

A Odontologia em Programas de Residência Multiprofissional hospitalares no Brasil

Michelle Almeida Silva*; Franklin Delano Soares Forte**

* Mestre em Ciências Odontológicas, Residente Multiprofissional em Saúde Hospitalar com ênfase em Paciente Crítico, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba

** Doutor, Professor do Departamento de Clínica e Odontologia Social, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba

Recebido: 20/08/2020. Aprovado: 12/09/2021.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a presença do cirurgião-dentista (CD) em Programas de Residência Multiprofissional hospitalares (PRMH) do Brasil. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi realizada análise documental de editais de PRMH em saúde, vigentes no ano de 2019, vinculados a hospitais de universidade federais do Brasil, coletando as variáveis macrorregião, áreas de concentração e presença do núcleo profissional Odontologia. A análise constou de correlação de Spearman para associação do índice de desenvolvimento humano, índice de Gini, equipes de saúde bucal, cobertura populacional e cursos de Odontologia e a presença de CDs nos PRMH. Dos 41 PRMH, 5 (12%) encontram-se no Centro-Oeste; 6 (15%) no Norte; 12 (29%) no Sudeste; 14 (34%) no Nordeste, e 4 (10%) no Sul. Das 93 áreas de concentração, 27 (29%) possuem o CD na equipe multiprofissional. As regiões Nordeste (n=26, 27,9%) e Sudeste (n=32,34,4%) apresentam a maior diversidade de áreas de concentração, sendo a presença do CD de 10 (38,4%) e 9 (28,1%), respectivamente, em cada região. A área de concentração mais predominante nos editais é saúde da criança e materno-infantil (n=26, 27,9%), estando o CD presente em 7 (26,9%) delas. O CD encontra-se em muitos programas de residência, embora se perceba a necessidade de ampliação do número de vagas ofertadas.

Descritores: Odontólogo. Residência Hospitalar. Equipe Multiprofissional.

1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos têm sido os desafios. A integralidade do cuidado e o acesso universal são princípios

importantes, embora tenha havido dificuldades em um contexto de necessidade de mudança do modelo fragmentado de atenção à saúde curativista, mecanicista¹. Nessa busca pela

integralidade do cuidado, as equipes de saúde têm sido formadas por diversos núcleos profissionais da saúde, visando o trabalho em equipe multiprofissional na perspectiva da interprofissionalidade e das práticas colaborativas²⁻⁴.

A presença de diferentes áreas profissionais compondo uma equipe multiprofissional tem a proposta de partilhar saberes, fazeres e facilitar a tomada de decisões sobre o processo de cuidado, levando em consideração a interdependência dos saberes, buscando a produção do cuidado em saúde, visando à resolutividade e à integralidade^{5,6}.

As Residências Multiprofissionais em Saúde propostas pelo Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde possuem o intuito de formar profissionais com perfil colaborativo no sistema de saúde, com atuação de maior qualidade. Dessa forma, houve incentivo à mudança de currículos e de modelos pedagógicos voltados à formação de trabalhadores sensíveis a atender às demandas da população a partir de uma visão holística do sujeito^{2,4,7-9}.

Na atenção terciária, as Residências Multiprofissionais visam romper com o modelo e cuidado biologicista, assistencialista e mecanicista da alta complexidade da saúde e proporcionar práticas de cuidado mais resolutivas e abrangentes, a partir de atividades que envolvam a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde do indivíduo¹⁰.

Nesse sentido, a Odontologia Hospitalar é uma das áreas do conhecimento necessárias para o cuidado integral, pois trata de uma prática voltada ao cuidado à saúde bucal, a qual requer a implementação de ações preventivas, educacionais, diagnósticas, terapêuticas e paliativas realizadas em ambiente hospitalar, melhorando a saúde geral dos pacientes hospitalizados, contribuindo diretamente para a sua recuperação¹¹.

Logo, para uma abordagem integral do indivíduo, a saúde bucal não deve estar dissociada da saúde geral, pois o diagnóstico de alterações

buciais, a remoção de focos infecciosos, a prevenção de sangramentos, o tratamento de lesões bucais e outras ações favorecem o prognóstico e o bem-estar do paciente¹¹.

Nessa perspectiva, a presença do cirurgião-dentista (CD) em equipes multiprofissionais é imprescindível, no entanto sua inserção ainda é tímida, sendo o CD visto como necessário exclusivamente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para evitar, principalmente, a pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV)¹².

No entanto, idosos com necessidades especiais, pacientes oncológicos, cardiopatas, grávidas e crianças hospitalizadas nos demais setores dos hospitais podem necessitar da atuação a equipe de Odontologia, pois, durante a hospitalização, o comprometimento do sistema imunológico, a necessidade de utilização de vários fármacos, assim como a debilidade física podem favorecer a ocorrência de alterações orais, as quais podem agravar a condição sistêmica de saúde¹³⁻¹⁷.

Dessa maneira, a saúde bucal está diretamente associada à saúde geral, portanto a presença de um profissional habilitado na área da Odontologia Hospitalar, para prestar assistência adequada, possibilita um menor tempo de internação, menos custos para o hospital, favorece o prognóstico do paciente e agrega aos conhecimentos e estratégias de cuidado pactuados pela equipe multiprofissional^{18,19}.

Não se observou estudo que abordasse a situação atual de capacitação dos CDs em Programas de Residência Multiprofissional hospitalar (PRMH) no Brasil. Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar a presença do cirurgião-dentista nesses programas.

2 MÉTODO

Realizou-se um estudo analítico, quantitativo, transversal, por meio da análise documental, utilizando dados nacionais

secundários e públicos. Os dados foram analisados com base nos programas de residência que estavam em vigor em 2019. O *guideline The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)²⁰ para estudos observacionais foi utilizado para o planejamento da pesquisa e relato dos resultados obtidos. Por se tratar de dados secundários, o estudo dispensa avaliação por Comitê de Ética.

Os dados foram coletados a partir da relação dos programas de PRMH do Ministério da Educação, em parceria com o Ministério da Saúde, aprovados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em 2008, vinculadas aos Hospitais Universitários de cada estado do Brasil e que entraram em vigor em 2010. Desses programas, foram excluídos os programas de residência uniprofissional. Para essa etapa, utilizou-se como fonte a listagem da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=2303-residencia_programassite&Itemid=30192).

As universidades públicas cujos hospitais federais não possuíam PRMH (n=4) e as áreas de concentração uniprofissionais vinculadas a hospitais de universidades federais (n=3) foram excluídas.

Em seguida, foi realizada uma busca dos hospitais públicos ligados às universidades federais de cada Estado do país, no site <http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios?id=13808>. Por último, foi realizada uma busca online dos editais de PRMH em atividade no país referente ao ano de 2019. Como palavras-chave dessa busca, utilizou-se: edital 2019; residência multiprofissional; nome do hospital, respectiva cidade e estado.

Foram coletadas as variáveis índice de desenvolvimento humano (IDH), índice de Gini, cobertura e equipes de saúde bucal, curso de Odontologia por região, áreas de concentração dos

PRMH e presença do núcleo de Odontologia²¹⁻²³.

As áreas de concentração foram agrupadas em: saúde do idoso; saúde da criança/materno-infantil/perinatal/neonatologia; oncologia adulto e pediátrica; saúde da mulher; transplantes e doação de órgãos; pacientes com necessidades especiais (PNE); saúde hospitalar/ alta complexidade/cuidados continuados/multiprofissional em saúde; saúde cardiovascular/ cardiopulmonar; neurologia UTI/paciente crítico/terapia intensiva; saúde funcional/saúde física/neuroreabilitação; traumatologia/urgência e emergência; clínica médica; cirúrgica/saúde do adulto; doenças crônico-degenerativas; e saúde nefro/renal.

Os dados foram analisados por estatísticas descritivas e pelo teste de correlação de Spearman para analisar correlação entre as variáveis: presença de cirurgião-dentista nos PRMH, IDH, índice de Gini, cobertura populacional e equipes de saúde bucal e número de cursos de Odontologia por região, considerando $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

A maioria dos programas de residência vinculados a hospitais federais do Brasil (n=14, 34%) estavam no Nordeste e 12 (29%) na região Sudeste, com os menores percentuais encontrados nas regiões Norte (n=6, 15%), Centro-oeste (n=5, 12%) e Sul (n=4, 10%).

Esses PRMH são caracterizados por áreas de concentração (AC), nas quais os profissionais devem atuar e se especializar. As AC no país estão distribuídas tal como demonstrado na figura 1.

De um total de 93 Áreas de Concentração presentes nos Programas de Residência multiprofissionais hospitalares de todo o país, apenas 27 (29%) possuem CD na equipe multiprofissional. As regiões Nordeste e Sudeste têm a maior diversidade de áreas de concentração (n=26, 27,9% e n=32, 34,4%, respectivamente), no entanto o CD está presente em menos da metade

(n=10, 38,4%) no Nordeste em 9 (28,1%) no Sudeste (tabela 1).

A maior AC dos PRMH corresponde à saúde da criança/saúde materno-infantil (n=26, 27,9%), estando o CD presente em 7 (26,9%); em seguida a AC de terapia intensiva/paciente crítico

(n=13, 13,9%), com o CD presente em 5 (38,4%); a oncologia (n=10, 10,8%), com o CD presente em 5 (50%); saúde do idoso (n= 9, 9,6%), com a presença do CD em apenas uma (11,1%); saúde hospitalar (n=9, 9,6%), com CD presente em 2 (22,2%).

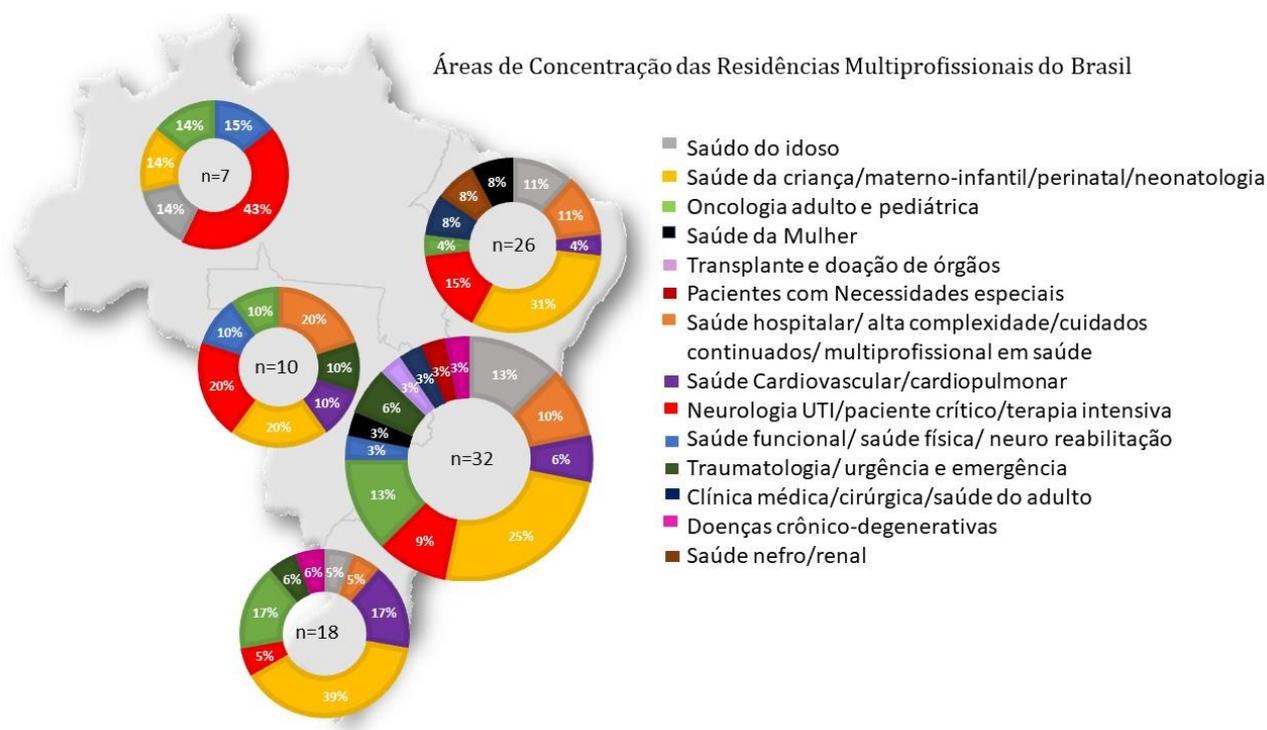


Figura 1. Distribuição das frequências relativas em relação às áreas de concentração dos Programas de Residência Multiprofissional em saúde hospitalar por região brasileira

Tabela 1. Distribuição das frequências absolutas e relativas em relação à presença do cirurgião-dentista nas áreas de concentração dos PRMH por região brasileira

Região	Áreas de concentração	Presença do cirurgião-dentista	
		n	%
Norte	7	1	14,2
Centro-Oeste	10	2	20,0
Nordeste	26	10	38,4
Sudeste	32	9	28,1
Sul	18	5	27,7

Tabela 2. Distribuição das frequências absolutas e relativas em relação à presença do CD nas áreas de concentração dos PRMH do Brasil

Área de Concentração	Brasil	Presença cirurgião-dentista	
	n	n	%
Saúde do idoso	9	1	11,1
Saúde hospitalar	9	2	22,2
Saúde cardiovascular	7	1	14,2
Saúde criança/materno-infantil	26	7	26,9
Paciente crítico/Terapia intensiva	13	5	38,4
Oncologia	10	5	50,0
Clínica Médica e cirúrgica/Saúde adulto	3	2	66,6
Saúde nefro/renal	2	1	50,0
Saúde da mulher	3	0	-
Transplante e doação de órgãos	1	1	100
Traumatologia/Urgência e emergência	4	0	-
Pacientes com NE	1	1	100
Saúde funcional/ saúde física/ neuroreab.	3	0	-
D. crônico-degenerativa	2	1	50,0

Tabela 3. Correlações de Spearman entre programas de Residência e o índice de desenvolvimento humano, índice de Gini, cobertura populacional, equipes de saúde bucal, faculdades de odontologia por região e a presença de cirurgião-dentista nos Programas de Residência Multiprofissionais Hospitalares

Variáveis	Programas de Residência Correlação Spearman	p valor
IDH	0,000	1,000
Índice de Gini	-0,300	0,624
Cursos de Odontologia	0,900	0,037
Cobertura populacional	0,100	0,873
ESB	0,400	0,505

4 DISCUSSÃO

O componente saúde bucal está presente na maioria das equipes multiprofissionais da ESF, na atenção primária, bem como na maioria dos programas de residência de Saúde da Família, pois a presença do CD nesse cenário já é vista como essencial para a integralidade do cuidado na perspectiva da promoção, da prevenção e da recuperação da saúde²⁴.

Em relação à atenção terciária, percebe-se a escassez desse profissional nas equipes

multiprofissionais hospitalares, e essa ausência de oferta de vagas para a Odontologia nos programas de residência na alta complexidade pode estar associada ao imediatismo nos hospitais, o qual muitas vezes fragmenta o sujeito. Além do conhecimento sobre repercussões sistêmicas associadas às más-condições de saúde bucal, é necessário que o CD integrante das equipes multiprofissionais amplie suas competências, habilidades e atitudes, de modo a potencializar a promoção da resolutividade, do conforto e da

qualidade de vida dos pacientes²⁵⁻²⁷.

A maior concentração de CD nos PRMH encontra-se na região Sudeste, onde existe maior oferta de cursos de Odontologia. Nas áreas de concentração tais como oncologia, terapia intensiva, saúde materno-infantil, nas quais já existe uma inserção importante do profissional da Odontologia atuante para contribuir com o trabalho em equipe multiprofissional a partir de práticas colaborativas visando à integralidade do cuidado, há programas sem a presença do profissional da Odontologia na equipe multiprofissional de saúde.

Em relação às áreas de concentração, na Oncologia, o CD está presente em 50% dos programas, no entanto ainda é um número baixo, visto que se sabe que o tratamento do câncer geralmente leva a certas complicações bucais, tais como mucosites, sangramentos gengivais, xerostomia, candidíase, perda do paladar, trismo, entre outros, além de causar efeitos colaterais sistêmicos (leucopenia, anemia e plaquetopenia). Por isso, o cirurgião-dentista deveria participar de todas as equipes de área de concentração, a fim de minimizar as sequelas bucais decorrentes do tratamento²⁸.

A maior oferta de vagas nos programas de residências ocorreu nas áreas de concentração voltadas para a saúde da criança e materno-infantil. Todavia, mesmo sendo conhecido que é fundamental para a saúde da mãe e do bebê o acompanhamento do CD durante o pré-natal de mulheres que apresentam doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *melitus* tipo 2, obesidade, depressão e esquizofrenia, e, embora o dentista seja notado nessa área com um importante papel no manejo das terapias e em medidas educacionais e preventivas, ele está ausente em mais da metade desses programas^{29,30}.

No entanto, apesar da pouca oferta de vaga para CD nessa área de concentração, sua participação nesse eixo ainda é uma das maiores

comparada às demais áreas. Isso pode ser explicado em virtude do histórico das políticas públicas no Brasil, as quais, por muito tempo, mantiveram o foco da atenção à saúde bucal restrito a crianças e a escolares³¹.

Na área de concentração de terapia intensiva, apesar do maior conhecimento existente na literatura sobre os benefícios da presença do cirurgião-dentista nas UTIs, realizando diagnóstico de doenças sistêmicas com repercussões orais, tratamento de focos infecciosos, prevenção da colonização de biofilme dentário patogênico e evitando o agravamento do quadro clínico dos pacientes hospitalizados, a oferta de vaga para cirurgião-dentista, nessa área de concentração, ocorreu em menos da metade³².

Na saúde do idoso, a negligência na Odontogeriatrics está presente desde as políticas públicas, carentes de recursos para suprir a demanda, além da demora na procura ao atendimento associada aos poucos serviços odontológicos oferecidos para essa parcela da população. Assim, o principal serviço oferecido pela Odontologia é a exodontia dos elementos dentários³¹.

Na alta complexidade não é diferente, pois a oferta de vaga para CD em apenas um programa de residência, dentre os nove existentes, demonstra que ainda não foi fortalecido o entendimento de que os idosos hospitalizados possuem um sistema imunológico comprometido, uma debilidade motora, uma complexidade de doenças sistêmicas, sem o adequado acompanhamento de um profissional especializado na área odontológica, podem-se causar sérios agravamentos na condição clínica dos enfermos³³.

Em relação às áreas de concentração de saúde renal e saúde cardiovascular, o CD também não se faz expressivamente presente, mas a assistência odontológica para esses grupos de pacientes é imprescindível, visto que a redução ou a perda da função renal ocasiona complicações,

como a xerostomia, halitose, estomatite urêmica, lesões ósseas e maior formação de cálculo dental. Em relação aos pacientes cardiopatas, a formação de focos infecciosos pode ocasionar diversos impactos negativos na saúde bucal e sistêmica^{34,35}.

Portanto, deve existir maior empenho do Sistema Conselhos de Odontologia, na perspectiva de contribuir com o debate do papel do CD nas equipes multiprofissionais de trabalho em saúde visando à integralidade e à resolutividade dos problemas de saúde^{36,37}.

Além disso, a disciplina/componente curricular em Odontologia Hospitalar deve ser ofertada nos projetos pedagógicos, para que, assim, aspectos relacionados à atenção hospitalar e à saúde bucal sejam discutidos, refletidos, vivenciados, visando ao desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes. Além disso, é um espaço de construção dialógica com outros núcleos profissionais, na perspectiva das práticas colaborativas em saúde, trabalho em equipe e (re)conhecimento do trabalho das outras profissões, procurando alcançar o perfil de um egresso generalista, conforme apontam as Diretrizes Curriculares Nacionais.

Da mesma forma, a habilitação do cirurgião-dentista no âmbito hospitalar deve ser mais fortemente difundida e incentivada, para que o número de profissionais atuantes e capacitados nessa área no país aumente^{37,38}.

Logo, essa área na Odontologia continuará a crescer para que, assim, o CD rompa com a cultura histórica em relação à forma isolada e fragmentada de atuar e torne-se sujeito corresponsável pela saúde integral do indivíduo hospitalizado³⁹. Nessa perspectiva, o CD reconhecer-se como membro na equipe multiprofissional e ser reconhecido como fundamental é um desafio a ser vencido.

Portanto, de forma comprometida, responsável e competente, os profissionais podem compor as equipes, se (re)conhecendo nelas e o papel desempenhado pelos outros profissionais,

contribuindo para a construção de planos terapêuticos e objetivos comuns de uma equipe que visa à demanda do sujeito hospitalizado.

É importante reconhecer as limitações deste estudo. A coleta de dados refere-se ao ano de 2019, de editais publicados em sítios eletrônicos pesquisados, não garantindo que, em anos anteriores, a oferta de vagas não tenha sido feita ou que, no corpo técnico profissional dos hospitais, não existam CD, o que pode interferir na interpretação dos dados.

5 CONCLUSÃO

A oferta de vaga para o CD em PRMH no Brasil ainda precisa ser ampliada, mesmo nas regiões mais desenvolvidas e com maior número de profissionais e de cursos de Odontologia.

ABSTRACT

Dentistry in Hospital Multiprofessional Residency Programs in Brazil

The aim of the study was to evaluate the presence of dental surgeons (DS) in Hospital Multiprofessional Residency Programs (HMRPs) in Brazil. This is an exploratory, descriptive study, with a quantitative approach. Documentary analysis was performed of health HMRPs edicts, in effect during the year of 2019, linked to federal university hospitals in Brazil, collecting the macroregion variables, areas of concentration, and presence of a dentistry professional core. The analysis consisted of Spearman's correlation for the association of the Human Development Index, Gini index, oral health teams, population coverage, and dental courses with the presence of DSs in HMRPs. Of the 41 HMRPs, 5 (12%) are in the Midwest; 6 (15%) in the North; 12 (29%) in the Southeast; 14 (34%) in the Northeast, and 4 (10%) in the South. Of the 93 areas of concentration, 27 (29%) have a DS on the multiprofessional team. The Northeast (n=26, 27.9%) and Southeast (n=32, 34.4%) have the greatest diversity of areas of concentration, with the presence of a DS in 10 (38.4%) and 9 (28.1%), respectively,

in each region. The most predominant area of concentration in the public notices is child and maternal-infant health (n=26, a 27.9%), and the DS is present in 7 (26.9%) of them. The DS is in many residency programs, although it is noticed the need to expand the number of vacancies offered.

Descriptors: Dentist. Hospital Residency. Multiprofessional Team.

REFERÊNCIAS

1. Kalichman AO, Ayres, JR. Integralidade e tecnologias de atenção: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*, 2016; 32(8):1-13.
2. Silva CT, Terra MG, Camponogara S, Kruse MHL, Roso CC, Xavier MS. Permanent health education based on research with professionals of a multidisciplinary residency program: case study. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35(3):49-54.
3. Silva JAM, Pedduzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):16-24.
4. Silva JC, Contim D, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Amaral SEM. Perception of the residents about their performance in the multidisciplinary residency program. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):132-8.
5. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. *Effective interprofessional education: arguments, assumption and evidence*. London: Wiley-Blackwell; 2005.
6. World Health Organization (WHO). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO; 2010.
7. Silva CT, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier MS. Multiprofessional residency as an intercessor for continuing education in health. *Texto Contexto Enferm*. 2016; 25(1):e2760014.
8. Silva CA, Dalbello-Araujo M. Multiprofessional Health Residency Program: what publications show. *Saude Debate*. 2019; 43(123):1240-58.
9. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(1):1325-37.
10. Araújo EJM, Ponte KMP, Araújo LM, Farias MS. Satisfação dos familiares com a humanização da assistência hospitalar. *Sanare*. 2019;18(1):6-11.
11. Santos PSS, Oliveira Filho AS. Dental management of systemically compromised patients. *Int J Clin Dent*. 2012; 5(1):50-55.
12. Gurgel Filho AAG, Duarte Neto FB, Araújo Júnior JL, Santo KS, Gondim DGA, Pita Neto IC, et al. Análise sobre a presença do cirurgião-dentista em Unidades de Terapia Intensiva da região metropolitana do Cariri-CE. *Arch Health Invest*. 2018; 7(7):251-3.
13. Gomes RFT, Castelo EF. Hospital dentistry and the occurrence of pneumonia. *RGO*. 2019;67:e20190016
14. Gualandro DM, Yu PC, Calderaro D, Marques AC, Pinho C, Caramelli B, et al. Diretriz de DM PC AC II Avaliação Perioperatória da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2011; 96(1): 1-68.
15. 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(1):1-5.
16. Souza Junior AM, Figueira DS, Barbosa OLC, Barbosa CCN. Cuidados Odontológicos às crianças hospitalizadas.

- Rev PróUniverSUS. 2018; 9(1):55-60.
17. Joshy G, Arora M, Korda RJ, Chalmers J, Banks E. Is poor oral health a risk marker for incident cardiovascular disease hospitalization and all-cause mortality? Findings from 172 630 participants from the prospective 45 and Up Study. *BMJ Open*. 2016;6(8):e012386.
 18. Souto KCL, Santos DBN, Cavalcanti UDNT. Dental care to the oncological patient in terminality. *Rev Gaúch Odontol*. 2019;67:e20190032
 19. Oliveira RJ, Didier TC, Cavalcanti IDL, Mota CCBO, Faria DLB. Importance of the dentist in the multiprofessional team in the hospital environment. *Rev Bras Odontol*. 2018; 75(1):1-5.
 20. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Bull World Health Organ*. 2007; 85 867-72.
 21. Brasil. Cadastro nacional de cursos e instituições de ensino superior/E-MEC. [homepage]. [Acesso em 25 jun. 2020]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.
 22. SAGE Sala de apoio à gestão estratégica [homepage]. [Acesso em 25 jun. 2020]. Disponível em: <https://sage.saude.gov.br/#>.
 23. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage]. [Acesso em 25 jun. 2020]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.
 24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal Brasília: MS; 2004. [Acesso em 25 jun. 2020]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf.
 25. Araújo Neto JD, Silva ISP, Zanin LE, Andrade AP, Moraes KM. Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019; 29(1):43-50.
 26. Miranda AF, Paula RM, Piau CGB, Costa PP, Bezerra ACB. Oral care practices for patients in intensive care units: a pilot survey. *Indian J Care Med*. 2016; 20(5):267-73.
 27. Marin C, Santos MHN, Bottan ER. Dental surgeons' perceptions of hospital dentistry. *Rev Bras Odontol*. 2017; 74(1):14-7.
 28. Welter AP, Cericato GO, Paranhos LR, Santos TML, Rigo L. Oral complications in hospitalized children during antineoplastic treatment. *J Hum Growth Dev*. 2019; 29(1): 93-101.
 29. Gouvêa NS, Demogalski JT, Pomini MC, Pedroso CM, Weinert MCC, Alves FBT. A atuação do residente em Odontologia Hospitalar neonatal na abordagem multidisciplinar do SUS: relato de experiência. *Rev ABENO*. 2018; 18(4):48-57.
 30. Diniz MLP, Lopes FF, Fortes GC, Pereira AFV, Alves CMC. Hábitos de higiene e saúde bucal de gestantes atendidas em um hospital universitário. *Rev Pesq Saúde*. 2018; 19(2):61-5.
 31. Saldanha KDF, Costa DC, Peres PI, Oliveira MM, Masocatto DC, Gaetti Jardim EC. Odontologia hospitalar: revisão. *Arch Health Invest*. 2015; 4(1):58-68.
 32. Aranega AM, Ponzoni APFDB, Wayama MT, Esteves JC, Garcia Junior IR. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? *Rev Bras Odontol*. 2012; 69(1):90-3.
 33. Rocha AL, Ferreira EF. Odontologia hospitalar: a atuação do cirurgião dentista em equipe multiprofissional na atenção terciária. *Arq Odontol*. 2014; 50(4):154-60.

34. Araújo LF, Branco CMCC, Rodrigues MTB, Cabral GMP, Diniz MB. Manifestações bucais e uso de serviços odontológicos por indivíduos com doença renal crônica. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2016; 70 (1):30-6.
35. Amaral COF, Pereira LC, Guy NA, Amaral Filho MSP, Logar GA, Straioto FG. Saúde bucal de pacientes cardiopatas internados em pré-intervenção de cirurgia cardiovascular. RGO. 2016; 64(4):419-24.
36. Sousa LVS, Pereira AFV, Silva NBS. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Atendimento Hospitalar. Rev Ciênc Saúde. 2014; 16(1):39-45.
37. Martin ASS, Chisini LA; Martelli S, Sartori LRM, Ramos EC, Demarco FF. Distribuição dos cursos de odontologia e de cirurgiões-dentistas no brasil: uma visão do mercado de trabalho. Rev ABENO. 2018;18(1):63-73.
38. Odontologia CFO. Resolução 162. 2015; [Acesso em 22 maio 2020]. Disponível em: <http://cfo.org.br/wpcontent/uploads/2015/12/ResolucaoCFO-162-15.pdf>
39. Spezzia E, Carneiro EM, Trindade LL. Uma análise das políticas públicas voltadas para os serviços de saúde bucal no Brasil. Rev Bras Odontol. 2015; 72(1/2):109-13.

Correspondência para:

Franklin Delano Soares Forte

e-mail: franklinufpb@gmail.com

Departamento de Clínica e Odontologia Social

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal da Paraíba

58.051-900 João Pessoa/PB