgem da microbiota oral (ARAÚJO, 2009).

Vários estudos vêm determinando a HB como uma medida significativa para reduzir a pneumonia, com isso, destaca-se a importância da realização deste procedimento por um profissional qualificado, a fim de prevenir esta patologia, que atualmente é responsável por um significativo número de óbitos e prolongação da internação do paciente (BUISCHI; AXELSSON; SIQUEIRA, 2009).

De acordo com o Procedimento Operacional Padrão (POP), desenvolvido por colaboradores da área da saúde da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), a frequência da higiene oral será determinada pelo cirurgião-dentista após avaliar a via de alimentação, bem como a situação geral de cada paciente.

A solução aquosa mais utilizada na higiene bucal dos pacientes internados é o digluconato de clorexidina a 0,12% ou 0,2% a cada 12 horas, e durante os intervalos pode utilizar água destilada estéril ou filtrada de acordo com a prescrição.

A sequência da adequação será sempre posterior em direção a região anterior, a fim de evitar a deslocação de bactérias para orofaringe. Vale ressaltar que a clorexidina é o antisséptico de primeira escolha pois é levado em consideração sua ação antimicrobiana de amplo espectro, baixa toxicidade e substantividade (HORTENSE *et al.*, 2010).

A higiene bucal possui seis passos, conforme o POP da AMIB, preconizando o uso de gaze estéril, já o uso da escova de dente será restrito, onde o dentista que irá indicar e também realizará a higiene bucal do paciente.

Passo 01: remover toda sujidade extrabucal, com gaze estéril umedecida em água estéril ou filtrada; Passo 02: realizar antisepsia extrabucal com gaze estéril umedecida em digluconato de clorexidina 0,12% ou 0,2%; Passo 03: lubrificar a parte extrabucal e externa dos lábios com óleo vegetal comestível; Passo 04: com gaze estéril umedecida em diglocunato de clorexidina, remover toda sujidade intrabucal; Passo 05: reduzir a carga da microbiota bucal por meio de gaze embebida em diglocunato de clorexidina, na arcada inferior e superior; Passo 06: lubrificar os tecidos intrabucais com óleo vegetal comestível (AMIB, 2019).

5 RESULTADOS

A comparação entre os dados disponibilizados pelos dois hospitais (Tabela 1), demonstrou que o Hospital 1 teve uma quantidade maior de pacientes internados em sua UTI, em todos os meses, sendo em outubro 23,6% a mais de ocupação, novembro 37,7%, e dezembro 23,8%. O número de pacientes que foram submetidos a ventilação mecânica também foi maior no Hospital 1, comparando com o Hospital 2, sendo uma taxa de 69,4% a mais no mês de outubro, 67,2% em novembro, e 61,6% em dezembro. Em relação ao quesito adequação bucal, ambos os hospitais realizaram o procedimento de higienização em todos os pacientes internados, porém, por profissionais distintos.

Quanto a questão de desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica, ou seja, aquela patologia que foi estabelecida após a intubação, em outubro ambos os hospitais contabilizaram dois pacientes, em novembro o Hospital 1 contabilizou três pacientes e o Hospital 2 contabilizou dois, em dezembro o Hospital 1 teve dois pacientes e o Hospital 2 teve quatro pacientes.

TABELA 1 – NÚMERO DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI NOS MESES DE OUT, NOV E DEZ DE 2019.

Hospital 1	OUT- 330 NOV-347 DEZ- 289
Hospital 2	OUT- 229 NOV-216 DEZ- 220

Fonte: Próprio autor, 2020.

TABELA 2 – NÚMERO DE PACIENTES QUE SE SUBMETERAM A VENTILAÇÃO MECÂNICA.

Hospital 1	OUT- 330 NOV-347 DEZ- 289
Hospital 2	OUT- 92 NOV-114 DEZ- 111

Fonte: Próprio autor, 2020.

TABELA 3 – NÚMERO DE PACIENTES QUE RECEBRAM ADEQUAÇÃO BUCAL.

Hospital 1	OUT- 330 NOV-347 DEZ- 289
Hospital 2	OUT- 229 NOV-216 DEZ- 220

Fonte: Próprio autor, 2020.

TABELA 4 – NÚMERO DE PACIENTES QUE ADQUIRIRAM PNEUMONIA NOSOCOMIAL.

Hospital 1	OUT- 2 NOV-3 DEZ- 2
Hospital 2	OUT- 2 NOV-2 DEZ- 4

Fonte: Próprio autor, 2020.

6 DISCUSSÃO

A Odontologia Hospitalar já enfrentou muitos obstáculos, que vão além do domínio profissional, isto é, tanto o desafio do dentista sair da zona de conforto do ambulatório, até a sua aceitação no ambiente hospitalar. Entretanto, também já obteve muitos avanços, principalmente nos estudos, que possibilitaram novas descobertas, entre elas, a adequação bucal realizada por um cirurgião-dentista é capaz de diminuir as taxas de pneumonias associadas à ventilação mecânica (ARANEGA et al. 2012).

A presente pesquisa demonstrou a eficácia da adequação bucal na UTI, atuando de maneira preventiva, vendo que os números de PAVM foram consideravelmente baixos, destacando os resultados obtidos no Hospital 1, o qual conta com o

cirurgião-dentista na UTI realizando as higienizações orais. O Hospital 2 realiza um protocolo de higienização oral em todos os pacientes internados, porém não conta com o cirurgião-dentista na UTI, isto é, esta adequação foi realizada por outros profissionais.

Vale ressaltar, que apesar dos números serem próximos, o Hospital 1 possuía uma porcentagem maior de internações, ou seja, a adequação realizada pelo dentista mostrou-se mais eficaz, e por consequência o índice de pneumonias foram menores.

Com base no presente artigo, é perceptível a importância da presença do profissional cirurgião-dentista na equipe multiprofissional da UTI, atuando na prevenção de doenças e promoção de saúde, bem como na diminuição do tempo de internação, o que acarretará na diminuição dos custos hospitalares.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Odontologia Hospitalar faz parte da equipe multiprofissional integrada na Unidade de Terapia Intensiva, embora nem todos os hospitais contem com o cirurgião-dentista atuando, sua efetividade é comprovada neste trabalho. Agrega benefícios tanto para os pacientes quanto para o próprio hospital, já que além de prevenir infecções respiratórias graves, reduz o tempo de internação e despesas orçamentárias.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S. M. *et al.* Nosocomial Pneumonia: *Importance Of The Oral Environment*: Pneumonia Nosocomial: Importância do Microambiente Oral. **J Bras Pneumo.**, Rio de Janeiro - Rj, v. 5, n. 11, p. 1116-1124, fev. 2009.

ARANEGA A. M. *et al.* Qual a importância da odontologia hospitalar? **Rev Bras Odontol** 2012; 69 (1): 90-3.

ARAÚJO R.G, *et al.* Análise de percepções e ações de cuidados bucais. **Rev Bras Ter Intensiva.** 2009; 21(1):38-44.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. **Procedimento Operacional Padrão: Higiene Bucal em Pacientes Internados em UTI Adulto ou Pediátrico.** Departamento de Odontologia e de Enfermagem. 2019.

BRASIL. Constituição (1988). **Parecer Cne/ces nº 1.300, de 04 de dezembro de 2001**. Ministério da Educação – Conselho Nacional de Educação. Brasília, 07 dez. 2001.

_____. Constituição (1988). **Portaria nº 1.032, de 05 de maio de 2010**. Ministério da Saúde. Brasília.

_____. Constituição (1988). **Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998**. Ministério da Saúde. Brasília.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução Cne/ces nº 3, de 19 de fevereiro de 2002**. Câmara de Educação Superior. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Brasília

_____. Constituição (1988). **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília.

BUISCHI, Y. P.; AXELSSON, P.; SIQUEIRA, T. R. F. **Controle Mecânico do biofilme dental e a prática da promoção de saúde bucal**. In: BUISCHI, Y. P. Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo: ArtesMédicas, 2009.

FERNANDES, A. S. et al. Conhecimentos e práticas de saúde bucal por pacientes internados e equipe hospitalar. **Rev Ciênc. Plural**. v.2, n.3, p.03-16, 2016.

GODOI, A. P. T. *et al.* Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. **Rev. Odontol. Unesp**, São Paulo, v. 2, n. 38, p. 105-109, 2009.

GOMES, S. F.; ESTEVES, M. C. L. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. **Rev. Bras. Odontol.** [online]. 2012, vol.69, n.1, pp. 67-70. ISSN 1984-3747.

HORTENSE, S. R. *et al.* Uso da clorexidina como agente preventivo e terapêutico na odontologia. **Rev. odontol. Univ. Cid. São Paulo**. v. 22, n. 2, p. 178-184, 2010. Disponível em: http://www.cemoi.com.br/artigos_cientificos/OI_15.pdf.

LOBÃO, F.R.; DUARTE, M.V.; GUERREIRO, L.; PALAZZO, M.; ALMEIDA, P.; VARGAS, G. O papel da Odontologia Intensiva. **Academus Rev. Científica da Saúde**. v.1, n.3, 2016.

LOTUFO, R. F. M.; PANNUTI, C. M. **Efeitos diretos dos patógenos bucais nas condições periodontal e sistêmica**. In: BRUNETTI, M. C. (Org.). Periodontia médica: uma abordagem integrada. São Paulo: Senac. p. 41-58, 2004.

MIRANDA, A. F.; MONTENEGRO, F. L. B. Ação odontológica preventiva em paciente idoso dependente na unidade de terapia intensiva (UTI) – Relato de Caso. **Rev.**

Paulista de Odontologia. São Paulo- SP v. 1, n. 32, p. 34-38, jan-mar 2010.

MEZZOMO, J. C. **Gestão de qualidade na saúde: princípios básicos**. Barueri: Manole, 2001.

MORAIS, T. M.; SILVA, A. **Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI**. Elsevier. 440 p., 2015.

MORAIS T. M. N. *et al.* Importância da atuação odontológica em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev Bras Terap Int.** v. 18, n. 4, p. 412-427, 2006.

QUELUZ, D. P., PALUMBRO, A. Integração do odontólogo no serviço de saúde em uma equipe multidisciplinar. *Jornal de Assessoria e Prestação de Serviços ao Odontologista*. 2000; 3 (19): 40-6.

QUEIROZ, A. M. *et al.* **Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar. Manual de Odontologia Hospitalar**. Governo do Estado de São Paulo, São Paulo. Secretaria de Saúde: 2012. 88p.

SCANNAPIECO, F. A. **Relação entre Doença Periodontal e Doenças Respiratórias**. In: ROSE, L.E., GENCO, R.J., MEALY, B.L. *et al.* *Medicina Periodontal*. São Paulo: Santos, 2002; p. 83-97.

WILLIAMS, R. C., OFFENBACHER S. **Periodontologia 2000**. São Paulo: Santos, 2005.

