

A Odontologia Hospitalar em conceitos

José Ricardo Sousa COSTA¹; Paulo Sérgio da Silva SANTOS²; Marcos Antonio TORRIANI³; Valesca Sander KOTH⁴; Elaini Sickert HOSNI⁵; Elaine Gomes dos Reis ALVES⁶; Isabel Cristina de Oliveira ARRIEIRA⁷; Sergio Augusto Quevedo MIGUENS JR⁸.

¹ Cirurgião-Dentista, Mestrado em Odontologia, Preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde – Oncologia, Hospital Escola, Universidade Federal de Pelotas, Rua Prof. Araújo 538, Centro, Pelotas/RS

² Cirurgião-Dentista, Prof. Doutor em Patologia Bucal, Departamento de Estomatologia, Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo

³ Cirurgião-Dentista, Prof. Doutor em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, Departamento de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Bucomaxilofaciais, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas

⁴ Cirurgião-Dentista, Residência Multiprofissional em Saúde (Oncologia), Mestrado em Odontologia (Estomatologia Clínica), Doutoranda em Odontologia (Estomatologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

⁵ Cirurgião-Dentista, Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais, Doutora em Estomatologia Clínica, Departamento de Cirurgia, Traumatologia e Prótese Bucomaxilofaciais, Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas

⁶ Psicóloga, Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo

⁷ Enfermeira, Doutora em Ciências, Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar, Hospital Escola, Universidade Federal de Pelotas

⁸ Cirurgião-Dentista, Prof. Doutor em Odontologia (Estomatologia Clínica), Departamento de Diagnóstico em Odontologia, Faculdade de Odontologia, Universidade Luterana do Brasil

Endereço correspondência

Valesca Sander KOTH
Av. Caçapava, 537 sala 2.
CEP: 90460-130, Porto Alegre, RS, Brasil
valescakoth@gmail.com

Recebido em 05 de março (2016) | Aceito em 1 de agosto (2016)

RESUMO

A Odontologia Hospitalar consolida-se cada vez mais com uma área de atuação do Cirurgião-Dentista exigindo-lhe uma visão globalizada da saúde do indivíduo para a busca da integralidade da atenção dentro de um contexto multidisciplinar. Para isso, o mesmo necessita conhecer e praticar os diferentes conceitos, associados às dimensões biológica, psicológica, social e espiritual de cada ser humano, que são instrumentos de todas as áreas profissionais. Assim, poderá planejar e sistematizar condutas que possibilitarão a resolução de agravos de saúde obedecendo às normas, às rotinas e às características dos diferentes e complexos cenários do ambiente que o cerca. O objetivo deste estudo foi revisar a literatura sobre a atuação do CD no ambiente hospitalar e reunir um conjunto de conceitos em saúde para a melhor compreensão da prática clínica odontológica neste ambiente.

Palavras-chave: Cuidados Bucais para pacientes crônicos; Medicina Bucal; Saúde Bucal.

ABSTRACT

The Hospital Dentistry consolidates increasingly with a performance area of the Dentist requiring him a global vision of the individual's health to the pursuit of comprehensive care within a multidisciplinary context. For this, the dentist needs to know and practice the different concepts associated with biological, psychological, social and spiritual dimensions of each human being, which are instruments of all professional health areas. So the Dentist can plan and systematize pipelines that will enable the resolution of health

disorders obeying the rules, routines and characteristics of different and complex environmental scenarios that surrounds it. The aim of this study was to review the literature on the dentist's role in the hospital and meet a set of concepts in health for better understanding of dental clinical practice in this environment.

Keywords: Dental Care for Chronically Ill; Oral Medicine; Oral Health

1. INTRODUÇÃO

Entender o hospital como um ambiente multi e interprofissional, com uma dinâmica de ação que precisa ser mediada por uma linguagem que seja dominada por todos os envolvidos, para que contemple a integralidade da assistência, é de fundamental relevância para o Cirurgião-Dentista (CD). Da mesma forma, deverá atuar na integralidade da atenção à saúde, que consiste em uma ação global, associada ao tratamento digno, respeitoso, de qualidade, com acolhimento e vínculo, compreendendo o ser humano como um ser biopsicossocial e espiritual¹.

O Hospital possui como missão proporcionar à população uma assistência médico-sanitária completa, tanto curativa como preventiva; formar recursos humanos em saúde e de investigação biológica e psicossocial². O ambiente hospitalar é um gerador de conhecimento tácito que através da sensibilidade do profissional e fundamentado nas suas percepções, contribuirá relevantemente para a inserção e interação com o meio que o cerca e, conseqüentemente, na resolução dos problemas encontrados^{3,4}.

No campo da saúde, observam-se modificações conceituais que partiram da ampliação do conceito de saúde através do estabelecimento das novas diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde a saúde deixa de ser “ausência de doença” para se tornar um “bem estar físico, psíquico, social e espiritual”⁵. Dimensões essas, que uma vez alteradas no período de internação, tornam o paciente tão complexo quanto o ambiente que o cerca.

2. Revista de Literatura

2.1. Método

Foi realizada busca eletrônica, sem especificação de período, nas bases dados Google Acadêmico, Scielo e PubMed. Bem como consulta a sites e livros associados à temática. Os descritores e keywords utilizados, isoladamente ou combinados por operadores booleanos (AND ou OR), foram: “Dental Care for Chronically II”, “Oral Medicine”, “Oral Health”, “Palliative Care”, “paliative medicine” e “end-of-life care”.

2.2. Saúde Bucal e Saúde Sistêmica

A relação bilateralmente ativa da saúde bucal com a saúde sistêmica há muito é discutida na literatura⁶. Sendo a primeira componente da segunda, torna-se relevante considerar que intervenções na cavidade bucal refletem-se no organismo como um todo⁷. Tal relação tem hipotetizado diversos modelos associativos, tais como suscetibilidade comum, inflamação sistêmica, infecção e reação cruzada/mimetismo molecular^{8,9,10,11}.

As bacteremias geradas por causas bucais, como infecções dentárias de origem pulpar e/ou periodontais, contribuem para o aumento de agravos à saúde geral^{9,12,13}. Por outro lado, a cavidade bucal poderá refletir desequilíbrios do organismo através de patologias presentes sob influência sistêmica^{14,15}. Sinergicamente às doenças bucais, as condições sistêmicas e seus tratamentos podem contribuir para o aumento das morbidades de patologias que acometem o indivíduo^{14,16}. Diante desta íntima e recíproca relação entre infecções bucais e repercussões sistêmicas, cabe ao CD conhecer todos os componentes estruturais e humanos envolvidos na atenção odontológica no ambiente hospitalar, para aplicar a melhor conduta baseada em evidência.

2.3. O Cirurgião-Dentista no Hospital

O termo “Odontologia Hospitalar” ilustra a prática da Odontologia dentro de uma estrutura que é o hospital, propiciando cuidado preventivo-educativo e curativo-reabilitador¹⁷. O Hospital, um espaço de exercício profissional conforme o Capítulo X, artigo 26, do Código de Ética da Odontologia, exige do CD conhecimentos específicos sobre a saúde sistêmica do indivíduo e a capacidade de inter-relação profissional com outras áreas da saúde. Deixa de se preocupar somente com sua área de atuação, quando sai de seus limites para interagir com equipes multiprofissionais ou, idealmente, interprofissionais.

A capacitação do CD para que atue em ambiente hospitalar deve fazer parte do processo de sua formação na graduação e, atualmente, para o profissional já formado, é reconhecida pela resolução CFO-162/201518.

Logo, a odontologia em ambiente hospitalar deverá ser exercida por cirurgiões-dentistas capacitados e com competências e habilidades no manejo do paciente hospitalizado e no trabalho em equipes de saúde multi e/ou interprofissional.

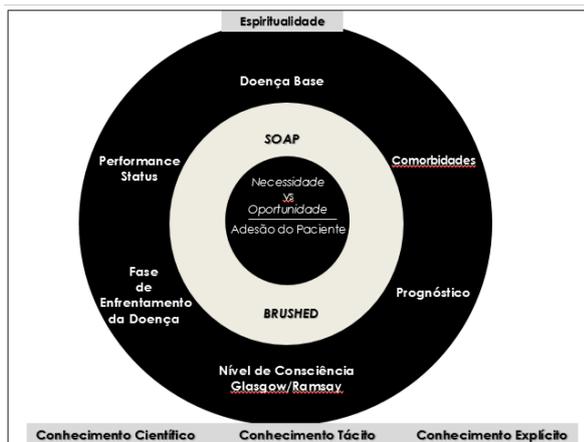
2.4. Conceitos para Prática da Odontologia Hospitalar

Os conceitos aqui explorados objetivam contemplar os aspectos biológicos, psicológicos e espirituais do paciente, bem como o contexto sistemático e estrutural no ambiente hospitalar.

Na Figura 1, apresentamos um diagrama em forma de alvo, onde o centro do mesmo é ilustrado pela oportuna contextualização da “Necessidade versus Oportunidade de intervenção”, alicerçados na vontade/adesão do paciente primariamente em relação aos demais fatores constituintes da ilustração.

Figura 1: Diagrama de conceitos em odontologia hospitalar

A comorbidade, amplamente utilizada no ambiente hospitalar, foi definida por Feinstein, em 1970, como qualquer entidade adicional distinta que existiu ou pode ocorrer durante o curso clínico de um paciente com doença sob estudo (doença base)^{19,20}. Essa poderá afetar o momento de detecção, diagnóstico, prognóstico,



terapia e desfecho^{19,21}. Bem como modular a progressão das enfermidades concorrentes, modificar a eficácia dos tratamentos e aumentar o risco de iatrogenias e efeitos adversos^{22,23}.

As comorbidades representam desafios importantes para a prática da odontologia, especialmente no ambiente hospitalar. Atuarão sinergicamente ou não à doença base (motivo da internação), podendo alterar ou inviabilizar a conduta odontológica pela exacerbação do agravo sistêmico. Porém, faz-se necessário relativizar o termo comorbidade de acordo com cada profissão, uma vez que, o que é de atenção (doença primária) para a odontologia torna-se comorbidade para as demais áreas e vice-versa. Neste contexto, a equidade necessária deverá ser respeitada para a determinação do objetivo da intervenção com base no custo-benefício para o paciente.

Frente a isso, é necessária a elaboração de planos de tratamento odontológico imediato e mediato, nos quais no primeiro incluem-se educação em saúde bucal, controles mecânico e químico do biofilme bucal associado ao alívio sintomatológico de afecções provocadas por comorbidades e seus respectivos tratamentos. Enquanto que condutas mediatas, por serem de maior complexidade, além de respeitar a condição geral do paciente, serão diferentes nos diversos setores hospitalares, os quais poderão ou não permitir abordagens odontológicas interceptativas.

Pacientes sob internação hospitalar muitas vezes estão sob sedação, fato que poderá inviabilizar a relação profissional-paciente do ponto de vista comunicativo, a realização de adequado exame clínico e, conseqüentemente, na adesão à conduta proposta. Uma das formas de mensurar o nível de sedação é o uso de escalas, ainda que baseadas na subjetividade dos avaliadores e dos cenários hospitalares, como exemplo a escala de agitação-sedação de Richmond e a escala de Ramsay²⁴.

O nível de consciência ou sedação pela falta de “colaboração” do paciente, primeiramente diminuem a fidelidade das informações, por vezes prestadas pelo paciente e/ou cuidador/familiar, exigindo bom senso do profissional para filtrar tais informações. Em segundo, o profissional, ao não contar com a colaboração consciente do paciente, além de expor-se ao risco de intercorrências por esta falta de colaboração, predispõe-se à redução da qualidade do exame clínico. E em terceiro, os agentes sedativos, assim como outros medicamentos isoladamente ou associados, predispõem à alterações bucais tais como a xerostomia, obviamente nem sempre relatada pelo paciente; a hipossalivação, clinicamente ilustrada de forma direta por alterações no aspecto e volume salivares e de forma indireta nas características clínicas de tecidos moles e duros e/ou na presença de infecções secundárias²⁵. Sendo assim, as atividades

educativo-preventivas sempre deverão ser direcionadas ao paciente e ao cuidador/familiar, seja qual for o local onde este estiver presente.

No entanto, independentemente da necessidade de intervenção odontológica (preventiva e/ou curativa) é fundamental a colaboração e consequente adesão do paciente ao tratamento, que poderá ser influenciado pelo seu momento psíquico frente à doença, que nem sempre se apresenta favorável às condutas necessárias.

Kübler-Ross²⁶ (1998) observou fases de enfrentamento da doença em estudo com pacientes terminais, nomeando-as como: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. O CD, juntamente com a equipe de psicologia, deverá considerar este estado, haja vista que poderão não ocorrer nesta ordem e nem na totalidade, para que a abordagem odontológica tenha equidade, cabendo salientar que a fase de barganha poderá ser a mais propícia para intervenções odontológicas; contrariamente, as fases de negação, ira e depressão, predispõem menor colaboração. A fase de aceitação, necessariamente, não significa adesão ao tratamento, uma vez que dependerá se o paciente decidiu viver com a doença, ou deixar-se morrer.

Como anteriormente citado, a ampliação do conceito de saúde e, paralelamente, o despertar do ser humano para valores relacionados à espiritualidade e a religiosidade, permitiram a demonstração, por estudos, que as pessoas que desenvolvem certos valores e práticas, tais como a oração e a meditação, por exemplo, têm melhor qualidade de vida e respondem de maneira mais satisfatória quando submetidas a determinados tratamentos de saúde²⁷.

A Espiritualidade é uma busca pessoal para entender questões relacionadas ao fim da vida, ao seu sentido, sobre as relações com o sagrado ou transcendente que, pode ou não, levar ao desenvolvimento de práticas religiosas ou formações de comunidades religiosas^{28,29}.

A abordagem da espiritualidade entre os profissionais da saúde e os pacientes infelizmente ainda se faz pouco presente²⁹, ainda que esta seja uma ferramenta indispensável para o conforto do paciente e de sua família, favorecendo o autoconhecimento, ampliando ideias, organizando sentimentos, facilita a compreensão da doença, sendo impossível contemplar a integralidade da pessoa sem considerar sua dimensão espiritual³⁰.

2.5. A Sistematização de Condutas no Ambiente Hospitalar

Diante da complexidade e da diversidade dos fatores que influenciam a saúde e/ou doença do paciente no ambiente hospitalar, sistematizar condutas, considerando também as individualidades, proporciona ao odontólogo minimizar perdas de informações e a disciplinar suas condutas, buscando contemplar todos os componentes da consulta odontológica junto ao leito hospitalar.

Weed (1969), instituiu a forma de notação problema-orientado “SOAP”, acrônimo relacionado às palavras Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano de tratamento, amplamente utilizada por várias áreas da saúde em ambiente hospitalar. A subjetividade representa os relatos (sintomas) do paciente e sua relação (única e individual) com os mesmos, por exemplo xerostomia, sintomatologia dolorosa e sua intensidade (importante valorizar a escala de dor de zero a dez, relatada pelo paciente), tempo de evolução, pruridos, etc. (deverá ser registrada com todos os termos utilizados pelo paciente). O componente objetivo representa o que é visualizado pelo profissional: ulcerações, alterações de volume, consistência, etc. A análise representa o somatório dos componentes anteriores, permitindo elaborar um diagnóstico diferencial, e o plano de tratamento é a conduta a ser estabelecida.

Similarmente, Hayes e Jones (1995) propuseram, para instrumentalizar enfermeiros, o modelo BRUSHED (do inglês, B – Bleeding/ sangramento, R – Redness/eritematoso, U – Ulcerations/ulceração, S – Saliva, H – Halitosis/halitose, E – External Factors/fatores externos, D – Debris/resíduos) de avaliação da cavidade bucal de pacientes internados em UTI³¹. Este modelo pode ser aplicado em todo o ambiente hospitalar, uma vez que os sinais verificados são comuns nos diferentes ambientes. A diversidade de cenários percorridos por um mesmo paciente dentro do hospital é frequente, tornando-se oportuna a uniformização da nomenclatura para uniformizar a compreensão.

Os Fatores Prognósticos clínicos ajudam sobremaneira o CD no ambiente hospitalar, devido a facilidade de mensuração e seu valor preditivo. Exemplos desses, as escalas de Performance Status (PS), de Karnofsky e de ECOG, são métodos eficientes, em especial na área de oncologia, que ilustram o grau de limitação do paciente em um contexto geral, sendo utilizadas como fatores prognósticos, interferindo positivamente, no desenvolvimento do plano de tratamento individualizado do paciente^{32,33}. Considerando o valor preditivo destas escalas, é permitido decidir entre condutas mais invasivas ou conservadoras.

Entende-se como conduta conservadora, aquela que objetiva a satisfação das necessidades de alívio sintomático e da atenção psicossocial e espiritual, sendo representativa do Cuidado Paliativo, fase em que todos os recursos terapêuticos foram administrados sem resposta pela doença, dando-se ênfase à qualidade de vida. Infecções fúngicas e virais, efeitos colaterais de medicações, distúrbios do paladar e xerostomia são objetos da abordagem odontológica nesta fase de controle do câncer^{34,35}.

2.6. A equidade nos cenários hospitalares

Há uma ampla heterogeneidade de cenários hospitalares, contemplando a especificidade de cada grupo de pacientes e/ou doenças, tais como clínicas médicas, ginecologia e obstetrícia, infectologia, hematologia, oncologia, unidades de transplantes de órgãos e tecidos, centro cirúrgico e Unidades de Terapia Intensiva. A complexidade, tanto de cenários quanto de pacientes, apresenta uma amplitude de variações que exigirão que o CD estabeleça estratégias que respeitem a individualidade de cada paciente, a integralidade da atenção e tratamento médico, bem como a estrutura física e de recursos humanos de cada cenário, impondo atenção odontológica de prevenção e/ou reabilitação a cada condição médica presente.

A Figura 2 representa a relação inversamente proporcional entre as complexidades do paciente e do setor hospitalar onde o mesmo encontra-se internado e a amplitude da intervenção odontológica necessária.

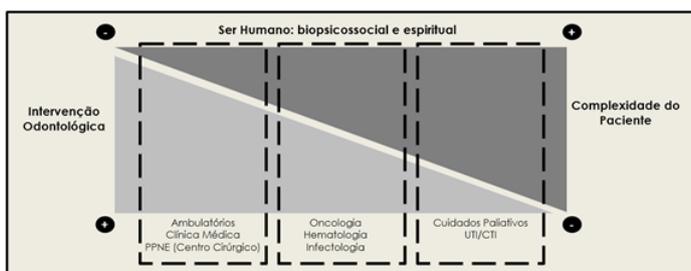


Figura 2: Relação entre a oportunidade de intervenção odontológica e a complexidade do paciente (ser biopsicossocial e espiritual).

Excetuando a Unidade de Terapia Intensiva, pela complexidade do ambiente e gravidade do paciente, os

demais cenários permitem a quase totalidade de procedimentos de intervenção da odontologia. Uma vez respeitada a condição sistêmica do paciente, a estrutura física e tecnológica é que irão nortear as ações da odontologia.

Prevenir ou tratar os pacientes previamente a sua evolução para condições que o levarão ao risco de internação em UTI, e nesta, agravos potencializados por doenças bucais, torna-se imperativo na prática odontológica. Tratamento de infecções, melhorias das condições periodontais (física ou quimicamente), atenuação dos problemas ocasionados por distúrbios da hemostasia, xerostomia e hipossalivação, ulcerações de etiologia primária ou secundariamente ao tratamento sistêmico e fatores retentivos de placa (remoção de cálculo, excessos de restaurações, raízes residuais) ilustram o espectro de atuação da odontologia.

A Unidade de Terapia Intensiva, por ser um ambiente fechado e crítico, exige preparo profissional, equipamentos, material e instrumental adequados³⁶.

A infecção é uma complicação frequente e de elevada mortalidade em pacientes críticos internados em UTI, principalmente as infecções respiratórias associadas à ventilação mecânica. A compreensão da ocorrência de infecções bucais como foco primário de infecções sistêmicas em pacientes totalmente dependentes de cuidados internados em UTI tem sido relevante^{37,38}, portanto merecem atenção especial dos profissionais de saúde que atuam em UTI. Este grupo de pacientes críticos, na maioria das vezes, não possui higienização bucal efetiva, possivelmente pelo desconhecimento de técnicas adequadas e pela ausência do relacionamento interprofissional odontologia/enfermagem^{31,37}.

A elaboração de um protocolo de cuidados bucais para pacientes críticos é importante para diminuir a colonização do biofilme bucal por patógenos e prevenir complicações sistêmicas^{39,40,41}, e deve ser instituído de forma personalizada à cada unidade hospitalar e área clínica. Apesar de vários estudos com soluções para redução de biofilme bucal, ainda há a necessidade de desenvolver mais pesquisas quanto aos cuidados bucais em este grupo de pacientes⁴², as quais incluem também as técnicas adequadas de remoção mecânica do biofilme, como uso de escovas e dispositivos para limpeza da língua⁴³.

A brevidade da internação em UTI com ampla complexidade associada, limita a resolutividade da odontologia. Contudo a atenção às alterações de cursos agudos com necessidade de intervenções imediatas, torna-se prioritária neste ambiente, tais como infecções,

ulcerações, sangramentos e fatores que predisõem o acúmulo de biofilme bucal.

É imperativo, tendo em vista a transição de pacientes nos múltiplos cenários hospitalares e a presença do CD nestes, identificar potenciais pacientes que poderão ingressar na UTI. Isto permite, em tempo hábil e oportuno, intervenções mais preventivas e, consequentemente, resolutivas, minimizando agravos de saúde e complexidade de tratamento, contemplando as equidades dos cenários e a condição do paciente.

3. Considerações Finais

A prática da odontologia em ambiente hospitalar deverá considerar o ser humano como um somatório de dimensões biopsicossociais e espirituais inter-relacionadas; poderá ser exercida pelo Cirurgião-Dentista clínico geral, complementada pelo especialista em uma das áreas da Odontologia eventualmente requeridas. Todavia, o CD, ao inserir-se efetivamente no contexto hospitalar, deverá dominar os componentes teóricos e práticos e desenvolver competências e habilidades para a atividade interdisciplinar enquanto membro de equipe multiprofissional. Ainda que as condutas técnicas sejam ou devam ser baseadas em evidências, há um universo de fatores relacionados à percepção individual que vão além da capacidade de mensuração, principalmente, baseada na sensibilidade individual. Assim, o cirurgião-dentista deve apoderar-se destes conceitos para exercer sua função na plenitude e com equidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Gonzáles AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3):757-762.
- [2] Santos PSS, Soares-Jr LAV. *Medicina Bucal: A prática na Odontologia Hospitalar*. São Paulo/SP: Editora GEN/Santos. 2012, 312p.
- [3] Takeuchi H, Nonaka I. *Gestão do Conhecimento*. Tradução: Ana Thorell., Porto Alegre/RS: Editora ART-MED, 2008, 32p.
- [4] Colauto RD, Beuren IM. Proposta para Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o Caso de uma Organização Hospitalar. *RAC* 2003; 7(4): 163-185
- [5] WHO. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. 2nd. Edition, Geneve: OMS, 2002.
- [6] Peterson LK, Peacock R. The incidence of bacteremia in pediatric patients following tooth extraction. *Circulation*, 1976; 53:676-679.
- [7] Baum B, Scully C. Evidence of Oral Diseases' impact. *Oral Dis* 2012; 18(8):725-727. doi: 10.1111/odi.12021.
- [8] Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol* 1999; 70(7):793-802. doi: 10.1902/jop.1999.70.7.793
- [9] Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13(4): 547-553.
- [10] Seymour GJ, Ford PJ, Culliman MP, Leishman S, Yamazaki K. Relationship between periodontal infections and systemic disease. *Clin Microbiol Infect* 2007; 13(Suppl 4):3-10.
- [11] Enwonwu C, Salako N. The periodontal disease-systemic health-infections disease axis in developing countries. *Periodontol* 2000 2012; 60: 64-77. doi: 10.1111/j.1600-0757.2012.00447.x
- [12] Meurman JH, Pyrhönen S, Teerenhovi L, Lindqvist C. Oral sources of septicaemia in patients with malignancies. *Oral Oncol* 1997; 33(6):389-397.
- [13] Migliorati CA, Madrid C. The interface between oral and systemic health: the need for more collaboration. *Clin Microbiol Infect* 2007;13(Suppl 4):11-16.
- [14] Scully C, Ettinger RL. The influence of systemic diseases on oral health care in older adults. *JADA* 2007; 138 (Suppl:7S-14S).
- [15] Barbosa AM, Ribeiro DM, Caldo-Teixeira AS. Conhecimentos e práticas em saúde bucal com crianças hospitalizadas com câncer. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15 (Supl.1): 1113-1122.
- [16] Närhi TO, Ainamo A, Meurman JH. Salivary yeasts, saliva, and oral mucosa in the elderly. *J Dent Res* 1993; 72(6):1009-1014.
- [17] Lima DC, Saliba NA, Garbin AJI, Fernandes LA, Garbin CAS. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(1): 1173-1180.
- [18] Brasil. Conselho Federal de Odontologia. RESOLUÇÃO CFO-162/2015 Reconhece o exercício da Odontologia Hospitalar pelo cirurgião-dentista. *Diário Oficial da União, Seção 1, DE 16/11/2015 Pg.167*.
- [19] De Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003 56(3):221-229.
- [20] Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A,

- Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Healthy Qual Life*. 2004; 20(2):51.
- [21] De Rijke JM, Schouten LJ, Ten Velde GPM, Wanders, SL, Bollen ECM, Lalisang RI, van Dijck JAAM, Kramer GWP, van den Brandt PA. Influence of age, comorbidity and performance status on the choice of treatment for patients with non-small cell lung cancer; results of a population-based study. *Lund Cancer*. 2004; 46(2): 233-245.
- [22] Soler PA, Mellinas GP, Sánchez EM, Jiménez EL. Evaluación de La comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2010; 45(4): 219-228.
- [23] Scully C, Bagan JV. Adverse drug reactions in the orofacial region. *Crit Rev Oral Med* 2004; 15(4): 221-239.
- [24] Robinson BR, Berube M, Barr J, Riker R, Gélinas C. Psychometric analysis of subjective sedation scales in critically ill adults. *Crit Care Med* 2013; 41(9 Suppl 1):S16-29. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a16879.
- [25] Feio M, Sapeta P. Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Med Port* 2005; 18: 459-466
- [26] Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Tradução: Paulo Menezes. 8ª. Ed. São Paulo: Martins Fontes.
- [27] Koenig HG. *Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade*. Tradução: Iuri Abreu. Porto Alegre, RS:L e PM, 2012. 248p.
- [28] Koenig HG, McCullough M, Larson DB, editors. *Handbook of religion and health: a century of research reviewed*. New York: Oxford University Press; 2001. Apud: Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(2):154-8.
- [29] Lucchetti G, Granero AL, Bassi RM, Latorraca R, Nacif SAP. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev Bras Clin Med* 2010;8(2):154-8.
- [30] Arriera ICO. *A Espiritualidade no Processo de Trabalho de uma Equipe Interdisciplinar que atua em Cuidados Paliativos*. [Dissertação]. Pelotas: PPG-Enfermagem/UFPel; 2009.
- [31] Abidia RF. Oral care in the intensive care unit: a review. *J Contemp Dent Pract* 2007;8:76-82.
- [32] Buccheri G, Ferrigno D. Prognostic factors. *Hematol Oncol Clin N Am* 2004; 18(1):187-201.
- [33] Schnadig ID, Fromme EK, Loprinzi CL, Sloan JA, Mori M, Li H, Beer TM. Patient-physician disagreement regarding Performance Status is associated with worse survivorship in patients with advanced cancer. *Cancer* 2008; 113(8):2205-2214. doi: 10.1002/cncr.23856.
- [34] Wiseman M. The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient. *J Can Dent Assoc* 2006; 72(5): 453-8.
- [35] OMS - Organização Mundial de la Salud. *Control del Cáncer - Aplicación de los conocimientos. Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces: Cuidados Paliativos*. 2007
- [36] GD Rabelo, CI de Queiroz, PS da Silva Santos. Dental care in a patient in intensive care unit. *Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo* 2010; 55(2):67-70.
- [37] Santos PSS, Mello WR, Wakim RC, Paschoal MA. Use of Oral Rinse with Enzymatic System in Patient Totally Dependent in the Intensive Care Unit. *Rev Bras Ter Intensiva* 2008; 20(2):154-9.
- [38] Klompas M, Speck K, Howell MD, Greene LR, Berenholtz SM. Reappraisal of Routine Oral Care With Chlorhexidine Gluconate for Patients Receiving Mechanical Ventilation Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174(5):751-761. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.359.
- [39] Padovani M, Souza S, Sant'Anna G, Guaré R. Protocolo de cuidados bucais na unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2012;14(1):71-80.
- [40] Tinoco-Araujo JE, Araújo DFG, Barbosa PG, Santos PSS, Medeiros AMC. Invasive candidiasis and oral manifestations in premature newborns. *Einstein (São Paulo)* 2013;11 (1):71-75.
- [41] Prendergast V, Kleiman C, King M. The Bedside Oral Exam and the Barrow Oral Care Protocol: translating evidence-based oral care into practice. *Intensive Crit Care Nurs* 2013; 29(5):282-90. doi: 10.1016/j.iccn.2013.04.001.
- [42] Berry AM, Davidson PM, Nicholson L, Pasqualatto C, Rolls K. Consensus based clinical guideline for oral hygiene in the critically ill. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27:180-185.

doi: 10.1016/j.iccn.2011.04.005.

- [43] Santos PSS, Mariano M, Kallas MS, Nunes MC. Impact of tongue biofilm removal on mechanically ventilated patients. *Rev Bras Ter Intensiva* 2013;25(1):44-8.