

AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DE PACIENTES EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR APÓS INTERVENÇÃO ODONTOLÓGICA EDUCATIVA E PREVENTIVA

Jerlucia Cavalcanti das Neves Melo¹, Talitha Caracciolo Didier²

1. Odontoclínica de Aeronáutica de Recife (OARF), Professora da Faculdade de Odontologia do Recife (FOR), Pernambuco, Brasil.
2. Residência no programa de Câncer e Cuidados Paliativos da ASCES- UNITA, Caruaru, Pernambuco, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a saúde bucal de pacientes internados em hospital militar, antes e após atuação preventiva do Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar. **MÉTODOS:** A coleta de dados de higiene oral e condição bucal do paciente internado antes e após a intervenção odontológica foi realizada através de exame intra-bucal, utilizando o CPO-D para avaliar o índice de cárie dentaria e IHOS como índice de placa. Logo após foi realizada palestra educativa e escovação supervisionada. A reavaliação dos índices se deu em uma segunda etapa, após 48h da coleta. **RESULTADOS:** As comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (45,0%), diabetes Mellitus (22,5%), cardiopatias (25,0%) e doenças renais (20,0%). A avaliação do índice CPO-D dos pacientes, revelou que 1/3 (33,3%) dos pesquisados tinham dentes cariados, 87,5% dentes perdidos e 43,6% dentes obturados. Através do índice IHOS na amostra estudada verificou-se que houve diminuição da presença de placa antes e após a implantação do protocolo. **CONCLUSÃO:** Palestras educativas incentivando o cuidado com a saúde bucal, esclarecendo dúvidas e o acompanhamento pelo Cirurgião-Dentista mostraram-se relevantes na melhora do aspecto bucal dos pacientes, havendo redução na quantidade de placa dental dos pacientes estudados, mesmo sendo pacientes com elevada frequência de experiência de cárie.

Palavras-chave: clorexidina. educação em saúde. odontologia hospitalar. dentista. promoção de Saúde.

INTRODUÇÃO

A importância da higiene bucal para o bem-estar, a prevenção de doenças sistêmicas e a melhor recuperação do paciente hospitalizado

não é algo bem difundido no Brasil. O indivíduo hospitalizado, preocupado mais com a doença atual, motivo pelo qual encontra-se internado, não se atém aos cuidados com sua saúde bucal. Por isso, é de grande importância a inclusão do cirurgião-

dentista à equipe multidisciplinar na realização de atividades curativas, preventivas e educativas para integração no contexto da promoção de saúde bucal e, conseqüentemente, a melhoria do quadro clínico geral do paciente.¹

Segundo Meira et al.,² a incorporação do cirurgião-dentista à equipe hospitalar contribui para o bem-estar e dignidade do paciente, prevenindo infecções, diminuindo o tempo de internação e uso de medicamentos. No entanto, sua inclusão às equipes multidisciplinares hospitalares, principalmente dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), ainda não é uma realidade, sendo negligenciada pela maioria dos hospitais brasileiros.^{3,4}

Às mudanças na concepção tradicional do ambiente hospitalar, somam-se as novas descobertas científicas que comprovam a grande inter-relação entre o cuidado bucal com a condição sistêmica dos pacientes.⁵

A presença de placa bacteriana na boca pode influenciar as terapêuticas médicas, devido aos fatores de virulência dos microrganismos que nela se encontram, os quais podem ser agravados pela presença de outras alterações bucais como doença periodontal, cáries, necrose pulpar, lesões em mucosa, dentes fraturados ou infectados, traumas provocados por próteses fixas ou móveis que podem trazer, para o paciente, repercussão na sua condição sistêmica. Para estas condições serem adequadamente tratadas faz-se necessária a presença de um Cirurgião-Dentista em ambiente hospitalar como suporte do diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na terapêutica médica; seja na atuação em procedimentos emergenciais frente aos traumas, seja em procedimentos preventivos, no agravamento da condição sistêmica ou no surgimento de uma infecção

hospitalar. O cirurgião-dentista deve ainda realizar procedimentos curativos e restauradores na adequação do meio bucal e promover maior conforto ao paciente.⁶

O Cirurgião-Dentista deve estar presente nos hospitais e deve estar preparado para o atendimento odontológico, em condições específicas e diferenciadas do cotidiano do consultório.⁷

Os procedimentos realizados em âmbito hospitalar exigem o trabalho em equipe multidisciplinar, fato que fez com que a Odontologia tivesse espaço nesse ambiente de trabalho. A responsabilidade destes procedimentos é compartilhada entre médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, cirurgiões-dentistas e toda equipe assistente.⁸

Diante dessa problemática, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o impacto da introdução do Cirurgião-Dentista (CD) na área hospitalar, implantando um protocolo de higiene bucal desenvolvido de forma a educar e conscientizar os pacientes internados em enfermaria de um hospital militar, sobre a saúde bucal e a importância de sua manutenção para o bem-estar geral.

METODOS

A população do estudo foi constituída por 53 pacientes maiores de 18 (dezoito) anos internados na Enfermaria do Hospital de Aeronáutica de Recife (HARF), de ambos os gêneros.

A amostra foi constituída por 40 pacientes estáveis internados, independentemente da causa de internação, impossibilitados ou não do auto-cuidado, que aceitaram participar, ou cujo responsável legal aceitou sua participação, após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido.

Foram excluídos da pesquisa pacientes que se negaram a participar da mesma em qualquer tempo, inconscientes cujo responsável legal não consentiu com a sua participação e pacientes menores de idade, perfazendo um total de 13 pacientes.

Trata-se de um estudo experimental clínico, de desenho prospectivo, controlado.

Os dados epidemiológicos e do estado geral de saúde do paciente foram coletados através de perguntas feitas diretamente ao paciente ou responsável presentes na enfermaria, e através de exame clínico intra-oral, e foram anotados em ficha padronizada elaborada pela pesquisadora.

Em seguida foram empregados os protocolos educativo e de higiene bucal, constituídos de uma palestra padronizada apresentada com o auxílio *tablet* mostrando 8 projeções compostas de textos e figuras informativas, elaborada pela pesquisadora, abordando os temas, cárie, doenças periodontais, correta forma de higienização bucal, a importância da atuação do Cirurgião-Dentista no ambiente hospitalar.

Após a palestra sobre higiene bucal foi realizada a coleta de dados dos índices CPO-D E IHOS, ressaltando que o índice IHOS foi novamente coletado 48h após a primeira coleta, avaliando o impacto da palestra na melhora nos hábitos de higienização. O material utilizado para este índice foi evidenciador de placa a base de fucsina básica, que confere um contraste entre a cor dos dentes e a placa, facilitando a localização, higienização e compreensão do paciente sobre sua natureza.

Foram realizados exames intra-buciais iniciais nos 40 pacientes participantes da pesquisa obtendo dados para CPO-D e IHOS iniciais, antes da palestra educativa.

Após 48h da palestra educativa

foi realizado novo exame bucal em 13 pacientes. A perda amostral para o segundo exame se justifica por 10 pacientes desdentados totais, nos quais não foi possível realização do IHOS, à alta hospitalar de 9 pacientes e 5 pacientes impossibilitados de responder por estarem dormindo ou em cirurgia.

Os resultados foram expressos através das medidas estatísticas: frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as estatísticas: média, desvio, mediana e amplitude interquartílica para as variáveis numéricas. Na comparação entre as duas avaliações para a variável IHOS foi utilizado o teste de Wilcoxon para dados pareados.

A verificação da hipótese de variâncias foi realizada através do teste F de Levene e a hipótese de normalidade através de Shapiro-Wilk.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.

RESULTADOS

A idade dos pacientes analisados variou de 23 a 102 anos, teve média de 66,43 anos, desvio padrão de 19,03 anos e mediana teve valor 69,00 anos.

Dos resultados contidos na Tabela 1 se destaca que as comorbidades mais frequentes foram: hipertensão arterial (45,0%), diabetes Mellitus (22,5%), cardiopatias (25,0%) e doenças renais (20,0%).

Há muito se suspeita da relação de doenças bucais e sistêmicas sendo as primeiras citações científicas desta relação datada em 2.100 a.C. Desde então, muito se tem estudado e

inúmeras pesquisas vêm se desenvolvendo com os resultados evidenciando cada vez mais esta possível relação. Indicando que problemas bucais, especialmente a doença periodontal, podem atuar como foco de disseminação de microrganismos patogênicos com efeito metastático sistêmico, especialmente em pessoas com a saúde comprometida, havendo correlação da saúde ou doença bucal e doenças cardíacas, diabetes, pneumonias, aterosclerose, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias,

doença de Alzheimer e doença renal crônica^{4,5,9,10,11}. Apesar do longo caminho que as pesquisas têm para percorrer, esta nova compreensão da periodontia já permite integrar a periodontopatia ao elenco de causas relacionadas a doenças capazes de levar o paciente ao óbito⁴. Nesse estudo as comorbidades mais presentes nos pacientes foram, a hipertensão arterial, cardiopatias e diabetes, configurando um panorama de doenças crônicas bastante relacionadas com a doença periodontal.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados relacionados a ocorrência de comorbidades

Variável	Sim		Não	
	N	% ⁽¹⁾	n	% ⁽¹⁾
• Cardiopatias	10	25,0	30	75,0
• HAS	18	45,0	22	55,0
• Tuberculose	-	-	40	100,0
• DM	9	22,5	31	77,5
• Hepatites	-	-	40	100,0
• Artrite	3	7,5	37	92,5
• Pneumonia	4	10,0	36	90,0
• Renais	8	20,0	32	80,0
• Asma	1	2,5	39	97,5
• Hematológico	-	-	40	100,0
• Intestinal	-	-	40	100,0

(1): Os valores percentuais foram obtidos do número total de 40 pacientes analisados.

No meio hospitalar, é comum que os pacientes apresentem dificuldade ou mesmo encontrem-se impossibilitados de realizar o autocuidado bucal, essa impossibilidade do autocuidado favorece a precariedade da higienização bucal, acarretando o

desequilíbrio da microbiota residente, com conseqüente aumento da possibilidade de aquisição de diversas doenças infecciosas comprometendo a saúde integral do paciente.^{4,12} Os achados do presente estudo revelaram que um considerável percentual de

pacientes internados na enfermaria do Hospital de Aeronáutica de Recife, encontrava-se impossibilitado do autocuidado bucal, sendo submetido aos cuidados de seus acompanhantes. Esse fato chama a atenção para a importância da presença do cirurgião-dentista, realizando orientação, tanto ao paciente, quanto ao seu cuidador, para que a higiene bucal seja completa e eficiente, auxiliando no cuidado integral do paciente.

No presente estudo, observou-se que a maioria dos pacientes participantes da pesquisa possuíam autonomia para realizar a própria higiene oral, sendo que apenas metade

da amostra realizava uma higiene oral três vezes ao dia, o que é considerado satisfatório do ponto de vista de frequência de escovação. Em relação ao material de higiene oral utilizado pelos pacientes, a maioria possuía apenas escova e creme dental, e apenas um quarto da amostra possuía fio dental e enxaguatório bucal. Tais achados confirmam a importância da inclusão do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar realizando atividades educativas preventivas e promovendo, desta forma, saúde ao paciente, concordando com as indicações de ^{1,4,12}.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados relacionados à higiene bucal e avaliação dos tecidos periodontais e dentários

Variável	n	%
TOTAL	40	100,0
• Ocorrência de acompanhamento voltado para a saúde bucal durante a internação		
Sim	2	5,0
Não	38	95,0
• Quem realiza a higiene no paciente?		
Próprio paciente	29	72,5
Cuidador	11	27,5
• Já possuía material de higiene bucal?		
Sim	38	95,0
Não	2	5,0
• Material utilizado para realizar a higiene:		
Escova	39	97,5
Creme dental	37	92,5
Enxaguatório bucal	7	17,5
Fio dental	10	25,0
• Avaliação dos tecidos periodontais e dentários		
Nível de higiene		
Normal	20	50,0

Regular	15	37,5
Deficiente	5	12,5
Presença de placa	10	25,0
Presença de cálculo dental	15	37,5
Presença de edema	1	2,5
Presença de sangramento espontâneo	1	2,5
Presença de recessão	17	42,5

A Tabela 3 mostra que: exatamente 1/3 (33,3%) dos pesquisados tinham dentes cariados, 87,5% dentes perdidos e 43,6% dentes obturados, sendo que um pesquisado se negou a realizar o exame bucal. Com exceção de um pesquisado os demais tinham experiência de cárie (97,4%). A presença de implante foi registrada em 12,5% e 35,0% utilizava prótese Total dos dentes.

O Cirurgião-Dentista em ambiente

hospitalar deve atuar no diagnóstico das alterações bucais e como coadjuvante na terapêutica médica; seja na atuação em procedimentos emergenciais frente aos traumas, seja em procedimentos preventivos, no agravamento da condição sistêmica ou no surgimento de uma infecção hospitalar. O cirurgião-dentista deve ainda realizar procedimentos curativos e restauradores na adequação do meio bucal e promover maior conforto ao paciente.⁶

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes analisados segundo os dados relacionados a experiência de cárie, implante e uso de prótese.

Variável	n	%
• Cariados		
Sim	13	33,3
Não	26	66,7
• Perdidos		
Sim	34	87,2
Não	5	12,8
• Obturados		
Sim	17	43,6
Não	22	56,4
• Experiência de cárie		
Sim	38	97,4

Não	1	2,6
TOTAL⁽¹⁾	39	100,0
• Implante		
Sim	5	12,5
Não	35	87,5
• Uso de prótese total		
Sim	14	35,0
Não	26	65,0
TOTAL	40	100,0

(1): Um paciente analisado se negou a realizar o exame.

A avaliação do índice CPO-D dos pacientes nesse estudo, revelou que a maioria pertence a média do CPO-D considerado muito alta, em relação aos critérios da OMS. O componente dentes perdidos foi o mais alto, representando quase 87% da média do CPO-D dos pacientes avaliados. Embora o componente de dentes cariados tenha

sido considerado bem baixo, apenas 3,66% da média do CPO-D, chama a atenção a experiência de cárie e perdas dentárias nessa amostra, tendo em vista que trata-se de uma parcela da população que possui acesso a um serviço odontológico específico, de baixo custo e considerado de excelência para os padrões brasileiros.

Tabela 4 – Estatísticas do CPOD

CPOD	Média ± DP	Mediana	Estatísticas		
			Mínimo	Máximo	% da média do CPOD
• Cariados	0,59 ± 1,04	0,00	0,00	4,00	3,66
• Perdidos	14,03 ± 11,00	14,00	0,00	28,00	86,98
• Obturados	1,51 ± 2,52	0,00	0,00	11,00	9,36
• CPOD	16,13 ± 9,57	18,00	0,00	28,00	

A Implantação do protocolo de cuidados bucais na enfermaria do HARF bem como a presença do cirurgião-dentista nesse ambiente, foi de grande importância na redução de placa dental dos pacientes internados,

demonstrada através da redução do índice IHOS na amostra estudada, quando se avaliou a presença de placa antes e após a implantação do protocolo, corroborando com os autores que afirmam a importância da presença

de cirurgiões-dentistas no ambiente hospitalar e o estabelecimento de protocolos de cuidados bucais em ambiente hospitalar.^{1,4,12,13}

Na Tabela 5 se apresentam as

estatísticas do IHOS onde se verifica que a mediana reduziu de 0,33 para 0,20, entretanto sem diferença significativa entre as duas avaliações.

Tabela 5 – Estatísticas do IHOS segundo a avaliação

Estatísticas	IHOS		Valor de p
	Antes	Depois	
Mediana (IQR)	0,33 (0,59)	0,20 (0,50)	p ⁽¹⁾ = 0,209
Mínimo	0,00	0,00	
Máximo	1,80	1,50	

(1): Através do teste Wilcoxon para dados pareados.

DISCUSSÃO

A incorporação do cirurgião-dentista à equipe hospitalar contribui para o bem estar e dignidade do paciente, prevenindo infecções, diminuindo o tempo de internação e uso de medicamentos, várias pesquisas buscam reforçar a idéia dos benefícios da presença de cirurgiões-dentistas nas equipes multiprofissionais hospitalares.^{2,5,14} No entanto, a inclusão desses profissionais às equipes multidisciplinares hospitalares, principalmente dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), ainda não é uma realidade, sendo negligenciada pela maioria dos hospitais brasileiros.^{2,3,4}

Diante da complexidade do ser humano, em especial a do indivíduo hospitalizado, e as demandas exigidas por esses pacientes, torna-se fundamental a integração entre as diferentes categorias profissionais e os vários ramos do conhecimento em busca de atuações articuladas entre os profissionais, na tentativa de fornecer o melhor

atendimento integral ao paciente.^{2,14}

O presente estudo foi realizado concomitantemente à implementação de protocolo de prevenção e cuidados bucais em pacientes internados em enfermaria hospitalar do HARF. A incorporação do cirurgião-dentista à equipe multidisciplinar nesse hospital se deu de maneira a estimular os hábitos saudáveis de prevenção de doenças bucais e contribuiu para o bem-estar dos pacientes internados, sendo muito bem aceita pelos pacientes e demais profissionais da equipe, corroborando com Meira, Oliveira, Ramos;² Mulim⁸ e Aranega et al.¹⁴

No presente estudo, observou-se que a maioria dos pacientes participantes da pesquisa possuíam autonomia para realizar a própria higiene oral, sendo que apenas metade da amostra realizava uma higiene oral três vezes ao dia, o que é considerado satisfatório do ponto de vista de frequência de escovação. Em relação ao material de higiene oral utilizado pelos pacientes, a maioria possuía apenas escova e creme dental, e apenas um quarto da amostra possuía fio dental e

enxaguatório bucal. Tais achados confirmam a importância da inclusão do cirurgião-dentista no ambiente hospitalar realizando atividades educativas preventivas e promovendo, desta forma, saúde ao paciente, concordando com as indicações de Lima et al.,¹ Morais et al.⁴ e Beraldo, Andrade.¹²

O planejamento do presente estudo corroborou com as ideias de Camargo¹⁰ e Antonio,¹⁵ que afirmavam a existência de crescentes evidências de que a promoção de saúde emerge não somente como um conceito, mas como uma estratégia para o desenvolvimento de ações de saúde mais efetivas. Esse conceito fundamentou a elaboração de um protocolo de educação em saúde bucal e prevenção de doenças bucais, sobretudo a cárie e doença periodontal no âmbito de um Hospital Militar. Considerando que a higienização ativa é resultado de diversos fatores, tais como: conhecimento sobre a etiologia, patogenicidade, tratamento, controle das doenças dentárias, motivação, instrução em higiene bucal, destreza manual e utilização de instrumentos adequados, fundamentamos a nossa conduta frente ao paciente hospitalar visando esse objetivo, que consideramos ser adequado aos moldes de educação em saúde oral para o paciente hospitalizado. No presente estudo, a grande maioria dos pacientes não havia recebido orientação do corpo de enfermagem ou dos médicos sobre higiene oral, confirmando os achados de Araujo *et al.*,¹⁶ quando afirmam em seu estudo o desconhecimento das equipes de enfermagem que não receberam formação adequada para realizar procedimentos de cuidados bucais e pouco conheciam a respeito dos métodos de controle de biofilme bucal

No ambiente hospitalar, o paciente internado deve ser monitorado e o Cirurgião-dentista tem o papel fundamental na avaliação da saúde oral

reforçando a idéia de que estas avaliações são essenciais para os cuidados de saúde geral e no atendimento do paciente como um todo, pois diversas manifestações na cavidade oral podem surgir a partir das condições sistêmicas como doenças respiratórias, diabetes, uso de medicamentos como bisfosfonatos (associado a osteonecrose da mandíbula) e AIDS, por outro lado as enfermidades sistêmicas também podem surgir a partir das condições orais, como por exemplo na doença periodontal, devido à grande variedade de espécies bacterianas presentes no biofilme.^{4,5,8,9,10,11}

Os resultados demonstrados nesse estudo, da avaliação dos tecidos periodontais dos pacientes internados em enfermaria, revelaram um elevado percentual de alterações como recessão gengival, cálculo dentário e placa dental. Esses achados corroboram com os autores supracitados no tocante a real necessidade de avaliação bucal por cirurgião-dentista nos pacientes internados, tendo em vista a possibilidade de adoecimento paralelo do paciente, tanto em relação aos tecidos bucais quanto em relação a influência de fatores bucais nos demais órgãos como foi visto nos estudos de diversos autores.^{4,5,8,9,10,11}

CONCLUSÃO

Em relação a condição de saúde bucal, a grande maioria dos pacientes internados demonstrou elevada frequência de experiência de cárie (atualmente obturado ou ainda cariado). Uma parcela considerável da amostra também utilizava prótese total.

Houve redução na quantidade de placa dental nos pacientes estudados após a inserção do Cirurgião-dentista na Unidade de Internação, e início do

protocolo de cuidado com a saúde bucal pela diminuição do IHOS nesse estudo.

Medidas simples como palestras educativas incentivando o cuidado com a saúde bucal, esclarecendo dúvidas e acompanhamento do Cirurgião-Dentista mostraram-se relevantes na melhora do aspecto bucal dos pacientes, diante

nesta Unidade. Isso foi demonstrado disto, o investimento em implementação de protocolos de cuidados com a saúde oral para diminuir riscos de doenças sistêmicas infecciosas é uma medida de grande valia para a recuperação do paciente internado.

ABSTRACT

OBJECTIVE: **METHODS:** Data collection of oral hygiene and oral health of hospitalized patients before and after dental work was performed by intra-oral examination using the DMFT to assess dental caries index and SOHI as plaque index. Shortly thereafter, an educational lecture and supervised brushing washeld. The reevaluation of the indexes occurred in a second stage, after 48 hours of collection. **RESULTS:** The most frequent comorbidities were: hypertension (45.0%), diabetes mellitus (22.5%), heart disease (25.0%) and kidney disease (20.0%). Evaluation of DMFT index of patients, revealed that just one third (33.3%) of respondents had decayed teeth, missing teeth 87.5% and 43.6% filled teeth. Through SOHI index in the sample it was found that here was a decrease of the presence of plaque before and after the implementation of protocolo. **CONCLUSION:** Educational lectures encouraging the care of oral health, answering questions and monitoring the DDS were relevant in Improvement of the buccal aspect of the patients, there being a reduction in the amount of dental plaque in the patients studied, even being patients with high frequency of dental caries experience.

Keyword: chlorhexidine. education. hospital dentistry. dentist. health promotion

REFERÊNCIAS

1. Lima DC, Saliba NA, Garbin AJI, Fernandes LA, Garbin CAS. de et al. A importância a saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. Ciênc. saúde coletiva. 2011. Disponível em:<http://www.redalyc.org/pdf/630/63018473049.pdf>
2. Meira SCR, Oliveira CAS, Ramos IJM. A importância da participação do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional hospitalar. Prêmio SINOG de Odontologia. 2010, p.1-28. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v67n2/a04v67n2.pdf>.
3. Martins MTF. Odontologia Hospitalar Intensiva: Interdisciplinariedade e desafios. Disponível em: <http://www.abraoh.com.br>. Acesso em: 03 out 2013.

4. Morais TMN, Avi AL, Souza PHR, Knobel E, Camargo LFA. A Importância da Atuação Odontológica em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/16.pdf>.
5. Miclos, P.V., Junior, M.F.S., Oliveira C.M.S.C., Oliveira, M.A. Inclusão da Odontologia no cenário hospitalar da região metropolitana de Belo Horizonte, MG. Arq. Odontol. vol.50 no.1 Belo Horizonte Jan./Mar. 2014. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-09392014000100004
6. Rabelo, G.D., Queiroz, C.I., Santos, P.S.S. Atendimento odontológico ao paciente em unidade de terapia intensiva. ArqMedHospFacCiencMed Santa Casa São Paulo,2010. Disponível em: http://www.cemoi.com.br/artigos_cientificos/OI_06.pdf.
7. Gomes, S.F., Esteves, M.C.L. Atuação do cirurgião-dentista na UTI: um novo paradigma. Rev. Bras. Odontol. vol.69 no.1 Rio de Janeiro Jan./Jun. 2012. Disponível em:http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S003472722012000100015&script=sci_arttext
8. Aranega, A.M. Qual a Importância da Odontologia Hospitalar ? Rev. bras. odontol. Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 90-3, jan./jun. 2012. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003472722012000100020
9. Bastos, J.A., Vilela, E.M., Henrique,M.N., Daibert, P.C., Fernandes, L.F.M.C., Paula, D.A.A., Afonso, M.C., Bastos, M.G. Avaliação do conhecimento sobre doença periodontal em uma amostra de nefrologistas e enfermeiros que atuam com doença renal crônica pré-dialítica. J. Bras. Nefrol. vol.33 no.4 São Paulo Oct./Nov./Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n4/07.pdf>.
10. Camargo EC. Odontologia hospitalar é mais do que cirurgia bucomaxilofacial. Jornal do site-odonto. 2005; 8 (98): Disponível em: <http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/e/lainecamargo/artelaineamargo98.htm>.
11. Doro, G.M. et al. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Revista da ABENO. 6(1):49-53.2005.
12. Beraldo, C.C.,Andrade, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. J Bras Pneumol. 2008;34(9):707-714. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n9/v34n9a12.pdf>.
13. Erickson L. Oral healthpromotionandprevention for olderadults. DentClin North Am 1997;41(4):727-50. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9344275>
14. Mulim,N.,Dib,W. Projeto de lei n.º 2.776-B, DE 2008/Projeto de lei n.º 363, de 2011. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=ADE697BEAF7144851AE6AA567350FA0F.node2?codteor=1077018&filenome=Avulso+PL+2776/2008
15. Antomio, A.G. Efeitos Longitudinais de um Programa de Promoção de Saúde Bucal para Escolares após a Suspensão do Componente Educativo. Universidade

Federal do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro, 2004. Disponível em:http://www.odontologia.ufrj.br/odontopediatria/images/docs/teses/2004_antonio_andrea_goncalves.pdf.

16. Araújo RJG, Oliveira LCG, Hanna LMO, Canêa AM, Álvares NCF.

Análise de percepções e ações de cavidades bucais realizados por equipes de enfermagem em unidades de terapia intensiva. Rev BrasTerap Int 2009; 21(1):38-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a06.pdf>.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:

Talitha Caracciolo Didier – Residente do programa de Câncer e Cuidados Paliativos da ASCES- UNITA
Telefone: 81-999131835 E-mail: Talitha.didier@gmail.com