

Avaliação da condição de saúde bucal de pacientes internados nas enfermarias do hospital regional do agreste, Caruaru-PE

Maurício da Rocha Costa*
Nayade Serpa Tôres*
Amanda Nayara da Silva Ferreira*
Jayne Karla Batista Lima*
José Eudes de Lorena Sobrinho*
Angélica Falcão Leite*

Resumo

Pacientes hospitalizados costumam negligenciar a higiene oral, acarretando o acúmulo do biofilme dental, podendo levar a doença periodontal e outras, agravando a condição de saúde sistêmica, e consequentemente aumentando o tempo de internação. Dessa forma este trabalho objetivou verificar a condição de higiene bucal de pacientes internados nas enfermarias do Hospital Regional do Agreste (HRA), Caruaru, Pernambuco. A coleta de dados deu-se pela aplicação de questionário e exames intraorais. Na análise, os dados foram digitados na planilha EXCEL e a obtenção dos cálculos estatísticos se deu pelo programa IMB SPSS na versão 23. Foi encontrado CPO-D 13,86, considerada muito alta, e deste total o componente “dentes perdidos” apresentou média superior, maior número de dentes cariados na média do CPO-D para quem não possui água encanada, 77,4% apresentavam cálculo dentário e apenas 3,2% apresentaram alterações na mucosa, evidenciando a importância da odontologia hospitalar, onde os cirurgiões-dentistas podem atuar desde a prevenção até tratamento.

Palavras-chave: Odontologia; Ambulatório Hospitalar; Hospitais; Quartos de Pacientes.

INTRODUÇÃO

Tradicionalmente, acredita-se que a inserção do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar se dá apenas pelo profissional da área de Cirurgia e Traumatologia Bucocomaxilofacial - CTBMF¹. Em contrapartida, hodiernamente, o exercício da Odontologia no âmbito hospitalar, no Brasil, parece estar restrito apenas a realização de procedimentos odontológicos convencionais sob anestesia geral ou ainda ao profissional da área de CTBMF. Assim, a carência dos profissionais da OH nas Unidades de Terapia Intensiva - UTI, contribui para a

negligência da manutenção da saúde bucal dos pacientes acamados, em decorrência da deficiente assistência odontológica prestada pela equipe médica (DE SAÚDE)^{1,2}.

Contudo, dado o comprometimento da saúde sistêmica dos pacientes em internação hospitalar, estudos recentes tratam da importância dos cuidados com a saúde bucal através da atuação da Odontologia Hospitalar, cuja discussão sobre sua obrigatoriedade como área de atuação foi travada a partir de 2013 com o projeto de Lei PLC 34^{3,4}.

DOI: 10.15343/0104-7809.202044642652

*Centro Universitário Tabosa de Almeida, ASCES UNITA, Caruaru/ PE, Brasil.
E-mail: mauricio.upe@gmail.com

Além disso, a intervenção de procedimentos odontológicos no ambiente hospitalar contribui na garantia das políticas públicas de saúde no nível terciário da atenção à saúde da população. Ademais, a intervenção do CD no hospital é reforçada pela Resolução nº 162, de 03/03/2015, do Conselho Federal de Odontologia (CFO), que reconhece a prática da Odontologia Hospitalar no Brasil⁵.

Medidas preventivas, diagnósticas, terapêuticas e paliativas devem ser realizadas no paciente internado, com o objetivo de melhorar a condição bucal e sistêmica dos pacientes por meio de uma equipe multidisciplinar em âmbito hospitalar^{4,6}.

Somando-se a isso, no período de internação, a maioria dos pacientes apresentam imunidade baixa e, pela condição de saúde, muitas vezes estão incapazes de realizar a manutenção da saúde bucal, resultando em riscos para sua saúde geral e evidenciando mais uma vez a necessidade do suporte de um profissional da saúde bucal^{1,7,8}.

Desse modo, concerne a Odontologia Hospitalar - OH - a intervenção nos problemas mais comuns da cavidade (BUCAL) oral até os mais complexos, como por exemplo a presença de biofilme, cárie, doença periodontal, lesões do tecido mole precursores de infecções virais e fúngicas e outras lesões do sistema estomatognático que podem interferir o prognóstico do paciente internado⁸.

Dessa forma, considerando a importância dos cuidados com a saúde bucal de pacientes que se encontram em ambiente nosocomial, o presente estudo teve como objetivo verificar a condição de higiene bucal de pacientes internados nas enfermarias do Hospital Regional do Agreste, Caruaru-PE.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de estudo observacional, quantitativo, transversal com perspectiva analítica, desenvolvido no Hospital Regional do Agreste (HRA), referência para a IV região de saúde e macrorregião agreste do estado de Pernambuco.

A população estudada foi de 248 sujeitos selecionados por conveniência, tendo como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos e período de internação médio de 5 dias. Já os de exclusão consistiram em: paciente com necessidades especiais, edêntulos totais, e exame bucal comprometido por fraturas na face que resultaram em abertura limitada da boca ou trismo.

A coleta de dados, realizada entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, consistiu de duas etapas: na primeira foi aplicado um questionário que continha informações gerais, condições de moradia, utilização de serviço odontológico, hábitos de higiene oral, higiene oral no período de internação e dados sobre a internação. Em seguida foram realizados exames intraorais por três examinadoras previamente calibradas. Os instrumentais e materiais utilizados foram bandeja clínica odontológica, odontoscópio, pinça clínica e sonda exploradora, gaze estéril, algodão e EPI (Equipamento de Proteção Individual).

O registro dos dados dos exames intraorais se deu em ficha utilizada e validada pelo Projeto SB BRASIL 2010, utilizando os indicadores CPO-D (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados), IPC (Índice Periodontal Comunitário) e alterações

de mucosa. Esta ficha permitiu também a inclusão de dados sobre situação do paciente internado, como a frequência ou não de escovação diária durante o internamento, quais utensílios e/ou solução química utilizada e o motivo da internação, totalizando 21 questões.

Elaborou-se banco de dados em Programa Microsoft Excel, utilizando o programa SPSS na versão 23 para análise estatística. Os testes utilizados foram teste Qui-quadrado e

teste Exato de Fisher, empregando margem de erro de 5% e associação estatística com valor de $p < 0,001$.

Foram seguidos os princípios éticos da Resolução 466/2012 com aprovação do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Tabosa de Almeida, CAAE 01785418.8.0000.5203, Parecer 3.046.396/2018, tendo todos os sujeitos participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Na caracterização demográfica e do perfil socioeconômico da população estudada destaca-se que a maioria, correspondente a 75,0% ($n=186$), era do sexo masculino e a faixa etária 18 a 29 anos foi a mais prevalente com 31,0% da amostra, frente às 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 ou mais, que apresentaram 19,8, 17,3, 11,7, 20,2 respectivamente.

Dos 248 pacientes, 135 eram brancos, 63 negros e 50 pardos. Com relação ao sistema de saneamento básico, 164 possuíam acesso e 183 possuíam sistema de abastecimento de água encanada, enquanto 36 eram por carro pipa, 23 por poço, 5 outros e 1 não tinha nenhum tipo de acesso.

Verificou-se associação entre sexo e procura de serviços odontológicos e hábitos de higiene oral relativos ao uso do fio dental e frequência de escovação diária durante o internamento, conforme Tabela 1.

A associação entre faixa etária com algumas variáveis preponderantes na saúde oral antes e durante do período de internamento encontra-se na tabela 2, onde evidencia que o percentual que já foi ao dentista foi menos elevado entre os pesquisados que tinham 18 a

39 anos (86,5%), assim como a realização de hábitos inerentes à saúde oral representaram os menores percentuais na maioria das variáveis entre a faixa etária 60 anos ou mais.

Quanto ao CPO-D, a média foi 13,86 e deste total o componente dentes perdidos foi o que apresentou a média mais elevada (média de 10,25 com percentual de 73,95%), seguido de dentes obturados (média de 2,31 e valor igual a 16,67%) e o restante correspondeu a média de dentes cariados (1,30 com valor 9,38%).

Constatou-se associação estatisticamente significativa entre média do CPO-D, ida ao dentista e sexo feminino. Para buscar a relação entre condições sociais e saúde bucal, optou-se por coletar dados do sistema de abastecimento de água, verificando-se que a média de dentes cariados se mostrou superior para quem não possui água encanada (Tabela 3).

Na tabela 4 são evidenciados dados quanto à presença de lesões de tecido mole e de alterações periodontais, com destaque para a alta prevalência de indivíduos com presença de cálculo dentário.

Tabela 1 – Avaliação da ida ao dentista e da higiene bucal segundo o sexo – Caruaru, PE, Brasil, 2019.

Variável	Masculino		Feminino		Grupo Total		Valor de p
	N	%	n	%	n	%	
Já foi ao dentista?							p ⁽¹⁾ = 0,013*
Sim	163	87,6	61	98,4	224	90,3	
Não	23	12,4	1	1,6	24	9,7	
Total	186	100,0	62	100,0	248	100,0	
Qual a sua última consulta?							p ⁽¹⁾ = 0,749
Menos de 6 meses	48	29,4	18	29,5	66	29,5	
Entre 6 meses e 1 ano	23	14,1	11	18,0	34	15,2	
Acima de 1 ano	92	56,4	32	52,5	124	55,4	
Total	163	100,0	61	100,0	224	100,0	
Utiliza o fio dental?							p ⁽¹⁾ = 0,026*
Sim	30	16,1	18	29,0	48	19,4	
Não	156	83,9	44	71,0	200	80,6	
Total	186	100,0	62	100,0	248	100,0	
Com que frequência você troca sua escova de dentes?							p ⁽²⁾ = 0,828
Não tem escova	3	1,6	1	1,6	4	1,6	
A cada 3 meses	121	65,1	43	69,4	164	66,1	
A cada 4 e 6 meses	46	24,7	15	24,2	61	24,6	
Entre 7 meses e 1 ano	16	8,6	3	4,8	19	7,7	
Total	186	100,0	62	100,0	248	100,0	
Durante a internação sua higienização oral é realizada todos os dias?							p ⁽¹⁾ = 0,739
Sim	162	87,1	55	88,7	217	87,5	
Não	24	12,9	7	11,3	31	12,5	
Total	186	100,0	62	100,0	248	100,0	
Frequência escovação diária durante internamento							p ⁽¹⁾ = 0,023*
Não realiza	24	12,9	7	11,3	31	12,5	
Uma vez ao dia	56	30,1	9	14,5	65	26,2	
Duas a 3 vezes ao dia	96	51,6	45	72,6	141	56,9	
Mais de 3 vezes ao dia	10	5,4	1	1,6	11	4,4	
Total	186	100,0	62	100,0	248	100,0	

(*) Associação significativa a 5%

(1) Através do teste Qui-quadrado

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 2 – Avaliação da ida ao dentista e da higiene bucal segundo a faixa etária – Caruaru, PE, Brasil, 2019.

Variáveis	Faixa etária em anos						Grupo Total		Valor de p
	18 a 39		40 a 59		60 ou mais		n	%	
	N	%	n	%	N	%	n	%	
Já foi ao dentista?									$p^{(1)} = 0,049^*$
Sim	109	86,5	70	97,2	45	90,0	109	86,5	
Não	17	13,5	2	2,8	5	10,0	17	13,5	
Total	126	100,0	72	100,0	50	100,0	126	100,0	
Qual a sua última consulta?									$p^{(1)} = 0,150$
Menos de 6 meses	37	33,9	22	31,4	7	15,6	37	33,9	
Entre 6 meses e 1 ano	18	16,5	10	14,3	6	13,3	18	16,5	
Acima de 1 ano	54	49,5	38	54,3	32	71,1	54	49,5	
Total	109	100,0	70	100,0	45	100,0	109	100,0	
Utiliza o fio dental?									$p^{(1)} = 0,160$
Sim	30	23,8	12	16,7	6	12,0	30	23,8	
Não	96	76,2	60	83,3	44	88,0	96	76,2	
Total	126	100,0	72	100,0	50	100,0	126	100,0	
Com que frequência você troca sua escova de dentes?									$p^{(2)} = 0,013^*$
Não tem escova	-	-	1	1,4	3	6,0	-	-	
A cada 3 meses	92	73,0	48	66,7	24	48,0	92	73,0	
A cada 4 e 6 meses	27	21,4	18	25,0	16	32,0	27	21,4	
Entre 7 meses e 1 ano	7	5,6	5	6,9	7	14,0	7	5,6	
Total	126	100,0	72	100,0	50	100,0	126	100,0	
Durante a internação sua higienização oral é realizada todos os dias?									$p^{(1)} = 0,005^*$
Sim	114	90,5	66	91,7	37	74,0	114	90,5	
Não	12	9,5	6	8,3	13	26,0	12	9,5	
Total	126	100,0	72	100,0	50	100,0	126	100,0	
Frequência escovação diária durante internamento									$p^{(1)} = 0,008^*$
Não realiza	12	9,5	6	8,3	13	26,0	12	9,5	
Uma vez ao dia	34	27,0	20	27,8	11	22,0	34	27,0	
Duas a 3 vezes ao dia	70	55,6	45	62,5	26	52,0	70	55,6	
Mais de 3 vezes ao dia	10	7,9	1	1,4	-	-	10	7,9	
Total	126	100,0	72	100,0	50	100,0	126	100,0	

(*) Associação significativa a 5%

(1) Através do teste Qui-quadrado

(2) Através do teste Exato de Fisher.

Tabela 3– CPO-D e componentes segundo sexo, ida ao dentista e abastecimento de água – Caruaru, PE, Brasil, 2019.

CPO-D e componentes	Sexo		Valor de p	Ida ao dentista		Valor de p	Abastecimento de água		Valor de p
	Masculino	Feminino		Sim	Não		Encanada	Não encanada	
Número de pesquisados	186	62		224	24		183	65	
Cariados	1,44 ± 2,47 (0,00)	0,90 ± 2,17 (0,00)	p ⁽¹⁾ = 0,059	1,28 ± 2,49 (0,00)	1,50 ± 1,44 (1,00)	p ⁽¹⁾ = 0,039*	1,08 ± 2,35 (0,00)	1,94 ± 2,47 (1,00)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Perdidos	2,14 ± 3,24 (1,00)	2,82 ± 3,58 (1,00)	p ⁽¹⁾ = 0,086	10,43 ± 9,40 (7,00)	8,54 ± 8,82 (6,50)	p ⁽¹⁾ = 0,279	2,43 ± 3,57 (1,00)	1,97 ± 2,57 (1,00)	p ⁽¹⁾ = 0,755
Obturados	9,25 ± 8,86 (6,50)	13,24 ± 10,15 (10,50)	p ⁽¹⁾ = 0,007*	2,50 ± 3,44 (1,00)	0,50 ± 1,10 (0,00)	p ⁽¹⁾ < 0,001*	10,26 ± 9,54 (7,00)	10,22 ± 8,85 (8,00)	p ⁽¹⁾ = 0,657
CPO-D	12,82 ± 8,34 (11,00)	16,97 ± 8,85 (17,00)	p ⁽¹⁾ = 0,001*	14,21 ± 8,59 (13,00)	10,54 ± 8,54 (9,00)	p ⁽¹⁾ = 0,030*	13,77 ± 8,88 (12,00)	14,12 ± 7,98 (13,00)	p ⁽¹⁾ = 0,605

(*) Diferença significativa a 5%

(1) Através do teste Mann-Whitney.

Tabela 4– Avaliação da presença de cálculo dentário e das alterações em mucosa – Caruaru, PE, Brasil, 2019.

Variável	n	%
Total	248	100,0
Sangramento		
Sim	36	14,5
Não	212	85,5
Cálculo		
Sim	192	77,4
Não	56	22,6
Bolsa		
Não tem	220	88,7
Rasa	27	10,9
Profunda	1	0,4
Alterações em mucosa		
Sim	8	3,2
Não	240	96,8
Hipótese		
Não tem	240	96,8
Leucoplasia	2	0,8
Língua fissurada	2	0,8
Candidíase pseudomembranosa	1	0,4
Candidíase eritematosa	1	0,4
Fibroma	1	0,4
Leucoplasia e língua fissurada	1	0,4

DISCUSSÃO

O presente estudo caracterizou as condições sociodemográficas e de saúde bucal dos pacientes internados no Hospital Regional do Agreste, além de avaliar hábito de higiene oral. A maioria dos sujeitos estudados no HRA foi do sexo masculino e estava na faixa etária 18 a 29 anos, em razão do perfil assistencial voltado ao atendimento às situações de urgência/emergência provenientes de causas externas, sobretudo acidentes de trânsito. O alto número alto número de indivíduos do sexo masculino na faixa etária encontrada pode ser justificado pelos acidentes de trânsito que envolvem esse perfil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, entre 2017-2018, o óbito de homens em acidentes de trânsito foi de 80% e o índice de morte aumentou na faixa etária em questão, apresentando um crescimento do risco de 10 vezes mais quando comparados a outros grupos^{9,10}.

De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde Bucal¹¹, no que se refere aos adultos, o CPO-D médio foi de 16,75 na faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,53 na faixa de 65 a 74 anos, com menores índices para o nordeste. Dessa forma, constatou-se similaridade entre as médias do CPO-D da população brasileira e dos indivíduos que estavam internados no hospital que se constituiu campo para coleta de dados desta pesquisa. Amaral *et al.* (2018) em estudo análogo, realizado em hospital público de São Paulo, também detectou CPO-D médio semelhante^{17,9}. E, assim como outro estudo¹², observou-se maior prevalência de “dentes perdidos”, revelando que a atenção a saúde bucal ainda costuma ser mutiladora, e não reabilitadora.

De acordo com a estratificação da Organização Mundial de Saúde, a prevalência de cárie entre os sujeitos estudados é muito alta¹³, em associação com fatores como alimentação rica em sacarose, menor grau de

instrução de higiene pessoal e dificuldade de acesso ao tratamento odontológico. Estudo¹⁴ aponta ainda associações entre prevalência de cárie dentária e falta de saneamento básico e água encanada.

Também foi possível mensurar a associação entre prevalência de dentes cariados e falta de água encanada na amostra deste estudo. Conquanto, sabe-se que a incorporação de compostos fluoretados no abastecimento de água resulta na diminuição da prevalência de cárie e deve, portanto, ser garantida a todos brasileiros, conforme legislação vigente^{15,16}.

O número indivíduos com acesso aos serviços odontológicos tem aumentado no país, tal fato pode ser atribuído a implementação progressiva das equipes de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família (ESF) bem como o programa “Brasil Sorridente”, que instituiu a Política Nacional de Saúde Bucal, garantindo maior interesse e financiamento à saúde bucal^{17,18}. Por outro lado, mesmo com estes avanços, ainda persistem variações dos graus de acesso relacionadas às diferenças demográficas (sexo e idade)^{19,20}, tais como os resultados do presente estudo.

Assim, mulheres ainda ocupam um lugar de maior frequência nas visitas aos serviços de saúde²¹. Resultados apontam associação significativa entre sexo feminino, ida ao dentista, uso do fio dental e frequência da escovação dentária durante o internamento (Tabela 1). Resultados semelhantes são encontrados nos estudos de Pascoaloti *et al.*²². Sob tal ótica Maia *et al.*²³ justifica que o CPO-D está diretamente relacionado com a ida ao dentista, uma vez que, de acordo com o autor, em seu estudo, a probabilidade de perda dentária diminuiu de 65 a 66% quando a visita odontológica ocorria anualmente.

A higienização bucal com escova dental utilizando cerdas macias e dentifrício fluoretado realizada 3 vezes ao dia é

considerada a melhor prática para o controle mecânico do biofilme. Há ainda maior eficácia quando associada ao bochecho por 1 minuto com digluconato de clorexidina a 0,12%. Para os pacientes impossibilitados de realizar bochechos, a higiene pode ser realizada com gaze embebida na mesma solução²⁴. É importante ressaltar que o uso contínuo de clorexidina a 0,12% contribui para o manchamento dos dentes, perda da capacidade gustativa e interferência da flora bacteriana, de modo que seu uso deve ser orientado e controlado pelo CD que atua no hospital²⁵.

Apesar de a maioria dos indivíduos participantes desta pesquisa informaram que realizam higienização bucal durante o internamento, reconhecendo assim a relação desta prática com o estado geral da saúde⁹, muitos negligenciam a adequada frequência de escovação dentária ao dia²⁶, sobretudo entre os acima de 60 anos. Também entre estes há menor ida ao dentista e pior frequência troca de escovas dentais ao ano. Tais fatores podem representar um agravante tanto para recuperação quanto para o sucesso no tratamento pela presença da quantidade dos mais variados microrganismos²⁷.

Resultados similares sobre a prática de higiene oral são encontrados na pesquisa de Macedo *et al.*⁸. Além disso, um estudo²⁸ com amostra pediátrica, revelou resultados análogos, pontuando a desvalorização da higiene bucal durante o período de internação e corroborando para um prognóstico desfavorável do paciente do paciente internado.

Contudo, o paciente deverá ser submetido a orientação e higiene oral adequada ainda que não haja dentes. Sugere-se massagens, objetivando o fortalecimento da gengiva e a higienização das próteses dentárias para remoção de detritos alimentares, que de algum modo podem conferir incômodo ao paciente e abrigo para proliferação de microrganismos.

Pacientes hospitalizados têm maiores

chances de desenvolverem complicações sistêmicas devido à saúde bucal deficiente, tanto quanto a cavidade oral também pode ser comprometida pelas interações medicamentosas e/ou alterações presentes. Por isso há necessidade de protocolos para controle químico e mecânico do biofilme bucal para prevenção de agravos e melhora da condição sistêmica e oral^{5,29}.

A maioria dos hospitais responsabilizam a higiene oral à equipe técnica de enfermagem, sob a orientação de enfermeiros e médicos, porém a falta de conhecimento específico contribui para a deficiente manutenção da saúde bucal²⁵. Logo, essa situação exige a atuação do CD em atividades preventivas, através educação em saúde bucal que se mostra importante, por exemplo, para incorporação da higiene bucal dos pacientes na rotina hospitalar, objetivando a redução do biofilme dental e possíveis infecções da microbiota oral, que pode agravar o quadro clínico e, conseqüentemente, estender a estadia do paciente em UTI^{8,30}.

Achados do presente estudo indicam que há alta prevalência do cálculo dentário, compreendido como resultado da mineralização do biofilme dental. Há associação direta entre presença de biofilme e infecções do trato respiratório em pacientes sob internação hospitalar, visto que, um milímetro cúbico de biofilme contém milhões de bactérias servindo como reservatório de patógenos e podendo causar danos locais ou infecções à distância⁸. Nesse período muitos encontram-se imunossuprimidos e por vezes estão incapazes de realizar a manutenção da saúde bucal, podendo haver surgimento de lesões na mucosa, como: Candidíase, ulcerações, sangramento gengival e o surgimento de outras infecções oportunistas^{8,31}.

Não muito diferente, Amaral *et al.*⁹ evidenciou que os pacientes internados apresentaram necessidade de tratamento odontológico invasivo tais como: exodontia (40,8%), endodontia (23,3%), dor de

origem odontológica (26,2%) e presença de abscesso (7,8%), pontuando a necessidade de intervenção odontológica em pacientes hospitalizados. Estudo mais recente⁸ observou ainda a presença de biofilme dentário (73,3%), cálculo dentário (70,5%) palidez da mucosa (32,4%) e edentulismo parcial (25%) ou total (6,7%), além disso, as alterações orais mais comuns dos pacientes hospitalizados foram: estomatite protética (8,6%), ulcerativa lesão (2,9%) e leucoplasia (2,9%).

No entanto, na amostra do HRA, campo de estudo desta pesquisa, apenas 3,2% apresentaram alterações na mucosa, com hipóteses diagnósticas de: leucoplasia, língua fissurada, candidíase pseudomembranosa, candidíase eritematosa e fibroma. A baixa prevalência de lesões bucais identificadas no presente estudo pode ser resultante do tempo de internação dos pacientes pesquisados ser inferior ao tempo de formação de algumas alterações em mucosa e bolsas periodontais, principalmente profundas³².

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo apontam que a condição de saúde bucal dos pacientes nas enfermarias do HRA é precária com de alto índice de CPO-D, com maior prevalência de “dentes perdidos” e alta frequência de cálculo dental. Contudo, uma baixa prevalência de lesões em mucosa oral, que pode ser justificada pelo baixo período de internação. Os resultados revelam ainda uma desvalorização dos cuidados com a higiene oral durante o período de internação, que pode corroborar para um prognóstico desfavorável, aumentando a estadia do paciente no hospital.

Estudos anteriores^{8,9,30} somado aos resultados da pesquisa realizado no HRA, evidenciam a precariedade da condição de saúde bucal de pacientes internados e, mais uma vez, a necessidade do Cirurgião Dentista concomitantemente a internação, objetivando o intervenção odontológica de através de procedimentos promoção à saúde, prevenção de doenças e tratamentos odontológicos no ambiente hospitalar. Promovendo uma recuperação mais rápida e melhor qualidade de vida ao paciente internado.

Por fim, mensurou-se associação significativa entre o CPO-D e a ida ao dentista, de modo que a inclusão da Odontologia Hospitalar nos serviços de atenção terciária podem promover o primeiro contato de pacientes com o Cirurgião-Dentista e, conseqüentemente, tratamento de saúde bucal, como por exemplo 9,7% (n=24) da amostra deste estudo que nunca teve acesso aos serviços de saúde bucal, embora apresentasse necessidade de tratamento.

O perfil revela as iniquidades sociais existentes que interpõem barreiras de acesso aos serviços odontológicos justificando, em parte, os problemas de saúde bucal encontrados. Ademais, ressalta-se a necessidade da intervenção da odontologia hospitalar, na qual o cirurgião-dentista será responsável pela saúde bucal dos pacientes hospitalizados, atuando em medidas de promoção, prevenção e tratamento, mitigando os impactos do desequilíbrio da microbiota oral que pode ocorrer durante a internação e, assim, promovendo um período de internação com melhor qualidade para o paciente.

REFERÊNCIAS

1. Tunes RS, Tunes U. Odontologia Hospitalar: status atual. *J Dent Pub H.* 2018;9(1):5-7.
2. Fernandes AS, Emilião GBG, Martins ARLA, Souza GCA. Conhecimentos e práticas de saúde bucal por pacientes internados e equipe hospitalar. *Rev Cienc Plur.* 2016;2(3):03-16.
3. Rio de Janeiro. Lei Ordinária nº 6580 de fevereiro de 2013. Dispõe sobre a participação permanente de cirurgiões-dentistas nas atividades de prevenção e controle da infecção hospitalar nos hospitais, casas de saúde, maternidades e estabelecimentos congêneres, que mantenham serviços de assistência médica sob a modalidade de internação, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Disponível em: [http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/f25571cac4a61011032564fe0052c89c/584ea8e60854605883257c1d0058b37b?OpenDocument]. Acesso em: 26 de fev. 2018.
4. Albuquerque DMS, Bedran NR, Queiroz TF, Salomão Neto T, Senna AA. A importância da presença do cirurgião-dentista na equipe multidisciplinar das unidades de tratamento intensivo. *Rev Flum Odon.* 2016;1(45).
5. Macedo MP, Souza LCD, Corrêa RGCF, Lopes FF. Aspects of dental care for patients hospitalized in a medical clinic from a university hospital. *ABCS Health Sci* 2020;45 <https://doi.org/10.7322/abcschs.45.2020.1198>
6. Silva JAS, Pasetti LA, Morais, TMN. Histórico da odontologia em ambiente hospitalar. In: Morais TMN, Silva A. Fundamentos da Odontologia em Ambiente Hospitalar/UTI. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016. p. 1-18.
7. Blum DFC, Silva JAS, Baeder FM, Della Bona A. A atuação da Odontologia em unidades de terapia intensiva no Brasil. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2018;30(3):327-332.
8. Silva CHF, Benedito FCS, Joaquim DC, Lopes KS, Martins Neto RS, Leite ACRM. Odontologia hospitalar: condições bucais e hábitos de higiene oral de pacientes internados. *Braz J Surg Clin Res.* 2019; 26 (1): 06-10.
9. Amaral COF, Belon LMR, Silva EA, Nadai A, Amaral Filho MSP, Straioto FG. The importance of hospital dentistry: oral health status in hospitalized patients. *Rev Gaúch Odontol.* 2018; 66(1): 35-41.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, 2018. p. 298.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Santos LR, Lopes FF, Neves MIR, Alves CMC. Cárie e higiene bucal em pacientes especiais de um hospital psiquiátrico do nordeste brasileiro. *Rev Pesq Saúde.* 2017;18(1): 45-48.
13. Agnelli PB. Variação do índice CPOD do Brasil no período de 1980 a 2010. *Rev Bras Odontol.* 2015;72(1);10-5.
14. Müller IB, Castilhos ED, Camargo MJB, Gonçalves H. Experiência de cárie e utilização do serviço público odontológico por escolares: estudo descritivo em Arroio do Padre, Rio Grande do Sul, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(3):759-770.
15. Ferreira RGLA, Bógus CM, Marques RAA, Menezes LMB, Narvai PC. Fluoretação das águas de abastecimento público no Brasil: o olhar de lideranças de saúde. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(9):1884-1890.
16. Cruz MGB, Narvai PC. Cárie e água fluoretada em dois municípios brasileiros com baixa prevalência da doença. *Rev Saude Publica.* 2018;52:28.
17. Schroeder FMM, Sassi RAM, Meucci RD. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Cienc & Sau Col.* 2020;25(6):2093-2102.
18. Herkrath FJ, Vettore MV, Werneck GL. Contextual and individual factors associated with dental services utilisation by Brazilian adults: A multilevel analysis. *PloS One.* 2018;13(2):e0192771.
19. Bulgareli JV, Faria ET, Cortellazzi KL, Guerra LM, Meneghim MC, Ambrosano GMB, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. *Rev Saúde Públ.* 2018;52(44):1-5.
20. Teixeira AKM, Roncalli AG, Noro LRA. Iniquidades na assistência odontológica ao longo do curso de vida de jovens: um estudo de coorte. *Ciênc & Saú Colet.* 2018;23(1):249-258.
21. Botton A, Cúnico SD, Strey MN. Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudan – Psicol da Saú.* 2017;25(1):67-72.
22. Pascoaloti MIM, Moreira GE, Rosa CF, Fernandes LA, Lima DC. et al. Odontologia hospitalar: desafios, importância, integração e humanização do tratamento. *Rev. Ciênc. Ext.* 2019;15(1):20-35.
23. Maia FBM, Sousa ET, Sampaio FC, Freitas CHSM, Forte FDS. Tooth loss in middle-aged adults with diabetes and hypertension: Social determinants, health perceptions, oral impact on daily performance (OIDP) and treatment need. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2018; 23(2):203-210.
24. Nogueira JWS, Jesus CAC; Higiene bucal no paciente internado em unidade de terapia intensiva: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf.* 2017;19:1-5.
25. Miranda AF. Odontologia Hospitalar: Unidades de Internação, Centro Cirúrgico e Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Ciênc Odont.* 2018;2(2):5-13
26. Lages VA, Moita Neto JM, Mello PMVC, Mendes RF, Prado Júnior RR. O efeito do tempo de internação hospitalar sobre a saúde bucal. *Rev Bras Pesq Saúde.* 2014;16(2):30-38.
27. Pyysalo MJ, Mishra PP, Sundstrom K, Lehtimäki T, Karhunen PJ, Pessi T. Increased tooth brushing frequency is associated with reduced gingival pocket bacterial diversity in patients with intracranial aneurysms. *Perr J.* 2019;7:1-13.
28. Lima MCP, Lobo INR, Leite KVM, Muniz GRL, Steinhauer HC, Maia PRM. Condição de saúde bucal de crianças internadas no Hospital Municipal Infantil de Imperatriz – Maranhão. *Rev Bras Odontol.* 2016;73(1):24-9.
29. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arq. Odontol.* 2014;50(4):154-160.

30. Silva IO, Amaral FR, Cruz PM, Sales TO. A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. Rev Med. 2017;27:1-5.
31. Dutra CESV, Sanchez HF. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2015;18(1):179-188.
32. Steffens JP, Marcantonio RAC. Classificação das Doenças e Condições Periodontais e Peri-implantares 2018: guia Prático e Pontos-Chave. Rev Odontol UNESP. 2018;47(4):189-197.

Recebido em julho de 2020.
Aceito em janeiro de 2021.