

ANEXO1

Justificativa para Projeto de Lei de Obrigatoriedade da Odontologia Hospitalar nas
UTIs Públicas e Privadas de SC.

Elaboração: Comissão Odontologia Hospitalar do CRO-SC

Presidente COH	Catherine Schmitz Espezim	CRO-SC-CD-5700
Secretária	Bruna de Oliveira Rech	CRO-SC-CD-6293
	Kizzy Fernandes Ishikawa	CRO-SC-CD-4580
	Carla Francine Horn	CRO-SC-CD-3370
	Alessandra Rodrigues de Camargo	CRO-SC-CD-3308
	Inessa Solek Teixeira	CRO-SC-CD-5.499
	Liliane Janete Grandó	CRO-SC-CD-2.644
	Mabel Diana Flores Rohr	CRO-SC-CD-1.010

Pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) apresentam uma condição grave e extrema de saúde na qual se modificam os padrões fisiológicos do funcionamento do organismo. Por este motivo, o tratamento do doente de alta complexidade, exige uma **abordagem multidisciplinar** que propicie o restabelecimento da condição de saúde em sua integralidade, através dos conhecimentos e abordagens específicas dos profissionais de saúde presentes na UTI, que definirão em consonância: diagnóstico, terapêutica, abordagens e prognósticos ideais a cada indivíduo. Nas UTIs essa equipe é composta por profissionais da Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Fonoaudiologia e, em alguns locais, da Odontologia.

A saúde bucal faz parte dessa integralidade, pois o sistema estomatognático é o responsável por desempenhar algumas funções fisiológicas essenciais para a nossa vida, como: respiração, deglutição, mastigação e fala; funções que devem ser mantidas quando possível, durante a internação. A cavidade oral deve estar com os tecidos íntegros e em condições de desempenhar suas funções fisiológicas; é essencial na melhora do quadro

clínico e reabilitação para o pronto restabelecimento do paciente, além de haver correlações entre as manifestações orais e sistêmicas relevantes ao tratamento dos internados. O cirurgião-dentista (CD) habilitado em Odontologia Hospitalar ou experiência hospitalar comprovada e com Habilitação em Laserterapia é o profissional devidamente capacitado para diagnosticar, planejar, intervir e manter a saúde oral do paciente hospitalizado.

1. Principais complicações em pacientes internados em UTIs:

1.1- PAV:

A pneumonia associada à ventilação (PAV) é a principal complicação associada aos cuidados de saúde na UTI, ocorrendo em até 40% dos pacientes em ventilação mecânica, e pode ser prevenida com protocolos de higiene oral e remoção de focos infecciosos de origem odontológica, entre outras medidas.

A PAV é a complicação relacionada aos cuidados de saúde que mais aumenta o tempo de ventilação, o tempo de permanência na UTI, a mortalidade dos pacientes críticos e, conseqüentemente, o **aumento dos custos** das internações e a redução do número de leitos disponíveis para possíveis doentes. Os hospitais que incorporaram dentistas à equipe multidisciplinar, obtiveram os índices de PAV próximos ou igual a 0 casos, o que agrega muitos benefícios aos pacientes, uma vez que ao permanecerem internados por menor tempo, as sequelas da internação são reduzidas, há redução de custos hospitalares com menos antibióticos utilizados, menos complicações decorrentes da PAV, menos tempo em ventilação mecânica e aumento da rotatividade nos leitos da UTI, beneficiando, assim, toda a população e garantindo que mais pacientes possam ter acesso aos leitos de UTI.

A PAV ocorre devido à aspiração de **bactérias da cavidade oral para o pulmão** e subsequente fracasso das defesas do hospedeiro em eliminar essas bactérias, o que resulta no desenvolvimento da infecção pulmonar. Os pacientes que necessitam de suporte ventilatório através do tubo orotraqueal, o recebem pela cavidade oral, e este permanece alojado sobre a língua, lábios e dentes com trajeto direto até os pulmões. Após 48hs de intubação, há uma

mudança na composição da microbiota oral, tornado-a um reservatório de potenciais patógenos respiratórios (PPR), pois esses microrganismos são responsáveis pelas pneumonias aspirativas por ventilação mecânica (PAV). Neste sentido, o desenvolvimento de abordagens preventivas é essencial para reduzir a incidência dessa infecção, o cirurgião-dentista é o profissional especializado na cavidade oral, por isso ele deve estabelecer e executar o protocolo de higiene oral personalizado à situação bucal que o paciente apresenta, além de treinar, motivar e fiscalizar a equipe de técnicos de enfermagem que serão responsáveis pela higiene oral dos pacientes internados 3 vezes ao dia.

1.2- Infecção de origem odontológica:

Elementos dentais com alteração periodontal importante, cáries extensas, lesões periapicais, abscessos crônicos podem evoluir para infecções agudas, mediastinites e septicemias devido ao rompimento da homeostase, ou seja, o equilíbrio entre tecidos e a microbiota. A avaliação do cirurgião-dentista devidamente habilitado na admissão e durante o período de internação do paciente deve ser criteriosa e justificada na redução de agravos e de mortalidade desse paciente.

1.3-Lesões orais

O diagnóstico e tratamento de lesões orais devem ser realizados pelo cirurgião-dentista. As lesões orais mais comumente incidentes são as úlceras traumáticas, lesões por infecções fúngicas, bacterianas e virais. As úlceras traumáticas em cavidade oral repercutem no quadro sistêmico e na reabilitação do paciente, e devido ao uso de anticoagulantes durante o período de internação há dificuldade no controle e cicatrização dessas lesões, que acarretam prejuízo na manutenção e reabilitação das funções orais, além de tornarem-se meios de culturas para microrganismos associados à PAV e outras infecções. Os dentistas devem prevenir e tratar essas lesões durante a internação com uso e aplicação de: laser, terapêutica, aparelhos protetores, remoção de arestas e cavidades cortantes nos dentes.

Quando os pacientes estão semiconscientes ou inconscientes, permanecem com a cavidade oral aberta, propiciando ressecamento das mucosas, candidíase oral, lesões e babação. E esses sintomas são influenciados pela presença de diarreias, febres, polimedicamentos, traumas cirúrgicos e condições extremas de saúde. Ao despertarem, esses pacientes relatam dor, ardência e grande desconforto, impedindo ou retardando o restabelecimento das funções orais citadas anteriormente.

1.4- Exodontias e remoção de dispositivos orais

A doença periodontal é uma das alterações orais mais frequentes que podem agravar o quadro sistêmico dos pacientes internados. Trata-se de uma alteração infecto-inflamatória resultante do processo interativo e pelo desequilíbrio entre as bactérias orais e os tecidos de suporte, propiciando mobilidade acentuada ao elemento dental. Devido ao baixo nível de consciência, existe risco de aspiração de qualquer elemento móvel presente em boca como: dentes com mobilidade acentuada, aparelho ortodôntico ou próteses removíveis. O dentista é o responsável por prestar essa assistência e definirá com o médico responsável pelo paciente, o momento ideal para realizar os procedimentos e intervenções, evitando acidentes.

2. Redução de custos

A UTI é o setor hospitalar que visa o tratamento dos pacientes de alta complexidade, nela os recursos humanos e materiais somam-se para realizar o suporte avançado de vida em situações críticas, a fim de reverter os quadros clínicos graves e propiciar o restabelecimento da condição de saúde do paciente. É o setor hospitalar mais oneroso ao serviço de saúde e, por esse motivo, necessita que se **minimizem os custos** através da otimização da qualidade do cuidado de saúde e do giro de leitos, possibilitando, desta forma, o acesso ao indivíduo que necessite desse escasso recurso. Segundo Webster e Anschau (2019), há evidências que a presença do dentista no ambiente hospitalar realizando Laserterapia para o tratamento de mucosite oral em pacientes oncológicos gera uma economia de 4 milhões de reais por ano em âmbito nacional. Nas UTIs a presença do dentista hospitalar representa uma economia de R\$ 2.858,00 por dia/leito de UTI.

A sustentabilidade dos leitos de UTI com redução de custos, associada à otimização da rotatividade desses leitos é essencial e certamente passa pela presença de profissionais qualificados e especializados no intuito de reduzir a incidência de complicações que prolongam o tempo de internação, aumentem custos, morbidade e mortalidade. A presença do cirurgião-dentista na UTI é de fundamental importância para auxiliar, através da assistência direta, bem como do treinamento das equipes na composição da equipe multidisciplinar, melhorando a qualidade da assistência na UTI.

3. Legislação

Tecnologias e procedimentos odontológicos de alta complexidade encontram-se na atenção terciária e englobam serviços como: diagnóstico bucal, biópsias na cavidade oral, adequação bucal de pacientes internados e atendimento odontológico sob anestesia geral, dentre outros procedimentos realizados por cirurgiões-dentistas dentro de hospitais.

A portaria n. 1.032/2010 do Governo Federal inclui procedimento odontológico na tabela de procedimentos, medicamentos, órteses e próteses e materiais especiais do SUS. O atendimento odontológico a pessoas com necessidades especiais é procedimento realizado em ambiente hospitalar, sob anestesia geral ou sedação, em usuários que apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanente, de ordem intelectual, física, sensorial e ou emocional que o impeça de ser submetido a uma situação odontológica convencional.

A Portaria n. 3.011/2017 estabelece recursos a serem transferidos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC) para o Teto financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Médio e Alta Complexidade (MAC) dos Estados e DF (BRASIL, 2017). Tal portaria corresponde ao repasse de recursos do Ministério da Saúde para Estados e DF destinados à aplicação na saúde de média e alta complexidade, contribuindo para a manutenção e implementação destes serviços em ambiente hospitalar.

A Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010 da ANVISA, dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs; no artigo 18 cita a obrigatoriedade da assistência odontológica, porém, não estabelece as horas mínimas que o dentista deve atuar.

A Sociedade Brasileira de Odontologia Hospitalar recomenda um dentista hospitalar a cada 10 leitos de UTI.

4. Presença do Dentista Hospitalar nos Hospitais de SC

Segundo Silveira (2019), o Estado de Santa Catarina possui 181 Hospitais públicos ou contratualizados ao SUS, dos quais, 44 possuem leitos de UTI, representando 655 leitos de UTI SUS e 11.152 leitos ambulatoriais SUS. Nos hospitais públicos do Estado a relação é de 100 leitos SUS atendidos por dentistas habilitados em Odontologia Hospitalar (100L/1DH) e nos hospitais contratualizados a relação é 61 leitos SUS recebendo cuidados a cada dentista hospitalar (61L/DH). O que demonstra que hospitais contratualizados têm maior preocupação com custos e giro de leitos, apostando na Odontologia Hospitalar para que isso aconteça.

A abordagem multidisciplinar especializada possibilita o tratamento do doente crítico em sua integralidade e reabilitação para o pronto retorno à sociedade. O cirurgião-dentista é o responsável pela saúde bucal, então fica evidente a necessidade de sua presença dentro da equipe que deve ser estabelecida na forma de lei para que haja a garantia desse direito ao paciente internado. A Lei Estadual de Obrigatoriedade de Odontologia Hospitalar a ser criada, deve ter definido o número de leitos por cirurgião-dentista e as horas em que este deve permanecer na UTI, assim como acontece na fisioterapia hospitalar em que se exige 18 horas diárias de presença de fisioterapeuta através de uma Resolução (RDC n. 9 de 24 de fevereiro de 2009), e a necessidade de dentista hospitalar de sobreaviso aos fins de semana e feriados. **O Conselho Regional de Odontologia de Santa Catarina, representado pela Comissão de Odontologia Hospitalar, definiu um cirurgião-dentista a cada 10 leitos de UTI, com permanência de no mínimo 4 horas ao dia, para que a assistência seja realizada.**

Referências Bibliográficas:

1. Bellissimo-Rodrigues WT1, Meneguetti MG, Gaspar GG, Nicolini EA, Auxiliadora-Martins M, Basile-Filho A, Martinez R, Bellissimo-Rodrigues F. Effectiveness of a

- dental care intervention in the prevention of lower respiratory tract nosocomial infections among intensive care patients: a randomized clinical trial. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2014;35(11):1342-8.
2. Brasil. Resolução- RDC n.7 de 24 de fevereiro de 2010 Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília* (2010 fev.25); Sec 1:48
 3. Ferrer and Torrer. Epiemiology of ICU-acquired pneumonia. *Current Opinion on Critical Care.* Oct 2018, no. 5, vol 24.
 4. Frost SA *et al* . Evidence for the effectiveness of chlorhexidine bathing and health care-associated infections among adult intensive care patients: a trial sequential meta-analysis. *BMC InfectiousDiseases* (2018) 18:679
 5. Hua F, Xie H, Worthington HV, Furness S, Zhang Q, Li C. Oral hygiene care for critically ill patients to prevent ventilator-associated pneumonia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 10. Art. No.: CD008367.
 6. Lorente L, Lecuona M, Jiménez A, Palmero S, Pastor E, Lafuente N, Ramos MJ, Mora ML, Sierra A. Ventilator-associated pneumonia with or without toothbrushing: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis.* 2012;31(10):2621-9.
 7. Munro CL, Grap MJ, Jones DJ, McClish DK, Sessler CN. Chlorhexidine, toothbrushing, and preventing ventilator-associated pneumonia in critically ill adults. *Am J Crit Care.* 2009;18(5):428-37.
 8. Oliveira, J., Zagalo C , Cavaco-Silva, P. Prevention of ventilator-associated pneumonia. *Ver Port Pneumol.* 2014; 20 (3): 152-161
 9. RESOLUÇÃO CFM No. 2.1 56/2016, publicado na D.O.U. de 17 de novembro de 2016, Seção I, p. 138-139
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=17/11/2016>
 10. Silveira J.D. Odontologia Hospitalar: inserção do Cirurgião Dentista nos Hospitais Públicos de Santa Catarina (BRASIL) Trabalho de Conclusão de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da UFSC.



Anexo 2 - Leis Estaduais e Municipais preexistentes:

Localidade	Lei/PL	Autoria	Obs
PR	18.120/2014	Dep. Valdir Rossoni	Público e Privado, UTI, ambulatórios
AL	8.009/2018	Luiz Dantas	Público e Privados UTI e ambulatório.
AP	2.508/2020	Gov. Antônio Waldez Góes da Silva	Público e Privado, UTI e ambulatório
MT	10.659/2017	Dep. Eduardo Botelho	Hospitais Públicos e privados, UTI e ambulatório.
MS	5.163/2018	Dep. Júnior Mochi	Público e Privado UTI
DF	5.744/2016	Dep. Prof. Reginaldo Veras	UTIs SUS
SP	16.860/2018	Dep Gilberto Natalini	Público e Privado para pessoas hospitalizadas, inclusive na UTI
RJ	6.580/2013	Dep. Flávio Bolsonaro	Público e Privado nas UTIs e em internações de longa duração
RN	026/2018	Dep Manoel Cunha Neto	Público e Privado UTI e ambulatório
RO	4.082/2017	Dep. Galba Novaes de Castro Jr.	UTIs de Hospitais privados, CD habilitado