

Odontologia Hospitalar: status atual

Hospital Dentistry: state of the art

Roberta Santos Tunes¹, Urbino Tunes²

¹Autora para correspondência. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. robertastunes@gmail.com

²Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. tunes@bahiana.edu.br

A inserção do cirurgião-dentista (CD) no ambiente hospitalar, tradicionalmente, fez-se por meio de atividades da área de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF), cuja consolidação foi acontecendo pela oferta de programas de pós-graduação lato-sensu, notadamente as residências nesta área, e stricto-sensu, Mestrado e Doutorado. A partir da implantação do SUS-Sistema Único de Saúde, esta atenção terciária ficou bem estabelecida, com a consolidação dos serviços de CTBMF nos principais hospitais do país. Além disto, também pela procura de CD's para a realização de procedimentos de maior complexidade que demandassem cuidados de anestesia geral, atendendo pacientes com necessidades especiais, principalmente neurológicas, pacientes fóbicos e, na odontopediatria, com pacientes infantis de difícil manejo ambulatorial. Com o advento da Implantodontia, cresceu esta demanda principalmente por conta de procedimentos para remoção de enxertos extraorais e tratamento de casos mais complexos. Entretanto, atualmente, avulta o papel da Odontologia no contexto da atuação em equipe interprofissional e multidisciplinar, na busca da integralidade nos cuidados ao paciente hospitalizado para obten-

ção de uma saúde global, permitindo um desempenho mais eficiente na atenção comprometida com a melhora da qualidade de vida deste paciente. Assim, a odontologia hospitalar (OH) pode ser definida como “uma prática que visa aos cuidados das alterações bucais que exigem procedimentos de baixa, média ou alta complexidade, realizados em ambiente hospitalar, cujo objetivo é melhorar a saúde geral e a qualidade de vida dos pacientes hospitalizados”^{1,2}.

Em relação aos regimentos legais que respaldam a prática da Odontologia Hospitalar, o Projeto de Lei N. 2.776, aprovado em 2008, determina ser obrigatória a participação de profissionais de Odontologia nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), de modo a proporcionar aos pacientes uma atenção integral e evitar que infecções em outros órgãos e sistemas não interfiram na melhora do quadro clínico inicial, devendo os cirurgiões-dentistas (CDs) estarem capacitados na interpretação de exames complementares, no diagnóstico e prevenção de alterações bucais e na atuação frente a situações emergenciais^{3,4}. Apesar de ainda não estar em vigor (obteve parecer favorável tanto pela Comissão de

Seguridade Social e Família, em 2012, como pela Comissão da Constituição e Justiça e de Cidadania, em 2013, e aguarda o retorno do Senado Federal), esta norma deve ser fortalecida por conta de regulamentações que evidenciam a importância dos CD's nos nosocômios, como a Portaria n.1032, de 05 de maio de 2010, que insere, na tabela de Procedimentos do SUS, condutas odontológicas para atendimento às pessoas com necessidades especiais, grupo no qual se incluem os pacientes hospitalizados^{3,5}. Além disso, a assistência odontológica na UTI torna-se garantida de acordo com a Resolução Normativa RDC7 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de 2010. A partir desta regulamentação, fica expressa a exigência deste órgão para que dentistas estejam presentes em UTIs de qualquer hospital, de caráter público ou privado³.

Muito se deve ao empenho dos pesquisadores Simon Hüllihen e James Garretson, a partir da metade do século XIX, o desenvolvimento da OH na América. Para este reconhecimento, grandes esforços foram realizados, culminando com a obtenção do apoio da ADA/American Dental Association e do respeito da comunidade médica⁶. No Brasil, o Código de Ética Odontológico em seu artigo 18, capítulo IX, relata que “compete ao CD internar e assistir pacientes em hospitais públicos e privados, com e sem caráter filantrópico, respeitadas as normas técnico-administrativas das instituições”. No artigo 19, dispõe-se que “as atividades odontológicas exercidas em hospitais obedecerão às normas do Conselho Federal” e o artigo 20 estabelece “constituir infração ética, mesmo em ambiente hospitalar, executar intervenção cirúrgica fora do âmbito da Odontologia”⁷.

Paralelamente a este cenário, cada vez mais se tem demonstrado que uma condição bucal comprometida pode afetar negativamente a condição sistêmica do indivíduo, sobretudo se este estiver imunocomprometido, apresentar doenças crônicas como diabetes, problemas cardiovasculares, hepáticos, entre outras comorbidades ou mesmo qualquer outra necessidade especial. Por outro lado, algumas doenças manifestam-se em cavidade bucal e muitas terapias médicas acarretam efeitos colaterais na boca. A condição disbiótica do biofilme dental pode constituir um reservatório altamente patogênico de microrganismos, de modo que produtos irritantes como ácidos, endotoxinas e antígenos, podem conduzir a doenças orais como cárie, infecções odontogênicas,

estomatites e doença periodontal, como também pode haver a broncoaspiração desse conteúdo presente na orofaringe, sobretudo por pacientes com nível alterado de consciência, baixa reserva salivar e comprometimento imunológico, nas UTIs, podendo levar à pneumonia associada à ventilação mecânica. Além disto, essa reserva bacteriana e infecções orais podem estar relacionadas com infecções à distância ou comorbidades sistêmicas, como é o caso da interrelação da doença periodontal com doenças cardiovasculares, diabetes, pneumonias nosocomiais, baixo peso ao nascer e endocardite^{8,1,2}.

Infelizmente, a presença frequente do CD nos hospitais não é uma realidade em todo Brasil, sobretudo pelas dificuldades que vão além da competência profissional, como o desafio do mesmo em afastar-se da sua zona de conforto na prática individual, boa formação e capacitação adequadas, até a aceitação necessária junto à equipe multidisciplinar, no ambiente hospitalar, associados à sua relevância em contribuir para, reduzindo o tempo de internação e custos associados, minimizar o risco de infecção e obter melhoria da qualidade de vida do paciente, também diminuindo a quantidade de prescrição de medicamentos e de nutrição parenteral, promovendo, assim, um atendimento completo ao paciente^{8,1,2}.

A atuação do odontólogo com capacitação em OH complementa o trabalho de outros profissionais da área, como o dos cirurgiões bucomaxilofaciais, na medida em que deve realizar procedimentos de prevenção, diagnóstico e tratamento de condições bucais em pacientes hospitalizados, os quais compreendem os pacientes oncológicos, submetidos a tratamentos de quimioterapia/radioterapia; pacientes submetidos a cirurgia de cabeça-pescoço; cardiopatas; nefropatas; transplantados; psiquiátricos; com deficiência mental; com doenças infectocontagiosas; internados em UTIs; com alergia a anestésicos locais, dentre outros. Exemplos de condições patológicas comumente vistas na OH: cárie de radiação; líquen plano; osteoradionecrose; infecções virais e fúngicas; hemorragia oral; mucosite; hipossalivação; hiperplasia gengival, sobretudo, medicamentosa; osteonecrose dos maxilares associada a bifosfonatos; dor odontogênica; periodontite; endocardite bacteriana; pneumonia recorrente; descompensação do diabetes^{1,2,3,8,9}.

Após a deliberação da III Assembléia Nacional de Especialidades Odontológicas (ANEIO), em 2014, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) reconheceu a OH como campo de atuação para o CD. Por meio da resolução 162 de 03 de novembro de 2015, o CFO resolveu reconhecer e normatizar o exercício da OH pelo odontólogo, determinando a obrigatoriedade de uma habilitação, sendo exigido um mínimo de 350 horas e um conteúdo básico que explora a rotina hospitalar, a propedêutica clínica e o suporte básico de vida, sendo 30% de atividades práticas e 70% de aulas teóricas¹⁰.

Levando em conta ser indispensável a prática de procedimentos adequados para a manutenção da saúde bucal e, conseqüentemente, da saúde geral dos indivíduos internados, a inserção do CD no ambiente hospitalar não só é, por tudo o que foi mencionado, de importância indiscutível, bem como torna-se uma alternativa alvissareira no mercado de trabalho profissional, nos cuidados aos pacientes hospitalizados e, sobretudo, nas UTIs, atendendo aos pressupostos da integralidade de atenção por uma equipe interprofissional e multidisciplinar de saúde, visando ao bem estar do indivíduo nesta desfavorável condição.

Referências

1. Godoi APT, Francesco AR, Duarte A, Kemp APT, Silva-Lovato CH. Odontologia hospitalar no Brasil. Uma visão geral. Revista de Odontologia da Unesp. 2009;38(2):105-109.
2. Gaette-Jardim E, Setti JS, Cheade MFM, Mendonça JCG. Atenção odontológica a pacientes hospitalizados: revisão da literatura e proposta de protocolo de higiene oral. Rev Bras Ciênc Saúde. 2013;11(35):31-36.
3. Sousa LVS, Pereira AFV, Silva NBS. A atuação do cirurgião-dentista no atendimento hospitalar. Rev Ciênc Saúde. 2014;16(1):39-45.
4. Brasil. Projeto de lei n.2776 de abril de 2008. Dispõe sobre a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia na Unidade de Terapia Intensiva. Brasília: Câmara dos Deputados. 2018 abr. 18.
5. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO - 63/2005. Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia.
6. Cillo JE. The development of hospital dentistry in América – the first one hundred years (1850-1950). J Hist Dent 1996;44(3):105-109.
7. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Código de Ética Odontológica. Resolução CFO-42, de 25 de maio de 2006.
8. Saldanha KDF, Costa DC, Peres PI, Oliveira MM, Masocatto DC, Gaetti-Jardim EC. A odontologia hospitalar: revisão. Arch Health Invest. 2015;4(1):58-68.
9. Secretaria de Saúde. Manual de Odontologia Hospitalar. São Paulo: Grupo Técnico de Odontologia Hospitalar, 2012.
10. Brasil. Conselho Federal de Odontologia. Resolução 162/2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista.