

Odontologia hospitalar: uma análise crítica sobre a inserção do cirurgião dentista na atenção terciária no estado do Rio Grande do Sul, Brasil

Hospital dentistry: a critical analysis of the role of the dental surgeon in tertiary care in the state of Rio Grande do Sul, Brazil

Márcio Neres dos Santos ¹

Patrícia Inês Chaves Severo²

Rodrigo Madril Medeiros³

Felipe Barros Matoso ⁴

Resumo

Objetivo: analisar a inserção do cirurgião dentista na atenção terciária no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** estudo descritivo ecológico, com uso de dados secundários registrados pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde no ano de 2023. A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa também foram coletados os dados do CNES referentes à presença do cirurgião dentista, tipo de vínculo contratual e especialidades ofertadas pelos serviços. Já na segunda etapa os dados coletados foram referentes aos indicadores sociodemográficos dos profissionais com habilitação em odontologia hospitalar utilizando as informações disponibilizadas pelo Sistema WSCFO do Conselho Federal de Odontologia. A análise dos dados foi realizada com o suporte do software TabWin, versão 3.6, e do software estatístico R v. 4.2.3. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva. **Resultados:** apenas 6,11% das instituições são certificadas e consideradas Hospitais de Ensino. A maioria dos estabelecimentos (87,14%) oferece atendimento pelo SUS. Quanto à presença de cirurgiões dentistas nos estabelecimentos, 64,63% dos estabelecimentos relataram tê-los, enquanto 35,37% não possuem esse profissional em sua equipe. Neste estudo, constatamos que uma correlação positiva do cirurgião dentista com o número de leitos de UTI adulto e ao maior porte do hospital. **Conclusão:** observa-se que ainda há necessidade de estruturação da atenção terciária no Estado do Rio Grande do Sul, no que se refere à odontologia hospitalar. Há poucos os cirurgiões dentistas com uma carga horária dedicada exclusivamente ao atendimento hospitalar clínico a beira leito.

Palavras-chave: Equipe Hospitalar de Odontologia. Saúde Bucal. Atenção terciária à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Odontologia em saúde pública.

10.5335/rfo.v27i1.15314

¹ Aluno de graduação em Odontologia, curso de odontologia da Atitus Educação de Porto Alegre. Professor da Escola de Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

² Professora do curso de odontologia da Atitus Educação Porto Alegre.

³ Cirurgião dentista, egresso do curso de odontologia da Atitus Educação de Porto Alegre. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.

⁴ Professor do curso de odontologia da Atitus Educação Porto Alegre.

Introdução

Estabelecer o objetivo do artigo e apresentar as razões para a realização do estudo. Citar somente as referências estritamente pertinentes e não incluir dados ou conclusões do trabalho que está sendo relatado. A hipótese ou objetivo deve ser concisamente apresentada no final desta seção. Extensas revisões de literatura devem ser evitadas e substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, nos quais certos aspectos e revisões já tenham sido apresentados.

Historicamente, a odontologia posicionou-se em um espaço no sistema de saúde, onde majoritariamente atende os pacientes por meio de consultórios e clínicas em procedimentos de baixa e média complexidade. Ainda hoje, poucos cirurgiões dentistas estão inseridos em ambientes hospitalares e poucos serviços terciários de emergência possuem esse profissional.

As primeiras incursões de cirurgiões dentistas em ambiente hospitalar ocorreram em meados do século XIX, nos Estados Unidos da América do Norte (EUA), com a cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (CTBMF), todavia apenas em 1901, a American Dental Association estruturou o primeiro departamento de Odontologia Hospitalar (OH) no estado da Filadélfia.¹⁻⁴ No Brasil, não há precisão de datas quanto ao início das atividades odontológicas em âmbito hospitalar, os primeiros registros são dos anos de 1940, em São Paulo, na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.⁵ Inicialmente, semelhante aos norte-americanos, a presença do profissional se limitava a intervenções na área de CTBMF e a procedimentos que requeriam anestesia geral, como o atendimento a pacientes com necessidades especiais (PNE).⁶

No cenário hospitalar nacional, os cuidados relacionados com a saúde do sistema estomatognático ainda são incipientes e pouco valorizados nos planos assistenciais multiprofissionais. Somado a isso, existe uma morosidade nos processos de regulamentação dessas práticas neste ambiente. Essa realidade tem sido modificada nos últimos anos por iniciativas isoladas e outras articuladas através de associações, entidades de classe e departamentos multidisciplinares para a proposição de legislações específicas, diretrizes e outros documentos que visam legitimar a OH.⁷

No ano de 2004, na cidade de Porto Alegre/RS, foi constituída a primeira associação profissional no país, documentada através de estatuto social, sem fins econômicos, de caráter científico, cultural e social, destinada a congregar cirurgiões dentistas que atuavam em ambiente hospitalar, surge a Associação Brasileira de Odontologia Hospitalar (ABRAOH).⁸ Posteriormente surgiram outras entidades, comissões e departamentos que tinham objetivos próximos aos da ABRAOH, tendo como exemplo a Comissão de Odontologia Hospitalar Sociedade Brasileira de Estomatologia - SOBEP (2010), o Departamento de Odontologia da Associação Brasileira de Medicina Intensiva - AMIB (2010) e, o Colégio Brasileiro de Odontologia Hospitalar e Intensiva - CBROHI (2013).

A OH é composta pelo campo das ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas de doenças orofaciais, manifestações bucais de origem sistêmicas ou de sequelas de seus respectivos

tratamentos, em pacientes em ambiente hospitalar (hospitalizados ou no âmbito ambulatorial) e, até mesmo na assistência domiciliar, inseridos no contexto de atuação da equipe multiprofissional, visando à manutenção da saúde bucal e à melhoria da qualidade de vida.⁹

Em setembro de 2023 foi aprovada em assembleia conjunta entre o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e os Conselhos Regionais de Odontologia (CRO) a especialidade de OH, que até o momento era reconhecida como habilitação profissional. A recente especialidade de OH ainda aguarda regulamentação através de Resolução do CFO. É importante pontuar que o reconhecimento do exercício da OH pelo cirurgião dentista e a habilitação necessária já haviam sido dispostos inicialmente pela Resolução CFO-162/2015 e alterados através da Resolução CFO-203/2019.¹⁰⁻¹¹

Precedente aos atos de regulamentação profissional surgiram algumas legislações relacionadas ao tema, tais como a Portaria GM nº 743 de 22 de dezembro de 2005 que autoriza o cirurgião dentista a emitir laudo de autorização para internação hospitalar; a Portaria GM nº 1.032, de 5 de maio de 2010 que inseriu o procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS); a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que determina que toda unidade de terapia intensiva (UTI) deve garantir a assistência odontológica à beira do leito e; a Nota Técnica da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/MS) nº 01/2014 que estabelece que todos os procedimentos odontológicos realizados em âmbito hospitalar poderão ser registrados e informados por meio do Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Somado a esses fatos, foi elaborado o Projeto de Lei 883/2019 que estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e demais unidades hospitalares de internações prolongadas e dá outras providências, ainda em tramitação na Câmara de Deputados.^{7,12}

A OH deve ser entendida sob a perspectiva de ser um direito fundamental à saúde, entendendo que existe a imprescindibilidade do cirurgião dentista no ambiente hospitalar, pois já existem evidências sobre a qualificação do cuidado prestado e na redução do tempo de internação, custos, taxas de infecções e riscos assistenciais.^{8,13-16}

Estudo realizado nos EUA demonstrou que 400.000 visitas aos serviços de emergência terciária foram feitas em um ano devido a lesões pulpares e periapicais, sendo que os custos hospitalares foram cerca de 163 milhões de dólares. Além disso, ocorreram 6.000 hospitalizações por causas odontológicas com média de 2,8 dias de internação e incorreram em despesas médias de 14.000 mil dólares cada.¹⁷ Outro estudo, realizado no Brasil, apontou que no estado de Minas Gerais, entre os anos de 2008 a 2017, ocorreram 9.161 internações por causas odontológicas no SUS, sendo a média de diárias de 2,6 dias e o custo médio com a internação foi de 483 dólares cada.¹⁸

Claramente, tanto nos EUA quanto no Brasil, é preocupante os números de doenças que afetam o sistema estomatognático e que levam à utilização de recursos hospitalares.¹⁶⁻¹⁸ No Brasil, o número de hospitalizações por causas odontológicas pode estar subestimado, pois faltam informações epidemiológicas, existem subnotificações e há necessidade da realização de estudos

robustos sobre acesso, hospitalizações e necessidades de recursos pós-alta (medicamentos prescritos, reabilitação, transição do cuidado, etc.).

Um número expressivo de estudos mostra conexões entre doenças bucais e sistêmicas. Essas pesquisas também sinalizam para um aumento crescente de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e ampliação da população idosa no país.¹⁴⁻¹⁸ Essas informações reforçam a posição de que políticas públicas voltadas para a saúde bucal, em especial na área de OH, são essenciais para a gestão em saúde, no fortalecimento do trabalho interprofissional na perspectiva colaborativa, e, também na concepção e/ou revisão dos currículos para áreas de saúde, principalmente na odontologia. Outros estudos demonstram que a inserção e integração do cirurgião dentista na equipe multiprofissional hospitalar potencializam os planos terapêuticos e melhora a gestão clínica.^{2,9,16}

O estabelecimento de equipes de OH não geram custos elevados de implantação e custeio aos serviços de saúde, visto que utilizam o parque tecnológico existente e são poucas as necessidades de recursos específicos.^{2,16} De acordo com uma pesquisa realizada nos EUA, poucos hospitais têm dentistas e recursos odontológicos disponíveis para permitir o atendimento adequado. Além disso, foi apontado que apenas 67% das visitas às emergências por problemas odontológicos tiveram condutas adequadas e, cerca de metade destas consultas foram geridas com prescrições médicas e os pacientes seguiram com a necessidade de consultar com um cirurgião dentista em outro local.¹⁷

Nesse contexto, é evidente que os cuidados com o sistema estomatognático não se restringem somente às estruturas dentárias. Frequentemente, os pacientes hospitalizados não possuem higienização bucal adequada, além de outros cuidados. Não se pode ser reducionista ao ponto de entender que isso ocorre apenas por uma possível falta de conhecimento das técnicas preconizadas pelos profissionais não cirurgiões dentistas.¹⁹ Essa discussão deve ser complexificada, ampliada e considerar as técnicas preconizadas versus as técnicas específicas, que se tornam, em algumas situações, mais efetivas. A OH é, sem dúvidas, fundamental para a otimização das práticas, da produtividade e para a melhoria dos resultados obtidos alicerçados nas diretrizes da segurança dos pacientes.

Percebe-se que há um número razoável de estudos que reforçam a necessidade da OH.^{1-4,8,16} Entretanto, ainda são poucos os que abordam a inserção profissional no âmbito hospitalar. Nesse sentido, este estudo poderá servir de subsídio inicial para nortear a organização da rede de saúde e de seus equipamentos e, também a gestão dos seus recursos humanos. O presente estudo teve como objetivo analisar a inserção do cirurgião dentista na atenção terciária no estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Materiais e método

Caracteriza-se como um estudo descritivo ecológico, com uso de dados secundários, oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Sistema WSCFO do Conselho Federal de Odontologia.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. Sendo que na primeira etapa foram coletados dados secundários relativos à distribuição e características dos estabelecimentos de saúde na atenção terciária do Estado do Rio Grande do Sul, contidos no banco de dados do CNES, referente ao ano de 2023. Foram utilizando os seguintes filtros: assistência à saúde; tipos de estabelecimento; escolha do estado. Os dados coletados foram referentes a natureza jurídica da instituição, tipo de estabelecimento, atividade de ensino, atendimento pelo SUS, complexidade, número de leitos e o número de leitos de UTI.

Na primeira etapa também foram coletados os dados do CNES referentes à presença do cirurgião dentista, tipo de vínculo contratual e especialidades ofertadas pelos serviços. Já na segunda etapa os dados coletados foram referentes aos indicadores sociodemográficos dos profissionais com habilitação em OH (número de habilitados e a distribuição no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil) utilizando as informações disponibilizadas pelo Sistema WSCFO do Conselho Federal de Odontologia.

Foi utilizado o suporte do software TabWin, versão 3.6 para análise inicial dos dados. Depois foram importados para o Microsoft Office Excel 2018 e realizada a categorização do porte das instituições, especialidades odontológicas ofertadas, carga horária em assistência hospitalar e ambulatorial, distribuição hospitalar/profissionais por coordenações regionais de saúde do estado de acordo com os dados coletados. Os dados foram analisados por meio de análise descritiva, sendo representados por número de observações e percentual, ou ainda pela média $\pm$ desvio padrão. Além disso, uma análise de correlação de Pearson foi aplicada para testar a relação entre o número de leitos, leitos de UTI adulto e cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial com o número de cirurgias dentistas nos hospitais. Todas as análises foram realizadas com auxílio do software estatístico R v. 4.2.3.20 Os valores de correlação foram interpretados com base nos critérios estabelecidos por Schober et al.²¹, onde a correlação pode ser insignificante (0,00-0,10), fraca (0,10–0,39), moderada (0,40–0,69), forte (0,70–0,89) ou muito forte (0,90-1,00).

Resultados

Os resultados apresentados na Tabela 1 revelam informações cruciais sobre a distribuição e características dos estabelecimentos de saúde no Rio Grande do Sul, bem como a presença de cirurgias dentistas nestas unidades de saúde. Esses dados são fundamentais para compreendermos a inserção do cirurgião dentista na atenção terciária do Estado. Em relação à natureza jurídica dos estabelecimentos, a maioria, cerca de 90,03%, é de caráter privado, enquanto

os estabelecimentos públicos representam 9,97% do total. Isso sugere uma predominância da iniciativa privada na oferta de serviços de saúde.

Tabela 1. Proporção dos estabelecimentos em função da natureza jurídica, tipo de estabelecimento, atividade de ensino, atendimento SUS, complexidade e porte do hospital.

Parâmetro	Níveis	n	%
Natureza jurídica	Privado	280	90,03
	Público	31	9,97
Tipo de estabelecimento	Hospitais especializados	20	6,43
	Hospitais gerais	291	93,57
Atividade de Ensino	Não	292	93,89
	Sim	19	6,11
Atendimento SUS	Não	40	12,86
	Sim	271	87,14
Complexidade	Alta	98	31,51
	Média	213	68,49
Porte do hospital	1 (até 50 leitos)	119	38,26
	2 (51 a 100 leitos)	140	45,02
	3 (101 a 200 leitos)	47	15,11
	4 (201 ou mais leitos)	5	1,61
Cirurgião dentista	Sim	201	64,63
	Não	110	35,37

n = 311.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2023.

Quando analisamos o tipo de estabelecimento, observamos que a grande maioria, correspondendo a 93,57%, é composta por hospitais gerais (HG), enquanto hospitais especializados (HE) representam apenas 6,43% do total. Isso indica que os hospitais gerais desempenham um papel mais significativo na região e consequentemente na inserção do cirurgião dentista. No que se refere à atividade de ensino, a maioria dos estabelecimentos, 93,89%, não são certificados conforme o estabelecido na legislação do Programa de Certificação de Hospitais de Ensino, embora sirvam de campo para a prática de atividades de ensino na área da saúde. Apenas 6,11% são certificados e considerados Hospitais de Ensino. Isso pode ter implicações para a formação de profissionais de saúde na região, sobretudo do cirurgião dentista.

No que diz respeito ao atendimento Sistema Único de Saúde (SUS), a maioria dos estabelecimentos (87,14%) oferece atendimento pelo SUS, indicando uma relevância significativa desse sistema na assistência à saúde no Estado.

A complexidade dos estabelecimentos de saúde é outro fator importante a considerar. Cerca de 68,49% dos estabelecimentos são de complexidade média, enquanto 31,51% são de alta complexidade. Isso sugere uma distribuição relativamente equilibrada entre os diferentes níveis de complexidade. No que tange ao porte dos hospitais, a maioria dos estabelecimentos tem entre 51 e 100 leitos (45,02%), seguidos por aqueles com até 50 leitos (38,26%). Hospitais com 101 a 200 leitos representam 15,11%, e apenas 1,61% têm 201 ou mais leitos. Essa distribuição indica uma predominância de hospitais de médio porte no Estado do Rio Grande do Sul.

Por fim, em relação à presença de cirurgiões dentistas nos estabelecimentos, 64,63% dos estabelecimentos relataram tê-los, enquanto 35,37% não possuem esse profissional em sua equipe (Tabela 1). A Tabela 2 apresenta informações detalhadas sobre o número de leitos, leitos de UTI adulto, especialistas em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e para portadores de necessidades especiais em hospitais, com base na presença ou ausência de cirurgião dentista nas instituições de saúde.

Tabela 2. Número de leitos, leitos de UTI adulto, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e especialistas para portadores de necessidades especiais em função da presença de cirurgião dentista nos hospitais.

Parâmetros	Presença de cirurgião dentista	
	Não	Sim
Número de leitos	61,00 ^a ± 48,20 ^b (40,53% ^c)	163,58 ± 168,78 (59,47%)
Leitos de UTI adulto	2,48 ± 7,67 (22,23%)	15,84 ± 18,51 (77,77%)
Cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial	0,01 ± 0,10 (0,42%)	4,26 ± 7,12 (99,58%)
Portadores de necessidades especiais	0,00 ± 0,00 (0,00%)	0,10 ± 0,36 (100,00%)

^aMédia; ^bDesvio padrão; ^cpercentual em relação ao total (n = 311); ^despecialista.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); 2023.

Quando observamos o número médio de leitos em hospitais sem cirurgião dentista, encontramos uma média de 61,00 leitos. Isso representa aproximadamente 40,53% do total de leitos registrados para hospitais nessa categoria. Por outro lado, hospitais com cirurgiões dentistas possuem uma média significativamente maior de leitos (163,58), representando 59,47% do total de leitos.

A presença de cirurgiões dentistas parece ter uma associação direta com o número de leitos de UTI adulto. Em hospitais sem cirurgião dentista, a média é de apenas 2,48 leitos de UTI adulto, representando 22,23% do total. Em contraste, hospitais com cirurgiões dentistas apresentam uma média substancialmente maior de 15,84 leitos de UTI adulto, o que equivale a 77,77% do total.

A presença de cirurgiões dentistas também está associada a uma diferença significativa na disponibilidade de serviços de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial. Em hospitais sem cirurgião dentista, a média é extremamente baixa, cerca de 0,01, representando apenas 0,42% do total de procedimentos nessa categoria. Por outro lado, hospitais com cirurgiões dentistas possuem uma média de 4,26 em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, o que representa uma parcela significativa de 99,58% do total.

Quanto ao atendimento a portadores de necessidades especiais, apenas hospitais com cirurgiões dentistas relatam uma média de 0,10, o que representa 100,00% do atendimento nessa categoria. Hospitais sem cirurgião dentista não têm média registrada nessa categoria. Esses dados indicam que a presença de cirurgiões dentistas em hospitais está associada não apenas a uma maior oferta de leitos e leitos de UTI adulto, mas também a uma maior disponibilidade de serviços

especializados, como cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, e atendimento a portadores de necessidades especiais. Essas informações podem ser valiosas para avaliar a qualidade e a abrangência dos serviços de saúde em relação à odontologia em hospitais.

Foi registrado uma correlação positiva moderada ($r = 0,6311$) entre o número de cirurgões dentistas nos hospitais e o número de leitos disponíveis (Figura 2A). Isso sugere que à medida que o número de cirurgões dentistas aumenta nos hospitais, também tende a aumentar o número de leitos. Além disso, há uma correlação positiva moderada ($r = 0,6295$) semelhante entre o número de cirurgões dentistas nos hospitais e o número de leitos de UTI adulto (Figura 2B). Isso indica que a presença de cirurgões dentistas nos hospitais também está associada a uma maior disponibilidade de leitos de UTI adulto.

A correlação entre o número de cirurgões dentistas nos hospitais e o número de procedimentos de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (Figura 2C) é significativamente mais alta ($r = 0,8810$). Isso aponta para uma correlação positiva forte, sugerindo que a presença de cirurgões dentistas está fortemente relacionada a um aumento nos procedimentos de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial.

Esses resultados demonstram a influência positiva da presença de cirurgões dentistas nos hospitais em relação à disponibilidade de leitos, leitos de UTI adulto e serviços especializados em cirurgia bucomaxilofacial. Essa correlação positiva pode ter implicações significativas na prestação de serviços de saúde, destacando a importância da integração da odontologia nos hospitais para atender às necessidades gerais de saúde dos pacientes.

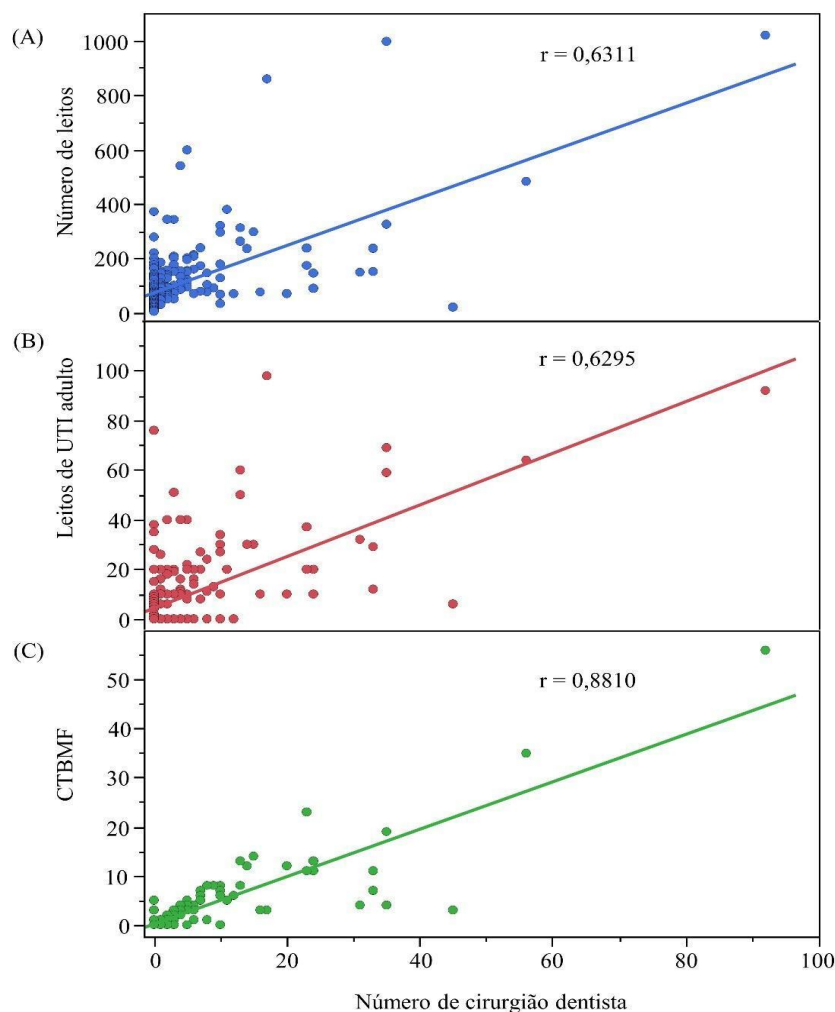


Figura 2. Correlação de Pearson (r) para o número de leitos (A), leitos de UTI adulto (B) e cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial (C) com o número de cirurgião dentista nos hospitais.
Fonte: Dados da pesquisa; 2023.

Tabela 3. Número de Cirurgiões Dentistas, especialistas e habilitados com registro ativo e a população do Brasil e do Rio Grande do Sul.

Parâmetros	Brasil	Rio Grande do Sul
População	203.062.512	10.880.506
Número de Cirurgiões Dentistas com registro ativo	402.412	21.986
Número de habitantes por Cirurgiões Dentistas	504,6	494,8
Número de Cirurgiões Dentistas especialistas com registro ativo	134.825	9.121
Número de Cirurgiões Dentistas com registro ativo habilitados em odontologia hospitalar	2.495	95

Fonte: Conselho Federal de Odontologia, Sistema WSCFO; 2023.

Os resultados apresentados na Tabela 3 demonstram informações sobre o número de Cirurgiões Dentistas com registro ativo, especialistas e habilitados em OH e o número de habitantes por profissional. A Portaria GM/MS nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, recomendava 1 profissional por 1.500 a 5.000 habitantes. Segundo o CFO, a proporção de 1 cirurgião dentista para cada 2.000

habitantes era considerada adequada. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda 1 cirurgião dentista para cada 1.500 habitantes.^{22,23} Esses dados apontam que no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul há um número superavitário de profissionais. Por outro lado, há uma predominância de profissionais com registro ativo sem especialização, 66% no Brasil e no Rio Grande do Sul 59%. Os profissionais habilitados representam apenas 0,62% no Brasil, e no Rio Grande do Sul 0,43% daqueles com registro ativo no CFO.

Discussão

O estado do Rio Grande do Sul, contava em junho de 2023 com 311 estabelecimentos hospitalares distribuídos por 226 dos 497 municípios. Nessa data havia 20 Hospitais Especializados, 291 Hospitais Gerais, segundo o CNES do DATASUS.²⁴ Os estabelecimentos hospitalares estão mais concentrados nos municípios mais populosos, tais como Porto Alegre, Caxias do Sul, Pelotas, Passo Fundo e Santa Maria. Os parâmetros de cobertura hospitalar fazem parte das ações programáticas do Ministério da Saúde, sendo recomendada a oferta de 3 a 4 leitos/1.000 habitantes.²⁵ O Rio Grande do Sul está entre os cinco estados com maior cobertura, com 2,58 leitos/1000 habitantes em junho de 2023.²⁴ Além disso, do total de leitos hospitalares do estado, cerca de 87% correspondiam a leitos disponíveis pelo SUS.

Esse trabalho verificou que a rede hospitalar no Rio Grande do Sul não atinge as parametrizações propostas pelo governo federal e que mantém uma forte contratualização de serviços com a iniciativa privada (90,3% dos hospitais), principalmente com as instituições de caráter filantrópico, para a estruturação e manutenção dos atendimentos dos pacientes do SUS. Esses dados são semelhantes a outro estudo conduzido no estado de São Paulo que apontou a maioria dos hospitais paulistas como privados (87,4%) e 66,3% de gestão municipal, sendo que apenas 17% atendem exclusivamente ao SUS.²⁶ Dessa forma, a iniciativa privada, aqui representada pelos hospitais filantrópicos, assumem um papel estratégico, tornando o SUS extremamente dependente dos mesmos, já que são os únicos prestadores de serviços hospitalares na maior parte de municípios de pequeno porte, e também como prestadores de serviços de maior complexidade hospitalar em capitais e cidades de maior porte.^{26,27}

Outro estudo que avaliou a terceirização de serviços hospitalares revisou 300 contratos de gestão de governos municipais e estaduais e, em nenhum contrato constava a exigência de princípios constitucionais e de diretrizes organizativas do SUS, só constava a necessidade de produção de procedimentos clínicos.²⁸ É importante pontuar que quando o governo delega suas responsabilidades como autoridade sanitária para agentes terceirizados, ele abre mão de fazer a gestão da saúde focada na redução da desigualdade social e na acessibilidade. Os prestadores trabalham na lógica da produção e não investem em prevenção e pode trazer consequências graves do ponto de vista epidemiológico no médio e longo prazo.^{27,28}

Somado a isso, os resultados deste estudo apontam para a precarização nos vínculos de trabalho, visto que cerca de 75% dos profissionais não possuem vínculo formal de trabalho. Esses

fatores podem estar intimamente interligados com a inserção e valorização do cirurgião dentista em ambiente hospitalar, pois estes estão além da realização do diagnóstico e tratamento de pacientes que desenvolveram alguma doença bucal decorrida da internação. A OH é responsável pela promoção de medidas de prevenção em saúde bucal para evitar o surgimento de novas doenças ou o agravamento de alguma já existente, que pode contribuir com a piora do quadro clínico. Embora o cenário esteja se modificando, os hospitais ainda trazem marcas do modelo biomédico e de práticas distantes de modelos interprofissionais e colaborativas. Infelizmente, atividades de promoção e prevenção a doenças nem sempre são entendidas como indicadores de produtividade na atenção terciária hospitalar.²⁹

Outro apontamento do nosso estudo é o pequeno número de hospitais de ensino na região. Os dados corroboram com outro estudo que relata a importância dessas instituições para o desenvolvimento do SUS por serem polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, e incorporação de novas tecnologias.²⁶ Os hospitais de ensino são estratégicos para OH, pois a maior parte é campo de prática para estudantes ou neles são desenvolvidos projetos de extensão na área, diferente dos hospitais gerais que tem pouca oferta de ensino para a odontologia. Estudo realizado na região sudeste do Brasil, avaliou 144 universidades, verificou que 46 instituições (31,9%) apresentavam a disciplina de OH, sendo que destas, 38 (82,6%) possuem caráter obrigatório. Apenas 21 (45,6%) possuíam natureza apenas prática e 10 (21,7%) teórico-prática. Quanto a carga horária reservada para a disciplina apresentou uma média de 73,83 horas, sendo a máxima de 176 horas e a mínima de 30 horas.³⁰ Esses resultados sinalizam que a falta de contato dos estudantes de graduação com a OH podem resultar em desinteresse, desvalorização ou desconhecimento da área de atuação.

A atuação da OH ganhou maior evidência frente à relevância do cirurgião dentista no combate à pandemia da COVID-19. A análise da inserção do profissional no nível terciário possibilitou um registro ordenado do perfil do cirurgião dentista nesse ambiente. A partir dos resultados do nosso estudo, pode-se observar que 64,63% dos serviços contavam com cirurgiões dentistas no seu quadro profissional, resultado próximo de outro estudo realizado em São Paulo, que referia que 70% dos hospitais possuíam cirurgiões dentistas.²⁶ É necessário demarcar que o dado referente à presença ou não do profissional pode levar ao entendimento de que a OH já estaria estruturada nos serviços estudados. A avaliação desse dado não pode ser realizada de forma individualizada, pois pode induzir a uma interpretação errônea da OH.

Neste estudo localizamos 952 profissionais vinculados a hospitais, destes 469 (49%) eram cirurgiões bucomaxilofaciais, 299 (31%) clínicos gerais, 11 (1,15%) especialistas em PNE e 173 (19%) de outras especialidades. Essas informações reforçam o perfil da prática odontológica mediada por tecnologias duras e procedimentos sob anestesia geral. Observa-se, também, que pelo menos 60% da carga horária dos especialistas em CTBMF é destinado ao atendimento ambulatorial e que quase 60% possuem uma carga horária inferior a 20 horas semanais. Essas características definem o perfil de um profissional voltado à realização de procedimentos cirúrgicos, pois com

apenas 40% de carga horária, ou seja, com 8 horas das 20h contratadas seria impossível estabelecer rotina diária de visitas numa UTI, por exemplo.

Os clínicos gerais apontados nesse estudo têm características mais próximas a OH, pois dedicam a maior parte da sua carga horária ao atendimento hospitalar (75%) e estão voltados ao diagnóstico, adequação bucal de pacientes internados e atuam integrando-se em programas de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação de saúde em ambiente hospitalar. Os resultados referentes à jornada de trabalho semanal nos convidam a refletir sobre qual seria a carga horária ideal para o profissional desenvolver as atividades de OH, de forma adequada e sistemática e, não apenas responder consultoria, o que não caracterizaria a atuação hospitalar.

Existem, em média, aproximadamente 31 leitos clínico/cirúrgicos (exceto leitos de UTI) para cada cirurgião dentista atuante nos hospitais do Rio Grande do Sul, ao considerar-se exclusivamente o perfil de OH (clínicos gerais), esta relação cresce para aproximadamente 99 leitos para cada profissional, demonstrando ampla defasagem da oferta de serviços. Os leitos de UTI somam 2056 em todo o Estado, sendo que a maior parte (1316 leitos) é do Tipo II, 664 do Tipo III e apenas 76 do Tipo I. Assim como deve ser claro que há diferenças entre a atuação da CTBMF e a OH, também não se deve reduzir a atuação da OH ao ambiente da terapia intensiva. Caso fosse possível concentrar toda a força de trabalho com perfil de OH nas unidades de terapia intensiva, a média de leitos por profissional seria de aproximadamente 6,8 leitos por cirurgião dentista. Porém, isso desassistiria outras áreas da OH como a oncologia, e cardiologia que possuem uma elevada demanda assistencial odontológica.

A maior parte dos pacientes internados na UTI são críticos por sua instabilidade hemodinâmica e risco elevado de morte, possuindo necessidade de cuidado contínuo. Essas unidades possuem baixa rotatividade de pacientes e internações prolongadas. A literatura demonstra que doentes críticos possuem movimentação prejudicada da língua e bochechas, redução do fluxo salivar por uso de medicamentos, aumento de biofilme na cavidade oral e dificuldade de higienização oral pela presença de prótese traqueal que poderá favorecer a resistência aos antimicrobianos.³¹ O cirurgião dentista é o responsável por avaliar as condições do sistema estomatognático do paciente e adequar a cavidade bucal para receber a higiene bucal padrão por outros profissionais de saúde, preferencialmente nas primeiras 24 horas após a admissão na UTI.¹⁹

Outro aspecto levantado por esse estudo refere-se a presença do cirurgião dentista estar associado diretamente com o número de leitos de UTI adulto e ao maior porte do hospital. Isso pode ser devido ao fato de que a legislação garante a assistência odontológica à beira do leito⁷ e a tendência é de que as instituições com maior número de leitos e localizadas em cidades de grande e médio porte cumpram as normativas legais. Por outro lado, a presença de cirurgiões dentistas também está associada a disponibilidade de serviços de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial que não possuem o perfil de atendimento da OH. É importante assinalar que, ainda hoje, muitos gestores, trabalhadores e pacientes entendem que as práticas de OH são da atuação da CTBMF ou que são realizadas apenas nas UTIs. Por essa razão, é necessário superar tais rótulos e procurar incutir o princípio e integralidade na atenção em saúde e que o ambiente hospitalar seja, também,

um espaço para a atuação de equipes multidisciplinares com presença marcante do profissional habilitado em OH.^{26,29}

Já está consolidado na literatura que a atuação da OH não irá sobrepor a CTBMF (especialidade cirúrgica), mesmo porque, no atendimento hospitalar o foco é a clínica (de natureza generalista) de pacientes que apresentam necessidades de cuidados especiais em virtude de sua condição sistêmica.^{26, 29-32} Conforme dados apresentados por este estudo, os profissionais habilitados em OH representam menos de 1% no Brasil, e no Rio Grande do Sul daqueles com registro ativo no CFO. Esses dados sugerem que há fragilidade no acesso e na oferta de cursos de habilitação/especialização em OH no país e isso pode impactar no reconhecimento, inserção e distribuição geográfica desses recursos humanos no país.

A gestão em saúde também pode ser beneficiada com o aumento da presença da OH como apresentado em um análises de custo efetividade conduzido por um grupo de avaliação de tecnologias em saúde do sul do Brasil. Dentre as análises apresentadas há evidências de redução de custos derivada da presença de OH no tratamento de internações oriundas de mucosite, resultando em uma economia de R\$ 4.000.000,00. Em outra análise com dados de UTIs, houve redução de até 46% na incidência de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM), e consequentemente na redução na taxa de permanência e no consumo de antibióticos, redução de cerca de R\$ 3.000,00 por dia, por leito.³³

Nossos resultados estão de acordo com outros estudos ao demonstrar a correlação positiva da presença de cirurgiões dentistas nos hospitais em relação à disponibilidade de leitos, leitos de UTI adulto e serviços de CTBMF. Esse fato pode ter implicações na qualidade dos serviços prestados à população, redução de custos em saúde e na importância do trabalho multiprofissional a partir de práticas colaborativas.^{6,7,1315,17,32,33} Também é importante sinalizar que este estudo sinaliza para uma grande defasagem existente entre oferta e demanda de OH no estado do Rio Grande do Sul. Até o mês de outubro de 2023, somente 95 profissionais estavam habilitados em OH, apenas um curso ativo ofertado no estado e nenhum curso na modalidade residência, que apresentasse as competências apropriadas à OH.

Existem boas perspectivas a partir da aprovação da OH como especialização. Porém, ainda se faz necessário maior integração da saúde bucal em contextos de atuação interdisciplinar.³⁴ As novas Diretrizes Curriculares Nacional para Odontologia já apontam a necessidade de articulação entre os educadores, profissionais, órgãos governamentais, conselhos profissionais para uma reformulação do modelo de ensino de odontologia.³⁵ Os currículos cada vez mais devem proporcionar diferentes ambientes de aprendizagem que incluam o ambiente hospitalar, articulando a Odontologia com as demais profissões.³⁶

Conclusão

A atenção terciária no Estado do Rio Grande do Sul, no que se refere à OH, ainda necessita de estruturação. É possível verificar a necessidade de definir com mais clareza o campo de atuação e responsabilidades de cada especialidade e/ou habilitação que atuam em nível hospitalar. E também, a distribuição dos profissionais precisa ocorrer com maior equidade, visto que ainda são poucos os cirurgiões dentistas com uma carga horária dedicada exclusivamente ao atendimento hospitalar clínico à beira leito. Sugere-se implementação de novos serviços, contratações específicas de dentistas hospitalares para suprir a demanda crescente nos diferentes contextos do ambiente hospitalar.

A partir dos resultados encontrados no estudo, observa-se que há necessidade de revisão das estratégias de inserção e ampliação no ensino da OH, na graduação e na pós-graduação, visando o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes interdisciplinares e colaborativas contribuindo de forma efetiva junto aos serviços de saúde. Além disso, novos estudos epidemiológicos poderão auxiliar nos processos de gestão dos serviços, consequentemente, qualificando a atenção da saúde bucal hospitalar.

Abstract

Objective: To analyze the inclusion of dental surgeons in tertiary care in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. Method: a descriptive ecological study using secondary data recorded by the National Register of Health Establishments in 2023. Data was collected in two stages. In the first stage, data was also collected from the CNES regarding the presence of a dental surgeon, the type of contractual relationship and the specialties offered by the services. In the second stage, data was collected on the sociodemographic indicators of professionals qualified in hospital dentistry using the information provided by the WSCFO System of the Federal Council of Dentistry. The data was analyzed using TabWin software, version 3.6, and R v. 4.2.3 statistical software. The data was analyzed using descriptive analysis. Results: only 6.11% of institutions are certified and considered Teaching Hospitals. The majority of establishments (87.14%) provide care through the SUS. As for the presence of dental surgeons in the establishments, 64.63% of the establishments reported having them, while 35.37% did not have this professional on their team. In this study, we found a positive correlation between the number of adult ICU beds and the size of the hospital. Conclusion: There is still a need to structure tertiary care in the state of Rio Grande do Sul, in terms of hospital dentistry. There are few dental surgeons with a workload dedicated exclusively to bedside clinical hospital care.

Keywords: Hospital dental team. Oral health. Tertiary health care. Evaluation of health services. Public health dentistry.

Referências

1. Barros GBS, IR Gomes, JC da Silva, KD Reis, LC da Silva, SV Prado, TAL Silva. Atuação do cirurgião dentista na diminuição de casos de pneumonia nasocomial. Revista Científica Multidisciplinar [periódicos na Internet]. 2021; 2(7): e27565. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/565>
2. Giangrego E. Dentistry in hospitals: looking to the future. J Am Dent Assoc (Emphasis),1987; 115(4): 545-555.
3. GR Silva, BR Vasconcelos, HM, Aguiar ASW. Saúde bucal de pacientes internados em hospital de emergência. Belo Horizonte, Arq Odontol [periódicos na Internet]. 2012; 48(4): 270-279. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v48n4/a10v48n4.pdf>
4. Roca Lima DC, Saliba NA, Garbin AJI, Fernandes LA, Garbin CAS.. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. Ciência & Saúde Coletiva [periódicos na Internet]. 2011;16(1), 1173-1180. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SyDnQd9ZqSKrN7tkgnBMXRS/>
5. Varellis MLZ. Odontologia Hospitalar. 1ª Ed. Santos; São Paulo, 2018.
6. Rodrigues LCV, Oliveira, FGDF Ramos, TS, de Holanda LAL, Alves DO, da Cruz MMD, da Silva VCR. A Prática odontológica hospitalar na percepção de pacientes oncológicos e de seus acompanhantes assistidos em serviço público de referência, Recife, Pernambuco, Brasil. Research, Society and Development [periódicos na Internet]. 2021;10(10), e419101019050-e419101019050. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19050>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde; Brasília, 2018.
8. Silva GEM, da Rocha Thomsen LP, Lacerda JCT, Botelho SHB, Reis JAC, de Araújo Ferreira RD, Resende RG. Odontologia hospitalar no Brasil: onde estamos? Uma análise do cenário dos últimos anos. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre [periódicos na Internet]. 2020; 61(1), 92-97. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/99716>
9. Ticianel AK, Matos BAB, Vieira EMM, Rondon FRC. Manual de Odontologia Hospitalar. Mato Grosso: Conselho Regional de Odontologia do Mato Grosso; 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/07/manual-odontologia-hospitalar.pdf>
10. Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Resolução nº. 162, de 03 de novembro de 2015. Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. Diário Oficial da União 16 nov 2015;Seção 1.
11. Conselho Federal de Odontologia (Brasil). Resolução nº. 203, de 21 de maio de 2019. Altera a Resolução CFO-162/2015 e dá outras providências. Diário Oficial da União 21 mai 2019;Seção 1.
12. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 883/2019 de 2008. Projeto de Lei 883/2019. Estabelece a obrigatoriedade da presença de profissionais de odontologia nas unidades de terapia intensiva e demais unidades hospitalares de internações prolongadas e dá outras providências. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2192355>
13. Melo LS, Júnior RDAV. . A importância da odontologia hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva. Revista Eletrônica Acervo Saúde [periódicos na Internet]. 2022; 15(10), e11215-e11215. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11215>
14. do Amaral Júnior OL, Scherer MM, Borges PZ, Stolz ADSB. A atuação da odontologia hospitalar em uma unidade cardiovascular intensiva. Extensio: Revista Eletrônica de Extensão [periódicos na Internet], 2020; 17(36), 33-40. Disponível em:<https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2020v17n36p33>

15. Honore PM, Afonso EDP, Blot S. Dental care and hospital mortality in ICU patients. *Am J Infect Control*. [periódicos na Internet]. 2022 Jun;50(6):714-715. 2022;50 (6), 714-715. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655322000979?via%3Dihub>
16. Kunkel GH, Roberts GK. Hospital Dentistry: The Swiss-Army Knife of Dental Medicine. *J Dent Educ*. [periódicos na Internet] 2021 Feb;85(2):112-115. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jdd.12476>
17. Nalliah RP, Allareddy V, Allareddy V. Dentists in the US should be integrated into the hospital team. *Br Dent J*. [periódicos na Internet] 2014 Apr;216(7):391-2. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2014.245>
18. Rodrigues SM, Leão LO, Campos PHF, Couy LA, Leão EM, Freitas LFS, Coelho JNF. Internações Hospitalares por Motivos Odontológicos em Minas Gerais: Análise dos Anos 2008 A 2017. *Revista Científica FACS* [periódicos na Internet] 2022;22(2), 53-60. Disponível em: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/341>
19. Santos MN, Lima RB, Volkweis MR, Lepper TW, Medeiros RM. Muito além da higiene oral: cuidados com a saúde bucal na terapia intensiva. In: Vargas MAO, Nascimento ERP, organizadoras. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Terapia Intensiva: Ciclo 6. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2023. p.79-120 (Sistema de Educação Continuada a Distância; v.4).
20. R Core Team. R. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2018.
21. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation Coefficients: Appropriate Use and Interpretation. *Anesth Analg*. [periódicos na Internet] 2018 May;126(5):1763-1768. Disponível em: https://journals.lww.com/anesthesia-analgia/fulltext/2018/05000/correlation_coefficients__appropriate_use_and.50.aspx
22. Amancio Filho, A. Revisão e discussão sobre indicadores para a previsão de demanda por cirurgias-dentistas no Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre* [periódicos na Internet]. 2008; 49(3):28-35. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/5146>
23. Jeunon F, Santiago MO. A Formação de Recursos Humanos e o Mercado de Trabalho em Odontologia. *Rev. do CROMG, Belo Horizonte* [periódicos na Internet]. 1999; 5(2):79-94. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-855667>
24. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. Consulta Tipos de Estabelecimentos. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=&VComp=00&VUni=05
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.
26. Costa ACO, Rezende NPMD, Martins FM, Santos PSDS, Gallottini MH, Ortega KL. A Odontologia Hospitalar no serviço público do Estado de São Paulo. *Revista da Associação Paulista de Cirurgias Dentistas* [periódicos na Internet]. 2013; 67(4): 306-313. Disponível em: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0004-52762013000400010&script=sci_arttext&lng=pt
27. Portela MC, Lima SML, Barbosa PR, Vasconcellos MM, Ugá MAD, Gerschman S. Caracterização assistencial de hospitais filantrópicos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. [periódicos na Internet]. 2004;38(6):811-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jtRYm5qXN8Cxwh59XBLcQt/?format=html&lang=pt>
28. Miranda AS. Institucionalidades jurídicas e administrativas de estabelecimentos de saúde nas regiões do Brasil. *Novos Caminhos*; São Paulo, 2017. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

29. IO Silva, FR Amaral, PM Cruz, TO Sales. A importância do cirurgião-dentista em ambiente hospitalar. Revista Médica de Minas Gerais [periódicos na Internet]. 2017; 27(1):01-05. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2333>
30. de Lima Medeiros Y, Faria LV, Lopes DF, de Oliveira IS, Fabri GMC. Inserção da Odontologia Hospitalar na grade curricular dos cursos de Odontologia do sudeste brasileiro. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre [periódicos na Internet] 2020; 61(1): 85-91. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/101594>
31. MB da Silva, K da Silva Andrade, JJM de Oliveira, MF Farias, KT Fragoso, AMR Cardoso Archives of Health Investigation [periódicos na Internet]. 2021; 10(1): 147-152. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4935>
32. Aranega AM, Bassi APF, Ponzoni D; Wayama MT; Esteves JC; Garcia IRJ. Qual a importância da Odontologia Hospitalar? Rev. Brasileira de Odontologia. [periódicos na Internet]. 2012; 69(1):90-3. disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/269>
33. Webster J, Anschau F. Assistência odontológica em ambiente hospitalar. Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul. 2019. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2019/07/odontologia-hospitalar-avaliac%CC%A7a%CC%83o-tecnologia-1-1-1.pdf>
34. Mattevi GS. A Atuação do Cirurgião-Dentista no Contexto Hospitalar: Uma Construção Interdisciplinar. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2014.
35. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro e 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília, 04 de mar. de 2002. Seção 1, p. 10.
36. Beel RB. Towards improving oral health care education and delivery. Editorial Capes. 2015; 119(5).

Endereço para correspondência:

Márcio Neres dos Santos
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 81 – 6º andar – sala 603
CEP 90619-900 – Porto Alegre, RS, Brasil
Telefone: 996884003
E-mail: nerespoa@gmail.com

Recebido em: 16/10/2023. Aceito: 17/10/2023.