

O PAPEL DA ODONTOLOGIA NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

Bárbara Lorayne Vaz Coelho da Cruz ¹

Recebido em: 01/06/2025

Aprovado em: 11/07/2025

Resumo: a pneumonia associada à ventilação mecânica está entre as principais infecções nosocomiais que acometem pacientes internados em unidades de terapia intensiva, estando relacionada a elevados índices de morbidade, mortalidade e prolongamento do tempo de internação. A cavidade bucal é reconhecida como uma importante via de entrada e colonização de microrganismos patogênicos que, em pacientes sob ventilação mecânica, podem ser aspirados para os pulmões por meio do tubo orotraqueal, favorecendo o surgimento da infecção. Diante desse cenário, o presente estudo teve como objetivo geral analisar o papel da odontologia hospitalar na prevenção da PAVM, com foco nas medidas adotadas pelo cirurgião-dentista em ambientes intensivos. Por meio de uma revisão de literatura narrativa, foram reunidos sobre a eficácia de práticas preventivas no campo da odontologia para a redução da carga microbiana da cavidade bucal e, conseqüentemente, na diminuição da incidência de infecções respiratórias. Os resultados obtidos apontam para a importância da atuação do cirurgião-dentista como integrante da equipe multiprofissional da UTI, contribuindo de forma significativa para a segurança do paciente, a prevenção de complicações infecciosas e a melhoria dos resultados clínicos. A inclusão da odontologia hospitalar nas unidades intensivas promove cuidados bucais adequados, mas também se configura como uma estratégia essencial de integralidade na assistência à saúde.

Palavras-chave: Unidade intensiva. Ventilação mecânica. Pneumonia associada à ventilação mecânica. Unidade hospitalar de odontologia. Prestação de assistência odontológica.

The role of dentistry in the prevention of ventilator associated pneumonia

Abstract: ventilator-associated pneumonia (VAP) is among the leading nosocomial infections affecting patients admitted to intensive care units (ICUs), being associated with high rates of morbidity, mortality, and prolonged hospital stays. The oral cavity is recognized as a significant entry point and colonization site for pathogenic microorganisms which, in mechanically ventilated patients, can be aspirated into the

¹ Aluna do curso de Odontologia da Faculdade Minas Gerais - FAMIG.

lungs through the orotracheal tube, thus contributing to the development of infection. In light of this scenario, the present study aimed to analyze the role of hospital dentistry in the prevention of VAP, with a focus on the preventive measures implemented by dentists in intensive care settings. Through a narrative literature review, evidence was gathered regarding the effectiveness of preventive dental practices in reducing the microbial load in the oral cavity and, consequently, the incidence of respiratory infections. The findings highlight the importance of the dentist's role as part of the ICU multidisciplinary team, significantly contributing to patient safety, the prevention of infectious complications, and improved clinical outcomes. The inclusion of hospital dentistry in intensive care units not only ensures appropriate oral care but also emerges as an essential strategy for comprehensive healthcare delivery.

Keywords: Intensive care unit. Mechanical ventilation. Ventilator-associated pneumonia. Hospital dentistry unit. Provision of dental care.

1 INTRODUÇÃO

Para o tratamento de pacientes críticos, de acordo com Barbosa et al. (2020), a assistência da odontologia na equipe multidisciplinar responsável pelos cuidados intensivos pode ser um grande diferencial. O cirurgião-dentista pode auxiliar na promoção de práticas de cuidado odontológico, contribuindo para a prevenção de complicações como a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM), além de ser essencial para melhorar a saúde geral dos pacientes críticos.

De acordo com Soares e Bortoli (2024), o suporte respiratório é um procedimento comum em pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTI), onde é frequente a incidência de PAVM, por isso é considerada uma das complicações mais frequentes e graves nesses ambientes. Estima-se que a prevalência desse tipo de pneumonia em pacientes ventilados seja significativa, o que destaca a necessidade de estratégias de prevenção mais eficientes.

Por isso, questiona-se: o que pode ser feito pela odontologia para prevenir a PAVM? Diante disso, o objetivo geral deste estudo foi estudar as medidas preventivas aplicadas pelo cirurgião-dentista em unidades intensivas para diminuir a incidência de PAVM. Os objetivos específicos incluem, estudar os fundamentos, indicações e implicações clínicas da ventilação mecânica; analisar a PAVM e suas consequências para a recuperação do paciente; destacar a importância da assistência odontológica para os pacientes críticos.

Segundo Rebello et al. (2025), as principais causas da PAVM estão relacionadas à colonização bacteriana na cavidade bucal, especialmente devido à má higiene oral, formação de biofilmes e aspiração de secreções. A saúde bucal inadequada contribui diretamente para o desenvolvimento da pneumonia, que por sua vez é um fator de risco para a infecção pulmonar nos pacientes ventilados.

As consequências para essa condição incluem principalmente aumento do tempo de internação, maior risco de mortalidade, complicações respiratórias prolongadas e custos elevados com tratamento. Para a odontologia, essas complicações exigem cuidados específicos para gerenciar a saúde bucal do paciente ventilado, como a necessidade de higiene oral mais rigorosa e o uso de antimicrobianos (Barbosa et al., 2020; Gomes et al., 2025).

Para construir este artigo, os capítulos foram divididos em eixos temáticos que favorecem a compreensão do assunto. Após a introdução, o primeiro capítulo da revisão de literatura busca compreender como ocorre o processo de ventilação mecânica e qual a prevalência da pneumonia associada a esse procedimento. Este capítulo conceitua e detalha a ventilação mecânica realizada nos pacientes críticos. O segundo capítulo, discute como a ventilação mecânica se torna um fator de risco para o desenvolvimento de pneumonia associada à ventilação mecânica, explorando também os dados epidemiológicos sobre sua frequência em unidades de terapia intensiva.

O terceiro capítulo da revisão destaca a importância da assistência odontológica para a saúde geral dos pacientes críticos, abordando aspectos como a má higiene oral, a formação de biofilmes bacterianos na cavidade bucal e a aspiração de secreções que podem contribuir para a colonização bacteriana nos pulmões, levando ao desenvolvimento de pneumonia.

Os resultados e discussão, apontam as medidas preventivas que podem ser adotadas nas unidades intensivas e a necessidade de adaptação dos tratamentos odontológicos para essas condições. Para finalizar, a conclusão deste artigo busca fortalecer a atuação odontológica na prevenção dessa condição, visto que ela é fundamental para a recuperação dos pacientes críticos. As informações sobre os cuidados odontológicos nesses pacientes podem auxiliar no desenvolvimento de medidas preventivas para

reduzir a incidência da PAVM e promover melhor qualidade de vida durante a internação hospitalar.

É preciso levar em consideração que a Odontologia Hospitalar esbarra em diversas barreiras para ter o seu reconhecimento entre os profissionais de saúde que atuam nesse ambiente. Os fatores como a falta de conhecimento sobre a importância da saúde bucal, a infraestrutura precária, a falta de recursos humanos e materiais, entre outros, acabam por dificultar a atuação do cirurgião-dentista (Silva; Costa Júnior; Pinto, 2024). Por isso, trazer à discussão as contribuições do profissional de odontologia na prevenção da PAVM pode favorecer o reconhecimento e valorização do seu conhecimento e habilidades junto à equipe multidisciplinar.

2 RELAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA E A PNEUMONIA ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA

2.1 Fundamentos, indicações e implicações clínicas no suporte respiratório

O suporte respiratório é uma das intervenções mais importantes no gerenciamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica. A principal função desse método é garantir a oxigenação adequada e a remoção eficiente do dióxido de carbono, funções essenciais para a manutenção da homeostase do organismo (Rocha; Travassos; Rocha, 2021). Para tanto, diferentes modalidades podem ser empregadas, desde o fornecimento de oxigênio suplementar por meio de cateteres até o uso de ventilação mecânica invasiva, dependendo da gravidade do quadro clínico do paciente (Ramos; Silva; Aguiar, 2025).

Conforme ressaltam Soares e Bortoli (2024), o suporte respiratório envolve a compreensão da fisiologia pulmonar, particularmente dos mecanismos de ventilação, perfusão e difusão gasosa. Quando existe um comprometimento em qualquer um desses componentes, a troca gasosa se torna ineficiente, causando hipóxia e/ou hipercapnia. Nessas condições, segundo Gomes et al. (2025), o suporte respiratório serve como medida de compensação temporária até que a função pulmonar do paciente seja restabelecida ou adequadamente controlada.

O uso do suporte ventilatório é indicado para uma variedade de condições clínicas, mas em geral, para pacientes com doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA), pneumonia grave, edema agudo de pulmão, sepse com insuficiência respiratória, além de quadros neuromusculares que podem afetar a mecânica ventilatória (Lima; Ferraz, 2021). Os pacientes nessas condições clínicas estão entre os candidatos mais frequentes para a aplicação do uso de ventilação assistida. Entretanto, a decisão para iniciar o processo de suporte ventilatório deve ser fundamentada em parâmetros clínicos e laboratoriais, como a gasometria arterial, a frequência respiratória e o esforço ventilatório observado no paciente (Miguel et al., 2024).

No ambiente hospitalar, Batista, Andrade e Cavalcanti (2023), destacam que o suporte respiratório pode ser não invasivo, como por exemplo, a partir da utilização de dispositivos como as máscaras faciais ou nasais conectadas a sistemas de pressão positiva contínua ou ventilação com dois níveis de pressão; ou suporte invasivo, através de intubação orotraqueal com conexão a ventiladores mecânicos. Parente, Ferreira e Silva (2023), afirmam em seu estudo que a decisão entre os dois tipos de suporte vai depender principalmente da condição clínica do paciente, da resposta inicial ao tratamento e da presença de contraindicações para ventilação não invasiva.

Quando se avalia sob um contexto clínico, a ventilação mecânica oferece benefícios imediatos, como é o caso da redução do esforço respiratório, a melhoria da oxigenação e da estabilidade hemodinâmica. Porém, essa técnica também está associada a riscos importantes, como por exemplo, a incidência de barotrauma, volutrauma, lesões pulmonares induzidas pelo ventilador, infecções respiratórias, especialmente a PAVM (Rebello et al., 2025).

Para garantir que o suporte ventilatório alcance os resultados esperados, Barbosa et al. (2020), esclarecem que a equipe multiprofissional precisa estar atenta a parâmetros como o volume corrente, a frequência respiratória, a fração inspirada de oxigênio e pressão positiva expiratória final. Esses fatores devem ser ajustados conforme a resposta do paciente e suas necessidades fisiológicas. Uma boa resposta quanto ao uso do suporte ventilatório também depende do monitoramento contínuo da saturação de

oxigênio, da complacência pulmonar e dos gases arteriais, pois ambos são indispensáveis para evitar complicações e permitir ajustes terapêuticos.

Tão importante quanto a introdução do suporte ventilatório é o momento oportuno da sua descontinuação. Diante disso, Lima e Ferraz (2021), discutem que a retirada da ventilação mecânica, conhecida como desmame, requer um planejamento envolto em cuidados, além da avaliação da capacidade respiratória espontânea e estabilidade clínica do paciente. Para garantir a eficiência desse processo, o uso de protocolos de desmame progressivo ajudam a evitar falhas na extubação e complicações decorrentes de ventilação prolongada.

Para que o suporte ventilatório alcance o resultado esperado, é necessário a atuação integrada de inúmeros profissionais, como médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, entre outros. Cada profissional exerce uma função essencial na sua aplicação, desde a instalação segura do dispositivo até a higiene bucal, fisioterapia respiratória e prevenção de infecções. Esse trabalho em equipe tem a vantagem de potencializar o cuidado e reduzir de forma significativa os riscos de complicações (Ramos; Silva; Aguiar, 2025; Rocha; Travassos; Rocha, 2021).

2.2 Pneumonia associada à ventilação mecânica

Moura et al. (2024), define a PAVM como uma infecção pulmonar grave que acomete pacientes hospitalizados, geralmente aqueles que necessitam de suporte ventilatório invasivo por um período prolongado. A PAVM se caracteriza como uma pneumonia que se desenvolve após 48 horas ou mais da intubação orotraqueal e da instalação da ventilação mecânica, sendo uma das principais complicações infecciosas nas unidades intensivas.

Essa condição, de acordo com Gomes et al. (2025) é considerada uma das maiores causas de morbimortalidade entre os pacientes internados em UTI, pois causa impactos significativos tanto no tempo de internação quanto nos custos hospitalares, além do desgaste físico e psicológico para pacientes e familiares. A PAVM ocorre, principalmente, pela colonização de micro-organismos patogênicos nas vias aéreas

inferiores, facilitada pelo uso do tubo orotraqueal, que compromete os mecanismos naturais de defesa do trato respiratório.

Os fatores de risco para a incidência de PAVM são diversos, conforme relatam Costa, Silva e Varejão (2021), como o tempo prolongado do uso de ventilação mecânica, a presença de secreções orofaríngeas, a má higiene bucal, o estado imunológico comprometido, a administração inadequada de antibióticos, dentre outros. Em muitos casos, o acúmulo de biofilme na cavidade bucal e nas superfícies do tubo endotraqueal favorece a migração de bactérias para os pulmões, causando processos infecciosos que se não tratados podem comprometer o estado clínico do paciente já vulnerabilizado.

Quanto à sintomatologia da PAVM, embora muitas vezes inespecíficos, os sinais e sintomas devem ser observados com atenção pela equipe de saúde, especialmente em pacientes intubados e sedados, que não conseguem relatar desconfortos de forma espontânea. Um dos principais sinais clínicos da PAVM é a febre persistente, geralmente acima de 38°C, que não pode ser explicada por outra causa infecciosa evidente. Essa febre, quando associada a alterações nos parâmetros respiratórios, pode indicar um processo infeccioso pulmonar em andamento (Pinho et al., 2024).

A alteração na secreção traqueal é um indicativo importante, pois quando se apresenta mais espessa, purulenta e com odor fétido, sinaliza a presença de micro-organismos patogênicos nas vias respiratórias inferiores. É comum em pacientes com PAVM, o aumento da quantidade de secreção, o que pode levar à obstrução do tubo endotraqueal e à redução da eficácia da ventilação. Esses sinais devem ser acompanhados por alterações auscultatórias, como crepitações ou roncos pulmonares, indicativos de consolidação pulmonar (Silva; Costa Júnior; Pinto, 2024).

No contexto laboratorial e de imagem, Silva et al. (2020), destacam que a PAVM geralmente se manifesta com leucocitose, ou seja, o aumento de leucócitos no hemograma, além de hipoxemia detectada em gasometria arterial, o que sugere o comprometimento na troca gasosa. O uso de radiografia ou tomografia de tórax pode mostrar infiltrações pulmonares novas ou progressivas, que não estavam presentes nas primeiras 48 horas de ventilação. É importante destacar que, devido à complexidade do quadro clínico desses pacientes, o diagnóstico da PAVM deve ser sempre realizado com

base em uma combinação de dados clínicos, laboratoriais e radiológicos. A partir dessas informações a equipe pode intervir para prevenir maiores complicações.

2.3 Assistência odontológica a pacientes críticos

Segundo Soares e Bortoli (2024) os pacientes internados em estado grave, frequentemente sedados, entubados ou com imunidade comprometida, apresentam alto risco de desenvolver infecções bucais que podem se tornar fontes de disseminação para o restante do organismo. A cavidade bucal, quando negligenciada, torna-se um ambiente propício à proliferação de bactérias patogênicas, especialmente devido ao acúmulo de biofilme dentário e à redução do fluxo de saliva. Esse desequilíbrio favorece o desenvolvimento de doenças como gengivite, periodontite, candidíase e estomatites, além de outras que podem potencializar as infecções respiratórias, como PAVM.

A gengivite é uma inflamação superficial da gengiva causada, principalmente, pelo acúmulo de biofilme dental. As características dessa afecção bucal são marcadas por sintomas como vermelhidão, inchaço, sangramento espontâneo ou durante a escovação, além de sensibilidade gengival. Apesar de não causar a perda óssea, quando não tratada, a gengivite pode evoluir para uma condição ainda mais grave, a periodontite. Em pacientes críticos, a gengivite pode se agravar rapidamente devido à higiene bucal deficiente, o que favorece a disseminação bacteriana por via hematogênica (Soares et al., 2022).

Em relação à periodontite, ela é definida como uma inflamação mais profunda que atinge os tecidos de sustentação do dente, como o osso alveolar e o ligamento periodontal. Os sinais e sintomas incluem mobilidade dentária, retração gengival, mau hálito persistente, dor ao mastigar, presença de pus na gengiva e sangramentos frequentes. A destruição progressiva dos tecidos periodontais pode levar à perda dentária e aumento do risco de infecções sistêmicas, principalmente em pacientes imunossuprimidos ou com doenças crônicas (Vendrusculo; Chidoski Filho; Farinon, 2023).

Quanto à candidíase oral, é uma infecção fúngica causada por leveduras do gênero *Candida*, especialmente *Candida Albicans*, que comumente ocorre com frequência em

indivíduos com baixa imunidade, em uso prolongado de antibióticos ou de corticosteroides, também em pacientes sob aplicação de ventilação mecânica. Os principais sinais clínicos incluem a presença de placas esbranquiçadas aderentes à mucosa oral, ardência, sabor metálico na boca e dificuldade para engolir, protagonizando a odinofagia. Em casos graves, a candidíase pode se disseminar para o esôfago ou até atingir a corrente sanguínea, gerando quadros ainda mais complexos (Gomes et al., 2025).

A estomatite é uma inflamação da mucosa oral que pode ter diversas causas, incluindo traumas, infecções virais, bacterianas ou fúngicas, além de reações a medicamentos. Os principais sintomas variam, mas geralmente incluem vermelhidão, dor, presença de úlceras, edemas e dificuldade para alimentar ou falar. A estomatite, quando não controlada, prejudica o conforto do paciente e interfere diretamente na sua nutrição e qualidade de vida, especialmente em ambientes hospitalares (Pinho et al., 2025).

A presença do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, segundo Barbosa et al. (2020), permite a realização de procedimentos preventivos e terapêuticos direcionados para a manutenção da saúde bucal e para a prevenção dessas afecções bucais. Ações como a remoção de biofilme, controle de infecções, tratamento de lesões e higienização regular da cavidade oral podem auxiliar na prevenção de complicações. Esses cuidados, apesar de aparentarem uma certa simplicidade, são fundamentais para reduzir as taxas de infecção hospitalar, inclusive podem contribuir para a segurança do paciente e para diminuir o tempo de internação.

Rebello et al. (2025) e Reginato, Dallepiane e Corralo (2023), confirmam que a introdução de protocolos de higiene bucal realizados por profissionais capacitados está diretamente relacionada à redução da incidência de PAVM, o que ocorre porque a higienização correta da cavidade bucal pode impedir que micro-organismos presentes no biofilme dentário e na orofaringe sejam aspirados para os pulmões por meio do tubo endotraqueal, o que é comum em pacientes ventilados mecanicamente.

É necessário ter o entendimento que a saúde bucal influencia diretamente no conforto e na dignidade do paciente crítico. Observa-se que as lesões, as infecções e os desconfortos bucais podem causar episódios de dor, dificultar a alimentação por sonda,

agravar quadros sistêmicos e afetar negativamente a evolução clínica do paciente. Dessa forma, o atendimento odontológico, nesse contexto, representa um diferencial no cuidado integral à pessoa em situação de vulnerabilidade extrema (Moura et al., 2024).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa foi conduzida por meio de uma revisão de literatura narrativa. O estudo adotou uma abordagem qualitativa e exploratória, partir da seleção de informações nas bases de dados eletrônicas SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico. Foram utilizados os descritores em Ciências da Saúde “unidade intensiva”, “ventilação mecânica”, “pneumonia associada à ventilação mecânica”, “unidade hospitalar de odontologia” e “prestação de assistência odontológica”. Os termos foram combinados com operadores booleanos (AND, OR) para ampliar e refinar os resultados das buscas.

Como critérios de inclusão, foram selecionados artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, com recorte temporal dos últimos cinco anos, 2020 a 2025, que abordam direta ou indiretamente a assistência odontológica em pacientes internados em UTI ou sob cuidados intensivos. Foram selecionados estudos com acesso ao texto completo, publicações em periódicos científicos reconhecidos e documentos que apresentassem fundamentação teórica e metodológica clara. Excluíram-se os trabalhos duplicados, resumos sem acesso ao conteúdo completo e publicações que não estavam relacionadas ao tema central do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar os estudos elegíveis para essa revisão, observou-se que a maioria concorda que a cavidade bucal é um importante reservatório de micro-organismos patogênicos, com capacidade de movimentar-se para as vias respiratórias inferiores, especialmente em pacientes entubados, devido à ausência de barreiras naturais de defesa.

Verificou-se nos estudos de Moura et al. (2024) e Ramos, Silva e Aguiar (2025) que a presença de biofilme dentário e a má higiene oral são fatores que contribuem para a colonização bacteriana da orofaringe. Em indivíduos sob ventilação mecânica, esse biofilme pode ser aspirado para os pulmões por meio do tubo endotraqueal,

ocasionando infecções respiratórias graves. Estudos indicados por Silva et al. (2020), apontam que a PAVM está associada a elevados índices de morbidade e mortalidade.

Rocha, Travassos e Rocha (2021), destacam que atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, especialmente nas unidades intensivas, mostrou-se como uma intervenção de grande relevância para a redução dos índices de PAVM. A partir do uso de procedimentos simples, Silva et al. (2020), dizem que a escovação mecânica com dentifrícios antissépticos, a aplicação de clorexidina, a aspiração de secreções bucais e a remoção de biofilme, são ações que têm demonstrado impacto direto na redução da carga microbiana presente na cavidade bucal.

Os autores como Soares et al. (2022) e Vendrusculo, Chidoski Filho e Farinon (2023) destacam que a implementação de protocolos de higiene bucal realizados por profissionais treinados, com supervisão de cirurgiões-dentistas, consegue reduzir em até 30% a incidência de PAVM em pacientes entubados. Essa redução é considerada significativa, especialmente em unidades intensivas superlotadas, nas quais o risco de infecções cruzadas é ainda maior.

Observa-se ainda, segundo Silva, Costa Júnior e Pinto (2024), que, além da redução da PAVM, a presença da odontologia hospitalar contribui para a melhoria do bem-estar geral do paciente, favorecendo sua recuperação, pois os problemas como as lesões bucais, infecções fúngicas, sangramentos gengivais e desconfortos causados por ausência de cuidados odontológicos podem comprometer a nutrição, a imunidade e o equilíbrio sistêmico do paciente crítico, dificultando sua evolução clínica.

Apesar dos benefícios já conhecidos da odontologia hospitalar, Rebello et al. (2025) e Ramos, Silva e Aguiar (2025), concordam que ainda existe certa resistência em alguns hospitais quanto à presença regular do cirurgião-dentista nesses ambientes, como parte da equipe multidisciplinar. É necessário considerar a ausência desse profissional pode ser atribuída à falta de regulamentação, limitação orçamentária ou desconhecimento do impacto positivo que a atuação odontológica representa na prevenção de infecções hospitalares.

Pinho et al. (2024) e Moura et al. (2024), evidenciam em seus estudos que as equipes de saúde, em especial as de enfermagem e fisioterapia, precisam ser orientadas em relação à higiene bucal dos pacientes. Apesar da escovação dentária e do uso de antissépticos estarem presentes em protocolos gerais de cuidado, muitas vezes esses procedimentos são realizados de forma insuficiente ou inadequada, devido à falta de orientação técnica específica, como a do profissional de odontologia. Nesse sentido, a presença do cirurgião-dentista contribui para o treinamento da equipe e para o correto acompanhamento das práticas assistenciais que envolvem essa questão.

Destaca-se ainda, segundo Reginato, Dallepiane e Corralo (2023), que além da aplicação da clorexidina, outros agentes, como óleos essenciais, digluconato de cetilpiridínio e peróxido de hidrogênio, estão sendo avaliados como alternativas para o controle da flora bacteriana bucal. Contudo, a clorexidina a 0,12% continua sendo o antisséptico mais recomendado, devido principalmente à sua eficácia comprovada na redução de micro-organismos relacionados à PAVM. Para garantir bons resultados com sua aplicação, é necessário apontar para a necessidade de equilíbrio entre o uso frequente e os possíveis efeitos adversos, como pigmentação dentária e alteração do paladar.

Os estudos de Barbosa et al. (2020), Costa, Silva e Varejão (2021), também reforçam que o impacto positivo da odontologia hospitalar vai além da prevenção de infecções pulmonares. A presença de um profissional capacitado permite a identificação precoce de outras condições bucais, como lesões neoplásicas, ulcerações traumáticas, cáries dentárias avançadas e doenças periodontais, que podem agravar o estado geral de saúde do paciente quando não recebem o devido tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após finalizar a revisão, evidencia-se que a atuação do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar, especialmente nas unidades intensivas, é essencial para a promoção da saúde bucal e para a prevenção de infecções sistêmicas, como a PAVM.

A cavidade bucal de um paciente em cuidados intensivos, quando não recebe a devida assistência e cuidados, torna-se uma importante via de colonização e migração de micro-organismos patogênicos. Por isso, essa falta de cuidados é considerada um fator

de risco direto para o desenvolvimento de complicações respiratórias em pacientes críticos.

As práticas de higiene bucal quando realizadas de forma rotineira e supervisionadas por profissionais capacitados podem ser eficientes para reduzir a carga microbiana e para promover a redução da incidência de PAVM. Nesse sentido, é fundamental que haja maior reconhecimento institucional quanto à presença do cirurgião-dentista em unidades de cuidados intensivos e demais ambientes hospitalares. A valorização da odontologia no contexto da saúde pública e hospitalar fortalece a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Allana Marcela Cavalcanti et al. **Odontologia Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva: revisão de literatura**. Scientific-Clinical Odontology, v. 19, n. 6, p. 472-477, 2020. Disponível em: https://www.cro-pe.org.br/site/adm_syscomm/publicacao/foto/163.pdf#page=36 Acesso em: 20 maio 2025.

BATISTA, Nadieska Rodrigues; ANDRADE, Verônica Figueiredo; CAVALCANTI, Priscila Corrêa. **Cânula nasal de alto fluxo versus ventilação não invasiva**. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v. 7, n. 1, 2023. Disponível em: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2023/1443_canula_nasal_de_alto_fluxo_versus_ventilacao_ao_invasiva.pdf Acesso em: 23 maio 2025.

COSTA, Bruna Elizabete Rocha Nery; SILVA, Deille Lopes; VAREJÃO, Livia Coutinho. **O odontologista frente a prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Research, Society and Development, v. 10, n. 13, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21426/19018> Acesso em: 23 maio 2025.

GOMES, Julia Natalia de Melo et al. **Controle do biofilme bucal na odontologia hospitalar para prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 25, p. 1-11, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19640/10712> Acesso em: 15 maio 2025.

LIMA, Jaiflávio Jaime; FERRAZ, Breno Gusmão. **Ventilação mecânica e a síndrome do desconforto respiratório agudo: revisão da literatura**. Revista Multidisciplinar do Sertão, v. 3, n. 2, p. 203-211, 2021. Disponível em: <https://www.revistamultisertao.com.br/index.php/revista/article/view/345> Acesso em 21 maio 2025.

MIGUEL, Edson Arpini et al. **Insuficiência respiratória e suporte ventilatório não invasivo**. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 28, n. 2, p. 230-244, 2024. Disponível em:

<https://unipar.openjournalsolutions.com.br/index.php/saude/article/view/11484>
Acesso em: 22 maio 2025.

MOURA, Amanda Amaral et al. **O cirurgião-dentista frente a prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM) na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)**. Brazilian Journal of Health Review, v. 7, n. 5, p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/74094/51733>
Acesso em: 19 maio 2025.

PARENTE, Karla Aires; FERREIRA, Rafaela Rosa; SILVA, Karla Camila Correia. **Ventilação não invasiva e o circuito nasal de alto fluxo**. Research, Society and Development, v. 12, n. 1, 2023.

PINHO, Lara Maria de Lira et al. **Análise histórica e científica sobre a presença de um cirurgião dentista e sua influência na remediação de casos de PAVM: uma revisão**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 5, p. 3319-3329, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/14038>
Acesso em: 20 maio 2025.

RAMOS, Thássila Vitória Duarte; SILVA, Pedro Henrique Rodrigues; AGUIAR, Marjorie Izabella Batista. **Odontologia hospitalar: o papel do cirurgião-dentista na prevenção de complicações sistêmicas**. Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v. 9, n. 1, p. 1-12, 2025. Disponível em: <https://www.revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/3884>
Acesso em: 22 maio 2025.

REBELLO, Carolina Ale et al. **A odontologia hospitalar nos cuidados humanizados na UTI**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 7, n. 5, p. 837-851, 2025. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/5663/5697> Acesso em: 20 maio 2025.

REGINATO, Bianca da Silva; DALLEPIANE, Felipe Gomes; CORRALO, Daniela Jorge. **Protocolos de higiene bucal para pacientes em unidade de terapia intensiva**. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, v. 21, n. 1, p. 131-141, 2023. Disponível em: <https://186.227.198.185/index.php/revistane/article/view/851> Acesso em: 21 maio 2025.

ROCHA, Sylvia Cunha; TRAVASSOS, Denise Vieira; ROCHA, Najara Barbosa. **Os benefícios da Odontologia Hospitalar para a população**: Uma revisão de escopo. Research, Society and Development, v. 10, n. 4, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14117/12739> Acesso em: 20 maio 2025.

SILVA, Gabriela Elen Moreira et al. **Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos?** Uma análise do cenário dos últimos anos. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, v. 61, n. 1, p. 92-97, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/99716> Acesso em: 21 maio 2025.

SILVA, Lara Santos; COSTA JUNIOR, Florival; PINTO, Emanuel Vieira. **Odontologia hospitalar na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica**. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, v. 10, n. 5, p. 1828-1840, 2024. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13071> Acesso em: 23 maio 2025.

SOARES, Heloisa Luz et al. **Atendimento odontológico em pacientes na UTI**: Uma revisão de literatura sobre as doenças mais comuns causadas pela má higienização bucal e a importância do Cirurgião dentista no ambiente hospitalar. Research, Society and Development, v. 11, n. 12, p. 1-16, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/34659/29178> Acesso em 25 maio 2025.

SOARES, Shirley Kéfelin Quadros; BORTOLI, Francieli Regina. **O papel essencial da odontologia hospitalar**: enfoque na prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica. Revista da Faculdade de Odontologia-UPF, v. 29, n. 1, p. 1-12, 2024. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/15806/114117910> Acesso em: 19 maio 2025.

VENDRUSCULO, Lais Brescovit; CHIDOSKI FILHO, Julio Cezar; FARINON, Juliana Mohr. **A Importância do cirurgião-dentista em unidades de terapias intensivas, como fator de redução de infecções pulmonares**. Revista Mato-grossense de Odontologia e Saúde, v. 2, n. 1, p. 83-92, 2023. Disponível em: <https://revistas.fasipe.com.br/index.php/REMATOS/article/view/240> Acesso em: 23 maio 2025.