Pesquisa Multidisciplinar
EM SAÚDE
EDIÇÃO XV

Capítulo 11

LESÕES E MANIFESTAÇÕES BUCAIS EM PACIENTES EM UTI: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CAMILLA FIGUEIREDO RAPOSO BRILHANTE[1]
HELBERT HENRIQUE ROCHA ARAGÃO[1]
JÉSSIKA GUILHERME DE ALMEIDA GONÇALVES [1]
MARIA CAROLINA MAGALHÃES DE CARVALHO[1]
SARAH EMMILY MELO DA SILVA[1]
DÉBORAH GONDIM LAMBERT MOREIRA[2]
ÚRSULA COSTA[2]
LUCAS BATISTA XAVIER SILVA[3]
LÉLIA MARIA GUEDES QUEIROZ[4]

[1]Mestrando - Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[2]Doutorando – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
[3]Discente - Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte
[4]Doutora, Docente – Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: *Unidades de Terapia Intensiva; Patologia Bucal; Diagnóstico*

DOI 10.59290/978-65-6029-225-3.11

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar cujo objetivo é prestar assistência aos pacientes em estados graves, os quais demandam cuidados especializados e observação contínua dos profissionais de saúde em uma perspectiva multidisciplinar. Neste contexto, a portaria nº 2.338 do Ministério da Saúde (2011) é clara ao destacar que pacientes internados em UTI se encontram em risco iminente de morte, sobretudo devido ao desenvolvimento de uma doença aguda ou complicação de uma condição crônica pré-existente. Nesse cenário, quando comparados aos demais pacientes hospitalizados, aqueles em UTI são mais suscetíveis a infecções e apresentam maior taxa de mortalidade (STEINLE *et al*., 2023).

A atenção voltada às condições bucais de pacientes internados em UTI tornou-se uma preocupação pertinente, visto que a saúde bucal está diretamente relacionada à qualidade de vida e pode afetar negativamente o quadro sistêmico desses pacientes (DIAMANTINO *et al*., 2020). No contexto brasileiro, o projeto de lei 363, de 2011, estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades hospitalares, sendo atribuição do cirurgião-dentista (CD) garantir a higiene oral dos pacientes em estado crítico, bem como o diagnóstico dos fatores bucais que podem comprometer a saúde e a respectiva instituição da terapia adequada (BRASIL, 2011).

De fato, são inúmeros os fatores que favorecem complicações e agravamentos nesses pacientes, sobretudo desencadeados pela perda de autonomia. Por estarem limitados sob a perspectiva dos cuidados diários de higiene oral e por necessitarem, muitas vezes, da permanência da cavidade bucal aberta devido à intubação oro traqueal, estes pacientes tornam-se susceptíveis a diversas condições (QUINTANILHA *et al*., 2019; SOUZA *et al*., 2023). Sendo assim, não é raro que, durante o período de internação, ocorram alterações da saúde bucal, a exemplo da desidratação da mucosa, diminuição do fluxo salivar e pressão da mucosa associadas a dispositivos de intubação. Tais condições predispõem o indivíduo ao surgimento de ressecamento e crostas bucal e labial, úlceras, saburra lingual, acúmulo de biofilme dentário, problemas periodontais, bem como infecções oportunistas, a exemplo da candidose (SOUZA *et al*., 2023; KIM *et al*., 2018; ALMEIDA *et al*., 2021).

Essa conjuntura, aliada a uma higiene bucal deficiente, uso de medicamentos e ao comprometimento do sistema imunológico, aumentam a probabilidade da microbiota oral comensal tornar-se patogênica e capaz de infectar não só a cavidade oral, mas também de atingir sistemicamente o indivíduo (ULLOA *et al*., 2019; LI *et al*., 2022). Nesse sentido, infecções orais com repercussões sistêmicas em pacientes em UTI podem ser observadas, sendo a pneumonia nosocomial a causa de morte em 20 a 50% desses indivíduos (QUINTANILHA *et al*., 2019; SOUZA *et al*., 2023).

Dessa forma, nota-se a necessidade emergente de uma maior integração do CD à equipe multiprofissional das UTIs, a fim de priorizar a saúde bucal dos indivíduos em estado crítico, propiciando uma consequente melhora na evolução do quadro clínico e diminuição do tempo de internação (QUINTANILHA *et al*., 2019). Portanto, o objetivo desse estudo foi identificar as lesões e manifestações bucais mais frequentes em pacientes internados em UTI, para assim, fornecer informações relevantes aos CDs no diagnóstico e manejo adequado dessas condições e, por consequência, permitir o aprimoramento do cuidado e da atenção integral desses pacientes.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa sobre as lesões e manifestações bucais mais frequentes em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. O delineamento metodológico baseou-se nos critérios propostos por Hopia et.al (2016), sendo eles: 1) elaboração da questão norteadora; 2) definição das características das pesquisas com especificação dos critérios de elegibilidade; 3) seleção bibliográfica de estudos que irão compor a amostra da revisão; 4) extração e tabulação dos achados obtidos; 5) análise e interpretação dos dados.

A questão norteadora desta revisão foi: "Quais são as lesões e manifestações bucais mais frequentes em pacientes internados em UTI"? Para investigar tal pergunta de pesquisa, foram estabelecidos critérios que determinaram a inclusão de estudos observacionais e epidemiológicos acerca das lesões e manifestações orais comuns em pacientes internados em unidades de terapia intensiva, publicados nos últimos 10 anos (2014-2024), nos idiomas português e inglês, nas bases de dados: Pubmed e Lilacs. Os descritores "*Oral Manifestations*", *"Oral Lesions", "Mouth Diseases", "Intensive Care Units"* e *"Hospitalized Patients"* foram utilizados, associados aos operadores '' *AND''*, '' *OR''* e '' *NOT''*. Foram excluídos artigos duplicados, incompletos e indisponíveis para acesso.

Os dados coletados foram armazenados em planilhas Excel apropriadas (*Microsoft Vista Home Edition*®), as quais continham informações sobre o tamanho amostral dos estudos, dados clínico-epidemiológicos (idade, sexo, tipo de lesão ou manifestação bucal, localização anatômica, apresentação clínica, sintomatologia e sinais secundários), exames complementares (caso houvesse aplicabilidade), abordagens terapêuticas propostas e formas de acompanhamento recomendadas.

Posteriormente, os dados foram submetidos à análise descritiva, de modo que as variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de frequências absolutas e relativas. Dessa forma, pode-se observar e discorrer sobre a frequência destas lesões durante a internação, bem como avaliar suas principais características clínicas. Ademais, foi possível considerar exames complementares necessários para o diagnóstico destas condições, além das adaptações medicamentosas propostas e a necessidade de acompanhamento da evolução clínica destes pacientes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, 19 artigos foram selecionados e submetidos à leitura de título e resumo. Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, todos os artigos foram mantidos para leitura do texto na íntegra. Contudo, somente 12 artigos atenderam aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e foram incluídos nesta revisão integrativa. Ademais, 18 artigos foram incorporados à amostra, para abranger aspectos específicos de determinadas patologias. Dessa maneira, a revisão foi composta por um total de 30 artigos. As lesões e manifestações bucais mais frequentes em pacientes internados em UTI serão abordadas a seguir, com ênfase na descrição da etiologia, características clínicas, métodos diagnósticos e opções terapêuticas.

Candidose Oral

A candidose oral (CO) é uma infecção fúngica oportunista, predominantemente causada pela Candida albicans. No entanto, outras espécies, como C. glabrata, C. tropicalis e C. Krusei podem atuar como agentes etiológicos dessa patologia (NEVILLE, 2016). Tendo em vista a

relevância da disbiose para a proliferação destes microrganismos, espera-se que pacientes internados em UTIs apresentem maior susceptibilidade ao desenvolvimento desta condição, sobretudo devido ao comprometimento sistêmico destes indivíduos, ao uso prolongado de antibióticos de amplo espectro, à corticoterapia, à utilização de dispositivos invasivos (como tubos oro traqueais e sondas nasogástricas), além das alterações suscitadas no microambiente bucal, como a desidratação e redução do fluxo salivar. Esses desequilíbrios locais e sistêmicos criam, portanto, um ambiente propício à colonização fúngica, o que contribui para a alta prevalência de candidose oral nas UTIs (TORRES *et al*., 2014; QUINTANILHA *et al*., 2019).

Clinicamente, a CO apresenta-se sob a forma aguda (pseudomembranosa e eritematosa) ou crônica (hiperplásica, queilite angular e estomatite protética). Em UTIs, observa-se maior prevalência da forma pseudomembranosa, caracterizada pela presença de placas brancas removíveis à raspagem, localizadas em língua, palato e mucosa jugal. De maneira correlata, a forma eritematosa é frequentemente encontrada, reconhecida pela presença de lesões avermelhadas e dolorosas, geralmente localizadas em dorso de língua, mucosa jugal e palato. Nos ambientes de internação, nota-se que essas variantes tendem a ser mais extensas e persistentes, provocando sintomas como ardência, queimação, dificuldade de alimentação e comunicação nos pacientes (AZEVEDO, 2014).

Embora ocorram em menor frequência nos ambientes hospitalares, casos de queilite angular são factíveis. Nesta apresentação, verifica-se a formação de áreas vermelhas e fissuradas na comissura labial, sendo uma condição frequentemente encontrada em pacientes idosos com diminuição da dimensão vertical de oclusão. A forma hiperplásica manifesta-se como uma lesão branca aderida, geralmente localizada na língua, sendo mais comum em indivíduos com longos períodos de internação. Na hospitalização, os pacientes precisam retirar certos dispositivos, como próteses dentárias. No entanto, caso haja colonização fúngica prévia à admissão, a estomatite protética pode ser intensificada ou desencadeada, formando áreas avermelhadas bem definidas na região de mucosa palatina e assoalho bucal (PALLAVAN *et al*., 2014; NEVILLE, 2016). Assim como os subtipos agudos, espera-se que as formas crônicas se prolonguem por períodos mais longos e causem sintomas secundários durante a internação.

Por ser a infecção fúngica mais frequente e pela variedade de apresentações clínicas, o diagnóstico da candidose oral pode ser desafiador (NEVILLE, 2016). Embora o critério fundamental para determinação diagnóstica seja baseado nos aspectos clínicos, é possível determinar o reconhecimento desta condição através de provas terapêuticas e exames complementares, como o teste microbiológico (método Gram ou PAS), técnica de raspado, cultura fúngica (sobretudo em casos de resistência à terapia convencional) e avaliações laboratoriais, como hemocultura (SIQUEIRA *et al*., 2015).

Após a conclusão diagnóstica, o tratamento é baseado no uso de medicamentos e medidas de suporte. A escolha do antifúngico varia com o estágio da infecção e a resposta do hospedeiro, cabendo à equipe multiprofissional optar por medidas tópicas ou sistêmicas. Dentre os agentes farmacológicos frequentemente indicados, destacam-se a nistatina, fluconazol, miconazol e equinocandinas. No entanto, o protocolo medicamentoso varia sob condições críticas, visto que os pacientes podem necessitar de doses mais elevadas ou ajustes na via de administração. De forma associada, recomenda-se o uso de produtos para hidratação dos tecidos

orais, higienização bucal rigorosa e alternância na posição de tubos orotraqueais (SIQUEIRA *et al*., 2015; NEVILLE, 2016; SANTOS & FERREIRA, 2019).

Nos últimos anos, a terapia fotodinâmica antimicrobiana (PDT) tem se destacado como uma abordagem terapêutica no manejo das candidoses de UTIs. Esta modalidade utiliza a combinação de luz com um agente fotossensibilizante, sendo este uma substância que, ao ser ativada pela luz em uma frequência específica, gera radicais livres capazes de destruir células patogênicas, incluindo as contaminadas por fungos. Ademais, devido às propriedades biológicas do laser, pode-se promover aceleração do reparo de tecidos e auxílio no combate às infecções. Sendo assim, a PDT torna-se uma medida complementar, especialmente útil em casos recorrentes ou resistentes aos tratamentos convencionais (GIACONE *et al*., 2020; TEODORO *et al*., 2020).

Lesões Traumáticas

Pacientes de UTIs, devido a condições sistêmicas desfavoráveis, podem necessitar de intubação oro traqueal, além de haver a possibilidade de apresentarem espasmos musculares involuntários. Ambas as condições favorecem o desenvolvimento de ulcerações traumáticas, com maior prevalência nas regiões do vermelhão do lábio e da língua. Essas lesões, além de potencializarem os índices de morbidade, expõem os tecidos a um risco elevado de infecções secundárias, o que pode comprometer ainda mais o estado clínico do paciente (QUINTANILHA *et al*., 2019).

A utilização de dispositivos médicos constitui uma das principais etiologias para o desenvolvimento de úlceras na cavidade oral, especialmente aquelas decorrentes de pressão mecânica. Em particular, aparelhos como os de ventilação mecânica impedem o fechamento adequado da boca, promovendo a evaporação da saliva e, consequentemente, a redução da lubrificação oral. Esse ambiente favorece a instalação de infecções e a formação de lesões ulcerativas, cuja complicação mais frequente é a colonização de microrganismos patogênicos, com destaque para *Staphylococcus* aureus, Pseudomonas aeruginosa e *Staphylococcus* epidermidis, cuja proliferação predispõe a disbiose no ecossistema oral (KIM *et al*., 2021).

O tratamento das lesões traumáticas em lábio é, em maioria, não cirúrgico. A prevenção, especialmente durante a intubação oro traqueal, inclui a verificação da posição do tubo pelo cirurgião, sendo a fixação comissural uma alternativa eficaz por reduzir a pressão do lábio inferior sobre os dentes mandibulares e, em alguns casos, dispensar o uso de fita adesiva para a estabilização do tubo. O emprego de curativos preventivos também é recomendado para proteger os tecidos moles. Quando as lesões ulcerativas se instalam, corticosteroides tópicos podem ser utilizados para controlar a inflamação, acelerar a cicatrização e aliviar os sintomas (SIOTOS *et al*., 2020).

Alternativas para terapia das lesões ulcerativas em língua envolve, principalmente, o uso de protetores bucais à base de polietileno, os quais oferecem proteção mecânica contra mordidas traumáticas e auxiliam na recuperação tecidual. Em casos de laceração lingual decorrente de crises convulsivas, os protetores confeccionados com acetato de vinila também se mostram eficazes na prevenção de traumas adicionais e no favorecimento da cicatrização. Como intervenção medicamentosa, recomenda-se a utilização de corticosteroides tópicos, como a triancinolona acetonida em orabase, que apresenta propriedades antialérgicas, antipruriginosas e anti-inflamatórias, proporcionando

alívio sintomático e promovendo a reparação dos tecidos lesionados (SIMÕES *et al*., 2021).

Distúrbios Hematológicos

O uso de medicamentos, combinado com higiene bucal inadequada, cria um ambiente propício para o desenvolvimento de diversas condições na cavidade oral. Isso inclui desde a formação de biofilme dental e inflamação gengival até problemas mais complexos como sangramento espontâneo, ressecamento labial e lesões ulcerativas (SOUZA *et al*., 2023).

Lesões e distúrbios hematológicos como as trombocitopenias, surgem em cavidade oral por diminuição da produção ou aumento da destruição de plaquetas e podem ser causadas por múltiplos fatores, incluindo mecanismos imunomediados, medicamentos, reação adversa a medicamentos ou infecções. A púrpura hemorrágica oral pode ocorrer não só devido à redução do número de plaquetas circulantes, mas também por alterações em sua função, distúrbios na coagulação sanguínea ou anormalidades na estrutura dos vasos sanguíneos. A identificação e exclusão de outras condições hemorrágicas são essenciais para um diagnóstico ágil da trombocitopenia e a definição do tratamento adequado (KHAMISSA *et al*., 2017).

As manifestações orais podem ser os primeiros sinais clínicos da púrpura trombocitopênica idiopática (PTI), podendo incluir sangramentos, equimoses, petéquias, púrpuras, hemorragias e lesões mucocutâneas, as quais são frequentemente observadas na mucosa bucal. Esta condição pode ser classificada em aguda ou crônica, sendo a forma mais comum em crianças a aguda, caracterizada pelo início súbito de petéquias e púrpuras em aproximadamente 2 ou 3 semanas após uma infecção viral ou imunização. O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico, hemograma e análise do esfregaço periférico. No exame físico, observa-se desde sinais de sangramentos, como petéquias, equimoses e hematomas, até sangramentos mais importantes, como epistaxes, hematúria, sangramento gengival (ROCHA *et al*., 2024).

O manejo odontológico depende da contagem de plaquetas, que deve ser superior a 50.000/mm³. O tratamento só deve ser realizado com a autorização do hematologista. Não há consenso sobre procedimentos cirúrgicos, mas a cicatrização pode ser favorecida por compressão manual com gaze, injeção local de vasoconstritor e uso de esponjas de gelatina absorvível, colágeno microfibrilar ou celulose oxidada. Cauterização elétrica e aplicação de cera óssea também auxiliam no controle do sangramento. Para analgesia transoperatória, preferem-se técnicas infiltrativa e intraligamentar, enquanto o bloqueio do nervo alveolar inferior é contraindicado pelo risco de hematoma (VASCONCELOS *et al*., 2018).

Alterações Periodontais

As alterações periodontais compreendem uma ampla gama de condições inflamatórias que afetam as estruturas de suporte dentário (gengiva, osso e ligamento periodontal), as quais podem levar à perda do elemento dental e contribuir para o comprometimento sistêmico do paciente (KINANE *et al*., 2017). O início e a propagação da doença periodontal ocorre pelo acúmulo de biofilme nas superfícies dentais, ocasionando a disbiose da microbiota oral e favorecendo alterações imunológicas neste substrato, condições estas que predispõe o indivíduo à inflamação e à doença (KINANE *et al*., 2017; ALMEIDA *et al*., 2021).

No contexto de pacientes internados em UTI, a preservação dessas estruturas de suporte dentais torna-se indispensável por fatores inerentes à sua condição. Isso se deve tanto pelo estado de saúde debilitado desses indivíduos, quanto pelos fatores associados à internação,

que podem prejudicar a qualidade da higienização. Dentre esses fatores, destaca-se a dependência de outros profissionais para realizarem a escovação, limitações físicas e, sobretudo, o uso de tubos endotraqueais. Esses dispositivos mantêm a cavidade bucal aberta, diminuindo o fluxo salivar e, consequentemente, aumentando a quantidade de biofilme e saburra lingual. Esse acúmulo favorece a produção de compostos voláteis de enxofre, como mercaptanas (CH_3SH) e sulfídrico (H_2S), que apresentam odor desagradável e facilitam a colonização bacteriana (CRUZ *et al*., 2014).

Além disso, sabe-se que, entre 48 e 72 horas de internação, ocorrem mudanças na microbiota do paciente, que passa a ser colonizada por patógenos gram-negativos e anaeróbios presentes no acúmulo de biofilme. Esse processo torna o biofilme mais patogênico, aumentando o risco de complicações sistêmicas. Cada milímetro cúbico de biofilme contém aproximadamente cem milhões de microrganismos, que quando incorporados à saliva ou aspirados podem atingir à corrente sanguínea e, eventualmente, causar infecções a distância (CRUZ *et al*., 2014; SOUZA *et al*., 2023).

Nessa perspectiva, as infecções pulmonares, especialmente a pneumonia nosocomial (PN), são frequentemente relatadas nesse ambiente e representam uma causa comum de morbidade e mortalidade em pacientes gravemente enfermos, correspondendo a 10% das infecções em UTIs. Sua etiologia está associada à invasão de bactérias presentes na cavidade oral, seja por meio da aspiração de secreções da orofaringe, seja pela comunicação exigida pelo tubo endotraqueal em pacientes intubados. Outrossim, vale destacar que pacientes com dentes naturais são mais propensos ao acúmulo de biofilme, o que favorece o desenvolvimento do PN com maior frequência em comparação com pacientes edêntulos (CRUZ *et al*., 2014; SOUZA *et al*., 2023).

Dessa forma, é de suma importância o estabelecimento de protocolos de cuidados bucais para controle de biofilme dental e saburra lingual. Com isso, diferentes métodos podem ser utilizados, sejam eles de natureza mecânica ou química. Os métodos mecânicos consistem na escovação e uso de fio dental, escovas interdentais e raspadores de língua. Os métodos químicos são indicados para pacientes incapazes de realizar o controle mecânico do biofilme (CRUZ *et al*., 2014; STEINLE *et al*., 2023). A clorexidina 0,12%, é até o momento, o mais eficaz no controle do biofilme dental, por apresentar boa substantividade e efeito bacteriostático. Para os pacientes usuários de próteses dentárias, se faz necessário a higiene adequada das mesmas, bem como considerar a indicação de uma possível descontinuação do seu uso durante o internamento (STEINLE *et al*., 2023).

Com relação aos exames complementares, devem ser selecionados com base nas condições clínicas do paciente e na viabilidade de sua realização. No caso de lesões bucais associadas a infecções pulmonares, a coleta de escarro e a análise de citologia podem ser úteis para identificar a presença de patógenos. No entanto, é importante destacar que exames como cultura de saliva ou da mucosa bucal nem sempre são viáveis ou indicados devido à condição debilitada dos pacientes e à necessidade de intervenções rápidas. Além disso, a amostra de biofilme oral, embora útil para estudo microbiológico, não é uma prática rotineira em pacientes críticos, sendo mais relevante em investigações pós-morte ou em pesquisas específicas (CRUZ *et al*., 2014).

Hipossalivação

A hipossalivação é uma alteração bucal comum em pacientes internados em UTIs, de modo que certos estudos apontam que esta condição é prevalente nesse ambiente (SILVA *et al*., 2023; SOUZA *et al*., 2023). A redução do

fluxo salivar desenvolve-se durante a internação devido, sobretudo, à necessidade de implementação de medidas que podem diminuir ou alterar as propriedades salivares, como uso de determinados medicamentos, demanda de suporte ventilatório e consumo reduzido de líquidos (TORRES *et al*., 2014; SILVA *et al*., 2023; STEINLE *et al*., 2023). Além disso, alterações salivares podem ser propiciadas pelas condições gerais da admissão, habitualmente em casos de queimaduras extensas ou perdas expressivas de fluídos devido a problemas gastrointestinais (LABEAU & BLOT, 2014).

A vigilância sobre as condições salivares de pacientes internados é fundamental, haja vista o papel da saliva em desempenhar funções antimicrobianas, lubrificantes e ação tamponante (LABEAU & BLOT 2014). Nesse contexto, é evidente que alterações na produção e distribuição salivar podem submeter o paciente a agravos, os quais perpassam desde aumentos na presença de biofilme e cálculo dental, condições que contribuem para exacerbação de cáries e doença periodontal, até quadros que provocam ressecamentos e fissuras, os quais comprometem a integridade da mucosa, predispondo à infecção, especialmente as promovidas pela Candida albicans (TORRES *et al*., 2014; QUINTANILHA *et al*., 2019; ALMEIDA *et al*., 2021; SILVA *et al*., 2023; STEINLE *et al*., 2023).

Embora uma parcela significativa de pacientes esteja impossibilitada de realizar testes para a quantificação do fluxo salivar, devido aos efeitos analgéscios e sedativos secundários ao tratamento, a literatura é assertiva em apontar sinais clínicos relevantes no processo diagnóstico, os quais são concludentes em demonstrar alterações salivares, sejam elas quantitativas ou qualitativas. Com isso, é possível avaliar a quantidade de produção salivar, bem como as características desse fluido, relacionadas ao seu aspecto, viscosidade, espessura e coloração (QUINTANILHA *et al*., 2019; SILVA *et al*., 2023).

Fundamentado nesses critérios, investiga-se diferentes aspectos sugestivos de distúrbios salivares, os quais incluem ressecamento da mucosa, especialmente a labial. Este achado é caracterizado pela presença friável e opaca do vermelhão, acompanhado de áreas descamativas, fissuradas, crostosas e, por vezes, ulceradas. A frequência destas alterações ocorre de maneira correlata na mucosa jugal e gengival. Além disso, um aspecto generalizado de secura nos sítios orais pode ser observado. Frequentemente, este achado é identificado pela ausência do "lago salivar sublingual", em que não encontra-se o acúmulo típico de saliva em assoalho. Embora a ausência seja mais comum nesta localização, observa-se que as demais regiões intra-orais se apresentam ressecadas, sendo margeadas por uma saliva viscosa, espessa, aderente e, por vezes, de aparência espumosa (QUINTANILHA *et al*., 2019).

Diante destes sinais clínicos, o diagnóstico da hipossalivação acaba sendo presuntivo. Devido às limitações do ambiente de terapia intensiva, modalidades terapêuticas devem ser propostas de acordo com a individualidade de cada paciente. Desse modo, diferentes medidas podem ser utilizadas, as quais incluem uso de estimulantes e substitutos salivares, agentes tópicos ou sialogogos sistêmicos, a exemplo da pilocarpina e cevimelina. Independentemente do tipo de medida, reitera-se que todas surgem com o propósito comum de melhorar o fluxo salivar (VILLA *et al*., 2014).

CONCLUSÃO

As lesões e manifestações bucais mais comuns em pacientes internados em UTI incluem candidose oral, lesões traumáticas, distúrbios hematológicos, alterações periodontais e hipossalivação. Nesse contexto, é fundamental que

os profissionais de saúde, em especial os cirurgiões-dentistas, desenvolvam habilidades para identificar e diagnosticar essas condições, a fim de possibilitar intervenções adequadas e eficazes.

O monitoramento e a descontaminação da cavidade oral por profissionais qualificados são fundamentais para prevenção, diagnóstico e tratamento das alterações bucais, reduzindo o risco de infecções sistêmicas, tempo de internação e custos hospitalares. Assim, a presença do cirurgião-dentista integrado às equipes em ambiente hospitalar possibilita a identificação de fatores de risco que tornam esses pacientes mais suscetíveis a infecções bucais e viabiliza a implementação de sistemas de notificação dessas condições.

Diante disso, este estudo ressalta a variedade de lesões e manifestações bucais que podem acometer pacientes internados em UTI, bem como reforça a importância da atuação do cirurgião-dentista nas equipes de cuidados intensivos. Outros estudos serão necessários para aprofundar o impacto dessa assistência em modelos estruturados de atendimento multidisciplinar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, HLB. *et al*. Perfil de Saúde Bucal de Pacientes Internados em uma UTI pública em Manaus/AM. Research, Society and Development, v. 10, n. 8, p. e1010817020, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i8.17020.

AZEVEDO, GSG. A Importância do Diagnóstico Laboratorial na Candidíase Oral. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil. Disponível em: https://app.uff.br/riuff/handle/1/14309. Acesso em: 27 fev. 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece Diretrizes e Cria Mecanismos para a Implantação do Componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html. Acesso em: 24 fev. 2025.

BRASIL, Portal da Câmara dos Deputados. Projeto de lei 363, de 10 de fevereiro de 2011. Estabelece a Obrigatoriedade da Presença de Profissionais de Odontologia nas Unidades Hospitalares e dá outras providências. Câmara dos Deputados. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?id-Proposicao=491773. Acesso em: 11 mar. 2025.

CRUZ, MK. *et al*. Clinical Assessment of the Oral Cavity of Patients Hospitalized in an Intensive Care Unit of an Emergency Hospital. Revista Brasileira De Terapia Intensiva, v. 26, n. 4, p. 379–383, 1 out. 2014. DOI: 10.5935/0103-507X.20140058.

DIAMANTINO, LGS. *et al*. A Retrospective Study on the Oral Health of Patients in the Intensive Care Unit. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 19, n. 2, p. 287, 2020. DOI: 10.9771/cmbio.v19i2.36692.

GIACONE, L. *et al*. Photodynamic Activity of Tagetes Minuta Extracts Against Superficial Fungal Infections. Medical Mycology, v. 58, n. 6, p. 797–809, 2020. DOI: 10.1093/mmy/myz114.

HOPIA, H. et.al. Reviewing the Methodology of an Integrative Review. Scandinavian Journal of Caring Sciences, v. 30, n. 4, p. 662-669, 2016. DOI: 10.1111/scs.12327.

KHAMMISSA, RA. et. al. Oral Manifestations of Thrombocytopenia. The Saudi Dental Journal v, 30 p. 19 - 25. 2017, DOI: 10.1016/j.sdentj.2017.08.004.

KIM, CH. *et al*. Oral Mucosa Pressure Ulcers in Intensive Care Unit Patients: A Preliminary Observational Study of Incidence and Risk Factors. Journal of Tissue Viability, v. 28, n. 1, p. 27–34, 2019. DOI: 10.1016/j.jtv.-2018.11.002.

KIM, SH. *et al*. Relationships Between Oral-mucosal Pressure Ulcers, Mechanical Conditions, and Individual Susceptibility in Intubated Patients Under Intensive Care: A PCR-based Observational Study. Biological research for nursing, v. 23, n. 4, p. 557-567, 2021. DOI: 10.1177/1099800421998071.

KINANE, DF *et al*. "Periodontal Diseases." Nature Reviews. Disease Primers v. 3, p 1-14, 2017. DOI: 10.1038/-nrdp.2017.38

LABEAU, S. & BLOT, S. Oral Care in Intubated Patients: necessities and controversies. Annual Update In Intensive Care And Emergency Medicine 2014, p. 119-131, 2014. DOI: 10.1007/978-3-319-03746-2_10.

LI, X. *et al*. The oral Microbiota: Community Composition, Influencing Factors, Pathogenesis, and Interventions. Frontiers in Microbiology, v. 13, p. 895537, 2022. DOI: 10.3389/fmicb.2022.895537.

NEVILLE, BW. *et al*. Patologia Oral e Maxilofacial. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

PALLAVAN, B. *et al*. Comparison and Correlation of Candidal Colonization in Diabetic Patients and Normal Individuals. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders, v. 13, n. 1, p. 66, 2014. DOI: 10.1186/2251-6581-13-66.

QUINTANILHA, RDMC. *et al*. Oral Health Status of Patients in Intensive Care Unit: A Cross-sectional Study. Rio de Janeiro Dental Journal (Revista Científica do CRO-RJ), v. 4, n. 3, p. 25–31, 2019. DOI: 10.29327/24816.4.3-5.

ROCHA, AIF. *et al*. Oral Lesions in a Patient with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Case Report. Research, Society and Development, [S. l.], v. 13, n. 10, p. e133131047213, 2024. DOI: 10.33448/rsd-v13i10.47213.

SANTOS, CM.; FERREIRA, JRF. Hiperplasia Fibrosa Inflamatória e Candidíase Oral Associadas ao uso de Próteses Removíveis. Trabalho de Conclusão de Curso de Odontologia do Centro Universitário São Lucas. Porto Velho-RO, Brasil, 2019.

SILVA, W R. *et al*. Alterações Bucais em Pacientes em Unidade de Terapia Intensiva: Estudo Retrospectivo. Revista Ciências e Odontologia, v. 2, n. 7, p. 143-150, 2023.

SIMÕES, MIL. *et al*. Tratamento de Lesão Traumática em UTI: Relato de caso. Odontologia Clínico-Científica, v. 20 p. 89-93, 2021.

SIOTOS, C. *et al*. Medical Device Related Pressure Ulcer of the Lip in a Patient with COVID-19: Case Report and Review of the Literature. Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery, v. 122, n. 6, p. 625-628, 2021. DOI: 10.1016/j.jormas.2020.09.020.

SIQUEIRA, J. *et al*. Candidíase Oral em Pacientes Internados em UTI. Revista Brasileira de Odontologia, v. 71, n. 2, p. 176-179, 2015. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n2/a13v71n2.pdf.

SOUZA, SL. *et al*. Manifestações Bucais em Pacientes Internados na UTI de um Hospital Público. Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 22, n. 1, p. 68–75, 2023. DOI: 10.9771/cmbio.v22i1.49817.

STEINLE, EC. *et al*. Alterações Bucais em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva – Revisão de literatura. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento [S. l.], v. 4, p. e19712440957, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i4.40957.

TEODORO, PS. *et al*. O uso da Terapia Fotodinâmica como Método Alternativo de Tratamento da Candidíase Oral. MMES, v. 3, n. 1, p. 14-23, 2020. Disponível em: https://arqcientificosimmes.emnuvens.-com.br/abi/article/view/24. Acesso em: [01/02/2024].

TORRES, SR. *et al*. Candidíase Oral em Pacientes Internados em UTI. Rev. Br/as. Odontol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 176-179, 2014. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v71n2/a13v71n2.pdf. Acesso em: [01/02/2024].

ULLOA, P. C. et al. Modulation of the oral microbiome by the host to promote ecological balance. Odontology, v. 107, p. 437-449, 2019. DOI: 10.1007/s10266-019-00413-x.

VASCONCELOS, R.B, et al. Childhood Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: Oral manifestations and dental are. International Journal of Oral Dental Health, v. 4, p. 67, 2018. DOI: 10.23937/2469-5734/1510067.

VILLA, A. *et al*. Diagnosis and Management of Xerostomia and Hyposalivation. Therapeutics And Clinical Risk Management, [S.L.], p. 45-51, 2014. DOI: 10.2147/tcrm.s76282.